

WORKING PAPERS

47

Michaela Potančoková – Branislav Šprocha

**Demografický vývoj a migrácia v kontexte starnutia
na Slovensku a vo vybraných krajinách EÚ
(s ohľadom na potreby striebornej ekonomiky)**

Edícia WORKING PAPERS prináša priebežné, čiastkové výsledky výskumných prác pracovníkov alebo tímov EÚ SAV riešených v rámci výskumných projektov, ktoré môžu byť obsahom aj ďalších publikácií.

AUTORI/I

Mgr. Michaela Potančoková, PhD.
IIASA a Ekonomický ústav SAV

RNDr. Branislav Šprocha, PhD.
VDC a Ekonomický ústav SAV

RECENZENTI

RNDr. Viliam Páleník, PhD., h.doc.
Ing. Marek Radvanský, PhD.

Práca bola vypracovaná v rámci projektu APVV-0135-10 „Strieborná ekonomika ako potenciál budúceho rastu v starnúcej Európe.“

ABSTRAKT

Demografický vývoj a migrácia v kontexte starnutia na Slovensku a vo vybraných krajinách EÚ (s ohľadom na potreby striebornej ekonomiky)

Cieľom príspevku je analyzovať súčasné a nedávno minulé demografické trendy a celkovú situáciu procesu starnutia na Slovensku, v EÚ a najmä v krajinách, ktoré predstavujú pre slovenskú ekonomiku najväčších obchodných partnerov. Ide o Nemecko, Francúzsko a Taliansko a tiež o priamych susedov: Českú republiku, Maďarsko, Poľsko a Rakúsko. Hodnotený je súčasný stav starnutia, ako aj očakávaný vývoj do roku 2060 na základe prognózy EUROSTATu z roku 2010. Bližšie sa zameriavame na hodnotenie štruktúry populácie obyvateľstva vo veku nad 50 rokov nielen z hľadiska klasických demografických charakteristík, ktorými sú vek a pohlavie, ale aj z pohľadu kvalitatívnych aspektov populácie. Predovšetkým vzdelanie a zdravotný stav sú dôležitými charakteristikami a to aj v súvislosti so spotrebiteľským správaním seniorov a potenciálom striebornej ekonomiky do budúcnosti.

KLÚČOVÉ SLOVÁ

demografický vývoj, migrácia, starnutie, populačná prognóza, strieborná ekonomika

ABSTRACT

Demographic development and migration in context of ageing in Slovakia and in selected EU countries (with focus on needs of silver economy)

The study focuses on the current state and likely future of population ageing in Slovakia and EU 27 and its most important economic partners: Germany, France, Italy, the Czech Republic, Hungary, Poland and Austria. We assess likely future developments until 2060 making use of the EUROPOP 2010 population forecast of the EUROSTAT. We take closer look at trends within sub-population of the population aged 50+ and analyse trends with respect to its size, structure by age and sex as well as important qualitative markers such as education and health status. Increasing human capital accumulated by future elderly is likely to be coupled with their consumer behaviour and aspirations and, therefore, is crucial for any analysis with respect to potential of the silver economy.

KEYWORDS

demographic trends, migration, population ageing, population projection, silver economy

JEL CLASSIFICATION: J11, J14, I24, I14

Za obsah a jazykovú úroveň zodpovedajú autor/i.

Technické spracovanie: Hajnalka Maršovská

Ekonomický ústav SAV, Šancová 56, 811 05 Bratislava, www.ekonom.sav.sk

KONTAKT: michaela.potancokova@oeaw.ac.at, branislav.sprocha@gmail.com

© Ekonomický ústav SAV, Bratislava 2013

O B S A H

ÚVOD.....	4
1. METODIKA PRÁCE A ZDROJE ÚDAJOV	7
2. ZHODNOTENIE PREDPOKLADOV PROGNÓZY EUROSTATU – EUROPOP 2010	10
3. SÚČASNÝ STAV A OČAKÁVANÝ VÝVOJ STARNUTIA SLOVENSKA A VYBRANÝCH KRAJÍN.....	17
4. ZDRAVOTNÝ STAV	23
4.1 Subjektívne hodnotenie vlastného zdravia	24
4.2 Dlhodobé ochorenia a zdravotné problémy.....	29
4.3 Obmedzenie bežných činností.....	31
4.4 Teoretické koncepcie budúceho vývoja zdravotného stavu	34
5. NAJVVYŠŠIE DOSIAHNUTÉ VZDELANIE.....	36
ZÁVER.....	43
LITERATÚRA	45
PRÍLOHA 1	48
PRÍLOHA 2	50
PRÍLOHA 3	55

ÚVOD

Demografické starnutie predstavuje jeden z najdôležitejších procesov, ktoré významnou mierou ovplyvňujú a naďalej budú ovplyvňovať charakter a celkové fungovanie spoločnosti na Slovensku a v celej Európe. Aj keď v súčasnosti ešte Slovensko nepocítiťuje tak výrazne dopady starnúcej populácie ako západoeurópske krajiny je isté, že v najbližších rokoch (v horizonte 10 – 15 rokov) sa situácia radikálne zmení a proces starnutia sa dynamicky prehĺbi. Populačné starnutie sa stalo jednou z najvýznamnejších výziev 21. storočia. Dopady starnúcej populácie pocítíme v celospoločenskom kontexte. Navyše je zrejmé, že demografické starnutie zasahuje nielen najvyspelejšie krajiny sveta, ale postupne sa presadzuje aj v rozvíjajúcich sa krajinách (Golaz et al., 2012), ktoré prechádzajú demografickou revolúciou (demografickým prechodom), pretože proces starnutia je podmienený základnými premenami charakteristickými pre demografický prechod: znižujúcou sa úmrtnosťou a klesajúcou pôrodnosťou. Starnutie populácie je teda celosvetovým fenoménom, ktorému je venovaná čoraz väčšia pozornosť nielen vo vedeckých kruhoch, ale aj v rámci laickej verejnosti, pretože trendy spojené s demografickým starnutím sa dotýkajú celej spoločnosti. Stačí spomenúť diskusie a legislatívne opatrenia spojené s transformáciou dôchodkových systémov, vrátane citlivo vnímaného zvyšovania dôchodkového veku.

Základným znakom starnutia populácie je premena vekovej štruktúry obyvateľstva. Samotné demografické starnutie je možné potom v zjednodušenej forme popísať ako posuny vo vekovom rozložení populácie smerom k osobám vyššieho veku (Gavrilov, Hueveline 2003) alebo ako transformáciu zloženia obyvateľstva podľa veku a pohlavia z progresívneho cez stacionárny do regresívneho typu (pozri napr. Sundbärgovu klasifikáciu v Pavlík, Rychtaříková a Šubrtová 1986, s. 118). Regresívny typ populácie sa pritom vyznačuje silným zastúpením poreprodukčnej zložky obyvateľstva (vo veku nad 50 rokov), pričom významný je predovšetkým nárast početnosti a podielu seniorov (65 a viac rokov).

Aj keď na Slovensku bol demografický prechod ukončený približne v 50. rokoch 20. storočia, v dôsledku pretrvávajúcej pomerne vysokej úmrtnosti, ako aj pôrodnosti, ktorá zotrvala nad hranicou tzv. jednoduchšej reprodukcie (teda úrovne pôrodnosti, ktorá zabezpečuje rast populácie) až do konca 80. rokov, sa proces starnutia do konca 20. storočia výraznejšie neprejavil a populácia Slovenska zostávala jednou z najmladších v Európe. Naopak, v krajinách na západ od železnej opony od 70. rokov 20. storočia postupne dochádzalo k transformácii reprodukčného správania, ktorého jedným z vonkajších prejavov bol značný pokles plodnosti a pôrodnosti, takže tieto populácie v tomto období začínajú dynamickejšie starnúť. Navyše na rozdiel od krajín východného bloku tu zlepšovanie úmrtnostných pomerov kontinuálne pokračovalo. Úmrtnosť v socialistickom bloku v období od 70. do začiatku 90. rokov stagnovala a v prípade mužskej populácie došlo dokonca aj k jej miernemu nárastu).

Nepriaznivé úmrtnostné pomery spolu s relatívne vysokou pôrodnosťou teda zastavili demografické starnutie populácie Slovenska, a k jeho prehĺbeniu tak dochádza až v priebehu 90. rokov. Celková premena spoločnosti a ekonomiky priniesla aj dynamickú premenu reprodukčného správania populácie. Jedným z jeho hlavných prejavov bol pokles plodnosti a pôrodnosti, zároveň však došlo aj k zvráteniu negatívneho vývoja v procese úmrtnosti, čo sa odzrkadlilo na postupnom náraste strednej dĺžky života pri narodení. Slovenská populácia teda začala v 90. rokoch významne starnúť tak zo spodku vekovej pyramídy – v dôsledku nízkej pôrodnosti – ako aj zvrchu vekovej pyramídy – z dôvodu klesajúcej úmrtnosti a predlžujúcej sa priemernej dĺžky dožitia.

Veľmi dôležitý faktor v procese dynamizácie starnutia predstavuje aj existencia značných nerovnomerností v charaktere vekovej pyramídy, ktoré sú dedičstvom demografických trendov, ktoré formovali vekovo-pohlavné zloženie populácie v priebehu uplynulého storočia. Zvýšenie pôrodnosti v 50. vystriedané poklesom v 60. rokoch a opätovným zvýšením v 70. rokoch, ktoré bolo výsledkom reakcie obyvateľstva na zavedenie celého komplexu propopulačných opatrení. Tieto dve početné populačné vlny sú charakteristickou črtou vekového zloženia slovenskej populácie. A práve posun početných generácií narodených v priebehu 50. rokov 20. storočia naprieč vekovou pyramídou spôsobuje v kombinácii s dramatickým poklesom pôrodnosti v 90. rokoch a jej stabilizácii na nízkej úrovni, zrýchlenie demografického starnutia. Je tiež výzvou pre nastavenie dôchodkového systému, pretože príslušníci prvej populačnej sú na prahu dôchodkového veku.

Je zrejme, že zmeny spojené so starnutím populácie ovplyvnia v najbližšej dobe a tiež v strednodobom horizonte nielen početnosť a štruktúru populácie v produktívnom veku, ale spôsobia aj premenu striebornej populácie. Súčasne je potrebné upozorniť, že dôsledky zvyšovania počtu a zastúpenia osôb vo veku 50 a viac rokov a najmä seniorov (65 a viac rokov) v populácii sa dotknú všetkých sfér sociálneho a ekonomického vývoja a ich dopady prakticky pocíti celá spoločnosť.

V dôsledku zvyšovania početnosti striebornej populácie v celoeurópskom ako aj celosvetovom kontexte je preto potenciál ekonomiky zameranej na pokrývanie ich potrieb značný a do budúcnosti dopyt po nich sa bude len zvyšovať. Do popredia sa tak dostáva koncept tzv. striebornej ekonomiky, ktorý je možné podľa Páleníka (2009) definovať ako adaptáciu ekonomiky na budúce potreby rastúceho počtu ľudí vo veku nad 50 rokov. Vzhľadom na exportné zameranie slovenskej ekonomiky však má veľký význam študovať nielen priebeh starnutia populácie Slovenska, ale aj v celej EÚ a najmä v tých krajinách, ktoré sú jeho hlavnými exportnými partnermi. Proces starnutia sa bude aj v ich prípade naďalej prehĺbovať, pričom je potrebné podotknúť, že dôjde aj ku kvalitatívnej, nielen kvantitatívnej premene striebornej populácie. Strieborní a tiež seniori budúcnosti sa budú od súčasných líšiť napríklad v objeme ľudského kapitálu (budú vzdelanejší), v príjmoch a úsporách, v zdravotnom stave (budú v lepšom fyzickom aj mentálnom zdraví, čiže ich kognitívne schopnosti im umožnia dlhšie

plnohodnotne pracovať¹), životných preferenciách a záľubách a tieto charakteristiky sa budú odrážať aj na tom, aké produkty a služby budú vyžadovať a preferovať.

Cieľom príspevku je predovšetkým prezentovať proces starnutia optikou demografie. Analyzovať súčasné a nedávno minulé demografické trendy a celkovú situáciu procesu starnutia na Slovensku, v EÚ a najmä v krajinách, ktoré predstavujú pre slovenskú ekonomiku najväčších obchodných partnerov. Ide o Nemecko, Francúzsko a Taliansko a tiež o priamych susedov: Českú republiku, Maďarsko, Poľsko a Rakúsko.

Prvým krokom je identifikácia súčasného stavu a tempa starnutia vo vybraných krajinách EÚ a predpokladaný vývoj do roku 2060. Za týmto účelom využijeme stredný variant prognostického scenára EUROSTATu z prognózy EUROPOP 2010. Z hľadiska potrieb striebornej ekonomiky sa zameriame predovšetkým na vývoj počtu a zastúpenia populácie vo veku 50 a viac rokov na celkovej populácii od roku 2010 do roku 2060. V ďalšej časti zhodnotíme predpoklady prognózy EUROSTATu v kontexte demografického poznania o možnom budúcom vývoji pôrodnosti, dĺžky života a migrácie a poukážeme na limity a možné alternatívne scenáre budúceho vývoja.

Okrem toho sa zameriame aj na dva vybrané ukazovatele kvality ľudského kapitálu. Ide o najvyššie dosiahnuté vzdelanie a zdravotný stav, ktoré z pohľadu konceptu striebornej ekonomiky tvoria dôležitú informačnú bázu pre jej očakávané nastavenie. Obe charakteristiky vplývajú na potenciál aktívneho zapojenia na trh práce, sú prepojené s ekonomickou aktivitou a akumuláciou finančného kapitálu a teda nepriamo umožňujú načrtnúť asociácie s možnými zmenami potrieb a spotrebiteľského správania populácií seniorov na Slovensku a vo vybraných krajinách. Vyššie zastúpenie strieborného obyvateľstva so zdravotným obmedzením a nižším vzdelaním prináša so sebou aj odlišné potreby takejto populácie v porovnaní s obyvateľstvom vyznačujúcim sa vyšším vzdelaním a dobrým zdravotným stavom. Okrem toho preferencie a životné stratégie seniorov s vyšším vzdelaním sa výrazne odlišujú od spôsobu života ľudí vo vyššom veku s nízkym vzdelaním. Vzhľadom k tejto skutočnosti je preto potrebné predvídať a prispôbiť produkciu tovarov a služieb potrebám a možnostiam jednotlivých cieľových skupín. Iné potreby a preferencie totižto majú strieborní v dobrom zdravotnom stave, iné zase ľudia so zdravotnými problémami. Hodnotená preto bude vzhľadom na ciele príspevku najmä situácia u osôb vo veku 50 a viac rokov so snahou tiež naznačiť niektoré vývojové scenáre do budúcnosti.

¹ Pozri napr. Skirbekk et al., 2011 a 2013.

1. METODIKA PRÁCE A ZDROJE ÚDAJOV

Pre načrtnutie súčasného stavu starnutia obyvateľstva a očakávaných demografických trendov sme použili údaje z databázy EUROSTATu a stredný variant populačnej prognózy EUROPOP 2010 (konvergenčný scenár). Samotné hodnotenie charakteru a dynamiky starnutia je založené na štandardne používaných demografických indikátoroch. Ide predovšetkým o počet a podiel osôb vo veku 50 a viac rokov, ďalej počet a podiel osôb vo veku 65 a viac rokov a niektoré syntetické indikátory akými sú index starnutia, index ekonomického zaťaženia starým obyvateľstvom a pod.

Ako sme sa zmienili už vyššie, pre potreby predloženej štúdie sme strieborné obyvateľstvo definovali podľa Páleníka a kol. (2012), ako osoby vo veku 50 a viac rokov. Keďže však ide o značne heterogénnu populáciu z pohľadu rôznych relevantných charakteristík (napr. ekonomická aktivita, výška príjmu, vzdelanie, zdravotný stav, nároky na zdravotnú starostlivosť a pod.), ďalej sme hlbšie pracovali s tromi podskupinami vyčlenenými na základe veku:

- 50 – 64 ročných, ktorých ďalej označujeme ako starnúcich,
- 65 – 79 ročných, ktorých označujeme ako starých,
- 80-ročných a starších, ktorých označujeme ako najstarších.

Hodnotenie zdravotného stavu strieborných osôb je založené na údajoch získavaných prostredníctvom výberového zisťovania EU-SILC. Jeho primárnym cieľom je síce zisťovanie príjmov a životnej úrovne osôb v domácnostiach, no obsahuje aj malý modul (tzv. Minimum European Health Module) zameraný na zdravotný stav respondenta. Modul o zdraví v rámci EU-SILC predstavuje zisťovanie, ktoré môžeme charakterizovať ako zisťovanie o zdravotnom stave (Health Interview Surveys), keď respondent sám vypovedá o svojom zdravotnom stave prostredníctvom položených otázok (Daňková, 2006).² V súčasných podmienkach je to zrejme jediný (pre všetky členské štáty EÚ) plne harmonizovaný zdroj údajov tohto charakteru. V rámci neho je možné získať informácie o charaktere zdravotného stavu respondenta prostredníctvom subjektívneho (vlastného) hodnotenia zdravia,³ prítomnosti resp. absencie dlhotrvajúceho ochorenia prípadne zdravotného problému⁴ a miere obmedzenia bežných denných aktivít.⁵ Ako zdroj údajov bola využitá databáza informačného systému Eurohex, pričom sme využili ukazovatele kvality zdravotného stavu a tiež vypočítané syntetické

² Na rozdiel od objektívneho zisťovania (tzv. Health Examination Surveys), keď zisťovanie je spojené s prehliadkou respondenta lekárom, ide v tomto prípade o subjektívne hodnotenie zdravia a subjektívne vypovede o charaktere zdravotného stavu (Daňková, 2006).

³ Otázka v slovenskej verzii EU-SILC má znenie: „Ako by ste celkovo (vo všeobecnosti) zhodnotili Vaše zdravie? Je: veľmi dobré; dobré; ani dobré, ani zlé; zlé; a veľmi zlé.“

⁴ „Máte nejaké dlhotrvajúce ochorenia alebo dlhotrvajúci zdravotný problém? (Pod pojmom dlhotrvajúci sa rozumie ochorenie alebo zdravotný problém, ktorý pretrváva, alebo sa očakáva, že bude pretrvávajúť 6 mesiacov a dlhšie): áno, nie.“

⁵ „Do akej miery ste boli v priebehu minimálne posledných 6 mesiacov obmedzovaný vo Vašich bežných činnostiach kvôli zdravotnému problému? Povedali by ste, že ste boli: veľmi obmedzovaný; obmedzovaný, ale nie veľmi; vôbec neobmedzovaný.“

indikátory metodikou EHEMU.⁶ Pre účely práce sme použili stredné dĺžky života podľa subjektívneho zdravia (v dobrom a veľmi dobrom, prijateľnom a zlom a veľmi zlom zdravotnom stave), podľa chorobnosti (bez a s chronickými ochoreniami) a podľa disability (bez, s miernym a s vážnym obmedzením bežných činností) v presnom veku 50 a 65 rokov. Tieto nádeje dožitia v určitom zdravotnom stave vyjadrujú priemerný počet rokov, ktorý v priemere zostáva osobe vo veku 50 alebo 65 rokov k prežitiu v určitom zdravotnom stave. Súčasne tieto indikátory rozkladajú celkovú hodnotu strednej dĺžky života na príslušné parciálne časti v jednotlivých zdravotných stavoch, na základe čoho vieme povedať akú časť z potenciálnych rokov prežije osoba pri nezmenených podmienkach (úmrtnosť a zdravie) v určitej kvalite svojho zdravotného stavu. Vzhľadom na postupné doladovanie výslednej formy dotazníkov a s tým súvisiace zmeny v znení otázok, najmä v prípade otázky na prítomnosť chronických ochorení (pozri Daňková, 2013), sme sa zamerali najmä na posledné dostupné hodnoty z roku 2011 (resp. 2010).⁷

Analýza súčasnej štruktúry obyvateľstva Slovenska a vybraných krajín podľa najvyššieho dosiahnutého vzdelania a jej vývoja v posledných rokoch sa opiera o údaje získané z databáz EUROSTATu, ktoré sú konštruované na základe výsledkov Výberového zisťovania pracovných síl (VZPS), ktoré je podobne ako SILC harmonizovaným zisťovaním prebiehajúcim vo všetkých krajinách EÚ. Pohľad na možný vývojový scenár vzdelanostnej štruktúry sledovaných populácií do roku 2050 umožňuje projekcia konzorcia IIASA (International Institute for Applied Systems Analysis) a VID (Vienna Institute of Demography) z roku 2010.⁸ Údaje boli publikované podľa pohlavia a 5-ročných vekových skupín, no určitým nedostatkom je definícia vzdelanostných skupín pre potreby tejto prognózy. Okrem terciárneho vzdelania (ISCED 5 a 6), autori pracujú s ďalšími dvomi (resp. tromi) vymedzenými skupinami, ktoré nie sú dostatočne detailné pre potreby krajín s vyššou vzdelanostnou úrovňou, medzi ktoré patria všetky krajiny analyzované v tejto štúdii. Problémom je z hľadiska našich potrieb spojenie kategórie nižšie sekundárne vzdelanie ISCED 2 (druhý stupeň základnej školy) s vyšším sekundárnym vzdelaním ISCED 3 (stredná škola) a post-sekundárnym a nie terciárnym vzdelávaním ISCED 4 (pomaturitné vzdelávanie). Poslednú skupinu predstavujú osoby bez formálneho vzdelania ako aj primárnym vzdelaním ISCED 1 (prvý stupeň základnej školy) (pozri KC et al., 2010). Aj preto sa hlbšie zaoberáme najmä vývojom podielu absolventov terciárneho stupňa vzdelania, ktorých potenciál pre uplatnenie striebornej ekonomiky sa bude s časom výrazne zvyšovať. Jedná sa tiež o jedinú existujúcu dlhodobú prognózu vývoja vzdelanostného zloženia populácií všetkých analyzovaných krajín. Celkovo boli vypracované 4 vývojové scenáre vzdelanostnej štruktúry. Constant enrollment number scenario (CEN) predpokladal, že počte osôb, ktoré uskutočnia tranzíciu na každý nasledujúci vzdelanostný stupeň zostane v čase

⁶ Bližšie pozri http://www.eurohex.eu/IS/application/PDF/Sullivan_guide_final_jun2007.pdf.

⁷ Pre Belgicko, Írsko a Taliansko boli údaje v databáze Eurohex dostupné len do roku 2010.

⁸ Vývoj početnosti a zloženia populácií 120 krajín sveta podľa veku a pohlavia je identická s prognózou OSN World Population Prospects, revízia 2008. Táto prognóza je potom rozšírená o dimenziu dokončeného vzdelania.

nezmenený v každej kohorte. V súlade s týmto predpokladom by váha jednotlivých vzdelanostných skupín závisela od veľkosti populácie jednotlivých kohort. Tento variant predstavuje referenčný rámec nulového rastu a autori ho považujú za spodnú hranicu – najhorší možný scenár. Druhý variant nazvaný constant enrollment ratio scenario (CER) vychádzal z konštantných mier prechodov medzi jednotlivými dosiahnutými vzdelanostnými stupňami. V každej krajine v každej kohorte (podľa pohlavia) podiel osôb, ktoré uskutočnia každú vzdelanostnú tranzíciu zostal v čase rovnaký. Prvý komplexný scenár, ktorý nebol založený na jednoduchom predpoklade predstavoval global educationa trend scenario (GET). Predpokladal, že vzdelanostná expanzia v každej krajine bude konvergovať s trajektóriou expanzie založenej na historickom globálnom trende. Ako posledný scenár autori predstavili tzv. fast-track scenario (FT). Kým CER mal tvoriť akúsi spodnú hranicu, FT bol považovaný v čase vzniku projekcie za hornú limitu vývoja vzdelanostnej štruktúry (KC et al., 2010). Porovnanie jednotlivých scenárov s reálnymi hodnotami dosiahnutého vzdelania v mladších vekových skupinách (30-44, 35-44 a pod.), v ktorých môžeme už predpokladať ukončené vzdelanostné dráhy naznačuje, že práve posledný spomenutý scenár sa v prípade slovenskej populácie asi najviac približuje k realite, čo bolo dané nebývalou expanziou terciérneho vzdelávania v priebehu uplynulej dekády.

2. ZHODNOTENIE PREDPOKLADOV PROGNÓZY EUROSTATU – EUROPOP 2010

Zmena početnosti populácie seniorov je daná troma podmieňujúcimi faktormi: veľkosťou populačného ročníka pri narodení a jeho početnosťou vzhľadom k okolitým kohortám, zmenami v početnosti danej a okolitých kohort v dôsledku migrácie a silou úmrtnosti, ktorá sa mení podľa veku jedinca ako aj v čase. Pre všetky sledované európske krajiny bol pre obdobie posledných dvoch dekád typický priaznivý vývoj úmrtnosti. Ide predovšetkým o predlžovanie strednej dĺžky života v strednom a vyššom produktívnom veku a hlavne v poproduktívnom veku. Rozdielne pôsobiace úmrtnostné trendy môžu zahladzovať alebo naopak prehľbovať existujúce rozdiely vo veľkosti subpopulácií definovaných na pohlavia, veku alebo iných charakteristík. Príkladom môže byť najvyššie dosiahnuté vzdelanie, keďže intenzita úmrtnosti a teda aj výsledná stredná dĺžka života sa líšia u osôb s nízkym a vysokým vzdelaním (Elo a Preston, 1996; Shkolnikov et al, 2006; Meszaros, 2012).

Identifikácia celkového potenciálu na ďalšie znižovanie úmrtnosti v krajinách V4 potvrdila (pozri napr. Burcin, Kučera, 2008; Šprocha, Vaňo, 2012; Bleha, Šprocha, Vaňo, 2013), že v prípade mužov bude kľúčovým pre budúci vývoj zlepšovanie úmrtnostných pomerov v strednom a vyššom produktívnom veku, kde tieto populácia zatiaľ najviac zaostávajú za demograficky vyspelou Európou. Pokiaľ nebude zlepšovanie úmrtnosti mužov v týchto kritických vekových skupinách dostatočné, v krajinách V4 budú muži naďalej zomierať skôr ako ich vrstovníci v západoeurópskych krajinách, pričom sa navyše existujúce rozdiely budú prehľbovať. V prípade priaznivého vývoja sa naopak budú rozdiely v stredných dĺžkach života postupne stierať, hoci ani do roku 2060 nemôžeme čakať vymiznutie rozdielov. U žien sa ťažisko úmrtnosti čoraz viac posúva do veku 80 a viac rokov. Súčasne s tým je však potrebné upozorniť na značné rozdiely v pôvodnej úrovni strednej dĺžky života pri narodení a v presnom veku 50 resp. 65 rokov. Vo všeobecnosti je síce zřejmé, že v postkomunistických krajinách vidíme značné zaostávanie za populáciami z bývalého západného bloku, no aj v ich prípade sme svedkami už značnej konvergenencie. Tá je výsledkom vývoja v posledných dvoch dekádach, počas ktorých došlo k zvráteniu nepriaznivého trendu v úmrtnosti a jej postupnému znižovaniu. Okrem toho na súčasnú hodnotu strednej dĺžky života pri narodení tiež vplýva aj jej úroveň na začiatku 90. rokov a teda existujúce rozdiely, ktoré sa konštituovali v predchádzajúcom období.

Dynamika zmien po roku 1990 bola medzi jednotlivými postkomunistickými krajinami značne odlišná. Napríklad Česká republika a Poľsko patria ku krajinám s dynamickejším rastom strednej dĺžky života pri narodení, kým Slovensko a Maďarsko za nimi značne zaostávajú (bližšie pozri napr. Bleha, Šprocha, Vaňo, 2013). Aj preto môžeme vidieť, že podľa prognózy EUROSTATu v roku 2010, ale aj reálnych údajov sa Česká republika od ostatných krajín V4 viditeľne vzdialila. Výnimkou je situácia v ženskej časti populácie, kde v podstate rovnakú hodnotu strednej dĺžky života pri narodení dosahuje Poľsko (81,1 roku). Naopak najhoršie

úmrtnostné pomery spomedzi všetkých sledovaných populácií má Maďarsko (muži 71,2 rokov, ženy 78,7 rokov). Najvyššia stredná dĺžka života pri narodení je spomedzi sledovanými krajinami u mužov v Taliansku (80,1 roku) a u žien vo Francúzsku (85,7 roku).⁹

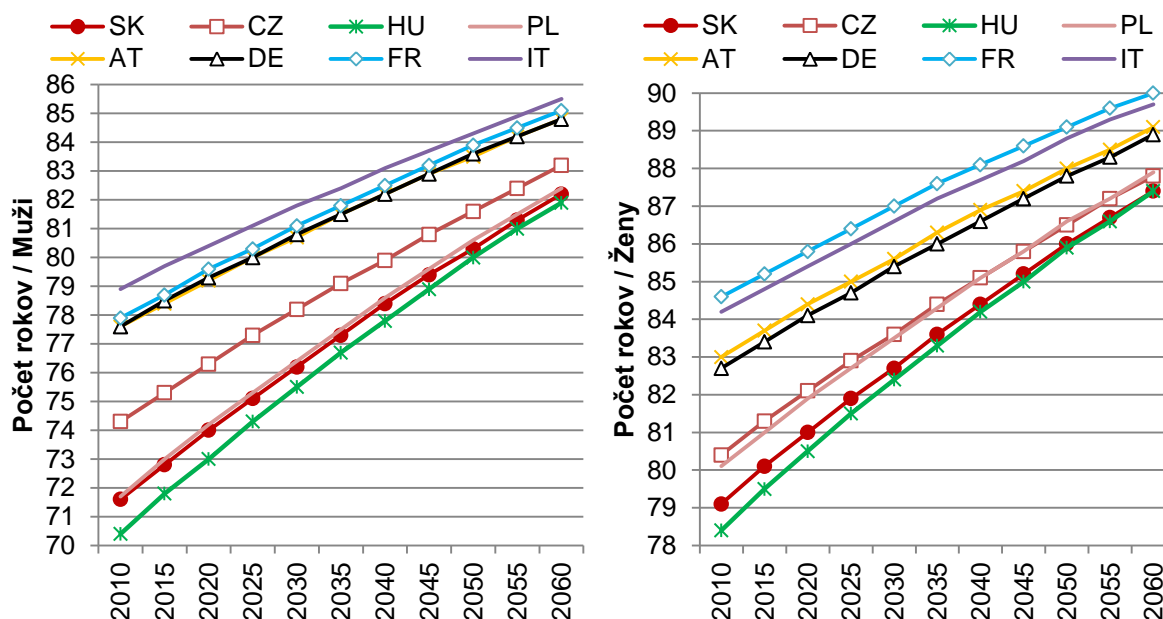
Predpoklad vývoja strednej dĺžky života pri narodení v prognóze EUROSTATu je pomerne konzervatívny a poprední európski demografi upozorňujú na dosť pravdepodobný výraznejší nárast strednej dĺžky života v priebehu prvej polovice 21. storočia (Eduiev, 2011; Scherbov, Lutz a Sanderson, 2011). Do určitej miery to potvrdzuje aj vývoj strednej dĺžky života v najvyspelejších krajinách s najdlhšou priemernou dĺžkou života, ktorý zatiaľ nena- značuje na výraznejšie spomalenie jej rastu. V priemere sa stredná dĺžka života zvyšuje aj v týchto krajinách o približne 2 roky za dekádu. Samozrejme je možné, že toto tempo rastu sa v budúcnosti spomalí, pretože môže naraziť na limity predlžovania života, najmä v prípade, ak si lekárska veda nedokáže poradiť s niektorými civilizačnými ochoreniami a nájsť efektívnu liečbu rakoviny, ktorá je hlavnou príčinou úmrtnosti v krajinách, ktorým sa podarilo obmedziť úmrtnosť na ochorenia obehovej sústavy. Konzervatívnosť odhadu prognostikov EUROSTATu potvrdilo aj porovnanie prognózovanej strednej dĺžky života v roku 2010 a reálnej hodnoty z tohto roku. Vo všetkých sledovaných populáciách bola prognózovaná hodnota nižšia ako reálne hodnoty indikátorov v jednotlivých populáciách. Úroveň disproporcií sa pohyboval od 0,1 (Slovensko) po 0,9 roka (Taliansko) u mužov a 0,2 (Slovensko a Maďarsko) až 0,8 rokov (Taliansko) u žien. Dôsledkom konzervatívneho nastavenia budúceho vývoja úmrtnosti je pomalší priebeh demografického starnutia jednotlivých populácií. Keďže je pravdepodobné, že v najbližšej budúcnosti sa bude stredná dĺžka života predlžovať výraznejšie, väčšia časť strieborných osôb sa bude dožívať vyššieho veku – a keďže budú dlhšie žiť, bude starnutie populácie z vrchu pyramídy silnejšie ako v scenári EUROPOP 2010, t.j. aj početnosť seniorov bude väčšia a ich relatívne zastúpenie v sledovaných populáciách výraznejšie.

Vo všeobecnosti prognóza EUROSTATu predpokladá vo všetkých populáciách u oboch pohlaví zlepšovanie úmrtnostných pomerov. Súčasne je zrejmé, že postupne by malo dôjsť k vyrovnávaniu rozdielov medzi postkomunistickými krajinami a krajinami z bývalého západného bloku. Okrem toho výsledky prognózy tiež poukazujú na vyrovnanie rozdielov medzi mužmi a ženami najmä v krajinách V4, keďže sa predpokladá vyššia dynamika zlepšovania úmrtnostných pomerov na strane mužov. Najvýraznejšie zvýšenie strednej dĺžky života pri narodení by mali dosiahnuť muži z Maďarska (nárast o 11,5 roka), Poľska (o 10,7 roka) a Slovenska (10,6 rokov). U žien by v Maďarsku zníženie úmrtnosti do roku 2060 mohlo predĺžiť strednú dĺžku života žien o 9 rokov, na Slovensku o 8,3 roka a v Poľsku o 7,8 roka. V krajinách na západ od železnej opony sa predpokladá o 4 – 5 rokov nižší rast u mužov a 3 – 4 roky u žien.

⁹ Údaje o výške strednej dĺžky života pri narodení vychádzajú z databázy EUROSTATu z roku 2012.

Graf 1 – 2

Predpokladaný vývoj strednej dĺžky života pri narodení, 2010 – 2060



Zdroj údajov: EUROSTAT – EUROPOP 2010.

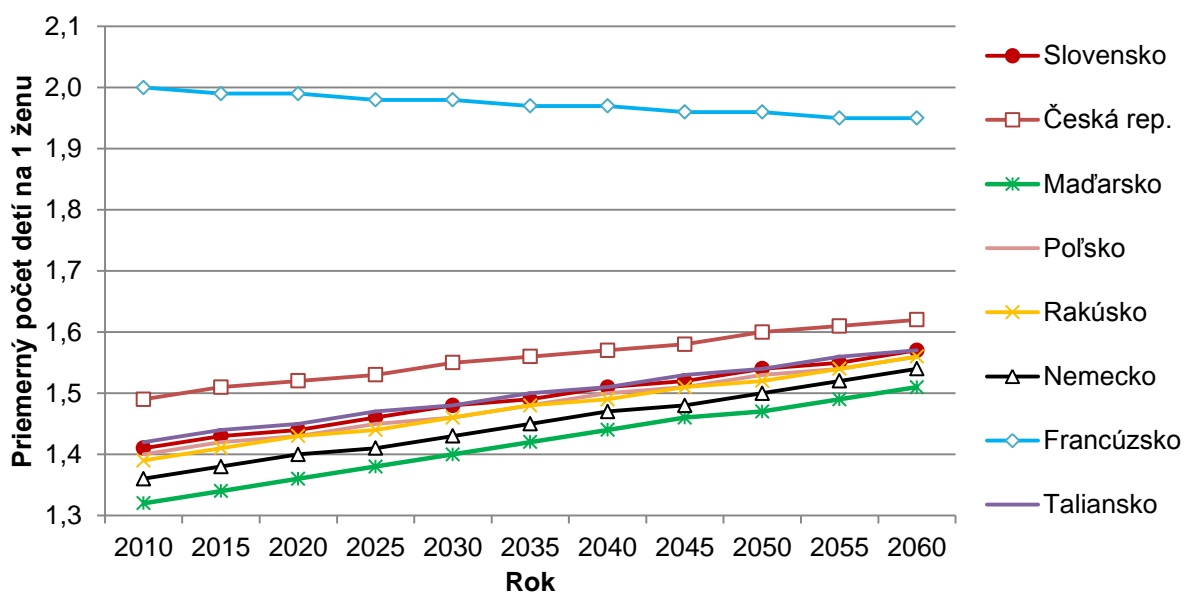
Príčiny je potrebné hľadať v existujúcom potenciály na ďalšie zlepšovanie úmrtnostných pomerov a predovšetkým v jeho štruktúre. Kým vyššie menované tri krajiny V4 spolu tiež s Českou republikou majú ešte značné rezervy u mužov v strednom a vyššom produktívnom veku, teda vo veku, kde znižovanie úmrtnosti je vo všeobecnosti ľahšie dosiahnuteľné ako u najstarších osôb, v krajinách na západ od železnej opony práve v tomto najvyššom veku sa bude rozhodovať o budúcom smerovaní procesu úmrtnosti. Táto skutočnosť ešte výraznejšie platí v ženskej časti populácie a aj preto sa predpokladá vyššia dynamika zlepšovania úmrtnostných pomerov na strane mužov, kde existujúce rezervy sa nachádzajú vo väčšej miere aj v nižšom veku.

Aj keď samotný vývoj procesu pôrodnosti a plodnosti v prognózovanom období výraznejšie nemôže ovplyvniť početnosť osôb vo veku 50 a viac rokov, keďže tieto osoby sa dostanú do tohto veku až za prahom sledovaného obdobia, výrazne môžu zasiahnuť a aj zasiahnu do indikátorov ekonomického zaťaženia populácie a iných relatívnych indexov, ktoré dávajú do pomeru jednotlivé vekové segmenty populácie.

Pre hodnotenie trendov pôrodnosti bol použitý ukazovateľ úhrnnej plodnosti žien, ktorý vyčísluje priemerný počet detí, ktoré sa narodia žene v plodnom veku (15 – 49 rokov) počas celého jej života v prípade zachovania rozloženia mier plodnosti daného kalendárneho roka počas celého jej reprodukčného obdobia. Podobne ako v prípade úmrtnosti, úhrnná plodnosť je jediným indikátorom publikovaným pre hodnotenie predpokladov prognózy. Nie je teda možno podrobnejšia evaluácia očakávaných trendov na úrovni rozloženia mier plodnosti podľa veku, posúvania priemerného veku rodičiek a pod.

Spomedzi sledovaných krajín sa v súčasnosti približuje úhrnná plodnosť k úrovni jednoduchej reprodukcie (úroveň, ktorá zabezpečuje nahradenie generácií za predpokladu nulovej migrácie, vo vyspelých krajinách je to úroveň úhrnnej plodnosti na úrovni cca 2,07 dieťaťa na ženu) len vo Francúzsku, pričom stredný variant prognózy EUROSTATu predpokladá postupné mierne zníženie úhrnnej plodnosti z úrovne 2,0 na 1,95 dieťaťa na ženu medzi rokmi 2010 a 2060. Všetky ostatné krajiny hodnotené v tejto analýze mali v roku 2010 úhrnnú plodnosť pod hodnotou 1,5 dieťaťa na ženu. Pritom v Rakúsku a Nemecku sa úhrnná plodnosť už vyše dve dekády pohybuje na úrovni približne 1,45 dieťaťa na ženu a hoci EUROSTAT predpokladá nárast úhrnnej plodnosti v týchto krajinách k úrovni 1,6 dieťaťa na ženu, zdá sa, že intenzita plodnosti je v týchto krajinách stabilizovaná na nižšej úrovni a nie je predpoklad jej výraznejšieho zvyšovania. Naopak v krajinách V4 a Taliansku sa od roku 2005 úhrnná plodnosť mierne zvyšovala z historicky najnižších hodnôt, ktoré dosiahol tento ukazovateľ na prelome miléníí. V tomto vývoji zohral dôležitú úlohu predovšetkým proces rekuperácie čiže realizácia tzv. odkladaných pôrodov (Sobotka, 2005). Okrem toho dôležitým faktorom v krajinách V4 bola tiež zlepšujúca sa ekonomická situácia, klesajúca nezamestnanosť (napr. v prípade Slovenska a Poľska, pozri Goldstein et al., 2010). Finančná kríza a s ňou spojený nárast nezamestnanosti zvrátili tento pozitívny vývoj ukazovateľov plodnosti (Sobotka et al., 2011; Kreyenfeld a Andersson, 2012). Zdá sa však, že pokles úhrnnej plodnosti je s najvyššou pravdepodobnosťou len dočasný (Bongaarts a Sobotka, 2012). Keďže významným faktorom je realizácia odkladaných pôrodov a tzv. postponement transition trvá obvykle približne 25 rokov, je pravdepodobné, že ešte v priebehu ďalšej dekády bude úhrnná plodnosť v krajinách V4 a Taliansku stúpať, a je možné, že za priaznivých okolností dosiahne EUROSTATom prognózované hodnoty nad 1,5 dieťa už skôr. Naopak, v prípade dlhodobějších dopadov hospodárskej krízy je scenár vývoja plodnosti.

G r a f 3
Predpokladaný vývoj úhrnnej plodnosti, 2010 – 2060



Zdroj údajov: EUROSTAT – EUROPOP 2010.

V prípade, že by sa naplnil predpokladaný scenár, môžeme predpokladať nižšiu pôrodnosť v nemecky hovoriacich krajinách, ktorá by sa podpísala na mierne rýchlejšom tempe starnutia (napr. meranom indexom starnutia). Na druhej strane, výraznejšia rekuperácia v prípade krajín V4 a Talianska by mohla vyústiť do rýchlejšieho nárastu úhrnnej plodnosti ako predpokladá konzervatívny odhad EUROSTATu. Tento vývoj by sa prejavil v zmiernení starnutia populácie zdola na čo by reagovali aj v dlhodobom horizonte niektoré ukazovatele závislosti a index starnutia.

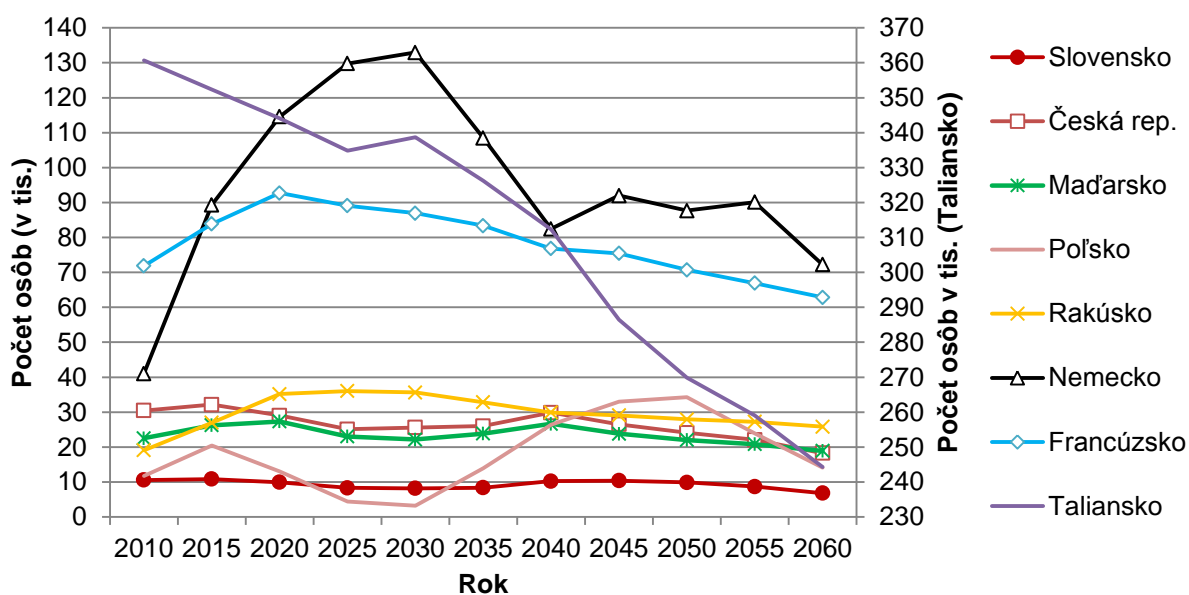
Migrácia z pohľadu prognózovania predstavuje najproblematickejší, najmenej stabilný parameter s vysokou dávkou neistoty. Príčinou je jej predovšetkým široká a súčasne značne komplikovaná viacnásobná podmienenosť faktormi rôznej povahy s často dynamickou povahou. Do hry napríklad vstupujú tak rýchlo sa meniace premenné ako je ekonomická situácia v krajine imigrácie ale aj v krajinách pôvodu, celkový vývoj vo svete, v regióne (napr. v Európe), politická situácia v regióne, ale aj v celosvetovom pohľade a tiež legislatívne podmienky. Navyše je potrebné spomenúť aj nejednotnú metodiku získavania údajov o počtoch migrantoch v jednotlivých štátoch (napr. nejednotné definície migranta z hľadiska dĺžky pobytu v krajine, odlišné definície obyvateľstva pod.), čo značne komplikuje vzájomnú porovnateľnosť údajov. Vzhľadom na tieto problémy je potom zrejmé, že so zostavením projekčných scenárov procesu migrácie sa spája najväčšia neistota, ktorá sa samozrejme zväčšuje s predlžujúcim sa časovým intervalom od prahu prognózy.

Z pohľadu predpokladov migrácie EUROSTAT publikoval migračné saldá od roku 2010 do roku 2060. Obraz migrácie do značnej miery ovplyvnili udalosti v posledných štyroch rokoch. Pretrvávajúca hospodárska kríza sa podpísala pod pokles objemu migrácie a pre európsky priestor sa zdá, že práve vyriešenie hospodárskych problémov bude predstavovať jeden z hlavných faktorov ovplyvňujúcich úroveň migračných sald.

Prognóza EUROSTATu predpokladá približne do roku 2030 nárast migračného salda v celej EÚ 27 a za touto hranicou by malo dôjsť k znižovaniu objemu migračných sald. Veľmi podobnú situáciu môžeme vidieť aj u hlavných migračných cieľov spomedzi sledovaných krajín. Celkovo najväčšie počty migrantov by mali pribúdať v Taliansku, no celkovo sa predpokladá, že dôjde k pomerne značnému úbytku. Od roku 2010 do roku 2060 by sa tak hodnota migračného salda v Taliansku mala znížiť z pôvodných viac ako 360 tis. osôb ročne na niečo viac ako 240 tis. Na druhej strane vo Francúzsku a najmä v Nemecku EUROSTAT prognózuje v najbližších rokoch nárast objemu migračného salda. V prípade druhej spomínanej krajiny by to malo byť približne len v najbližšej dekáde zo 70 tis. na viac ako 90 tis., pričom za horizontom roku 2020 by malo dôjsť k jeho pokles až do konca prognózovaného obdobia, keď celkový objem migračného salda by mohol predstavovať vo Francúzsku len niečo viac ako 60 tis. osôb. Na druhej strane, v Nemecku je prognózovaný nárast až do roku 2030, kedy hodnota migračného salda by mala prekročiť hranicu 130 tis. osôb. V nasledujúcom období vidíme pomerne prudký pokles a následne určitú stagnáciu na úrovni 70 – 90 tis. osôb. Podobný trend

aj keď na inej úrovni z pohľadu objemu migračného salda sa predpokladá v Rakúsku. Naopak v Maďarsku, Česku a Poľsku po určitom miernom zvýšení migračných sald v najbližších rokoch predikuje EUROSTAT pokles prílivu migrantov, ktorý by mal vrcholiť práve v 30. Rokoch 21. storočia. Následne je vidieť opäť mierny nárast, ktorý ku koncu prognózovaného obdobia vystrieda mierny pokles. Aj keď ide o pomerne turbulentný vývoj je potrebné upozorniť na celkový rozsah zmien, ktorý by sa mal vo všetkých týchto krajinách pohybovať v úzkom intervale (s výnimkou Poľska). Pre Slovensko EUROSTAT predpokladá v podstate takmer stabilný prírastok počtu obyvateľov migráciou na úrovni 7 – 10,5 tis. osôb.

G r a f 4
Predpokladaný vývoj migračného salda, 2010 – 2060



Zdroj údajov: EUROSTAT – EUROPOP 2010.

Jednou z pomerne často reflektovaných otázok spájaných so zahraničnou migráciou je jej úloha pri riešení problémov starnúcej populácie. Predovšetkým sa diskutujú možnosti zmiernenia alebo dokonca zvrátenia procesu starnutia prostredníctvom zahraničnej imigrácie. Do akej miery sú tieto predpoklady reálne umožňuje napríklad zhodnotiť koncept tzv. náhradovej migrácie (replacement migration). Najčastejšie sa pritom pracuje s tromi projekčnými predpokladmi: a/ aká vysoká by musela byť čistá zahraničná migrácia, aby počet obyvateľov zostal konštantný, b/ aby sa nezmenilo zastúpenie produktívnej zložky populácie a c/ z nášho pohľadu najdôležitejší predpoklad hovoriaci o zastavení starnutia v podobe napr. konštantného priemerného veku alebo ekonomického zaťaženia poproduktívnou časťou populácie.

Viaceré modelové výpočty pre Českú republiku a Slovensko (pozri napr. Burcin a kol., 2007ab; Vaňo, 2004), ale aj pre niektoré sledované krajiny (Nemecko, Francúzsko, Taliansko) hovoria, že reálne môže kompenzačná migrácia zastaviť úbytok počtu obyvateľov, no nepredstavuje reálny nástroj na zastavenie alebo výraznejšie spomalenie zmien vo vekovej štruktúre obyvateľstva. Napríklad v prípade Slovenska, ak by sa mal zastaviť proces starnutia

a priemerný vek by mal zostať rovnaký až do roku 2050, v nasledujúcich rokoch by sa ročný migračný prírastok musel pohybovať na úrovni približne 2 mil. osôb a celkovo by sa počet obyvateľov na Slovensku musel zvýšiť o 88 mil. osôb (Burcin a kol., 2007b). V prípade Českej republiky by celkový migračný prírastok musel tvoriť takmer 43 mil. osôb, čo by predstavovalo priemernú ročnú úroveň na takmer 1 mil. ľudí. Obdobné nereálne počty imigrantov môžeme vidieť aj v ďalších prácach pre sledované krajiny (pozri OSN 2001, Bijak et al., 2005).

Okrem toho je potrebné tiež upozorniť, že z pohľadu striebornej ekonomiky zahraničná migrácia má len obmedzené pole pôsobnosti, keďže hlavnými jej aktérmi sú osoby v mladšom produktívnom veku a starnúce a staré osoby menia svoje trvalé bydlisko mimo hranice pôvodného štátu len v obmedzenej miere.

3. SÚČASNÝ STAV A OČAKÁVANÝ VÝVOJ STARNUTIA SLOVENSKA A VYBRANÝCH KRAJÍN

Počet osôb vo veku 50 a viac rokov podľa stredného variantu prognózy EUROPOP 2010 by mal v EÚ medzi rokmi 2010 – 2060 vzrásť z pôvodných 182,5 mil. na viac ako 243 mil. ľudí. Početnosť strieborných osôb by mala dosiahnuť maximum v roku 2050, kedy sa predpokladá, že ich bude viac ako 245 mil. Pri výraznejšom predlžovaní dĺžky života by mohol byť tento počet ešte vyšší. V poslednej dekáde prognózovaného obdobia tak autori očakávajú mierny pokles. Aj napriek zastaveniu absolútneho rastu však váha tohto obyvateľstva na celej populácii EÚ neustále rást'. Kým v roku 2010 predstavovali 50-roční a starší približne 36,4 % populácie, do roku 2060 by ich zastúpenie malo prekročiť 47 % hranicu. Okrem zmien v početnosti a zastúpenia na celej populácii sa očakávajú tiež zmeny v samotnej štruktúre strieborných ľudí z hľadiska vekového zloženia tejto subpopulácie. Na začiatku prognózovaného obdobia mali medzi striebornými prevahu starnúce osoby (50 – 64 rokov), ktoré tvorili viac ako polovicu z celého kontingentu ľudí vo veku 50 a viac rokov. Do konca prognózovaného obdobia však ich váha klesne na niečo viac ako 37 %, čo je nevyhnutný dôsledok starnutia početne slabších kohort. Len mierne sa pritom zvýši podiel osôb vo veku 65 – 79 rokov z takmer 35 % na viac ako 37 %.¹⁰ Hlavnými zmenami tak prejde najstaršia veková skupina 80-ročných a starších, ktorej váha sa v populácii starších osôb zdvojnásobí z pôvodných takmer 13 % na 25,6 % a to tak v dôsledku starnutia početných ročníkov, ako aj v dôsledku predpokladu zlepšujúcej sa úmrtnosti a posúvania modálnej dĺžky života do vyššieho veku. Súčasne sa zvýši aj zastúpenie najstarších na celej populácii, ktoré bude na konci prognózovaného obdobia predstavovať 12 %.¹¹

Ak sa pozrieme bližšie na jednotlivé krajiny je zrejmé, že z pohľadu počtu osôb vo veku 50 a viac rokov bude pre exportne zameranú striebornú ekonomiku Slovenska zaujímavý predovšetkým trh v Nemecku (v rokoch 2025 – 2040 približne 38 mil. osôb), ďalej v Taliansku (nárast z 23 mil. na takmer 33 mil.) a vo Francúzsku (nárast z 23 mil. nad úroveň 32 mil.). Celkovo by sa vo vybraných populáciách mal počet osôb vo veku 50 a viac rokov zvýšiť z pôvodných 104,7 mil. na 135,6 mil. v roku 2045. Od tohto momentu síce autori prognózy predpokladajú mierny pokles na 131,7 mil. v roku 2060, no svojou váhou naďalej budú predstavovať viac ako polovicu z celkového počtu strieborných osôb v EÚ 27.¹² Detailne je vidieť zmeny v početnosti strieborných osôb a ich zastúpenie na celej populácii v nasledujúcich dvoch grafoch 5 a 6.

¹⁰ Najvyššiu váhu budú mať tieto osoby v roku 2040, kedy by mali tvoriť takmer 39 % z celkového počtu ľudí vo veku 50 a viac rokov.

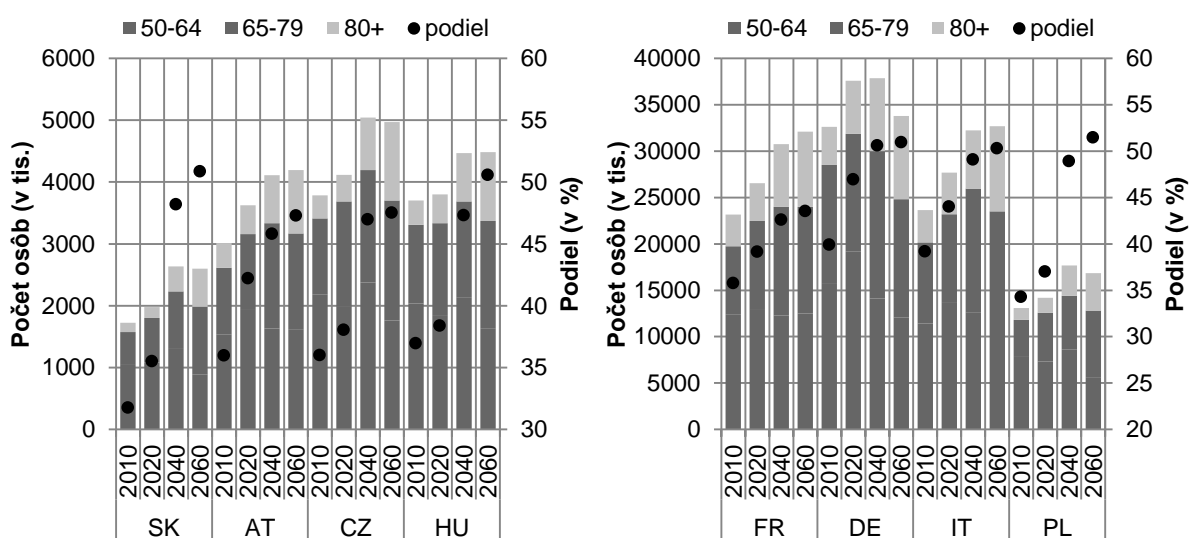
¹¹ V roku 2010 netvorili tieto osoby ani 5 % z celej populácie.

¹² Medzi rokmi 2010 – 2060 by malo dôjsť k miernemu poklesu z pôvodných 57,4 % na 54,2 %.

Najväčšiu dynamiku nárastu počtu strieborných osôb medzi rokmi 2010 a 2060 by malo podľa prognózy EUROSTATu zaznamenať Slovensko (nárast o viac ako 50 %) nasledované Rakúskom (o 39 %), Talianskom a Francúzskom (obe krajiny približne 38 %). Najvyšší podiel starších osôb sa očakáva v roku 2060 v Poľsku, kde by mali predstavovať 51,5 % z celej populácie. Za ním by malo nasledovať Slovensko a Nemecko (s takmer 51 %). Viac ako polovicu obyvateľstva vo veku 50 a viac rokov by mali mať ešte v roku 2060 aj Maďarsko a Taliansko. Najmenšiu váhu by mohli staršie osoby dosahovať vo Francúzsku (43,5 %). Okrem počtu starších osôb a ich zastúpení na celej populácii sa bude meniť aj ich vnútorná štruktúra. V hrubých rysoch sme to naznačili už vyššie v prípade celej EÚ 27.

Graf 5 – 6

Vývoj počtu a podielu strieborných osôb a ich štruktúry podľa veku, 2010 – 2060



Pozn.: Pravá os znázorňuje absolútny počet osôb a pravá zastúpenie osôb vo veku 50 a viac rokov na celej populácii daného štátu.

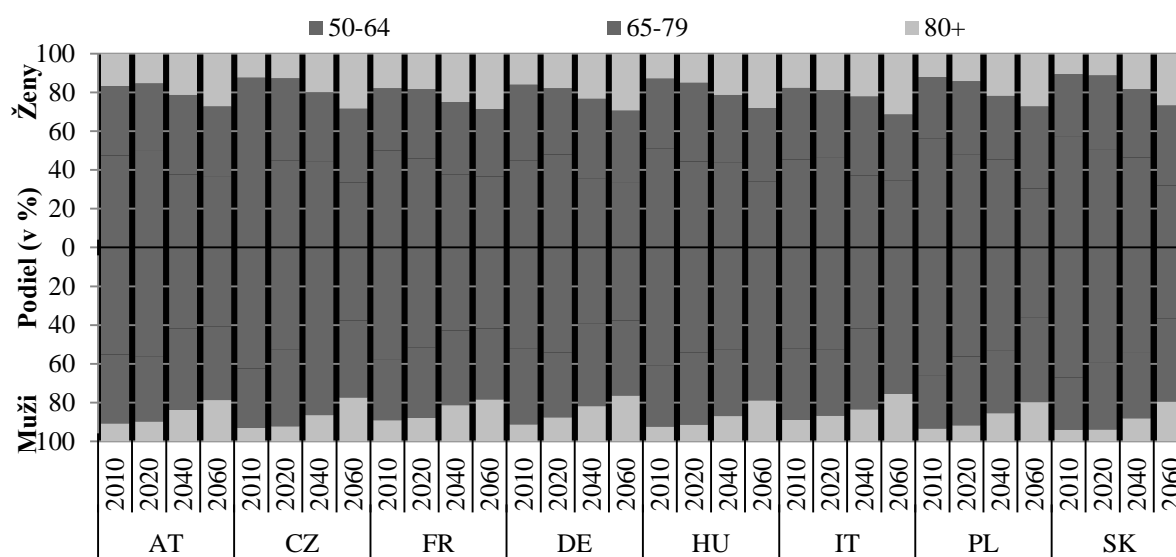
Zdroj údajov: EUROSTAT.

Vo všeobecnosti môžeme vo všetkých sledovaných populáciách očakávať pokles zastúpenia starnúcich osôb (50 – 64 rokov) na úkor starých a najmä najstarších (vo veku 80 a viac rokov). Do roku 2060 by sa ich podiel mal znížiť na úroveň približne 33 % (Taliansko) až 39 % (Francúzsko). Vo väčšine zo sledovaných krajín by pokles zastúpenia starnúcich osôb mal byť saturovaný nárastom podielu najstarších osôb. Na Slovensku (nárast o 12 percentuálnych bodov – p. b.), v Poľsku (nárast o 13,2 p. b.) a čiastočne aj v Maďarsku (viac ako 4 p. b.) a Českej republike (takmer 7 p. b.) vidíme, že výraznejšie sa zvýši aj váha starého obyvateľstva, pričom práve v prvých dvoch menovaných populáciách by mala táto zložka dosahovať najvyšší podiel (viac ako 40 %) z celkového počtu obyvateľov vo veku 50 a viac rokov. Vo všeobecnosti sa predpokladá, že podiel osôb vo veku 65 – 79 rokov bude tvoriť 35 % (Taliansko) až 43 % (Poľsko) v roku 2060.

Najvyššie zastúpenie by mali najstaršie (osoby vo veku 80 a viac rokov) dosahovať v Taliansku, kde budú podľa prognózy EUROPOP 2010 predstavovať v roku 2060 viac ako 28 % z celkového počtu osôb vo veku 50 a viac rokov. Na druhej strane najväčší nárast váhy najstarších očakávame v Českej republike a na Slovensku (o viac ako 15 p. b.). Podľa výsledkov EUROSTATu by tak osoby vo veku 80 a viac rokov mali na konci prognózovaného obdobia v sledovaných populáciách predstavovať približne 24 % (Poľsko a Slovensko) až 28 % (Taliansko) z celkového počtu ľudí vo veku 50 a viac rokov. Detailne je možné vidieť vývoj podielu jednotlivých vekových skupín na celkovom počte osôb vo veku 50 a viac rokov v nasledujúcom grafe 7. Okrem toho graf 7 tiež umožňuje sledovať rozdiely v štruktúre tejto populácie podľa pohlavia. Aj napriek určitému zmiernovaniu rozdielov je zrejmé, že v ženskej populácii budú mať najstaršie osoby naďalej zjavnú významnejšie zastúpenie než u mužov, čo je podmienené dlhšou priemernou dĺžkou života žien. Naopak u starých osôb budeme postupne svedkami toho, že ich podiel bude vyšší v mužskej časti populácie, čím sa zmierni dominancia starnúcich, ktorú sledujeme na začiatku prognózy.

G r a f 7

Podiel vybraných vekových skupín na celkovom počte mužov a žien vo veku 50 a viac rokov, 2010 – 2060

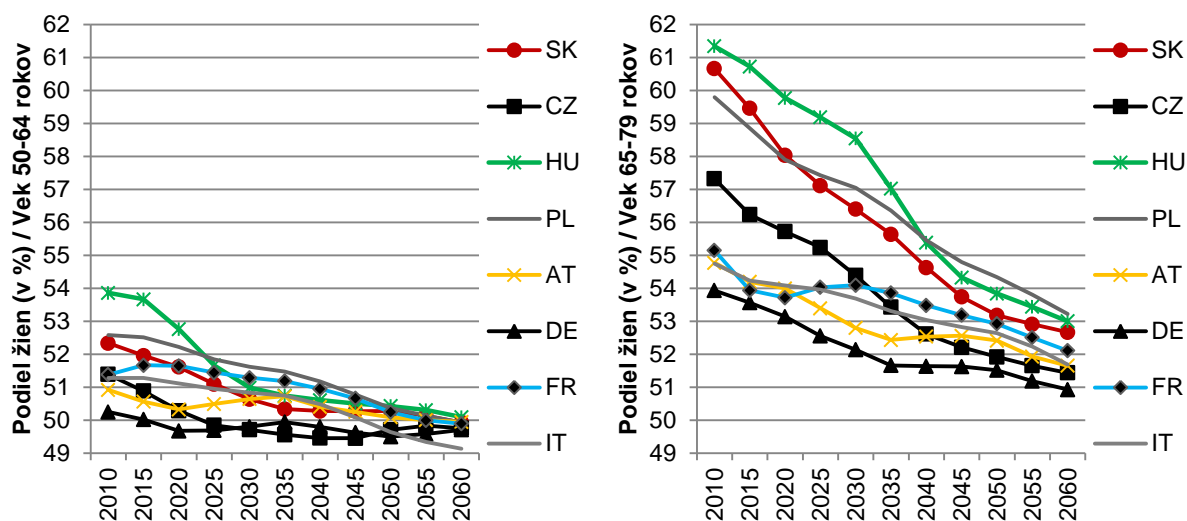


Zdroj údajov: EUROSTAT.

Rozdiely v dynamike zlepšovania úmrtnostných pomerov a najmä predpokladané rýchlejšie tempo zlepšovania úmrtnostných pomerov v mužskej časti populácie, predovšetkým zníženie nadúmrtnosti mužov v strednom veku, bude viesť k znižovaniu prevahy žien vo veku 50 a viac rokov. V roku 2010 mali v EÚ 27 vo všetkých sledovaných vekových podskupinách strieborného obyvateľstva prevahu ženy, pričom s rastúcim vekom sa táto prevaha prehlbovala. U starnúcich tvorili viac ako 51 %, v skupine starých mali viac ako 55 % a u najstarších to bolo viac ako 66 %. Do konca prognózovaného obdobia sa očakáva, že sa v EÚ 27 vytvorí v najmladšej sledovanej skupine už mierna prevaha mužov. Vo veku 65 – 79 rokov by mohli ženy v roku 2060 tvoriť len necelých 52 % a vo veku 80 a viac rokov dokonca menej ako 59 %. Rovnaký trend by mali znamenať všetky sledované krajiny. Detailne je to možné vidieť v nasledujúcich grafoch 8 – 10.

Graf 8–9

Vývoj podielu žien vo vybraných vekových skupinách, 2010 – 2060

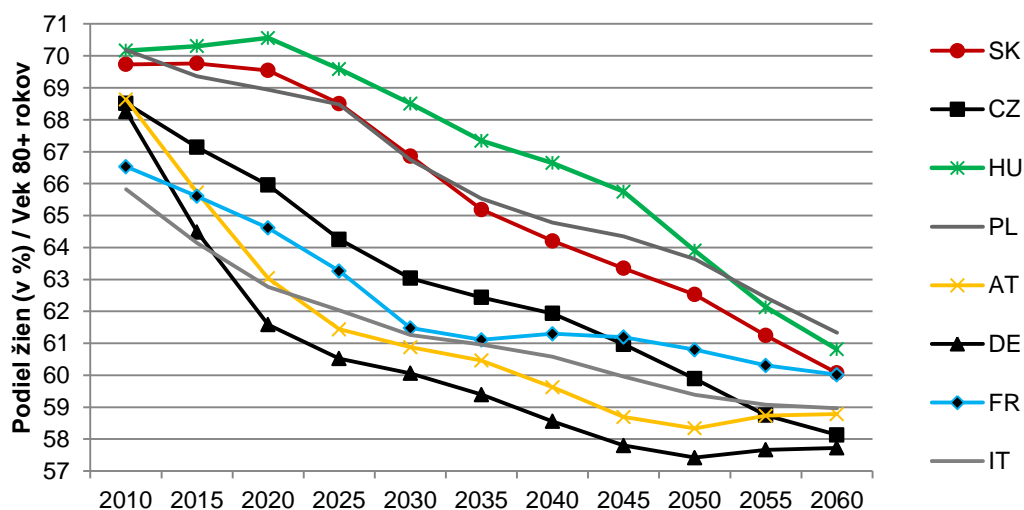


Zdroj údajov: EUROSTAT.

Súčasnne je jasné, že tento proces bude prebiehať s rôznou dynamikou v postkomunistických krajinách a v populáciách nachádzajúcich sa na západ od železnej opony. Príčiny je potrebné hľadať v odlišných rozdieloch v procese úmrtnosti podľa pohlavia. Tie sú väčšie práve v štátoch V4 a umožňujú tak vznik výraznejšej prevahy žien, a to nielen vo vyššom veku. Do roku 2060 prognóza EUROSTATu predpokladá nielen dynamické zlepšovanie úmrtnosti u mužov, ale aj tento proces sa bude v prípade mužov dotýkať najmä starnúcich a starých. Výsledkom by tak malo byť znižovanie rozdielov medzi krajinami V4 a populáciami z bývalého západného bloku.

Graf 10

Vývoj podielu žien vo veku 80 a viac rokov, 2010 – 2060



Zdroj údajov: EUROSTAT.

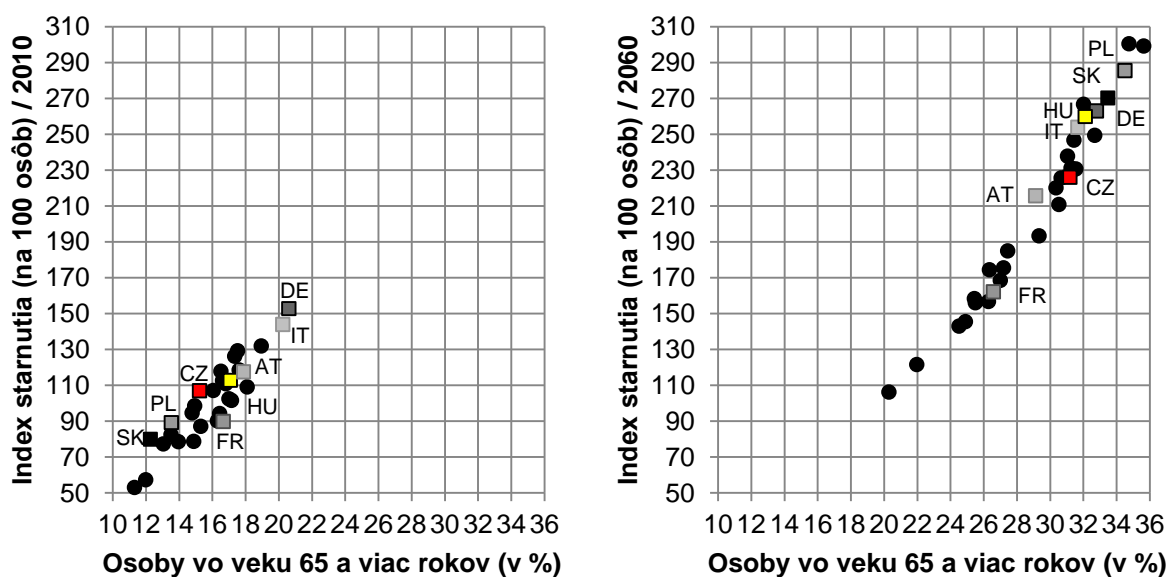
Celkovú dynamiku starnutia do budúcnosti v porovnaní so súčasným stavom prinášajú nasledujúce grafy 11 – 13. Slovensko spolu s Poľskom patrilo v roku 2010 medzi najmladšie populácie spomedzi všetkých sledovaných krajín a súčasne aj medzi najmladšie krajiny v EÚ 27. Podiel osôb vo veku 65 a viac rokov tvoril 12 – 14 % a index starnutia predstavoval

v prípade Slovenska 80 seniorov na 100 detí do 15 rokov. V Poľsku sa tento ukazovateľ starnutia pohyboval na úrovni necelých 90 osôb.

Celkovo najstaršími nielen medzi sledovanými krajinami, ale vôbec v celej EÚ boli populácie Nemecka a Talianska. Podiel seniorov tu prekročil 20% hranicu a index starnutia dosahoval 144 bodov v Taliansku a takmer 153 bodov v Nemecku. Do roku 2060 sa demografický obraz v Európe jednoznačne výrazne zmení a jej populácia prejde dynamickým procesom starnutia. Ako je zrejmé z grafu 11, pokiaľ sa naplnia predpoklady prognózy EUROPOP 2010, najstaršie populácie spomedzi krajín EÚ 27 nájdeme v Lotyšsku a Rumunsku (index starnutia 300 bodov, podiel 65-ročných a starších na úrovni 35 – 36 %) nasledované práve Poľskom (286 osôb, 34,5 %) a Slovenskom (270 osôb, 33,5 %). Medzi najstaršie populácie Európy by sa malo dostať aj Maďarsko. Rovnako aj Nemecko a Taliansko by podľa výsledkov prognózy mali patriť medzi najstaršie. Relatívne mladšiu populáciu by mohlo mať Česko, Rakúsko a predovšetkým Francúzsko, kde by podiel osôb vo veku 65 a viac rokov prekročil hranicu 26 % a na 100 detí do 15 rokov by pripadalo približne 162 seniorov. Z pohľadu celej EÚ 27 by sa index starnutia mal medzi rokmi 2010 – 2060 zvýšiť z pôvodných 111 osôb na viac ako 207 osôb, pričom podiel seniorov by vzrástol z viac ako 17 % na takmer 30 %. Značné zvýšenie váhy seniorov z hospodárskeho hľadiska potvrdzuje index ekonomickej závislosti starých ľudí. V EÚ 27 medzi rokmi 2010 – 2060 sa očakáva, že počet osôb v poproduktívnom veku pripadajúcich na 100 ľudí v produktívnom veku (20 – 64 rokov) sa zvýši z viac ako 28 osôb na takmer 58 osôb. Najvyššie zaťaženie produktívnej zložky seniormi sa pritom zo sledovaných krajín predpokladá v Poľsku (70,5 osôb) a na Slovensku (viac ako 65 osôb). Najpriaznivejšia situácia by z tejto skupiny štátov mala byť v Rakúsku (55 ľudí) a najmä vo Francúzsku (necelých 52 osôb).

G r a f 11 – 12

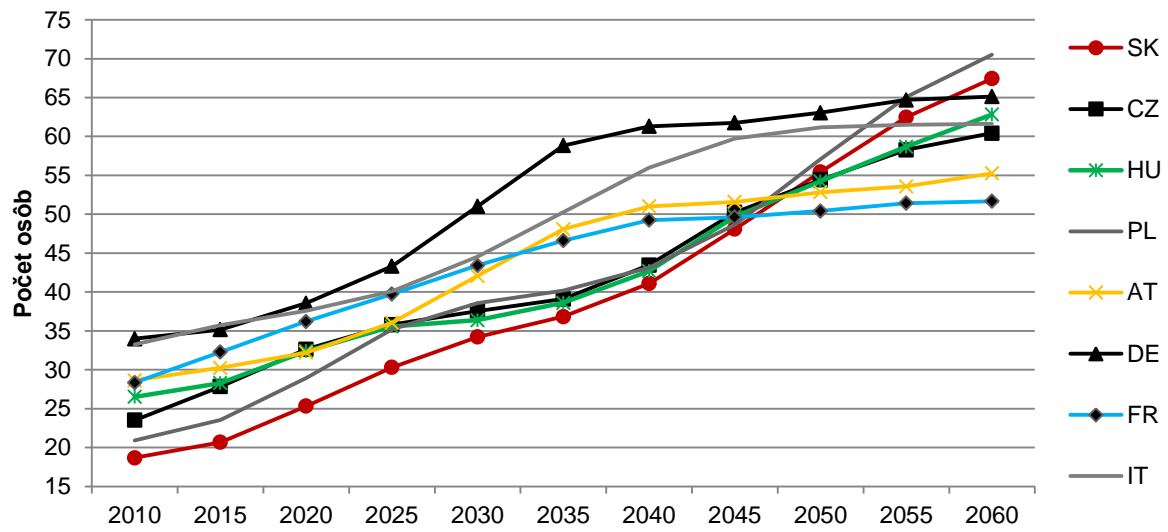
Index starnutia¹³ a podiel osôb vo veku 65 a viac rokov, 2010 a 2060



Zdroj údajov: EUROSTAT.

¹³ Počet osôb vo veku 65 a viac rokov na 100 detí do 15 rokov.

Graf 13
Index ekonomickej závislosti starých ľudí,¹⁴ 2010 – 2060



Zdroj údajov: EUROSTAT.

¹⁴ Počet osôb vo veku 65 a viac rokov na 100 osôb vo veku 20 – 64 rokov.

4. ZDRAVOTNÝ STAV

Analýza zdravotného stavu z pohľadu striebornej ekonomiky predstavuje dôležitý faktor pre jej celkové smerovanie a je zároveň prvou z hodnotených kvalitatívnych charakteristík striebornej populácie. Starnutie populácie a najmä nárast počtu strieborných osôb v najbližšej budúcnosti prinesie so sebou aj problémy ako aj výzvy v celej škále oblastí dotýkajúcich sa zdravia a zabezpečenia zdravotnej starostlivosti. Na jednej strane môžeme vidieť rastúci tlak na pokrytie výdavkov v zdravotníctve a dlhodobej starostlivosti v starnúcej spoločnosti, ktorého zvládnutie samo o sebe bude predstavovať jeden z kľúčových momentov ďalšieho rozvoja celej spoločnosti. Na druhej strane však rastúci počet spotrebiteľov vyznačujúcich sa nižšou kvalitou zdravia so sebou prináša pomerne značný potenciál pre rozvoj vysokošpecializovaných činností, služieb, tovaru, ktorý môže a bude predstavovať dôležitý potenciál pre celkový rozvoj striebornej ekonomiky. Okrem toho je tiež potrebné pripomenúť, že aj strieborné osoby bez zdravotných problémov a s relatívne dobrým zdravým budú predstavovať dôležitú cieľovú skupinu pre striebornú ekonomiku, no jej zameranie bude mať odlišný charakter a bude sa niesť skôr v znamení aktívneho starnutia (napr. poznávacie zájazdy, relaxačné pobyty a pod.). Preto pre efektívne nastavenie celého konceptu striebornej ekonomiky na Slovensku je dôležité poznanie zdravotného stavu nielen jeho vlastnej populácie, ale aj obyvateľstva najväčších obchodných partnerov a okolitých krajín.

Pri jeho analýze sa však stretávame v súčasnosti s niekoľkými závažnými problémami, ktoré nám umožňujú len v obmedzenej miere zhodnotiť skutočný stav a vytvoriť si určitú predstavu o budúcom možnom vývoji. Veľký problém pri sledovaní zdravotného stavu a chorobnosti obyvateľstva predstavuje predovšetkým stanovenie hranice medzi zdravím a chorobou. Určenie presného momentu, kedy zdravie prechádza do stavu choroby, nie je úplne možné (Mészáros, 2007b). Zdravie vnímané definíciou WHO ako stav kompletnej fyzickej, duševnej a sociálnej pohody predstavuje dynamickú premennú, neustále podmienenú celou škálou rôznych faktorov. Sústavný tlak genetických predispozícií a vonkajších determinantov môže prinášať významné zmeny stavu zdravia a jeho postupný (prípadne náhly) prechod do stavu chorobnosti. Na druhej strane treba podotknúť, že tento proces môže byť v mnohých prípadoch reverzibilný, čo výrazne komplikuje analytické hodnotenie problematiky zdravia a chorobnosti. V podstate môžeme povedať, že moment, keď dochádza k prechodu od zdravia k chorobe, dokážeme len odhadnúť na základe pocitov skúmanej osoby a vedomostí o jej zdravotnom stave. Z praktického hľadiska sa vychádza z troch základných pohľadov na zdravie:

- prítomnosť alebo neprítomnosť nejakého ochorenia,
- prítomnosť alebo neprítomnosť nejakého zdravotného obmedzenia,
- ďalšie charakteristiky zdravia, kde sa napr. zaraďuje subjektívne vnímané zdravie alebo spokojnosť s ním (Hrkal, Daňková, 2005).

Sledovanie zdravotného stavu s výnimkou prevalencie a incidencie určitého ochorenia, resp. obmedzenia je do značnej miery subjektívny proces. V súčasnosti sa najčastejšie za týmto účelom využívajú rôzne výberové zisťovania, v ktorých respondent odpovedá na otázky týkajúce sa jeho zdravotného stavu (pozri napr. Daňková, 2006; Rychtaříková, 2006). Ako sme už bližšie uviedli v kapitole metodika práce a zdroje údajov, pracujeme s informáciami z dotazníkového zisťovania EU-SILC, pričom bližšie budeme diskutovať kvalitu zdravotného stavu strieborných osôb prostredníctvom údajov o subjektívnom hodnotení vlastného zdravia, prítomnosti chronických ochorení alebo zdravotných problémov a miere obmedzenia bežných denných aktivít.

4.1 Subjektívne hodnotenie vlastného zdravia

V rokoch 2005 – 2011 hodnotilo 68 – 71 % respondentov vo veku 16 a viac rokov v celej EÚ svoje zdravie ako dobré až veľmi dobré. Dlhodobo najlepšie subjektívne zdravie v rámci výsledkov zisťovania EÚ-SILC dosahujú muži v niektorých severských krajinách (Švédsko, Nórsko, Island) a na západe Európy vo Švajčiarsku, Írsku, Holandsku a Veľkej Británii. Vo všetkých týchto populáciách sa dlhodobo pohybuje podiel mužov, ktorí kladne hodnotia svoje zdravie na úrovni alebo až nad hranicou 80 %. Na opačnej strane stoja najmä muži z krajín bývalého východného bloku, predovšetkým z pobaltských štátov, čo koreluje aj s úmrtnosťnými štatistikami. Negatívne svoj zdravotný stav hodnotia aj muži v krajinách V4, v rámci nich mierne horšie Maďari a Poliaci, čo sa v prípade maďarských mužov zhoduje aj s nelichotivými úmrtnosťnými ukazovateľmi. O niečo lepšie nazerajú na svoje zdravie muži z Českej republiky a v posledných rokoch aj Slovenska. Prekvapivo za priemerom EÚ zaostáva aj mužská populácia Nemecka, ktorá sa pozitívnym subjektívnym hodnotením svojho zdravia príliš neliší od krajín V4, čo poukazuje na problematický charakter hodnotenia zdravotného stavu subjektívnymi indikátormi, pretože z hľadiska strednej dĺžky života a iných ukazovateľov úmrtnosti je Nemecko významne pred krajinami V4. Spomedzi sledovaných krajín najčastejšie hodnotia svoje zdravie ako dobré a veľmi dobré muži starší 15 rokov v Rakúsku a Francúzsku.

Veľmi podobné rozdelenie nájdeme aj v ženskej populácii. Výsledky za všetky ženy vo veku 16 a viac rokov ukazujú, že v porovnaní s mužmi hodnotia svoje zdravie menej často pozitívne. V priemere za celú EÚ v rokoch 2005 – 2011 ako dobrý alebo veľmi dobrý označilo svoj zdravotný stav približne 62 – 65 % opýtaných. V Írsku sa zastúpenie pozitívnych odpovedí dlhodobo udržuje nad 80 %. K tejto hranici sa tiež približujú ženy vo Švajčiarsku, Veľkej Británii a viac ako tri štvrtiny opýtaných hodnotilo svoj zdravotný stav kladne aj na severe Európy vo Švédsku a na Islande. Rovnako ako u mužov najhoršie sa o svojom zdravotnom stave vyjadrujú ženy v pobaltských krajinách (viac ako polovica odpovedí hovorí o priemernom alebo zlom resp. veľmi zlom zdraví) a v Portugalsku. Negatívne hodnotia svoje

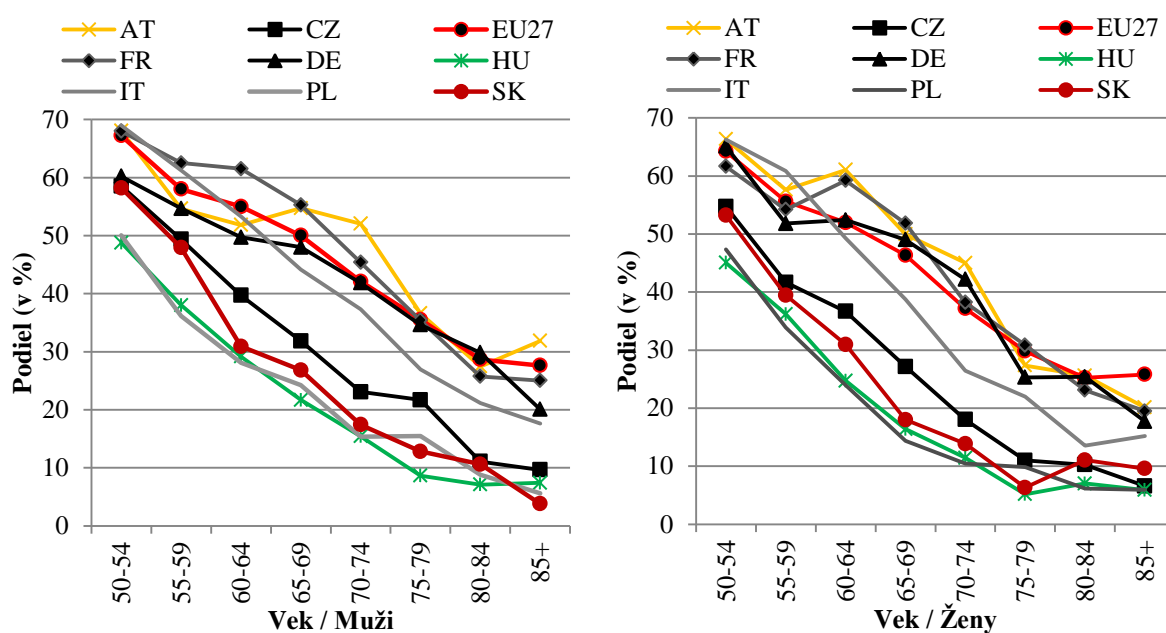
zdravie aj ženy v Maďarsku a Poľsku, pričom len o niečo lepšia je situácia na Slovensku a v Českej republike. Zaujímavosťou je fakt, že ani u žien v Taliansku a čiastočne aj Nemecka nemôžeme hovoriť o prílišnom optimizme respondentov pri hodnotení svojho zdravotného stavu v porovnaní s populáciou V4, hoci pohľad na rebríček strednej dĺžky života poskytuje odlišný obraz. Nadpriemerne dobré a veľmi dobré zdravie (voči EÚ) deklarujú ženy vo Francúzsku a najmä v Rakúsku.

V podstate všetky analýzy EÚ-SILC, EHIS a im podobných zisťovaní zdravotného stavu s tzv. minimálnym modulom (pozri napr. Rychtaříková, 2006; Mészáros, 2007ab; Daňková, 2010) ukazujú, že najdôležitejšou veličinou pri subjektívnom hodnotení vlastného zdravotného stavu je vek respondenta. S rastúcim vekom vo všeobecnosti pribúdajú problémy so zdravím a výroky o zdravotnom stave sa posúvajú od veľmi dobrého pocitu k dobrému až prijateľnému („fair“, resp. „ani dobrý ani zlý“), pričom do popredia sa začínajú dostávať negatívne hodnotenia (zlý a veľmi zlý). Keďže cieľovou populáciou pre striebornú ekonomiku sú osoby vo veku 50 a viac rokov, v ďalšej analýze sa preto zameriame predovšetkým na hodnotenie zdravotného stavu v tejto vekovej skupine.

Výsledky EU-SILC ukazujú, že zhoršujúce sa subjektívne hodnotenie zdravia s vekom je síce univerzálnym javom, no má svoje určité špecifiká. Predovšetkým je zrejmé, že tento pokles je najmenej dynamický v krajinách, ktoré svoj zdravotný stav hodnotia vo všeobecnosti pozitívne, kým v krajinách s vyšším zastúpením negatívnych odpovedí je táto dynamika poklesu ďaleko výraznejšia (Daňková, 2006). Táto skutočnosť má v konečnom dôsledku veľký vplyv aj na hodnotenie kvality zdravotného stavu vo veku nad 50 rokov.

G r a f 14 – 15

Podiel osôb vo veku 50 a viac rokov s dobrým a veľmi dobrým zdravím, EU-SILC 2011



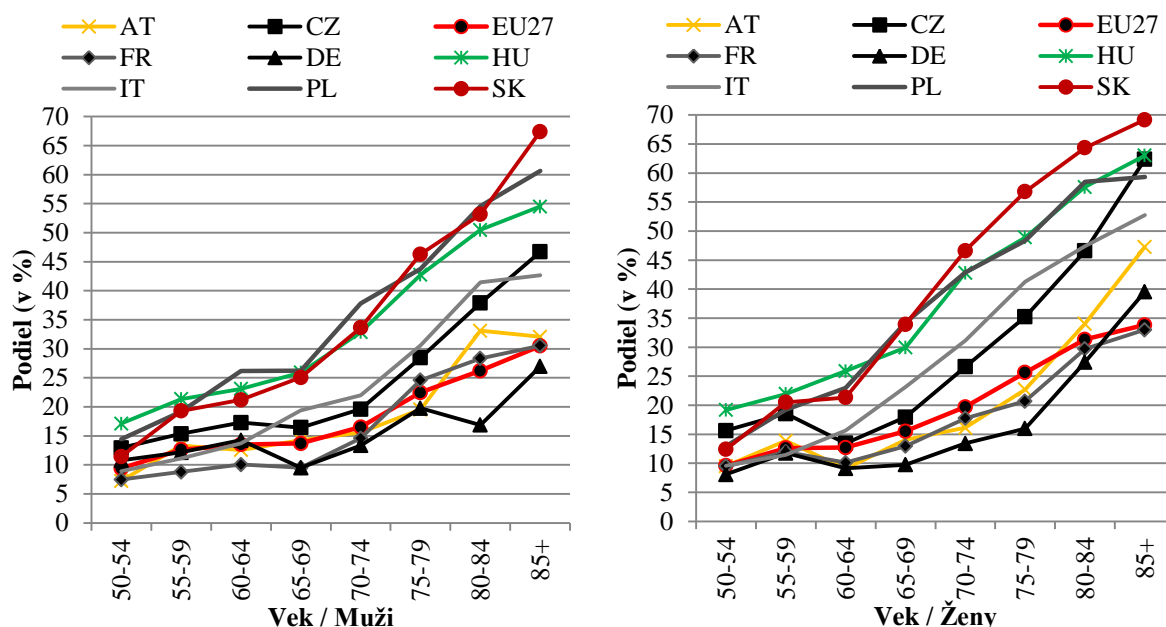
Pozn.: Údaj pre EÚ 27 pochádza z roku 2010.
Zdroj údajov: Eurohex.

Najhoršie svoj zdravotný stav hodnotia vo všetkých vekových skupinách ženy i muži z Maďarska a Poľska nasledovaní slovenskými mužmi. O niečo lepšia situácia je v Českej republike (s výnimkou najstarších vekových skupín).¹⁵ Vo všeobecnosti je však zrejmé, že v krajinách V4 u oboch pohlaví vidíme pomerne výrazné zaostávanie v kvalite deklarovaného zdravotného stavu za vybranými populáciami z bývalého západného bloku. Najhoršie zdravie spomedzi sledovaných krajín nachádzajúcich sa na západ od železnej opony dosahovali muži i ženy v Taliansku.

Z pohľadu striebornej ekonomiky je dôležitým údajom aj podiel osôb so zlým a veľmi zlým zdravím. U oboch populácií a vo všetkých vekových skupinách sa ukazuje, že najhoršie hodnotili svoj zdravotný stav muži i ženy na Slovensku spolu s Poľskom a Maďarskom. Nepriaznivá situácia (nad priemerom EÚ 27) je aj v Českej republike a Taliansku. Celkovo najmenej často spomedzi sledovaných krajín hodnotili negatívne svoj zdravotný stav osoby v Nemecku a u mužov najmä vo veku do 70 rokov aj vo Francúzsku.

G r a f 16 – 17

Podiel osôb vo veku 50 a viac rokov so zlým a veľmi zlým zdravím, EU-SILC 2011



Pozn.: Údaj pre EÚ 27 pochádza z roku 2010.
Zdroj údajov: Eurohex.

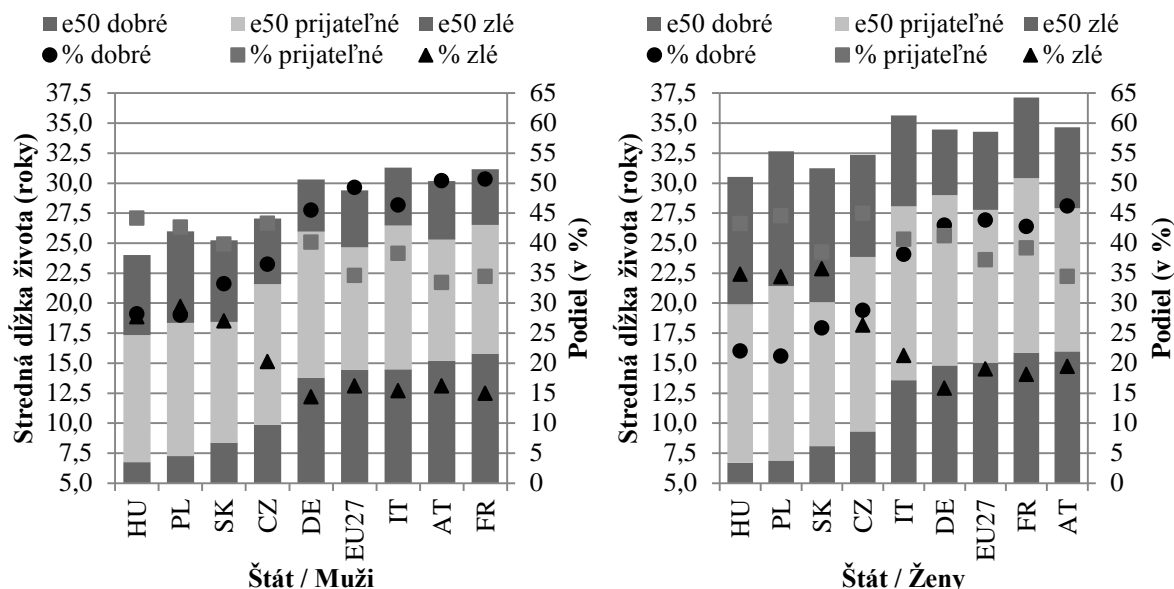
Deklarovaná kvalita zdravia sa následne premieta aj do hodnôt stredných dĺžok života podľa subjektívneho hodnotenia vlastného zdravia. Celkovo najväčší počet potenciálnych rokov podľa úmrtnostných tabuliek z roku 2011 dosahujú vo veku 50 rokov obyvatelia vo Francúzsku (31,2 roku muži, 37,1 roku ženy) a v Taliansku (31,3 roku muži, 35,7 roku ženy). Naopak najmenej rokov života pri zachovaní úmrtnostných pomerov majú vo veku 50 rokov spomedzi sledovaných krajín osoby v Maďarsku (24 rokov muži, 30,5 roka ženy) a na Slovensku (25,2 roku muži, 31,2 roku ženy). Aplikáciou vyššie uvedených prevalencií kvalitatívnych stupňov zdravotného stavu

¹⁵ Vo vyššom veku je potrebné upozorniť na možnosť skreslenia údajov vzhľadom na veľkosť vzorky.

na funkcie úmrtnostných tabuliek (pomocou tzv. Sullivanovej metódy¹⁶) sa celková stredná dĺžka života vo veku 50 rokov rozkladá na strednú dĺžku života v dobrom a veľmi dobrom zdravotnom stave, v prijateľnom a zlom a veľmi zlom zdravotnom stave. Podľa databázy Eurohex najväčší počet rokov v dobrom a veľmi dobrom zdraví by mali mať pri nezmenených podmienkach muži vo Francúzsku (15,8 rokov) a ženy v Rakúsku (16 rokov). Súčasne v týchto krajinách tvoria roky v dobrom a veľmi dobrom zdraví najväčšiu časť z celkovej strednej dĺžky života. V mužskej časti populácie vo Francúzsku to je viac ako 50 % a u žien Rakúska tvoria niečo viac ako 46 %. V podstate vo všetkých sledovaných krajinách bývalého západného bloku a u oboch pohlaví (s výnimkou žien v Taliansku) platí, že roky života v dobrom zdraví tvoria najväčšiu časť z celkovej strednej dĺžky života vo veku 50 rokov. Na druhej strane okrem skutočnosti, že populácii V4 majú strieborné osoby šancu na výrazne kratší život, roky, ktoré prežijú sú vo väčšej miere poznačené nižšou kvalitou zdravia. Najhoršie na tom je u mužov i žien Maďarsko, kde počet rokov v dobrom a veľmi dobrom zdraví nedosahuje ani hranicu 7 rokov. Relatívne najlepšie spomedzi týchto krajín je na tom Česká republika, kde roky strávené v zlom a veľmi zlom zdraví tvoria u mužov približne pätinu a u žien niečo viac ako štvrtinu. Na Slovensku by pri zachovaní úmrtnostných pomerov a zdravotného stavu mali pred sebou muži 8,4 rokov a ženy približne 8 rokov. U oboch pohlaví tvoria tieto roky približne štvrtinu z potenciálnej dĺžky života osôb vo veku 50 rokov. Detailne je možné vidieť hodnoty strednej dĺžky života podľa zdravotného stavu a štruktúru potenciálnych rokov v jednotlivých kvalitatívnych stupňoch zdravia v nasledujúcich dvoch grafoch 18 a 19.

G r a f 18 – 19

Stredná dĺžka života podľa subjektívneho zdravia a ich váha na celkovej strednej dĺžke života v presnom veku 50 rokov, Eurohex 2011



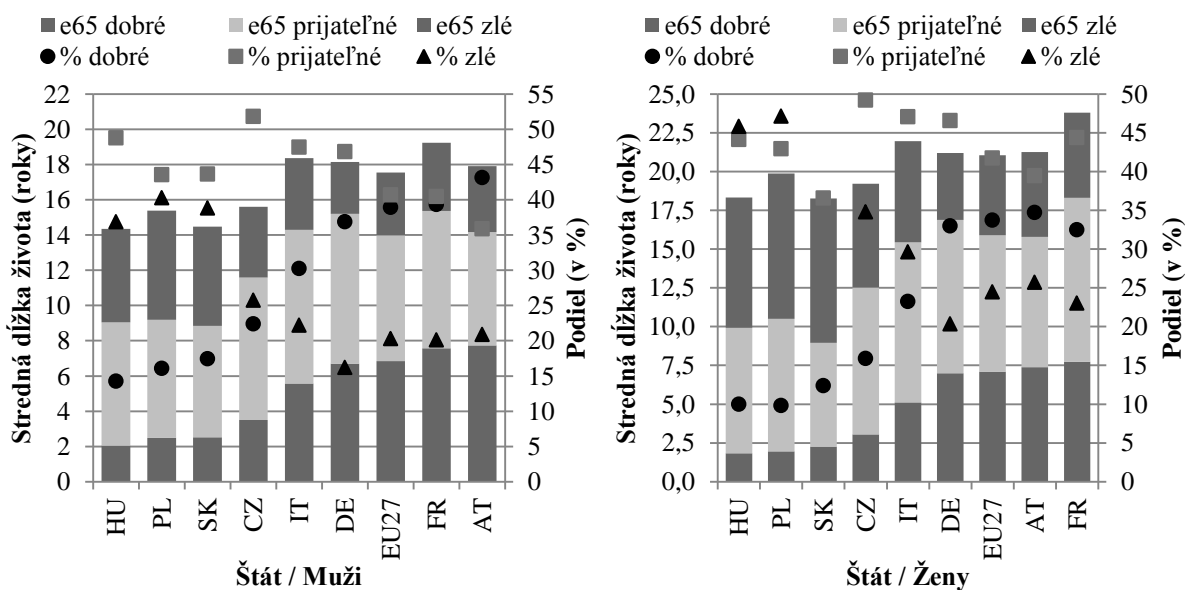
Pozn.: Údaj pre EÚ 27 pochádza z roku 2010
Zdroj údajov: Eurohex.

¹⁶ Bližšie pozri napr. http://www.eurohex.eu/IS/application/PDF/Sullivan_guide_final_jun2007.pdf.

Vo veku 65 rokov sa rozdiely medzi jednotlivými krajinami ešte umocnili. Vo všeobecnosti sa prehĺbilo zaostávanie postkomunistických krajín za populáciami bývalého západného bloku. Celkovo najdlhšiu strednú dĺžku života v tomto veku dosahuje u mužov i žien opätovne Francúzsko (19,2 roku muži, 23,8 rokov ženy) nasledované Talianskom (18,4 roku muži, 22 rokov ženy). Ani na opačnom konci rebríčka sa situácia nezmenila. Najhoršie úmrtnostné charakteristiky má Maďarsko (14,3 roku muži, 18,3 roku ženy) a Slovensko (14,5 roku muži, 18,3 roku ženy). Najmä v Maďarsku, Poľsku a na Slovensku je zrejmé, že kvalita zdravotného stavu sa výrazne zhoršila, keďže počet a podiel rokov strávených v prijateľnom a veľmi zlom a zlom zdravotnom stave sa značne vyrovnali. Naopak v Rakúsku u mužov vidíme ešte miernu prevahu rokov v dobrom a veľmi dobrom zdraví a vo Francúzsku je podiel týchto rokov takmer rovnaký s rokmi strávenými v prijateľnom zdravotnom stave. U žien je situácia o niečo horšia, čo potvrdzuje aj vyššie vyslovenú skutočnosť o častejšej deklarácii nižšej kvality zdravia v ženskej časti populácii. Vo všetkých krajinách vidíme prevahu rokov strávených v prijateľnom zdraví. Výnimkou je Maďarsko a Poľsko, kde dokonca môžeme identifikovať prevahu rokov strávených v zlom a veľmi zlom zdraví. Z výsledkov a tiež z nasledujúcich dvoch grafov je zrejmé, že medzi sledovanými populáciami existujú skutočne pomerne veľké rozdiely v kvalite zdravia analyzované optikou indikátora subjektívneho hodnotenia vlastného zdravotného stavu. Potvrdzuje sa, že v postkomunistických krajinách v staršom veku i u seniorov platí, že tieto osoby majú nielenže kratšiu strednú dĺžku života, ale potenciálne roky z nej majú častejšie poznačené nižšou kvalitou zdravotného stavu.

G r a f 20 – 21

Stredná dĺžka života podľa subjektívneho zdravia a ich váha na celkovej strednej dĺžke života v presnom veku 65 rokov, Eurohex 2011



Pozn.: Údaj za EÚ 27 je z roku 2010.
Zdroj údajov: Eurohex.

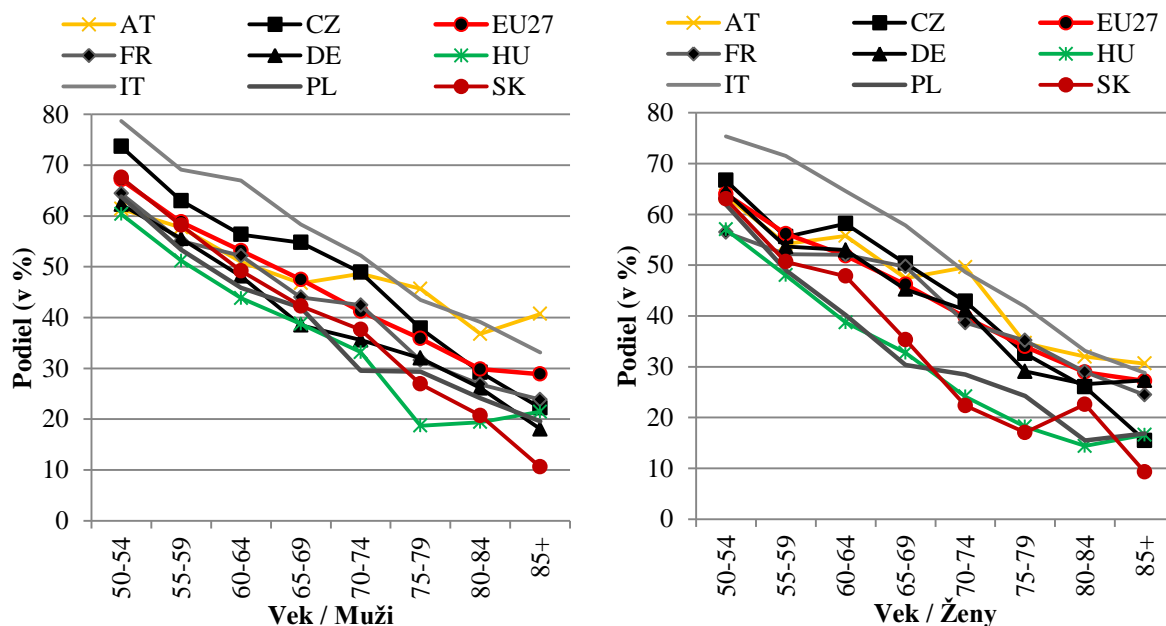
4.2 Dlhodobé ochorenia a zdravotné problémy

Prítomnosť dlhotrvajúceho¹⁷ ochorenia alebo dlhotrvajúceho zdravotného problému potvrdzuje do určitej miery predchádzajúce zistenia. V zisťovaní EU-SILC v rokoch 2005 – 2011 ju vo veku nad 16 a viac rokov priznalo 28,5 – 29,5 % mužov a približne tretina žien. Najhoršia situácia vládne u mužov i žien vo Fínsku a v Estónsku, kde viac ako 40 % žien a viac ako 35 % mužov uviedlo, že trpia dlhotrvajúcim ochorením alebo majú nejaký dlhodobý zdravotný problém. Nepriaznivá situácia u mužov je aj v Nemecku, Francúzsku, Veľkej Británii (viac ako jedna tretina opýtaných), kým na strane žien sú to okrem vyššie spomenutých populácií Fínska a Estónska, ženy v Maďarsku, Portugalsku, Lotyšsku.

Rozdiely vo veku 50 a viac rokov neboli tak výrazné a jednoznačne identifikovateľné ako tomu bolo v prípade subjektívneho hodnotenia vlastného zdravotného stavu. V mužskej časti populácie najnižší podiel osôb bez chronických ochorení a zdravotných problémov malo jednoznačne vo všetkých vekových skupinách Taliansko. Pomerne dobrá situácia bola aj v Českej republike a vo vyššom veku aj v Rakúsku. Naopak mierne pod priemerom EÚ 27 sa nachádzalo Maďarsko, Poľsko a Slovensko, pričom s vekom sa ich zaostávanie prehĺbilo. U žien sa s rastúcim vekom vytvorili väčšie rozdiely. Najmä v Maďarsku, Poľsku a na Slovensku bola situácia nepriaznivá. Opäť najmenej často deklarovali prítomnosť dlhotrvajúcich ochorení a zdravotných problémov ženy v Taliansku. U ostatných sledovaných krajín bola situácia približne na úrovni priemeru EÚ 27.

G r a f 22 – 23

Podiel osôb vo veku 50 a viac rokov bez dlhotrvajúce ochorenia alebo zdravotného problému, EU-SILC 2011



Pozn.: Údaj za EÚ 27 je z roku 2010.

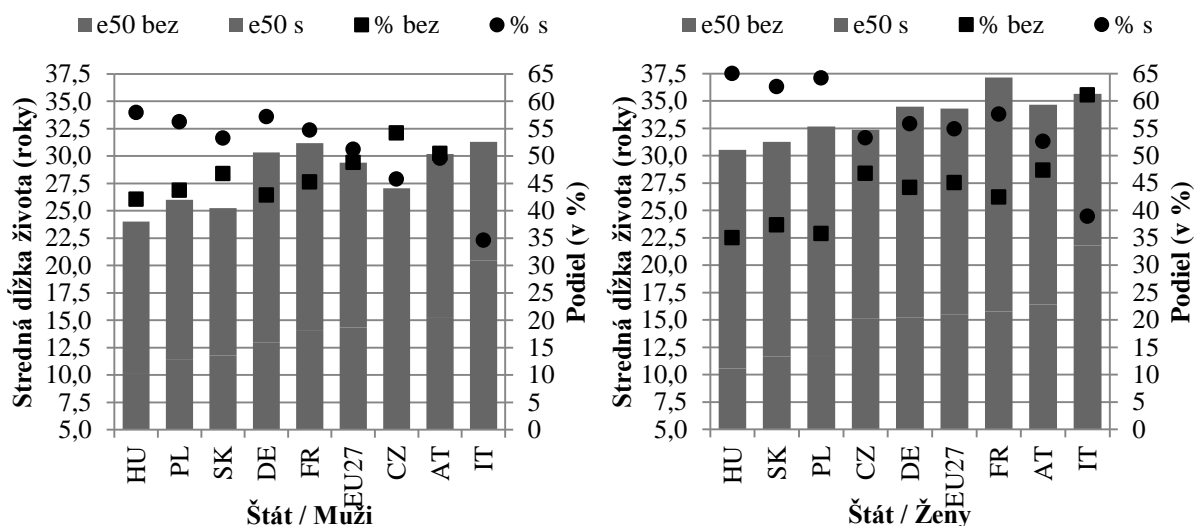
Zdroj údajov: Eurohex.

¹⁷ Pod pojmom dlhotrvajúci sa v zisťovaní EÚ-SILC myslí ochorenie alebo zdravotný problém, ktorý pretrváva, alebo sa očakáva, že bude pretrvávať 6 mesiacov a dlhšie.

Práve Taliansko sa vyznačovalo najvyšším počtom rokov strávených bez prítomnosti chronického ochorenia alebo zdravotného problému. Tie z celkovej strednej dĺžky života vo veku 50 rokov tvorili podľa posledných dostupných údajov z roku 2011 viac ako 65 % u mužov a 60 % u žien. Súčasne Taliansko bolo jedinou krajinou spomedzi všetkých sledovaných, kde vo veku 50 rokov ešte mali prevahu roky bez chronického ochorenia. Na druhej strane najhoršia situácia je opätovne ako v prípade subjektívneho hodnotenia vlastného zdravia v Maďarsku, ktoré nasleduje Poľsko a Slovensko. V ich prípade vidíme, že najmä u žien mali už pomerne značnú prevahu roky poznačené nejakým chronickým ochorením alebo zdravotným problémom.

G r a f 24 – 25

Stredná dĺžka života s a bez prítomnosti chronických ochorení alebo zdravotných problémov vo veku 50 rokov, EU-SILC, 2011



Pozn.: Údaj za EÚ 27 je z roku 2010.

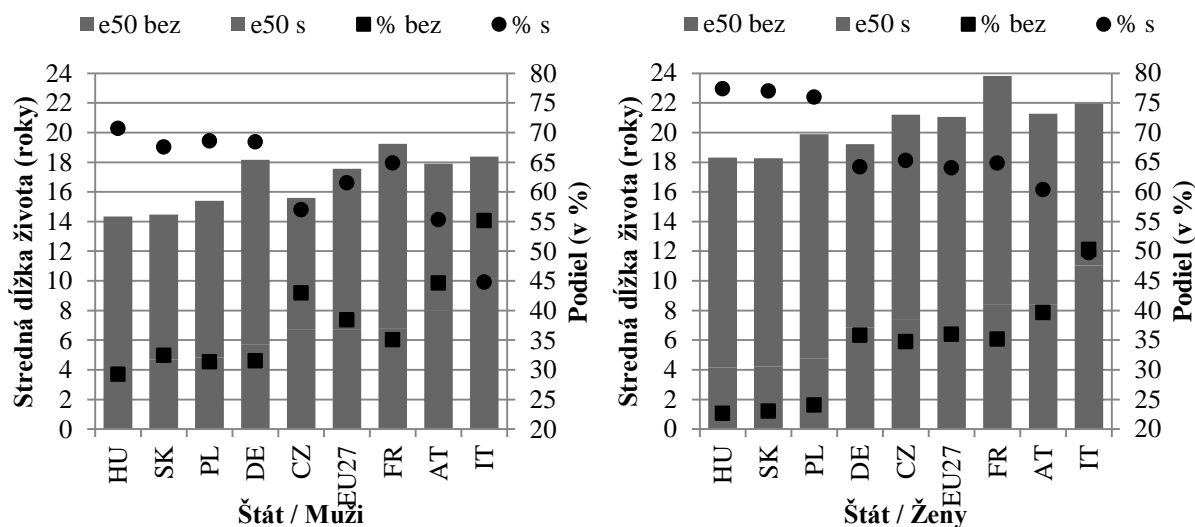
Zdroj údajov: Eurohex.

S vekom prevaha rokov poznačených prítomnosťou dlhotrvajúceho ochorenia alebo zdravotného problému rastie. Len u mužov z Talianska môžeme vo veku 65 rokov vidieť, že roky bez prítomnosti chronického ochorenia tvoria väčšinu (55 %). U žien je situácia takmer vyrovnaná. V ostatných sledovaných populáciách a to u oboch pohlaví platí, že prevahu nadobúdajú jednoznačne roky s horšou kvalitou zdravotného stavu.

Najväčší podiel tvoria roky s chronickým ochorením alebo zdravotným problémom v Maďarsku, Poľsku a na Slovensku, pričom najmä v mužskej populácii je nepriaznivá situáciu z tohto pohľadu aj v Nemecku. Súčasne je tiež s nasledujúcich dvoch grafov zrejmé, že väčšie rozdiely v zastúpení rokov s a bez prítomnosti dlhotrvajúcich ochorení alebo zdravotných problémov nachádzame u žien.

Graf 26 – 27

Stredná dĺžka života s a bez prítomnosti chronických ochorení alebo zdravotných problémov vo veku 65 rokov, EU-SILC, 2011



Pozn.: Údaj za EÚ 27 je z roku 2010.

Zdroj údajov: Eurohex.

4.3 Obmedzenie bežných činností

Prítomnosť zdravotného problému nemusí so sebou automaticky priniesť obmedzenie jednotlivca v jeho bežných denných aktivitách a kvalite života. Aj preto bola do tzv. minimálneho modulu zaradená otázka na obmedzovanie bežných činností v posledných šiestich mesiacoch v dôsledku prítomnosti nejakého zdravotného problému. Respondenti mali na rozdiel od predchádzajúcej kategórie možnosť deklarovat' úplnú samostatnosť bez obmedzenia alebo dva stupne obmedzenia: veľmi obmedzený a obmedzený, ale nie veľmi. Bohužiaľ podobne ako v prípade hodnotenia zdravotného stavu sa jedná o subjektívne hodnotenia a nie meranie exaktnejšími otázkami, ktoré by nám umožnili exaktnejšie a objektívnejšie určiť obmedzenia z hľadiska bežných denných aktivít, pohyblivosti, či kognitívnych schopností. Preto je potrebné nižšie uvedené výsledky chápať ako orientačné.

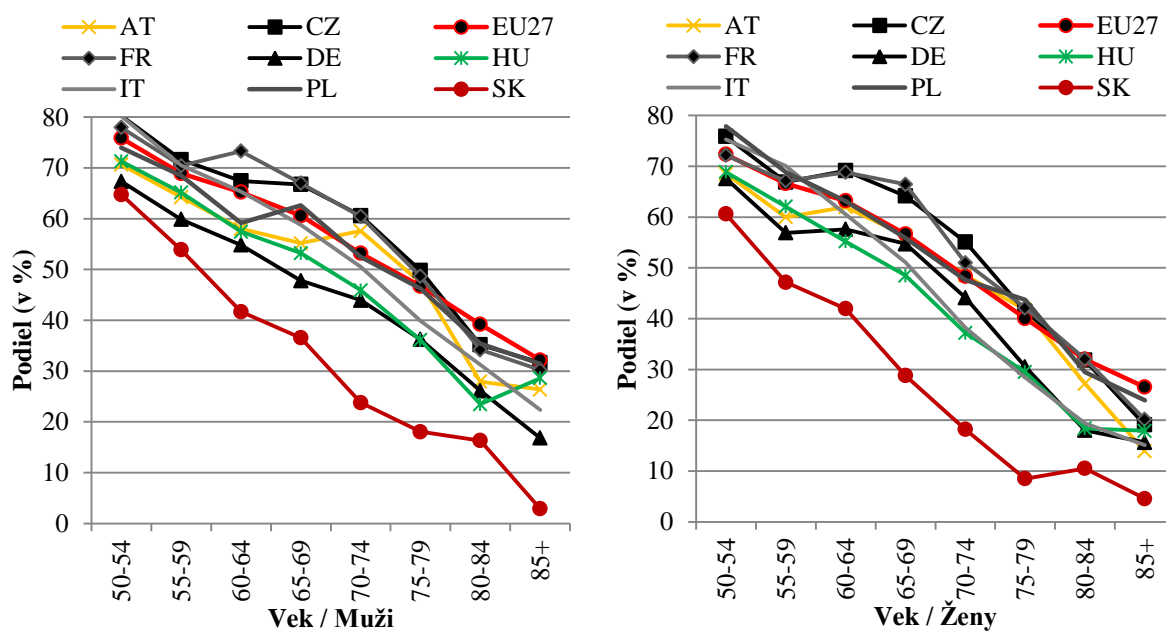
Podiel mužov vo veku 16 a viac rokov, ktorí v zisťovaní EU-SILC uviedli, že vôbec nie sú obmedzovaní vo svojich bežných denných aktivitách sa v priemere za celú EÚ medzi rokmi 2005 – 2011 pohyboval v rozpätí 77 – 79 %. U žien bola váha osôb s určitými obmedzeniami o niečo vyššia, a preto podiel žien bez obmedzenia dosahoval úroveň približne 72 – 74 %.

Najhoršia situácia je podľa posledných dostupných údajov u oboch pohlaví v Slovinsku (67 % muži, 61,4 % ženy) a na Slovensku (necelých 70 % muži; 61,7 % ženy). U mužov sem môžeme zaradiť aj Nemecko (69,2 %) a tiež Portugalsko, Fínsko a niektoré pobaltské krajiny (Estónsko, Lotyšsko). Celkovo najlepšia situácia je u oboch pohlaví vo Švédsku a na Malte, pričom v ženskej časti populácie sa k nim pridáva aj Írsko.

Nepriaznivú pozíciu Slovenska môžeme vidieť aj pri detailnejšom pohľade na vývoj prevalencie mužov i žien bez limitácie denných aktivít vo veku 50 a viac rokov. Je zrejmé, že spomedzi sledovaných populácií je Slovensko na tom jednoznačne najhoršie. Navyše jeho zaostávanie sa s vekom značne prehľbuje. Celkovo však môžeme vidieť, že ani postavenie ostatných krajín nie je pri porovnaní s priemerom EÚ 27 moc pozitívne. Nižšie zastúpenie mužov bez obmedzenia denných aktivít nachádzame v Nemecku, Maďarsku (hoci veľmi negatívne hodnotia svoj zdravotný stav) a vo vyššom veku aj v Taliansku a Rakúsku. Približne do veku 75 rokov je lepšia situácia ako priemer EÚ 27 len vo Francúzsku a Českej republike. Veľmi podobne je tomu aj na strane žien, kde tiež len Francúzsko a Česká republika sú do 75 rokov na tom lepšie. Maďarsko, Taliansko a Nemecko majú vo všetkých sledovaných vekových skupinách nižšiu váhu žien bez limitácie denných aktivít ako je priemer EÚ 27, hoci ženy v týchto krajinách nehodnotia svoje zdravie obzvlášť pozitívne, ako sme uviedli v predchádzajúcej časti. Detailne je možné sledovať vývoj a samotnú úroveň tohto ukazovateľa v nasledujúcich dvoch grafoch.

G r a f 28 – 29

Podiel osôb vo veku 50 a viac rokov bez obmedzenia bežných denných aktivít, EU-SILC 2011



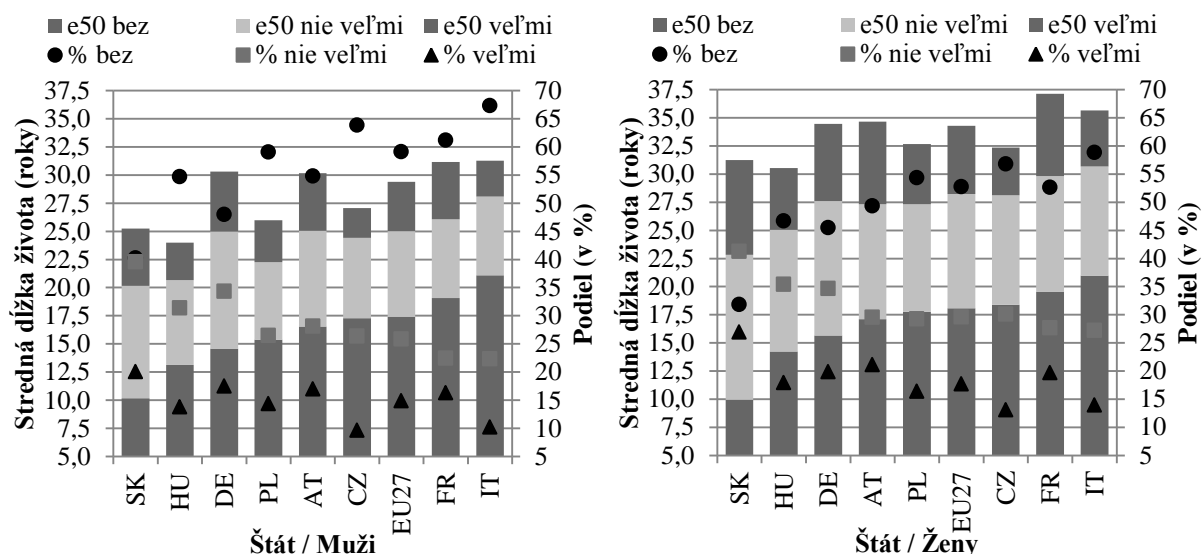
Pozn.: Údaj za EÚ 27 je z roku 2010.

Zdroj údajov: Eurohex.

Vysoký podiel osôb, ktoré na Slovensku uviedli, že sa každodenne musia vysporiadať s nejakým obmedzením vo svojich každodenných činnostiach, sa prejavuje aj na nepriaznivej štruktúre stredných dĺžok života a jej samotnej úrovni z pohľadu kvality zdravotného stavu. V podstate vo všetkých sledovaných krajinách okrem Slovenska môžeme vo veku 50 rokov vidieť, že prevahu majú roky strávené bez obmedzenia. Najlepšie postavenie má Taliansko a Francúzsko, kde váha týchto rokov tvorí viac ako 60 % z celkovej strednej dĺžky života. Naopak roky poznačené veľkou limitáciou v prípade mužov z Talianska tvoria len približne 10 % a u žien necelých 14 %. Na Slovensku je zo u mužov približne pätina a u žien viac ako štvrtina z potenciálnej dĺžky života.

Graf 30 – 31

Stredná dĺžka života bez obmedzenia, s nie veľkým a veľkým obmedzením bežných denných aktivít vo veku 50 rokov, EU-SILC, 2011



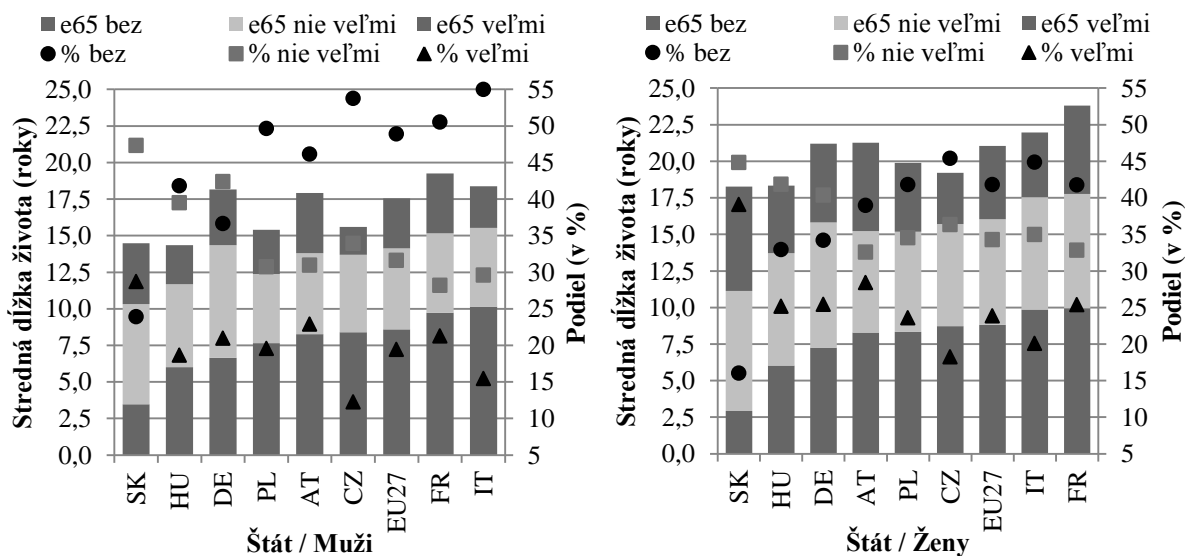
Pozn.: Údaj za EÚ 27 je z roku 2010.

Zdroj údajov: Eurohex.

Obraz sa výraznejšie nezmení ani vo veku 65 rokov. Kvalita života slovenských seniorov je značne poznačená podľa údajov EU-SILC miernou alebo dokonca až veľkou limitáciou v ich bežných denných aktivitách. Takmer polovicu zo všetkých zostávajúcich rokov by pri zachovaní podmienok muži zo Slovenska prežili s miernym obmedzením a ďalších takmer 30 % by bolo poznačených už veľkou limitáciou. V ostatných sledovaných krajinách i v celej EÚ 27 majú vo veku 65 rokov ešte prevahu roky prežité bez obmedzenia bežných denných aktivít. Najlepšia situácia je opätovne u oboch pohlaví v Taliansku a vo Francúzsku.

Graf 32 – 33

Stredná dĺžka života bez obmedzenia, s nie veľkým a veľkým obmedzením bežných denných aktivít vo veku 65 rokov, EU-SILC, 2011



Pozn.: Údaj za EÚ 27 je z roku 2010.

Zdroj údajov: Eurohex.

V ženskej časti populácie však už okrem Slovenska majú prevahu roky s miernym obmedzením aj v Maďarsku a Nemecku. Súčasne je zrejmé, že u žien majú vo všeobecnosti tiež vyššiu váhu roky strávené s veľkým obmedzením bežných denných aktivít.

4.4 Teoretické koncepcie budúceho vývoja zdravotného stavu

Výrazné predĺženie hodnôt strednej dĺžky života pri narodení po druhej svetovej vojne prinieslo so sebou viaceré otázky týkajúce sa nielen jej ďalšieho vývoja, čiže aké limity môže ešte prekonať, ale aj kvality života v týchto pridaných rokoch. Pozornosť sa tak obrátila na to, či roky navyše, ktoré populácia má šancu sa dožiť sú strávené v dobrom zdraví alebo s predĺžením života sa súčasne predlžujú aj roky, v ktorých je populácia vystavená zlému zdravotnému stavu. Do popredia sa tak postupne dostali snahy o analýzu tejto problematiky. Vo všeobecnosti sa vytvorili tri hlavné okruhy teoretických rámcov popisujúcich vzťah medzi intenzitou úmrtnosti a zdravotným stavom obyvateľstva (Rychtaříková, 2006; Egidi a Frova, 2006).

Prvý okruh predstavujú tie názory, ktoré tvrdia, že zlepšenie liečebných schopností vedúcich k predĺženiu pacientovho života nebolo sprevádzané rovnakým efektom (v rovnakom rozsahu) z pohľadu prevencie ochorení. Pokles úmrtnosti a tým predĺženie strednej dĺžky života preto boli skôr výsledkom zníženia pravdepodobnosti úmrtia najmä na chronické ochorenia ako poklesu ich incidencie, a preto sa za týmto procesom skrýva zhoršenie kvality života prežívajúcich. Roky navyše, ktoré zníženie úmrtnosti prinieslo sú tak podľa teórie expanzie morbidity (theory of pandemic morbidity) prežitie vo väčšine prípadov v zlom zdravotnom stave (Gruenberg, 1977, 1980; Kramer, 1980). Tieto tvrdenia čiastočne koriguje neskôr Olshansky (1991), ktorý predpokladá, že pokles v úmrtnosti len zmenil rovnováhu v procese chorobnosti od fatálnych k nefatálnym prípadom očakávajú, že ochorenia ktoré najvýraznejšie ovplyvňujú kvalitu života nie sú nutne prepojené s vysokým rizikom úmrtnosti.

V opačnej pozícii stoja teórie, ktoré vo všeobecnosti predpokladajú, že znižovanie intenzity úmrtnosti je súčasne sprevádzané aj zlepšovaním zdravotného stavu. Prívrženci (napr. Fries 1980, 1983, 1989) tzv. teórie kompresie chorobnosti (theory of the contraction of morbidity) veria, že vďaka zlepšujúcemu sa zdravotnému štýlu obyvateľstva, rozširujúcej sa zodpovednosti za vlastné zdravie, vhodným stravovacím návykom, menej náročnému životnému štýlu, dôrazu na fyzický pohyb a cvičenie, zvyšujúcej sa informovanosti ohľadom škodlivého vplyvu niektorých rizikových faktorov (fajčenie, alkohol, jedlá s vysokým obsahom živočíšnych tukov, sedavý spôsob života a pod.) sa veľmi dobrý a dobrý zdravotný stav obyvateľstva ako kvalitatívna charakteristika čoraz viac posúva do vyššieho veku.

V podstate určitú kombináciu, resp. prienik vyššie uvedených dvoch teoretických rámcov predstavuje tzv. teória dynamickej rovnováhy (dynamic equilibrium). Podľa jej hlavného zástancu (Manton, 1982) nárast strednej dĺžky života môže byť čiastočne vysvetlený spomaľením miery nárastu chronických ochorení. Pre pacientov to znamená, že síce budú v priemere

dlhšie vystavení stavu ochorenia (najmä na chronické ochorenia), no tie budú mať menej závažný charakter. Podľa Olshanskeho (1987), ktorý je zástancom zhoršovania zdravotného stavu pri predlžovaní života, však dynamické ekvilibrium môže vzniknúť aj opačným spôsobom, a to redukciou priemernej dĺžky trvania menej závažných chorobných stavov pri súčasnom náraste miery ich závažnosti.

Empirické údaje však zatiaľ nepotvrdili a ani nevyvrátili žiadnu z vyššie uvedených teórií. Ukazuje sa, že zdravotný stav sa s predlžovaním ľudského života zlepšuje v niektorých skupinách ochorení (najmä respiračné a kardiovaskulárne), no s vekom postupne rastie incidencia iných najmä neurodegeneratívnych ochorení (Homerová, Válková, Vaňková, Jurašková, 2011). Aj preto je ťažké zaujať stanovisko pre budúci vývoj zdravotného stavu v sledovaných krajinách. Vzhľadom na úroveň úmrtnosti a príčiny smrti ako nepriamy indikátor zdravotného stavu a tiež vyššie uvedené výsledky z pohľadu vlastného hodnotenia zdravia prostredníctvom troch indikátorov jej kvality je zrejmé, že tu existujú pomerne značné rozdiely. Tie sú v prevažnej miere výsledkom predchádzajúceho vývoja, ktorý najmä v prípade postkomunistických krajín vytvoril značné zaostávanie a tým potenciál pre ďalšie zlepšovanie. Vzhľadom na určitú zotrvačnosť, keďže charakter zdravotného stavu a tiež samotnej úmrtnosti sa vytvára a súčasne tým aj môže meniť len v dlhšom časovom horizonte (pri zachovaní normálnych podmienok v spoločnosti), môžeme predpokladať, že postupne budeme najmä v krajinách V4 svedkami výraznejšieho zlepšovania zdravotného stavu, k čomu do značnej miery prispeje aj postupné znižovanie negatívneho vplyvu generačného zaťaženia osobami. Ide predovšetkým o osoby, ktoré značnú časť zo svojho života prežili v podmienkach minulého režimu a najmä od polovice 60. rokov, kedy sme svedkami stagnácie až regresie úmrtnosti. Táto skutočnosť tak nepriamo poukazuje na zhoršujúci sa, resp. nezlepšujúci sa zdravotný stav populácie ako tomu bolo v krajinách na západ od železnej opony. Vzhľadom na existujúci potenciál, jeho rozsah a štruktúru tak môžeme predpokladať, že tento proces môže postupne zvyšovať svoju dynamiku, čím by mohlo dôjsť k určitej konvergencii medzi sledovanými krajinami, no len ťažko sa dá predpokladať úplne vyrovnanie do konca prognózovaného obdobia. Ako logický sa nám za tejto situácie javí koncept, ktorý spája zlepšovanie zdravotného stavu s poklesom úmrtnosti, a to najmä v populáciách V4. Súčasne však dodávame, že znižovanie úmrtnosti môže nad určitým vekom so sebou prinášať aj negatívnu skúsenosť so zhoršovaním kvality zdravotného stavu, a preto najmä v najvyspelejších krajinách, kde pokles úmrtnosti pokročil najďalej, je predikcia ďalšieho vývoja zdravotného stavu ich populácií značne komplikovaná. Súčasne s tým je však zrejmé, že dôkladné poznanie kvality zdravia a tým aj nárokov jednotlivých najväčších obchodných partnerov Slovenska resp. ich obyvateľstva môže priniesť kľúčové informácie pre nastavenie charakteru striedanej ekonomiky a jej štruktúry.

5. NAJVIŠŠIE DOSIAHNUTÉ VZDELANIE

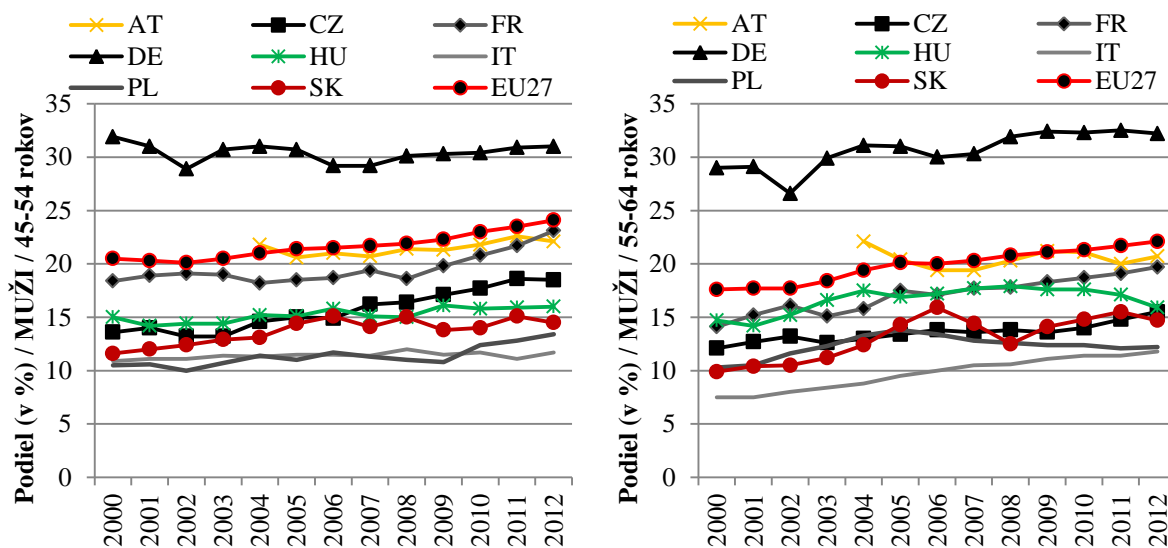
Druhým hodnoteným aspektom ľudského kapitálu je vzdelanostná štruktúra obyvateľstva. Zloženie obyvateľstva podľa najvyššieho dosiahnutého vzdelania na Slovensku, ale aj v ďalších krajinách V4 prechádza v posledných dvoch desaťročiach pomerne dynamickou transformáciou. K jej hlavným znakom patrí predovšetkým medzigeneračne rastúci dopyt po vyšších formách vzdelania, čoho výsledkom je nielen nárast podielu mužov a žien s úplným stredoškolským a najmä terciárnym vzdelaním, ale aj posun v samotnom procese vzdelávania a jeho inštitucionálnych podmienok.

Špecifické hospodárske, politické a spoločenské podmienky pred rokom 1989 zapríčinili, že sa v krajinách bývalého východného bloku postupne vytvoril do určitej miery univerzálny vzdelanostný model. Muži najčastejšie dosahovali stredoškolské vzdelanie bez maturity (najmä učňovské), kým u žien to bolo skôr úplné stredoškolské vzdelanie. Pre obe pohlavia súčasne platilo, že podiel absolventov vysokých škôl bol veľmi nízky. Táto skutočnosť v najbližších rokoch vo veľkej miere tak ovplyvňuje a bude ovplyvňovať charakter strieborných osôb z pohľadu ich zloženia podľa najvyššieho dosiahnutého vzdelania. S tým sú úzko spojené aj ďalšie otázky tzv. striebornej ekonomiky, ako je predovšetkým úroveň príjmu, objem naakumulovaného kapitálu, spotrebiteľské preferencie, zdravotný stav a pod. Uvedené aspekty pritom spolu úzko súvisia, keďže obyvateľstvo s vyšším vzdelaním má výraznejšie priaznivejšie ukazovatele úmrtnosti, podľa všetkého v dôsledku lepšieho zdravotného stavu. Vyššie vzdelanie je tiež obvykle asociované s vyšším príjmom.

Dlhodobu najlepšiu postavenie z pohľadu zastúpenia mužov i žien s terciárnym stupňom vzdelania vo veku 45 – 54 a 55 – 64 rokov spomedzi sledovaných krajín má Nemecko a u žien aj Francúzsko. Váha absolventov vysokých škôl v týchto vekových skupinách sa v Nemecku podľa výsledkov VZPS pohybuje na hranici 30 %.

Graf 34 – 35

Podiel mužov s vysokoškolským vzdelaním vo veku 45 – 54 a 55 – 64 rokov, 2000 – 2012



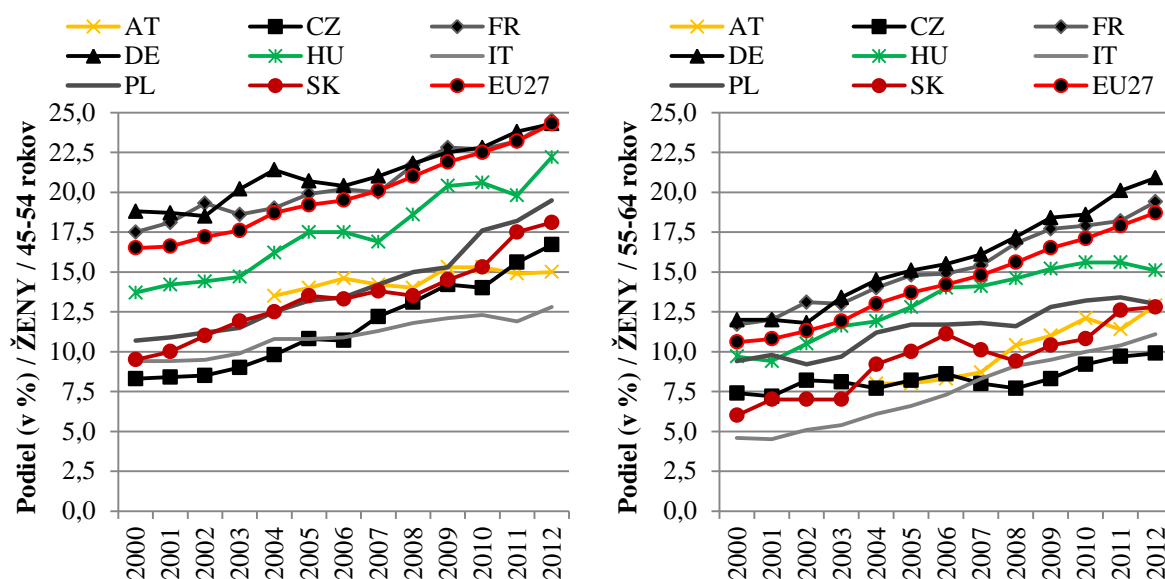
Zdroj údajov: EUROSTAT.

Podiel žien s terciárnym vzdelaním vo veku 45 – 54 rokov sa v Nemecku a vo Francúzsku medzi rokmi 2000 – 2012 podľa výsledkov VZPS zvýšil z 16,5 resp. 17,5 % na takmer 24 %. Vo veku 55 – 64 to bol nárast z niečo viac ako 11 % na 20 % v Nemecku a takmer 18 % vo Francúzsku.

Podiel mužov s vysokou školou na Slovensku sa v oboch sledovaných skupinách mierne zvýšil na 15 %. V ženskej časti populácie bol tento nárast väčší. Vo veku 45 – 54 rokov vzrástlo zastúpenie absolventiek terciárneho stupňa vzdelania z 10 na 17,5 % a vo veku 55 – 64 rokov z 6 na takmer 13 %. Celkovo najhoršia situácia je u oboch pohlaví v Taliansku.

G r a f 36 – 37

Podiel žien s vysokoškolským vzdelaním vo veku 45 – 54 a 55 – 64 rokov, 2000 – 2012

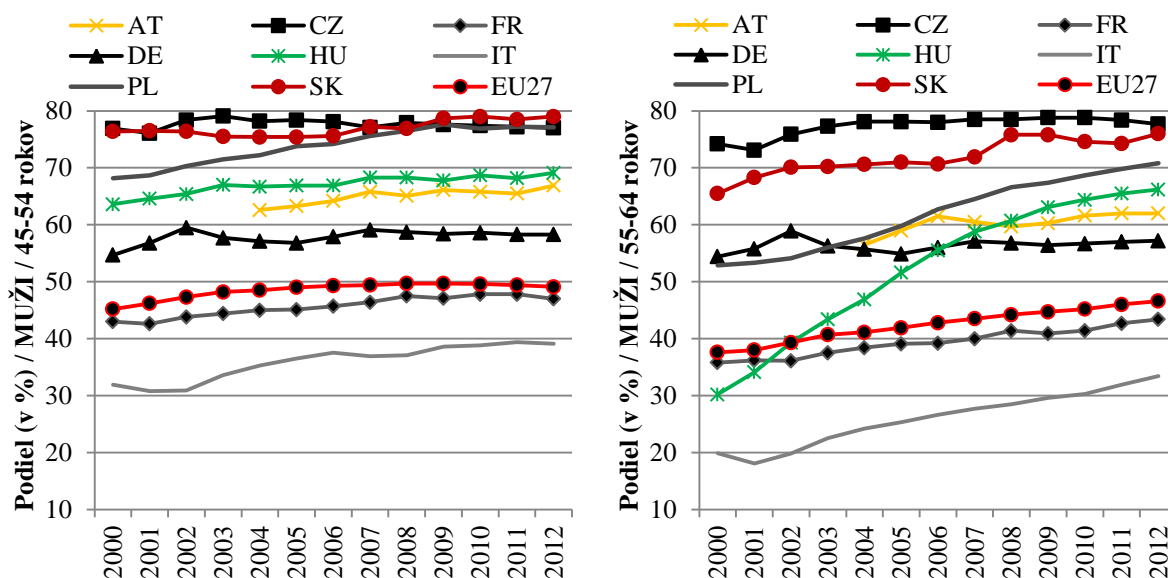


Zdroj údajov: EUROSTAT.

Celkom odlišná situácia predovšetkým na Slovensku a v Českej republike je v prípade zastúpenia osôb s úplným stredoškolským vzdelaním (upper secondary education). Špecifické hospodárske podmienky krajín bývalého východného bloku pred rokom 1989 vyznačujúce sa extenzívnou industrializáciou a s ňou súvisiacou potrebou veľkého počtu manuálne pracujúcich kvalifikovaných robotníkov viedla k rýchlemu nárastu počtu učňov a absolventov učňovských škôl. Spolu s platovou nivelizáciou, mzdovou i nemzdovou preferenciou robotníckej práce a ideologickým tlakom sa vo veľkej časti spoločnosti vytvorila predstava o výhodnosti výkonu robotníckych povolání. Vznikla špecifická vzdelanostná klíma uprednostňujúca robotnícke povolania. Podiel mužov so stredoškolským vzdelaním bez maturity u osôb narodených v rokoch 1947 – 1966 presahoval hranicu 45 % (Šprocha, 2012). Na druhej strane uvoľnené pracovné pozície najmä v ľahkom priemysle a službách po pracovnej mobilizácii zaplnila ženská pracovná sila. Na veľkú časť z týchto pozícií však bolo potrebné úplné stredoškolské vzdelanie, čo sa odzrkadlilo aj na preferovaných vzdelanostných dráhach žien. Viac ako polovica zo žien narodených v 50. a 60. rokoch mala minimálne úplné stredoškolské vzdelanie (Šprocha, 2012).

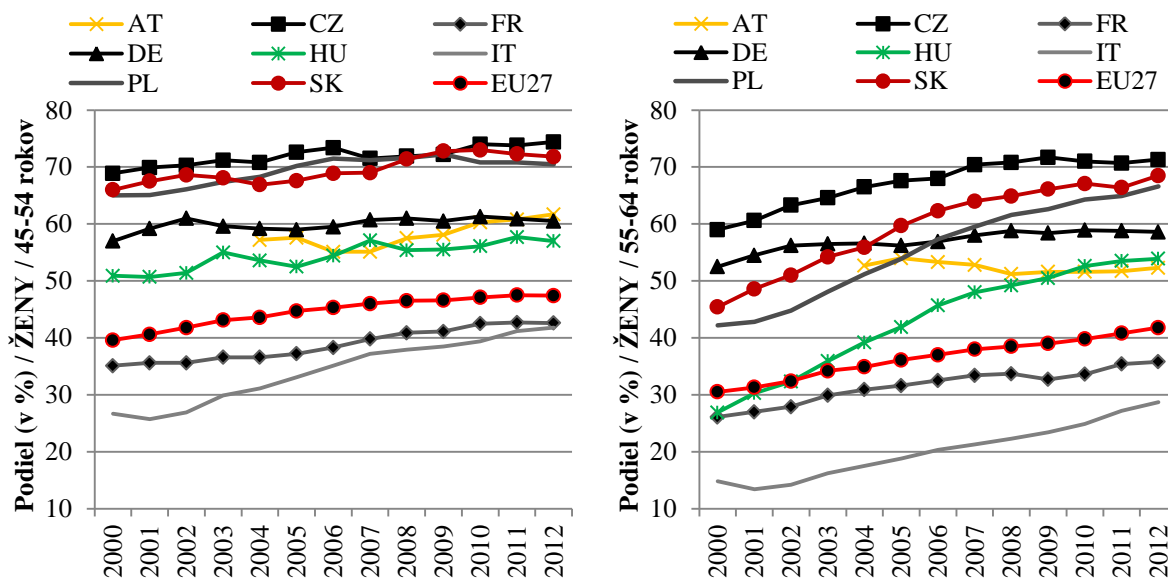
Podielom osôb so strednou školou patrí Česká republika a Slovensko dlhodobo k európskym lídrom. V prípade mužov a žien vo veku 45 – 54 a 55 – 64 rokov sú obe populácie na prvých dvoch miestach. Ani ostatné krajiny V4 však výraznejšie nezaostávajú a patria medzi populácie s najvyšším zastúpením osôb so stredoškolským vzdelaním. Stredoškolské vzdelávanie má dlhú tradíciu aj v nemecky hovoriacich krajinách. Preto Nemecko a Rakúsko tiež patria v Európe k populáciám s vyšším zastúpením tohto stupňa vzdelania aj vo veku nad 50 rokov. Celkovo najmenší podiel mužov a žien so strednou školou nachádzame v Taliansku. Pod priemerom EÚ je tiež Francúzsko.

G r a f 38 – 39

Podiel mužov so stredoškolským vzdelaním vo veku 45 – 54 a 55 – 64 rokov, 2000 – 2012

Zdroj údajov: EUROSTAT.

G r a f 40 – 41

Podiel žien so stredoškolským vzdelaním vo veku 45 – 54 a 55 – 64 rokov, 2000 – 2012

Zdroj údajov: EUROSTAT.

Predovšetkým vysoké zastúpenie mužov i žien so stredoškolským vzdelaním spôsobuje, že krajiny V4 spolu s Rakúskom a Nemeckom majú z pohľadu priemeru EÚ podpriemernú váhu osôb s nízkym vzdelaním. Predovšetkým v Českej republike a na Slovensku sa podiel mužov i žien s tzv. nižším stredným vzdelaním (lower secondary education) podľa posledných dostupných údajov pohybuje vo veku 45 – 54 rokov pod hranicou 10 %. Nízke zastúpenie majú tieto osoby aj v Poľsku (okolo 10 %) a Nemecku (13 %). Necelú štvrtinu predstavujú v Rakúsku a Maďarsku. Nadpriemernú váhu (EÚ 27 = 28 %) dosahujú vo Francúzsku (32 %) a najmä v Taliansku, kde takmer polovica osôb v tomto veku má nízke vzdelanie (lower secondary education). Takmer identická situácia je aj vo veku 55 – 64 rokov len podiel osôb s nízkym vzdelaním je tu vo všetkých krajinách o niečo vyšší. Priemer za EÚ 27 predstavuje podľa posledných údajov z roku 2011 približne 37 %. Len Francúzsko (viac ako 42 %) a Taliansko (takmer 60 %) sa nachádzajú nad touto hranicou. Celkovo najnižší podiel dosahujú osoby s nízkym vzdelaním v Českej republike (13,4 %), Nemecku a na Slovensku (16 %). V Poľsku je to približne pätina a v Maďarsku štvrtina osôb. O niečo vyšší podiel dosahuje Rakúsko s takmer 28 %.

Zloženie obyvateľstva vo veku 50 a viac rokov podľa najvyššieho dosiahnutého vzdelania je v súčasnosti ovplyvnené predovšetkým špecifickými rozdielmi v charaktere vzdelávania medzi bývalým západným a východným blokom. Na jednej strane tak stoja populácie s pomerne vysokým zastúpením osôb s terciárnym stupňom vzdelania (Nemecko a v prípade žien aj Francúzsko), kým na druhej sú to populácie s dôrazom na stredoškolské vzdelanie pri nízkej váhe absolventov vysokých škôl (krajiny V4). Špecifický prípad predstavuje Taliansko, kde v oboch prípadoch bol podiel osôb s vysokou i strednou školou najnižší spomedzi sledovaných populácií. Zaujímavá situácia je aj vo Francúzsku, kde síce nachádzame nadpriemerné zastúpenie absolventov (resp. absolventiek) vysokých škôl, no podiel osôb so strednou školou je z pohľadu EÚ podpriemerný, čo je dané špecifikami francúzskeho vzdelávacieho systému, ako aj problematickým a nejednoznačným zaradením niektorých vzdelanostných stupňov do medzinárodnej klasifikácie ISCED 1997, na ktorej sú uvádzané hodnotenia založené.

Vzdelanostná štruktúra osôb vo veku 50 a viac rokov bude v najbližších rokoch čoraz viac ovplyvňovaná, a to najmä v krajinách V4, dramatickými zmenami, ktoré sledujeme v procese vzdelávania po páde železnej opony. Potreba kvalifikovanej pracovnej sily, presadzovanie znalostnej ekonomiky, dôraz na ľudský kapitál v úzkom spojení s platovou diferenciáciou, postavením na trhu práce postupne priniesli po roku 1989 výraznú premenu pohľadu spoločnosti na proces vzdelávania a nadobúdanie vyššieho (a najmä vysokoškolského) vzdelania. Okrem toho jedným z menej často reflektovaných faktorov je aj snaha o odsúvanie vstupu na pracovný trh a predlžovanie obdobia pracovnej neaktivity. Príčina tkvie predovšetkým vo veľmi nepriaznivom postavení mladých absolventov stredných škôl na trhu práce.

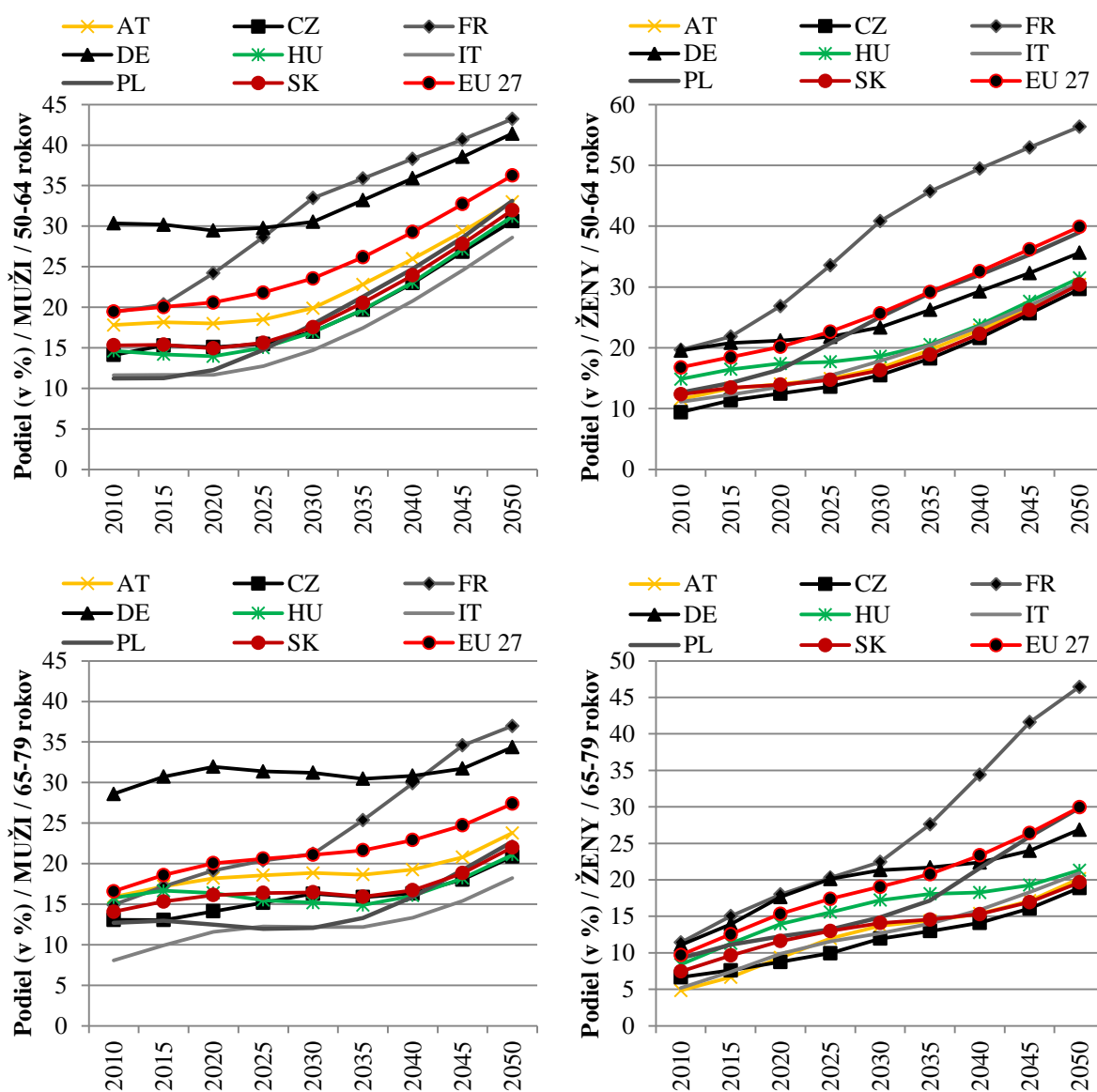
Ako je zrejmé z nasledujúcich grafov 42 – 47, podľa predpokladov tzv. fast track variantu prognózy IIASA-VID bude mať podiel osôb vo veku 50 a viac rokov s terciárnym stupňom vzdelania až do roku 2050 viac menej rastúcu tendenciu vo všetkých sledovaných populáciách, pričom je zrejmé, že terciárne vzdelanie budú častejšie získavať ženy. Vo Francúzsku a Nemecku na strane mužov sa podiel absolventov vysokých škôl vo veku 50 – 64 rokov zvýši nad hranicu 40 %. Vo veku 65 – 79 rokov to bude približne 35 % a vo veku 80 a viac rokov sa ich zastúpenie v Nemecku priblíži k hranici 35 % (kde bude dlhodobo stagnovať), kým vo Francúzsku projekcia predpokladá výraznejšie priblíženie k úrovni 30 % až v poslednej dekáde prognózovaného obdobia. V ostatných krajinách sa rovnako očakáva nárast, ktorý však aj napriek značnej dynamike nedokáže úplne vyrovnať existujúce disproporcie. Najväčšia dynamika nárastu sa predpokladá približne po roku 2025, kedy do veku nad 50 rokov sa postupne budú dostávať muži narodení v druhej polovici 70. rokov, u ktorých pozorujeme začiatok transformácie vzdelanostných dráh najmä v krajinách V4. S prislúchajúcim časovým odstupom sa následne bude zvyšovať aj podiel absolventov vysokých škôl vo veku 65 – 79 rokov a 80 a viac rokov. Keďže proces zvyšovania vzdelanostnej úrovne nie je len otázkou bývalých postkomunistických krajín a predchádzajúce rozdiely boli pomerne značné, vo výsledkoch projekcie sa nepredpokladá, že by tieto populácie mohli u oboch pohlaví a vo všetkých sledovaných vekových skupinách sa dostať nad úroveň priemeru EÚ 27.

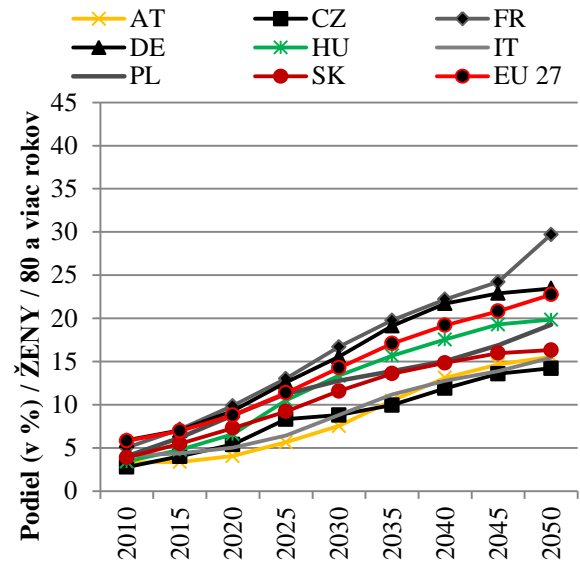
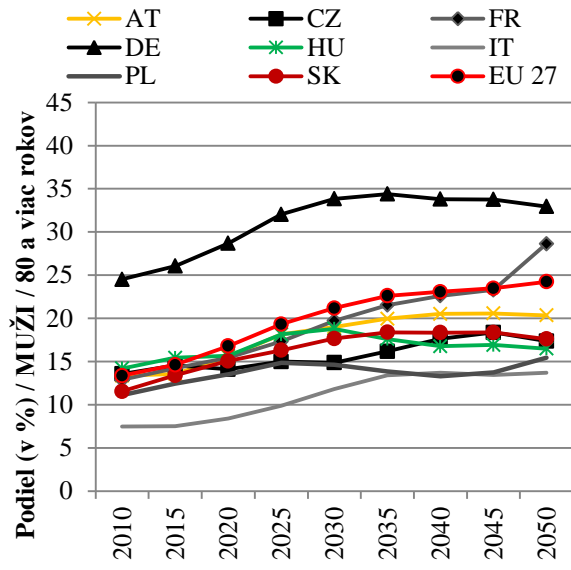
Súčasná dynamika zmien vo vzdelanostných dráhach je väčšia v ženskej časti populácie. Prejavuje sa to napríklad aj v prevahe žien s vysokoškolským vzdelaním v mladších vekových skupinách. Tie budú postupne do budúcnosti ovplyvňovať vzdelanostnú štruktúru strieborných osôb, čo môžeme vidieť aj na predpokladanom vývoji v jednotlivých vekových skupinách. Podľa prognózy IIASA-VID by do roku 2050 mal podiel žien s vysokoškolským vzdelaním vzrásť vo Francúzsku výrazne nad hranicu 50 %. V ostatných krajinách by sa mohol zvýšiť na 30 – 40 %, pričom najväčšie zmeny sa očakávajú v Poľsku (z 12 % na 39 %), ktoré by dokonca malo predbehnúť aj Nemecko (36 %). V ostatných krajinách by sa na konci prognózovaného obdobia mohol podiel žien s terciárnym vzdelaním vo veku 50 – 64 rokov pohybovať na úrovni približne 30 %. Podobne aj vo veku 65 – 79 rokov sa očakáva dominancia Francúzska, kde podiel žien s vysokou školou by mal dosiahnuť 45 %. Aj v tomto veku sa s určitým oneskorením (čo je logické vzhľadom na posuny vo vekovej štruktúre) predpokladá, že Poľsko (30 %) predbehne Nemecko (27 %). Ostatné sledované krajiny sa dostanú približne na úroveň 20 %. Najväčšie odchýlky medzi jednotlivými krajinami zostanú u oboch pohlaví v najvyššom veku, kde efekt dynamickej transformácie vzdelanostných dráh sa vo svojej plnej sile presadí až za horizontom prognózovaného obdobia. Nad priemerom EÚ 27 zostane len Francúzsko a Nemecko. Navyše je zrejmé, že nerovnaký priebeh zmien sa podpíše pod prehlbenie rozdielov. Pôvodné rozpätie na úrovni 4 – 7 % sa zväčší na približne 15 – 30 %.

Transformácia vzdelanostných dráh a príklon k vyšším stupňom vzdelania u mladších generácií v súčasnosti a nedávnej minulosti sa tak vo významnej miere odzrkadlí na postupnom zvyšovaní kvality ľudského kapitálu budúcich strieborných osôb a seniorov. Môžeme jednoznačne predpokladať, že budúce kohorty seniorov budú vo všetkých krajinách vzdelanejšie s čím sa spája aj vyšší príjmový potenciál, objem naakumulovaných prostriedkov, lepší zdravotný stav, vyšší počet potenciálnych rokov života, špecifické spotrebiteľské preferencie a pod. Predpokladané zvyšovanie vzdelanostnej úrovne strieborných osôb tak so sebou priniesie nové výzvy pre koncept striebornej ekonomiky.

G r a f 42 – 47

Predpokladaný vývoj podielu osôb s terciárnym stupňom vzdelania (ISCED 5 a 6), 2010 – 2050, IIASA – VID, FT scenario, vek 50 – 64, 65 – 79 a 80 a viac rokov





Zdroj údajov: IIASA.

ZÁVER

Cieľom štúdie bolo zhodnotiť súčasný stav starnutia populácie a očakávaných trendov zmien početnosti a štruktúry striebornej populácie na Slovensku a u významných obchodných partnerov Slovenska s ohľadom na potreby a potenciál tzv. striebornej ekonomiky. Ponúkli sme detailný demografický pohľad na uvedenú problematiku a zamerali sme sa aj na evaluáciu a budúci možný vývoj kvalitatívnych aspektov uvedenej subpopulácie. V prvom rade je nutné konštatovať, že demografické starnutie je realitou vo všetkých európskych krajinách, je celosvetovým fenoménom a je nevyhnutné sa pripraviť na dôsledky a výzvy s týmto procesom spojené. Hoci v súčasnosti patrí Slovensko a krajiny V4 k najmladším populáciám v rámci EÚ 27, do roku 2060 sa situácia významne zmení a je pravdepodobné, že sa stanú naopak jednými z najstarších. Rast početnosti, ako aj relatívneho zastúpenia obyvateľstva vo veku nad 50 rokov však bude realitou vo všetkých krajinách. Postavenie jednotlivých krajín sa bude meniť len v závislosti na odlišnej dynamike procesu populačného starnutia. Táto dynamika je spojená v neurčitou plynúcou z odhadu vývoja jednotlivých parametrov – plodnosti, úmrtnosti a migrácie, pretože všetky tri procesy prispievajú k zmenám početnosti a štruktúry populácie v krátkodobom, strednodobom aj dlhodobom horizonte. Keďže je použitá prognóza EUROPOP 2010 publikovaná EUROSTATom pomerne konzervatívna najmä v oblasti očakávaného zlepšovania úmrtnostných pomerov a rastu strednej dĺžky života, je možné, že dynamika starnutia bude výraznejšia, než prognostici EUROSTATu predpokladajú. Naopak, neočakávané zvýšenie pôrodnosti môže priniesť spomalenie demografického starnutia, dopady na početnosť striebornej populácie by sa však prejavili až po horizonte prognózy a zmena by nastala len v relatívnych ukazovateľoch.

Z hľadiska striebornej ekonomike je teda zrejмый vysoký potenciál orientácie na tovary a služby pre starnúce a staré obyvateľstvo. Významne bude narastať najmä počet a zastúpenie najstarších, 80-ročných a starších. Je však dôležité si uvedomiť, že z kvalitatívneho hľadiska nebudú 70tníci a 80tníci budúcnosti rovnakí ako tí súčasní. Predovšetkým budú značne vzdelanejší, s vysokou pravdepodobnosťou budú mať zdravší životný štýl, spôsob trávenia voľného času a preferencie budú odlišné. To bude dané tak štruktúrnymi zmenami, ako aj tzv. kohortnými efektmi a časovými zmenami. Jednotlivé generácie budúcich seniorov si so sebou prinesú určité dedičstvo v podobe hodnotových spojov, nárokov a preferencií získaných v priebehu socializácie, ako aj nadobudnutý životný štýl, sociálne, zdravotné a spotrebiteľské nároky. Preto je v krátkodobom horizonte jednoduchšie predpokladať nároky tejto skupiny spotrebiteľov. V dlhodobom horizonte bude hrať úlohu aj zdravotný stav populácie seniorov, ich vzdelanie, ale aj iné charakteristiky ako napr. rodinný stav, kognitívne schopnosti a iné faktory, ktoré neboli v tejto štúdii analyzované najmä pre nedostatok vstupných dát.

Vzdelanie je dôležitou charakteristikou spojenou s množstvom iných socio-ekonomických markerov, vrátane sociálneho statusu, je asociované s vyššími príjmami, životným štýlom,

preferenciami a hodnotovými postojmi. Nároky, požiadavky súčasných a budúcich seniorov preto budú odlišné a bude im nevyhnutné prispôbiť škálu ponúkaných tovarov a služieb.

Jedným z významných aspektov starnutia populácie v súčasnosti je jeho feminizácia, čo značí výraznú prevahu strieborných žien nad mužmi, ktorá sa s postupom veku významne zvyšuje. V kombinácii s nižším dôchodkovým vekom v niektorých z analyzovaných krajín prežijú ženy na dôchodku podstatne viac rokov života než muži. A je pravdepodobnejšie, že ženy stravia viac rokov staroby bez partnera než muži v dôsledku vyššej úmrtnosti mužov. Hoci je pravdepodobné, že sa rozdiely v úmrtnosti mužov a žien budú postupne znižovať nemožno očakávať ich úplnú konvergenciu. Preto je genderový aspekt pri uvažovaní o štruktúre populácie seniorov kľúčový aj v budúcnosti (pozri napr. Davidson et al., 2011).

LITERATÚRA

- BIJAK, J. – KUPISZEWSKA, D. – KUPISZEWSKI, M. – SACZUK, K. (2005): Impact of International Migration on Population Dynamics and Labour Force Sources in Europe. [CEFMR Working Paper, No. 1.] Warsaw: Central European Forum for Migration Research. 78 pp.
- BLEHA, B. – ŠPROCHA, B. – VAŇO, B. (2013): Prognóza populačného vývoja Slovenskej republiky do roku 2060. Bratislava: INFOSTAT – Výskumné demografické centrum. 81 s. ISBN: 978-80-89398-23-2.
- BONGAARTS, J. – SOBOTKA, T. (2012): A demographic explanation for the recent rise in European fertility. *Population and Development Review*, 38, issue 1, pp. 83 – 120.
- BURCIN, B. – DRBOHLAV, D. – KUČERA, T. (2007a): Koncept náhradové migrace a jeho aplikace v podmínkách ČR. *Demografie*, č. 3, s. 170 – 181.
- BURCIN, B. – DRBOHLAV, D. – KUČERA, T. – VAŇO, B. (2007b): Kompenzačná migrácia v Česku a na Slovensku. *Forum Statisticum Slovacum*, 3, č. 3, s. 38 – 43.
- BURCIN, B. – KUČERA, T. (2008): Dlouhodobé trendy vývoje úmrtnosti obyvatel České republiky v evropském kontextu. In: BURCIN, B. – KUČERA, T.: *Populační vývoj České republiky 2007*. Praha: Přírodovědecká fakulta Univerzity Karlovy. s. 111 – 125.
- DAŇKOVÁ, Š. (2006): Výběrová šetření o zdravotním stavu v ČR a v Evropě. *Demografie, Demografické informace, analýzy a komentáře*. Dostupné na: <http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=357>
- DAVIDSON, P.M. – DiGIACOMO, M. – MCGRATH, S.J. (2011): The feminization of ageing: How will this impact on health outcomes and services? *Health Care for Women International*, 32, issue 12, pp. 1031 – 1045.
- EDIEV, D.M. (2011): Life expectancy in developed countries is higher than conventionally estimated. Implications from improved measurement of human longevity. *Journal of Population Ageing*, 4, issue 1 –2, pp. 5 – 32.
- EGIDI, V. – FROVA, L. (2006): Relationship between Morbidity and Mortality by Cause. In: CASELLI, G. – VALLIN, J. – WUNSCH, G.: *Demography: Analysis and Synthesis.*, New York: Elsevier. pp. 81 – 92.
- ELO, T. – Preston, S.H. (1996): Educational differentials in mortality: United States, 1979 – 1985. *Social Science and Medicine*, 42, issue 1, pp. 47 – 57.
- FRIES, J. F. (1980): Aging, natural death, and the compression of morbidity. *The New England Journal of Medicine*, 303, issue 3, pp. 130 – 135.
- FRIES, J. F. (1983): The compression of morbidity. *Milbank Memorial Fund, The Milbank Quarterly*, 61, issue 3, pp. 397 – 419.
- FRIES, J. F. (1989): The compression of morbidity: near or far? *Milbank Memorial Fund, The Milbank Quarterly*, 67, issue 2, pp. 208 – 232.
- GAVRILOV L.A. – HEUVELINE P. (2003): Aging of Population. In: DEMENY, P. – GEOFFREY, M. (Eds.): *The Encyclopedia of Population*. New York: Macmillan Reference USA. pp. 32.
- GOLAZ, V. – NOWIK, L. – SAJOUX, M. (2012): Africa, a young but ageing continent. *Population and Societies*, No. 491, 4 pp. Dostupné na: <http://www.ined.fr/fichier/t_publication/1604/publi_pdf2_pesa491.pdf>

- GOLDSTEIN, J. – SOBOTKA, T. – JASILIONIENE, A. (2009): The End of „Lowest-Low Fertility“? *Population and Development Review*, 35, issue 4, pp. 663 – 699.
- GRUENBERG, E. M. (1977): The failures of success. *Milbank Memorial Fund, The Milbank Quarterly*, 55, issue 1, pp. 3 – 24.
- HOLMEROVÁ, I. – VÁLKOVÁ, M. – VAŇKOVÁ, H. – JURAŠKOVÁ, B. (2011): Vybrané aspekty zdravotní a dlouhodobé péče o stárnoucí populaci. *Demografie*, 53, č. 2, s. 140 – 151.
- HRKAL, J. – DAŇKOVÁ, Š. (2005): Zdravá délka života u obyvatel EU. *Demografie, Demografické informace, analýzy a komentáře*. Dostupné na: http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=107
- KC, S. – BARAKAT, B. – GOUJON, A. – SKIRBEKK, V. – SANDERSON, W. – LUTZ, W. (2010): Projection of populations by level of educational attainment, age, and sex for 120 countries for 2005 – 2050. *Demographic Research*, 22, article 15, pp. 383 – 472.
- KRAMER, M. (1980): The rising pandemic of mental disorders and associated chronic diseases and disabilities. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 62, issue S285, pp. 282 – 297.
- KREYENFELD, M. – ANDERSSON, G. – PAILHÉ, A. (2012): Economic uncertainty and family dynamics in Europe. [MPIDR Working Paper, WP 2012 – 006.] Rostock: Max-Planck-Institut für demografische Forschung. 24 pp. Dostupné na: <http://www.demogr.mpg.de/papers/working/wp-2012-006.pdf>
- MANTON, K. G. (1982): Changing concepts of morbidity and mortality in the elderly population. *Milbank Memorial Fund, The Milbank Quarterly*, 60, issue 2, pp. 183 – 244.
- MÉSZÁROS, J. (2012): Úmrtnosť. In: VAŇO, B. (ed.): *Populačný vývoj v Slovenskej republike 2011*. Bratislava: INFOSTAT. s. 53 – 64.
- MÉSZÁROS, J. (2007a): Ako dlho žije populácia Slovenskej republiky v zdraví? *Slovenská štatistika a demografia*, 17, č. 1 – 2, s. 133 – 140.
- MÉSZÁROS, J. (2007b): Úmrtnosť. In: VAŇO, B. (ed.): *Populačný vývoj v Slovenskej republike 2006*. Bratislava: INFOSTAT. s. 35 – 46.
- OLSHANSKY, S. J. – RUDBERG, M. A. – CARNES, B. A. – CASSEL, C. K. – BRODY J. (1991): Trading off longer for worsening health: the expansion of morbidity hypothesis. *Journal of Aging and Health*, 3, issue 2, pp. 194 – 216.
- OSN (2001): *Replacement Migration: Is it a Solution to Declining and Ageing Populations?* New York: United Nations, Population Division, Department of Economic and Social Affairs. ISBN 92-1-151362-6.
- PÁLENÍK, V. (2009): *Strieborná ekonomika ako možné exportné zameranie slovenskej ekonomiky. Aktuálna situácia a potenciál*. [Working Papers, No. 16.] Bratislava: Ekonomický ústav SAV. 40 s.
- PÁLENÍK, V. a kol. (2012): *Strieborná ekonomika v slovenskom, európskom a svetovom kontexte*. Bratislava: Ekonomický ústav SAV. 300 s. ISBN 978-807144-205-9.
- PAVLÍK, Z. – RYCHTAŘÍKOVÁ, J. – ŠUBRTOVÁ, Z. (1986): *Základy demografie*. Praha: Academia. 732 s.
- RYCHTAŘÍKOVÁ, J. (2006): Zdravá délka života v současné české populaci. *Demografie*, 48, č. 3, s. 166 – 178.

SCHERBOV, S. – LUTZ, W. – SANDERSON, W.C. (2011): The uncertain timing of reaching 8 billion, peak world population and other demographic milestones. *Population and Development Review*, 37, issue 3, pp. 571 – 578.

SHKOLNIKOV, V.M. – ANDREEV, E. M. – JASILIONIS, D. – LEINSALU, O. – McKee, M. (2006): The changing relation between education and life expectancy in central and eastern Europe in the 1990s. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60, issue 10, pp. 875 – 881.

SKIRBEKK, V. – STONAWSKI, M. – WEBER, D. (2013): Could nations invest in cognitive skills and become effectively younger? *SAGW Bulletin* 1/2013. Bern: Swiss Academy of Humanities and Social Sciences, pp. 48 – 49.

SKIRBEKK, V. – WEBER, D. – BORDONE, V. (2011): National variation in cognitive life cycle development. IIASA Interim report IR-11-028. Laxenburg: International Institute for Applied Systems Analysis. Dostupné na:
<http://www.iiasa.ac.at/publication/more_IR-11-028.php>

SOBOTKA, T. – SKIRBEKK, V. – PHILIPPOV, D. (2011): Economic recession and fertility in developed world. *Population and Development Review*, 37, issue 2, pp. 267 – 306.

SOBOTKA, T. (2005): Is the lowest-low fertility in Europe explained by the postponement of childbearing? *Population and Development Review*, 30, issue 2, pp. 195 – 220.

ŠPROCHA, B. (2012): Transformácia vzdelanostnej štruktúry populácie Slovenska a jej možný vývoj do budúcnosti. In: *Reprodukce lidského kapitálu – vzájemné vazby a souvislosti*. [Zborník.] Praha: Vysoká škola ekonomická. Dostupné na:
<http://kdem.vse.cz/resources/relik12/sbornik/download/pdf/26-Sprocha-Branislav-paper.pdf>

VAŇO, B. (2004): Je možné zastaviť proces úbytku a starnutia obyvateľstva na Slovensku? *Slovenská štatistika a demografia*, č. 3, s. 20 – 26.

VERBRUGGE, L. M. (1984): Longer life but worsening health? Trends in health and mortality in middle-age and older persons. *Milbank Memorial Fund, The Milbank Quarterly*, 62, issue 3, pp. 475 – 519.

PRÍLOHA 1

Tabuľka 1.1

Prognóza vývoja počtu osôb vo veku 50 a viac rokov vo vybraných krajinách

Štát	2010	2020	2030	2040	2050	2060
<i>50 a viac rokov</i>						
AT	3 013 250	3 626 538	3 908 960	4 113 086	4 244 004	4 193 609
CZ	3 782 524	4 115 753	4 760 714	5 043 482	5 022 176	4 972 173
FR	23 149 369	26 553 822	28 952 135	30 750 487	31 442 183	32 095 661
DE	32 627 082	37 590 398	37 788 334	37 856 107	36 432 214	33 794 887
HU	3 700 829	3 800 632	4 240 987	4 467 366	4 531 379	4 480 705
IT	23 648 263	27 664 829	30 920 119	32 248 231	32 798 523	32 680 634
PL	13 084 705	14 203 626	15 822 188	17 666 633	17 585 760	16 837 397
SK	1 723 031	1 980 390	2 340 410	2 634 279	2 682 406	2 601 797
EU27	182 514 011	209 318 083	229 010 416	242 500 406	245 119 156	243 040 238
<i>50 – 64 rokov</i>						
AT	1 537 329	1 929 599	1 775 333	1 633 568	1 700 412	1 611 656
CZ	2 183 641	1 992 487	2 377 443	2 377 643	1 960 118	1 762 577
FR	12 379 683	12 868 659	12 625 864	12 301 663	12 392 985	12 506 031
DE	15 784 713	19 144 644	15 928 967	14 130 175	13 555 369	12 037 882
HU	2 037 346	1 846 759	2 127 574	2 128 614	1 849 747	1 635 979
IT	11 441 793	13 643 661	14 488 131	12 651 713	12 027 410	12 107 556
PL	7 923 235	7 323 903	7 378 515	8 611 012	7 116 746	5 551 911
SK	1 057 897	1 082 279	1 193 985	1 315 375	1 103 377	889 506
EU27	95 482 382	105 573 789	105 490 394	101 371 350	95 172 624	90 339 251
<i>65 – 79 rokov</i>						
AT	1 076 011	1 229 688	1 517 311	1 702 769	1 490 109	1 555 285
CZ	1 225 836	1 692 111	1 694 325	1 816 096	2 144 106	1 937 265
FR	7 375 122	9 585 745	11 170 040	11 686 077	11 290 569	11 473 196
DE	12 721 049	12 707 379	15 550 997	15 863 302	12 686 358	12 783 307
HU	1 269 738	1 486 455	1 516 249	1 555 742	1 852 724	1 733 135
IT	8 728 743	9 538 964	11 149 086	13 317 766	12 553 515	11 401 758
PL	3 904 249	5 245 540	6 375 356	5 779 695	7 169 597	7 253 557
SK	517 693	721 543	889 712	915 523	1 115 361	1 094 387
EU27	63 742 669	74 085 933	86 948 208	94 364 348	92 445 052	90 472 919
<i>80 a viac rokov</i>						
AT	399 910	467 251	616 316	776 749	1 053 483	1 026 668
CZ	373 047	431 155	688 946	849 743	917 952	1 272 331
FR	3 394 564	4 099 418	5 156 231	6 762 747	7 758 629	8 116 434
DE	4 121 320	5 738 375	6 308 370	7 862 630	10 190 487	8 973 698
HU	393 745	467 418	597 164	783 010	828 908	1 111 591
IT	3 477 727	4 482 204	5 282 902	6 278 752	8 217 598	9 171 320
PL	1 257 221	1 634 183	2 068 317	3 275 926	3 299 417	4 031 929
SK	147 441	176 568	256 713	403 381	463 668	617 904
EU27	23 288 960	29 658 361	36 571 814	46 764 708	57 501 480	62 228 068

Zdroj: EUROSTAT – EUROPOP 2010.

Tabuľka 1.2

Prognóza podielu osôb vo veku 50 a viac rokov vo vybraných krajinách

Štát	2010	2020	2030	2040	2050	2060
<i>Podiel osôb vo veku 50 a viac rokov (v %)</i>						
AT	36,0	42,2	44,2	45,8	47,3	47,3
CZ	36,0	38,1	43,9	47,0	47,1	47,5
FR	35,8	39,2	41,2	42,6	43,0	43,5
DE	39,9	46,9	48,5	50,6	51,5	50,9
HU	37,0	38,4	43,7	47,3	49,4	50,6
IT	39,2	44,0	47,9	49,1	49,8	50,3
PL	34,3	37,0	42,1	48,9	50,9	51,5
SK	31,8	35,5	41,9	48,2	50,4	50,9
EU27	36,4	40,7	43,8	46,1	46,8	47,0
<i>Podiel osôb vo veku 50 – 64 rokov (v %)</i>						
AT	18,4	22,5	20,1	18,2	19,0	18,2
CZ	20,8	18,4	21,9	22,1	18,4	16,8
EU27	19,1	20,5	20,2	19,3	18,2	17,5
FR	19,1	19,0	18,0	17,0	16,9	17,0
DE	19,3	23,9	20,5	18,9	19,1	18,1
HU	20,3	18,7	21,9	22,5	20,2	18,5
IT	19,0	21,7	22,5	19,3	18,2	18,6
PL	20,8	19,1	19,6	23,8	20,6	17,0
SK	19,5	19,4	21,4	24,1	20,7	17,4
<i>Podiel osôb vo veku 65 – 79 rokov (v %)</i>						
AT	12,8	14,3	17,1	19,0	16,6	17,5
CZ	11,7	15,6	15,6	16,9	20,1	18,5
EU27	12,7	14,4	16,6	18,0	17,6	17,5
FR	11,4	14,1	15,9	16,2	15,4	15,6
DE	15,6	15,9	20,0	21,2	17,9	19,3
HU	12,7	15,0	15,6	16,5	20,2	19,6
IT	14,5	15,2	17,3	20,3	19,0	17,5
PL	10,2	13,7	17,0	16,0	20,8	22,2
SK	9,5	12,9	15,9	16,7	20,9	21,4
<i>Podiel osôb vo veku 80 a viac rokov (v %)</i>						
AT	4,8	5,4	7,0	8,7	11,7	11,6
CZ	3,6	4,0	6,4	7,9	8,6	12,2
EU27	4,6	5,8	7,0	8,9	11,0	12,0
FR	5,2	6,0	7,3	9,4	10,6	11,0
DE	5,0	7,2	8,1	10,5	14,4	13,5
HU	3,9	4,7	6,2	8,3	9,0	12,5
IT	5,8	7,1	8,2	9,6	12,5	14,1
PL	3,3	4,3	5,5	9,1	9,6	12,3
SK	2,7	3,2	4,6	7,4	8,7	12,1

Zdroj: EUROSTAT – EUROPOP 2010.

PRÍLOHA 2

Tabuľka 2.1

Štruktúra mužov vo veku 50 a viac rokov podľa jednotlivých indikátorov zdravotného stavu vo vybraných krajinách, EU-SILC 2011

Štát	50 – 54	55 – 59	60 – 64	65 – 69	70 – 74	75 – 79	80 – 84	85+
<i>Dobré a veľmi dobré zdravie (v %)</i>								
AT	68,1	54,7	51,8	54,7	52,1	36,6	27,5	31,9
CZ	58,5	49,4	39,7	31,8	23,1	21,7	11,1	9,6
FR	68,0	62,5	61,5	55,3	45,4	35,4	25,8	25,0
DE	60,2	54,7	49,7	48,0	41,8	34,6	29,8	20,1
HU	48,8	38,0	29,2	21,7	15,4	8,7	7,1	7,4
IT	69,0	61,3	53,3	44,2	37,3	27,0	21,2	17,6
PL	50,1	36,2	28,1	24,3	15,3	15,5	8,8	5,6
SK	58,2	47,9	30,9	26,8	17,4	12,8	10,6	3,8
EU27	67,2	58,0	55,0	50,0	42,1	35,5	28,7	27,6
<i>Bez chronických ochorení (v %)</i>								
AT	61,39	57,73	50,94	46,74	48,67	45,66	36,76	40,71
CZ	73,67	62,99	56,33	54,75	48,91	37,89	29,21	22,21
FR	64,41	55,06	52,16	43,98	42,43	31,55	26,83	23,85
DE	62,28	55,56	48,14	38,49	35,57	32,02	26,12	18,06
HU	60,37	51,21	43,81	38,76	33,16	18,70	19,40	21,44
IT	78,67	69,10	66,96	58,34	52,24	43,45	39,10	33,11
PL	63,81	53,37	45,89	41,95	29,54	29,36	24,11	19,57
SK	67,57	58,18	49,20	42,25	37,60	26,90	20,68	10,56
EU27	67,12	58,80	53,15	47,50	41,20	35,84	29,83	28,87
<i>Bez limitácie denných aktivít (v %)</i>								
AT	70,66	64,25	58,01	55,16	57,58	47,43	27,92	26,37
CZ	80,25	71,64	67,45	66,73	60,59	49,78	35,16	31,67
FR	77,98	70,42	73,30	67,00	60,45	48,64	34,18	30,20
DE	67,34	59,86	54,82	47,79	43,95	36,24	26,12	16,83
HU	71,31	65,16	57,46	53,23	45,90	36,10	23,46	28,61
IT	80,19	70,51	65,32	58,81	50,54	39,88	31,24	22,32
PL	73,97	68,49	59,18	62,64	52,46	46,26	35,37	31,43
SK	64,75	53,90	41,68	36,55	23,77	18,04	16,30	2,89
EU27	75,88	68,90	65,23	60,59	53,19	46,73	39,20	32,16

Zdroj: Eurohex.

Tabuľka 2.2

Štruktúra žien vo veku 50 a viac rokov podľa jednotlivých indikátorov zdravotného stavu vo vybraných krajinách, EU-SILC 2011

Štát	50 – 54	55 – 59	60 – 64	65 – 69	70 – 74	75 – 79	80 – 84	85+
<i>Dobré a veľmi dobré zdravie (v %)</i>								
AT	66,3	57,6	61,0	49,9	45,0	27,3	25,6	20,1
CZ	54,7	41,6	36,7	27,1	18,0	11,0	10,2	6,6
FR	61,6	54,2	59,2	51,8	38,2	30,9	23,1	19,5
DE	65,1	51,8	52,4	49,0	42,2	25,3	25,4	17,7
HU	45,0	36,2	24,7	16,4	11,4	5,2	7,0	5,9
IT	66,3	60,9	49,3	38,7	26,5	22,0	13,6	15,2
PL	47,3	33,9	24,0	14,4	10,5	9,8	6,2	6,0
SK	53,2	39,4	31,0	18,0	13,9	6,3	11,0	9,6
EU27	64,2	55,6	52,0	46,3	37,2	29,8	25,2	25,8
<i>Bez chronických ochorení (v %)</i>								
AT	63,6	54,2	55,8	47,4	49,6	34,7	32,0	30,6
CZ	66,7	55,6	58,2	50,3	42,9	32,6	26,0	15,5
FR	56,5	52,2	52,0	49,7	38,7	35,1	29,0	24,4
DE	64,4	53,7	53,0	45,3	41,2	29,1	26,6	27,3
HU	57,0	48,0	38,7	32,7	24,1	18,2	14,4	16,6
IT	75,4	71,5	64,6	57,9	48,6	41,8	33,1	28,8
PL	61,9	49,0	40,2	30,4	28,4	24,3	15,5	16,8
SK	63,0	50,7	47,8	35,3	22,3	17,0	22,6	9,2
EU27	64,0	56,2	51,8	46,2	39,8	34,0	28,9	27,2
<i>Bez limitácie denných aktivít (v %)</i>								
AT	68,5	60,0	62,0	56,3	48,6	41,7	27,2	13,9
CZ	75,9	66,9	69,2	64,2	55,1	41,4	31,8	19,1
FR	72,1	67,1	68,8	66,4	51,0	42,1	32,0	20,2
DE	67,6	56,9	57,6	54,7	44,1	30,5	18,0	15,6
HU	68,9	62,1	55,2	48,5	37,2	29,5	18,4	17,9
IT	75,3	70,0	60,5	51,1	38,2	28,4	19,4	15,1
PL	77,9	68,9	63,1	55,9	47,6	43,7	29,4	23,9
SK	60,6	47,2	42,0	28,8	18,2	8,5	10,5	4,5
EU27	72,3	66,6	63,2	56,7	48,4	40,0	32,0	26,5

Zdroj: Eurohex.

Tabuľka 2.3

Stredná dĺžka života vo veku 50 rokov a štruktúra potenciálnych rokov podľa subjektívneho zdravia, EU-SILC 2011

Štát	Dobré a veľmi dobré zdravie	Prijateľné zdravie	Zlé a veľmi zlé	Dobré a veľmi dobré zdravie	Prijateľné zdravie	Zlé a veľmi zlé
	(v rokoch)			(v %)		
<i>Muži</i>						
HU	6,8	10,6	6,6	28,2	44,1	27,7
PL	7,3	11,1	7,6	28,0	42,6	29,4
SK	8,4	10,1	6,8	33,2	39,8	27,0
CZ	9,9	11,7	5,5	36,5	43,3	20,2
DE	13,8	12,2	4,4	45,5	40,2	14,4
EU27	14,5	10,2	4,8	49,2	34,6	16,2
IT	14,5	12,0	4,8	46,3	38,3	15,4
AT	15,2	10,1	4,9	50,4	33,4	16,2
FR	15,8	10,7	4,7	50,7	34,4	14,9
<i>Ženy</i>						
HU	6,7	13,2	10,6	22,0	43,2	34,8
PL	6,9	14,5	11,2	21,1	44,5	34,4
SK	8,1	12,0	11,2	25,8	38,5	35,7
CZ	9,3	14,5	8,5	28,8	44,9	26,3
IT	13,6	14,5	7,6	38,1	40,6	21,3
DE	14,8	14,2	5,5	43,0	41,2	15,8
EU27	15,0	12,8	6,5	43,8	37,2	19,0
FR	15,9	14,5	6,7	42,7	39,2	18,1
AT	16,0	11,9	6,7	46,1	34,4	19,4

Pozn.: Usporiadané podľa strednej dĺžky života v dobrom a veľmi dobrom zdraví.

Zdroj: Eurohex.

Tabuľka 2.4

Stredná dĺžka života vo veku 50 rokov a štruktúra potenciálnych rokov podľa prítomnosti obmedzení bežných denných aktivít, EU-SILC 2011

Štát	Bez obmedzenia	S nie veľkým obmedzením	S veľkým obmedzením	Bez obmedzenia	S nie veľkým obmedzením	S veľkým obmedzením
	(v rokoch)			(v %)		
<i>Muži</i>						
SK	10,2	10,0	5,1	40,3	39,6	20,1
HU	13,1	7,5	3,3	54,8	31,4	13,8
DE	14,6	10,4	5,3	48,1	34,4	17,5
PL	15,4	6,9	3,7	59,1	26,5	14,4
AT	16,5	8,5	5,1	54,8	28,2	17,0
CZ	17,3	7,1	2,6	63,9	26,4	9,7
EU27	17,4	7,6	4,4	59,2	25,9	14,9
FR	19,1	7,0	5,1	61,2	22,5	16,3
IT	21,1	7,0	3,2	67,4	22,4	10,2
<i>Ženy</i>						
SK	9,9	12,9	8,4	31,8	41,2	26,9
HU	14,2	10,8	5,5	46,7	35,4	17,9
DE	15,7	12,0	6,8	45,5	34,7	19,9
AT	17,1	10,2	7,3	49,3	29,5	21,1
PL	17,8	9,6	5,4	54,4	29,3	16,4
EU27	18,1	10,1	6,1	52,7	29,6	17,7
CZ	18,4	9,7	4,2	56,8	30,1	13,1
FR	19,6	10,3	7,3	52,6	27,7	19,7
IT	21,0	9,7	5,0	58,9	27,2	13,9

Pozn.: Usporiadané podľa strednej dĺžky života bez obmedzenia bežných denných aktivít.

Zdroj: Eurohex.

Tabuľka 2.5

Stredná dĺžka života vo veku 50 rokov a štruktúra potenciálnych rokov podľa prítomnosti dlhotrvajúceho ochorenia alebo zdravotných problémov, EU-SILC 2011

Štát	Bez dlhotrvajúcich ochorení a zdravotných problémov	S dlhotrvajúcim ochorením alebo zdravotným problémom	Bez dlhotrvajúcich ochorení a zdravotných problémov	S dlhotrvajúcim ochorením alebo zdravotným problémom
	(v rokoch)		(v %)	
<i>Muži</i>				
HU	10,1	13,9	42,1	57,9
PL	11,4	14,6	43,7	56,3
SK	11,8	13,4	46,8	53,2
DE	13,0	17,3	42,9	57,1
FR	14,1	17,1	45,3	54,7
EU27	14,3	15,1	48,8	51,2
CZ	14,7	12,4	54,2	45,8
AT	15,2	15,0	50,4	49,6
IT	20,5	10,8	65,4	34,6
<i>Ženy</i>				
HU	10,6	20,0	35,0	65,0
SK	11,7	19,6	37,4	62,6
PL	11,7	21,0	35,8	64,2
CZ	15,1	17,2	46,8	53,2
DE	15,2	19,2	44,2	55,8
EU27	15,5	18,8	45,1	54,9
FR	15,8	21,4	42,4	57,6
AT	16,4	18,2	47,4	52,6
IT	21,8	13,9	61,1	38,9

Pozn.: Usporiadané podľa hodnôt strednej dĺžky života bez dlhotrvajúcich ochorení a zdravotných problémov.

Zdroj: Eurohex.

PRÍLOHA 3

Tabuľka 3.1

Prognóza podielu mužov (v %) vo veku 50 – 64, 65 – 79 a 80 a viac rokov s terciárnym stupňom vzdelania vo vybraných krajinách

Štát	2010	2020	2030	2040	2050
<i>50 – 64 rokov</i>					
AT	17,8	18,0	19,9	26,0	33,0
CZ	14,1	15,1	17,0	23,0	30,6
FR	19,4	24,2	33,5	38,3	43,2
DE	30,4	29,5	30,5	35,9	41,4
HU	14,6	14,0	16,9	23,1	31,2
IT	11,6	11,7	14,7	20,8	28,6
PL	11,2	12,3	17,9	24,7	33,1
SK	15,3	14,9	17,5	23,9	32,0
EU 27	19,5	20,6	23,6	29,3	36,3
<i>65 – 79 rokov</i>					
AT	15,9	18,2	18,8	19,3	23,8
CZ	13,1	14,1	16,3	16,3	20,9
FR	14,9	19,2	21,2	29,9	37,0
DE	28,6	32,0	31,2	30,8	34,4
HU	15,8	16,4	15,2	16,0	21,1
IT	8,0	11,6	12,2	13,3	18,2
PL	12,7	12,5	12,1	15,9	22,7
SK	14,1	16,1	16,5	16,7	22,0
EU 27	16,6	20,0	21,1	22,9	27,4
<i>80 a viac rokov</i>					
AT	13,4	15,6	19,0	20,5	20,4
CZ	13,6	14,1	14,9	17,6	17,4
FR	12,9	15,4	19,7	22,6	28,6
DE	24,5	28,7	33,8	33,8	32,9
HU	14,2	15,6	18,8	16,8	16,5
IT	7,5	8,4	11,8	13,7	13,7
PL	11,1	13,5	14,6	13,3	15,5
SK	11,5	15,1	17,7	18,4	17,6
EU 27	13,4	16,8	21,2	23,1	24,2

Zdroj: IIASA-VID.

Tabuľka 3.2

Prognóza podielu žien (v %) vo veku 50 – 64, 65 – 79 a 80 a viac rokov s terciárnym stupňom vzdelania vo vybraných krajinách

Štát	2010	2020	2030	2040	2050
<i>50 – 64 rokov</i>					
AT	11,6	14,0	16,6	22,9	30,4
CZ	9,4	12,5	15,5	21,6	29,6
FR	19,7	26,9	40,8	49,5	56,3
DE	19,5	21,2	23,3	29,3	35,6
HU	14,8	17,4	18,6	23,7	31,5
IT	11,1	13,6	17,8	23,5	30,7
PL	12,6	16,4	25,1	32,0	39,0
SK	12,3	13,9	16,3	22,3	30,4
EU 27	16,8	20,2	25,7	32,6	39,9
<i>65 – 79 rokov</i>					
AT	4,8	9,3	13,7	15,4	20,2
CZ	6,6	8,8	11,9	14,1	18,9
FR	11,4	18,0	22,4	34,4	46,4
DE	11,1	17,6	21,3	22,4	26,9
HU	8,4	14,0	17,2	18,3	21,3
IT	5,2	9,9	12,7	15,9	20,9
PL	9,3	12,3	14,9	21,6	29,9
SK	7,4	11,6	14,1	15,3	19,6
EU 27	9,7	15,3	19,1	23,3	29,9
<i>80 a viac rokov</i>					
AT	3,3	4,0	7,5	13,1	15,6
CZ	2,8	5,4	8,8	11,9	14,2
FR	5,0	9,9	16,7	22,2	29,7
DE	5,9	9,3	15,6	21,7	23,5
HU	3,4	6,6	13,3	17,5	19,8
IT	4,1	5,0	8,8	12,8	15,5
PL	4,0	8,8	12,8	15,0	19,3
SK	3,9	7,3	11,6	14,8	16,3
EU 27	5,8	8,8	14,3	19,2	22,8

Zdroj: IIASA-VID.