

Branislav ŠPROCHA
INFOSTAT – Výskumné demografické centrum
Centrum spoločenských a psychologických vied SAV

RIZIKÁ HODNOTENIA ZDRAVOTNÉHO STAVU OBYVATEĽSTVA SLOVENSKA PROSTREDNÍCTVOM VÝBEROVÝCH ZISŤOVANÍ EHS A EU SILC¹

THE RISKS OF RATING THE HEALTH STATUS OF THE SLOVAK POPULATION BY MEANS OF EHS AND EU SILC SAMPLE SURVEYS

ABSTRAKT

Hlavným cieľom príspevku je poukázať na riziká použitia výberových zisťovaní EHS a EU SILC pri hodnotení zdravotného stavu obyvateľstva na príklade Slovenska. Analyzujeme postavenie Slovenska v európskom priestore z pohľadu zdravotného stavu, a to v spojitosti s úrovňou úmrtnosti. Rozdiely v hodnotách zdravých rokov života sa snažíme dekomponovať na faktor úmrtnosti a faktor zdravotného stavu.

ABSTRACT

The main objective of this paper is to indicate the risks of using the EU SILC and the EHS sample surveys in assessing of the health status on the example of Slovakia. We analyze the position of Slovakia in the European area in terms of health status in conjunction with the level of mortality. The differences in the values of the healthy life years are decomposed by the factor of mortality and health status.

KĹÚČOVÉ SLOVÁ

zdravotný stav, európsky minimálny modul zdravia, EU SILC 2014, EHS 2014, úmrtnosť, Slovensko

KEY WORDS

health status, the Minimum European Health Module, EU SILC 2014, EHS 2014, mortality, Slovakia

1. ÚVOD

Predĺžovanie života vyvoláva otázky, či pridané roky sú aj rokmi, ktoré osoby prežijú v dobrom zdravotnom stave, alebo kvalita života za týmto vývojom zaostáva. Z teoretického hľadiska sa vyprofilovali tri hlavné skupiny názorov na túto problematiku [12]. Zástancovia expanzie morbidity [napr. 8, 11, 14] sa prikláňajú k názoru, že zníženie úmrtnosti prostredníctvom zlepšenia liečebných schopností a postupov nevedlo v rovnakom rozsahu k poklesu incidencie ochorení. Predĺženie života tak bolo najmä výsledkom zníženia pravdepodobnosti úmrtia a nie skutočného vyliečenia. Roky navyše, ktoré sú výsledkom týchto zmien, sú tak prežité v horšom alebo zlom zdravotnom stave. Opačný názor prezentuje teória kompresie morbidity

¹ **EHIS (European Health Interview Survey)** predstavuje harmonizované výberové zisťovanie o zdraví a o ďalších oblastiach súvisiacich so zdravím. Uskutočňuje sa na reprezentatívnej vzorke populácie všetkých členských krajín EÚ. Na Slovensku sa realizovali zatiaľ dve vlny v gescii Štatistického úradu SR.

EU SILC (Statistics on Income and Living Conditions) je harmonizované výberové zisťovanie, ktorého cieľom je získať informácie o rozdelení príjmov, o úrovni a štruktúre chudoby a o sociálnom vylúčení v jednotlivých krajinách EÚ. Na Slovensku ho každoročne realizuje Štatistický úrad SR.

[4, 5]. Vychádza z predpokladu, že pokles úmrtnosti prebieha súčasne so zlepšovaním zdravotného stavu, a to aj smerom do vyšších vekových skupín. Posledná, tretia skupina je akýmsi prienikom oboch krajných teórií a predpokladá existenciu akejsi dynamickej rovnováhy. Predlžovanie života sa dá čiastočne vysvetliť spomalením miery nárastu chronických ochorení. Znamená to, že osoby síce budú v priemere dlhšie vystavené zhoršeniu zdravotného stavu, ale nepôjde o výrazné zníženie kvality života. Kľúčovou otázkou v spojitosti s touto problematikou je spôsob, ako vlastne merať zdravotný stav obyvateľstva. V posledných desaťročiach sme svedkami viacerých snáh vytvoriť metodický koncept na kvantifikáciu kvality zdravotného stavu obyvateľstva prostredníctvom vhodne zvolených syntetických indikátorov, vzájomne porovnávať tieto údaje medzi jednotlivými krajinami či posudzovať ich vývoj v čase. Okrem toho cieľom je tiež odhaľovať nerovnosti v zdraví, v prístupe k zdravotnej starostlivosti. Získané údaje a z nich konštruované indikátory následne majú slúžiť ako dôležité oporné mechanizmy na formulovanie a zavádzanie zdravotníckych politík a sú aj nástrojmi na ich hodnotenie. Postupne sa stali súčasťou viacerých dôležitých politických opatrení a iniciatív (napr. lisabonská stratégia, Európa 2020, stratégia trvalo udržateľného rozvoja, európske kľúčové ukazovatele o zdraví a pod.).

Primárnym problémom, s ktorým všetky koncepty prichádzajú do kolízie, je určenie bodu, kedy je osoba ešte zdravá a kedy ju už môžeme označiť za chorú, resp. kedy sa signifikantne znížila kvalita jej zdravia [9]. Exaktne určiť takéto hranice je v podstate nemožné, keďže zdravie predstavuje momentálny stav, ktorý neustále ovplyvňuje celý komplex endogénnych a exogénnych faktorov. Tie sa podieľajú na postupných, ale aj náhlych zmenách zdravotného stavu. Okrem toho treba tiež upozorniť, že tieto prechody nemusia byť (a často ani nie sú) jednosmerné. Značná dynamika a multistavovosť spolu s možnosťou viacnásobnej reverzibility tvoria nestabilný systém, ktorého objektívne empirické hodnotenie je veľmi problematické. Jednotlivé aspekty dokážeme v podstate len odhadovať na základe určitých vyjadrení (pocitov) danej osoby a vedomostí o jej zdravotnom stave.

Vo všeobecnosti sa vychádza z troch pohľadov na zdravie [6]. Osobe je diagnostikovaná choroba alebo osoba sama deklaruje, že má alebo nemá určité ochorenie. V druhom prípade sa zisťuje prítomnosť alebo neprítomnosť nejakého zdravotného obmedzenia a v poslednom, treťom koncepte sa analyzujú niektoré ďalšie charakteristiky zdravia, ako napríklad osobou vnímaná kvalita jej zdravia a miera spokojnosti s ním. Celý tento proces je však s výnimkou prevalencie a incidencie ochorenia značne subjektívny. Ak odhliadneme od pravidelných zdravotníckych štatistík, asi najčastejšie využívaným nástrojom sú rôzne výberové zisťovania [2, 3]. Ich cieľom je získať ďalšie informácie o zdravotnom stave, ktoré sa v bežne (a pravidelne) zisťovaných zdravotníckych štatistikách nedajú získať. Vo všeobecnosti môžeme podľa prístupu k danej problematike hovoriť o dvoch základných typoch zisťovaní [2]. Prvým je Health Interview Survey (HIS), v ktorom respondent sám odpovedá opytovateľovi na otázky o svojom vlastnom zdravotnom stave bez možnosti nejakej verifikácie či konfrontácie s lekárskeým vyšetrením. Aplikuje sa pritom celá škála spôsobov (PAPI, CAPI, CASI², telefonický rozhovor a pod.), ako získať takéto do určitej miery subjektívne druhy údajov. Health

² Ide o techniky získavania odpovedí v dotazníkových zisťovaniach. Podľa spôsobu zberu ide napr. o PAPI (Paper and Pencil Interviewing), CAPI (Computer-Assisted Personal Interviewing), CASI (Computer-Assisted Self Interviewing).

Examination Survey (HES) predstavuje kvalitatívne iný typ zisťovania. Je oveľa náročnejšie, avšak svojou koncepciou prináša objektívnejšie informácie, aj preto, že najčastejšie sa spája s lekárskeým vyšetrením (vrátane biochemických odberov) a prípadne sa dopĺňa ešte ďalšími údajmi získanými zo zdravotnej dokumentácie.

Do kategórie HIS zisťovaní možno zaradiť aj časť otázok používaných v EU SILC a EHIS. Konkrétne ide o tri otázky pokrývajúce tzv. minimálny európsky modul zdravia (MEHM) snažiaci sa sledovať kvalitatívny aspekt vlastného zdravia respondenta, prítomnosť chronických a dlhotrvajúcich ochorení a limitáciu bežných denných aktivít. Jeho konštrukcia je výsledkom snáh disponovať nástrojom na zbieranie harmonizovaných údajov o niektorých aspektoch zdravotného stavu členských štátov EÚ28 a niektorých ďalších krajín (Nórsko, Švajčiarsko a Island), v ktorých sa zisťovania pravidelne vykonávajú. Prostredníctvom vhodných metodických nástrojov (predovšetkým tzv. Sullivanovej metódy), kombináciou štruktúry odpovedí na položené otázky a vybraných funkcií prierezových tabuliek úmrtnosti sa následne konštruujú syntetické indikátory umožňujúce analyzovať a porovnávať určité aspekty zdravotného stavu. Veľký význam tohto postupu bol potvrdený prijatím zdravých rokov života (healthy life years) medzi základné štruktúrne indikátory EÚ28. Otázkou však zostáva, či tento prístup skutočne spĺňa očakávania do neho vložené a či ho možno aplikovať bez rizika akýchkoľvek interpretačných a informačných kolízií s realitou.

Cieľom článku je snaha poukázať na niektoré problematické závery, ktoré prináša použitie modulu MEHM v spojitosti so Slovenskom a jeho postavením v európskom priestore. Zdravotný stav hodnotený práve predmetnou koncepciou je konfrontovaný so strednou dĺžkou života ako objektívnym indikátorom odzrkadľujúcim epidemiologickú situáciu v danej populácii. Predpokladáme, že priaznivé úmrtnostné pomery by sa mali odzrkadliť aj na kvalite zdravotného stavu, a teda v krajinách s najdlhším životom by aj jednotlivé koncepty zdravia mali byť najlepšie alebo aspoň patriť k najlepším v Európe. Slovensko sa dlhodobo z pohľadu hodnotenia zdravotného stavu nachádza na pomyselnom konci európskeho rebríčka. Cieľom práce je aj snaha objasniť príčiny tohto stavu. V neposlednom rade sa tiež zameriame na paradoxnú situáciu, ktorá vzniká použitím toho istého modulu v zisťovaniach EU SILC a EHIS. Keďže obe pracujú s tými istými medzinárodne harmonizovanými otázkami, logicky sa dá predpokladať, že aj získané výsledky by mali byť rovnaké alebo aspoň podobné. Ako však naznačil vo svojej práci Mészáros [10], v roku 2009 bola situácia úplne odlišná. My sme sa snažili toto zistenie verifikovať alebo zamietnuť v spojitosti s druhou vlnou EHIS z roku 2014 a v tom istom roku vykonanom zisťovaní EU SILC.

2. DÁTA A METÓDY

Pozornosť venovaná zdraviu, zdravotnému stavu jeho vývoju v kontexte rozvoja spoločností v rámci EÚ28 prispela k snahám vytvoriť jednotný harmonizovaný nástroj, prostredníctvom ktorého by bolo možné analyzovať a porovnávať stav, sledovať jeho zmeny v širšom medzinárodnom kontexte. Celkovo môžeme hovoriť o dvoch zisťovaniach, ktoré spĺňajú požiadavky metodiky na meranie zdravotného stavu európskych populácií vypracovanej v rámci programu the European Health Expectancy Monitoring Unit (EHEMU). Ide o zisťovanie EU SILC a EHIS. Pri medzinárodnom porovnávaní (v rámci EÚ28) pracujeme len s údajmi, ktoré poskytlo zisťovanie EU SILC, pretože zisťovanie EHIS sa vo všetkých členských štátoch

uskutočnilo až v roku 2014 a v čase písania tohto článku neboli ešte primárne údaje voľne dostupné na vedecké účely.

V spojitosti s hlavnými cieľmi je pozornosť venovaná trom otázkam:

- 1) Ako by ste celkovo (vo všeobecnosti) zhodnotili vaše zdravie?
- 2) Máte nejaké dlhotrvajúce ochorenia alebo dlhotrvajúci zdravotný problém?
- 3) Do akej miery ste boli v priebehu minimálne posledných 6 mesiacov obmedzovaný vo vašich bežných činnostiach kvôli zdravotnému problému?

Vstupné údaje sme získali z databáz EUROSTAT-u, ako aj zo špecializovanej databázy JA:EHLEIS (the European Health and Life Expectancy Information System). Okrem týchto zdrojov sme za rok 2014 využili aj primárne údaje zo zisťovaní EU SILC a EHIS, ktoré nám poskytol Štatistický úrad SR.

Na výpočet strednej dĺžky života v dobrom zdraví bez chronických ochorení a obmedzení v bežných denných aktivitách využívame Sullivanovu metódu [7, 13]. Ide o jednoduchú, dátovo nenáročnú, ale na druhej strane medzinárodne uznávanú a na tieto účely široko používanú metódu. Vstupnými údajmi sú tabuľkové počty osôb (l_x) dožívajúcich sa presného veku (x) z prierezových úmrtnostných tabuliek, ďalej tabuľkový počet žijúcich osôb (${}_nL_x$), resp. počet človekorokov, ktoré osoba prežije medzi dvomi presnými vekmi (x , $x + n$), a prevalencia sledovaného zdravotného stavu (s_x) vo veku (x) z výberového zisťovania. Napríklad pre indikátor zdravé roky života (HLY) možno Sullivanov prístup zapísať v tvare:

$$HLY_x = \frac{\sum_x \omega^{-1} (L_x \times s_x)}{l_x}$$

kde s_x predstavuje podiel osôb vo veku x bez obmedzenia bežných denných aktivít.

Na účel presnej identifikácie príspevkov jednotlivých vekových skupín, efektov úmrtnostných pomerov a zisteného zdravotného stavu k rozdielom počtu zdravých rokov života medzi Slovenskom a Švédskom využívame dekompozičnú techniku navrhnutú kolektívom Andreev, Shkolnikov a Begun [1]. Švédsko v tomto prípade reprezentuje európske populácie s najlepšimi úmrtnostnými pomermi a súčasne aj najvyššími hodnotami zdravých rokov života.

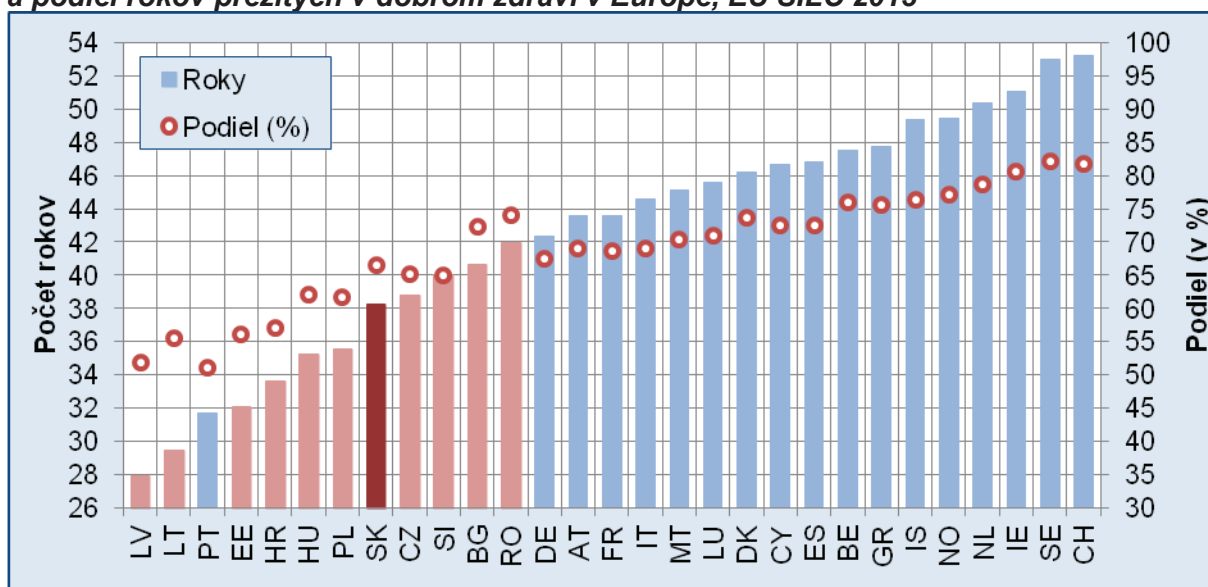
3. POZÍCIA SLOVENSKA V EURÓPE Z POHĽADU ÚMRTNOSTI A ZDRAVOTNÉHO STAVU

Slovensko dlhodobo od začiatku 90. rokov aj napriek pozitívnemu vývoju úmrtnostných pomerov pomerne výrazne zaostáva za demograficky najvyspelejšími krajinami Európy. Napríklad vo Švajčiarsku stredná dĺžka života pri narodení mužov podľa údajov Eurostat-u prekročila v roku 2014 už hranicu 81 rokov, kým na Slovensku dosahovala len niečo viac ako 73 rokov. Naopak, najhoršie na tom boli v rámci EÚ28 muži v Lotyšsku a Litve (69 rokov), nasledovaní mužmi v Bulharsku a Rumunsku (71 rokov). V skupine žien by mali pred sebou najdlhší život pri nezmenených úmrtnostných pomeroch ženy v Španielsku. Stredná dĺžka života tam v roku 2014 presiahla hranicu 86 rokov. Na Slovensku v rovnakom období dosahovala približne o 5,5 roka menej a v Bulharsku bola stredná dĺžka života žien v porovnaní so Španielskom kratšia dokonca až o viac ako 8 rokov.

Stredná dĺžka života v dobrom zdravotnom stave nás informuje o tom, koľko rokov zostáva osobe potenciálne prežiť v dobrom zdraví pri nezmenenej úmrtnosti a nezmenených pomeroch v charaktere zdravotného stavu danej populácie. Kombinuje tak údaje z úmrtnostných tabuliek (a teda intenzitu úmrtnosti) a štruktúru odpovedí z využívaného zisťovania o zdraví (a teda zistený zdravotný stav populácie). Okrem samotného absolútneho číselného vyjadrenia počtu rokov je veľmi dôležitou informáciou aj štruktúra zostávajúcich rokov podľa kvality zdravotného stavu. Hovorí o tom, akú časť z potenciálnych rokov života môže prežiť muž alebo žena v dobrom zdraví.

Najvyššiu hodnotu strednej dĺžky života v dobrom zdraví v presnom veku 16 rokov dosahujú niektoré krajiny severnej a západnej Európy. Ide predovšetkým o Švajčiarsko, Švédsko, Írsko, Holandsko, Nórsko (pozri graf 1 a 2). Muži v týchto krajinách majú šancu prežiť okolo 50 rokov v dobrom zdraví. U žien prvé tri spomínané krajiny dokonca prekračujú hranicu 52 rokov. Rovnako populácie týchto krajín sa vyznačujú najvyšším podielom rokov (70 – 80 %), ktoré môžu prežiť vo veľmi dobrom a dobrom zdraví z celkového počtu potenciálnych rokov.

Graf č. 1: Stredná dĺžka života mužov v presnom veku 16 rokov v dobrom zdraví a podiel rokov prežitých v dobrom zdraví v Európe, EU SILC 2013



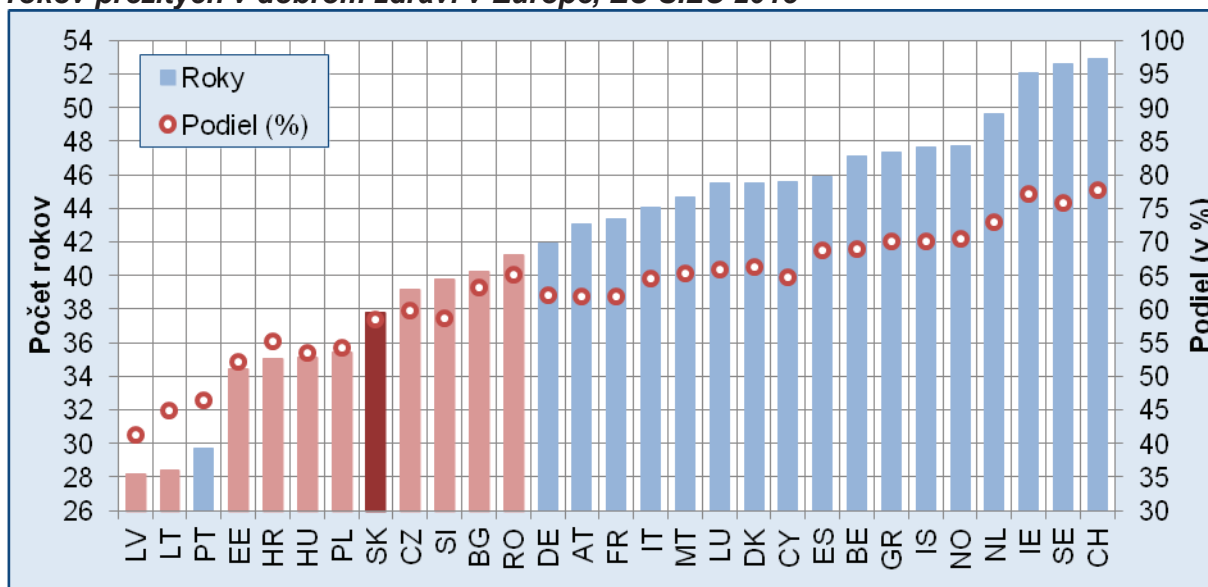
Poznámka: BE – Belgicko, BG – Bulharsko, CZ – Česko, DK – Dánsko, DE – Nemecko, EE – Estónsko, FI – Fínsko, IE – Írsko, GB – Veľká Británia, GR – Grécko, ES – Španielsko, FR – Francúzsko, CH – Švajčiarsko, HR – Chorvátsko, IS – Island, IT – Taliansko, CY – Cyprus, LV – Lotyšsko, LT – Litva, LU – Luxembursko, HU – Maďarsko, MT – Malta, NL – Holandsko, NO – Nórsko, RO – Rumunsko, AT – Rakúsko, PL – Poľsko, PT – Portugalsko, SI – Slovinsko, SK – Slovensko, SE – Švédsko.

Zdroj údajov: JA:EHLEIS, výpočty autora

Naopak, najnižšiu strednú dĺžku života v dobrom zdraví dlhodobo dosahuje skupina pobaltských štátov (najmä Lotyšsko, Litva) a Portugalsko. Hlboko pod hranicou 40 rokov sa nachádzajú aj ďalšie krajiny bývalého východného bloku. Znamená to tiež, že ich populácie majú aj najnižší podiel rokov, ktoré môžu prežiť v dobrom zdraví. Špecifická situácia je však v Bulharsku a Rumunsku, kde vďaka vysokým podielom respondentov, ktorí označujú svoje zdravie v pozitívnom svetle, identifikujeme aj najvyššiu strednú dĺžku života v dobrom zdraví spomedzi všetkých

sledovaných krajín postsocialistického bloku. Slovensko so svojimi približne 38 rokmi patrí v európskom priestore ku krajinám s nižšou hodnotou strednej dĺžky života v zdraví, čo do určitej miery korešponduje aj s jeho postavením z pohľadu úmrtnostných pomerov.

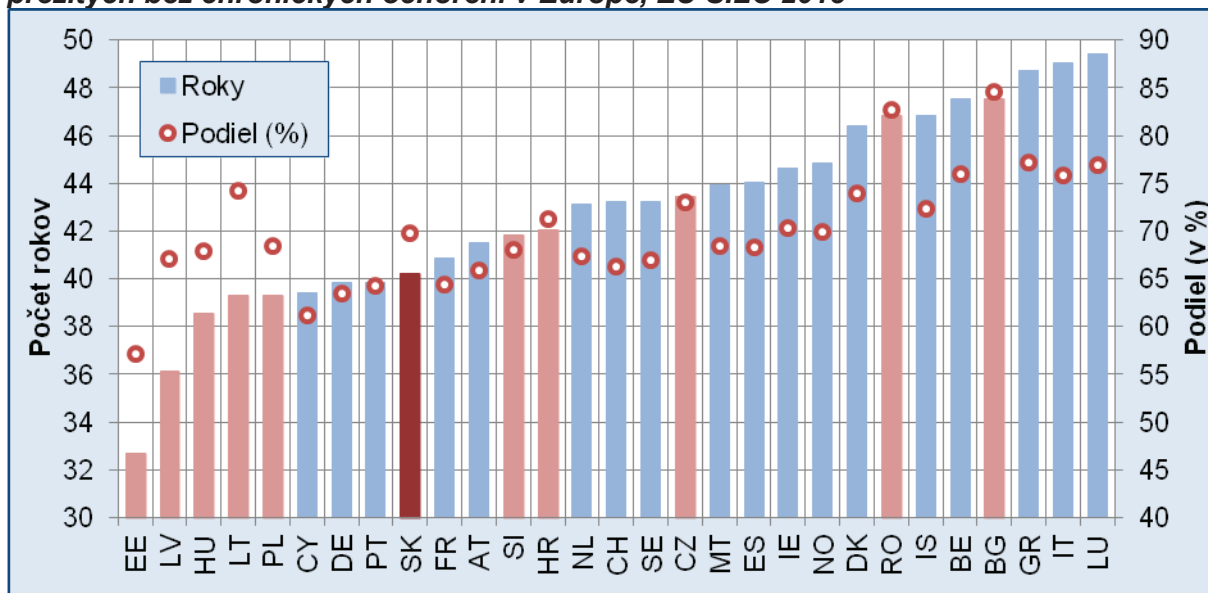
Graf č. 2: Stredná dĺžka života žien v presnom veku 16 rokov v dobrom zdraví a podiel rokov prežitých v dobrom zdraví v Európe, EU SILC 2013



Poznámka: Vysvetlivky skratiek štátov pozri v poznámke pod grafom č. 1.

Zdroj údajov: JA:EHLEIS, výpočty autora

Graf č. 3: Stredná dĺžka života mužov v presnom veku 16 rokov a podiel rokov prežitých bez chronických ochorení v Európe, EU SILC 2013



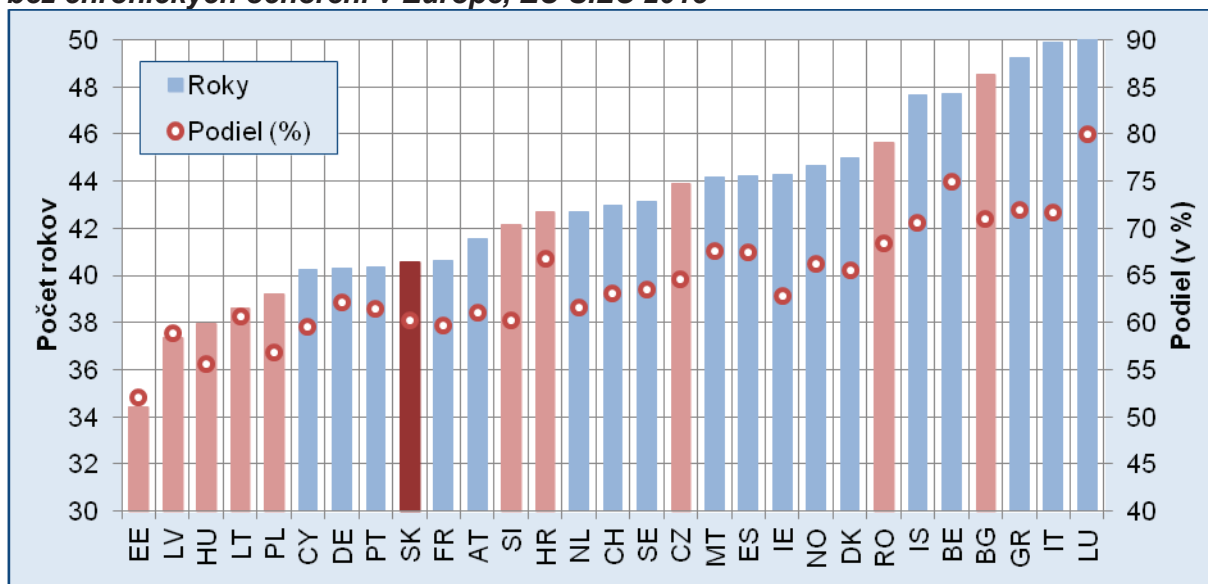
Poznámka: Vysvetlivky skratiek štátov pozri v poznámke pod grafom č. 1.

Zdroj údajov: JA:EHLEIS, výpočty autora

Jednoznačne najnižšiu strednú dĺžku života bez dlhodobých ochorení a zdravotných problémov majú podľa výsledkov EU SILC 2013 a úmrtnostných pomerov v danom roku populácie všetkých troch pobaltských štátov, ďalej Maďarska a Poľska (pozri graf 3 a 4). Paradoxne horšie ako na Slovensku sú na tom aj muži

a ženy v niektorých krajinách (Nemecko, Portugalsko a Cyprus), ktoré majú dlhodobo lepšie úmrtnostné pomery. Podobná situácia ako na Slovensku je aj v Rakúsku a Francúzsku. Na druhej strane Bulharsko a Rumunsko aj napriek svojej pomerne vysokej úmrtnosti (pozri predtým) patria na popredné priečky. Je to dôsledok vysokého zastúpenia odpovedí reflektujúcich absenciu dlhodobých ochorení a zdravotných problémov.

Graf č. 4: Stredná dĺžka života žien v presnom veku 16 rokov a podiel rokov prežitých bez chronických ochorení v Európe, EU SILC 2013



Vysvetlivky skratiek štátov pozri v poznámke pod grafom č. 1.

Zdroj údajov: JA:EHLEIS, výpočty autora

Prítomnosť zdravotného problému alebo dlhodobého ochorenia nemusí byť pre osobu automaticky limitujúcim prvkom pri vykonávaní bežných denných aktivít. Aj preto tretím aspektom MEHM modelu je prítomnosť, resp. miera obmedzenia bežných aktivít v posledných šiestich mesiacoch v dôsledku prítomnosti nejakého zdravotného problému. Respondenti mali možnosť deklarovat' úplnú samostatnosť bez obmedzenia alebo dva stupne obmedzenia: veľmi obmedzený a obmedzený, ale nie veľmi.

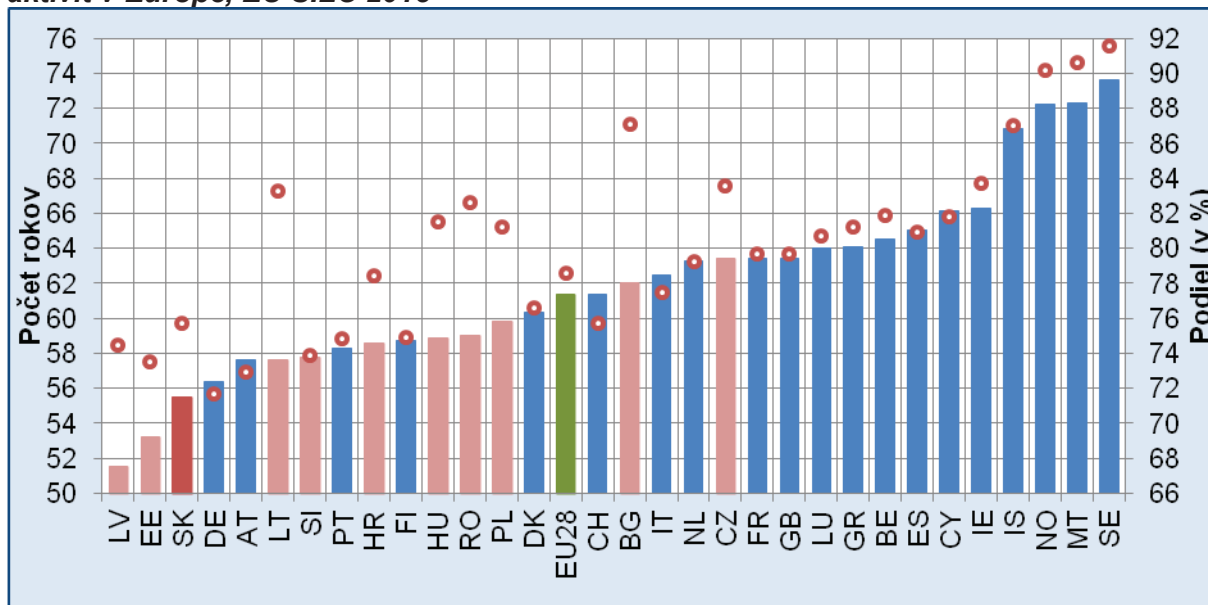
Najlepšiu kvalitu zdravia z pohľadu limitácie bežných denných aktivít vykazujú niektoré severské štáty (Nórsko, Švédsko, Island), Malta, Veľká Británia, Cyprus, ale aj Bulharsko. U mužov v týchto štátoch podiel osôb bez obmedzenia bežných denných aktivít vo veku 16 a viac rokov prekračuje hranicu 80 % a u žien je nad úrovňou 75 %. Slovensko sa dlhodobo zaraďuje medzi najhoršie krajiny EÚ28. Podľa údajov z roku 2013 len 73 % mužov a 64 % žien vo veku 16 a viac rokov uviedlo, že nie sú nijako obmedzovaní pri vykonávaní bežných denných aktivít. Najhoršia situácia bola v Lotyšsku, Estónsku, Nemecku a u žien aj v Holandsku. Výrazné zaostávanie Slovenska sa pritom formuje už v mladšom veku, pričom v seniorskom veku už majú prevahu skupiny, ktoré priznávajú nejakú formu obmedzenia bežných denných aktivít. V EÚ28 to nastáva u mužov až vo veku 75 – 79 rokov a u žien vo vekovej skupine 70 – 74 rokov.

Kombináciou pomerne nízkej strednej dĺžky života a vysokého podielu osôb deklarujúcich nejaké obmedzenie bežných denných aktivít z dôvodu zdravotných

problémov sa Slovensko zaraďuje v EÚ28 medzi krajiny s najhoršími hodnotami indikátora zdravé roky života. U mužov sa dokonca nachádzame na poslednom mieste (graf 5). Len o niečo lepšia bola situácia u žien (graf 6). Podľa posledných dostupných údajov sa tak na Slovensku počet rokov, ktoré môže pri zachovaní úmrtnostných pomerov a štruktúry odpovedí na danú otázku osoba prežiť bez limitácie, pohyboval na úrovni 54,6 roka u mužov a 55,6 roka u žien. Znamená to, že len asi tri štvrtiny z celkovej strednej dĺžky života pri narodení u mužov a 68 % u žien prežijú osoby bez limitácie denných aktivít. Priemer za EÚ28 sa pritom pohybuje na úrovni 61,4 roka (takmer 79 %) v mužskej a 61,8 roka (takmer 74 %) v ženskej časti populácie. S výnimkou Česka a u žien prekvapivo aj Bulharska je v ostatných krajinách bývalého východného bloku hodnota indikátora zdravé roky života podpriemerná.

Okrem postsocialistických krajín je však situácia problematická aj v niektorých demograficky vyspelých štátoch bývalého západného bloku. Ide predovšetkým o Nemecko, Rakúsko, Portugalsko, Fínsko (graf 5) a u žien dokonca aj o Švajčiarsko a Holandsko (graf 6), kde počet zdravých rokov neprekračuje hranicu 60 rokov. Keďže vo väčšine z nich stredná dĺžka života dosahuje vysoké hodnoty, tieto krajiny patria medzi populácie vyznačujúce sa najnižším podielom rokov, ktoré prežijú bez obmedzenia bežných denných aktivít. Ak sa na poradie krajín EÚ28 pozrieme práve optikou podielu rokov bez limitácie, potom Slovensko už nepatrí na samý koniec rebríčka. Ešte nižšiu úroveň tohto ukazovateľa dosahujú u mužov práve niektoré populácie s výrazne lepšími úmrtnostnými pomermi (napr. Nemecko, Rakúsko, Fínsko a pod.). Podobne u žien zisťujeme, že Slovensko nie je jedinou krajinou, ktorá dosahuje taký nízky podiel zdravých rokov života z celkovej hodnoty strednej dĺžky života pri narodení (pozri graf 6).

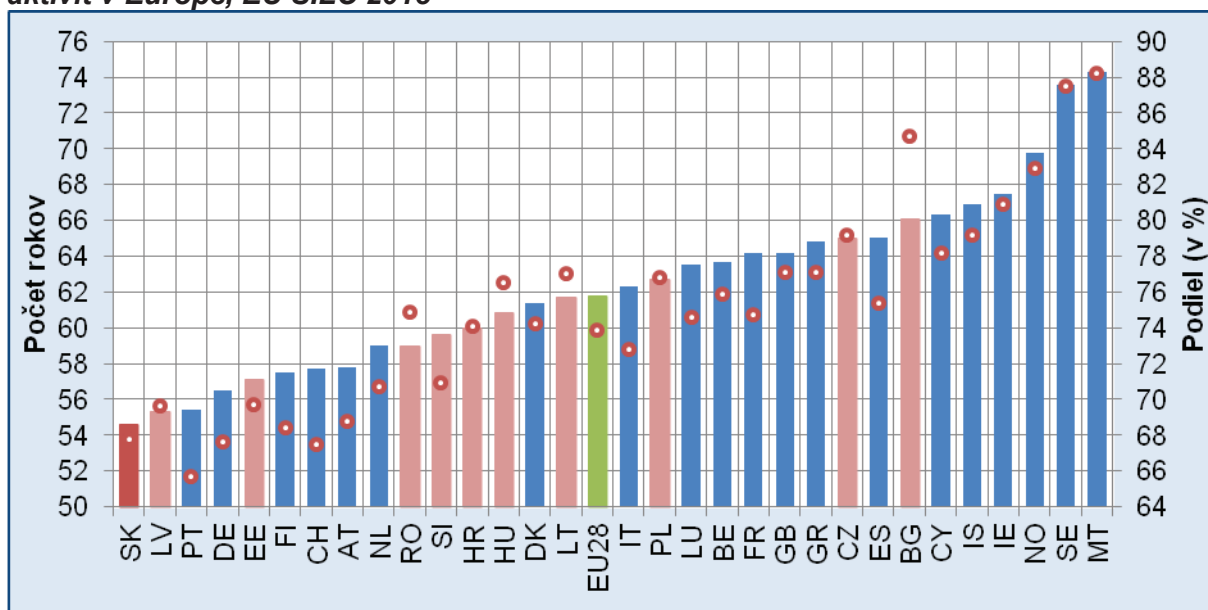
Graf č. 5: Zdravé roky života mužov a podiel rokov bez obmedzenia bežných denných aktivít v Európe, EU SILC 2013



Vysvetlivky skratiek štátov pozri v poznámke pod grafom č. 1.

Zdroj údajov: Eurostat, výpočty autora

Graf č. 6: Zdravé roky života žien a podiel rokov bez obmedzenia bežných denných aktivít v Európe, EU SILC 2013



Vysvetlivky skratiek štátov pozri v poznámke pod grafom č. 1.

Zdroj údajov: Eurostat, výpočty autora

4. PREČO JE POČET ZDRAVÝCH ROKOV ŽIVOTA NA SLOVENSKU TAKÝ NÍZKY?

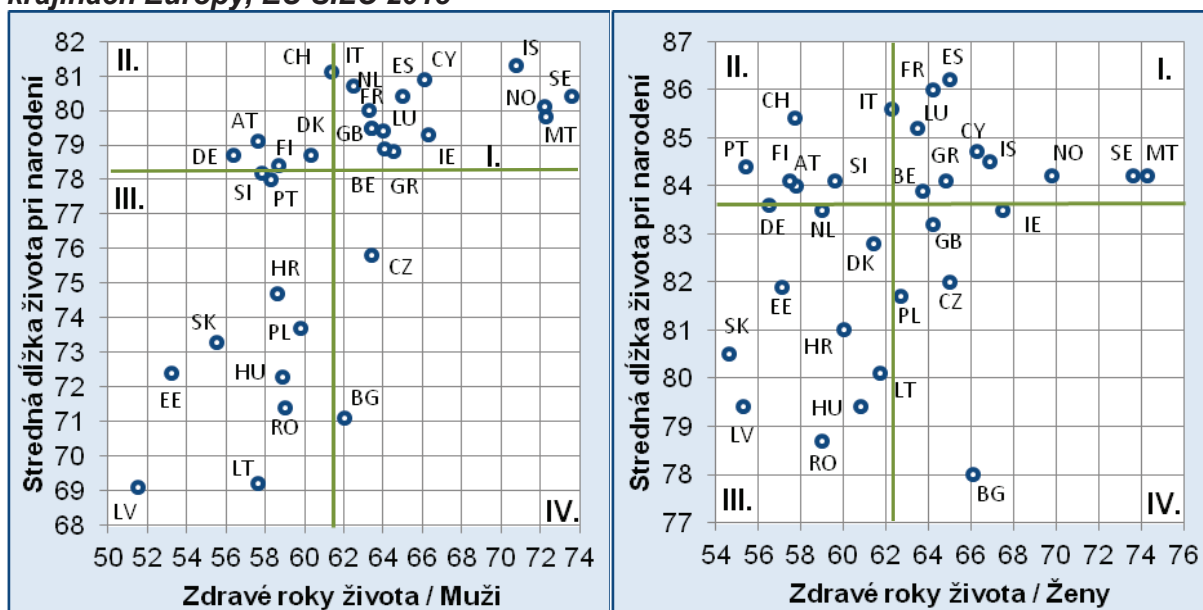
Postavenie Slovenska z pohľadu počtu zdravých rokov života podľa výsledkov zisťovania EU SILC je dlhodobo veľmi nepriaznivé. Slovensko sa už tradične nachádza na posledných priečkach EÚ28. Keďže uvedený indikátor patrí medzi európske štrukturálne ukazovatele a jeho význam zdôrazňuje aj lisabonská stratégia, namiesto je otázka, prečo je pozícia Slovenska taká nepriaznivá, a to aj v porovnaní s krajinami, ktoré sa dlhodobo vyznačujú ešte horšími úmrtnosťnými pomermi ako Slovensko? Pozornosť tomuto paradoxu treba venovať aj v spojitosti s účelom daného indikátora, ktorým je nielen monitorovať zdravie a zdravotný stav populácie, ale aj hodnotiť kvalitu života a prežitých rokov, prispievať k empirickému zhodnoteniu zamestnateľnosti starších osôb a tiež monitorovať pokrok dosiahnutý pri zvyšovaní prístupnosti, kvality a udržateľnosti zdravotnej starostlivosti.

Predchádzajúce výsledky však prinášajú do určitej miery rozporuplné zistenia. Ak budeme predpokladať, že pokles úmrtnosti prebiehal a prebieha súčasne so zlepšovaním zdravotného stavu, potom by sa viaceré krajiny s najvyššou strednou dĺžkou života pri narodení mali nachádzať aj na popredných priečkach z pohľadu zdravých rokov života. Naopak, očakávali by sme, že počet rokov, ktoré prežijú osoby bez obmedzenia v bežných denných aktivitách, v krajinách s vyššou úmrtnosťou bude dosahovať výrazne podpriemernú úroveň. Situácia je však oveľa komplikovanejšia.

Ak budeme sledovať vzťah medzi strednou dĺžkou života pri narodení a zdravými rokmi života, môžeme hovoriť o štyroch skupinách krajín podľa ich pozície vzhľadom na priemerné hodnoty za celú EÚ28 (pozri graf 7 a 8). V prvom kvadrante sa nachádzajú populácie s nadpriemernou strednou dĺžkou života pri narodení, ako aj nadpriemerným počtom zdravých rokov života. Ide o väčšinu krajín bývalého západného bloku, no nie je tu ani jedna krajina zo socialistického bloku. Opakom je

tretí kvadrant s podpriemernou hodnotou strednej dĺžky života a zdravých rokov života. Práve tu leží Slovensko, ako aj väčšina postsocialistických krajín, čo sa svojím spôsobom nevymyká už spomínanému logickému prepojeniu kratšieho života a horšej kvality zdravia. Špecifickým je však štvrtý a druhý kvadrant. Kým v poslednom je počet zdravých rokov nadpriemerný, ale stredná dĺžka života podpriemerná, v druhom je situácia opačná. K vysokej strednej dĺžke života pri narodení sa priraduje podpriemerná úroveň počtu rokov prežitých v zdraví. Patria sem napríklad nemecky hovoriace krajiny (Nemecko, Rakúsko, Švajčiarsko), ale aj Portugalsko, Fínsko, Dánsko či Slovinsko.

Grafy č. 7 a 8: Vzťah strednej dĺžky života a zdravých rokov života vo vybraných krajinách Európy, EU SILC 2013



Poznámka: Zelené čiary prezentujú priemerné hodnoty za EÚ28; vysvetlivky skratiek štátov pozri v poznámke pod grafom č. 1.

Zdroj údajov: Eurostat

Kľúč na pochopenie nízkeho počtu zdravých rokov života na Slovensku, ale aj v niektorých demograficky najvyspelejších krajinách Európy sa skrýva v samotnej metodike výpočtu tohto indikátora, resp. vo vstupných údajoch. Na konštrukciu sa využíva tzv. Sullivanova metóda [7, 13], ktorá pracuje s funkciami prierezových tabuliek úmrtnosti prezentujúcich úmrtnostné pomery danej populácie a s vekovo-špecifickými podielmi osôb, ktoré uviedli, že nemajú žiadne obmedzenie bežných denných aktivít pochádzajúce z výsledkov zisťovania EU SILC. Samotný rozdiel v počte zdravých rokov života je potom výsledkom odlišnej strednej dĺžky života a charakteru odpovedí na túto otázku v zisťovaní.

Prvé priblíženie vplyvu úmrtnostných pomerov a charakteru odpovedí možno urobiť na základe jednoduchšej konštrukcie. Podľa našich údajov konštruovaných z databázy JA:EHLEIS Slovensko zaostáva za Švédskom v počte zdravých rokov života u mužov o 11,7 roka a u žien dokonca o viac ako 12 rokov (pozri tab. 1). Ak sa však pozrieme na hodnoty strednej dĺžky života, rozdiely sú výrazne menšie. Z dôvodu horších úmrtnostných pomerov sa muži na Slovensku v presnom veku 16 rokov môžu pri nezmenenej úmrtnosti dožiť o približne 7 rokov a ženy o 3,4 roka menej ako rovnako staré osoby vo Švédsku. V prípade neexistencie žiadnych

rozdielov v úmrtnostných pomeroch medzi Slovenskom a Švédskom sa diferencia v hodnote zdravých rokov života zníži u mužov len o necelé 2 roky a u žien dokonca len o 0,5 roka. Úplne odlišná situácia vznikne, ak by muži i ženy na Slovensku odpovedali na otázku o limitácii bežných denných aktivít v rovnakej štruktúre ako vo Švédsku. Pri naplnení tohto modelu by počet zdravých rokov života vzrástol u mužov o 8 a u žien o viac ako 10 rokov (tab. 1).

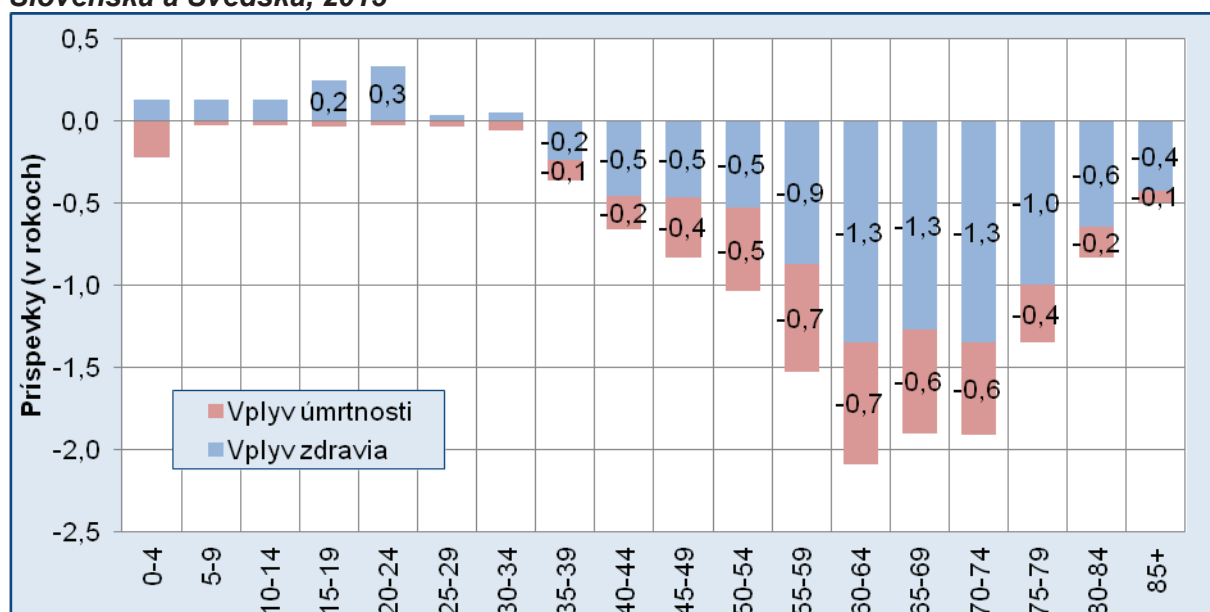
Tabuľka č. 1: Modelové situácie vývoja hodnôt zdravých rokov života na Slovensku podľa úrovne úmrtnostných pomerov a zdravotného stavu vo Švédsku, EU SILC 2013

Model	Zdravé roky života HLY ³ (v presnom veku 16 rokov)	Rozdiel HLY v porovnaní so Švédskom (v rokoch)	Predĺženie HLY (v rokoch)
<i>Muži</i>			
Úmrtnosť Slovensko, zdravie Slovensko	39,5	-11,7	x
Úmrtnosť Švédsko, zdravie Slovensko	41,4	-9,8	1,9
Úmrtnosť Slovensko, zdravie Švédsko	47,5	-3,7	8,0
Úmrtnosť Švédsko, zdravie Švédsko	51,2	0,0	11,7
<i>Ženy</i>			
Úmrtnosť Slovensko, zdravie Slovensko	39,3	-12,2	x
Úmrtnosť Švédsko, zdravie Slovensko	39,8	-11,7	0,5
Úmrtnosť Slovensko, zdravie Švédsko	49,6	-1,9	10,3
Úmrtnosť Švédsko, zdravie Švédsko	51,5	0,0	12,2

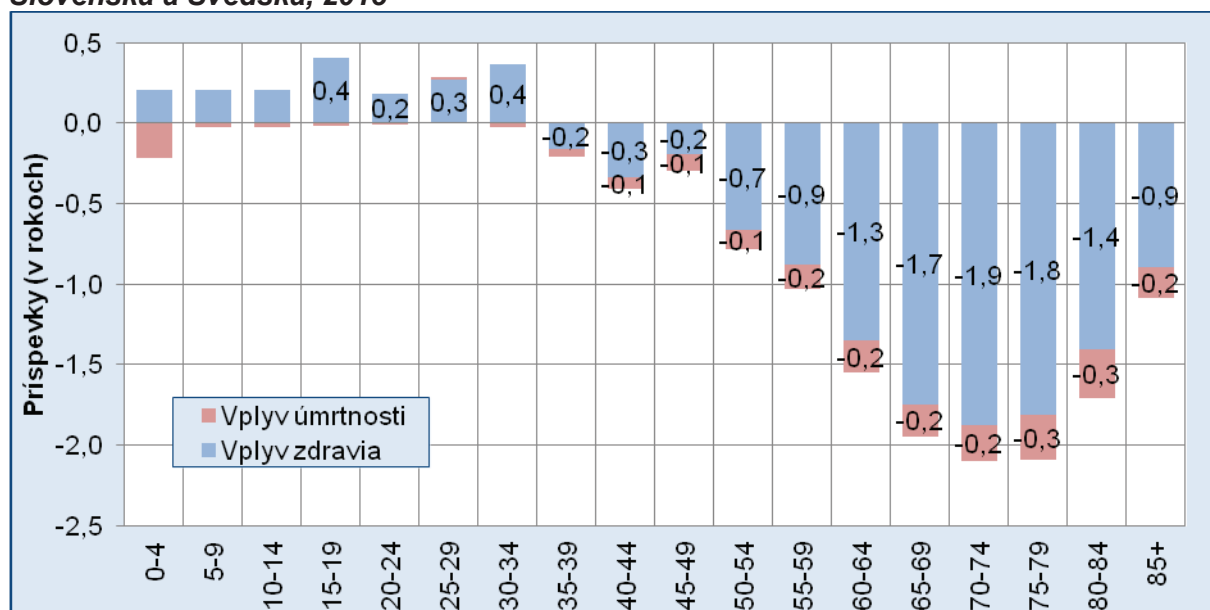
Zdroj údajov: JA:EHLEIS, výpočty autora

Už tieto výsledky pomerne jednoznačne poukázali na kľúčový význam štruktúry odpovedí týkajúcich sa limitácie bežných denných aktivít na hodnotu indikátora zdravé roky života. Definitívne tento záver potvrdila viacrozmerná dekompozícia rozdielov zdravých rokov života podľa veku a pohlavia. Pracovali sme s metodickým konceptom navrhnutým kolektívom autorov Andreev, Shkolnikov a Begun [1]. Ten rozkladá existujúci rozdiel medzi jednotlivé vekové skupiny, pričom rozlišuje efekt (vplyv) diferencií v úmrtnostných pomeroch a efekt zdravia, teda rozdielov v štruktúre odpovedí na otázky merajúce kvalitu zdravotného stavu v použitých zisťovaniach. Výsledky znázorňujú grafy 9 a 10. Je z nich zrejmé, že hlavným faktorom výrazného zaostávania Slovenska za Švédskom v hodnote zdravých rokov života je predovšetkým charakter odpovedí respondentov na danú otázku. U mužov sa podieľajú približne 60 % (čiže 7,6 roka) a u žien dokonca viac ako 80 % (9,5 roka). Zvyšných 40 %, resp. necelých 20 % pripadá na diferencie spôsobené zaostávaním Slovenska v úmrtnostných pomeroch.

³ The Healthy Life Years (HLY).

Graf č. 9: Dekompozícia rozdielu v počte zdravých rokov života medzi mužmi Slovenska a Švédska, 2013

Zdroj údajov: JA:EHLEIS, výpočty autora

Graf č. 10: Dekompozícia rozdielu v počte zdravých rokov života medzi ženami Slovenska a Švédska, 2013

Zdroj údajov: JA:EHLEIS, výpočty autora

Dôležitým je tiež rozloženie príspevkov jednotlivých vekových skupín. Odzrkadľuje jednak horšie úmrtnostné pomery mužov a žien v seniorskom veku na Slovensku, ako aj dynamicky sa zvyšujúci podiel osôb deklarujúcich istú formu obmedzenia. Preto u mužov vo veku 60 a viac rokov nachádzame takmer dve tretiny a u žien takmer 90 % z celkového rozdielu zdravých rokov života.

5. DVE ZISŤOVANIA, DVA RÔZNE VÝSLEDKY?

Na Slovensku v rokoch 2009 a 2014 bolo možné na výpočet zdravých rokov života, ako aj ďalších indikátorov zdravotného stavu použiť dva nezávislé zdroje údajov. Išlo o spomínaný EU SILC a tiež druhú vlnu EHIS. Keďže v oboch

zist'ovaniach sa použil rovnaký súbor otázok v module MEHM a rovnaký bol aj spôsob zist'ovania odpovedí, dalo by sa predpokladať, že rovnaké alebo aspoň podobné z hľadiska určitej miery spoľahlivosti údajov by mali byť aj získané výsledky. Ako však poukázal Mészáros [10], medzi výsledkami EU SILC 2009 a EHIS 2009 existovali pomerne veľké rozdiely, ktoré sa následne odzrkadlili aj na hodnotách vypočítaných indikátorov zdravia. Týkalo sa to predovšetkým prítomnosti chronických ochorení, keď v zist'ovaní EHIS 2009 bol výrazne nižší podiel osôb bez chronického ochorenia. Podobne aj v otázkach zameriavajúcich sa na subjektívne hodnotenie vlastného zdravotného stavu, resp. mieru obmedzenia bežných denných aktivít možno identifikovať v zist'ovaní EHIS 2009 určitú náklonnosť respondentov voliť kategórie odpovedí znamenajúce nižšiu kvalitu zdravia [10].

V roku 2014 sa uskutočnila druhá vlna zist'ovania EHIS, do ktorej sa už zapojili všetky členské štáty EÚ, a rovnako aj zist'ovanie EU SILC, pričom otázky použité v oboch zist'ovaniach v rámci modulu MEHM boli plne harmonizované. Ako ukazujú štruktúry odpovedí na jednotlivé otázky pre osoby vo veku 16 a viac rokov, aj v tomto prípade môžeme identifikovať určité rozdiely. Testovacia charakteristika (chí-kvadrát test, 5 % hladina významnosti) potvrdila, že u oboch pohlaví a vo všetkých troch konceptoch boli rozdiely v štruktúre odpovedí medzi zist'ovaniami štatisticky významné. Najmä v prípade prítomnosti chronických ochorení a miery obmedzenia bežných denných aktivít sú tieto disproporcie zrejme už zo samotného porovnania frekvenčných tabuliek odpovedí (tab. 2 a tab. 3).

Tabuľka č. 2: Štruktúra odpovedí na otázku „Máte nejaké dlhodobé ochorenie alebo dlhodobý zdravotný problém?“ v zist'ovaniach EHIS a EU SILC na Slovensku v roku 2014 (%)

Zist'ovanie	Pohlavie	Áno	Nie
EHIS 2014	muži	48,3	51,7
	ženy	59,5	40,5
	spolu	54,1	45,9
EU SILC 2014	muži	26,2	73,8
	ženy	34,0	66,0
	spolu	30,3	69,7

Zdroj údajov: ŠÚ SR (primárne údaje EHIS 2014, EU SILC 2014), triedenie a výpočty autora

Tabuľka č. 3: Štruktúra odpovedí na otázku „Do akej miery ste boli v priebehu minimálne posledných 6 mesiacov obmedzovaný kvôli zdravotnému problému v činnostiach, ktoré ľudia bežne vykonávajú?“ v zist'ovaniach EHIS a EU SILC na Slovensku v roku 2014 (%)

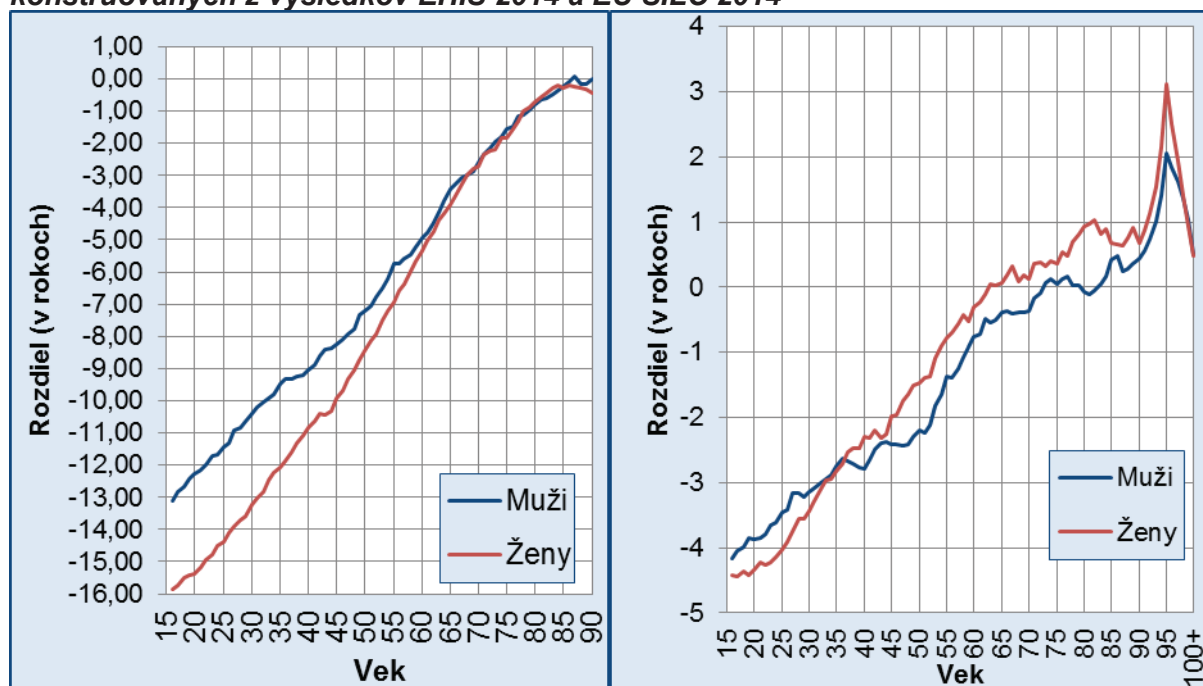
Zist'ovanie	Pohlavie	S obmedzením	Mierne obmedzenie	Bez obmedzenia
EHIS 2014	muži	10,2	24,9	64,9
	ženy	12,4	30,5	57,1
	spolu	11,4	27,8	60,9
EU SILC 2014	muži	8,2	19,9	71,8
	ženy	11,3	24,2	64,5
	spolu	9,8	22,2	68,0

Zdroj údajov: ŠÚ SR (primárne údaje EHIS 2014, EU SILC 2014), triedenie a výpočty autora

Do výpočtu stredných dĺžok života bez chronických ochorení, ako aj bez obmedzení (zdravé roky života) vstupujú úmrtnostné pomery prezentované prierezovou úmrtnostnou tabuľkou a jej vybranými funkciami a štruktúra odpovedí na dané otázky. Keďže pri výpočte boli použité rovnaké úmrtnostné tabuľky, jediným možným zdrojom odchýlok v stredných dĺžkach sú rozdiely medzi odpoveďami respondentov v zisťovaní EU SILC a EHIS 2014. Ako je zrejmé z nasledujúceho grafu 11, rozdiel medzi strednou dĺžkou života v presnom veku 16 rokov vypočítaný z údajov získaných zo zisťovaní EU SILC 2014 a EHIS 2014 bez chronických ochorení je u mužov viac ako 13 rokov a u žien dokonca takmer 16 rokov.

Keďže platí, že vo všetkých vekových skupinách respondenti v zisťovaní EHIS deklarujú prítomnosť dlhotrvajúceho ochorenia alebo zdravotného problému častejšie, najväčšie rozdiely medzi strednými dĺžkami života podľa prítomnosti chronického ochorenia vzhľadom na metodiku výpočtu identifikujeme v najmladšom veku. So zvyšujúcim sa vekom sa tieto diferencie znižujú, no aj napriek tomu zostávajú významné (graf 11). Aj preto platí, že u mužov a predovšetkým žien pri použití údajov EHIS 2014 už od najmladších vekových skupín majú prevahu roky prežité s nejakým chronickým ochorením. Ak použijeme na výpočet štruktúru odpovedí zo zisťovania EU SILC 2014, prevaha rokov prežitých s chronickým ochorením u mužov vzniká až vo veku 49 rokov a u žien vo veku 38 rokov.

Grafy č. 11 a 12: Rozdiely hodnôt strednej dĺžky života mužov a žien bez chronického ochorenia (vľavo) a zdravých rokov života (vpravo) podľa veku a pohlavia konštruovaných z výsledkov EHIS 2014 a EU SILC 2014



Poznámka: Ide o rozdiel vypočítaných hodnôt stredných dĺžok života z údajov EHIS 2014 a EU SILC 2014.

Zdroj údajov: ŠÚ SR (primárne údaje EHIS 2014, EU SILC 2014), triedenie a výpočty autora

Odlíšnosti v štruktúre odpovedí respondentov na otázku o miere obmedzenia bežných denných aktivít v zisťovaniach EHIS 2014 a EU SILC 2014 sa podobne ako v predchádzajúcom prípade premietajú do hodnôt strednej dĺžky života. Kým pri

použití odpovědí v zisťovaní EU SILC stredná dĺžka života bez obmedzenia (HLY) v presnom veku 16 rokov dosahuje u oboch pohlaví takmer 40 rokov, aplikáciou výsledkov zisťovania EHIS 2014 dostávame len hodnotu niečo viac ako 35 rokov. Rovnako logickým je aj vývoj rozdielov zdravých rokov života s vekom. Keďže vo väčšine vekových skupín (s výnimkou najstarších) platí, že podiel osôb bez obmedzenia v EHIS bol nižší, najväčšie rozdiely vznikali v najmladšom veku. Postupne sa však u oboch pohlaví zmenšovali a vďaka štruktúre odpovedí v EU SILC v seniorskom veku dokonca nastáva inverzia. Preto v najstarších vekoch mierne vyšší počet rokov bez obmedzenia bežných aktivít dosahujú muži i ženy pri použití výsledkov EHIS (pozri graf 12).

6. NÁČRT MOŽNÝCH PRÍČIN ROZDIELNYCH VÝSLEDKOV HODNOTENIA ZDRAVIA V EHIS A EU SILC 2014

Veľké rozdiely v štruktúre odpovedí na otázky modulu MEHM medzi zisťovaniami EU SILC a EHIS z roku 2014 predstavujú veľmi zaujímavý fenomén, ktorý vytvára ďalšie značné riziko samotného využitia tohto spôsobu zisťovania informácií o zdravotnom stave obyvateľstva a na neho nadväzujúcich indikátorov. Je potrebné si uvedomiť, že tieto ukazovatele patria dokonca k najdôležitejším pri hodnotení krajiny nielen podľa zdravia a zdravotného stavu jej populácie, ale aj hľadiska kvality zdravotníckej starostlivosti a jej dostupnosti. Možno ich teda považovať aj za pomocný nástroj na formovanie konkrétnych opatrení pri tvorbe zdravotníckej politiky. Ako sa však postaviť ku skutočnosti, že z dvoch zisťovaní, ktoré sa pýtajú na to isté rovnakým spôsobom, dostávame v podstate výrazne odlišné výsledky? Základnou otázkou zostáva, ako a prečo vôbec sú také výrazné rozdiely v štruktúre odpovedí, čo sa následne odráža aj na značných diferenciáciách v hodnotách sledovaných indikátorov zdravia. Pochopenie ich vzniku nám umožňuje nielen vysvetliť podstatu problému, ale prispieva tiež ku korektniešiemu vnímaniu sledovaného konceptu zdravia a poukazuje na jeho obmedzené využitie a potrebu citlivého prístupu k získaným informáciám.

V prípravnej fáze k prvej vlne EHIS (roky 2008 a 2009) došlo postupne k medzinárodnému zosúladieniu znenia všetkých troch otázok v module MEHM. Preto približne od roku 2009 sú plne harmonizované nielen v rámci členských krajín, ale aj medzi zisťovaniami EU SILC a EHIS. Preto faktor formulácie otázky by nemal zohrávať žiadnu podstatnejšiu úlohu pri vysvetľovaní sledovaných rozdielov. Ďalším z možných determinantov, ktorý sa spája s odlišnou štruktúrou odpovedí, je obsah pokynov na ich vyplnenie. Vzhľadom na to, že nám nie je známe, či sa reálne poskytujú respondentom pred vyplňaním dotazníka alebo až počas vyplňania a ako sú v tejto oblasti inštruovaní samotní opytovatelia, je ťažké odhadnúť, ako výrazne môže tento faktor ovplyvniť obsah odpovedí na položené otázky. Z nášho pohľadu sa však nezdá, že by mohli mať (okrem zisťovania prítomnosti chronických ochorení) zásadnejší význam. Uvádzame len tie najdôležitejšie. V pokynoch k prvej otázke modulu MEHM je v prípade EHIS-u striktné uvedené, že „*pýtame sa na zdravie vo všeobecnosti a nie na súčasný zdravotný stav*“, kým v pokynoch k zisťovaniu EU SILC sa uvádza, že „*pýtame sa na súčasný zdravotný stav všeobecne*“. Ďalej EHIS definuje koncept dočasných zdravotných problémov a uvádza aj ich konkrétne príklady, ktoré nemajú byť zohľadňované pri hodnotení vlastného zdravia respondentom. Podobne aj v pokynoch pre otázku sledujúcu výskyt chronických ochorení môžeme nájsť niektoré drobné odchýlky. Predovšetkým v EHIS-e je po definícii chronického stavu explicitne uvedených niekoľko konkrétnych príkladov

(napr. kardiovaskulárne ochorenia, rakovina, chronické respiračné ochorenia, cukrovka, duševné choroby a tiež alergie). Na druhej strane pokyny EU SILC sú doplnené o upozornenie týkajúce sa respondentov s problémami, ktoré nepovažujú za veľmi závažné (napr. opakovaná senná nádcha), aby kód 1 (trpí chronickým ochorením) uvádzali len v tom prípade, ak sú v dôsledku zdravotného problému obmedzovaní vo svojich bežných aktivitách. Pokyny k tretiemu konceptu zdravia sú vo všeobecnosti obširnejšie a presnejšie definované v EHIS-e. Určitou výnimkou je prípad, keď v EU SILC sú problémy bližšie rozdelené na fyzické alebo mentálne a navyše ešte doplnené o kategóriu choroba a invalidita.

Dôležitým vysvetľujúcim faktorom by mohla byť tiež odlišná koncepcia použitých dotazníkov, ich samotný obsah, štruktúra a rozloženie otázok, ako aj nadväznosť na ďalšie obsahové moduly zisťovaní. Navyše je potrebné si uvedomiť, že kým EHIS je zisťovanie priamo zamerané na zdravie, zdravotný stav, EU SILC sa primárne zaoberá pracovnou aktivitou, trhom práce, zamestnaním, príjmami a pod., otázky MEHM sú len doplnkovým prvkom, na ktorý nenadväzuje a ani mu nepredchádza žiadny ďalší modul o zdraví respondenta. Okrem odlišného psychologického efektu a nastavenia respondenta v EHIS-e na dané 3 otázky priamo nadväzujú bloky otázok zisťujúcich prítomnosť konkrétnych chronických ochorení a určitých obmedzení denných aktivít. Môžeme sa preto domnievať, že odpovede respondenta by mohli byť ovplyvnené touto skutočnosťou. S podobným vysvetlením výrazných rozdielov medzi EHIS 2009 a EU SILC 2009 prichádza v Českej republike aj Daňková [3]. Empiricky potvrdiť alebo vylúčiť tento predpoklad by však umožnilo až testovanie dotazníkov na tých istých respondentoch v ten istý deň, pričom najprv by odpovedali na otázky zisťovania EU SILC a v druhom kole na otázky položené v zisťovaní EHIS.

Prepojenie odpovedí na prítomnosť chronických ochorení a mieru obmedzenia bežných aktivít je do určitej miery možné testovať aj nepriamo. Ak predpokladáme platnosť tohto vzťahu, potom osoba uvádzajúca v dotazníku, že trpí na nejaké chronické ochorenie alebo je nejakým obmedzovaná vo svojich bežných aktivitách, by túto skutočnosť mala vo zvýšenej miere reflektovať aj v odpovediach na otázky sledujúce konkrétne ochorenia, zdravotné problémy alebo ťažkosti s vykonávaním osobných činností, resp. činností pri starostlivosti o svoju domácnosť. Uvedený predpoklad sa potvrdil predovšetkým v prípade chronických ochorení. Ak muž/žena deklarovali, že majú chronické ochorenie, tak v 93 % prípadov aj v nasledujúcom bloku nejaké konkrétne uviedli (pozri tab. 4).

Tabuľka č. 4: Matica závislostí medzi odpoveďami na otázku o prítomnosti chronického ochorenia a deklaráciou konkrétnych chronických ochorení v zisťovaní EHIS 2014 na Slovensku

Prítomnosť chronického ochorenia	Uviedli aspoň jedno chronické ochorenie	Neuviedli ani jedno chronické ochorenie
<i>Muži (v %)</i>		
Má chronické ochorenie	92,9	7,1
Nemá chronické ochorenie	x	100,0
<i>Ženy (v %)</i>		
Má chronické ochorenie	93,3	6,7
Nemá chronické ochorenie	x	100,0

Poznámka: Údaje sa čítajú po riadkoch.

Zdroj údajov: ŠÚ SR (primárne údaje EHIS 2014), triedenie a výpočty autora

Tabuľka č. 4 tiež poukazuje na veľmi úzky vzťah medzi zápornými odpoveďami: ak osoba uviedla, že nemá dlhodobé ochorenie, v 100 % prípadov žiadne neuviedla. Menej zrejma je súvislosť medzi mierou obmedzenia bežných denných aktivít a uvedením aspoň jedného konkrétneho obmedzenia, resp. ťažkosti s vykonávaním činností osobnej starostlivosti alebo starostlivosti o domácnosť. Len približne tretina mužov a necelých 42 % žien, ak deklarovali určitú mieru obmedzenia, v ďalších otázkach v zisťovaní EHIS 2014 uviedli aspoň jedno konkrétne obmedzenie.

Tabuľka č. 5: Matica závislostí medzi deklaráciou konkrétnych obmedzení a odpoveďami na otázku o miere obmedzenia bežných činností v zisťovaní EHIS 2014 na Slovensku

Miera obmedzenia	Počet konkrétnych obmedzení	
	uviedli aspoň jedno obmedzenie	neuviedli žiadne obmedzenie
<i>Muži (v %)</i>		
Obmedzovaní (veľmi alebo nie veľmi)	32,7	67,3
Neobmedzovaní	7,8	92,2
<i>Ženy (v %)</i>		
Obmedzované (veľmi alebo nie veľmi)	41,9	58,1
Neobmedzované	9,0	91,0

Poznámka: Údaje sa čítajú po riadkoch.

Zdroj údajov: ŠÚ SR (primárne údaje EHIS 2014), triedenie a výpočty autora

7. ZÁVER

Slovensko z pohľadu indikátorov zdravotného stavu produkovaných z výsledkov zisťovaní EU SILC v rámci modulu MEHM patrí medzi najhoršie krajiny v EÚ28 a v prípade ukazovateľa zdravé roky života sa dokonca zaradilo na poslednú priečku rebríčka krajín. Pri detailnejšom pohľade však zisťujeme, že nepriaznivé postavenie majú aj viaceré demograficky najvyspelejšie krajiny Európy (s najvyššou strednou dĺžkou života) a, naopak, niektoré krajiny s jednoznačne horšími úmrtnostnými pomermi, ako sú na Slovensku, sa nachádzajú nad priemerom EÚ28. Paradoxy daných ukazovateľov vo vzťahu k strednej dĺžke života sa ešte viac zvýraznia, ak sa pozrieme na štruktúru rokov podľa kvality zdravia. Je zrejme, že vzťah vyššia stredná dĺžka života a lepšie zdravie merané indikátormi konštruovanými z výsledkov zisťovania EU SILC platí len čiastočne, resp. v niektorých krajinách.

Viacrozmerná dekompozícia rozdielov zdravých rokov života označila ako primárny faktor výrazného zaostávania horšie vnímanie kvality vlastného zdravia u respondentov na Slovensku. V najväčšej miere sa na tomto stave pritom podieľajú osoby v poreprodukčnom a poproduktívnom veku.

Porovnanie EU SILC 2014 a EHIS 2014 opätovne potvrdzuje vznik paradoxu pomerne veľkých rozdielov v strednej dĺžke života bez prítomnosti chronických ochorení a čiastočne aj zdravých rokov života počítaných zvlášť z výsledkov oboch zisťovaní. Problém je o to významnejší, ak si uvedomíme, že v oboch zisťovaniach sa používajú rovnaké harmonizované otázky zisťujúce dané koncepty zdravotného stavu. Ako ukázala naša analýza, primárne je to dôsledok výrazne odlišných štruktúr odpovedí respondentov na položené otázky.

V zisťovaní EHIS majú tendenciu muži i ženy deklarovať nižšiu kvalitu svojho zdravia, častejší výskyt chronických ochorení, ako aj obmedzení bežných denných činností. Vzhľadom na získané poznatky sa môžeme domnievať, že formovanie rozdielov v štruktúre odpovedí na otázky modulu MEHM v zisťovaniach EHIS a EU SILC 2014 je výsledkom pôsobenia niekoľkých vzájomne sa podmieňujúcich faktorov. Mieru ich vplyvu síce nie je možné empiricky jednoznačne stanoviť, ale z nášho pohľadu sa domnievame, že kľúčovým je predovšetkým prítomnosť ďalších doplňujúcich otázok v zisťovaní EHIS, ktoré majú konkrétne za cieľ určiť prítomnosť niektorého z vymenovaných chronických ochorení alebo obmedzení vo vykonávaní bežných denných aktivít. Tým predstavujú pre respondenta vlastne akúsi pomôcku, ktorú však v zisťovaní EU SILC nemá k dispozícii. Je zrejmé, že použitie viacerých druhov zisťovaní, resp. aplikácia modulu MEHM v rôznych zisťovaniach môže (a nielen v prípade Slovenska) viesť a ukazuje sa, že aj vedie, k získaniu často až diametrálne odlišných výsledkov. To výrazne obmedzuje výpovednú hodnotu už takto problematického konceptu merania zdravia a zdravotného stavu a znižuje jeho transparentnosť a dôveryhodnosť nielen v odborných kruhoch.

Hodnotenie zdravotného stavu predstavuje značne komplexnú a v mnohých smeroch aj komplikovanú problematiku, ktorú vyčerpávajúco nemôže podchytiť taký jednoduchý indikátor, akým sú zdravé roky života (resp. ostatné indikátory zdravia konštruované v rámci modelu MEHM). Preto je veľmi dôležité pracovať so získanými výsledkami a interpretovať ich opatrne, nepreceňovať ich význam a upozorňovať širšiu vedeckú i laickú verejnosť na všetky aspekty práce s nimi. Domnievame sa, že v takejto podobe nepredstavujú vhodný ukazovateľ na meranie kvality zdravotníctva, zdravotníckych služieb a len v obmedzenej miere ich možno aplikovať pri sledovaní samotného zdravotného stavu.

V súvislosti so získanými výsledkami si preto dovoľujeme odporučiť používať predmetné indikátory len ako jeden z možných prístupov, ktorý však hodnotí určitú špecifickú dimenziu zdravotného stavu. Významným kvalitatívnym posunom by bolo doplnenie o zisťovanie skutočného zdravotného stavu respondenta prostredníctvom lekárskeho vyšetrenia, odbornej analýzy zdravotných záznamov a pod. Prínosom by tiež mohla byť konštrukcia sofistikovanejšieho indikátora zdravotného stavu obyvateľstva, ktorý by sa opieral nielen o subjektívne hodnotenie zdravia, ale aj o niektoré empirické zdravotnícke štatistiky. V neposlednom rade by bolo vhodné pri komunikácii uvedených zistení najmä pre širšiu laickú verejnosť uvádzať aj ďalšie informácie spojené s týmto konceptom. Mohlo by ísť napríklad o hodnotu reálnej strednej dĺžky života v kombinácii so štruktúrou rokov zostávajúcich osobe prežiť v určitej kvalite zdravia.

LITERATÚRA

- [1] ANDREEV, E. M. – SHKOLNIKOV, V. M. – BEGUN, A. Z.: Algorithm for decomposition of differences between aggregate demographic measures and its application to life expectancies, healthy life expectancies, parity-progression ratios and total fertility rates. In: Demographic Research, 2002, 7, p. 499-522.
- [2] DAŇKOVÁ, Š.: Výběrová šetření o zdravotním stavu v ČR a v Evropě. In: Demografický informační portál. 2006 [cit. 2016-12-05]. Dostupné na: http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=357.

- [3] DAŇKOVÁ, Š.: Srovnání ukazatelů zdravotního stavu v šetření EHIS a SILC. In: Demografický informační portál. 2010 [cit. 2016-12-06]. Dostupné na: http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=703.
- [4] FRIES, J. F.: The compression of morbidity. In: *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 1983, 61, p. 397-419.
- [5] FRIES, J. F.: The compression of morbidity: near or far? In: *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 1989, 67, p. 208-232.
- [6] HRKAL, J. – DAŇKOVÁ, Š.: Zdravá délka života u obyvatel EU. In: Demografický informační portál [cit. 2016-05-12]. Dostupné na: http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=107.
- [7] JAGGER, C. – VAN OYEN, H. – ROBINE, J. M.: *Health Expectancy Calculation by the Sullivan Method: A Practical Guide*. Newcastle University. Institute for Ageing, 2014 [cit. 2016-05-12]. Dostupné na: https://reves.site.ined.fr/fichier/s_rubrique/20184/rp408.en.pdf.
- [8] KRAMER, M.: The rising pandemic of mental disorders and associated chronic diseases and disabilities. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1980, 62 (Suppl. 285), p. 282-297.
- [9] MÉSZÁROS, J.: Ako dlho žije populácia Slovenskej republiky v zdraví? In: *Slovenská štatistika a demografia*, 2007, č. 1 – 2, s. 133 – 140.
- [10] MÉSZÁROS, J.: Stredná dĺžka života v zdraví podľa EHIS 2009. Bratislava: INFOSAT, 2010.
- [11] OLSHANSKY, S. J. – RUDBERG, M. A. – CARNES, B. A. – CASSEL, C. K. – BRODY, J.: Trading off longer for worsening health: the expansion of morbidity hypothesis. In: *Journal of Aging and Health*, 1991, 2, p. 194-216.
- [12] RYCHTAŘIKOVÁ, J.: Zdravá délka života v současné české populaci. In: *Demografie*, 2006, č. 3, s. 166 – 178.
- [13] SULLIVAN, D. F.: A single index of mortality and morbidity. In: *Health Services Mental Health Administration Health Reports*, 1971, 86, p. 347-354.
- [14] VERBRUGGE, L. M.: Longer life but worsening health? In: *Trends in health and mortality in middle-age and older persons. Memorial Fund Quarterly*, 1984, 62, p. 475-519.

RESUME

The position of Slovakia in terms of health indicators constructed from MEHM module in the EU SILC survey has been negative in the European area. This is particularly true for the healthy life years (HLY), which belong among the lowest value within the EU28. Paradoxically, there is an unfavourable situation also in some countries with the highest life expectancy at birth. On the contrary, some countries (e.g. Romania, Bulgaria) with bad mortality conditions are ranked among the above average. It is obvious that the relationship between mortality and the health status evaluation through the MEHM module is not always clear. The main cause of the shortfall in the HLY value was caused by frequent declaration of the restriction of daily activities by respondents in Slovakia. Our results also confirmed the existence of considerable differences in the answers to the same questions about the health (MEHM module) in the sample survey EU SILC 2014 and EHIS 2014. The formation of these differences is due to several mutually interdependent factors. The key factor is particularly the presence of other supplementary questions in EHIS survey, tracking the presence of any chronic diseases or difficulties in personal or household care.

PROFESIJNÝ ŽIVOTOPIS

RNDr. Branislav Šprocha, PhD., absolvoval magisterské štúdium na Prírodovedeckej fakulte Univerzity Karlovej v Prahe v odbore demografia a demogeografia (2006). V roku 2011 ukončil doktorandské štúdium v programe demografia. Od roku 2007 je vedeckovýskumným pracovníkom Výskumného demografického centra Inštitútu informatiky a štatistiky v Bratislave a od roku 2009 vedeckým pracovníkom Prognostického ústavu Slovenskej akadémie vied. V oblasti demografie sa špecializuje na problematiku sobášnosti a rozvodovosti, populačného vývoja a jeho vplyvu na spoločnosť. Okrem toho sa venuje analýze vybraných populačných štruktúr, reprodukčného správania rómskeho obyvateľstva na Slovensku a problematike populačného prognózovania.

KONTAKT

branislav.sprocha@gmail.com