

## 2.5 ĽUDSKÝ ROZVOJ A ZDRAVIE

**P**redchádzajúce národné správy sa snažili objasniť problematiku a význam merania ľudského rozvoja. Autori analyzovali základné ukazovatele ľudského rozvoja cez rovnosť príležitostí žien a mužov, regionálne rozdiely, porovnávali ich s inými ukazovateľmi kvality života. Neoddeliteľnou súčasťou správy bola kalkulácia indexu ľudského rozvoja, doposiaľ najvýznamnejšieho integrovaného ukazovateľa kvality života.

Závery predchádzajúcich správ potvrdili rastúci význam merania ľudského rozvoja pre prijímanie správnych rozvojových stratégií. Tohtoročná národná správa pojednáva o zdraví človeka a všetkom, čo na zdravie vplyva. Zdravie a jeho ochrana je oblasť veľmi citlivá na monitoring relevantných ukazovateľov. Repertoár štatistických ukazovateľov z oblasti zdravia je rozsiahly, i keď sa zväčša orientuje na tzv. negatívne ukazovatele zdravia – chorobnosť a úmrtnosť. V poslednom období však najmä Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) zdokonaľuje ukazovatele, ktoré výstižnejšie popisujú zdravie ako príležitosť žiť dlhý a zdravý život.

Korelácia medzi zdravím a ľudským rozvojom je jasná – čím je človek zdravší, tým má viac príležitostí na rozvoj, inými slovami – má lepšie predpoklady na dosiahnutie vyššej kvality života. Tento vzťah vo všeobecnosti platí aj opačne: rast kvality života, spôsobený napríklad nárastom vzdelanosti alebo príjmov, je spravidla sprevádzaný zlepšovaním zdravotného stavu. Cieľom tejto kapitoly je poukázať na význam rôznych faktorov zdravia na zdravotný stav a kvalitu života človeka. V prvej časti sa nachádza analýza aktuálneho vývoja hlavných ukazovateľov ľudského rozvoja.

### 2.5.1 Základné ukazovatele ľudského rozvoja

Index ľudského rozvoja (*Human Development Index, HDI*) slúži na meranie dosiahnutého stupňa ľudského rozvoja. Používa sa predovšetkým na medzinárodné porovnanie, a preto sa v jeho kalkulácii zužuje ľudský rozvoj na 4 všeobecne dostupné a porovnateľné ukazovatele z troch najdôležitejších dimenzií života.

- |                         |  |
|-------------------------|--|
| 1. Zdravie a dlhý život | - Očakávaná dĺžka života pri narodení  |
| 2. Vzdelanie            | - Miera gramotnosti dospelého obyvateľstva (2/3 váhy)<br>- Kombinovaná miera zápisu na základné, stredné a vysoké školy (1/3 váhy) |
| 3. Životná úroveň       | - Hrubý domáci produkt na obyvateľa v parite kúpnej sily   |

Pre tieto ukazovatele index stanovuje minimálnu a maximálnu hodnotu a následne ukazuje, kde sa krajina na danej škále nachádza. Tabuľka 2.9 obsahuje hodnoty za roky 2000 a 2001.

- |  |                      |
|--|----------------------|
| 1. Očakávaná dĺžka života pri narodení: <sup>55</sup>      | 25 rokov a 85 rokov; |
| 2. Miera gramotnosti dospelého obyvateľstva: <sup>56</sup> | 0% a 100%;           |
| 3. Kombinovaná miera zápisu na školy: <sup>57</sup>        | 0% a 100%;           |
| 4. Reálny HDP na obyvateľa (US \$ v PPP): <sup>58</sup>    | 100\$ a 40 000\$.    |

#### tabuľka 2.9

Základné ukazovatele k výpočtu HDI pre Slovenskú republiku (2000-2001)

Ukazovatele	2000	2001 <sup>a</sup>
Očakávaná dĺžka života pri narodení (roky)	73,18	73,40
Miera gramotnosti dospelého obyvateľstva (%)	99,50	99,90
Kombinovaná miera zápisu na školy I., II. a III. stupňa (%)	74,91	74,91
Reálny hrubý domáci produkt na obyvateľa (PPP\$)	10 270	12 380

**Poznámka:** a. V prípade nedostupnosti aktuálnejších údajov boli použité údaje z predchádzajúceho roka.

**Zdroj:** Štatistický úrad Slovenskej republiky.

<sup>55</sup> Počet rokov, ktoré by sa dožilo novorodené dieťa, ak by prevládajúce vzorce úmrtnosti v čase jeho narodenia boli rovnaké počas jeho celého života.

<sup>56</sup> Percento obyvateľov starších ako 14 rokov, ktorí sú schopní s plným porozumením prečítať a napísať krátky a jednoduchý text o ich každodennom živote.

<sup>57</sup> Počet študentov zapísaných na určitom stupni vzdelávania, bez ohľadu na vek, ako percento z celkového obyvateľstva v oficiálnom školskom veku pre danú úroveň vzdelávania. Kombinovaná hrubá miera zápisu na školy primárneho, sekundárneho a terciárneho vzdelávania predstavuje počet študentov na všetkých týchto stupňoch vzdelávania ako percento z obyvateľstva v oficiálnom školskom veku pre tieto úrovne (na Slovensku sa údaj prepočítava na obyvateľov vo veku 6 až 22 rokov).

<sup>58</sup> Za týmto účelom je HDP na obyvateľa v domácej mene vydelený paritou kúpnej sily (purchasing power parity, PPP). PPP možno definovať ako počet jednotiek domácej meny potrebných na kúpu rovnakého množstva tovaru a služieb na domácom trhu, aké by sa dalo kúpiť za 1 dolár v USA. PPP umožňuje medzinárodné porovnanie reálnych cenových úrovní. Výmenné kurzy môžu nad- alebo podhodnocovať kúpnu silu.

Podielom rozdielu skutočnej a minimálnej hodnoty a rozdielu hraničných hodnôt (maximálnej a minimálnej) sa vypočítajú tri parciálne indexy – index dĺžky života, index vzdelania a index HDP. Index vzdelania je z 2/3 tvorený indexom gramotnosti a z 1/3 indexom miery zápisu na školy. Výsledný index HDI je jednoduchým aritmetickým priemerom parciálnych indexov (tabuľka 2.10).

Konečná hodnota indexu sa pohybuje medzi hodnotami 0 a 1, pričom umožňuje porovnanie s ostatnými krajinami. Rozdiel medzi dosiahnutou hodnotou a maximálnou hodnotou ukazuje, o koľko krajina zaostáva za maximálnou hodnotou 1, resp. o koľko sa musí zlepšiť. Výzvou pre každú krajinu je nájsť spôsoby, ako toto zaostávanie zredukovať.

**tabuľka 2.10**

*Parciálne indexy a celkový HDI pre Slovenskú republiku (2000-2001)*

Indexy	2000	2001
Index dĺžky života	0,803	0,807
Index dosiahnutého vzdelania	0,913	0,916
Index gramotnosti	0,995	0,999
Index zápisu na školy	0,749	0,749
Index upraveného reálneho HDP	0,773	0,804
<b>Index ľudského rozvoja HDI</b>	<b>0,830</b>	<b>0,842</b>

**Zdroj:** Výpočet autora

Tabuľky 2.9 a 2.10 sa opierajú o domáce štatistické zdroje. V medzinárodnom rebríčku HDI sa kombinujú štandardizované údaje viacerých organizácií (OSN, UNICEF, WHO, Svetová banka), ktoré používajú vlastné prieskumy alebo národné zdroje. Z dôvodu harmonizácie údajov môžu nastať medzi domácimi a zahraničnými zdrojmi mierne odchýlky.

Slovenská republika sa v roku 2001 umiestnila v medzinárodnom rebríčku ľudského rozvoja na 35. mieste zo 162 krajín sveta.<sup>59</sup> V roku 2002 bolo do medzinárodného porovnania zahrnutých opäť viacero rozvojových krajín a Slovensko spomedzi 173 krajín kleslo o jednu priečku na 36. miesto. Slovensko svojim umiestnením v oboch rokoch potvrdilo dlhodobú pozíciu medzi krajinami s vysokým stupňom ľudského rozvoja. Oproti predchádzajúcemu zisťovaniu SR predstihla juhoamerické krajiny Uruguaj a Čile, ako aj Kuvajt. Slovensko si udržalo za Slovinskom a Českou republikou tretiu pozíciu medzi krajinami bývalého socialistického bloku, avšak Maďarsko aj Poľsko majú tendenciu rýchlejšieho rastu. Naznačuje to najmä vývoj hrubého domáceho produktu ako aj vyšší podiel študujúcej mládeže u našich susedov. V roku 2002 si práve vďaka vyšším príjmom Maďarsko vymenilo 35. miesto so Slovenskom.<sup>60</sup>

Jedna zo základných zásad koncepcie ľudského rozvoja hovorí o rovnosti príležitostí bez ohľadu na vonkajšie znaky. Od roku 1995 sa na pôde UNDP zostavuje tzv. rodovo-rozlíšený index rozvoja (*Gender-related Development Index, GDI*). GDI skúma kvalitu života prostredníctvom rovnakých ukazovateľov ako HDI, ale upravuje výsledok podľa rodovej nerovnosti medzi mužmi a ženami.

Výpočet tohto indexu je trochu zložitejší ako v prípade indexu ľudského rozvoja.<sup>61</sup> Veľmi zjednodušene možno povedať, že parciálne indexy sú upravené podľa podielu oboch rodov na obyvateľstve a podľa pomeru priemernej mzdy žien k mzde mužov.

Rovnosť príležitostí ľudského rozvoja medzi ženami a mužmi by podľa štatistických čísel nastala v prípade rovnosti hodnôt HDI a GDI. Podľa medzinárodného skúmania je však GDI v každej krajine nižší ako HDI. To znamená, že úplná rovnosť medzi ženami a mužmi neexistuje nikde na svete.<sup>62</sup> Treba však zároveň upozorniť, že nerovnosť nemusí nevyhnutne znamenať priaznivejšie podmienky pre mužov, ako sa zvyčajne diskutia o rodovej problematike interpretuje. Postavenie Slovenska v rodovom porovnaní je veľmi podobné situácii vo väčšine rozvinutých krajín: ženy majú biologickú výhodu dlhšieho života (ženy žijú o približne 11% dlhšie ako muži), majú miernu prevahu v proporcii študujúcej mládeže (zo sto žien a mužov vo veku 6-22 rokov študuje približne o 3 ženy viac ako mužov), a majú zhruba dvojtretinový podiel na vytvorenom domácom produkte (priemerná mzda žien dosahuje tri štvrtiny priemernej mzdy mužov).

Slovenská republika dosahuje podobné umiestnenie v GDI ako HDI rebríčku, čo možno interpretovať aj tak, že rozloženie šancí na kvalitný život medzi ženy a mužov nepresahuje rámec celkového ľudského rozvoja. Tabuľka 2.11 obsahuje základné ukazovatele ľudského rozvoja podľa rodov.

<sup>59</sup> Zdroj: UNDP: *Human Development Report 2002*. New York (2002)

<sup>60</sup> Pozri medzinárodné porovnanie HDI v Štatistickej prílohe.

<sup>61</sup> Pozri podrobnú metodiku výpočtu GDI napr. v: UNDP: *Human Development Report 2002*. New York, (2002).

<sup>62</sup> Pozri medzinárodné porovnanie GDI v Štatistickej prílohe.

**tabuľka 2.11**

Základné ukazovatele k výpočtu GDI pre Slovenskú republiku (2000-2001)

Ukazovatele	2000		2001 <sup>a</sup>	
	Ženy	Muži	Ženy	Muži
Očakávaná dĺžka života pri narodení (roky)	77,22	69,14	77,60	69,54
Miera gramotnosti dospelého obyvateľstva (%)	99,50	99,50	99,90	99,90
Kombinovaná miera zápisu na školy I., II. a III. stupňa (%)	76,33	73,55	76,33	73,55
Reálny hrubý domáci produkt na obyvateľa <sup>b</sup> (PPP\$)	7 925	12 750	9 545	15 383

**Poznámka:** a. V prípade nedostupnosti aktuálnejších údajov boli použité údaje z predchádzajúceho roka. b. Prepočet autora podľa metodiky UNDP. Bližšie pozri napr.: UNDP: Human Development Report 2002.

**Zdroj:** Štatistický úrad Slovenskej republiky

Pri výpočte rodovo-rozlišeného indexu sa postupuje podobne ako pri výpočte indexu ľudského rozvoja, avšak čiastkové indexy – dĺžky života, vzdelania a dôchodku – sa upravujú podľa podielu žien a mužov na populácii. Pri výpočte indexu dôchodkov sa vychádza z pomeru mzdy žien a mužov a ich zastúpenia na ekonomicky aktívnom obyvateľstve (pozri tabuľku 2.12).

**tabuľka 2.12**

Parciálne indexy a celkový GDI pre Slovenskú republiku (2000-2001)

Indexy	2000	2001
Index rovnomerného rozdelenia dĺžky života	0,802	0,809
Index rovnomerného rozdelenia vzdelania	0,913	0,916
Index rovnomerného rozdelenia dôchodku	0,766	0,798
<b>Rodovo-rozlišený index ľudského rozvoja GDI</b>	<b>0,827</b>	<b>0,841</b>

**Zdroj:** Výpočet autora.

## 2.5.2 Zdravie a ľudský rozvoj

Dĺžka života, parameter zdravia, tvorí tretinu váhy oboch základných ukazovateľov ľudského rozvoja. Akékoľvek zmeny v úmrtnostných pomeroch v danej krajine sa veľmi citlivo prejavujú na výsledných indexoch. Potvrdzujú to aj trendy vývoja HDI vo väčšine krajín sveta, ktoré zaznamenali za uplynulých 25 rokov vysoký nárast indexu aj vďaka pozoruhodnému predĺženiu priemerného veku. S výnimkou Maďarska dosiahli všetky krajiny, ktoré sa umiestnili v rebríčku HDI za rok 2002 pred Slovenskom, za uplynulé tri desaťročia väčšie predĺženie života ako SR. Mnoho krajín s podobnou východiskovou pozíciou, napr. Malta, Cyprus alebo aj Slovinsko, dosiahli dvoj- až trojnásobne vyšší prírastok dlhovekosti ako SR. Dĺžka života na Slovensku, podobne ako v Maďarsku, Poľsku alebo Rumunsku, skôr stagnovala, vo väčšine krajín bývalého Sovietskeho zväzu došlo dokonca k jej poklesu. Tabuľka 2.13 ukazuje na rozdielny vývoj dĺžky života v krajinách s približne rovnakou východiskovou situáciou pred štvrtstoročím.

**tabuľka 2.13**

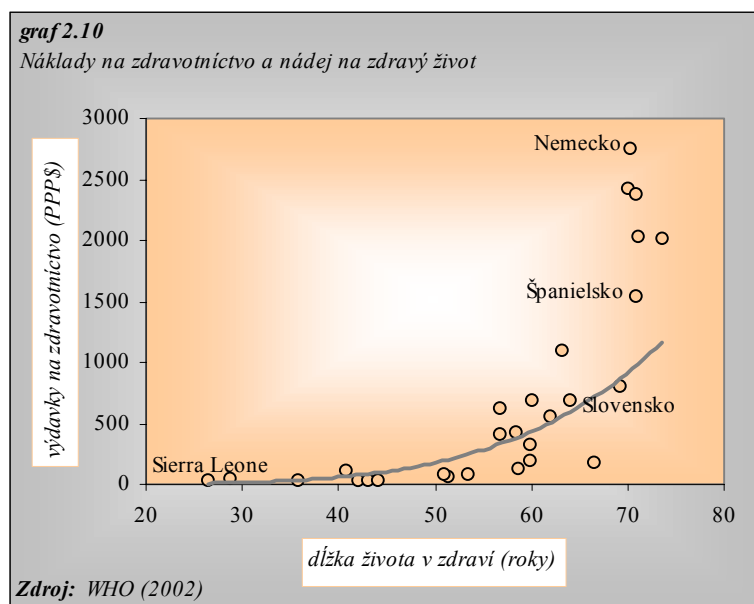
Vývoj dĺžky života za uplynulých 30 rokov

Umiestnenie podľa HDI 2002	Očakávaná dĺžka života (v rokoch)			Index ľudského rozvoja	
	r. 1970-1975	r. 1995-2000	zmena (%)	r. 1975	r. 2000
4. Belgicko	71,4	77,9	+9,1	0,844	0,939
5. Austrália	71,7	78,7	+9,8	0,844	0,939
10. Fínsko	70,7	77,2	+9,2	0,836	0,930
15. Rakúsko	70,6	77,7	+10,1	0,840	0,926
16. Luxembursko	70,7	77,0	+8,9	0,831	0,925
25. Singapur	69,5	77,1	+10,9	0,722	0,885
29. Slovinsko	69,8	75,0	+7,4	0,843 <sup>c</sup>	0,879
30. Malta	70,6	77,6	+9,9	0,731	0,875
33. Česká republika	70,1	74,3	+6,0	0,835 <sup>c</sup>	0,849
35. Maďarsko	69,3	70,7	+2,0	0,775	0,835
36. Slovensko	70,0	72,8	+4,0	0,813 <sup>b</sup>	0,835
37. Poľsko	70,4	72,8	+3,4	0,792 <sup>c</sup>	0,833
49. Litva	71,3	71,4	+0,1	0,816 <sup>c</sup>	0,808
53. Lotyšsko	70,1	69,6	-0,7	0,790 <sup>a</sup>	0,800
60. Ruská federácia	69,7	66,1	-5,2	0,809 <sup>a</sup>	0,781
62. Bulharsko	71,0	70,8	-0,3	0,763 <sup>a</sup>	0,779
63. Rumunsko	69,2	69,8	+0,9	0,755	0,775
80. Ukrajina	70,1	68,1	-2,9	0,795 <sup>c</sup>	0,748

**Zdroj:** UNDP: Human Development Report 2002, prepočty autora; a. údaj za r. 1990. b. rok 1985. c. rok 1980.

Viacero krajín, ktoré ekonómovia zaraďujú medzi rozvojové krajiny, dosiahlo v rovnakom období nárast dĺžky života o viac ako 10 rokov a výrazne predstihlo Slovensko (napr. Čile 63,4-74,9; Spojené arabské emiráty 62,5-74,6; ale aj Južná Kórea 62,6-74,3). Na úspešnom zvyšovaní očakávanej dĺžky života v týchto krajinách sa okrem preventívnych opatrení (napr. boj proti fajčeniu) výrazne podieľal pokrok v liečení (napr. operácie na otvorenom srdci, včasná liečba hypertenznej choroby, atď.) Údaje z tabuľky 2.13 potvrdzujú pozitívnu koreláciu medzi zdravím a ľudským rozvojom.

Zdravotná starostlivosť v primeranej kvalite má významný vplyv na zdravotný stav populácie. Údaje z rozvojových krajín dokazujú, že pri výdavkoch nižších ako 60 dolárov na osobu za rok nie je zabezpečená adekvátna zdravotnícka starostlivosť. Existujú však aj opačné limity: zvyšovaním výdavkov na zdravotníctvo nad 1000-1500 dolárov na osobu za rok sa nádej na zdravý život už ďalej nezvyšuje.<sup>63</sup> Významný vzťah medzi výdavkami na zdravotnícke služby a zdravotným stavom ilustruje graf 2.10. Nádej na dlhší život v primeranom zdraví je vyššia v krajinách, ktoré investujú do zdravotníctva vyššie sumy. Efektívnosť zdravotníckeho systému, teda pomer medzi investovanými zdrojmi a kvalitou služieb, je však dôležitou i keď ťažko merateľnou podmienkou.



Svetová zdravotnícka organizácia zaviedla v posledných rokoch nové ukazovatele zdravia, ako očakávaná dĺžka zdravého života (*health-adjusted life expectancy* alebo jednoduchšie *healthy life expectancy*, skr. HALE<sup>64</sup>) alebo roky života stratené kvôli zlému zdravotnému stavu a predčasnému úmrtiu (*disability-adjusted life years*, skr. DALYs). HALE na rozdiel od konvenčnej dĺžky života zahŕňa iba nádej na roky prežité v zdraví, je teda upravená o roky strávené v zlom zdravotnom stave (chorobe, invalidite, a pod.). Analýza Svetovej zdravotníckej organizácie potvrdzuje, že fajčenie a konzumácia tabaku patria z globálneho hľadiska medzi hlavné rizikové faktory zdravia. WHO identifikovala v rozvinutých krajinách fajčenie ako hlavný faktor vzniku a šírenia chorôb, najmä rakoviny dýchacieho systému, chronického zápalu priedušiek a prakticky všetkých cievnych chorôb.<sup>65</sup> K ďalším významným faktorom zdravia v našich podmienkach patrí podľa WHO vysoká spotreba alkoholu, vysoký krvný tlak a vysoký obsah krvných tukov (tabuľka 2.14).

Uvedené rizikové faktory sú odrazom životného štýlu populácie. Sú podskupinou širšej množiny socio-ekonomických vplyvov na zdravie, ktoré zahŕňajú aj také veličiny ako úroveň vzdelania, pozíciu na trhu práce alebo riziko chudoby. Nezamestnanosť, postihujúca najmä ľudí s nižším alebo chýbajúcim vzdelaním, je jednou z hlavných príčin vzniku a šírenia chudoby. Korelácia týchto fenoménov so zdravotným stavom bola dokázaná napr. multifaktoriálnou analýzou v porovnaní slovenských okresov.<sup>66</sup> V okresoch s vyšším podielom populácie iba so základným vzdelaním bola dĺžka života výrazne kratšia ako v okresoch s najnižším podielom obyvateľov so základným vzdelaním.<sup>67</sup> Posledná národná správa v kapitole o meraní ľudského rozvoja poukázala na skutočnosť, že so zhoršeným prístupom ku vzdelaniu a informáciám oproti mužom sa stiera biologická výhoda žien žiť dlhší život. V krajinách, kde majú ženy

<sup>63</sup> Zdroj: Ginter (2001).

<sup>64</sup> Pôvodný názov bol DALE (*disability-adjusted life expectancy*), zmena v r. 2002 kvôli upravenej kalkulácii ukazovateľa. Bližšie pozri WHO: *World Health Report 2002. Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Geneva (2002).

<sup>65</sup> Bližšie pozri WHO (2002).

<sup>66</sup> Zdroj: Demeš – Ginter – Kováč (1998).

<sup>67</sup> Bližšie pozri aj Národná správa o ľudskom rozvoji Slovensko 1998, s. 143-144, UNDP, CPHR (1998).

menej šancí na vzdelanie ako muži, sa dĺžka života oboch pohlaví vyrovnáva a ženy žijú relatívne kratšie ako v iných krajinách.<sup>68</sup>

#### tabuľka 2.14

Vybraných 10 hlavných rizikových faktorov zdravia v rozvinutých krajinách (ako % príčin vzniku chorôb, merané cez DALYs<sup>a</sup>) a 10 hlavných chorôb a úrazov

Rizikový faktor	% DALYs	Choroba alebo úraz	% DALYs
Tabak	12,2	Ischemická choroba srdca	9,4
Krvný tlak	10,9	Depresívne poruchy	7,2
Alkohol	9,2	Mozgovocievne choroby	6,0
Cholesterol	7,6	Poruchy z užívania alkoholu	3,5
Nadváha	7,4	Poruchy centrálného nervového systému	3,0
Nízky príjem ovocia a zeleniny	3,9	Hluchota	2,8
Telesná nečinnosť	3,3	Chronické choroby pľúc	2,6
Zakázané drogy	1,8	Úrazy z dopravných nehôd	2,5
Nechránený pohlavný styk	0,8	Osteoartritída <sup>c</sup>	2,5
Nedostatok železa <sup>b</sup>	0,7	Rakovina priedušnice, priedušiek a pľúc	2,4

**Poznámka:** DALYs – roky života stratené kvôli nespôsobilosti (zlému zdravotnému stavu alebo predčasnému úmrtiu). b. Choroby súvisiace s tehotenstvom a perinatálnym obdobím, ako aj priamymi účinkami chudokrvnosti. c. Zápal kostných kĺbov.

**Zdroj:** WHO (2002).

Pre analýzu vplyvu zdravia na kvalitu života majú okrem oficiálnych údajov o úmrtnosti a chorobnosti vysokú vypovedaciu hodnotu aj prieskumy subjektívneho hodnotenia zdravotného stavu samotnými ľuďmi. Graf 2.11 ukazuje, že podiel obyvateľstva nachádzajúceho sa podľa vlastného posúdenia v stave dlhodobej choroby je v kandidátskych krajinách EÚ pomerne vysoký. S určitou dávkou zjednodušenia možno konštatovať, že pozitívne vnímanie vlastného zdravia v tejto časti Európy narastá geografickým smerom na juh. Vo väčšine z uvedených krajín prevažujú ženy v negatívnom hodnotení zdravia. Porovnanie s údajmi WHO o *očakávanej strate zdravých rokov pri narodení* (expectation of lost healthy years at birth) ukazuje, že s rodovými rozdielmi v subjektívnom hodnotení zdravia korešpondujú aj porovnateľné údaje o rokoch stratených kvôli chorobe alebo postihnutiu.

#### box 2.6

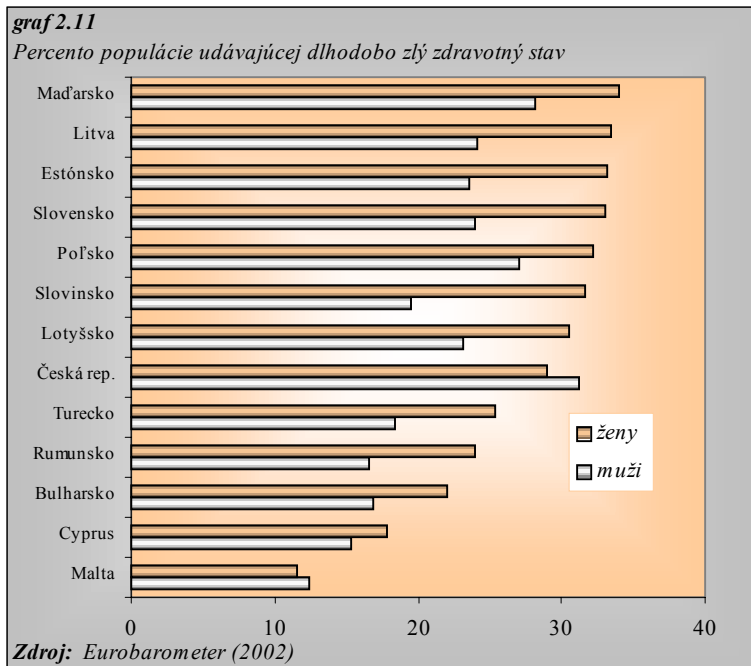
##### Determinanty zdravia

Ako sa uvádza v nasledujúcich častiach tejto správy, zdravie je výslednicou vplyvu mnohých determinantov. Niektoré z týchto faktorov zdravia majú univerzálnejší vplyv (napr. zdravotná starostlivosť), iné pôsobia i pri rovnakej intenzite odlišne v rôznych končinách sveta (napr. vplyv životného prostredia). Váha jednotlivých determinantov zdravia je variabilná a vykazuje mnoho odchýlok. Medzi odborníkmi, zaoberajúcimi sa otázkami ľudského zdravia, existuje určitý konsenzus o ich pozitívnom, resp. negatívnom vplyve. Oddelené hodnotenie determinantov zdravia a hľadanie jednoduchých kauzálnych vzťahov je však problematické, keďže takmer vždy ide o spolupôsobenie celého komplexu vplyvov. Potvrdzujú to domáce prieskumy zamerané na regionálne rozdiely zdravotného stavu, ako aj medzinárodné porovnanie.

Na ilustráciu môžu poslúžiť dva jednoduché príklady: 1. Ak by životné prostredie bolo jediným dôležitým faktorom zdravotného stavu alebo dĺžky života, dožívali by sa obyvatelia okresu Veľký Krtíš podstatne dlhšieho veku ako obyvatelia Košíc. 2. Ak by bola rozhodujúcou príčinou skracovania života spotreba cigariet, umierali by obyvatelia Grécka podstatne skôr ako obyvatelia Ukrajiny. V oboch prípadoch tieto predpoklady neplatia. Obyvatelia Košíc sa podľa dostupných údajov dožívajú napriek značne vyššiemu znečisteniu životného prostredia o 2-3 roky dlhšie ako obyvatelia Veľkého Krtíša. Gréci žijú s trojnásobne vyššou oficiálnou spotrebou cigariet na obyvateľa za rok o takmer 10 rokov dlhší život ako Ukrajinci (i keď údaje nezahŕňajú spotrebu ilegálne dovezených cigariet).

Spomenuté faktory sú súčasťou celkového vplyvu na zdravie, nie sú však pre dané porovnanie rozhodujúce. Možno usudzovať, že váha jednotlivých faktorov na celkovom zdravotnom stave sa mení v pomerne úzkom priestore a čase.

<sup>68</sup> Bližšie pozri Národná správa o ľudskom rozvoji Slovenská republika 2000, s. 113-114, UNDP, CPHR (2000).



K všeobecne akceptovanému a globálne platnému poznatku, že ženy sa dožívajú spravidla dlhšieho veku ako muži, možno preto pre rozvinuté krajiny doplniť, že ženy strávia v zlom zdravotnom stave relatívne väčšiu časť svojho života ako muži. V krajinách na najnižšom stupni ľudského rozvoja, kde sú rozdiely medzi vekom dožitia mužov a žien menšie alebo minimálne, sú to naopak muži, ktorí strácajú väčšiu časť života v stave choroby, postihnutia alebo invalidity.

Diskusia o kvalite života pozná nové pojmy ako už spomenutú HALE, ale aj pojem kvality života upravenej o zdravie (health-related quality of life, HRQL). Odborníci sa domnievajú, že ak je stredobodom pozornosti analýza dopadu choroby na zdravotný stav a pocit pohody človeka-pacienta, je kvalita života upravená o zdravie považovaná za najvhodnejší ukazovateľ. HRQL zahŕňa emocionálne, fyzické a sociálne pocity, ktoré odrážajú subjektívne hodnotenie jednotlivca a jeho reakciu na chorobu. Odborníci z oblasti zdravotníctva používajú HRQL na meranie dopadov rozličných porúch, postihnutí a chorôb na rôzne skupiny obyvateľstva. Sledovanie HRQL u rôznych populácií pomáha identifikovať skupiny s chabým fyzickým alebo duševným zdravím a smerovať opatrenia a politiky na zlepšenie ich zdravia.

Zdravie je dynamickou, nie konštantnou hodnotou. Je preto potrebné venovať dostatočný a pravidelný priestor výskumu rôznych determinantov zdravia. Rovnako dôležité je tieto poznatky dostať z vedeckých pracovísk v zrozumiteľnej forme na širokú verejnosť. Informovaný človek má totiž viac šanci na prijatie správnych rozhodnutí vo vzťahu k vlastnému zdraviu.