

Lucyna Gromulska, Mirosław J. Wysocki*, Paweł Goryński***

LATA PRZEŻYTE W ZDROWIU (*HEALTHY LIFE YEARS, HLY*)
– ZALECANY PRZEZ UNIĘ EUROPEJSKĄ SYNTETYCZNY WSKAŹNIK
SYTUACJI ZDROWOTNEJ LUDNOŚCI

Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego, Narodowy Instytut Zdrowia
Publicznego PZH

Kierownik: Mirosław J. Wysocki

Zakład – Centrum Monitorowania i Analiz Stanu Zdrowia Ludności i Systemu Ochrony
Zdrowia, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH

Kierownik: Bogdan Wojtyniak

Celem artykułu jest prezentacja podstawowych informacji na temat wskaźnika lat przeżytych w zdrowiu (Healthy Life Years, HLY) – zalecanego przez Unię Europejską - oraz danych dotyczących jego poziomu w Polsce i innych krajach europejskich. Ponadto omówiono relację wskaźnika HLY do innych wskaźników stanu zdrowia np. oczekiwanej długości życia, czy lat życia korygowanych jakością. HLY określa średnią w populacji liczbę lat przeżytych w całkowitym zdrowiu, definiowanym jako brak jakichkolwiek schorzeń ograniczających pełne funkcjonowanie człowieka.

Słowa kluczowe: wskaźniki stanu zdrowia, wskaźniki strukturalne, lata przeżyte w zdrowiu, HLY, zdrowie publiczne

Key words: health status indicators, structural indicators, Healthy Life Years, HLY, public health

WSTĘP

Wskaźnik lat przeżytych w zdrowiu (*Healthy Life Years, HLY*) jest też nazywany wskaźnikiem oczekiwanej długości życia bez niepełnosprawności (*Disability-Free Life Expectancy, DFLE*) (1). Wskaźnik lat zdrowego życia określa dwie cechy zdrowej populacji – długość życia i jakość życia w odniesieniu do zdrowia. Dla porównania – wskaźnik oczekiwanej długości życia (*life expectancy, LE*) niesie informacje tylko o długości życia.

Wskaźnik lat przeżytych w zdrowiu - *Healthy Life Years* (HLY) jest jedynym z europejskich wskaźników strukturalnych (*European Structural Indicators*), i dotyczy on zdrowia jako czynnika związanego z rozwojem i dobrobytem (2). Jest miarą stanu zdrowia okre-

ślonego jako „funkcjonalne” - stanu pełnej efektywności działań, produktywności, a więc w aspekcie ekonomiczno społecznym.

HLY został opracowany, jako efekt obserwacji, że nie wszystkie lata, określane przez oczekiwaną długość życia - są przeżywane w pełnym zdrowiu. Populacja o stosunkowo wysokiej oczekiwanej długości życia, nie musi być zdrowsza. Choroby przewlekłe czy niepełnosprawność, powszechne w starzejącym się społeczeństwie, stawiają przed badaczami pytanie, czy dłuższe życie będzie oznaczało życie z niepełnosprawnością. Jeżeli wysokość HLY rośnie szybciej niż wysokość oczekiwanej długości życia, wtedy ludzie nie tylko żyją dłużej, ale żyją dłużej w pełnym zdrowiu.

Każda utrata zdrowia powoduje rozmaite następstwa na poziomie jednostkowym oraz bardziej ogólnym np. zmiany w rozmieszczeniu zasobów systemu opieki zdrowotnej czy nawet zmiany w gospodarce – poziomie konsumpcji czy produkcji. Wysokość wskaźnika HLY, i innych wskaźników oczekiwanego stanu zdrowia, które omówiono poniżej, może być niezwykle pomocna w wyznaczaniu kierunków zmian w systemie opieki zdrowotnej oraz jest ważnym argumentem w dyskusjach na temat kosztów związanych z niedostatkiem w zakresie prewencji i ograniczeń w korzystaniu z opieki zdrowotnej. Dlatego istotne jest określenie populacyjnej granicy życia w pełnym zdrowiu i podejmowanie działań, by ludzie przeżywali jak najwięcej lat życia w pełnym zdrowiu.

WSKAŹNIK HLY: DEFINICJA I KONSTRUKCJA WSKAŹNIKA, SPOSÓB I CEL POMIARU

Poziom wskaźnika HLY – tak jak inne miary oczekiwanego stanu zdrowia - oblicza się przy pomocy metody *Sullivan*, używanej powszechnie od lat 70. (3). Metoda ta opiera się na dwóch miarach: częstości występowania niepełnosprawności w populacji w określonym wieku oraz umieralności. Zalety tej metody to: prostota, dostępność podstawowych danych i niezależność od rozmiaru i struktury wiekowej populacji. HLY oblicza się na podstawie tabel umieralności (*mortality tables*) i indywidualnie postrzeganej niepełnosprawności (*self-perceived disability*) określanej przy pomocy standardowych ankiet. Dane na temat umieralności są szeroko dostępne we wszystkich krajach i pochodzą z rutynowych systemów statystyki publicznej. Niepełnosprawność jest mierzona przy pomocy ujednoczonych narzędzi ankietowych na temat dochodu i warunków życia w Europie (25 krajach członkowskich): *Eurostat EU-Statistics on Income and Living Conditions Survey (EU-SILC)*.

WSKAŹNIK LAT PRZEŻYTYCH W ZDROWIU W ZDROWOTNEJ STRATEGII EUROPY

Dane dotyczące HLY są uwzględniane w wielu projektach i programach dotyczących zdrowia, zdrowia publicznego, i - w szerszej perspektywie – rozwoju Unii Europejskiej. HLY jest jednym z podstawowych wskaźników na pograniczu różnych obszarów działań i rozwoju UE. Informacje w nim zawarte mogą być wykorzystane w dziedzinach społecznych i ekonomicznych, polityce zdrowotnej, gospodarce, i w obszarze produktywności.

Coraz częstsze używanie wskaźnika HLY jest efektem rezolucji posiedzenia Rady Europy w Lizbonie 23-24 marca 2000 roku (4). W czasie tego posiedzenia zostały ustalone

cele strategiczne dla decyzji politycznych i reform strukturalnych w Europie w następnych latach. Podstawową zasadą wszystkich działań powinien być rozwój szeroko rozumianego potencjału ludzkiego – podstawowego i głównego dobra Europy. Strategia lizbońska koncentruje się wokół takich cech dobrostanu społecznego i ekonomicznego jak produktywność oraz aktywny udział w życiu społecznym i zawodowym. Dotyczy w szczególności takich obszarów jak: zwiększenie zatrudnienia, reformy gospodarcze i spójność społeczna, które traktowane są jako podstawy europejskiej gospodarki opartej na wiedzy (*knowledge - based economy*) prowadzącej do wzrostu poziomu życia.

Szczegółowe wytyczne strategii lizbońskiej dotyczą wzajemnie powiązanych działań, takich jak: wspieranie rozwoju informacyjnego i komunikacji, wyrównywanie dysproporcji w kompetencjach zawodowych, zwiększenie aktywnego udziału w społeczeństwie demokratycznym, wspieranie przedsiębiorczości.

Strategia lizbońska podkreśla znaczenie badań naukowych dla powyższych celów strategicznych, na poziomie europejskim i narodowym oraz konieczność spójnego i systematycznego wcielania decyzji w życie. W tym celu, Rada Europy poleciła Komisji Europejskiej opracowywanie corocznego raportu na temat postępu prac, na podstawie wskaźników strukturalnych, mających określać poziom rozwoju zatrudnienia, innowacji, reform gospodarczych i spójności gospodarczej, również jeśli chodzi o działania w ramach prewencji zdrowotnej i systemów opieki zdrowotnej. Raport ma opierać się na ilościowych i jakościowych wskaźnikach, okresowym monitorowaniu i ewaluacji. W raporcie z 2004 roku zawarty jest postulat, żeby włączyć zagadnienia i dane związane ze zdrowiem publicznym do zadań strategii lizbońskiej, do jej części na temat wzrostu i zrównoważonego rozwoju (Commission COM (2004) 0029 of 21/01/2004) (5).

W lipcu 2003 powstała europejska sieć autorytetów w obszarze informacji zdrowotnej (*Network of Competent Authorities on Health Information and Knowledge*), która zaproponowała zestaw wskaźników do monitorowania sytuacji zdrowotnej w Europie w ramach opracowanej strategii (*Strategy on European Community Health Indicators*). W 2004 roku został do nich dodany wskaźnik strukturalny – HLY (6).

W 2003 roku, Dyrektorat Zdrowia i Spraw Konsumenckich Komisji Europejskiej (*Directorate General for Health and Consumer Affairs, DG SANCO*), część europejskiego sojuszu zdrowia publicznego (*European Public Health Alliance*) we współpracy z Eurostatem, rozpoczął realizację projektu dotyczącego monitorowania stanu zdrowia ludności w Europie (*European Health Expectancy Monitoring Unit, EHEMU*). Do zadań EHEMU należą:

- kontrolowanie jakości obliczeń i interpretacji wskaźnika HLY (trendy, różnice pomiędzy państwami)
- zapewnienie efektywnego przepływu informacji i wiedzy na temat strukturalnych wskaźników zdrowia pomiędzy profesjonalistami i instytucjami zdrowia publicznego, zaangażowanymi w obliczanie wskaźników zdrowia,
- zbieranie i porównywanie danych oraz metod pomiaru stanu zdrowia w Unii Europejskiej
- opracowanie materiałów szkoleniowych dostępnych w Internecie na temat obliczania i interpretacji wskaźników
- wspieranie rozwoju europejskiego systemu monitoringu zdrowia w celu poprawy jakości danych (7).

HLY (DFLE) należy również do wskaźników zdrowia Unii Europejskiej – (*European Community Health Indicators, ECHI*) (8, 9), opracowywanych w grupie roboczej „Statystyki zdrowia publicznego” („*Public Health Statistics*”). Projekt ECHI - europejskich wskaźników zdrowia jest częścią programu monitoringu zdrowia i programu zdrowia publicznego na lata 2003-2008 (10). Jego celem było opracowanie listy wskaźników w obszarze zdrowia publicznego na podstawie dookreślonych definicji zdrowia i determinantów zdrowia.

Owoce prac ECHI jest międzynarodowe kompendium wskaźników stanu zdrowia (*International Compendium of Health Indicators, ICHI*) (11), które oferuje łatwy dostęp do informacji o nich i pozwala na ich szybkie porównywanie.

W międzynarodowym kompendium wskaźników zdrowotnych (ICHI) jest wymienionych wiele miar dotyczących oczekiwanego stanu zdrowia (*health expectancies*), wśród których są: DALE, HALE – omówione niżej, oraz grupy wskaźników UW-O i UW-21 (*health expectancy based on various parameters*) oparte na różnych miarach (9). W hierarchii ICHI należą one do wskaźników postrzeganego i funkcjonalnego zdrowia (*perceived and functional health*), a wśród nich – do złożonych wskaźników zdrowia (*composite measures of health status*). Nie ma wśród nich HLY.

RELACJA HLY DO INNYCH WSKAŹNIKÓW ZDROWIA POPULACJI

W obszarze diagnozowania stanu zdrowia istnieje wiele wskaźników, między innymi: oczekiwanej długości życia (*Life Expectancy, LE*), utraconej długości życia korygowanej niepełnosprawnością (*Disability Adjusted Life Years, DALY*), oczekiwanej długości życia korygowanej niepełnosprawnością (*Disability Adjusted Life Expectancy, DALE*), oczekiwanej długości życia w zdrowiu (*Healthy Life Expectancy, HALE*), potencjalnej liczby utraconych lat życia (*Potential Years of Life Lost, PYLL*), lat życia korygowanych jakością (*QALY – Quality Adjusted Life Years*).

Wskaźniki oczekiwanego stanu zdrowia (*health expectancies*) należą do złożonych wskaźników łączących w sobie dane na temat umieralności i zachorowalności, ograniczeń zdrowia. Jednostka monitoringu stanu zdrowia w Europie (*EHEMU*) postuluje, by badacze zbierali dane o HLY w kontekście innych wskaźników, tak by możliwy był rozwój i optymalizacja wskaźników zdrowia.

Wskaźniki stanu zdrowia są używane do rozmaitych celów. We wszystkich krajach zbiera się informacje na temat długości życia w populacjach o różnych cechach demograficznych i społecznych. Zainteresowanie danymi na temat długości życia i stanu zdrowia wykazują instytucje państwowe – szczególnie te, które zajmują się polityką zdrowotną oraz firmy ubezpieczeniowe i instytucje finansowe, a także – profesjonaliści, odpowiedzialni za podejmowanie działań prozdrowotnych na wszystkich szczeblach. Długie życie jest wartością pożądaną, jeśli towarzyszy mu zdrowie, jak największa produktywność i korzystanie z pełni możliwości.

Poniżej omówiono kilka wskaźników, powszechnie używanych w Europie i na świecie. Wyciąga się z nich wnioski na temat długości życia, jego jakości zdrowotnej i czynników zdrowotnych, które tę jakość ograniczają. Omówienie to wydaje się ważne ze względu na znaczne podobieństwo metod obliczeń i celów pomiaru oraz stosowane nazewnictwo.

Oczekiwana długość życia (LE life expectancy) (12) to przeciętna liczba lat życia, mierzona na podstawie statystyk dotyczących umieralności w danym roku, dla danej populacji np. w czasach Imperium Rzymskiego, szacowano, że przeciętna długość życia to 28 lat, a dla kobiet w Japonii w XXI wieku – 84 lata. Jest szeroko używanym wskaźnikiem stanu zdrowia populacji, ale nie można na jego podstawie wyciągać wniosków na temat jakości życia. Jego podstawowym ograniczeniem w opisie życia i zdrowia w populacji jest opieranie się tylko na jednej danej - umieralności.

Wskaźnik DALY – utraconej długości życia korygowanej niepełnosprawnością (disability adjusted life years) (13) określa liczbę lat przeżytych w niepełnej sprawności z powodu określonej choroby i/lub przedwczesnej śmierci z powodu tej określonej choroby. Jest wskaźnikiem używanym przez Światową Organizację Zdrowia. Jeden DALY oznacza jeden rok utraconego życia w pełnym, produktywnym zdrowiu. Stanowi połączenie informacji na temat umieralności, niepełnosprawności i ograniczeń zdrowia, wynikających z obciążenia chorobami. Dane o DALY są zwykle łączone z danymi dotyczącymi kosztów i efektywności interwencji zdrowotnych w obszarze zdrowia publicznego, w celu projektowania jak najlepszych strategii zdrowotnych.

Wadą DALY jest często występujący brak danych potrzebnych do jego obliczania, takich jak: występowanie chorób wg wieku i płci, liczba przypadków choroby prowadzących do niepełnosprawności, przeciętny wiek pojawienia się tej niepełnosprawności w populacji, czas trwania niepełnosprawności, oraz liczba przypadków niepełnosprawności określona na 6-stopniowej skali niepełnosprawności. Badacze muszą opierać się na danych szacowanych, co w dużym stopniu ogranicza rzetelność DALY.

Wskaźnikiem komplementarnym do utraconej długości życia korygowanej niepełnosprawnością (DALY) jest *oczekiwana długość życia korygowana niepełnosprawnością (disability adjusted life expectancy, DALE)*. DALE to liczba lat przeżytych w zdrowiu, inaczej nazywana oczekiwaną długością życia w zdrowiu (*Healthy Life Expectancy, HALE*) (14). Jest to wskaźnik stanu zdrowia używany przez Światową Organizację Zdrowia. W celu obliczenia DALE, od oczekiwanej długości życia (*life expectancy*) odejmuje się liczbę lat życia utraconych w wyniku jakiegokolwiek niepełnosprawności (suma wszystkich utraconych lat pełnego zdrowia). W 2001 roku, wskaźnik DALE, zastąpiono wskaźnikiem HALE (14).

Wskaźnik oczekiwanej długości życia w zdrowiu (Healthy Life Expectancy, HALE) to przeciętna liczba lat, jaką prawdopodobnie osoba z danej populacji przeżyje w zdrowiu (15). Wskaźnik HALE mówi o przeżywalności w różnych stanach zdrowia (zsumowanej), a więc nie tylko w pełnym zdrowiu. W związku z tym, charakteryzuje go duża zmienność w czasie oraz różnice pomiędzy krajami w zakresie danych dotyczących stanu zdrowia. Jest mierzony dla wieku 0 i 65 lat, dla kobiet i mężczyzn. Wskaźnik HALE jest stosowany przez Światową Organizację Zdrowia – należy do demograficznych wskaźników zdrowia.

HLY należy do podstawowych wskaźników strukturalnych Unii Europejskiej i jest obliczany przy pomocy metody *Sullivan*, a HALE oblicza się używając danych dotyczących specyfiki i stanu zaawansowania choroby (ograniczenia stanu zdrowia): w przypadku HALE na podstawie danych dotyczących światowego obciążenia zdrowotnego (*Global Burden Disease*), szacuje się nasilenie zachorowań ze względu na płeć i przedziały wiekowe dla każdego kraju. Następnie konstruuje się estymatory nasilenia zachorowań na podstawie dwóch narzędzi: *WHO Multi-Country Survey Study (MCSS)* i *World Health Survey (WHS)*. Po połączeniu tych oszacowań wylicza się występowanie zachorowań i następnie przy po-

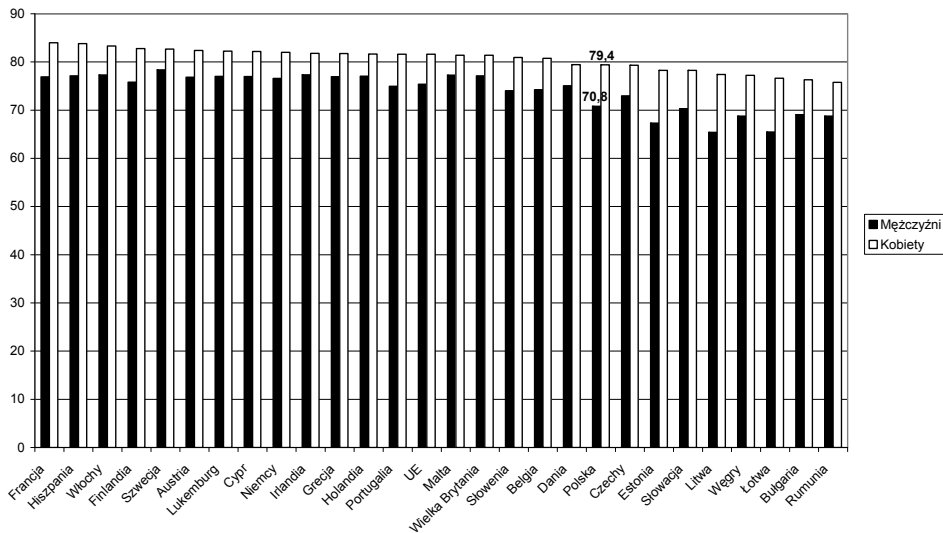
mocy tabel przeżycia (*Life Tables*) wylicza się poziom wskaźnika HALE dla danego kraju. Metoda obliczania HALE jest bardziej zaawansowana i złożona niż metoda obliczeń HLY, i w związku z tym trudniej jest zebrać kompletne dane do obliczenia HALE. Wadami HALE są: braki w danych dotyczących umieralności i zachorowalności, szczególnie z krajów o niskim dochodzie oraz brak porównywalnych danych samoopisowych.

Wskaźnik potencjalnej liczby utraconych lat życia (Potential Years of Life Lost, PYLL)
(16) PYLL to liczba lat utraconych w momencie przedwczesnej śmierci – przed osiągnięciem wieku 75 lat np. osobie, która umarła w wieku 25 lat, można przypisać wartość PYLL równą 50 lat. PYLL wychodzi bezpośrednio z założenia, że celem działań medycznych jest ocalenie życia, niedopuszczenie do powikłań pochorobowych powodujących zgon, jeśli choroba już wystąpiła lub niedopuszczenie do jej rozwinięcia na drodze prewencji lub wczesnego wykrywania (17). Wskaźnik ten może być pomocny przy ocenie systemu opieki zdrowotnej na danym terenie: można posłużyć się zatem liczbą lat życia, o jaką dana populacja została zubożona (w ciągu danego okresu, np. roku). PYLL jest stosowany w wielu krajach np. w USA, Kanadzie, różnych krajach Europy. Wskaźnik PYLL jest obliczany dla grup wiekowych i płci oraz przyczyny zgonu na podstawie klasyfikacji ICD-10R, np. dla samobójstw, przypadkowych zranień, nieprzypadkowych zranień, nowotworów złośliwych (różnych typów), zawałów, udarów mózgowo-rdzeniowych, chorób układu krążenia, chorób układu oddechowego, AIDS.

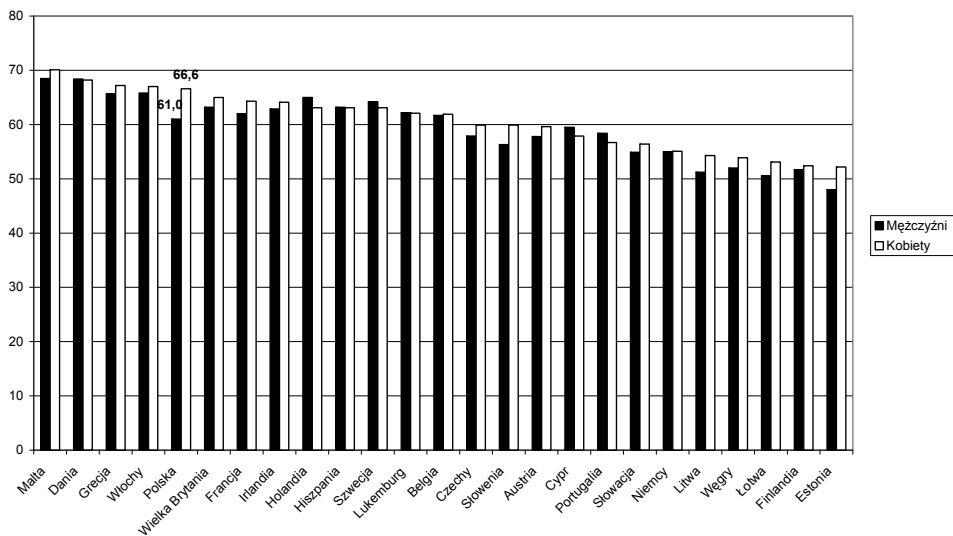
Wskaźnik QALY – Quality Adjusted Life Years, czyli lata życia korygowane jakością, łączy w sobie dane dotyczące umieralności i jakości życia. Jest on sposobem pomiaru rezultatów leczenia: skutków interwencji zdrowotnych, szczególnie przydatnych w porównywaniu programów zdrowotnych. Jest najstarszym ze stosowanych wskaźników zdrowia i jakości życia w kontekście zdrowia – jest stosowany od lat 70. (17, 18) Sposób określania jakości życia pacjentów opiera się na samoocenie stanu zdrowia, danych o populacji i danych od lekarzy. Jeden rok życia w pełnym zdrowiu wynosi 1 QALY. Dla określonej jednostki wylicza się sumę lat przeżytych w pełnym zdrowiu (19). QALY jest wskaźnikiem mierzącym jakość życia uwarunkowaną stanem zdrowia (HRQL- Health Related Quality of Life), która niesie informacje dotyczące skutków choroby dla funkcjonowania pacjenta i oceny leczenia w odbiorze pacjenta. Jest to subiektywna ocena stanu zdrowia.

DANE DOTYCZĄCE OCZEKIWANEJ DŁUGOŚCI ŻYCIA I LAT ZDROWEGO ŻYCIA W POLSCE, NA TLE INNYCH KRAJÓW EUROPEJSKICH

Dane dotyczące przeciętnego dalszego trwania życia (LE), które posłużyły do poniższego opracowania, pochodzą z bazy danych HFADB znajdującej się na stronie internetowej Biura regionalnego WHO w Kopenhadze (<http://www.euro.who.int/HFADB>). Dane dotyczące lat życia w zdrowiu zaczerpnięto z bazy danych projektu EUPHIX, ale bezpośrednim źródłem tych danych jest Eurostat (20). Przeciętne dalsze trwanie życia w krajach członkowskich Unii Europejskiej (UE) kształtuje się na stosunkowo wysokim poziomie i należy do najwyższych na świecie. Dołączenie do UE nowych krajów spowodowało obniżenie średniej dla wszystkich krajów UE, która w 2005 wynosiła 82 lata dla kobiet i 75 lat dla mężczyzn (ryc. 1). Najdłuższym przeciętnym trwaniem życia charakteryzowali się mężczyźni w Szwecji - 78 lat i kobiety we Francji - 84 lata. Najniższe wartości przeciętnego dalszego trwania życia



Ryc. 1 Przeciętne dalsze trwanie życia i w krajach Unii Europejskiej w 2005 r. (dane WHO - HFA DB)
 Fig.1. Life expectancy at birth, in years for men and women in EU countries (source – WHO Regional Office Copenhagen)
 Data downloaded from HFA database website (<http://www.euro.who.int/HFADB>)

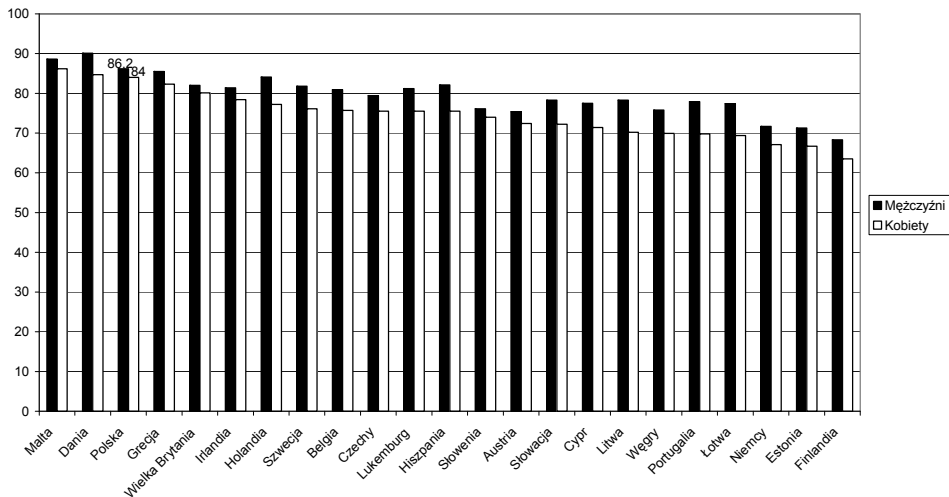


Ryc. 2 Lata życia w zdrowiu (wskaźnik HLY) i w krajach Unii Europejskiej w 2005 r. (dane Eurostat)
 Fig.2. Healthy Life Years at birth for men and women in selected countries,2005 (source: Eurostat,2008-10-02 Data downloaded from the EUPHIX (www.euphix.org))

obserwuje się obecnie na Litwie (65 lat - mężczyźni) i w Rumunii (76 lat – kobiety). Polska z przeciętnym dalszym trwaniem życia 79 lat kobiet i 71 lat mężczyzn znajdowała się poniżej średniej dla UE i wyprzedzały nas wszystkie kraje dawnej 15 - tki UE oraz Słowenia.

Pozycja naszego kraju zmienia się radykalnie, gdy weźmiemy pod uwagę „lata życia w zdrowiu” - HLY (ryc. 2). Średnia tego wskaźnika dla Polski jest o 10 lat niższa od trwania życia (LE) u mężczyzn i 12 lat u kobiet. Jednak z ryciny 2 widać, że obniżenie poziomu HLY w stosunku do LE jest mniejsze dla Polski niż dla większości krajów UE. Dlatego pozycja Polski wśród krajów UE jest o wiele lepsza niż w przypadku trwania życia LE. Wyprzedza nas tylko Malta, Grecja Dania i Włochy. Za Polską znajduje się Wielka Brytania, Francja i Irlandia. Należy podkreślić, że prezentowane dane pochodzą z bazy Eurostatu i przy wyliczaniu wskaźników zastosowano jednakową metodykę dla wszystkich krajów. Interesującym jest też fakt, że różnica między płciami w zakresie LE i HLY jest mniejsza w przypadku tego ostatniego. Różnica ta jest największa właśnie dla Polski i wynosi prawie 6 lat podczas gdy w niektórych krajach jak Holandii, Cyprze i Portugalii liczba lat przeżywanych w zdrowiu jest wyższa dla mężczyzn, w niektórych przypadkach o prawie 2 lata.

Zmianę pozycji Polski wśród krajów UE bardziej obrazowo przedstawia wskaźnik HLY jako odsetek przeciętnego dalszego trwania życia (ryc. 3). W przypadku tego miernika zdrowia Polska znajduje się wśród krajów UE w 2005 na trzecim miejscu po Malcie i Danii z wartościami 86 i 84 procent LE - odpowiednio dla mężczyzn i kobiet. Warto zwrócić uwagę, co widać z ryciny 3, że w przypadku tego wskaźnika we wszystkich prezentowanych krajach względne HLY jako % LE) trwanie życia w zdrowiu osiąga wyższe wartości u mężczyzn, niż u kobiet. Oznacza to, że dłuższe życie kobiet (w Polsce o 9 lat) jest w znacznym stopniu



Ryc. 3 Lata życia w zdrowiu HLY jako odsetek przeciętnego dalszego trwania życia w krajach Unii Europejskiej w 2005 r. (dane Eurostat)

Fig.3. Healthy Life Years as a percentage of life expectancy at birth for men and women in selected countries, 2005 (source: Eurostat,2008)

Data downloaded from the EUPHIX website (www.euphix.org)

życiem w niepełnej sprawności. Największa różnica między płciami w zakresie względnego wskaźnika trwania życia obserwowana jest na Cyprze w Portugalii i Holandii.

WNIOSKI

1. Wskaźnik HLY określający liczbę lat przeżywanych w zdrowiu będzie coraz powszechniej stosowany w analizach porównawczych stanu zdrowia, co wymaga spopularyzowania go wśród osób zajmujących się polityką zdrowotną.
2. Należy opracować metodykę wyliczania wskaźnika HLY dla różnych regionów w kraju a także grup społecznych.
3. Pozycja Polski wśród krajów UE jest znacznie lepsza w zakresie HLY niż LE.
4. Mężczyźni w Polsce i innych krajach UE żyją krócej niż kobiety, ale żyją relatywnie dłużej w pełnym zdrowiu.

L Gromulska, M J Wysocki, P Goryński

HEALTHY LIFE YEARS (HLY) COMPREHENSIVE INDICATOR OF HEALTH SITUATION – RECOMMENDED BY EUROPEAN UNION

SUMMARY

This article presents Healthy Life Years (HLY) indicator of functional health status, its application in the field of public health research and monitoring, method of calculation, idea of its construction and relation of HLY to other health status indicators e.g. life expectancy, quality adjusted life years. Current data on HLY in the EU member states are also presented. HLY indicator is one of structural indicators, recommended by European Council to deliver information on the progress of implementation of the Lisbon Strategy resolutions, which main principle is development of knowledge-based economy characterised by growth, social cohesion and respect for environment. HLY shifts the focus from quantity of years of life to its quality, full-productivity health of the population, thus conveying information not only on health status but also referring to the fields – other than medicine or social sciences – such as: finances, economy, politics, development.

PIŚMIENNICTWO

1. Oficjalna strona Komisji Europejskiej, Zdrowie – UE, Portal Zdrowia Publicznego Unii Europejskiej, w dniu 6.08.2008 r.
http://ec.europa.eu/health/ph_information/indicators/lifeyears_structural_en.htm
2. Oficjalna strona biura statystycznego Wspólnoty Europejskiej EUROSTAT, w dniu 6.08.2008 r.
http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=1996,45323734&_dad=portal&_schema=PORTAL&screen=welcomeref&open=/t_health/t_hlth&language=en&product=REF_TB_health&root=REF_TB_health&scrollto=0
3. Robine JM, Jagger C and Egidi V. Selection of a Coherent Set of Health Indicators. A First Step Towards. A User's Guide to Health Expectancies for the European Union. Montpellier, s. 97 - 99
http://ec.europa.eu/health/ph_information/indicators/docs/userguide_en.pdf, w dniu 11.08.2008

4. Dokumenty z posiedzenia Rady Europy w Lizbonie, 23-24 marca 2000 r.
http://www.consilium.europa.eu/ueDocs/cms_Data/docs/pressData/en/ec/00100-r1.en0.htm
w dniu 11.08.2008 r.
5. Raport z posiedzenia Komisji Europejskiej, z dnia 21.01.2004r. http://europa.eu.int/estatref/info/sdds/en/hlth/hlth_hlye_base.htm, w dniu 3.09.2008
6. http://ec.europa.eu/health/ph_information/implement/nca/nca_en.htm, w dniu 11.08.2008 r.
7. http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2003/action1/action1_2003_08_en.htm, w dniu 4.09.2008 r.
8. http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/echi/echi_en.htm, w dniu 3.09.2008 r.
9. Kramers PGN. The ECHI Project. Health indicators for the European Community. European Journal of Public Health 2003 (supplement); 13 (3):101-106 http://eurpub.oxfordjournals.org/cgi/reprint/13/suppl_1/101, w dniu 11.08.2008
10. http://ec.europa.eu/health/ph_programme/2003-2008/programme_en.htm, w dniu 3.09.2008 r.
11. <http://www.healthindicators.org/ICHI/general/startmenu.aspx>, w dniu 6.08.2008 r.
12. Czupryna A, Paździoch S, Ryś A, i in. Zdrowie Publiczne. Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne, 2000
13. Oficjalna strona UNESCO <http://www.unesco.org/water/wwap/wwdr/wwdr2/indicators/pdf/Ch06-IPSFinalEdits.pdf>, w dniu 5.08.2008 r.
14. http://www.searo.who.int/LinkFiles/Health_Situation_annexure-5.pdf, w dniu 11.08.2008r.
15. Oficjalna strona WHO
<http://www.who.int/whosis/indicators/2007HALE0/en/>, w dniu 8.08.2008 r.
16. Oficjalna strona Narodowej Agencji Statystycznej Kanady (*Canada's National Statistical Agency*)
<http://www.statcan.ca/english/freepub/82-221-XIE/01201/high/potential5.htm>, w dniu 8.08.2008 r.
17. http://www.emedyk.pl/arttykul.php?idartykul_rodzaj=64&idartykul=805, w dniu 6.08.2008 r.
18. Brzeziński Z.J., Szamotulska K. Epidemiologia kliniczna. PZWL: Warszawa 1997
19. Wysocki MJ, Sakowska I, Car J. Miary obciążeń zdrowotno-społecznych – nowe mierniki sytuacji zdrowotnej ludności. Przegląd Epidemiologiczny, 2005, 59: 125-134
20. http://www.euphix.org/object_class/euph_health_expectancy.html, w dniu 9.08.2008 r.

Otrzymano: 3.09.2008 r.

Adres do korespondencji:

Prof. dr hab. Mirosław J. Wysocki, mgr Lucyna Gromulska

Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego,

dr Paweł Goryński

Zakład – Centrum Monitorowania i Analiz Stanu Zdrowia Ludności i Systemu Ochrony Zdrowia

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH

ul. Chocimska 24

00-791 Warszawa