

Uzatváranie zdravotných rozdielov v Európskej únii

Profil krajiny: Slovensko

Autori: Witold Zatoński, Marta Mańczuk, Urszula Sulkowska a HEM tím

editácia: Eleonora Fabianova

preklad: Jana Michalcova

Profily krajín boli pripravené projektovým tímom HEM pod vedením Witolda Zatońskiego, Marty Mańczukovej a Urszuly Sulkowskej. Jednotlivé profily boli napísané v spolupráci s Jürgenom Rehmom, Paolom Boffettaom a Albertom Lowenfelsom. Podkapitoly o stravovaní boli napísané v spolupráci s Hanniaou Camposovou. Podkapitoly o tabaku boli napísané v spolupráci s Krzysztofom Przewoźniakom. Všetky profily krajín boli konzultované s koordinátormi daných krajín.

HEM – Uzatváranie rozdielu– Znižovanie predčasnej úmrtnosti. Základná línia pre monitorovanie vývoja zdravia po rozšírení EÚ.

Trojročný projekt číslo 2003121 predložený v rámci Programu verejného zdravia 2003-2008, DG Sanco (60% dotovaný Európskou komisiou, 40% poľskou vládou – Ministerstvom vied a vyššieho vzdelania).

Dohoda o dotácii číslo 2003121 bola podpísaná 1. decembra 2004.

Celá myšlienka o projekte vznikla z kurzov a seminárov, ktoré boli organizované v 90-tych rokoch na Katedre epidemiológie a prevencie rakoviny, v Centre rakoviny a Inštitúte onkológie Maria Skłodowska-Curie, v Poľsku, Varšave, profesorom Witoldom Zatonskim a jeho spolupracovníkmi. Hlavné analýzy a vedecké štúdie boli urobené tímom hore uvedenej inštitúcie v úzkej spolupráci s takými skupinami ako sú Riadiaci výbor, Výskumná skupina odborníkov, Skupina expertov a spoluvýskumníkov, ktorí pozostávali z medzinárodných výskumníkov a vedcov. Táto široká sieť všetkých spolupracovníkov tvorila veľmi podstatný a základný prvok pre implementáciu projektu.

HEM tím

Vedúci projektu a hlavný výskumník

■ Katedra epidemiológie a prevencie rakoviny:

Magdalena Cedzyńska, Joanna Didkowska, Zofia Dzik, Jakub Gumkowski, Wioletta Knapik, Kinga Janik-Koncewicz, Marta Mańczuk, Krzysztof Przewoźniak, Urszula Sulkowska, Joanna Szwechowicz, Wojciech Tarkowski, Ewa Tarnowska, Urszula Wojciechowska, Katarzyna Żmijewska

■ Hlavní spoluvýskumníci:

Paolo Boffetta, Hannia Campos, Carlo LaVecchia, John Powles, Jürgen Rehm, Walter Willett

■ Riadiaci výbor:

Predseda: Eva Negri

Leif Aarø, Peter Boyle, Anna Gilmore, Eric Jougl, Albert Lowenfels,

Jose Maria Martin-Moreno, Fred Paccaud, Richard Peto, Vesna Kerstin Petrič, Pekka Puska

■ Koordinátori krajín:

Bulharsko: Plamen Dimitrov

Česká republika: Ivana Holcatova, Alexandra Pilipincova, Rudolf Poledne

Estónsko: Ain Aaviksoo, Raul Kiivet

Maďarsko: Csilla Kaposvari

Litva: Jurate Klumbiene

Lotyšsko: Iveta Pudule

Slovensko: Eleonora Fabianova

Slovinsko: Tit Albreht

Rumunsko: Florentina Furtunescu

■ Spolupracovníci

Vincenzo Bagnardi, Dolly Baliunas, Monika Bene, Gabriella Bohm, Jana Brozova, Esteve Fernandez Munoz, Sylvano Gallus, Lydia Gisle, Ewa Halicka, Martin Jarvis, Luk Joossens, Ann-Sofie Karlsson, Michael Kunze, Tiina Laatikainen, Johan Lund, Jacek Moskalewicz, Jayadeep Patra, Gérard Pavillon, Svetlana Popova, Trudy Prins, Sylviane Ratte, Lorenza Scotti, Hans Storm, Benjamin Taylor, Rene Thyrian, Hana Urbanova, Robert West, Jeal-Jouis Wilquin, Tarquinia Zeegers

Kazalo

■ Predhovor	5
■ Profil krajiny: Slovensko	7
Rozdiely	9
Úmrtnosť následkom kardiovaskulárnych chorôb	12
Zranenia	13
Ostatné príčiny predčasnej úmrtnosti	14
Alkohol	14
Tabak	15
Strava	16
Záver	17
Kľúčové body	17
Bibliografia	18
■ Indikátory zdravia	19
■ Dodatočné údaje/schémy	27
■ Zhrnutie projektu HEM	43

Predhovor

Hlavným cieľom projektu HEM - Uzatváranie rozdielov, bolo charakterizovanie predčasnej úmrtnosti v Európskej únii a zdravotnej rozdielnosti medzi novými členskými štátmi Európskej únie od strednej až východnej Európy a krajinami EU15. Pre tento účel sme si vybrali mladých ľudí (20-44) a ľudí v strednom veku (45-64) a našu pozornosť sme zamerali na choroby či rizikové faktory týchto vekových skupín, ktoré významne prispievajú na zväčšovanie zdravotnej rozdielnosti medzi východom a západom EÚ, meranej v predpokladanej dĺžke života. Profil krajiny opisuje veľkosť tohto rozdielu medzi Slovenskom a krajinami EU15, vrátane rozdielov v priemernej dĺžke života prerozdelených podľa veku a kategórie choroby. Analyzované skupiny chorôb, ktoré najviac prispeli k vzniknutému rozdielu boli kardiovaskulárne choroby a zranenia. Stručne sme analyzovali i ostatné príčiny predčasnej úmrtnosti. Ďalej sme charakterizovali záťaž alkoholom vrátane úmrtnosti zapríčinennej alkoholom; poruchy zdravia následkom pôsobenia tabaku vrátane úmrtnosti zapríčinennej fajčením a stručnú charakteristiku stravovania s jeho následkami na zdravie človeka. Potom sme zostavili závery a kľúčové body charakterizujúce najdôležitejšie fakty o zdravotnom stave na Slovensku. Na konci Profilu krajiny uvádzame vybranú literatúru k danej téme a doplnujúce obrázky: hodnotenia analyzovaných indikátorov pre všetky krajiny Európskej únie.

Na Slovensku, podobne ako v susednom Česku či Poľsku sa od 90-tych rokov dvadsiateho storočia dosiahlo u oboch pohlaví významné zlepšenie všetkých analyzovaných indikátorov zdravotného stavu. Slovensko spolu s Českom a Poľskom zaznamenali pre obe pohlavia najprudší pokles úmrtí následkom KVCH. Pozoruhodné pre obe pohlavia, najmä však u žien, je historicky najnižšia úmrtnosť následkom zranení zo všetkých krajín EU10. Slovensko má však ešte stále jednu z najvyšších úmrtností následkom cirhózy pečene u oboch pohlaví.

Profil krajiny: Slovensko

Slovensko



Slovensko sa rozprestiera na území 49 000 km², s počtom obyvateľov 5.4 milióna ľudí vrátane maďarskej etnickej menšiny tvoriacej asi 10%. Populácia Slovenska sa počas obdobia výskumu nemenila. V roku 1993 (po rozpade Československa na dva štáty) sa Slovensko stalo nezávislým štátom, po čom nasledoval silný posun k hospodárskej premene. Slovensko, krajina s vyšším priemerným príjmom, patrí medzi krajiny s najvyšším hospodárskym tempom rastu v Európskej únii. Avšak jeho HDP a výdavky na zdravie na osobu sú stále značne nižšie ako v Českej republike.

Rozdiely

Predčasná úmrtnosť u dospelých Slovákov (úmrtie medzi 20-64 rokom života) neustále narastala do roku 1990, kedy dosiahla svoj vrchol, 846 úmrtí na 100,000 ľudí. Potom nastal pokles, ktorý pokračoval až do roku 2002 (639/100,000). Pokles predčasnej úmrtnosti u mužov na Slovensku je na rovnakej úrovni ako u mužov v krajinách EÚ15. Pomer predčasných úmrtí Slovákov k mužom krajín EÚ15 ukazoval v roku 2002 1.92 (1.95 v roku 1990).

Tabuľka 1. Priemerná dĺžka života pri narodení (v rokoch) v roku 2002 v krajinách EU15, EU10 a na Slovensku

2002	muži	ženy
EU15	76,0	81,8
EU10	69,1	77,2
Slovensko	69,8	77,7

Vsi podatki in analize podatkov so dostopni na: <http://www.hem.waw.pl>

Predčasná úmrtnosť u dospelých Sloveniek dosiahla ustálenú úroveň v roku 1991 (301/100,000); potom začala celkom rýchlo klesať a tento trend sa udržal až do roku 2002 (226/100,000). Pokles predčasnej úmrtnosti Sloveniek je mierne rýchlejší ako u žien v ostatných krajinách EÚ. Pomer predčasných úmrtí Sloveniek k ženám krajín EÚ15 ukazoval v roku 2002 1.4 (1.5 v roku 1990).

Tabuľka 2. Rozdielnosť priemernej dĺžky života pri narodení v roku 2002 medzi krajinami EU15 a Slovenskom podľa vekových skupín

muži

Veková skupina	Rozdielnosť v priemernej dĺžke života (v rokoch)	Príspevie k rozdielnosti
0-1	0,18	3%
1-19	0,10	2%
20-44	0,74	12%
45-64	2,87	47%
65+	2,24	37%
Súčet	6,13	100%

ženy

Veková skupina	Rozdielnosť v priemernej dĺžke života (v rokoch)	Príspevie k rozdielnosti
0-1	0,33	8%
1-19	0,10	2%
20-44	0,08	2%
45-64	0,86	21%
65+	2,75	67%
Súčet	4,12	100%

Tabuľka 3. Rozdielnosť priemernej dĺžky života pri narodení v roku 2002 medzi krajinami EÚ15 a Slovenskom podľa príčin smrti (v rokoch)

muži

Veková skupina	KVCH	Rakovina	Infekcie	Iné	Zranenia
20-64	1,50	0,74	-0,05	0,70	0,72
%	42%	21%	-1%	19%	20%
celkovo	3,51	1,04	-0,07	0,80	0,86
%	57%	17%	-1%	13%	14%

ženy

Veková skupina	KVCH	Rakovina	Infekcie	Iné	Zranenia
20-64	0,43	0,23	-0,03	0,27	0,05
%	45%	24%	-3%	28%	5%
celkovo	3,60	0,30	-0,07	0,24	0,04
%	87%	7%	-2%	6%	1%

V roku 2002 bola predčasná úmrtnosť Slovákov nižšia (639/100,000) ako priemer u mužov ostatných krajín EÚ (682/100,000), ale vyššia než priemer krajín EÚ15 (333/100,000), Slovinska, Českej republiky a Poľska. Čo sa týka žien, percento predčasnej úmrtnosti (226/100,000) sa tiež pohybovalo v rozmedzí priemerov EÚ10 (261/100,000) a EÚ15 (162/100,000), avšak táto hodnota bola vyššia než v Českej republike a Poľsku.

Priemerná dĺžka života u mužov a žien na Slovensku v roku 2002 (69.8 a 77.7 rokov v tomto poradí) bola mierne vyššia než priemerná dĺžka života v krajinách EÚ10 (69.1 a 77.2 rokov), ale ďaleko od priemeru krajín EÚ15 (76.0 a 81.8 rokov). Najvyšší podiel (47%) rozdielu medzi krajinami EÚ15 a Slovenskom tvorí skupina mužov stredného veku (45-64 rokov), avšak u žien sa na tejto rozdielnosti podieľala veková skupina po 65 roku života – 67% rozdielu. K tomuto zdravotnému rozdielu medzi krajinami EÚ15 a Slovenskom prispeli kardiovaskulárne choroby a to vo veku 20-64 rokov, z čoho 42% tvorili muži a 45% ženy. Rakovina sa u oboch pohlaví podieľala zhruba na jednej štvrtine rozdielnosti pre priemernú dĺžku života. Zranenia, ako ďalší atribút, boli oveľa výraznejšie u mužov (20%) ako u žien (5%). Čo sa týka rizikových faktorov, úmrtnosť spojená s požívaním tabaku sa podpísala 42 percentami k rozdielu v priemernej dĺžke života u mužov vo veku 35-64 rokov (u žien tabak prispel k rozdielu -5%, čo znamená, že zhoršujúca sa úmrtnosť žien EÚ15 následkom tabaku prispela 5% k zmierneniu rozdielu medzi Slovenskom a krajinami EÚ15), požívanie alkoholu k 22 percentám rozdielnosti u mužov vo veku 20-64 rokov a k 13 percentám u žien tej istej vekovej skupiny.

Rizikom úmrtnosti v strednom veku sa Slovensko v roku 2002 priblížilo skôr k priemeru v krajinách EÚ10 ako k priemeru krajín EÚ15. Detailne, u mužov na Slovensku vo veku 20 až 64 rokov bolo toto riziko úmrtia 30.2%, v krajinách EÚ10 31,6% a v krajinách EÚ15 16.8%; pre ženy boli zodpovedajúce čísla v tom istom poradí: 12.1%, 13.6% a 8.6%. V období medzi

rokmi 1990 a 2002 bol pokles rizika predčasného úmrtia pre obe pohlavia vo veku 20-64 rokov na Slovensku väčší (7.5% u mužov a 3.6% u žien) než v krajinách EÚ10 (3.8% u mužov a 2.4% u žien) alebo ako v krajinách EÚ15 (4.6% u mužov a 2% u žien).

Kardiovaskulárne choroby (KVCH)

Vzrastajúci trend úmrtnosti následkom KVCH u mužov pred rokom 1990 mal dve fázy: prvou bol prudký nárast medzi rokmi 1971 a 1984 (z 225/100,000 na 300/100,000) a potom nasledovala fáza stability až do konca 80-tych rokov. Odvtedy pretrvával veľký pokles z 311/100,000 v roku 1990 na 213/100,000 v roku 2002. Koeficient pomerov Slovenska a krajín EÚ15 a Slovenska bol v roku 2002 2.7.

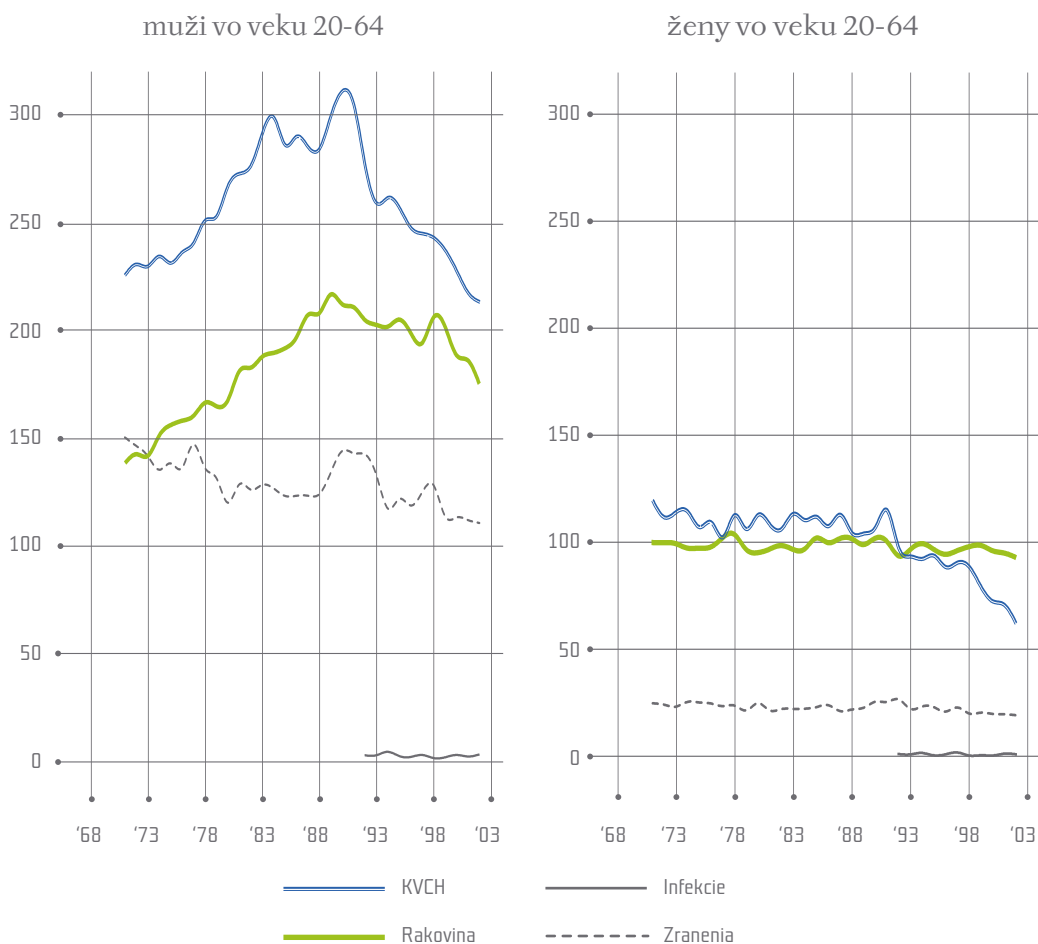
U žien zostal pomer predčasných úmrtí následkom KVCH až do roku 1991 na tej istej úrovni 115/100,000. Potom začalo toto percento značne klesať a v roku 2002 dosiahlo 62/100,000. V krajinách EÚ15 sa úmrtnosť následkom KVCH postupne znižovala počas celého obdobia výskumu. Koeficient pomerov na Slovensku a v krajinách EÚ15 bol u žien v roku 2002 2.2.

V období rokov 1990-2002 klesala úmrtnosť následkom KVCH u Slovákov ročne o 2.6%, čo je rýchlejšie než bol priemer v krajinách EÚ10 (1.9% ročne), ale pomalšie než v Českej republike (o 3.8% ročne – najrýchlejší pokles s výnimkou Fínska – 3.9%), Poľsku (3.2% ročne) a Slovinsku (3% ročne). U Sloveniek bol pokles úmrtnosti následkom KVCH jeden z najrýchlejších v EÚ – o 3.5% ročne; vyšší pokles dosiahlo už len Poľsko (3.7%), Česká republika (3.7%), a Írsko (4.1% ročne).

Predčasné úmrtia následkom KVCH u Slovákov boli v roku 2002 o 168% vyššie než v ostatných krajinách EÚ15 a u žien o 118% vyššie. V porovnaní s priemerom krajín EÚ10 bola predčasná úmrtnosť následkom KVCH na Slovensku iba o 7% nižšia u mužov, ale až o 23% nižšia u žien.

Schéma 1.

Trendy úmrtnosti vybraných príčin smrti



Zranenia

Predčasné úmrtia následkom zranení na Slovensku u mužov od začiatku obdobia výskumu kolísali až do roku 1990 (približne 140/100,000), potom tento pomer začal výrazne klesať, dosahujúc v roku 2002 priemer 111/100,000. V porovnaní s krajinami EÚ15, úmrtnosť počas celého trvania pozorovania nepretržite klesala. Výsledný pomer Slovenska a krajín EÚ15 dosiahol v roku 2002 1.9. U žien sa do roku 1992 udržalo toto percento nezmenené na rovnakej úrovni asi 26/100,000. Potom tento pomer začal klesať a v roku 2002 dosiahol 20/100,000.

V krajinách EÚ15 bola na začiatku úmrtnosť žien následkom zranení vyššia než na Slovensku i keď stále klesala. V roku 1985 percento zranení v krajinách EÚ15 kleslo pod hranicu slovenských a v klesajúcej tendencii pokračovalo. Do roku 2002 koeficient dosiahol priemer 1.2.

Predčasné úmrtia u mužov následkom zranení boli na Slovensku v roku 2002 nižšie (111/100,000) ako vo väčšine krajín EÚ10 (priemer EÚ10 bol 129/100,000), ale vyššie než v krajinách EÚ15 ako celku, s výnimkou Fínska (112/100,000). U žien úmrtnosť na Slovensku (20/100,000) bola najnižšia zo všetkých krajín EÚ10 a takisto nižšia ako v niektorých krajinách EÚ15 ako sú Belgicko, Fínsko, Luxembursko, Francúzsko a Dánsko.

Samovraždy na Slovensku tvorili podobný podiel úmrtí následkom zranení (27% u mužov a 21% u žien) ako v krajinách EÚ10 (29% u mužov a 26% u žien), ale nižší podiel ako v krajinách EÚ15 (33% u mužov a 37% u žien). Zranenia spôsobené dopravnými nehodami predstavovali u mužov a žien na Slovensku 24% a 30% z úmrtí spôsobených zraneniami (EÚ10: muži 24%, ženy 28%; EÚ15: muži 34%, ženy 30%).

Ostatné príčiny predčasnej úmrtnosti

Úmrtnosť následkom infekčných chorôb neprispela k rozdielnosti medzi krajinami EÚ15 a Slovenskom. V skutočnosti, v roku 2002 úmrtnosť následkom infekčných chorôb pre vekovú skupinu 20-64 rokov bola na Slovensku pre obe pohlavia nižšia než je priemer v krajinách EÚ15. Rakovina bola relatívne dôležitým prispievateľom k vyššej úmrtnosti na Slovensku v porovnaní s ostatnými krajinami EÚ15. To vysvetľuje 21% (0.7 roka) rozdielnosti v priemernej dĺžke života u mužov vo veku 20-64 rokov a 24% (0.2 roka) u žien. Iné zdravotné stavy sa podieľali na rozdielnosti v priemernej dĺžke života medzi krajinami EÚ15 a Slovenskom, u mužov 19% (0.7 roka) a 28% (0.3 roka) u žien.

Alkohol

Konzumácia alkoholu u dospelých na Slovensku bola v roku 2002 vyčíslená na 10.8l/rok/os, z čoho pivo tvorilo 48% z celkovej spotreby, víno 16% a tvrdý alkohol 36%. Konzumácia alkoholu klesala na Slovensku od začiatku 80-tych rokov. To bolo spôsobené najmä vďaka spotrebe piva a vína, ale na druhej strane spotreba tvrdého alkoholu počas tohto obdobia nepatrne vzrástla.

Do roku 1990 vzrástlo percento úmrtnosti následkom cirhózy pečene na Slovensku u oboch pohlaví (67/100,000 u mužov a 16/100,000 u žien). Po tomto roku sa dosiahol prevratný pokles, ale už po roku 1996 (33/100,000 u mužov a 9/100,000 u žien) začal počet úmrtí opäť narastať. V roku 2002 dosiahol pomer úmrtí priemer 44/100,000 u mužov a 16/100,000 u žien. Pre obe pohlavia to znamenalo približne rovnakú hodnotu, aká sa dosiahla v krajinách EÚ10 (42/100,000 a 14/100,000), ale až viac ako dvojnásobok priemeru v krajinách EÚ15 (17/100,000 a 7/100,000). V roku 2002 bol pomer podielov na Slovensku a v krajinách EÚ15 2.6 u mužov a 2,4 u žien.

Tabuľka 4. Rozdielnosť priemernej dĺžky života pri narodení v roku 2002 medzi krajinami EÚ15 a Slovenskom následkom alkoholu

muži

Veková skupina	Rozdielnosť v priemernej dĺžke života (v rokoch)	Rozdielnosť pripisovaná alkoholu (v rokoch)	Príspevie k rozdielnosti
20-64	3,61	0,79	22%

ženy

Veková skupina	Rozdielnosť v priemernej dĺžke života (v rokoch)	Rozdielnosť pripisovaná alkoholu (v rokoch)	Príspevie k rozdielnosti
20-64	0,94	0,13	13%

Na Slovensku bol v roku 2002 pomer úmrtí následkom alkoholu u mužov 138/100,000 a u žien 23/100,000. Tieto hodnoty sú vyššie než je priemer krajín EÚ10 (136/100,000 u mužov, 19/100,000 u žien) ako aj krajín EÚ15 (55/100,000 u mužov, 14/100,000 u žien). K počtu predčasných úmrtí následkom alkoholu u oboch pohlaví prispeli najmä počet úmrtí spôsobených zraneniami a cirhózou pečene.

V Sloveniji je bila leta 2002 umrljivosť mužov zaradi jetrne ciroze v starostni skupini od 20 do 64 let 40 na 100,000, žensk pa 16 na 100,000: pri oboch spolih je bilo povprečje podobno kakor v drzavah EÚ10 (42 na 100,000 oziroma 14 na 100,000), toda več kakor dvakrát višje od povprečja v drzavah EÚ15 (17 na 100,000 oziroma 7 na 100,000).

V Sloveniji je bila v letu 2002 prezgodnja umrljivosť, ki jo je mogoče pripisati pitju alkoholu, 98 na 100,000 prebivalcev pri mužov in 20 na 100,000 prebivalcev pri ženskah. Delež pri mužov je nižji od povprečja v drzavah EÚ10 (136 na 100,000), toda višji od povprečja drzav EÚ15 (55 na 100,000). Pri ženskah je bila prezgodnja umrljivosť, ki jo je mogoče pripisati alkoholu, višja kakor v večini drugih drzav EÚ10 in v drzavah EÚ15. Jetrna ciroza in poškodbe so v Sloveniji največ prispievale k prezgodnji umrljivosti, ki jo je mogoče pripisati alkoholu.

Tabak

V roku 2002 spôsobil rozsah fajčenia u Slovákov vo veku 20-64 rokov to, že ich podiel tvoriaci 40% bol o čosi nižší ako priemer krajín EÚ10 (42.7%) a vyšší než priemer krajín EÚ15 (35.5%). U žien toho istého veku tvoril podiel fajčiarok 23%, čo je menej ako priemer krajín EÚ15 (27%) a EÚ10 (25%). Údaje o rozsahu fajčenia a jeho časového vývoja sú však neúplné a nestále.

Úmrtia spôsobené rakovinou pľúc sa dajú použiť ako indikátory znamenajúce záťaž na zdravie, ktorú fajčenie spôsobuje. Na Slovensku do roku 1989 predčasná úmrtnosť následkom rakoviny pľúc u mužov narastala (76/100,000) a potom začala rapidne klesať (44/100,000 v roku 2002). V krajinách EÚ15 sa percento rakoviny pľúc u mužov ustálilo na jednej úrovni a začalo mierne klesať v poslednom desaťročí. Ich pomer na Slovensku ku krajinám

EÚ15 bol v roku 2002 1.4. Úmrtnosť Sloveniek vo veku 20-64 rokov následkom rakoviny pľúc vzrastala počas celého obdobia výskumu zo 4/100,000 v roku 1971 na 7/100,000 v roku 2002. Tieto hodnoty žien krajín EÚ15 počas daného obdobia narastali omnoho rýchlejšie než na Slovensku; v roku 2002 bol pomer Slovenska ku krajinám EÚ15 0,7.

V roku 2002 úmrtnosť mužov na Slovensku vo veku 20-64 rokov následkom rakoviny bola po Slovinsku druhou najnižšou spomedzi krajín EÚ10 (44/100,000). Avšak spomínaná hodnota bola vyššia ako priemer v krajinách EÚ15 (32/100,000). U Sloveniek bol tento pomer (7/100,000) hlboko pod priemerom krajín EÚ10 (12/100,000) a EÚ15 (11/100,000).

Pre vekovú skupinu 35-64 rokov zapríčinil tabak 434 úmrtí na 100,000 mužov a 36/100,000 žien. Tento výsledok bol spôsobený najmä úmrtnosťou spôsobenou KVCH (u mužov 44% a u žien 42%) a rakovinou (46% a 41%). Čo sa týka Slovenska, úmrtnosť spôsobená tabakom bola pre obe pohlavia nižšia ako priemer krajín EÚ10 (499/100,000 u mužov a 78/100,000 u žien).

Tabuľka 5. Rozdielnosť v priemernej dĺžke života pri narodení v roku 2002 medzi krajinami EÚ15 a Slovenskom následkom tabaku

muži

Veková skupina	Rozdielnosť v priemernej dĺžke života (v rokoch)	Rozdielnosť pripisovaná tabaku (v rokoch)	Príspevie k rozdielnosti
35-64	3,42	1,44	42%

ženy

Veková skupina	Rozdielnosť v priemernej dĺžke života (v rokoch)	Rozdielnosť pripisovaná tabaku (v rokoch)	Príspevie k rozdielnosti
35-64	0,93	-0,05	-5%

Strava

Údaje pre Slovensko boli dostupné od roku 1993 a ukazujú, že niektoré stravovacie návyky sa odlišujú od tých, ktoré sú v krajinách EÚ10. Konzumácia hovädzieho mäsa výrazne klesla zo 17 kg/os/rok za rok 1993 na 7 kg/os/rok za rok 2002, avšak spotreba hydiny sa počas tohto obdobia zdvojnásobila (z 12 na 26 kg/os/rok). Na Slovensku je konzumácia rýb a plodov mora veľmi nízka a klesá, ku koncu 90-tych rokov vzrástla konzumácia ovocia a zeleniny (ovocie: 78 kg/os/rok, zelenina: 106 kg/os/rok), hoci v posledných rokoch sa dosiahol výrazný pokles (v 2002 55 a 69 kg/os/rok).

Konzumácia živočíšnych tukov ukazuje kolísanie okolo priemeru krajín EÚ15, zatiaľ čo bol zaznamenaný zreteľný nárast konzumácie repkového (zo 4.5 na 8.8 kg/os/rok) a sójového oleja (z 0.4 na 1.7 kg/os/rok).

V roku 2002 na Slovensku 46% mužov vo veku 20-64 rokov malo nadváhu a 14% bolo obéznych; u žien boli tieto ukazovatele 23% a 15%. Taktiež sa veľmi rozšíril počet mužov s nadmernou váhou (60%) – najvyšší počet zo všetkých krajín EÚ10.

Záver

Na Slovensku začiatkom 90-tych rokov, po desaťročiach zlého zdravotného stavu, sa nepriaznivé zdravotné trendy rýchlo zmenili. V období rokov 1990-2002 bol na Slovensku zaznamenaný výrazný pokles počtu predčasných úmrtí dospelých vo veku 20 až 64 rokov. Jeho hlavnou príčinou bol rapídny pokles úmrtnosti následkom KVCH. Toto akoby prebiehalo súbežne s výsledkami zistenými v susednej Českej republike a v Poľsku. Tempo poklesu úmrtností následkom KVCH je jedným z najvyšších v Európe (u mužov o 2.6% ročne, EÚ10: 1.9%, EÚ15: 2.9%; u žien 3.5%, 2.3%, 2.8% ročne). Tak ako v Českej republike a Poľsku, nie sú príčiny tejto zmeny či jej rýchlosti celkom zrejmé. Najdôležitejším prvkom na objasnenie tohto javu sú pravdepodobne vo všetkých troch krajinách dramatické zmeny v stravovaní, najmä v štruktúre konzumácie tukov. V literatúre sa nám nepodarilo zistiť žiadne lokálne informácie, ktoré by popisovali tento výnimočný fenomén; toto zahŕňa názor prispenia moderných metód liečenia KVCH.

Zdravotný stav na Slovensku charakterizujú ďalšie tri javy. Prvým z nich je nízky počet úmrtí následkom zranení u oboch pohlaví, najmä však u žien. Slovensko (spolu s Českou republikou) patrí medzi najbezpečnejšie krajiny z EÚ10. U žien je stav samovrážd nižší než v mnohých krajinách EÚ15. Naproti tomu, úmrtnosť následkom cirhózy pečene vo veku 20-64 rokov bola v roku 2002 na Slovensku jednou z najvyšších z EÚ. Slovensko charakterizuje vysoká konzumácia domáceho alkoholu (vyrobeného zväčša z ovocia).

Kľúčové body

- Slovensko počas obdobia 1990-2002 prešlo významným nárastom priemernej dĺžky života (3 roky u mužov a 2 roky u žien); taktiež dosiahlo mimoriadny pokles predčasnej úmrtnosti dospelých;
- V rokoch 1990-2002 dosiahlo výrazný pokles úmrtnosti následkom KVCH (vo veku 20-64 rokov): 31% u mužov a 42% u žien;
- Pre obe pohlavia je úmrtnosť následkom zranení jednou z najnižších z krajín EÚ10;
- Úmrtnosť následkom cirhózy pečene u mužov a žien je jednou z najvyšších z EÚ;

Bibliografia

1. Baska T, Baskova M, Hudeckova H, Straka S, Mad'ar R. Increasing trends of tobacco use in medical students in Slovakia--a reason for concern? *Cent Eur J Public Health*. 2007;15:29-32.
2. Bobak M, Feachem R. Health Status in the Czech and Slovak Federal Rep. *Health Policy and Planning* 1992.
3. Bray I, Brennan P, Boffetta P. Projections of alcohol- and tobacco-related cancer mortality in Central Europe. *Int J Cancer* 2000;87:122-8.
4. Ginter E. High cardiovascular mortality in postcommunist countries: participation of oxidative stress? *Int J Vitam Nutr Res* 1996;66:183-9.
5. Ginter E. The epidemic of cardiovascular disease in Eastern Europe. *N Engl J Med* 1997;336:1915-6.
6. Gulis G, Korcova J, Letanovsky P, Marcinkova D. Transition and public health in the Slovak Republic. *BMJ* 2005;331:213-5.
7. Hlavačka S, Wágner R, Riesberg A. Health care Systems in Transition Slovakia. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004. Available from: <http://www.euro.who.int/countryinformation>
8. Highlights on Health in Slovakia. European Communities and World Health Organization 2001. Available from: <http://www.euro.who.int/countryinformation>
9. Kubik AK, Parkin DM, Plesko I, Zatonski W, Kramarova E, Mohner M, Friedl HP, Juhasz L, Tzvetansky CG, Reissigova J. Patterns of cigarette sales and lung cancer mortality in some central and eastern European countries, 1960-1989. *Cancer* 1995;75:2452-60.
10. Lissowska J, Bardin-Mikolajczak A, Fletcher T, Zaridze D, Szeszenia-Dabrowska N, Rudnai P, et al. Lung cancer and indoor pollution from heating and cooking with solid fuels: the IARC international multicentre case-control study in Eastern/Central Europe and the United Kingdom. *Am J Epidemiol* 2005;162:326-33.

Indikátory zdravia

Ako čítať zápis výsledkov krajiny

Indikátor zdravia

Vekové hodnoty štandardizované podľa svetového meradla populácie.*

Zmena



Veľmi dobre

- Významné zlepšenie indikátora.



Zlepšenie

- Nepatrné zlepšenie indikátora.



Veľmi zle

- Zhoršenie indikátora.

RPZ (Ročná percentuálna zmena)

- Pre pomerné čísla, úplná percentuálna zmena v období 1990-2002 .
- Pre priemernú dĺžku života, absolútny rozdiel medzi rokmi 1990 a 2002.
- Pre riziko úmrtia, rozdiel medzi hodnotami rokov 2002 a 1990 je vyjadrený v percentách.

Hodnotenie RPZ

Hodnotenie v rámci EU10 kde 1 je najlepšie a 10 najhoršie.

* Viac metodologických detailov o projekte nájdete na stránke: www.hem.waw.pl

Hodnotenie (posledných 10 stĺpcov)



Veľmi dobre

- Počas 1990-2002 zlepšenie svojho hodnotenia v rámci EU10 a zlepšenie daného indikátora zdravia.



Zlepšenie

- Počas 1990-2002 zlepšenie svojho hodnotenia v rámci EU10 avšak zhoršenie daného indikátora zdravia; ALEBO
- Počas 1990-2002 nenastala zmena svojho hodnotenia v rámci EU10 ale daný indikátor zdravia sa zlepšil.



Zhoršenie

- Počas 1990-2002 zhoršenie svojho hodnotenia v rámci EU10 avšak zlepšenie daného indikátora zdravia; ALEBO
- Počas 1990-2002 nenastala zmena svojho hodnotenia v rámci EU10 a daný indikátor zdravia sa zhoršil.











Veľmi zle

- Počas 1990-2002 zhoršenie svojho hodnotenia v rámci EU10 a zhoršenie daného indikátora zdravia.

Ukazovateľ úrovne krajiny sa nemusí posúvať takým istým smerom ako absolútna zmena daného ukazovateľa. Napríklad, ak si krajina síce polepší, ale oveľa pomalším tempom než ostatné krajiny zo skupiny, poradie danej krajiny je i napriek samotnému zlepšeniu menej priaznivé.

Slovensko, muži

INDIKÁTOR ZDRAVIA		Najlepšie v EU10	Najhoršie v EU10	Slovensko	Zmena	RPZ*	Poradie RPZ
Priemerná dĺžka života pri narodení (v rokoch)	1990	69,8	64,2	66,7		3,1**	4
	2002	72,6	64,7	69,8			
Riziko úmrtia, veková skupina 20-64 (%)	1990	29,4	41,0	37,7		-7,5***	2
	2002	23,8	43,1	30,2			
Úmrtosť následkom všetkých príčin, veková skupina 20-64 (štd. pomer/100,000 os-r)	1990	618,2	967,9	845,9		-2,0%	2
	2002	486,5	1039,8	638,8			
Úmrtosť následkom kardiovaskulárnych chorôb, veková skupina 20-64 (štd. pomer/100,000 os-r)	1990	163,4	371,5	311,0		-2,6%	4
	2002	104,4	370,6	213,4			
Úmrtosť následkom zranení, veková skupina 20-64 (štd. pomer/100,000 os-r)	1990	107,0	278,2	143,9		-1,9%	3
	2002	86,6	333,3	111,2			
Úmrtosť následkom samovrážd, veková skupina 20-64 (štd. pomer/100,000 os-r)	1990	17,7	70,9	35,6		-1,3%	3
	2002	23,2	112,2	30,0			
Úmrtosť následkom cirhózy pečene, veková skupina 20-64 (štd. pomer/100,000 os-r)	1990	9,1	85,3	67,4		-2,9%	1
	2002	22,4	96,5	43,7			
Úmrtosť následkom rakoviny pľúc, veková skupina 20-64 (štd. pomer/100,000 os-r)	1990	48,4	85,1	71,3		-3,2%	2
	2002	41,5	81,5	44,2			

*RPZ - Ročná percentuálna zmena v období rokov 1990-2002

** pre priemernú dĺžku života pri narodení je rozdiel medzi hodnotami rokov 2002 a 1990 vyjadrený v rokoch

*** pre riziko úmrtosti je rozdiel medzi hodnotami rokov 2002 a 1990 vyjadrený v percentách

NAJLEPŠIE		Hodnotenie vrámci EU10						NAJHORŠIE	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
				●					
			☀						
						●			
			☀						
					●				
			☀						
						●			
			☀						
				●					
		☀							
				●					
		☀							
								●	
							☀		
						●			
	☀								



Veľmi dobre



Zlepšenie











Zhoršenie



Veľmi zle

Slovensko, ženy

INDIKÁTOR ZDRAVIA		Najlepšie v EU10	Najhoršie v EU10	Slovensko	Zmena	RPZ*	Poradie RPZ
Priemerná dĺžka života pri narodení (v rokoch)	1990	77,8	73,2	75,7		2,1**	6
	2002	80,5	74,7	77,7			
Riziko úmrtia, veková skupina 20-64 (%)	1990	12,2	19,2	15,6		-3,6***	2
	2002	10,1	16,7	12,1			
Úmrtnosť následkom všetkých príčin, veková skupina 20-64 (štd. pomer/100,000 os-r)	1990	232,3	383,2	300,2		-2,1%	2
	2002	189,4	326,9	225,6			
Úmrtnosť následkom kardiovaskulárnych chorôb, veková skupina 20-64 (štd. pomer/100,000 os-r)	1990	54,8	127,4	107,0		-3,5%	3
	2002	32,9	122,2	62,2			
Úmrtnosť následkom zranení, veková skupina 20-64 (štd. pomer/100,000 os-r)	1990	22,3	54,5	25,3		-1,9%	4
	2002	19,6	63,1	19,6			
Úmrtnosť následkom samovrážd, veková skupina 20-64 (štd. pomer/100,000 os-r)	1990	53	19,7	6,9		-3,4%	3
	2002	41	12,1	4,1			
Úmrtnosť následkom cirhózy pečene, veková skupina 20-64 (štd. pomer/100,000 os-r)	1990	34	33,3	16,5		-0,4%	2
	2002	45	29,0	15,7			
Úmrtnosť následkom rakoviny pľúc, veková skupina 20-64 (štd. pomer/100,000 os-r)	1990	55	16,4	5,5		2,7%	7
	2002	38	26,2	7,3			

*RPZ - Ročná percentuálna zmena v období rokov 1990-2002

** pre priemernú dĺžku života pri narodení je rozdiel medzi hodnotami rokov 2002 a 1990 vyjadrený v rokoch

*** pre riziko úmrtnosti je rozdiel medzi hodnotami rokov 2002 a 1990 vyjadrený v percentách

NAJLEPŠIE		Hodnotenie vrámci EU10						NAJHORŠIE	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		●							
			☁						
					●				
			☀						
				●					
		☀							
					●				
			☀		☀				
			●						
☀									
			●						
☀									
						●			
					☀				
●									
				☁					



Veľmi dobre



Zlepšenie



Zhoršenie



Veľmi zle

Dodatočné
údaje/schémy

Tabuľka 1. Populácia a indikátory vývoja ľudstva - 2002

Krajina	Rozloha (km ²)	Populácia (v miliónoch)			Celková pôrodnosť			Prirodzený prírastok	
		1990	2002	Populačný rast v období 1990-2002	1990	2002	Zmeny v období 1990-2002	1990	2002
Bulharsko	110 910	9,0	7,9	-12,5%	1,81	1,21	-33%	-0,4	-5,9
Česká rep.	78 866	10,4	10,2	-1,6%	1,89	1,17	-38%	0,1	-1,5
Estónsko	45 226	1,6	1,4	-13,4%	2,04	1,37	-33%	1,8	-3,9
Maďarsko	93 030	10,4	10,2	-2,1%	1,87	1,30	-30%	-1,9	-3,5
Lotyšsko	64 589	2,7	2,3	-12,4%	2,01	1,24	-38%	1,1	-5,3
Litva	65 200	3,7	3,5	-6,2%	2,03	1,24	-39%	4,6	-3,2
Poľsko	312 679	38,1	38,2	0,3%	2,04	1,24	-39%	4,2	-0,1
Rumunsko	238 392	23,2	21,8	-6,1%	1,83	1,26	-31%	3,0	-2,7
Slovensko	49 037	5,3	5,4	1,5%	2,09	1,19	-43%	4,8	-0,1
Slovinsko	20 273	2,0	2,0	-0,2%	1,46	1,21	-17%	1,9	-0,6

Údaje o populácii z databázy úmrtnosti Svetovej zdravotníckej organizácie WHO

Údaje o celkovej pôrodnosti zo Štatistiky obyvateľstva 2004 EUROSTAT

Údaje o prirodzenom náraste pre rok 1990 z Demografickej ročenky Poľska 2005, pre rok 2002 zo Štatistiky obyvateľstva 2004 EUROSTAT

Údaje o HDP PKS z Medzinárodného menového fondu

^a Údaje o Lotyšsku, Litve a Slovinsku z roku 1992, o Estónsku a Slovensku z 1993

^b Hrubý pomer počtu prihlásených na terciárnu úroveň vzdelávania, počet prihlásených na akademické vzdelanie, Svetová banka

^c Údaje sa týkajú najposlednejšieho možného roka počas obdobia 1990-2004; Správa o vývoji ľudstva 2005

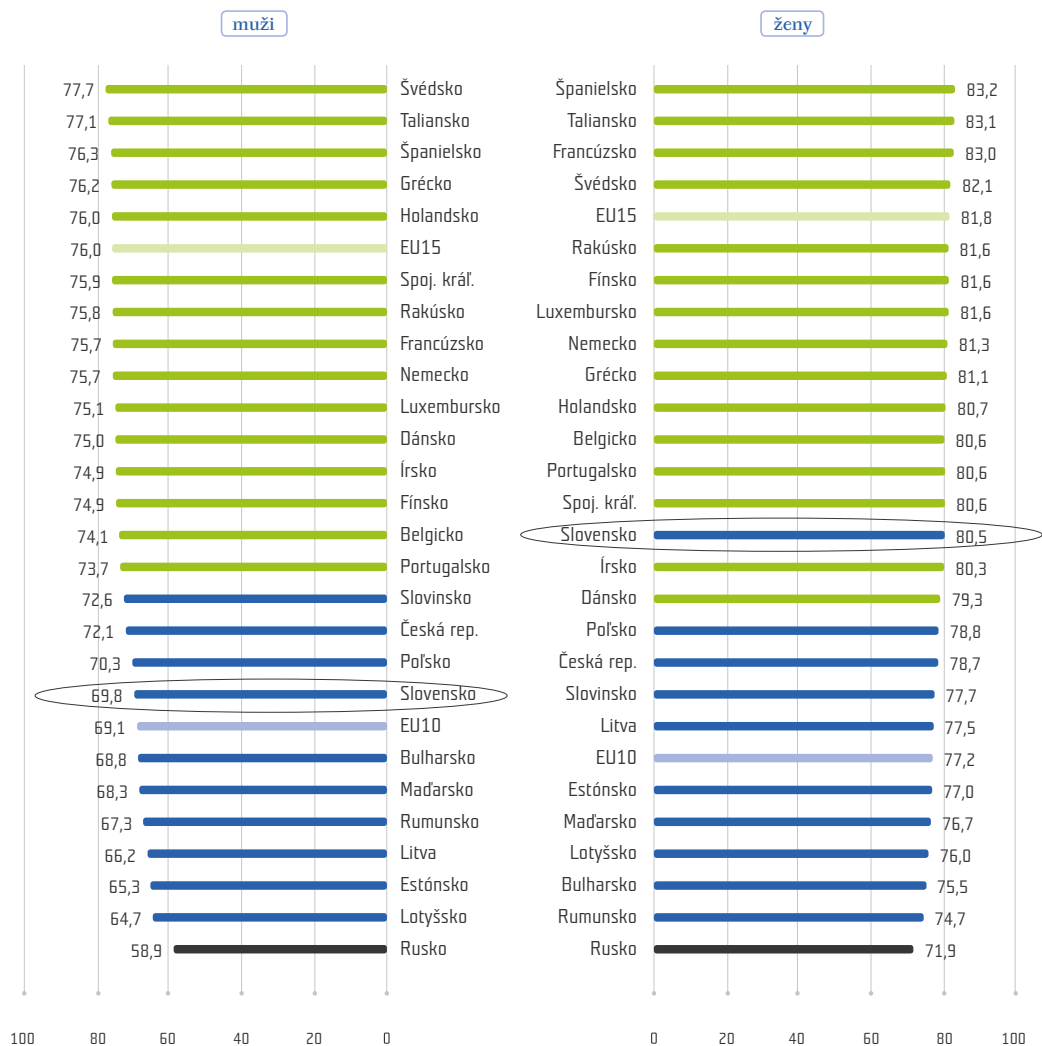
^d Údaje o Estónsku a Poľsku z roku 2004, o ostatných krajinách z roku 2005 (<http://www.who.int/whosis>)

Údaje o výdavkoch na zdravie na osobu (PKS US\$) zo Správy o vývoji ľudstva 2005

Údaje o indexe vývoja zdravia v roku 2002 zo Správy o vývoji ľudstva 2004

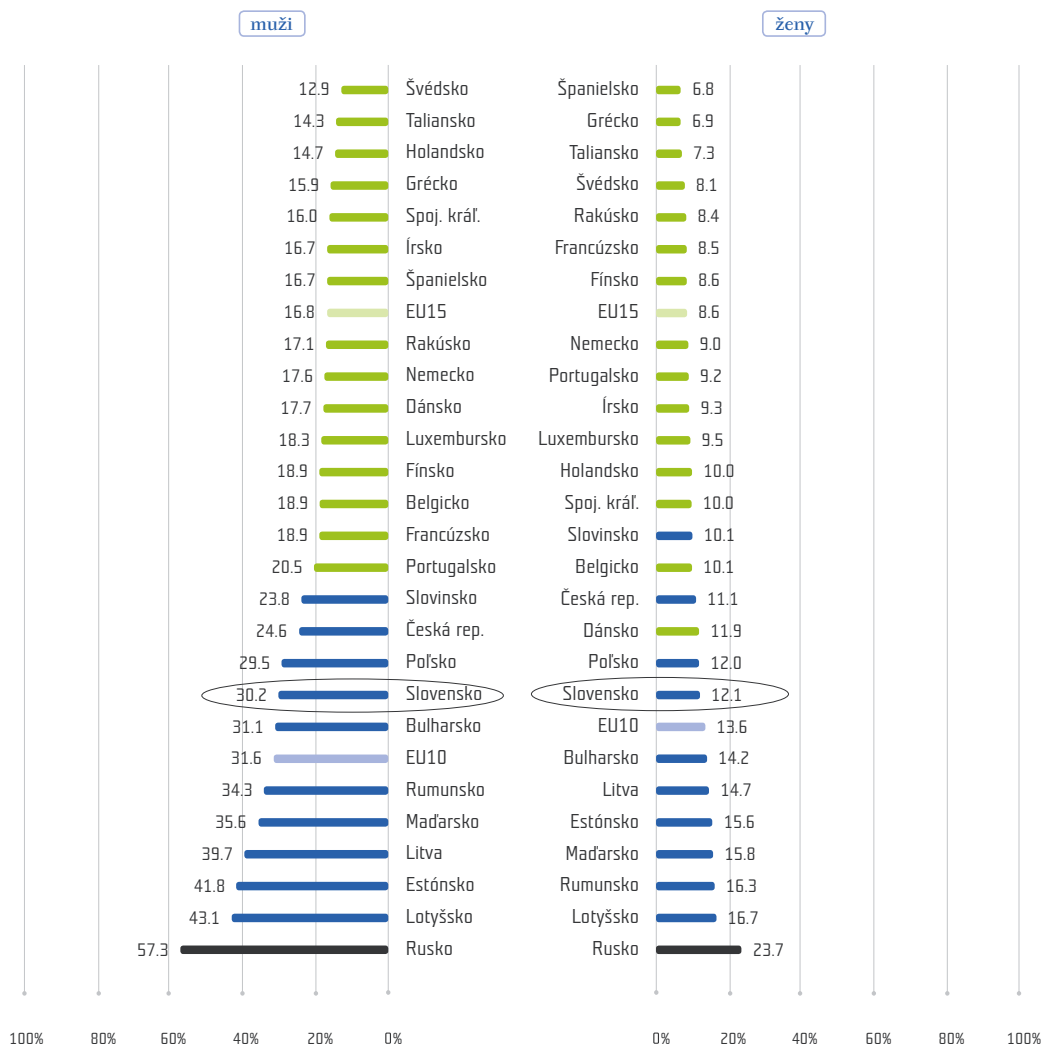
Vstúpili na terciárne vzdelávanie (%)		Hrubý domáci produkt na osobu (založený na parite kúpnej sily [PKS]) (US\$)			Index vývoja ľudstva 2002	Prístup k zdravotnej starostlivosti		
1990	2005	1990 ^a	2002	Ročné zmeny 1990 verzus 2002		Počet lekárov na 100,000 obyvateľov ^c	Počet emocničných lôžok na 10,000 obyvateľov ^d	Výdavky na zdravie na osobu (PKS US\$) 2002
32	44	6 765	6 948	0,2%	0,796	338	64	499
17	48	12 500	17 147	3,1%	0,868	343	84	1 118
27	66	5 803	11 684	11,3%	0,853	316	58	604
14	65	9 645	14 694	4,4%	0,848	316	79	1 078
26	74	5 121	9 583	8,7%	0,823	291	77	477
34	76	7 316	10 443	4,3%	0,842	403	81	549
22	63	5 925	11 217	7,4%	0,850	220	53	657
10	45	5 511	6 974	2,2%	0,778	189	66	469
16	41	7 588	12 737	7,5%	0,842	325	69	723
25	81	10 369	18 601	7,9%	0,895	219	48	1 547

Tabuľka 1. Priemerná dĺžka života pri narodení – 2002



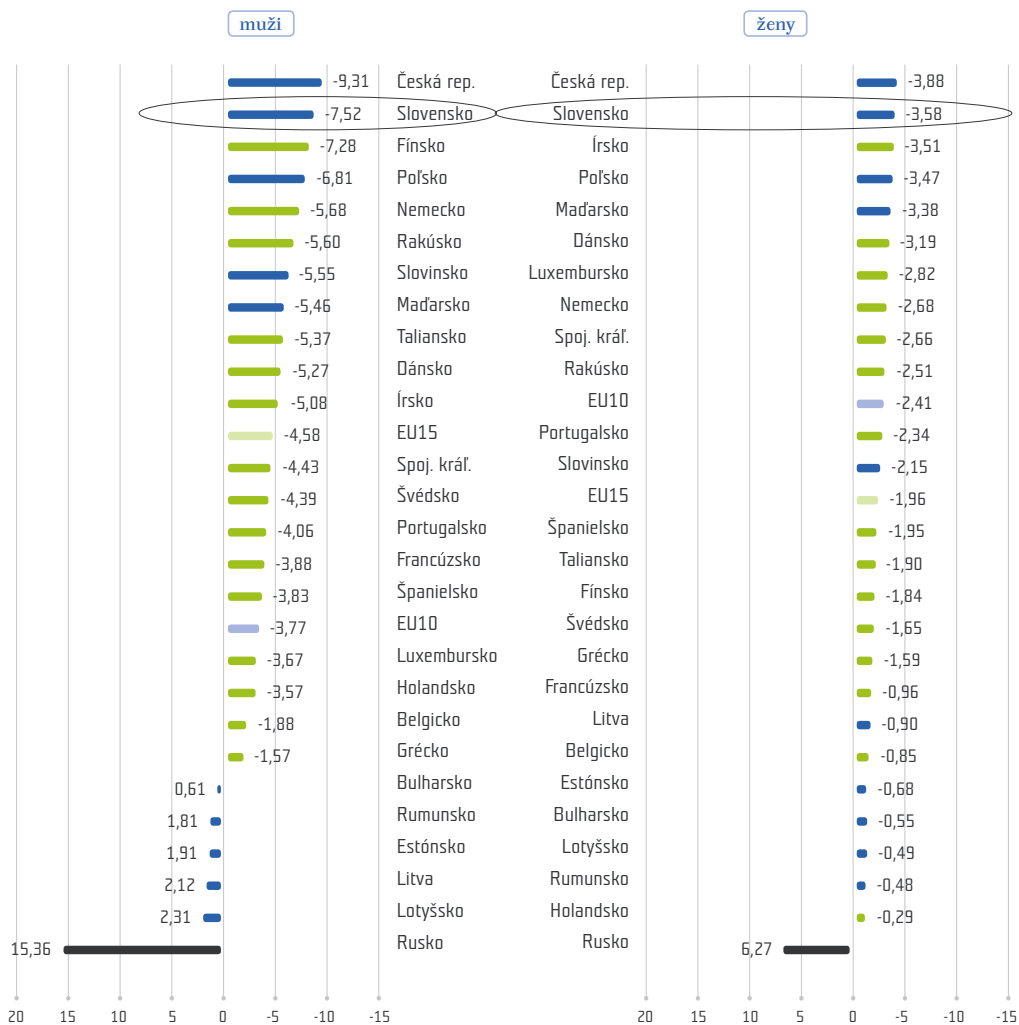
• Belgicko 1997, Dánsko 2001

Tabuľka 2. Riziko úmrtia vo veku 20-64 rokov – 2002



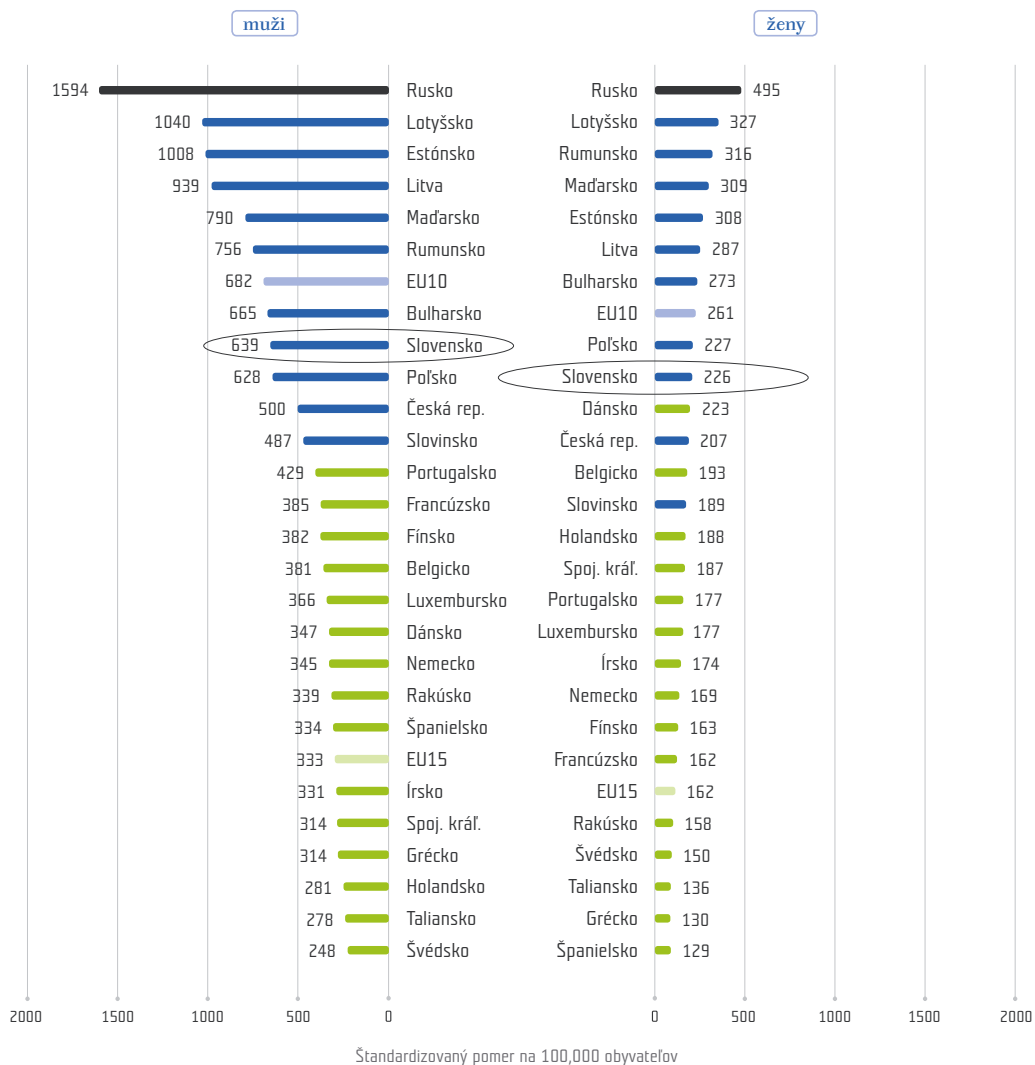
• Belgicko 1997, Dánsko 2001

Tabuľka 3. Zmeny v riziku úmrtia vo veku 20-64 rokov (v percentách)
– 1990 verzus 2002



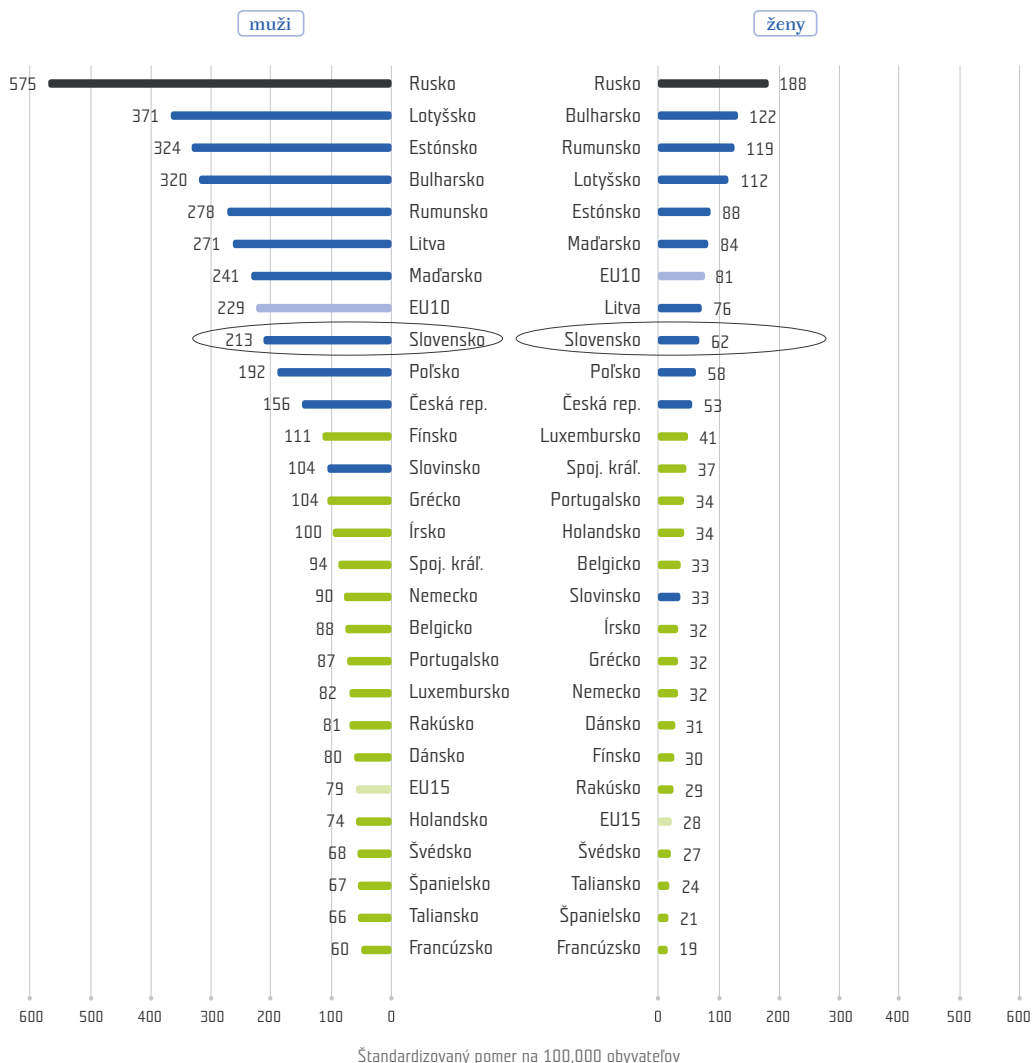
• Belgicko 1997, Dánsko 2001

Tabuľka 4. Všetky príčiny úmrtí vo veku 20-64 rokov – 2002



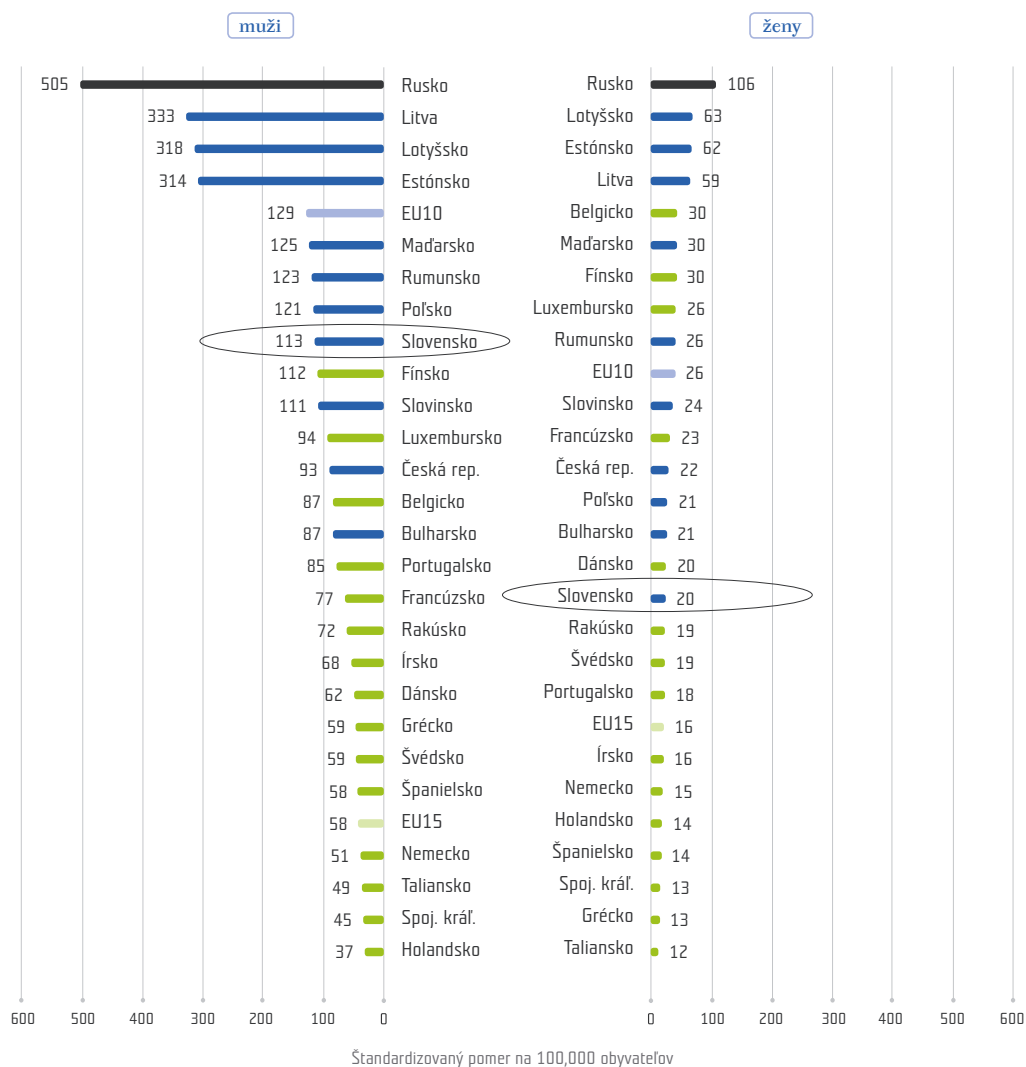
• Belgicko 1997, Dánsko 2001

Tabuľka 5. Úmrtnosť následkom kardiovaskulárnych chorôb vo veku 20-64 rokov – 2002



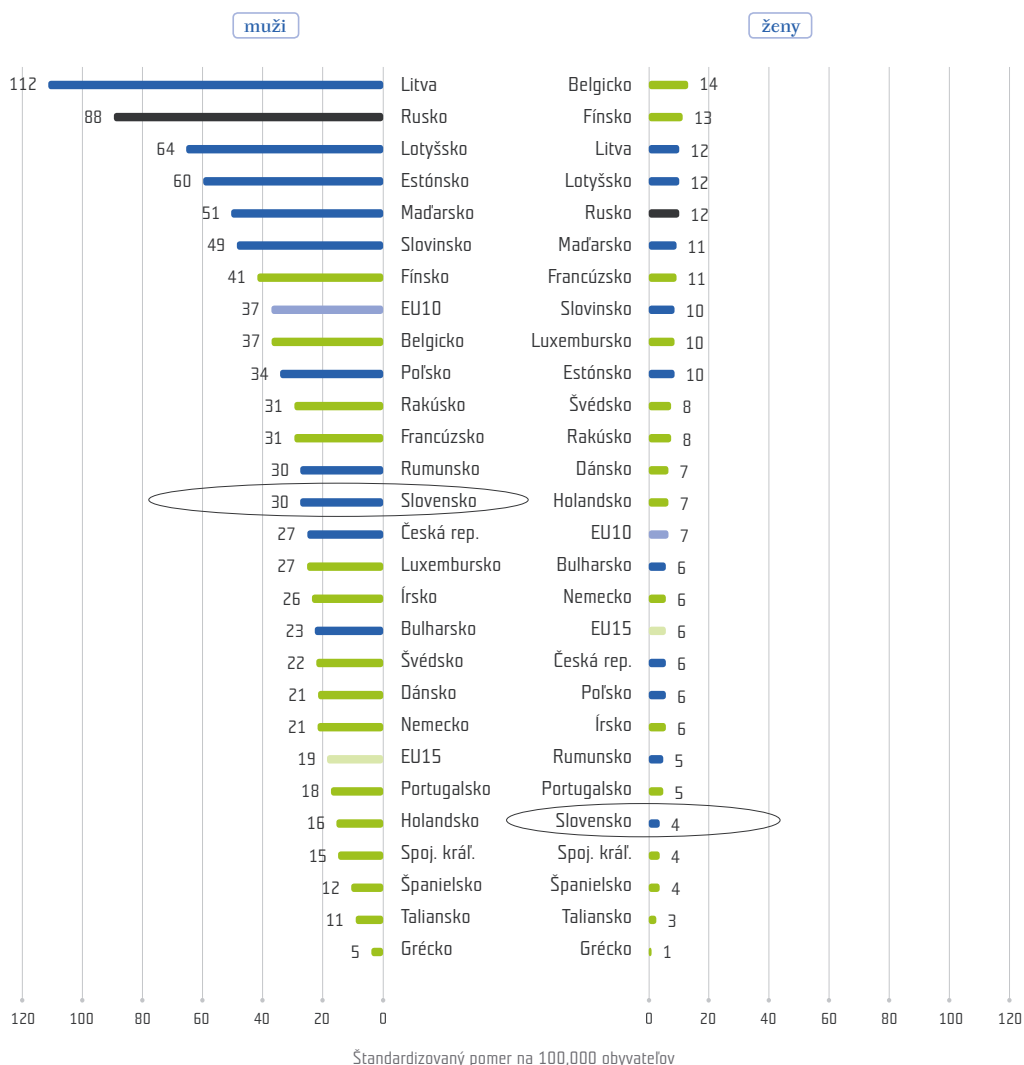
• Belgicko 1997, Dánsko 2001

Tabuľka 6. Úmrtnosť následkom zranení vo veku 20-64 rokov – 2002



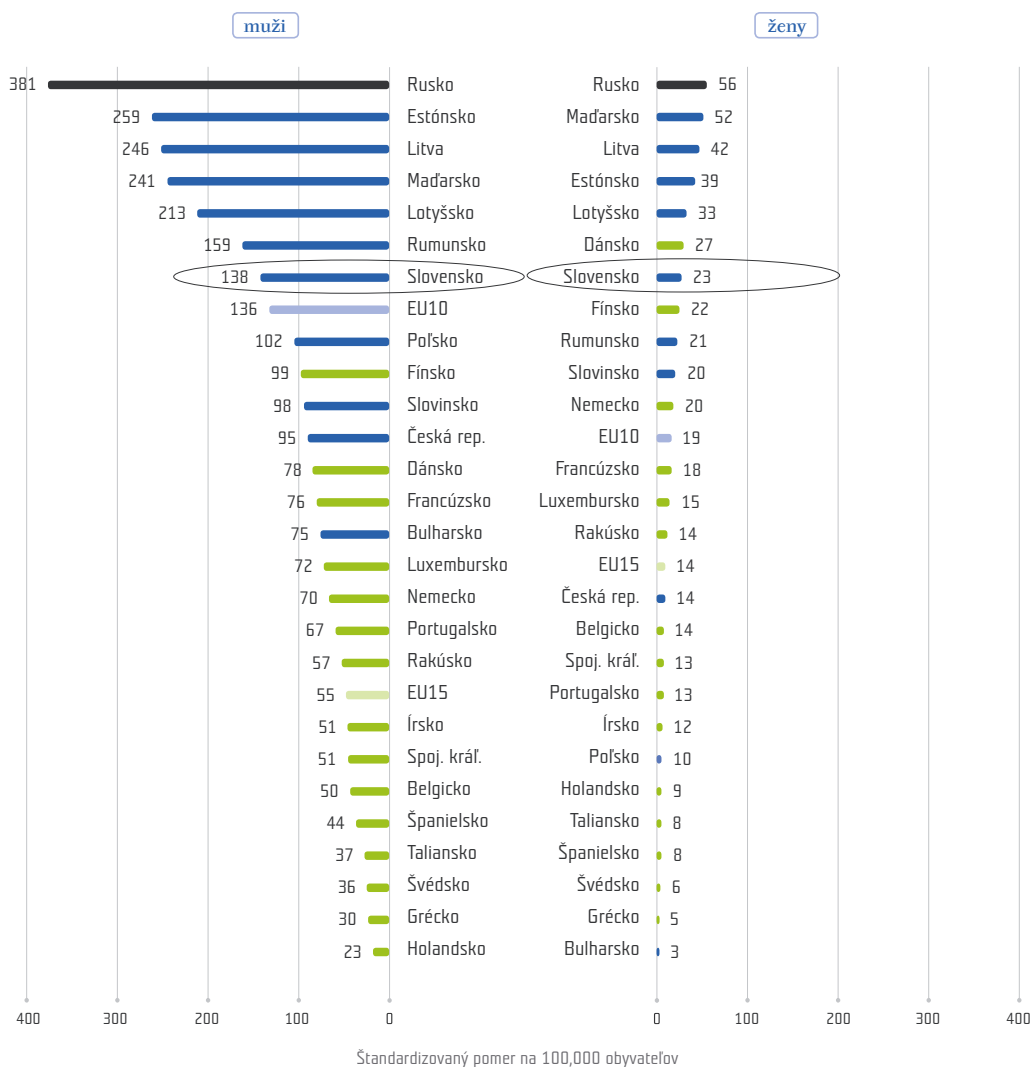
• Belgicko 1997, Dánsko 2001

Tabuľka 7. Úmrtnosť následkom samovrážd vo veku 20-64 rokov – 2002



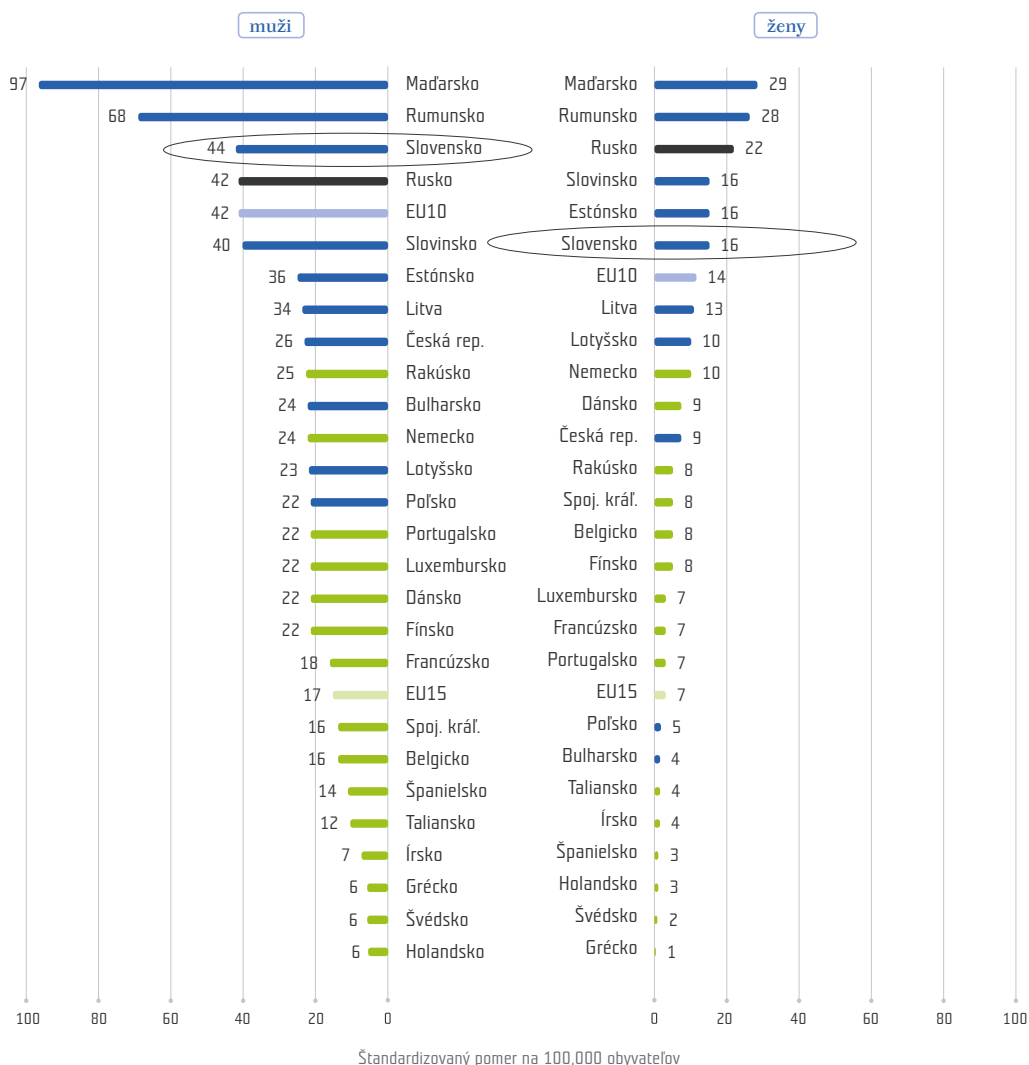
• Belgicko 1997, Dánsko 2001

Tabuľka 8. Úmrtnosť zapríčinená alkoholom vo veku 20-64 rokov – 2002



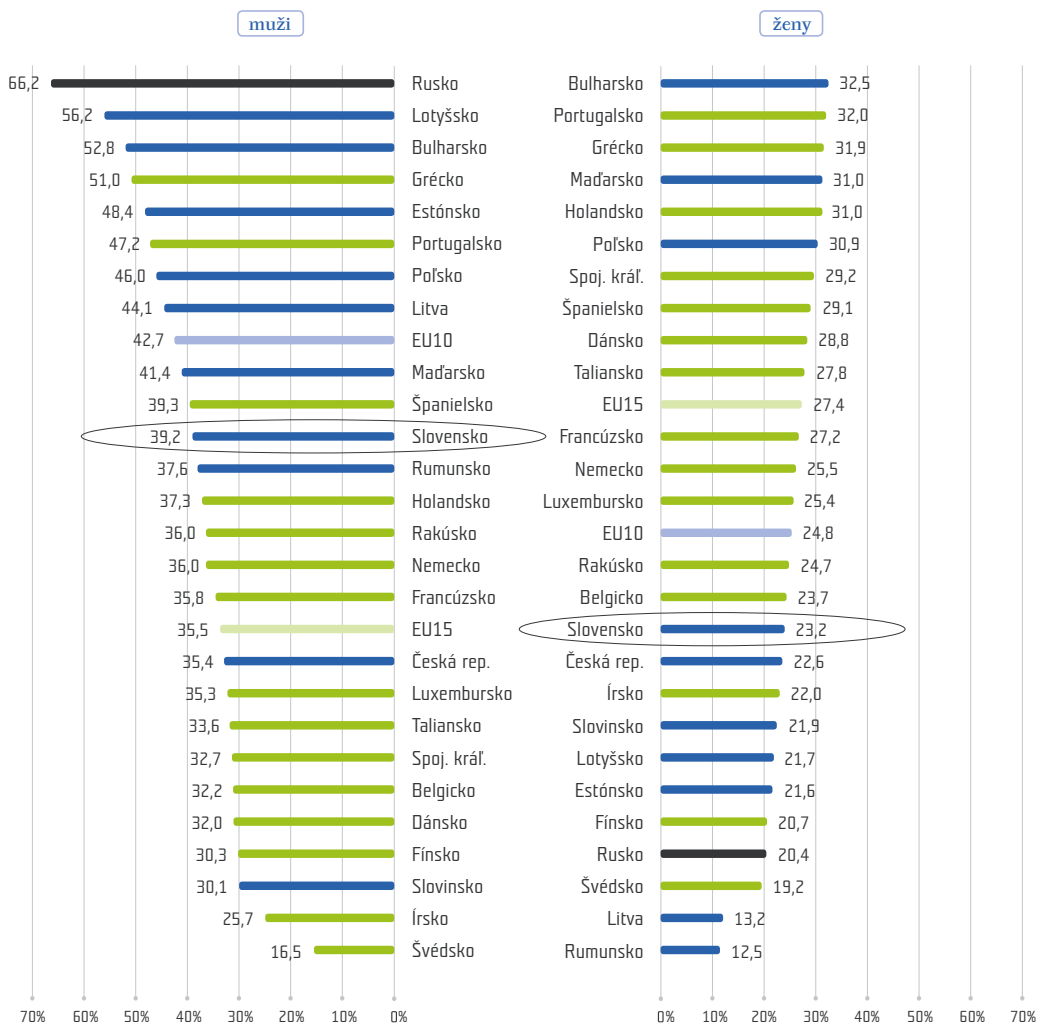
• Belgicko 1997, Dánsko 2001

Tabuľka 9. Úmrtnosť následkom cirhózy pečene vo veku 20-64 rokov – 2002



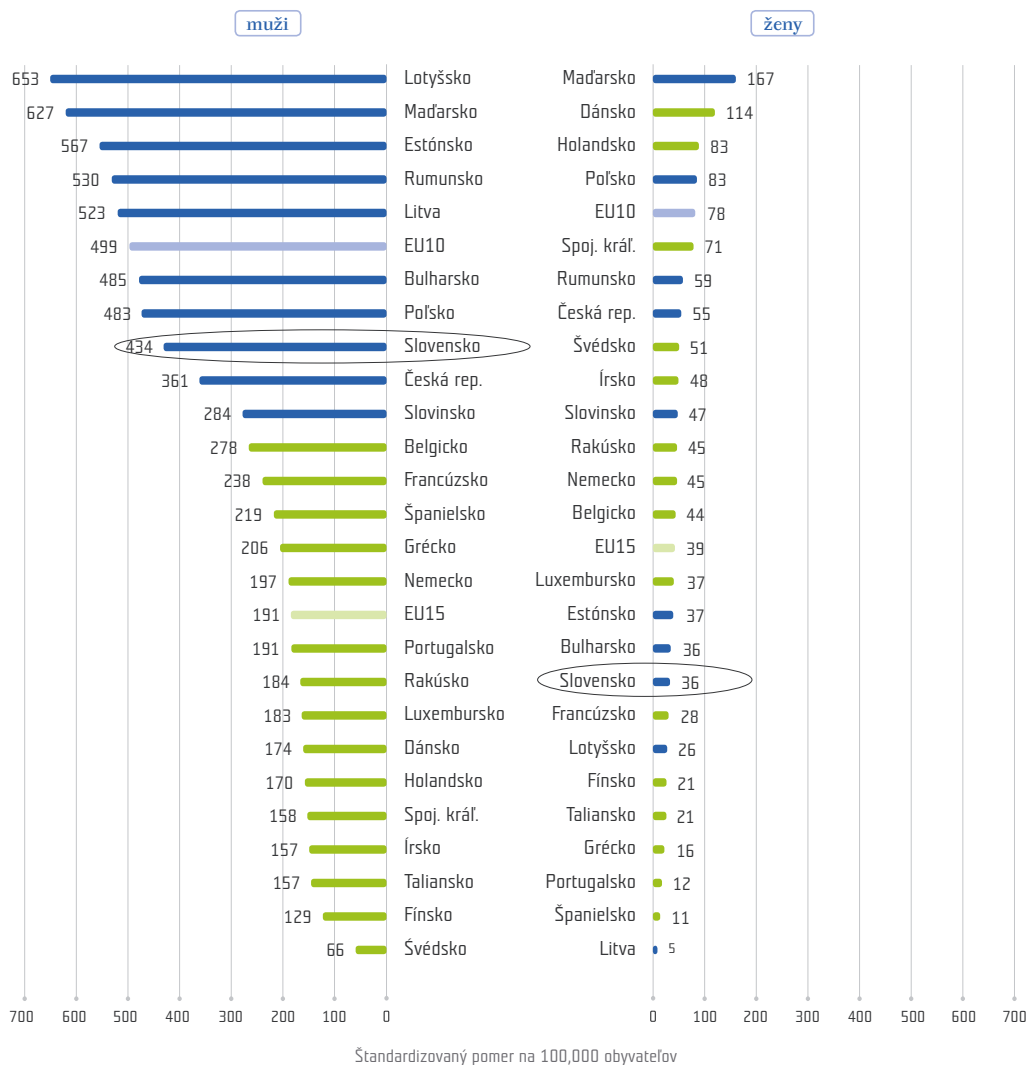
• Belgicko 1997, Dánsko 2001

Tabuľka 10. účasní fajčiari vo veku 20-64 rokov – 2002



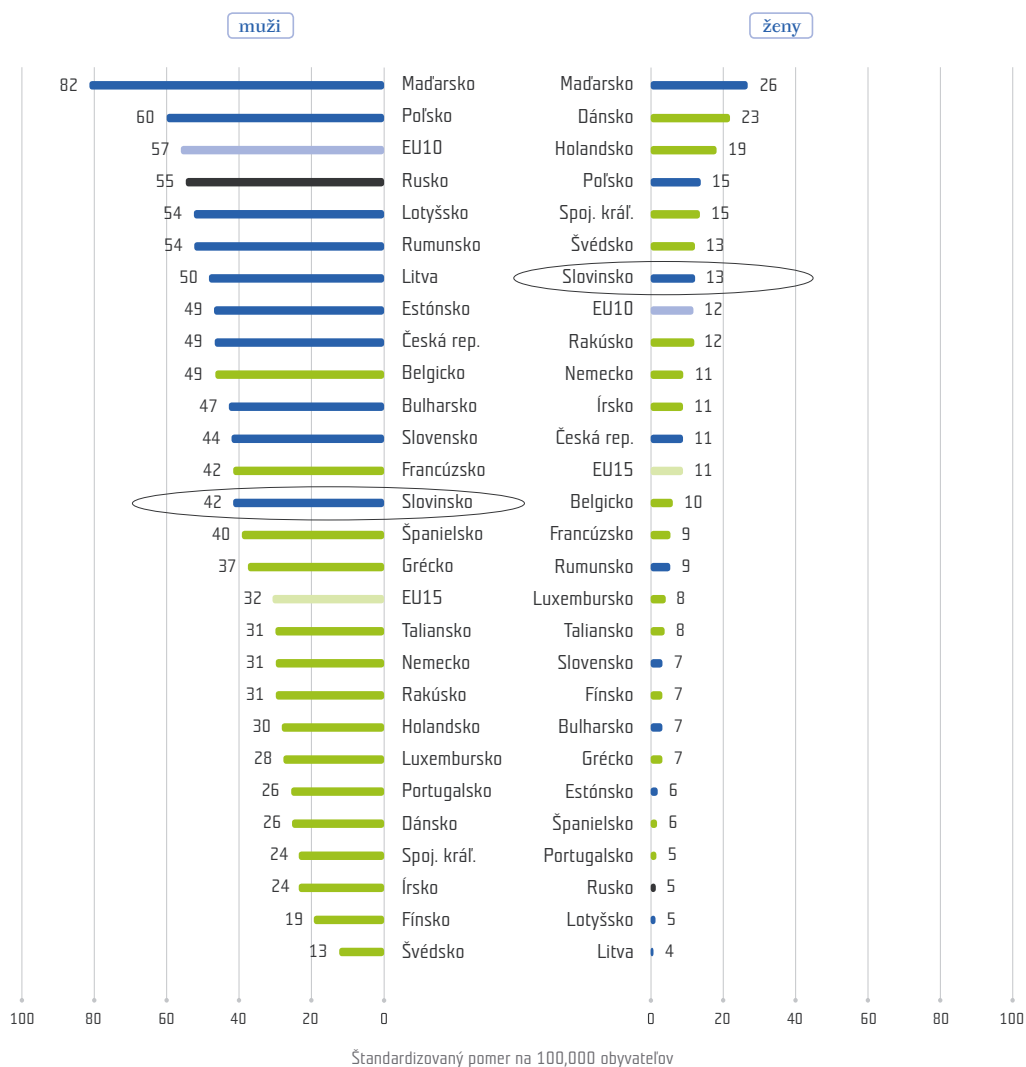
● Pre niektoré krajiny boli údaje upravené podľa populačných vážených hodnôt; Pre Grécko prevažuje veková skupina 25-64

Tabuľka 11. Úmrtnosť zapríčinená tabakom vo veku 35-64 rokov – 2002



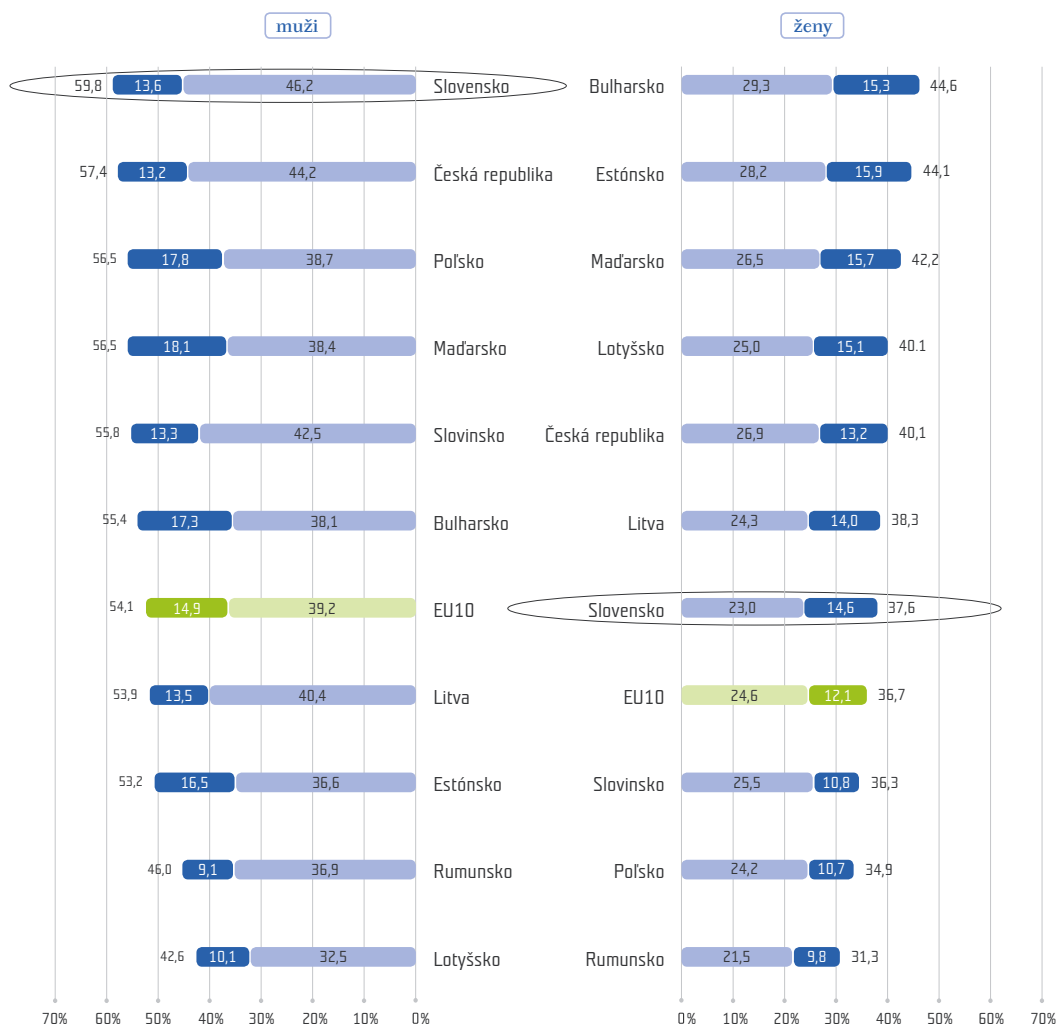
• Belgicko 1997, Dánsko 2001

Tabuľka 12. Úmrtnosť zapríčinená rakovinou pľúc vo veku 20-64 rokov – 2002



• Belgicko 1997, Dánsko 2001

Tabuľka 13. Prevalencia BMI ≥ 25 v krajinách EU10 vo veku 20-64 rokov – 2002



• Údaje krajín boli nahlásené, v Bulharsku boli váha a výška merané
 Pre Estónsko sú kategórie BMI pre vekovú skupinu 25-64 rokov

BMI ≥ 25 | Obezita

Zhrnutie projektu HEM

Zhrnutie projektu HEM

Zmierňovanie “Zdravotných rozdielov medzi Východom a Západom” je jednou z najväčších výziev, ktorým dnes Európska únia čelí. Zlepšujúci sa stav dospelých v stave zdravia, ktorý pre krajiny východnej Európy začal po skončení druhej svetovej vojny, narazil na útlm a neskôr sa zvrátil, s hroznými následkami na blaho týchto krajín. Na rozdiel od veľkej väčšiny zo všetkých industrializovaných krajín sveta, v období rokov 1960-1990 priemerná dĺžka života vo veku 20 rokov u mužov klesla, u žien sa nezmenila. Predčasná úmrtnosť dospelých (úmrtia vo veku 20-64 rokov), najmä u mužov, vrátane úmrtí následkom kardiovaskulárnych chorôb (KVCH), rakoviny pľúc a zranení, dosiahla takú úroveň, ktorá bola jednou z najvyšších vo svete. Rozdielnosť trendov predčasnej úmrtnosti dospelých v krajinách západnej Európy a bývalých socialistických krajinách viedla k zdravotným rozdielom alarmujúcich rozmerov. Pokles zdravia a jeho nepriaznivé ekonomické následky boli jedným z dôležitých faktorov v stagnácii ekonomiky týchto krajín.

Nie všetky správy z východnej Európy sú však zlé. V niektorých krajinách z bývalých socialistických krajín, predovšetkým v skupine krajín, ktorú by sme mohli nazvať krajinami strednej a východnej Európy (SVE) (Poľsko, Česká a Slovenská republika, Maďarsko, Slovinsko), sa zdravotné trendy neustále menili od začiatku transformácie (takmer až dve desaťročia). Priemerná dĺžka života v období rokov 1990-2002 začala vo všetkých týchto krajinách výrazne narastať, v priemere u mužov o 3.5 a u žien o 2.8 roka. Najviac fascinujúcim fenoménom týchto krajín je dramatický pokles chorobnosti a úmrtnosti následkom kardiovaskulárnych chorôb. Tento výsledok sa dosiahol vo všetkých vekových skupinách dospelých jedincov u oboch pohlaví. Tempo takéhoto vývoja patrí medzi najrýchlejšie dosiahnuté v Európe, i keď príčiny tohto veľkolepého zvratu nie sú celkom jasné. Zdá sa, že významným prvkom sú zmenené stravovacie návyky, ktoré na trh týchto krajín prinieslo uvedenie trhového hospodárstva a zmena cien rozličných druhov potravín. Najvýznamnejším faktorom by mohla byť zvýšená konzumácia nenasýtených mastných kyselín, akou je kyselina alfa-linolenová, ktorá v ľudskom organizme pokrýva nedostatok omega-3 mastných kyselín.

V druhej polovici 90-tych rokov sa pokles zdravia zastavil aj v ostatných piatich krajinách SVE, ktoré sú členmi EÚ (Bulharsko, Estónsko, Lotyšsko, Litva a Rumunsko), ale indikátory zdravia v týchto krajinách ešte stále neukazujú trvalo udržateľné zlepšenie. V porovnaní s krajinami EÚ15 v rokoch 1990-2002, sa zdravotné rozdiely buď nemenia (zväčša u žien) alebo jemne zväčšujú (najmä u mužov).

Ostatné dôležité javy charakterizujúce zdravotnú priepasť:

- Smrteľné zranenia zapríčinili skoro polovicu predčasných úmrtí dospelých mužov v pobaltských štátoch (Estónsko, Lotyšsko, Litva). Na rozdiel od nových členských štátov EÚ, kde sa za posledné desaťročie dosiahol klesajúci trend rovnako ako aj v krajinách EÚ15, smrteľné zranenia v pobaltských štátoch stále pokračujú vysokým tempom. Naša analýza naznačuje, že bezprostrednou príčinou vedúcou k veľmi vysokému počtu smrteľných zranení je alkohol.
- Alkohol, o ktorom sa v západnej Európe hovorí ako o eventuálnom faktore ochraňujúcim zdravie (najmä v krajinách Stredomoria), má vo všeobecnosti negatívny vplyv

na výsledný stav zdravia vo východnej Európe. Zdá sa, že veľmi vysoký podiel či už nevedome alebo vedome uvádzaných smrteľných zranení je zapríčinených práve vďaka konzumácii alkoholu. Rovnako i vysoký počet chorých na cirhózu pečene a na iné choroby spôsobené alkoholom (niektoré rakoviny) ich radia počtom medzi najvyššie v Európe – dosahujúc najvyšší počet nie len v Maďarsku a Rumunsku, ale aj na Slovensku či Slovinsku. Dva faktory môžu určovať omnoho vyššie percento poškodenia zdravia vo východných častiach Európskej únie v porovnaní so západnými časťami. Prvým z nich je spôsob pitia; v pobaltských štátoch alebo v Poľsku je pitie alkoholu “na záťahoch” prevládajúcim spôsobom konzumácie alkoholu. Denná spotreba miernych dávok alkoholu prakticky neexistuje (podľa poľskej štúdie iba menej než 1% populácie pije týmto spôsobom). Druhým faktorom je zloženie výrobku. V južných častiach regiónu (Slovinsko, predovšetkým Maďarsko, ale aj Slovensko, Rumunsko a aj Bulharsko) sa konzumuje veľké množstvo po domácky vyrobeného alkoholu. Niekoľké štúdie ukazujú, že obsahujú dlhé reťazce hepatotoxických alkoholových skupín, zatiaľ čo pobaltské krajiny majú problém s náhradným alkoholom (konzumný alkohol vo výrobkoch, na ktorých je výrazne uvedené, že nie sú určené na konzumáciu). Problém kontroly alkoholu sa v prvom rade týka krajín, pre ktoré vstup na európsky trh viedol k zníženiu regulačných kontrol a k nižším cenám alkoholu.

- Tabak je hlavnou príčinou predčasných úmrtí vo všetkých častiach EÚ, i keď úmrtnosť mužov spôsobená tabakom je v súčasnej dobe vyššia na východe. U žien je táto situácia omnoho rôznorodejšia; na východe sú krajiny z EÚ s najnižšou úmrtnosťou zapríčinenou tabakom (Litva a Rumunsko), ale aj s najvyššou úmrtnosťou (Maďarsko). Kontrola tabaku vo východných častiach Európskej únie má podobné rozmery ako tá v krajinách EÚ15, i keď s istým časovým omeškaním. Za posledné desaťročie sa čiastočne aj vďaka politickým zmenám nevyhnutným na vstup do Európskej únie dosiahol veľký pokrok v kontrole tabaku v krajinách EÚ10.

Zlepšovanie zdravia v strednej a východnej Európe je iba na začiatku a stále ostáva dlhá cesta na úplné vymazanie priepastných rozdielov medzi východom a západom. Dramatické “prirodzené experimenty”, ktoré sa dejú v tomto regióne sa vzťahujú na celý kontinent a kľúčovou úlohou európskych špecialistov na verejné zdravie bude vysvetliť ich a začať so zásahom v tejto oblasti.

Vybraná literatúra na tému

1. Bobak M, Skodova Z, Pisa Z, Poledne R, Marmot M. Political changes and trends in cardiovascular risk factors in the Czech Republic, 1985-92. *J Epidemiol Community Health* 1997;51:272-7.
2. Feachem R. Health decline in eastern Europe. *Nature* 1994;367:313-4.
3. Ginter E. The epidemic of cardiovascular disease in Eastern Europe. *N Engl J Med* 1997;336:1915-6.
4. Kesteloot H, Sans S, Kromhout D. Dynamics of cardiovascular and all-cause mortality in Western and Eastern Europe between 1970 and 2000. *Eur Heart J* 2006;27:107-13.
5. Leon DA, Chenet L, Shkolnikov VM, Zakharov S, Shapiro J, Rakhmanova G, Vassin S, McKee M. Huge variation in Russian mortality rates 1984-94: artefact, alcohol, or what? *Lancet* 1997;350:383-8.
6. Poledne R, Skodova Z. Changes in nutrition, cholesterol concentration, and cardiovascular disease mortality in the Czech population in the past decade. *Nutrition & Epidemiology* 2000;16:785-6.
7. Szucs S, Sarvary A, McKee M, Adany R. Could the high level of cirrhosis in central and eastern Europe be due partly to the quality of alcohol consumed? An exploratory investigation. *Addiction* 2005 April;100(4):536-42.
8. Zatonski W, Boyle P. Health transformations in Poland after 1988. *J Epidemiol Biostat* 1996;1:183-97.
9. Zatonski W, Jha P. The Health Transformation in Eastern Europe after 1990: A Second Look. Cancer Center and Institute of Oncology, Warsaw; 2000. Available form: <http://www.hem.home.pl/index.php?idm=58,59&cmd=1>
10. Zatonski W, McMichael AJ, Powles JW. Ecological study of reasons for sharp decline in mortality from ischaemic heart disease in Poland since 1991. *BMJ* 1998;316:1047-51.
11. Zatonski W. A Nation's Recovery. Case Study of Poland's Experience in Tobacco Control. Warsaw: Health Promotion Foundation; 2003. Available form: <http://www.hem.home.pl/index.php?idm=58,59&cmd=1s>

Publikácie vydané projektom HEM

1. Bagnardi V, Zatonski W, Scotti L, La Vecchia C, Corrao G. Does drinking pattern modify the effect of alcohol on the risk of coronary heart disease? Evidence from a meta-analysis. (*Journal of Epidemiology and Community Health* – in press 2008)
2. Bosetti C, Levi F, Lucchini F, Zatonski WA, Negri E, La Vecchia C. Worldwide mortality from cirrhosis: An update to 2002. *J Hepatol* 2007;46:827-39.
3. Didkowska J, Manczuk M, McNeill A, Powles J, Zatonski W. Lung cancer mortality at ages 35-54 in the European Union: ecological study of evolving tobacco epidemics. *BMJ* 2005;331:189-91.
4. Jha P, Peto R, Zatonski W, Boreham J, Jarvis MJ, Lopez AD. Social inequalities in male mortality, and in male mortality from smoking: indirect estimation from national death rates in England and Wales, Poland, and North America. *Lancet* 2006 Jul 29;368(9533):367-70.
5. Popova S, Rehm J, Patra J, Zatonski W. Comparing alcohol consumption in central and eastern Europe to other European countries. *Alcohol Alcohol* 2007;42(5):465-73
6. Powles JW, Zatonski W, Vander HS, Ezzati M. The contribution of leading diseases and risk factors to excess losses of healthy life in eastern Europe: burden of disease study. *BMC Public Health* 2005;5:116.
7. Rehm J, Sulkowska U, Manczuk M, Boffetta P, Powles J, Popova S, Zatonski W, Alcohol accounts for a high proportion of premature mortality in central and eastern Europe. *Int J Epidemiol* 2007;36:458-67.
8. West R, Zatonski W, Przewozniak K, Jarvis MJ. Can we trust national smoking prevalence figures? Discrepancies between biochemically assessed and self-reported smoking rates in three countries. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2007 Apr;16(4):820-2.
9. Zatonski W, Mikucka M, La Vecchia C, Boyle P. Infant mortality in Central Europe: effects of transition. *Gac Sanit* 2006;20:63-6.
10. Zatonski W. The East-West Health Gap in Europe--what are the causes? *Eur J Public Health* 2007 Apr;17(2):121.
11. Zatonski WA, Willett W. Changes in dietary fat and declining coronary heart disease in Poland: population based study. *BMJ* 2005;331:187-8.
12. Zatonski WA, Manczuk M, Powles J, Negri E. Convergence of male and female lung cancer mortality at younger ages in the European Union and Russia. *Eur J Public Health* 2007 Oct;17(5):450-4.
13. Zatonski W, Didkowska J. Closing the gap: cancer in Central and Eastern Europe. In: Coleman MP, Alexe D-M, Albrecht T, Mckee M, editors. *Responding to the challenge of cancer in Europe*. Ljubljana: Institute of Public Health of the republic of Slovenia; 2008. p. 253-78.
14. Zatonski W, Didkowska J. Closing the gap: Cancer in Central and Eastern Europe (CEE). *Eur J Cancer* 2008, doi:10.1016/j.ejca.2008.02.014

15. Zatonski W, Campos H, Willett W. Rapid declines in coronary heart disease mortality in Eastern Europe are associated with increased consumption of oils rich in alpha-linolenic acid. *Eur J Epidemiol* 2008;23(1):3-10.
16. Zatonski W, Sulkowska U, Manczuk M, Rehm J, Boffetta P, Lowenfels A, La Vecchia C. Liver cirrhosis mortality: time trends in Europe. (In preparation)
17. Zatonski W, Przewozniak K, Sulkowska U, West R. and the HEM project collaborative team. Tobacco smoking in European Union countries. (In preparation)
18. Zatonski W, Manczuk M, Lund J, Rehm J. Premature Mortality from Injuries in the European Union and Russia. (In preparation)

