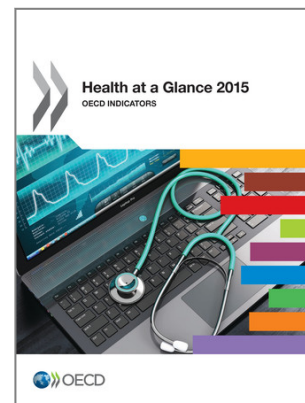


OECD *Multilingual Summaries*

Health at a Glance 2015

OECD Indicators

Summary in Czech



Celý text si můžete přečíst na adrese: 10.1787/health_glance-2015-en

Pohled na zdravotnictví 2015

Ukazatele OECD

Přehled v českém jazyce

Pohled na zdravotnictví 2015 představuje mezinárodní srovnání zdravotního stavu obyvatel a kvality zdravotnických systémů v zemích OECD, kandidátských zemích a hlavních rozvíjejících se ekonomikách. Letošní ročník obsahuje dva nové prvky: soubor ukazatelů zdravotních výsledků a zdravotnických systémů (v 1. kapitole), který podává souhrnné srovnání zemí OECD, a zvláštní kapitolu o nejnovějších trendech ve výdajích na léčiva v zemích OECD. Publikace přináší následující hlavní zjištění.

Bez změny přístupu povedou nové léky k nárůstu výdajů na léčiva

- Výdaje na léčiva dosáhly v roce 2013 v zemích OECD zhruba 800 miliard USD. Přičteme-li k maloobchodnímu nákupu léků spotřebu léčiv v nemocnicích, představují tyto výdaje asi 20 % celkových výdajů na zdravotnictví.
- Nárůst výdajů na léčiva v maloobchodě se v posledních letech ve většině zemí OECD zpomalil, zatímco výdaje na léčiva v nemocnicích se převážně zvýšily.
- Nástup nových, nákladných speciálních léků, které jsou určeny malému počtu pacientů a/nebo k léčbě závažných onemocnění vyvolal novou diskusi o dlouhodobé udržitelnosti a efektivitě výdajů na léčiva.

Střední délka života se neustále zvyšuje, mezi jednotlivými zeměmi a sociodemografickými skupinami však přetrvávají značné rozdíly

- Střední délka života v zemích OECD nepřetržitě roste, každý rok se zvýší v průměru o 3-4 měsíce. V roce 2013 byla průměrná naděje dožití při narození 80,5 roku, od roku 1970 tedy vzrostla o více než deset let. Skupinu osmi zemí OECD, v nichž střední délka života již přesáhla 82 let, vedou Japonsko, Španělsko a Švýcarsko.
- Za několik posledních desetiletí také vzrostla střední délka života v hlavních rozvíjejících se ekonomikách, konkrétně v Indonésii, Brazílii a Číně, které se tak rychle přiblížily k průměru OECD. Daleko slabší byl pokrok v Jihoafrické republice (hlavně kvůli epidemii HIV/AIDS) a v Ruské federaci (především kvůli vzestupu zdravotně rizikového chování mužů).
- Ženy mají v zemích OECD o více než pět let vyšší naději dožití než muži, rozdíl se však od roku 1990 o 1,5 roku snížil.
- Lidé s nejvyšší úrovní dosaženého vzdělání žijí průměrně o šest let déle než lidé s nejnižším vzděláním. Tento rozdíl je obzvláště výrazný u mužů, kde činí v průměru téměř osm let.

V zemích OECD je rekordní počet lékařů a zdravotních sester

- Počet lékařů a zdravotních sester se od roku 2000 zvýšil v téměř všech zemích OECD, a to jak v absolutním vyjádření, tak v poměru k počtu obyvatel. Nárůst byl mimořádně rychlý v některých zemích, které měly v roce 2000 lékařů spíše méně (například Turecko, Korea, Mexiko a Spojené království), silný růst však zaznamenaly i země, kde byl počet lékařů již v roce 2000 relativně vysoký (např. Řecko, Rakousko a Austrálie).

- Tento nárůst byl způsoben jednak zvýšením počtu studentů přijímaných do lékařských a zdravotnických studijních programů na domácích školách, jednak tím, že k uspokojení aktuálních potřeb přišlo do zemí OECD pracovat více lékařů a zdravotních sester ze zahraničí.
- V zemích OECD připadají na jednoho praktického lékaře v průměru více než dva specialisté. V některých zemích vede příliš pomalý nárůst počtu praktických lékařů k obavám ze zhoršení dostupnosti primární zdravotní péče pro všechny obyvatele.

Překážkou přístupu ke zdravotní péči zůstává finanční spoluúčast pacientů

- Ve všech zemích OECD, s výjimkou Řecka, Spojených států a Polska, existuje všeobecná dostupnost základních služeb zdravotní péče. V Řecku mnoho živnostníků a dlouhodobě nezaměstnaných vypadlo ze systému zdravotního pojištění v důsledku hospodářské krize. Od června 2014 však byla přijata opatření, která mají nepojištěným umožnit přístup k lékům na předpis a pohotovostním službám. Ve Spojených státech klesl podíl obyvatel bez zdravotního pojištění z 14,4 % v r. 2013 na 11,5 % v r. 2014 poté, co vstoupil v platnost zákon o dostupné péči (Affordable Care Act). V r. 2015 se očekává další snížení tohoto podílu.
- Překážkou dostupnosti zdravotní péče může být finanční spoluúčast pacientů. V zemích OECD tvoří přímé platby pacientů průměrně 20 % zdravotnických výdajů. Ve Francii a Spojeném království je spoluúčast nižší než 10 %, v Mexiku, Koreji, Chile a Řecku přesahuje 30 % výdajů. V Řecku se podíl přímých plateb pacientů zvýšil od r. 2009 o 4 procentní body, neboť došlo k omezení veřejných výdajů.
- Domácnosti s nízkými příjmy čtyřikrát až šestkrát častěji než domácnosti s vysokými příjmy uvádějí, že se jim z finančních či jiných důvodů nedostává potřebné zdravotní a zubní péče. V některých zemích, například v Řecku, se podíl obyvatel, kteří si stěžují na nedostatek zdravotní péče, během hospodářské krize více než zdvojnásobil.

Stále umírá příliš mnoho lidí, protože kvalita péče se nezlepšuje dost rychle

- Pokroky v léčbě smrtelných onemocnění jako infarkt myokardu či mozková mrtvice přinesly ve většině zemí OECD snížení úmrtnosti. Míra úmrtnosti po hospitalizaci s infarktem myokardu poklesla mezi lety 2003 a 2013 o zhruba 30 %, v případě mozkové mrtvice došlo k poklesu asi o 20 %. Navzdory těmto úspěchům může ještě mnoho zemí zlepšit uplatňování nejlepších postupů akutní péče a úmrtnost po prodělaném infarktu a mrtvici snížit.
- Díky včasné diagnóze a lepší léčbě se ve většině zemí prodloužila doba přežití u řady nádorových onemocnění. Například u rakoviny prsu a rakoviny tlustého střeva a konečníku se míra pětiletého přežití zvýšila z průměrných zhruba 55 % u případů odhalených a sledovaných v letech 1998-2003 na více než 60 % u případů diagnostikovaných a sledovaných o deset let později (2008-2013). Některé země však v ukazatelích přežití onkologických pacientů dosud zaostávají, to je případ Chile, Polska a Spojeného království.
- Kvalita primární péče se v řadě zemí zlepšila, jak dokládá setrvalý pokles počtu zbytečných hospitalizací kvůli chronickému onemocnění. Ve všech zemích je však možné primární péči dále zlepšit a nákladné hospitalizace tak ještě více omezit. To se jeví jako nutné vzhledem ke stárnutí populace a rostoucímu počtu pacientů, kteří trpí alespoň jednou chronickou chorobou.
- Na kvalitu zdravotní péče lze usuzovat i z praxe v předepisování léků. Například antibiotika by se měla předepisovat jen v případech, kde je to prokazatelně nutné, aby se snížilo nebezpečí antimikrobiální rezistence. Rozdíly mezi zeměmi OECD v celkovém objemu spotřeby antibiotik dosahují více než čtyřnásobku. Nejnižší spotřebu vykazují Chile, Nizozemí a Estonsko, nejvyšší naopak Turecko a Řecko. Omezit zbytečnou spotřebu antibiotik je naléhavý, ale náročný úkol, k jehož splnění je třeba řady koordinovaných iniciativ od dohledu a regulace po vzdělávání odborných pracovníků i pacientů.

© OECD

Tento přehled není oficiálním překladem OECD. OECD-oversettelse.

Reprodukce tohoto přehledu je povolena, jsou-li uvedena autorská práva OECD a název původní publikace.

Vícejazyčné přehledy jsou překlady výtahů z publikací OECD původně publikovaných v angličtině a francouzštině.

Jsou zdarma k dispozici v internetovém knihkupectví OECD www.oecd.org/bookshop

Další informace vám poskytne Odbor pro legislativu a překlady při OECD, Ředitelství pro veřejné záležitosti a komunikaci rights@oecd.org , fax: +33 (0)1 45 24 99 30.

OECD Rights and Translation unit (PAC)

2 rue André-Pascal, 75116

Paris, France

Navštivte naši internetovou stránku www.oecd.org/rights



Přečtěte si na portálu OECD iLibrary plné znění anglické verze!!

© OECD (2015), *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, OECD Publishing.

doi: 10.1787/health_glance-2015-en