

OECD *Multilingual Summaries*

Health at a Glance 2013

Summary in Polish



Przeczytaj całą publikację pod adresem: 10.1787/health_glance-2013-en

Zdrowie w skrócie — 2013

Streszczenie w języku polskim

W raporcie Zdrowie w skrócie — 2013 przedstawiono tendencje i czynniki wpływające na stan zdrowia, a także kształtujące usługi i politykę w zakresie opieki zdrowotnej w krajach OECD i BRIICS. Mimo że takie wskaźniki, jak oczekiwana długość życia i śmiertelność niemowląt, wskazują na poprawę ogólnej sytuacji, nierówności dotyczące poziomu zamożności, wykształcenia i innych wskaźników społecznych wciąż wywierają istotny wpływ na stan zdrowia i dostęp do służby zdrowia. Nierówności te można wyjaśnić różnicami warunków pracy i życia, jak również rozbieżnościami ujawniającymi się w zaprezentowanych w raporcie danych o stylu życia w wymiarze zdrowotnym (np. palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, brak aktywności fizycznej i otyłość).

Wydatki związane ze zdrowiem charakteryzują się znacznym zróżnicowaniem w zależności od kraju pod względem wydatków na jednego mieszkańca, udziału w PKB i najnowszych tendencji. W latach 2000–2009 realne wydatki na opiekę zdrowotną na jednego mieszkańca w krajach OECD rosły średnio w tempie 4,1% rocznie, ale w latach 2009–10 i 2010–11 wzrost ten zmalał do 0,2%, ponieważ wiele krajów, zwłaszcza europejskich, ograniczyło nakłady w celu redukcji deficytów budżetowych i długu publicznego. W krajach pozaeuropejskich wydatki na opiekę zdrowotną nadal rosły, choć w wielu przypadkach (przede wszystkim w Kanadzie i Stanach Zjednoczonych) w wolniejszym tempie.

Poszczególne obszary wydatków zostały dotknięte w różny sposób: w latach 2010–11 wydatki na lekarstwa i profilaktykę zmalały o 1,7%, natomiast koszty szpitalne wzrosły o 1,0%.

Oczekiwana długość życia w krajach OECD rośnie, ale zwiększają się także obciążenia związane z chorobami przewlekłymi

- W 2011 r. średnia oczekiwana długość życia w krajach OECD przekroczyła 80 lat, co stanowi wzrost o 10 lat od 1970 r. Najdłuższego życia w krajach OECD mogą się spodziewać osoby urodzone w Szwajcarii, Japonii i Włoszech.
- W krajach OECD oczekiwana długość życia kobiet jest o 5,5 roku większa niż mężczyzn. Osoby o najwyższym poziomie wykształcenia mogą się spodziewać życia o 6 lat dłuższego niż osoby najłabiej wykształcone.
- Rośnie częstotliwość występowania chorób przewlekłych, takich jak cukrzyca i demencja. W 2011 r. w krajach OECD prawie 7% osób w wieku 20–79 lat, czyli ponad 85 mln ludzi, chorowało na cukrzycę.

W większości krajów jest więcej lekarzy średnio na mieszkańca, ale liczba specjalistów dwukrotnie przekracza liczbę lekarzy ogólnych

- Od 2000 r. w większości krajów OECD liczba lekarzy wzrosła, zarówno w wartościach bezwzględnych, jak i w przeliczeniu na mieszkańca. Istnieje tylko kilka wyjątków. W Estonii i Francji liczba lekarzy w przeliczeniu na mieszkańca niemal się nie zwiększyła, a w Izraelu zmalała.
- Średnio w krajach OECD w 2011 r. na jednego lekarza ogólnego przypadało dwóch specjalistów. Powolny wzrost (albo spadek) liczby lekarzy ogólnych budzi obawy o dostęp do podstawowej opieki zdrowotnej w odniesieniu do całej populacji.

Krótsza hospitalizacja i coraz częstsze wykorzystywanie leków generycznych pomagają obniżyć koszty, ale znaczne rozbieżności w praktyce medycznej wskazują na nadmierne stosowanie procedur

- Długość hospitalizacji w krajach OECD zmalała z 9,2 dnia w roku 2000 do 8,0 dni w roku 2011.
- W wielu krajach udział rynkowy leków generycznych istotnie wzrósł w ostatniej dekadzie. Jednak w Luksemburgu, Włoszech, Irlandii, Szwajcarii, Japonii i Francji leki generyczne nadal stanowią niecałe 25% rynku, w porównaniu z około 75% w Niemczech i Wielkiej Brytanii.
- Znacznych rozbieżności wskaźników wykorzystania poszczególnych procedur diagnostycznych i chirurgicznych nie da się wyjaśnić różnicami potrzeb klinicznych. Na przykład w 2011 r. ponad 45% porodów w Meksyku i Turcji kończyło się cesarskim cięciem — trzykrotnie więcej niż w Islandii i Holandii, co wskazuje na możliwe nadużywanie tej procedury.

W większości krajów podniosła się jakość opieki medycznej w przypadkach nagłych oraz opieki podstawowej, ale poprawa mogła być większa

- Postępy w leczeniu schorzeń zagrażających życiu, takich jak atak serca, udar i nowotwory, spowodowały wzrost przeżywalności w większości krajów OECD. W latach 2001–2011 wskaźniki śmiertelności po przyjęciu do szpitala zmalały w przypadku ataku serca średnio o 30%, a w przypadku udaru o prawie 25%. Poprawiła się także przeżywalność w odniesieniu do wielu rodzajów nowotworów, w tym nowotworu szyjki macicy, sutka i jelita grubego.
- W większości krajów poprawiła się także jakość opieki podstawowej, o czym świadczy spadek dających się uniknąć przyjęć do szpitala z powodu chorób przewlekłych, takich jak astma i cukrzyca. Mimo to we wszystkich krajach można nadal doskonalić opiekę podstawową, aby jeszcze bardziej ograniczyć kosztowne przyjęcia do szpitali w związku z tymi schorzeniami.

W prawie wszystkich krajach OECD osiągnięto powszechność opieki zdrowotnej, ale występują różnice pod względem zakresu i stopnia opieki

- Wszystkie kraje OECD — z wyjątkiem Meksyku i Stanów Zjednoczonych — zapewniają powszechną (lub niemal powszechną) opiekę zdrowotną w zakresie podstawowego koszyka świadczeń medycznych. W wyniku reform wdrożonych w 2004 r. w Meksyku odsetek mieszkańców objętych opieką zdrowotną gwałtownie wzrósł i obecnie wynosi niemal 90%. W Stanach Zjednoczonych, gdzie w 2011 r. 15% ludności nadal nie miało ubezpieczenia, od stycznia 2014 r. system ubezpieczeń zdrowotnych obejmie większą liczbę osób dzięki ustawie o dostępności opieki zdrowotnej (Affordable Care Act).

- W niektórych krajach dostęp do opieki zdrowotnej utrudniają obciążenia związane ze świadczeniami nier refundowanymi. Średnio 20% wydatków na opiekę zdrowotną jest pokrywanych bezpośrednio przez pacjentów; wskaźnik ten waha się od niecałych 10% w Holandii i Francji do ponad 35% w Chile, Korei i Meksyku.
- W 2011 r. około 19% nier refundowanych kosztów opieki zdrowotnej w krajach OECD przypadało na opiekę stomatologiczną, a 12% na okulary, aparaty słuchowe i sprzęt terapeutyczny.
- Osoby należące do grup o niskich dochodach częściej niż osoby więcej zarabiające zgłaszają brak zaspokojenia potrzeb medycznych i stomatologicznych, a także rzadziej korzystają z wizyt u specjalistów i stomatologów.

Starzenie się społeczeństw zwiększa zapotrzebowanie na opiekę długoterminową i — mimo opieki nieformalnej — powoduje wzrost wydatków publicznych

- Oczekiwana długość życia osób w wieku 65 lat wciąż rośnie, w 2011 r. wyniosła w krajach OECD prawie 21 lat dla kobiet i 18 lat dla mężczyzn. Jednak większej części tego okresu towarzyszą choroby przewlekłe. Na przykład ponad jedna czwarta osób w wieku 85 lat i starszych cierpi na demencję.
- W krajach OECD ponad 15% osób w wieku 50 lat i starszych opiekuje się krewnym lub znajomym będącym na ich utrzymaniu. Większość tych nieformalnych opiekunów to kobiety.
- Wydatki publiczne na opiekę długoterminową w krajach OECD rosły w latach 2005–2011 w tempie 4,8% rocznie — szybciej niż wydatki na opiekę zdrowotną.

© OECD

Niniejsze podsumowanie nie jest oficjalnym tłumaczeniem materiałów OECD.

Kopiowanie niniejszego podsumowania jest dozwolone pod warunkiem zamieszczenia informacji o prawach autorskich OECD i tytułu oryginalnej publikacji.

Wielojęzyczne podsumowania są tłumaczeniami fragmentów dokumentów OECD, pierwotnie opublikowanych w językach angielskim i francuskim.

Są one dostępne bezpłatnie w internetowej księgarni OECD: www.oecd.org/bookshop

Dokładniejsze informacje można uzyskać, kontaktując się z Działem Praw Autorskich i Tłumaczeń w Dyrektoracie do Spraw Publicznych i Komunikacji: rights@oecd.org , faks: +33 (0)1 45 24 99 30.

OECD Rights and Translation unit (PAC)

2 rue André-Pascal, 75116

Paris, France

Zachęcamy do odwiedzania naszej strony internetowej: www.oecd.org/rights



Przeczytaj pełną wersję w języku angielskim w iBibliotece OECD!!

© OECD (2013), *Health at a Glance 2013*, OECD Publishing.

doi: 10.1787/health_glance-2013-en