

OECD *Multilingual Summaries*

Health at a Glance: Europe 2014

Summary in Polish



Przeczytaj całą publikację pod adresem: 10.1787/health_glance_eur-2014-en

Health at a Glance: Europe 2014

Streszczenie w języku polskim

Stan zdrowia mieszkańców państw europejskich znacznie się poprawił, aczkolwiek nadal istnieją duże różnice w tym zakresie zarówno między poszczególnymi państwami, jak i wewnątrz nich. Od 1990 r. oczekiwana długość życia w chwili urodzenia w państwach członkowskich UE zwiększyła się średnio o ponad pięć lat. Między państwami o najwyższej i najniższej oczekiwanej długości życia utrzymuje się jednak różnica wynosząca około osiem lat. Wewnątrz państw nadal występują duże różnice między grupami o różnym statusie społeczno-ekonomicznym – osoby lepiej wykształcone i więcej zarabiające cieszą się lepszym zdrowiem i żyją o kilka lat dłużej niż osoby w trudniejszej sytuacji. Te rozbieżności związane są z wieloma czynnikami, również spoza systemów opieki zdrowotnej, takimi jak środowisko, w którym żyją dane osoby, ich styl życia i zachowanie, a także z różnicami w dostępie do opieki zdrowotnej i jakością tej opieki.

W publikacji „Zdrowie i opieka zdrowotna w zarysie: W publikacji „Zdrowie i opieka zdrowotna w zarysie, Europa 2014” przedstawiono najnowsze dane dotyczące statusu zdrowotnego, czynników ryzyka dla zdrowia i dostępu do opieki wysokiej jakości we wszystkich państwach członkowskich UE, krajach kandydujących (z wyjątkiem Albanii ze względu na ograniczoną dostępność danych) i państwach Europejskiego Stowarzyszenia Wolnego Handlu (EFTA). Wskaźniki wybrano przede wszystkim w oparciu o główne europejskie wskaźniki zdrowotne (ECHI) opracowane przez Komisję Europejską. W tegorocznym wydaniu znalazł się nowy rozdział dotyczący dostępu do opieki, w którym w miarę możliwości oceniono wpływ kryzysu gospodarczego na bariery finansowe i geograficzne oraz czas oczekiwania.

Oczekiwana długość życia nadal rośnie, ale różnice pozostają

- W latach 1990–2012 oczekiwana długość życia w chwili urodzenia w państwach członkowskich UE wzrosła o ponad pięć lat, do 79,2 roku. Od 1990 r. nie zmalała jednak różnica między najwyższą (Hiszpania, Włochy i Francja) a najniższą (Litwa, Łotwa, Bułgaria i Rumunia) oczekiwaną długością życia.
- Średnie dalsze trwanie życia w wieku 65 lat również znacznie wzrosło i w 2012 r. wynosiło średnio 20,4 roku w przypadku kobiet i 16,8 roku w przypadku mężczyzn. Różnica w średnim dalszym trwaniu życia w wieku 65 lat między państwami o najwyższej i najniższej długości życia wynosi około pięć lat.
- Dobrze wykształceni mężczyźni i kobiety mają szansę żyć o siedem lat dłużej i cieszyć się lepszym zdrowiem. Przykładowo w niektórych państwach Europy Środkowej i Wschodniej 65-letni mężczyźni z wyższym wykształceniem mogą oczekiwać, że będą żyć o cztery do siedmiu lat dłużej niż mężczyźni z niskim wykształceniem.
- Średnio w państwach UE kobiety o żyją o sześć lat dłużej niż mężczyźni. Powyższa różnica między płciami wynosi zaledwie jeden rok w przypadku lat zdrowego życia (zdefiniowanych jako liczba lat przeżytych bez ograniczenia aktywności).

Ocena wpływu kryzysu gospodarczego na zdrowie

- Kryzys miał zróżnicowany wpływ na zdrowie i śmiertelność populacji. Wskaźniki samobójstw wzrosły na początku kryzysu, natomiast obecnie wydaje się, że powróciły do poziomu sprzed kryzysu. Śmiertelność na skutek wypadków drogowych spadała szybciej w latach po pojawieniu się kryzysu niż w latach go poprzedzających. Od czasu wystąpienia kryzysu narażenie ludności na zanieczyszczenie powietrza również zmalało, aczkolwiek w tym samym czasie poziom niektórych zanieczyszczeń wzrósł.
- Kryzys prawdopodobnie przyczynił się również do długoterminowego wzrostu liczby przypadków otyłości. Około roku 2012 średnio jedna na sześć osób dorosłych w państwach członkowskich UE cierpiała na otyłość, podczas gdy około roku 2002 była to jedna na osiem osób. Dowody z niektórych państw wskazują na związek między otyłością a trudną sytuacją finansową: niezależnie dochodów czy zamożności, osoby, które okresowo borykają się z poważnymi trudnościami finansowymi, obciążone są zwiększonym ryzykiem. Otyłość jest także na ogół bardziej rozpowszechniona w grupach w niekorzystnej sytuacji społecznej.

Wydatki na zdrowie zmalały lub ich wzrost zmniejszył się w następstwie kryzysu

- W latach 2009–2012 realne wydatki na zdrowie (z uwzględnieniem inflacji) spadły w połowie państw UE, a w pozostałych państwach ich wzrost znacząco się zmniejszył. W latach 2000–2009 wydatki na zdrowie malały co roku średnio o 0,6 % w porównaniu z rocznym wzrostem wynoszącym w tamtym okresie 4,7 %. Było to spowodowane redukcją zatrudnienia w służbie zdrowia i cięciami płac, ograniczeniem opłat na rzecz świadczeniodawców, niższymi cenami leków i zwiększonym współfinansowaniem przez pacjentów.
- W 2012 r. wydatki na zdrowie rosły w umiarkowanym tempie w kilku państwach (m.in. w Austrii, Niemczech i Polsce), podczas gdy w Grecji, we Włoszech, w Portugalii, Hiszpanii, Republice Czeskiej i na Węgrzech nadal malały.

Powszechne ubezpieczenie zdrowotne pozwoliło zapewnić dostęp do opieki zdrowotnej

- Powszechne (lub prawie powszechne) ubezpieczenie na podstawowy zestaw usług zdrowotnych zachowano w większości państw UE z wyjątkiem Bułgarii, Grecji i Cypru, gdzie znaczna część ludności nie jest ubezpieczona. Jednak nawet w tych państwach wprowadzono środki w celu zapewnienia ubezpieczenia osobom, które go nie posiadały.
- Aby zapewnić skuteczny dostęp do opieki zdrowotnej, należy dysponować odpowiednią liczbą zróżnicowanych i odpowiednio rozmieszczonych świadczeniodawców. Liczba lekarzy i pielęgniarek w niemal wszystkich europejskich państwach nadal rosła, mimo iż istnieją obawy związane z niedostateczną liczbą lekarzy należących do określonych kategorii, np. lekarze ogólni w regionach wiejskich i oddalonych.
- Średnio we wszystkich państwach UE liczba lekarzy na głowę wzrosła: z 2,9 na 1 000 osób w 2000 r. do 3,4 w 2012 r. Wzrost ten przebiegał szczególnie szybko w Grecji (głównie przed kryzysem gospodarczym) i w Zjednoczonym Królestwie (wzrost o 50 % między 2000 a 2012 r.).
- We wszystkich państwach zagęszczenie lekarzy jest większe w regionach miejskich. Wiele państw europejskich zapewnia zachęty finansowe w celu przyciągnięcia i zatrzymania lekarzy w regionach, w których ich liczba jest zbyt mała.
- Długi czas oczekiwania na wykonanie usługi jest poważnym problemem politycznym w wielu państwach Europy. Czas oczekiwania znacznie różni się w przypadku interwencji chirurgicznych niezwiązanych z nagłymi wypadkami.

W większości państw jakość opieki poprawiła się, ale nadal istnieją dysproporcje

- Postępy w leczeniu chorób zagrażających życiu, takich jak atak serca, udar i rak, doprowadziły do zwiększenia wskaźnika przeżywalności w większości państw Europy. W latach 2000–2011 wskaźniki śmiertelności po przyjęciu do szpitala w związku z atakiem serca spadły średnio o 40 %, a w związku z udarem o ponad 20 %. Niższe wskaźniki śmiertelności w niektórych państwach

świadczą o lepszej opiece doraźnej i zwiększonym dostępie do wyspecjalizowanych jednostek zajmujących się leczeniem udarów.

- W większości państw poprawił się wskaźnik przeżywalności w przypadku choroby nowotworowej, w tym w przypadku raka szyjki macicy, raka piersi i raka jelita grubego. W Polsce wskaźnik przeżywalności w przypadku raka szyjki macicy był jednak o ponad 20 % niższy niż w Austrii i Szwecji. Również w Polsce wskaźnik przeżywalności w przypadku raka piersi był o prawie 20 % niższy niż w Szwecji.
- W większości państw poprawiła się również jakość podstawowej opieki zdrowotnej, na co wskazuje spadek liczby zbędnych przyjęć do szpitala powodowanych chorobami przewlekłymi takimi jak astma czy cukrzyca. Podstawowa opieka zdrowotna nadal wymaga jednak poprawy w celu dalszego ograniczenia kosztownej hospitalizacji.
- W następnych latach starzenie się społeczeństwa będzie nadal powodowało wzrost zapotrzebowania na systemy opieki zdrowotnej i długoterminowej. Według prognoz Dyrekcji Generalnej ds. Gospodarczych i Finansowych z 2012 r. wydatki publiczne na opiekę zdrowotną w państwach UE w latach 2010–2060 wzrosną średnio o 1–2 % PKB. Podobny wzrost wydatków publicznych nastąpi w obszarze opieki długoterminowej. W kontekście znacznych ograniczeń budżetowych wyzwaniem będzie utrzymanie dostępu do opieki zdrowotnej wysokiej jakości dla ogółu społeczeństwa i przy przystępnych kosztach.

This translation was undertaken by the European Commission.

Multilingual summaries are translated excerpts of OECD publications originally published in English and in French.

They are available free of charge on the OECD Online Bookshop www.oecd.org/bookshop

For more information, contact the OECD Rights and Translation unit,

Public Affairs and Communications Directorate at: rights@oecd.org or by fax: +33 (0)1 45 24 99 30.

OECD Rights and Translation unit (PAC)

2 rue André-Pascal, 75116

Paris, France

Visit our website www.oecd.org/rights



Przeczytaj pełną wersję w języku angielskim w iBibliotece OECD!!

© OECD (2014), *Health at a Glance: Europe 2014*, OECD Publishing.

doi: 10.1787/health_glance_eur-2014-en