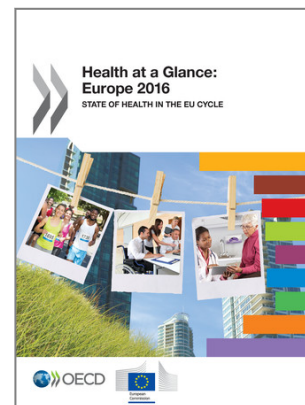


# OECD *Multilingual Summaries*

## Health at a Glance: Europe 2016

### State of Health in the EU Cycle

Summary in Polish



Przeczytaj całą publikację pod adresem: [10.1787/9789264265592-en](https://doi.org/10.1787/9789264265592-en)

## Health at a Glance: Europe 2016

### State of Health in the EU Cycle

Streszczenie w języku polskim

## Skuteczniejsza profilaktyka i opieka zdrowotna o wysokiej jakości są potrzebne do osiągnięcia dalszej poprawy stanu zdrowia społeczeństwa i ograniczenia nierówności w zakresie zdrowia w krajach UE

Średnie trwanie życia w państwach członkowskich UE wydłużyło się od 1990 r. o ponad sześć lat, tj. wzrosło z 74,2 roku w 1990 r. do 80,9 roku w 2014 r., lecz nierówności utrzymują się zarówno pomiędzy państwami, jak i w obrębie poszczególnych krajów. Mieszkańcy krajów Europy Zachodniej cieszący się najdłuższym średnim trwaniem życia nadal żyją średnio ponad osiem lat dłużej niż mieszkańcy państw Europy Środkowo-Wschodniej, gdzie średnie trwanie życia jest najkrótsze. W obrębie państw również utrzymują się ogromne nierówności pod względem zdrowia i średniego trwania życia między osobami o wyższym wykształceniu i wyższych dochodach a osobami znajdującymi się w mniej uprzywilejowanej sytuacji. Wynika to w znacznej mierze z różnego narażenia na czynniki szkodliwe dla zdrowia, lecz również z różnic w dostępie do wysokiej jakości opieki zdrowotnej.

W 2013 r. ponad 1,2 mln osób w krajach UE zmarło z powodu chorób i urazów, których można było uniknąć dzięki skuteczniejszej polityce w dziedzinie zdrowia publicznego i profilaktyki lub dzięki efektywniejszej opiece zdrowotnej świadczonej w odpowiednim czasie. Konieczne jest szerokie spektrum działań, aby zająć się wieloma środowiskowymi i behawioralnymi czynnikami ryzyka, które prowadzą do przedwczesnych zgonów z powodu chorób takich jak zawał mięśnia sercowego (atak serca), rak płuc i udar oraz do zgonów związanych z nadużywaniem alkoholu i innych potencjalnie możliwych do uniknięcia zgonów. W większości państw UE osiągnięto istotny postęp w ograniczeniu używania wyrobów tytoniowych dzięki wprowadzeniu łącznie publicznych kampanii uświadamiających, przepisów i podatków. Jednak więcej niż jeden na pięciu dorosłych w krajach UE nadal pali wyroby tytoniowe codziennie. Należy również zwiększyć starania, aby ograniczyć szkodliwe spożycie alkoholu i otyłość, ponieważ są to coraz istotniejsze problemy z dziedziny zdrowia publicznego w wielu krajach UE. W 2014 r. więcej niż jedna na pięć osób dorosłych w krajach UE deklarowała, że przynajmniej raz w miesiącu spożywa alkohol w dużych ilościach. Ponadto w tym samym roku na otyłość cierpiała jedna na sześć osób dorosłych w krajach UE, co stanowiło wzrost w porównaniu do roku 2000, kiedy otyła była jedna na dziewięć osób dorosłych.

W większości krajów UE jakość opieki zdrowotnej ogólnie się poprawiła, lecz utrzymują się nierówności. Współczynniki przeżywalności poprawiły się dzięki lepszym terapiom schorzeń zagrażających życiu takich jak ataki serca, udary i szereg nowotworów, ale w wielu państwach nadal pozostaje sporo do zrobienia, aby poprawić stosowanie najlepszych praktyk w intensywnej opiece medycznej i leczeniu chorób przewlekłych.

## Zapewnienie powszechnego dostępu do opieki zdrowotnej ma zasadnicze znaczenie dla ograniczenia nierówności w zakresie zdrowia

Stałą poprawę stanu zdrowia ludności i ograniczenie nierówności w zakresie zdrowia można również osiągnąć dzięki zapewnieniu powszechnego dostępu do wysokiej jakości opieki zdrowotnej. W większości krajów UE udało się zapewnić zwrot kosztów podstawowych świadczeń medycznych wszystkim lub prawie wszystkim obywatelom. Jednak w czterech krajach UE (Cypr, Grecja, Bułgaria i Rumunia) w 2014 r. nadal ponad 10 % obywateli nie korzystało regularnie ze zwrotu kosztów leczenia.

Zapewnienie wszystkim obywatelom publicznego (lub prywatnego) ubezpieczenia zdrowotnego jest ważnym wskaźnikiem dostępu do opieki zdrowotnej, lecz nie jest to działanie wystarczające. Istotny wpływ na bezpośrednie wydatki ponoszone przez pacjentów z własnej kieszeni i dostępność finansową mają również zakres oferowanych świadczeń i wysokość zwrotu kosztów za takie świadczenia. W większości państw UE odsetek populacji deklarującej, że jej potrzeby zdrowotne nie są zaspakajane z powodów finansowych, jest stosunkowo niski i spadł w latach poprzedzających kryzys gospodarczy, lecz poczynawszy od 2009 r. wzrósł on w szeregu państw, zwłaszcza w gospodarstwach domowych o najniższych dochodach. W 2014 r. średnio w krajach UE osoby ubogie dziesięć razy częściej niż osoby bogate deklarowały niezaspokojenie potrzeb zdrowotnych z powodów finansowych. Każdy wzrost wskaźnika niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych może skutkować gorszym stanem zdrowia odnośnej populacji, a tym samym przyczyniać się do zwiększenia nierówności w zakresie zdrowia.

Zapewnienie skutecznego dostępu do opieki medycznej wiąże się również z koniecznością zagwarantowania wystarczającej liczby i wystarczającego zróżnicowania świadczeniodawców opieki zdrowotnej w różnych regionach geograficznych kraju. Od 2000 r. liczba lekarzy na jednego mieszkańca zwiększyła się niemal we wszystkich państwach UE, średnio o 20 % (wzrost nastąpił z 2,9 lekarza na 1000 mieszkańców w 2000 r. do 3,5 lekarza w 2014 r.). Jednak liczba lekarzy specjalistów wzrosła bardziej niż liczba lekarzy ogólnych, a więc obecnie w krajach UE na jednego lekarza ogólnego przypada ponad dwóch lekarzy specjalistów. W szeregu państw UE występują również uporczywe lub narastające problemy związane z nierównym rozmieszczeniem lekarzy: często osoby mieszkające na obszarach wiejskich lub oddalonych mają utrudniony dostęp do lekarzy. Wiele państw UE podjęło w ostatnich latach działania, aby poprawić dostęp wszystkich obywateli do podstawowej opieki medycznej, niezależnie od ich miejsca zamieszkania, co ma na celu zmniejszenie nierówności w dostępie do świadczeń i ograniczenie zbędnych hospitalizacji.

## Wzmacnianie odporności, wydajności i zrównoważonego charakteru systemów opieki zdrowotnej

Czynniki takie jak starzenie się populacji wraz ze znacznymi ograniczeniami budżetowymi będą wymagały gruntownych dostosowań systemów opieki zdrowotnej w krajach UE, tak aby wspierać starzenie się w dobrym zdrowiu i reagować w sposób bardziej zintegrowany i skoncentrowany na pacjencie na rosnące i zmieniające się potrzeby w zakresie opieki zdrowotnej. Średnio w krajach UE odsetek populacji w wieku powyżej 65 lat wzrósł z niecałych 10 % w 1960 r. do niemal 20 % w 2015 r. i przewiduje się, że wzrośnie jeszcze bardziej do niemal 30 % do 2060 r. Obecnie szacuje się, że około 50 mln obywateli UE cierpi na co najmniej dwie choroby przewlekłe, i większość z tych osób ma ponad 65 lat.

W 2015 r. wydatki na zdrowie stanowiły 9,9 % PKB UE jako całości i wzrosły z poziomu 8,7 % w 2005 r. Przewiduje się, że we wszystkich krajach udział wydatków na zdrowie w PKB wzrośnie w nadchodzących latach, głównie z powodu starzenia się populacji i upowszechnienia się nowych technik diagnostycznych i terapeutycznych. Pojawi się również rosnąca presja na rządy, aby reagowały na coraz pilniejszą potrzebę zapewnienia opieki długoterminowej.

W miarę jak państwa UE będą podejmować te wyzwania, pojawi się potrzeba dalszego usprawnienia planowania i organizacji świadczeń, aby zwiększyć odporność systemów opieki zdrowotnej i zapewnić możliwość jak najskuteczniejszego reagowania na nowe potrzeby. Systemy opieki zdrowotnej będą również musiały pozostać stabilne pod względem budżetowym. Osiągnięcie dalszego zwiększenia efektywności w pozycjach budżetowych dotyczących wydatków na szpitale, leki, administrację i inne cele związane ze zdrowiem będzie miało zasadnicze znaczenie dla zaspokojenia rosnących potrzeb za

pomocą ograniczonych zasobów. Wiele spośród koniecznych ulepszeń w systemach opieki zdrowotnej będzie się wiązało z przynajmniej niewielką liczbą inwestycji na wstępie. Przy podejmowaniu krajowych decyzji na temat tego, na co najlepiej przeznaczyć wszelkie dodatkowe środki dostępne na cele zdrowotne, ważne będzie utrzymanie odpowiedniej równowagi między inwestycjami w politykę służącą poprawie zdrowia publicznego i profilaktyki oraz w politykę ułatwiającą dostęp do opieki zdrowotnej, podnoszącą jej jakość i efektywność.

## Monitorowanie i poprawa stanu zdrowia w UE

W publikacji *Health at a Glance: Europe 2016* (Zdrowie i opieka zdrowotna w zarysie: Europa 2016) przedstawiono najnowsze tendencje dotyczące zdrowia i systemów opieki zdrowotnej w 28 państwach członkowskich UE, pięciu krajach kandydujących i trzech państwach Europejskiego Stowarzyszenia Wolnego Handlu. Publikacja ta jest wynikiem zacieśnionej współpracy między OECD a Komisją Europejską mającej na celu rozszerzenie wiedzy o kwestiach z dziedziny zdrowia dotyczącej zarówno poszczególnych państw, jak i UE jako całości, i stanowi część nowego realizowanego przez Komisję cyklu „Stan zdrowia w UE” (zob. <http://ec.europa.eu/health/state>).

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](http://www.oecd.org/bookshop)**

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

Public Affairs and Communications Directorate at: [rights@oecd.org](mailto: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](http://www.oecd.org/rights)



### Przeczytaj pełną wersję w języku angielskim w iBibliotece OECD!!

© OECD (2016), *Health at a Glance: Europe 2016: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing.

doi: 10.1787/9789264265592-en