

## Health at a Glance: OECD Indicators – 2005 Edition

Summary in Czech

---

### Stručný pohled na zdraví: ukazatele OECD – vydání 2005

Přehled v českém jazyce

#### Shrnutí

Zdravotnické systémy mají v zemích OECD rostoucí rozsah a význam. Pokrok ve zdravotnické péči a vývoji nových léků se podílel na trvalém zlepšování stavu zdraví populace, k němuž v posledních desetiletích v zemích OECD docházelo. Současně však výdaje na zdravotní péči, spotřebovávající stále rostoucí podíl národního důchodu, nebyly ještě nikdy tak vysoké.

Avšak u zdraví jde jistě o více než jen o zdravotní péči a výdaje na zdraví. Existují markantní náznaky toho, že zdraví populace v rozvinutých zemích je dáno mnohem více sociálně-ekonomickými faktory a stylem života, než poskytováním samotné zdravotní péče. Dobře postavené programy pro veřejné zdraví se mohou podílet na prevenci onemocnění a odnímají ze systémů zdravotní péče část finančních tlaků. Mění se také rizikové zdravotní faktory. Například, i když mnoho zemí OECD dosáhlo v posledních několika desetiletích značného pokroku ve snižování spotřeby tabáku, zvýšila se ve všech zemích OECD míra obezity, což odráží změny stravovacích návyků a více sedavý životní styl.

*Stručný pohled na zdraví: ukazatele OECD 2005* poskytuje porovnatelný a aktuální soubor ukazatelů, zachycující různé aspekty výkonnosti zdravotnických systémů. Tato studie vychází z materiálu *OECD Health Data 2005* (Údaje o zdraví v OECD 2005), komplexní databáze, obsahující přes 1000 statistických řad týkajících se zdraví a zdravotnických systémů v zemích OECD. Toto třetí vydání dokumentu *Stručný pohled na zdraví* se zaměřuje nejen na zdroje a aktivity systémů zdravotní péče, ale také zahrnuje vyšší počet ukazatelů souvisejících s propagací zdraví a prevencí nemocí. Například kapitola o zdravotním stavu zahrnuje více informací o zdraví dětí, včetně údajů o zdraví jejich chrupu. V kapitole rizikových faktorů byly k údajům o spotřebě tabáku, alkoholu

a nadváze doplněny rovněž ukazatele týkající se výživy. Pokrytí očkování proti chřipce mezi staršími lidmi doplňuje tradiční ukazatele o očkování v dětství, jakožto příklady zdravotnických služeb, které mohou snížit nemocnost a sní související potřebu zdravotní péče. Výdaje na zdraví jsou nyní rozděleny tak, aby ukazovaly výdaje na organizované programy ochrany veřejného zdraví v různých zemích OECD.

Tato publikace poskytuje významné doklady o značných rozdílech ukazatelů stavu zdraví, zdravotních rizicích a nákladech, výši vynakládaných prostředků a výkonnosti zdravotnických systémů mezi 30 členskými zeměmi OECD. I když je řada ukazatelů uvedena v třídění podle pohlaví a věku, ve většině případů není uvedeno podrobnější rozdělení podle (vnitrostátních) regionů, podle sociálně-ekonomického zařazení nebo podle různých etnických/rasových skupin. Čtenář by proto měl mít na paměti, že mnoho ukazatelů uvedených v této publikaci může vykazovat *uvnitř* země stejné rozdíly, jaké jsou patrné *mezi* jednotlivými zeměmi.

Následující text shrnuje některá hlavní zjištění této publikace, která se vztahují k výkonnosti zdravotnických systémů.

## V zemích OECD se dramaticky zlepšil zdravotní stav populace

- **Střední délka života při narození se v zemích OECD v posledních desetiletích výrazně zvýšila**, díky rostoucí životní úrovni, lepšímu stylu života a lepšímu vzdělání a také díky pokroku v přístupu k lékařské péči a účinnosti léčby. Průměrně dosáhla v zemích OECD v roce 2003 střední délka života při narození 77,8 let, což je oproti 68,5 letům v roce 1960 markantní prodloužení. V roce 2003 mělo nejvyšší střední délku života Japonsko, a to 81,8 let pro celou populaci, následované Islandem, Španělskem, Švýcarskem, Austrálií a Švédskem (graf 1.1).
- Je obtížné odhadnout relativní podíl četných nemedicínských a medicínských faktorů, které se mohou podílet na rozdílech střední délky života mezi zeměmi a v průběhu času. **Obecně je v rámci zemí OECD s vyšším národním důchodem spojována vyšší střední délka života při narození**, i když tato korelace je u vyšších úrovní národního důchodu méně výrazná. Existují rovněž patrné rozdíly mezi střední délkou života mezi zeměmi OECD se srovnatelným důchodem na obyvatele. Například Japonsko a Španělsko mají vyšší střední délku života, než by se dalo usuzovat jen podle výše jejich HDP na obyvatele, zatímco Spojené státy a Maďarsko mají nižší střední délku života, než by se dalo předpokládat na základě důchodu (graf 1.3).
- **Také střední délka života ve věku 65 let se v posledních několika desetiletích v zemích OECD podstatně zvýšila.** V roce 2003 byla střední délka života ve věku 65 let v zemích OECD průměrně 19,3 let u žen a 15,9 let u mužů. To je hodnota vyšší o více než 3 roky oproti údajům v roce 1970, jak u žen, tak u mužů. Stejně jako u střední délky života při narození mělo Japonsko v roce 2003 nejdelší střední délku života ve věku 65 let (graf 1.5). **Střední délka života ve věku 65 let bude pravděpodobně v dalších desetiletích nadále růst.** Kalkulace OECD předpokládají, že v roce 2004 střední délka dalšího života ve věku 65 let v zemích OECD v průměru dosáhne 21,6 let u žen a 18,1 let u mužů.

- Všechny země OECD dosáhly v posledních desetiletích **značného pokroku při snižování kojenecké úmrtnosti**, díky celkovému zlepšení ekonomických a sociálních podmínek a také zlepšení zdravotnických služeb v postnatální péči, včetně přístupu k dětskému očkování. Portugalsko zaznamenalo snížení kojenecké úmrtnosti o 90 % oproti roku 1970 a přešlo tak od země s nejvyšší mírou v Evropě k zemi s jednou z nejnižších hodnot v roce 2003. Značného snížení kojenecké úmrtnosti bylo dosaženo také v Mexiku, Turecku a v některých jihoevropských zemích, jako je Itálie, Španělsko a Řecko. Nejnižší kojeneckou úmrtnost ze zemí OECD měly v roce 2003 Island, Japonsko a některé severské země (graf 1.20).

### Země OECD čelí rostoucí nákladům na zdravotnictví

- I když došlo v posledních desetiletích v zemích OECD k působivému prodloužení délky života, vzrostly v průběhu času také náklady na zdraví a ve většině zemí výdaje na zdraví rostly rychleji, než celkový hospodářský růst těchto zemí. **V roce 2003 věnovaly země OECD průměrně 8,8 % svého HDP na výdaje na zdravotnictví, což je nárůst ze 7,1 % v roce 1990 a něco přes 5 % v roce 1970.** Podíl HDP určeného na výdaje na zdravotnictví se v různých zemích výrazně liší a sahá od 15 % v Spojených státech po méně než 6 % na Slovensku a v Koreji. Pokud jde o nejvyšší výdaje na zdravotnictví jako procento HDP v roce 2003, jsou za Spojenými státy Švýcarsko a Německo, které na zdravotnictví vydaly 11,5 %, resp. 11,1 % svého HDP (graf 3.7).
- **Růst výdajů na zdravotnictví lze přičítat několika faktorům.** Obecně platí, že **země OECD s vyšším HDP na obyvatele mají tendenci věnovat na obyvatele větší podíl výdajů na zdravotnictví** (graf 3.10). Avšak mezi zeměmi jsou značné rozdíly, které mohou částečně odrážet politická rozhodnutí, týkající se vhodné míry výdajů, rozdílné finanční a organizační struktury zdravotnických systémů a vnímanou hodnotu dodatečných výdajů na zdraví ve srovnání s jiným zbožím a službami. **Pokrok ve schopnosti medicíny předcházet, diagnostikovat a léčit nemoci je hlavním faktorem ženským růst nákladů na zdravotnictví.** Vývoj a šíření nových lékařských technologií a nových léků, včetně procesu rozhodování o tom, jak financovat nové vybavení, léčbu nebo léky, ovlivňují nejrůznější faktory. **Na růstu výdajů na zdravotnictví se také podílí stárnutí populace.** Procento populace ve věku 65 let a více vzrostlo ve všech zemích OECD (graf 5.3) a očekává se, že tento trend bude v dalších letech a desetiletích pokračovat, zejména s ohledem na stárnutí populačně silné generace (která se do věku 65 let začne dostávat v roce 2010 a později). Vzhledem k tomu, že starší populace má větší potřebu zdravotní a dlouhodobé péče, dá se očekávat, že stárnutí populace způsobí nárůst veřejných výdajů v těchto oblastech.

### Náklady na zdravotnictví zatěžují veřejné rozpočty

- Vzhledem k převaze veřejně financovaného krytí zdravotního pojištění nebo přímého veřejného financování zdravotní péče ve většině zemí OECD se veřejný sektor podílí na největší části výdajů na zdravotnictví ve všech zemích, kromě Spojených států, Mexika a Koreje (graf 3.17). Dokonce i ve Spojených státech, kde soukromý sektor hraje při financování zvlášť významnou roli, veřejné výdaje na zdravotnictví představují 6,6 % HDP, což je srovnatelné s průměrnou hodnotou v zemích OECD.

- Poslední desetiletí lze zhruba rozdělit na dvě období, pokud jde o růst veřejných výdajů na zdravotnictví v zemích OECD. Období let 1992–1997 bylo svědkem hospodářského růstu s odpovídajícím podobným nebo i pomalejším růstem veřejných výdajů na zdravotnictví. Avšak v pozdějších letech **ve všech zemích OECD rostly veřejné výdaje na zdravotnictví více než ekonomický růst**. V některých zemích, jako je Velká Británie a Kanada, byl nedávný růst veřejných výdajů na zdravotnictví důsledkem záměrné politiky vyhovět tlakům, vyplývajícím z omezení růstu výdajů v polovině devadesátých let (graf 3.6).
- Rapidní nárůst výdajů na léky v posledních letech – průměrný roční růst více než 5 % od roku 1997 – byl důležitým faktorem přispívajícím k celkovému nárůstu výdajů na zdravotnictví. Ve skutečnosti **ve většině zemí OECD předešlo tempo růstu farmaceutických výdajů růstu celkových výdajů na zdravotnictví** za toto období. Ve Spojených státech a Austrálii výdaje na léčiva rostly více než dvojnásobným tempem oproti růstu celkových výdajů na zdravotnictví za toto období. Značný růst byl zaznamenán také v Irsku a v Koreji, i když zde se projevuje relativně nízká výchozí hodnota na obyvatele na počátku tohoto období. V Japonsku bylo tempo růstu mnohem mírnější (graf 3.16).
- Průměrně je v zemích OECD **60 % výdajů za léky hrazeno z veřejných zdrojů a zbývající část je hrazena částečně z hotovostních plateb a z menší části ze soukromého pojištění**. Avšak tato průměrná hodnota skrývá značné rozdíly, sahající od 11 % v Mexiku a 21 % ve Spojených státech, až po vysokých 86 % v Irsku. Jedním z důvodů je to, jak a zda vůbec jsou léky hrazeny ze státních zdravotnických programů a veřejně financovaného pojištění (tabulka 3.11).
- V roce 2003 byly výdaje na léky nejvyšší ve Spojených státech (přes 700 USD na osobu), následovaných Francií (něco přes 600 USD), Kanadou a Itálií (zhruba 500 USD). Nejnižší výdaje, něco přes 100 USD, byly v Mexiku a v Turecku. Rozdíly ve výši výdajů na léky mezi zeměmi odráží rozdíly v objemu, struktuře spotřeby a cenové úrovni. Také rozdíl ve výši příjmů mezi zeměmi se podílel na rozdílných výdajích v různých zemích (graf 3.14).

### **V některých zemích může být problémem nedostatek zdrojů zdravotní péče**

- **V mnoha zemích je významným problémem pocíťovaný nedostatek lékařů.** Počet, rozmístění a skladba praktických lékařů jsou ovlivněny řadou faktorů, včetně bariér vstupu do lékařské profese, volby specializace, odměňování a dalších aspektů pracovních podmínek a migrace. **V roce 2003 se mezi různými zeměmi OECD značně lišil počet praktických lékařů na obyvatele. Sahal od vysokých hodnot – více než 4 lékaři na 1000 obyvatel v Itálii a Řecku, až po nízké hodnoty – méně než 2 lékaři na 1000 obyvatel v Turecku, Mexiku a Koreji.** Počet praktických lékařů na obyvatele byl relativně nízký také v Japonsku, Kanadě, ve Spojených státech a na Novém Zélandu. Tato poslední skupina zemí má tradičně omezený počet přijímaných studentů medicíny.

- **V určitých zemích se na pracovní síle ve zdravotnictví významnou měrou podílejí lékaři vystudovaní v zahraničí.** V roce 2000 podíl lékařů vystudovaných v zahraničí přesahoval 20 % všech praktických lékařů v anglicky hovořících zemích, jako je Nový Zéland, Velká Británie, Spojené státy a Kanada. Na druhou stranu byl podíl v zahraničí vystudovaných lékařů mnohem nižší v Japonsku, Rakousku a ve Francii (graf 2.4). Mezinárodní migrace může zvýšit flexibilitu pracovních trhů pro lékaře a další zdravotnický personál v přijímajících zemích, avšak vyvolává vážné obavy o „odliv mozků“ tam, kde dochází k dlouhodobému odchodu pracovníků ze zemí s nižšími příjmy do zemí s příjmy vyššími.
- Nové údaje o **odměňování lékařů** jsou prezentovány v tomto třetím vydání dokumentu *Stručný pohled na zdraví: ukazatele OECD 2005*, pro všeobecné praktické lékaře (VPL) a specialisty (rozděleno podle zaměstnaných a samostatně výdělečně činných lékařů). Ve srovnání s průměrným národním důchodem se příjem lékařů v různých zemích značně liší. **Například příjem samostatně výdělečně činného specialisty je relativně vysoký v Nizozemí, Spojených státech, Belgii a Kanadě.** Na druhou stranu, specialisté v Maďarsku a České republice (bez ohledu na to, zda jsou zaměstnanci či samostatně výdělečně činní) dostávají relativně méně, ve srovnání s národním důchodem, než v jiných zemích (graf 2.9).
- Existují rovněž zprávy o momentálním nedostatku sester téměř ve všech zemích OECD. **Stejně jako u lékařů, i u sester existuje značné kolísání počtu sester mezi různými zeměmi OECD,** i když srovnatelnost údajů je omezená z důvodu zahrnutí různých kategorií sester. Irsko, Island a Nizozemí vykazují nejvyšší počet sester na obyvatele, s více než 13 sestrami na 1000 obyvatel v roce 2003. Na spodním konci tabulky je Turecko, Korea, Mexiko a Řecko, s méně než 4 sestrami na 1000 obyvatel (graf 2.5). Podíváme-li se na trend za období let 1990 a 2003, tak počet sester na obyvatele se alespoň mírně zvyšoval ve většině zemí, avšak začal klesat v Austrálii, Kanadě, na Novém Zélandu a v Polsku (grafy 2.6).
- Údaje o **odměňování sester** jsou dostupné pouze pro sestry zaměstnané v nemocnicích. Na základě údajů z dvanácti zemí byl relativní příjem sester ve srovnání s HDP na obyvatele nejvyšší v Portugalsku, následovaném Austrálií a Novým Zélandem. Relativní příjem je nejnižší v České republice a Maďarsku, stejně jako v Norsku (tabulka 2.11).
- V některých zemích existují rovněž obavy z nedostatku diagnostického nebo terapeutického vybavení pro zajištění včasného přístupu ke špičkovým technologiím. **Dostupnost diagnostických technologií, jako jsou CT a MRI skenery, se ve všech zemích OECD v posledním desetiletí zvýšila.** Počet MRI skenerů, jakožto technologie modernější než je CT, se od roku 1990 zvláště rapidně zvýšil (tabulka 2.8). Nicméně zůstávají značné rozdíly v míře rozšíření těchto lékařských technologií, přičemž zatím nejvyšší počet CT a MRI skenerů na obyvatele vykazuje Japonsko. Na druhém konci škály, z pochopitelných důvodů cenové náročnosti těchto zařízení, má nejnižší počet MRI přístrojů na obyvatele Mexiko, následované Polskem, Slovenskem a Českou republikou (grafy 2.13 a 2.14).

## Větší zaměření na prevenci může poskytnout příležitosti k dalšímu zlepšení zdraví, při snižování zátěže kladené na systémy zdravotní péče

- Systémy zdravotní péče jsou občas kritizovány za přílišné zaměření na „péči o nemocné“: za léčení nemocných, ale nedostatečné zaměření na prevenci nemocnosti. Ve skutečnosti je **v zemích OECD na prevenci a programy veřejného zdraví vynaloženo průměrně pouze zhruba 3 % faktických výdajů na zdravotnictví** (graf 3.12).
- Očkování dětí se ukázalo jako jedno z nejefektivnějších preventivních opatření ke snižování nemocnosti a úmrtnosti dětí. **Zhruba dvě třetiny zemí OECD dosáhly pokrytí očkování DTP (záškrt, tetanus, černý kašel) ve výši 95 % a více, což je úroveň potřebná pro zajištění obecné imunity populace. Zhruba polovina zemí OECD má stejnou úroveň pokrytí také pro spalničky.** Některé z bohatších zemí OECD, měřeno podle HDP na obyvatele, jako je Irsko, Norsko a Rakousko, vykazují podprůměrné pokrytí očkováním u záškrtu i spalniček (graf 2.21).
- Očkování proti chřipce mezi starším obyvatelstvem se v posledním desetiletí v zemích OECD stalo stále rozšířenějším, jakožto způsob prevence onemocnění, hospitalizace a úmrtnosti v této populační skupině, která má vyšší riziko vyvinutí vážných komplikací z chřipkového onemocnění. **V roce 2003 se míra pokrytí očkováním proti chřipce mezi staršími lidmi pohybovala od 40 % a méně v České republice, na Slovensku a v Maďarsku, až po více než 75 % v Austrálii, Koreji a v Nizozemí.** Míra očkování proti chřipce se udržuje na úrovni přes 60 % ve většině zemí G7, kromě Německa a Japonska, kde bylo v roce 2003 hlášeno méně než 50 % starších obyvatel očkových proti chřipce (graf 2.23).

## Mění se rizikové zdravotní faktory

- **Mnoho zemí OECD dosáhlo v posledních dvou desetiletích značného pokroku ve snižování spotřeby tabáku**, i když ta stále zůstává hlavní příčinou předčasné úmrtnosti. Tento pokles lze do značné míry připisovat politice zaměřené na snižování spotřeby tabáku prostřednictvím veřejných informačních kampaní zákazů reklamy a vyššího zdanění. Aktuální procento každodenních kuřáků mezi dospělými nyní představuje méně než 20 % v Austrálii, Kanadě, Švédsku a Spojených státech, ve srovnání s 33 % na konci 70. let. Na opačném konci stojí Řecko, Maďarsko a Lucembursko, kde každodenně kouří více než 33 % dospělých (tabulka 4.1).
- **Také průměrná spotřeba alkoholu na dospělého v posledních dvou desetiletích v zemích OECD výrazně poklesla.** Omezení reklamy, prodeje a zdanění se ukázalo jako efektivní opatření ke snížení spotřeby alkoholu. Tradiční vinařské země jako je Itálie a Francie zaznamenaly oproti roku 1980 podstatný pokles spotřeby alkoholu na obyvatele. Na druhou stranu v Irsku vzrostla spotřeba alkoholu na obyvatele o více než 40 % (grafy 4.6 a 4.7).

- V mnoha zemích OECD se **nárůst míry nadváhy a obezity mezi dětmi a dospělými rychle stal hlavní otázkou veřejného zdraví**. Obezita je známým rizikovým faktorem pro řadu zdravotních problémů, včetně vysokého tlaku, vysoké hladiny cholesterolu, cukrovky, srdečních onemocnění, astmatu, artritidy a některých forem rakoviny. **V deseti zemích OECD více než 50 % dospělých nyní splňuje definici nadváhy nebo obezity**: Spojené státy, Mexiko, Velká Británie, Austrálie, Slovensko, Řecko, Nový Zéland, Maďarsko, Lucembursko a Česká republika (tabulka 4.6).
- Obezita (které představuje větší zdravotní riziko než jen nadváha), **se mezi dospělým obyvatelstvem vyskytuje v míře od 3 % v Japonsku a Koreji až po 31 % ve Spojených státech**. Je však nutno poznamenat, že odhady nadváhy a obezity ve většině zemí vycházejí z údajů *poskytovaných dotazovanými*, což neplatí pro Spojené státy, Austrálii, Nový Zéland a Velkou Británii, kde odhady vycházejí ze *skutečných měření* výšky a váhy lidí. Údaje o výšce a váze, poskytované dotazovanými, nejsou tak spolehlivé, jako skutečná měření, většinou z důvodu podhodnocení váhy. To znamená, že **aktuální odhady míry obezity ve většině zemí OECD podhodnocují skutečný výskyt obezity**, právě z důvodu těchto nepřesností při vykazování (grafy 4.12 a 4.13).
- **Protože je obezita spojována s vyšším rizikem chronických onemocnění, má souvislost s výraznými dodatečnými náklady na zdravotní péči**. Odhady ze Spojených států naznačují, že náklady na služby zdravotní péče jsou u obézních lidí o 36 % vyšší a náklady na léky o 77 % vyšší než u lidí s normální vahou (Sturm, 2002). Mezi nástupem obezity a výskytem souvisejících zdravotních problémů existuje několikaletý časový odstup, což naznačuje, že nárůst obezity v posledních dvou desetiletích, pozorovaný ve většině zemí OECD, bude znamenat vyšší náklady na zdravotní péči v budoucnosti.

© OECD 2005

Tento přehled není oficiálním překladem OECD.

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

Více informací získáte na Odboru pro legislativu a překlady při OECD,  
Ředitelství pro veřejné záležitosti a komunikaci.

[rights@oecd.org](mailto:rights@oecd.org)

Fax: +33 (0)1 45 24 13 91

OECD Rights and Translation unit (PAC)  
2 rue André-Pascal  
75116 Paris  
France

Navštivte naši internetovou stránku [www.oecd.org/rights/](http://www.oecd.org/rights/)

