

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

Summary in Polish

---

### Zdrowie i opieka zdrowotna w zarysie – wskaźniki OECD. Wydanie 2005

*Podsumowanie w języku polskim*

#### Streszczenie

Systemy opieki zdrowotnej w krajach OECD są coraz obszerniejsze pod względem ich zasięgu i równocześnie rośnie ich znaczenie. Dzięki postępowi w dziedzinie opieki zdrowotnej i opracowywaniu nowych leków dokonuje się stała poprawa stanu zdrowia społeczeństw w krajach OECD. Wydatki na opiekę zdrowotną osiągnęły równocześnie niespotykaną dotychczas wysokość, pochłaniając coraz większą część dochodu narodowego.

Najwyraźniej zdrowie to nie tylko opieka zdrowotna i wydatki z nią związane. Istnieją istotne dowody na potwierdzenie tezy, że zdrowie populacji w krajach rozwiniętych zależy w większym stopniu od czynników społeczno-ekonomicznych i związanych ze stylem życia, niż od samego systemu opieki zdrowotnej. Właściwie zaprojektowane programy zdrowia publicznego mogą się przyczynić do zapobiegania chorobom i pomagają zmniejszyć koszty systemów opieki zdrowotnej. Zmianom ulegają również czynniki ryzyka. Na przykład, choć w ciągu kilku minionych dziesięcioleci w wielu krajach OECD udało się znacząco ograniczyć palenie tytoniu, we wszystkich krajach OECD zanotowano wzrost wskaźników otyłości, co wynika ze zmiany nawyków żywieniowych i częstszego występowania siedzącego trybu życia.

Opracowanie *Zdrowie i opieka zdrowotna w zarysie – wskaźniki OECD* (wydanie 2005) zawiera uaktualniony zbiór porównywalnych wskaźników związanych z różnymi aspektami działalności systemów opieki zdrowotnej. Za podstawę opracowania posłużyła kompleksowa baza danych *OECD Health Data 2005*, zawierająca ponad 1000 serii danych statystycznych na temat zdrowia i systemów ochrony zdrowia w krajach OECD. Obecne, trzecie wydanie *Zdrowia i opieki zdrowotnej w zarysie* koncentruje się nie tylko

na zasobach i działalności systemów opieki zdrowotnej, lecz także zawiera większą liczbę wskaźników związanych z promocją zdrowia i zapobieganiem chorobom. Przykładowo, w rozdziale poświęconym stanowi zdrowia umieszczono więcej informacji na temat zdrowia dzieci, w tym stanu ich uzębienia. Ponadto w rozdziale poświęconym czynnikom ryzyka omówiono oprócz wskaźników dotyczących palenia tytoniu, spożycia alkoholu, nadwagi i otyłości także wskaźniki związane z żywieniem. Dla zilustrowania działań zapobiegawczych, które mogą ograniczyć liczbę zachorowań i związane z nimi zapotrzebowanie na opiekę zdrowotną, dane na temat szczepień wśród dzieci uzupełnione zostały informacjami o szczepieniach przeciw grypie wśród osób starszych. Ponadto, wydatki na ochronę zdrowia są obecnie podzielone tak, aby przedstawić wydatki na zorganizowane programy zdrowia publicznego w poszczególnych krajach OECD.

Niniejsza publikacja przedstawia zastanawiające dowody na znaczne zróżnicowanie wskaźników stanu zdrowia i zagrożeń, a także kosztów, alokacji zasobów i skuteczności systemów ochrony zdrowia w poszczególnych 30 państwach członkowskich OECD. Mimo że wobec pewnej liczby wskaźników dokonano podziału danych wg płci i wieku, w większości przypadków nie wprowadzono szczegółowego podziału wg regionów (wewnątrz państw), grup socjoekonomicznych lub grup etnicznych. Należy więc mieć świadomość, że wiele z przedstawionych tu wskaźników może się istotnie różnić nie tylko *między* poszczególnymi państwami, ale też *wewnątrz tych* państw, pomiędzy mniejszymi regionami.

Poniższe streszczenia stanowią podsumowanie najważniejszych wniosków zawartych w niniejszej publikacji, w odniesieniu do skuteczności systemów ochrony zdrowia.

## W krajach OECD zdecydowanie poprawił się stan zdrowia

- **W ostatnich dziesięcioleciach w krajach OECD znacznie zwiększyła się długość przeciętnego trwania życia w momencie urodzenia**, co wynika z wyższego standardu i lepszego stylu życia, wyższego poziomu wykształcenia, a także z postępów w dziedzinie dostępności opieki zdrowotnej i skuteczności leczenia. Przeciętnie w krajach OECD długość przeciętnego trwania życia w momencie urodzenia wzrosła z 68,5 lat w 1960 roku do 77,8 lat w 2003 roku. Najwyższa spodziewana długość życia w roku 2003 występuje w Japonii, a następnie w Islandii, Hiszpanii, Szwajcarii, Australii i Szwecji (zob. wykres 1.1).
- Trudno jest ocenić względny udział licznych czynników medycznych i pozamedycznych, które mogą mieć wpływ na występujące pomiędzy krajami różnice wartości wskaźnika oczekiwanej długości życia oraz na zmiany tego wskaźnika na przestrzeni czasu. **Wyższy dochód narodowy jest zasadniczo kojarzony z większą długością przeciętnego trwania życia w momencie urodzenia w krajach OECD**, jednak zależność ta jest mniej wyraźna w krajach o wyższych przychodach. Występują również zauważalne różnice w oczekiwanej długości życia pomiędzy krajami OECD o podobnym średnim dochodzie na mieszkańca. Wskaźniki oczekiwanej długości życia w Japonii i Hiszpanii są na przykład wyższe, niż można by przewidywać wyłącznie na podstawie PKB na

mieszkańca. Tymczasem oczekiwana długość życia dla Stanów Zjednoczonych i Węgier jest niższa, niż wynikałoby to z ich dochodów (zob. wykres 1.3).

- **W ostatnich dziesięcioleciach w krajach OECD znacznie wydłużyło się również przeciętne dalsze trwanie życia w wieku 65 lat.** W roku 2003 przeciętne dalsze trwanie życia w wieku 65 lat wynosiło średnio we wszystkich krajach OECD 19,3 lat dla kobiet i 15,9 lat dla mężczyzn. Zarówno dla kobiet, jak i dla mężczyzn stanowi to wzrost o ponad 3 lata w porównaniu z danymi z roku 1970. Podobnie jak w przypadku długości przeciętnego trwania życia w momencie urodzenia, przeciętne dalsze trwanie życia w wieku 65 lat w roku 2003 jest najwyższe w Japonii. **Oczekuje się, że w nadchodzących dziesięcioleciach przeciętne dalsze trwanie życia w wieku 65 lat będzie w dalszym ciągu rosło.** Według obliczeń OECD – do roku 2040 przeciętne dalsze trwanie życia w wieku 65 lat osiągnie wartość 21,6 lat dla kobiet i 18,1 lat dla mężczyzn (średnio dla wszystkich krajów OECD).
- W ostatnich dziesięcioleciach we wszystkich krajach OECD dokonał się znaczący postęp w dziedzinie ograniczania umieralności niemowląt, co jest efektem ogólnej poprawy warunków ekonomicznych i socjalnych, a także usprawnień w dziedzinie opieki poporodowej, w tym dostępu do szczepień ochronnych. Umieralność niemowląt w Portugalii zmniejszyła się o 90% od roku 1970, przez co wskaźnik dla tego kraju zmienił się z najwyższego w Europie na jeden z najniższych (w 2003 r.). Spore zmniejszenie umieralności niemowląt zanotowano także w Meksyku, Turcji i paru innych krajach południowej Europy, takich jak Włochy, Hiszpania i Grecja. Najniższy wskaźnik umieralności niemowląt wśród krajów OECD zanotowały w roku 2003 Islandia, Japonia i niektóre kraje nordyckie (zob. wykres 1.20).

## Rosnące koszty ochrony zdrowia w krajach OECD

- Na przestrzeni minionych dziesięcioleci kraje OECD zanotowały imponujący wzrost długości życia, jednak stopniowo wzrastały koszty ochrony zdrowia, przy czym w większości krajów wydatki na ochronę zdrowia rosły szybciej, niż postępował ogólny rozwój gospodarczy. W roku 2003 kraje OECD przeznaczyły średnio 8,8% swoich PKB na wydatki związane z ochroną zdrowia, w porównaniu z 7,1% w roku 1990 i nieco ponad 5% w roku 1970. Odsetek PKB przeznaczany na ochronę zdrowia w poszczególnych krajach różni się znacząco, od 15% w Stanach Zjednoczonych do poniżej 6% na Słowacji i w Korei. Zaraz za Stanami Zjednoczonymi na liście państw o najwyższym udziale wydatków na ochronę zdrowia w PKB w roku 2003 znalazły się Szwajcaria i Niemcy – wydały one na ochronę zdrowia odpowiednio 11,5% i 11,1% PKB (zob. wykres 3.7).
- **Za przyczynę wzrostu wydatków na ochronę zdrowia uznać można kilka różnych czynników.** Zasadniczo, większe średnie wydatki na mieszkańca notują zwykle kraje OECD o wyższym PKB na mieszkańca (zob. wykres 3.10). Jednak pomiędzy poszczególnymi krajami występują znaczne różnice, które mogą po części odzwierciedlać politykę w odniesieniu do stosownych poziomów wydatków, różnorodne finansowanie i struktury organizacyjne systemów ochrony zdrowia, a także subiektywną wartość wydatków na ochronę zdrowia w porównaniu z innymi towarami i usługami.

**Podstawowym czynnikiem stymulującym wzrost wydatków na ochronę zdrowia jest postęp w dziedzinie zapobiegania, diagnozowania i leczenia.** Na rozwój i popularyzację nowych technik medycznych i leków wpływa wiele różnych czynników, w tym proces decyzyjny odnośnie sposobu finansowania nowego sprzętu, metod leczenia lub leków. **Wzrost wydatków na ochronę zdrowia wynika również ze starzenia się populacji.** W populacjach wszystkich krajów OECD zwiększył się procentowy udział osób w wieku co najmniej 65 lat (zob. wykres 5.3). Oczekuje się, że proces ten będzie postępował w kolejnych dziesięcioleciach, zwłaszcza w świetle faktu, iż starzeje się pokolenie wyżu demograficznego (które zacznie osiągać wiek 65 lat w 2010 roku). Oczekiwać można, że starzenie się populacji wywoła wzrost wydatków publicznych na ochronę zdrowia i opiekę długoterminową, ponieważ w takich populacjach występuje większe zapotrzebowanie w tych dziedzinach.

### **Koszty ochrony zdrowia stanowią obciążenie dla budżetów publicznych**

- Biorąc pod uwagę fakt, że w większości krajów OECD dominuje model publicznego finansowania ubezpieczenia zdrowotnego, ewentualnie bezpośredniego finansowania opieki zdrowotnej z kasy publicznej, we wszystkich krajach największe koszty wydatków na cele zdrowotne ponosi sektor publiczny. Inaczej jest tylko w Stanach Zjednoczonych, Meksyku i Korei (zob. wykres 3.17). Nawet w Stanach Zjednoczonych, gdzie szczególnie istotną rolę w finansowaniu odgrywa sektor prywatny, publiczne wydatki na ochronę zdrowia stanowią 6,6% PKB, co jest porównywalne ze średnią wartością dla całego OECD.
- Z punktu widzenia wzrostu wydatków publicznych w krajach OECD, ostatnie dziesięciolecie można z grubsza podzielić na dwa okresy. W latach 1992–1997 miał miejsce rozwój gospodarczy, któremu towarzyszył podobny, a nawet wolniejszy wzrost wydatków publicznych na cele zdrowotne. Jednak w ostatnich latach **wydatki publiczne na ochronę zdrowia we wszystkich krajach OECD wzrastały szybciej, niż postępował rozwój gospodarczy.** W niektórych krajach, np. w Wielkiej Brytanii i Kanadzie, ostatnie zwiększenie wydatków na ochronę zdrowia odzwierciedlały celowe działania, które miały na celu zmniejszenie obciążeń wynikających z ograniczania kosztów w połowie lat 90. (zob. wykres 3.6).
- Ważnym czynnikiem zwiększającym ogólne wydatki na ochronę zdrowia był szybki wzrost wydatków na leki – średnio o ponad 5% rocznie od roku 1997 – jaki zaistniał w ostatnich latach. W okresie tym **większość krajów OECD faktycznie zanotowała wzrost udziału wydatków na farmaceutyki w ramach ogólnej kwoty wydatków na ochronę zdrowia.** Wydatki na leki w USA i Australii wzrastały w tym okresie dwukrotnie szybciej niż ogół wydatków na ochronę zdrowia. Znaczący wzrost zaobserwowano także w Irlandii i Korei, jakkolwiek ze stosunkowo niskiego poziomu na mieszkańca na początku okresu. Znacznie łagodniejszy wzrost miał miejsce w Japonii (zob. wykres 3.16).

- Uśredniając dane dla wszystkich krajów OECD, 60% wydatków na farmaceutyki pokrywanych jest z pieniędzy publicznych, a pozostałą część ponoszą sami kupujący oraz – w mniejszym stopniu – prywatne instytucje ubezpieczeniowe. Uśrednienie to kryje w sobie jednak znaczne różnice, począwszy od niewielkich 11% w Meksyku i 21% w USA, do znacznych 86% w Irlandii. Ów stan rzeczy wynika z tego, w jakim stopniu, a nawet czy w ogóle wydatki na leki pokrywane są przez krajowe programy zdrowia i publiczne ubezpieczenie zdrowotne (zob. tabela 3.11).
- W roku 2003 wydatki na leki na mieszkańca były najwyższe w Stanach Zjednoczonych (powyżej 1000 USD na osobę), a kolejne pozycje zajmowały Francja (nieco ponad 600 USD), Kanada i Włochy (ok. 500 USD). Najniższe koszty, w wysokości nieco powyżej 100 USD, poniesione zostały przez Meksyk i Turcję. Różnice w wydatkach na leki w poszczególnych krajach wynikają z różnic w ilości, strukturze spożycia i poziomach cen. Na wydatki na leki wpływają ponadto różnice pomiędzy krajami w poziomie zarobków (zob. wykres 3.14).

### **W pewnych krajach niedobory zasobów zdrowotnych mogą stanowić problem**

- **W wielu krajach znaczny problem stanowi zaobserwowana niedostateczna liczba lekarzy.** Wielkość, rozmieszczenie i struktura grupy praktykujących lekarzy zależy od pewnej liczby czynników, w tym od ograniczeń stawianych kandydatom na lekarzy, wyboru specjalności, uposażenia i innych aspektów pracy, a także migracji. **W roku 2003 pomiędzy krajami OECD występowały znaczne różnice w liczbie praktykujących lekarzy na jednego mieszkańca. Wielkości te wynosiły od powyżej 4 lekarzy na 1000 osób we Włoszech i Grecji, do poniżej 2 lekarzy na 1000 osób w Turcji, Meksyku i Korei.** Stosunkowo niską liczbę praktykujących lekarzy na mieszkańca zanotowano także w Japonii, Kanadzie, Wielkiej Brytanii i Nowej Zelandii. W tej ostatniej grupie państw nabory do szkół medycznych są tradycyjnie ograniczane.
- W niektórych z państw znaczącą grupę lekarzy stanowią osoby, które zdobyły wykształcenie za granicą. W roku 2000 osoby, które zdobyły wykształcenie za granicą, stanowiły powyżej 20% wszystkich praktykujących lekarzy w takich krajach anglojęzycznych, jak Nowa Zelandia, Wielka Brytania, USA i Kanada. Z drugiej strony, udział takich osób jest znacznie mniejszy w Japonii, Austrii i Francji (zob. wykres 2.4). Migracja zagraniczna pozwala zwiększyć elastyczność rynków pracy dla lekarzy i innych specjalistów z dziedziny medycyny w krajach przyjmujących, jednak w przypadku długotrwałych odpływów personelu z krajów o niskim poziomie dochodów do krajów o wysokim poziomie dochodów powoduje, że pojawiają się obawy o „drenaż mózgow”.
- Trzecie wydanie opracowania *Zdrowie i opieka zdrowotna w zarysie – wskaźniki OECD* (2005), zawiera nowe dane na temat wynagrodzenia **zatrudnionych lekarzy**, dotyczące lekarzy ogólnych i specjalistów (z podziałem na lekarzy na etacie i prowadzących własną działalność gospodarczą). **Pomiędzy poszczególnymi krajami występuje znaczne różnicowanie dochodów lekarzy**

w zestawieniu ze średnią krajową. **Przykładowo, dochody specjalistów prowadzących własną działalność są stosunkowo wysokie w Holandii, USA, Belgii i Kanadzie.** Z drugiej strony, specjaliści na Węgrzech i w Czechach (zarówno na etacie, jak i prowadzący własną działalność) zarabiają relatywnie mniej w porównaniu ze średnią krajową niż w innych krajach (zob. wykres 2.9).

- Z niemal wszystkich krajów OECD docierają również informacje o niedoborach pielęgniarek. **Podobnie jak w przypadku lekarzy, pomiędzy poszczególnymi krajami OECD występują zasadnicze różnice w liczbie pielęgniarek,** jednak porównywanie danych jest utrudnione ze względu na uwzględnienie w nich różnych kategorii pielęgniarek. Największa liczba pielęgniarek na mieszkańca pracuje w Irlandii, Islandii i Holandii. Wskaźnik ten wynosi 13 pielęgniarek na 1000 mieszkańców. Po drugiej stronie skali znajdują się Turcja, Korea, Meksyk i Grecja, z mniej niż 4 pielęgniarkami na 1000 mieszkańców (zob. wykres 2.5). Trendy terminowe, zaobserwowane w latach 1990–2003 wskazują, że w większości krajów liczba pielęgniarek na mieszkańca rośnie przynajmniej nieznacznie, równocześnie malejąc w Australii, Kanadzie, Nowej Zelandii i Polsce (zob. wykresy 2.6).
- Dane na temat **wynagrodzeń pielęgniarek** dostępne są wyłącznie dla pielęgniarek zatrudnionych na etacie w szpitalach. Na podstawie danych z dwunastu krajów można stwierdzić, że relatywne zarobki pielęgniarek w zestawieniu z PKB na mieszkańca najwyższe są w Portugalii, za którą plasują się Australia i Nowa Zelandia. Relatywne zarobki niższe są w Czechach niż na Węgrzech, a także w Norwegii (zob. wykres 2.11).
- W niektórych krajach pojawiają się również obawy związane z niedoborami sprzętu diagnostycznego i terapeutycznego, koniecznego w celu zagwarantowania odpowiednio szybkiego dostępu do najnowocześniejszej technologii. **W ciągu ostatniej dekady we wszystkich krajach OECD zwiększyła się dostępność technik diagnostycznych, takich jak tomografia komputerowa i rezonans magnetyczny.** Rezonans magnetyczny to nowsza technika niż tomografia, a liczba aparatów do rezonansu szczególnie szybko wzrastała począwszy od 1990 roku (zob. tabela 2.8). Nadal występuje jednak znaczne zróżnicowanie w stopniu upowszechnienia tych technik medycznych, przy czym najwyższa liczba aparatów do tomografii i rezonansu na mieszkańca przypada w Japonii. Po drugiej stronie skali znajdują się takie kraje, jak Meksyk, Polska, Słowacja i Czechy, co nie jest zaskakujące, biorąc pod uwagę wysoki koszt wspomnianych urządzeń (zob. wykresy 2.13 i 2.14).

### **Silniejszy nacisk na profilaktykę mógłby zwiększyć szanse na dalsze polepszenie stanu zdrowia przy równoczesnym zmniejszeniu obciążenia systemów ochrony zdrowia**

- Systemy opieki zdrowotnej są często krytykowane za nadmierną koncentrację na „leczeniu”: niedostateczne działania w celu zapobiegania chorobom. Istotnie, **w krajach OECD na profilaktykę i programy zdrowia publicznego przeznaczają się przeciętnie zaledwie ok. 3% bieżących wydatków na ochronę zdrowia** (zob. wykres 3.12).

- Jedną z najskuteczniejszych metod ograniczania zachorowań i umieralności wśród dzieci okazały się szczepienia ochronne. **Ok. dwóch trzecich spośród krajów OECD osiągnęło stopień objęcia szczepieniami przeciwko DTP (błonica, tężec, koklusz) na poziomie co najmniej 95% -poziom ten zapewnia uzyskanie odporności przez populację. Około połowy państw OECD ma ten sam stopień objęcia szczepieniami przeciwko odrze.** Niektóre z bogatszych z punktu widzenia PKB na mieszkańca krajów OECD, a mianowicie Irlandia, Norwegia i Austria, zgłaszają niższe od średniego nasycenie szczepieniami przeciwko błonicy i odrze (zob. wykres 2.21).
- W okresie ostatniego dziesięciolecia w krajach OECD coraz szerzej stosowane są szczepienia przeciwko grypie wśród osób starszych, co ma na celu zapobieganie zachorowaniom, hospitalizacji i umieralności wśród tej części populacji, która jest bardziej narażona na poważne komplikacje wskutek grypy. **Wskaźnik zaszczepień na grype wśród osób starszych w roku 2003 wahał się od poniżej 40% w Czechach, Słowacji i na Węgrzech, do powyżej 75% w Australii, Korei i Holandii.** Również w większości krajów grupy G7 wskaźnik zaszczepień przeciwko grypie w roku 2003 utrzymywał się na poziomie przewyższającym 60%, z wyjątkiem Niemiec i Japonii, gdzie zaszczepionych przeciwko grypie zostało poniżej 50% populacji osób starszych (zob. wykres 2.23).

### Czynniki ryzyka ulegają zmianom

- **W ciągu minionych dwóch dziesięcioleci w wielu krajach OECD udało się znacząco ograniczyć palenie tytoniu,** jednak nadal stanowi ono podstawową przyczynę przedwczesnej umieralności. Spadek ten można w znacznym stopniu przypisać polityce nastawionej na ograniczenie palenia tytoniu poprzez realizację kampanii uświadamiających, zakaz reklamy i zwiększone opodatkowanie. W Australii, Kanadzie, Szwecji i USA bieżące wskaźniki dotyczące liczby osób dorosłych palących codziennie utrzymują się na poziomie poniżej 20%, co stanowi spadek w porównaniu z 33% u schyłku lat 70. ubiegłego wieku. Na drugiej stronie skali znajdują się takie kraje, jak Grecja, Węgry i Luksemburg, gdzie po papierosa sięga codziennie 33% osób dorosłych (zob. wykres 4.1).
- **W wielu krajach OECD w ciągu minionych dwóch dziesięcioleci stopniowo obniżyło się również spożycie alkoholu.** Spożycie alkoholu zostało skutecznie zmniejszone poprzez ograniczenia reklamy i sprzedaży, a także obciążenia podatkowe. Spadek spożycia alkoholu na mieszkańca w porównaniu z rokiem 1980 zanotowały kraje o tradycjach winiarskich, takie jak Włochy i Francja. Równocześnie Irlandia zanotowała 40% wzrost spożycia alkoholu na mieszkańca (zob. wykresy 4.6 i 4.7).
- W wielu krajach OECD **poważnym problemem z punktu widzenia zdrowia publicznego szybko stają się rosnące wskaźniki nadwagi i otyłości wśród dzieci i dorosłych.** Otyłość to znany czynnik ryzyka sprzyjający wielu problemom ze zdrowiem, takim jak nadciśnienie, wysoki poziom cholesterolu, cukrzyca, choroby

układu krążenia, astma, zapalenia stawów i niektóre postacie nowotworów. **W dziesięciu krajach OECD za posiadające nadwagę lub otyłe uznaje się obecnie powyżej 50% dorosłych.** Są to Stany Zjednoczone, Meksyk, Wielka Brytania, Australia, Słowacja, Grecja, Nowa Zelandia, Węgry, Luksemburg i Czechy (zob. tabela 4.6).

- Bliższe spojrzenie na otyłość (która wiąże się z większym zagrożeniem zdrowia niż zwyczajna nadwaga) pozwala zauważyć, że **liczba jej przypadków wśród osób dorosłych waha się od 3% w Japonii i Korei do 31% w Stanach Zjednoczonych.** Należy jednak zauważyć, że w większości krajów szacunkowe wskaźniki nadwagi i otyłości opierają się na danych *dostarczonych przez same osoby ankietowane*, podczas gdy w Stanach Zjednoczonych, Australii, Nowej Zelandii i Wielkiej Brytanii wskaźniki szacunkowe bazują na *rzeczywistych pomiarach* wzrostu i wagi mieszkańców. Dostarczone przez same osoby ankietowane dane na temat wzrostu i wagi nie są tak niezawodne, jak rzeczywiste pomiary, zwykle z powodu niedoszacowania wagi. Oznacza to, że ze względu na wspomniany błąd poprawności badań **bieżące szacunkowe wskaźniki występowania otyłości w większości krajów OECD zaniżają liczbę jej przypadków** (zob. wykresy 4.12 i 4.13).
- **Otyłości towarzyszy zwiększone zagrożenie chorobami przewlekłymi, jest więc ona powiązana ze znaczącymi dodatkowymi kosztami opieki zdrowotnej.** Szacunkowe dane dotyczące Stanów Zjednoczonych wskazują, że w przypadku osób z otyłością koszt opieki zdrowotnej jest o 36% wyższy, a koszt leków o 77% wyższy niż u osób z normalną wagą (Sturm, 2002). Pomiędzy nastaniem otyłości a wystąpieniem problemów ze zdrowiem zachodzi pewne opóźnienie, co sugeruje, że zwiększenie ilości przypadków otyłości, jakie zaobserwowano w większości krajów OECD w minionych dwóch dziesięcioleciach, oznaczać będzie wzrost kosztów opieki zdrowotnej w przyszłości.



© OECD 2005

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/](http://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](mailto:rights@oecd.org)

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

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

Zachęcamy do odwiedzania naszej strony internetowej: [www.oecd.org/rights/](http://www.oecd.org/rights/)

