

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

Summary in Slovak

---

### Prehľad zdravotnej situácie obyvateľstva: OECD indikátory – vydanie 2005

Zhrnutie v slovenčine

#### Krátky súhrn

Zdravotné systémy sa v krajinách OECD neustále zväčšujú a súčasne rastie ich význam. Rozvoj zdravotnej starostlivosti a vývoj nových liekov prispeli k neustálemu zlepšovaniu zdravotného stavu obyvateľstva krajín OECD v posledných desaťročiach. Výdavky na zdravotnú starostlivosť sú však vyššie ako kedykoľvek predtým a spotrebúvajú čoraz väčšiu časť národného dôchodku.

Zdravotnú situáciu obyvateľstva však ovplyvňuje množstvo iných faktorov, nielen zdravotná starostlivosť a výška výdavkov na zdravotnú starostlivosť. Je dokázané, že zdravotnú situáciu obyvateľstva vo vyspelých krajinách ovplyvňujú oveľa viac sociálno-ekonomické faktory a životný štýl, než samotná zdravotná starostlivosť. Kvalitne spracované programy verejnej zdravotnej starostlivosti môžu prispieť k prevencii chorôb a pomôcť stlmiť niektoré tlaky na rast nákladov pôsobiace na systémy zdravotnej starostlivosti. Menia sa tiež rizikové faktory pôsobiace na zdravotnú situáciu obyvateľstva. Napríklad, kým väčšina krajín OECD dosiahla v priebehu niekoľkých uplynulých desaťročí značný pokrok z hľadiska znižovania spotreby tabaku a tabakových výrobkov, percento obéznej populácie vzrástlo vo všetkých krajinách OECD, čo odzrkadľuje zmeny v stravovacích návykoch a inklináciu k čoraz sedavejšiemu životnému štýlu.

Publikácia *Prehľad zdravotnej situácie obyvateľstva – OECD indikátory 2005* poskytuje porovnateľný a aktuálny súbor indikátorov vzťahujúcich sa k rôznym aspektom fungovania systémov zdravotnej starostlivosti. Vychádza z údajov uvedených v publikácii *OECD Health Data 2005* (Údaje o zdravotnej situácii obyvateľstva v krajinách OECD za rok 2005), ktorá predstavuje úplnú databázu obsahujúcu viac ako

1000 súborov štatistických údajov týkajúcich sa zdravotnej situácie a systémov zdravotnej starostlivosti v krajinách OECD. Toto tretie vydanie publikácie *Prehľad zdravotnej situácie obyvateľstva* sa nezameriava len na zdroje a aktivity systémov zdravotnej starostlivosti, ale obsahuje tiež zvýšené množstvo indikátorov týkajúcich sa zdravotnej osvedy a prevencie chorôb. Kapitola o zdravotnom stave obyvateľstva napríklad obsahuje viac informácií o zdraví detí, vrátane informácií o zdravotnom stave ich chrupu. V kapitole o rizikových faktoroch boli k indikátorom týkajúcim sa spotreby tabaku a tabakových výrobkov, spotreby alkoholických nápojov a nadváhy a obezity pridané tiež indikátory týkajúce sa výživy. K tradičným indikátorom týkajúcich sa očkovania detí boli pridané údaje o percentuálnom počte staršieho obyvateľstva zaočkovaného proti chrípke, ktoré predstavujú príklady preventívnej zdravotnej starostlivosti umožňujúcej znížiť potrebu liečenia chorôb a s tým spojené potreby v oblasti zdravotnej starostlivosti. Výdavky na zdravotnú starostlivosť sú podrobne rozpísané, čo umožňuje zistiť výšku výdavkov na organizované programy verejnej zdravotnej starostlivosti v jednotlivých krajinách OECD.

Táto publikácia poskytuje výstižnú evidenciu rôznych indikátorov zdravotného stavu, zdravotných rizík, ako aj nákladov, rozmiestňovania zdrojov a výkonnosti systémov zdravotnej starostlivosti, ktoré sa týkajú 30 členských krajín OECD. Hoci je pri množstve indikátorov použité základné členenie z hľadiska pohlavia a veku, podrobnejšie členenie podľa (národnosti) regiónov, príslušnosti k rôznym sociálno-ekonomickým skupinám alebo rôznym etnickým/rasovým skupinám nie je vo väčšine prípadov poskytnuté. Čitateľ by mal mať preto na pamäti, že v prípade množstva indikátorov uvedených v tejto publikácii môže dochádzať k odlišnostiam tak *vrámci* jednej krajiny ako aj *medzi* krajinami.

V nasledujúcej časti je uvedený súhrn niektorých hlavných záverov týkajúcich sa fungovania systémov zdravotnej starostlivosti, ku ktorým sa pri zostavovaní tejto publikácie dospelo.

## **Zdravotný stav obyvateľstva krajín OECD sa výrazne zlepšil**

- **Predpokladaná dĺžka života novonarodených detí sa v krajinách OECD v posledných desaťročiach značne zvýšila**, predovšetkým vďaka narastajúcemu životnému štandardu, zdravšiemu životnému štýlu, kvalitnejšiemu vzdelaniu ako aj lepšej dostupnosti zdravotnej starostlivosti a účinnosti liekov. Priemerná predpokladaná dĺžka života obyvateľov dosiahla v roku 2003 hodnotu 77,8 roka. Pre porovnanie, v roku 1960 predstavoval tento údaj hodnotu 68,5 roka. Najvyššiu predpokladanú dĺžku života dosiahlo v roku 2003 Japonsko (81,8 roka), čo sa týka celkovej populácie, nasledované Islandom, Španielskom, Švajčiarskom, Austráliou a Švédskom (Tabuľka 1.1).
- Odhadnúť relatívny vplyv početných medicínskych a nemedicínskych faktorov na výšku predpokladanej dĺžky života v rôznych krajinách a s ohľadom na čas je však veľmi zložitá. **S vyššou predpokladanou dĺžkou života novonarodených detí sa v krajinách OECD vo všeobecnosti spája vyšší národný dôchodok**, hoci tento vzťah je pri jeho vyšších úrovniach zdôrazňovaný menej. Takisto existujú výrazné rozdiely

v predpokladanej dĺžke života v rôznych krajinách OECD s porovnateľným príjmom na jednu osobu. Napríklad Japonsko a Španielsko dosahujú vyššiu predpokladanú dĺžku života, než by sa dalo odvodiť z ich HDP na jedného obyvateľa, v USA a Maďarsku je však predpokladaná dĺžka života nižšia, než je údaj určený na základe príjmu (Tabuľka 1.3).

- **V posledných desaťročiach došlo v krajinách OECD tiež k výraznému zvýšeniu predpokladanej dĺžky života obyvateľov vo veku 65 rokov.** V roku 2003 predstavovala predpokladaná dĺžka života obyvateľov vo veku 65 rokov v krajinách OECD hodnotu 19,3 roka v prípade žien a 15,9 roka v prípade mužov. Tento údaj je v prípade žien aj mužov o 3 roky vyšší ako údaj z roku 1970. Z hľadiska predpokladanej dĺžky života obyvateľov vo veku 65 rokov bolo v roku 2003, podobne ako v prípade predpokladanej dĺžky života novonarodených detí, na prvom mieste Japonsko (Tabuľka 1.5). **Dá sa očakávať, že predpokladaná dĺžka života obyvateľov vo veku 65 rokov bude v nasledujúcich desaťročiach naďalej rásť.** Na základe prepočtov OECD vzrastie do roku 2040 priemerná predpokladaná dĺžka života obyvateľov vo veku 65 rokov v krajinách OECD na 21,6 roka v prípade žien a 18,1 roka v prípade mužov.
- Všetky krajiny OECD dosiahli v posledných desaťročiach **výrazný pokrok v znižovaní miery kojeneckej úmrtnosti.** Pod túto skutočnosť sa podpísalo predovšetkým celkové zlepšenie ekonomických a sociálnych podmienok, ako aj zlepšenie služieb zdravotnej starostlivosti v oblasti popôrodnej starostlivosti, vrátane lepšej dostupnosti očkovania detí. Portugalsko znížilo od roku 1970 mieru kojeneckej úmrtnosti o 90 %, čím sa táto krajina známa najvyššou mierou kojeneckej úmrtnosti v Európe zaradila v roku 2003 medzi krajiny s najnižšou mierou. Výrazné zníženie miery kojeneckej úmrtnosti dosiahlo tiež Mexiko, Turecko a niektoré ďalšie krajiny južnej Európy, ako Taliansko, Španielsko a Grécko. Spomedzi krajín OECD dosahovali v roku 2003 najnižšie miery kojeneckej úmrtnosti Island, Japonsko a niektoré severské krajiny (Tabuľka 1.20).

### **Krajiny OECD čelia rastúcim nákladom na zdravotnú starostlivosť**

- Zároveň s pôsobivým nárastom dĺžky života v krajinách OECD dochádzalo v posledných desaťročiach tiež k rastu nákladov na zdravotnú starostlivosť a vo väčšine krajín predbehol rast výdavkov na zdravotnú starostlivosť celkový ekonomický rast. **V roku 2003 smerovalo v krajinách OECD priemerne 8,8 % HDP do výdavkov na zdravotnú starostlivosť, pričom v roku 1990 to bolo 7,1 % a v roku 1970 len niečo cez 5 %.** Časť HDP smerovaná do výdavkov na zdravotnú starostlivosť sa však v rámci jednotlivých krajín značne líši, od hodnoty 15 % v USA až po menej ako 6 % v Slovenskej republike a Kórei. Z hľadiska percentuálneho podielu výdavkov na zdravotnú starostlivosť na HDP boli v roku 2003 USA nasledované Švajčiarskom a Nemeckom s 11,5 %, resp. 11,1 % HDP smerujúceho do výdavkov na zdravotnú starostlivosť (Tabuľka 3.7).
- **Rast výdavkov na zdravotnú starostlivosť bol ovplyvnený viacerými faktormi.** Vo všeobecnosti platí, že krajiny OECD s vyšším HDP na jedného obyvateľa majú **tendenciu k vyšším výdavkom na zdravotnú starostlivosť na jedného obyvateľa** (Tabuľka 3.10). Medzi jednotlivými krajinami sú však výrazné rozdiely, ktoré môžu

sčasti odrážať politické rozhodnutia týkajúce sa jednotlivých kapitol štátneho rozpočtu, rozdielne spôsoby financovania a organizačné štruktúry systémov zdravotnej starostlivosti a vnímanú hodnotu dodatočných výdavkov na zdravotnú starostlivosť v porovnaní s inými tovarmi a službami. **Hlavným faktorom ovplyvňujúcim rast nákladov na zdravotnú starostlivosť predstavuje zdokonaľovanie schopností medicíny predchádzať chorobám, diagnostikovať ich a liečiť.** Na vývoj a zavádzanie nových medicínskych technológií a nových liekov pôsobí množstvo rôznych faktorov, okrem iného tiež rozhodovací proces ovplyvňujúci spôsob financovania nového vybavenia, liečebných metód alebo liekov. **Na rast výdavkov na zdravotnú starostlivosť vplýva tiež starnutie populácie.** Percento populácie vo veku 65 rokov a staršej vzrástlo vo všetkých krajinách OECD (Tabuľka 5.3) a predpokladá sa, že v nasledujúcich rokoch a desaťročiach bude naďalej rásť. Hlavný vplyv na to bude mať predovšetkým starnutie tzv. „baby-boom“ generácie (ktorá dosiahne vek 65 rokov v roku 2010 a v nasledujúcich rokoch). Vzhľadom na to, že staršia časť populácie má sklony k vyššej potrebe zdravotnej a dlhodobej starostlivosti, dá sa očakávať, že starnutie populácie zapríčiní nárast verejných výdavkov v týchto oblastiach.

### Náklady na zdravotnú starostlivosť vyvíjajú tlak na verejné rozpočty

- Vzhľadom na prevahu verejne financovaného zdravotného poistenia alebo priameho verejného financovania zdravotnej starostlivosti vo väčšine krajín OECD bude najväčšia časť výdavkov na zdravotnú starostlivosť smerovať do verejného sektora. To platí pre všetky krajiny okrem USA, Mexika a Kórey (Tabuľka 3.17). Avšak aj v USA, kde vo financovaní zohráva významnú úlohu súkromný sektor, predstavujú verejné výdavky na zdravotnú starostlivosť 6,6 % z HDP, čo je porovnateľné s priemerom za krajiny OECD.
- Z hľadiska nárastu verejných výdavkov na zdravotnú starostlivosť v krajinách OECD je možné uplynulé desaťročie približne rozdeliť na dve obdobia. Obdobie rokov 1992–1997 sa vyznačovalo hospodárskym rastom s porovnateľným alebo mierne pomalším rastom verejných výdavkov na zdravotnú starostlivosť. V posledných rokoch **bol však rast verejných výdavkov na zdravotnú starostlivosť oveľa rýchlejší ako celkový ekonomický rast vo všetkých krajinách OECD.** V niektorých krajinách, ako napríklad Veľká Británia a Kanada, bol nedávny nárast verejných výdavkov na zdravotnú starostlivosť odrazom politiky deliberalizácie, ktorej cieľom bolo uvoľniť tlak dopytu spôsobený obmedzovaním nákladov v polovici 90-tych rokov (Tabuľka 3.6).
- Významným faktorom ovplyvňujúcim celkový rast výdavkov na zdravotnú starostlivosť bol v posledných rokoch rýchly rast spotreby liekov – v priemere viac ako 5 % ročne od roku 1997. Faktom je, že v tomto období **rástli výdavky na farmaceutické produkty vo väčšine krajín OECD rýchlejšie ako celkové výdavky na zdravotnú starostlivosť.** V USA a v Austrálii presiahla v tomto období miera rastu výdavkov na farmaceutické produkty dvojnásobok miery rastu celkových výdavkov na zdravotnú starostlivosť. Významný rast bol pozorovaný tiež v Írsku a Kórei, hoci objem výdavkov na jedného obyvateľa bol v týchto krajinách na začiatku obdobia relatívne nízky. Najnižšiu mieru rastu zaznamenalo Japonsko (Tabuľka 3.16).

- Vo všetkých krajinách OECD je priemerne **60 % výdavkov na farmaceutické produkty hrađených z verejných fondov, zvyšok je uhrádzaný predovšetkým formou priamej úhrady jednotlivcami, malá časť je hrađená zo súkromného poistenia**. Tento priemer však v sebe skrýva značné výkyvy, počnúc 11 % v Mexiku a 21 % v USA, končiac 86 % v Írsku. Jednou z príčin týchto výkyvov je to, ako, a či vôbec sú výdavky na farmaceutické produkty kryté národnými programami zdravotnej starostlivosti a verejne financovaným poistením (Tabuľka 3.11).
- V roku 2003 **boli výdavky na lieky na jedného obyvateľa najvyššie v USA (viac ako 700 USD na jedného obyvateľa), ďalej vo Francúzsku (niečo cez 600 USD), Kanade a Taliansku (približne 500 USD)**. Najnižšie výdavky vo výške len niečo cez 100 USD boli zaznamenané v Mexiku a Turecku. Rozdiely vo výdavkoch na lieky v jednotlivých krajinách sú odrazom rozdielov v objeme a štruktúre spotreby ako aj rozdielných cien. Výšku výdavkov na lieky ovplyvňujú tiež rozdielne úrovne príjmov v jednotlivých krajinách (Tabuľka 3.14).

### **Nedostatok zdrojov na fungovanie zdravotnej starostlivosti môže v niektorých krajinách spôsobiť problémy**

- **Reálny nedostatok lekárov je významným problémom v mnohých krajinách.** Počet, rozloženie a profesná skladba aktívne slúžiacich lekárov sú ovplyvnené množstvom faktorov, medzi ktoré patria prekážky prístupu k niektorým lekárske profesiam, možnosť voľby špecializácie, odmeňovanie a ostatné pracovné podmienky, ako aj migrácia. **V roku 2003 boli v jednotlivých krajinách OECD značné rozdiely v počte aktívne slúžiacich lekárov na jedného obyvateľa. Interval týchto rozdielov začína vysokým počtom 4 lekárov na 1000 obyvateľov v Taliansku a Grécku a končil nízkym počtom 2 lekárov na 1000 obyvateľov v Turecku, Mexiku a Kórei.** Počet aktívne slúžiacich lekárov na jedného obyvateľa bol relatívne nízky tiež v Japonsku, Kanade, Veľkej Británii a na Novom Zélande. Táto druhá skupina krajín sa vyznačuje obmedzovaním počtu novoprijatých študentov vysokých škôl s lekárske zameraním.
- **Značnú časť lekárov pracujúcich v niektorých krajinách predstavujú lekári, ktorí študovali v zahraničí.** Počet lekárov, ktorí študovali v zahraničí, predstavoval v anglicky hovoriacich krajinách, napríklad na Novom Zélande, vo Veľkej Británii, USA a Kanade, viac ako 20 % z celkového počtu aktívne slúžiacich lekárov. Naopak v Japonsku, Rakúsku a Francúzsku bol podiel lekárov, ktorí študovali v zahraničí, oveľa nižší (Tabuľka 2.4). Medzinárodná migrácia môže zvýšiť flexibilitu na trhu pracovných síl z radov lekárov a ďalšieho zdravotníckeho personálu v prijímajúcich krajinách, zároveň však nastoľuje vážny problém týkajúci sa odlivu vysokokvalifikovaných pracovníkov, tzv. „brain drain“, v prípade dlhodobého prílivu pracovníkov z krajín s nižšími príjmami do krajín s vyššími príjmami.
- Toto tretie vydanie publikácie *Prehľad zdravotnej situácie obyvateľstva – OECD indikátory 2005* obsahuje nové údaje o **odmeňovaní lekárov**, týkajúce sa všeobecných lekárov a špecialistov (v členení na zamestnaných a súkromne ordinujúcich lekárov). V porovnaní s priemernými príjmami obyvateľstva sa príjmy lekárov v jednotlivých krajinách značne líšia. **Príjmy súkromne ordinujúcich špecialistov sú napríklad**

**relatívne vysoké v Holandsku, USA, Belgicku a Kanade.** Naopak v Maďarsku a Českej republike zarábajú špecialisti (bez ohľadu, či ide o zamestnaných alebo súkromne ordinujúcich lekárov) v porovnaní s priemernými príjmami obyvateľstva relatívne menej ako v ostatných krajinách (Tabuľka 2.9).

- Takmer zo všetkých krajín OECD je tiež hlásený aktuálny nedostatok zdravotných sestier. **Podobne ako v prípade lekárov sa v jednotlivých krajinách OECD tiež značne líšia počty zdravotných sestier.** V dôsledku zahrnutia rôznych kategórií zdravotných sestier je však porovnateľnosť týchto údajov obmedzená. Najvyšší počet zdravotných sestier na jedného obyvateľa vykazujú Írsko, Island a Holandsko, kde v roku 2003 na 1000 obyvateľov pripadalo 13 zdravotných sestier. Na posledných miestach sa v tejto kategórii s počtom 4 zdravotné sestry na 1000 obyvateľov umiestnili Turecko, Kórea, Mexiko a Grécko (Tabuľka 2.5). Z hľadiska dlhšieho časového obdobia medzi rokmi 1990 a 2003 vykazuje počet zdravotných sestier na jedného obyvateľa vo väčšine krajín aspoň mierny rastový trend, klesať však začal v Austrálii, Kanade, na Novom Zélande a v Poľsku (Tabuľka 2.6).
- Údaje o **odmeňovaní zdravotných sestier** sú k dispozícii iba v prípade zdravotných sestier pracujúcich v nemocniciach. Na základe údajov z viac ako desiatky krajín sú relatívne príjmy zdravotných sestier v porovnaní s HDP na jedného obyvateľa najvyššie v Portugalsku, ďalej v Austrálii a na Novom Zélande. Relatívne príjmy zdravotných sestier sú najnižšie v Českej republike, Maďarsku a tiež v Nórsku (Tabuľka 2.11).
- V niektorých krajinách je problémom tiež nedostatok diagnostického alebo terapeutického vybavenia umožňujúceho včasný prístup k najnovším technológiám. **Dostupnosť diagnostických technológií, ako sú napríklad zariadenia na počítačovu tomografiu (CT) a magnetickú rezonanciu (MRI), vzrástla v poslednom desaťročí vo všetkých krajinách OECD.** Vzhľadom na to, že MRI je novšou technológiou ako CT, počet MRI zariadení rástol od roku 1990 obzvlášť rýchlo (Tabuľka 2.8). Miera rozšírenia týchto medicínskych technológií sa však v rôznych krajinách značne líši, najvyšší počet CT a MRI zariadení na jedného obyvateľstva vykazuje Japonsko. Naopak nie je prekvapujúce, že najnižší počet MRI zariadení na jedného obyvateľa je kvôli ich vysokej cene v Mexiku, ďalej v Poľsku, Slovenskej republike a v Českej republike (Tabuľky 2.13 a 2.14).

### **Zvýšený dôraz na prevenciu môže poskytnúť príležitosti na ďalšie zlepšovanie zdravotnej situácie obyvateľstva pri súčasnom znižovaní tlaku na systémy zdravotnej starostlivosti**

- Systémy zdravotnej starostlivosti bývajú kritizované za prílišnú orientáciu na „starostlivosť o chorých“, čo znamená liečenie chorôb bez dostatočných aktivít zameraných na ich prevenciu. **Reálne smerujú v krajinách OECD do prevencie a programov verejnej zdravotnej starostlivosti v priemere len 3 % aktuálnych výdavkov na zdravotnú starostlivosť** (Tabuľka 3.12).

- Ako jedno z najúčinnějších opatrení zameraných na znižovanie detskej chorobnosti a úmrtnosti sa ukázalo očkovanie detí. **Približne dve tretiny krajín OECD dosiahlo mieru plošného zaočkovania proti záškrtu, tetanu a čiernemu kašľu 95 %, čo je úroveň potrebná na zabezpečenie celkovej imunity obyvateľstva proti týmto chorobám. V prípade osýpok vykazuje rovnakú úroveň plošného zaočkovania približne polovica krajín OECD.** Podpriemernú úroveň plošného zaočkovania proti záškrtu a osýpok vykazujú niektoré z bohatších krajín OECD (na základe HDP na jedného obyvateľa), napríklad Írsko, Nórsko a Rakúsko (Tabuľka 2.21).
- V priebehu posledného desaťročia sa v krajinách OECD stalo čoraz rozšírenejšie očkovanie starších obyvateľov proti chrípke. Umožňuje sa tým predchádzať ochoreniam, hospitalizácii a úmrtiam v tejto populačnej skupine, ktorá je z hľadiska možných komplikácií spojených s chrípkovým ochorením rizikovejšia ako zvyšok obyvateľstva. **Miera zaočkovania staršieho obyvateľstva proti chrípke bola v roku 2003 rôzna, počnúc nízkymi hodnotami na úrovni menej ako 40 % v Českej republike, Slovenskej republike a Maďarsku a končiac vysokými hodnotami na úrovni 75 % v Austrálii, Kórei a Holandsku.** Miera zaočkovania proti chrípke bola vysoká aj vo väčšine krajín G7, keď presahovala úroveň 60 %, čo však neplatí pre Nemecko a Japonsko, kde bolo v roku 2003 zaočkovaných len menej ako 50 % starších obyvateľov (Tabuľka 2.23).

### **Rizikové faktory pôsobiace na zdravotnú situáciu obyvateľstva sa menia**

- **Mnoho krajín OECD dosiahlo v posledných dvoch desaťročiach značný pokrok v znižovaní spotreby tabaku a tabakových výrobkov,** hoci ide naďalej o hlavnú príčinu predčasnej úmrtnosti. Najväčšou mierou k tomuto klesajúcemu trendu prispeli politiky zamerané na znižovanie spotreby tabaku a tabakových výrobkov prostredníctvom verejných osvetových kampaní, negatívnej reklamy a zvýšeného zdaňovania. Počet pravidelných fajčiarov spomedzi dospelého obyvateľstva sa v Austrálii, Kanade, Švédsku a USA znížil z 33 % v neskorých 70-tych rokoch na súčasných 20 %. Naopak najvyšší počet pravidelných fajčiarov spomedzi dospelého obyvateľstva, až 33 %, je v Grécku, Maďarsku a Luxembursku (Tabuľka 4.1).
- **V priebehu posledných dvoch desaťročí v krajinách OECD postupne klesala aj priemerná spotreba alkoholických nápojov na dospelého obyvateľa.** Účinnými prostriedkami pri znižovaní spotreby alkoholických nápojov sa ukázali byť obmedzenia reklamy, predaja a zvýšené zdaňovanie. Spotreba alkoholických nápojov na jedného obyvateľa v prípade tradičných producentov vína, ako sú Taliansko a Francúzsko, od roku 1980 značne poklesla. Naopak o viac ako 40 % spotreba alkoholických nápojov na jedného obyvateľa vzrástla v Írsku (Tabuľky 4.6 a 4.7).
- V mnohých krajinách OECD sa **hlavným problémom týkajúcim sa verejnej zdravotnej starostlivosti rýchlo stáva nárast podielu obyvateľstva trpiaceho nadváhou a obezitou, tak v skupine detí ako aj dospelých obyvateľov.** Obezita je známym rizikovým faktorom v prípade rôznych zdravotných problémov, vrátane vysokého tlaku krvi, vysokej hladiny cholesterolu, cukrovky, ochorení

srdcovo-cievneho systému, astmy, artritídy a niektorých druhov rakoviny. **Viac ako 50 % dospelých obyvateľov sa v súčasnosti považuje za trpiacich nadváhou alebo obezitou v nasledujúcich desiatich krajinách OECD:** USA, Mexiko, Veľká Británia, Austrália, Slovenská republika, Grécko, Nový Zéland, Maďarsko, Luxembursko a Česká republika (Tabuľka 4.6).

- Ak sa zameriame konkrétne na obezitu (ktorá predstavuje vyššie zdravotné riziko ako obyčajná nadváha), **jej výskyt medzi dospelým obyvateľstvom sa pohybuje od nízkej hodnoty 3 % v Japonsku a Kórei až po vysokú hodnotu 31 % v USA.** Je však nevyhnutné podotknúť, že odhadované miery nadváhy a obezity sú v prípade väčšiny krajín založené na *individuálne poskytnutých* údajov, kým v prípade USA, Austrálie, Nového Zélandu a Veľkej Británie ide o odhady založené na *skutočnom meraní* výšky a hmotnosti obyvateľov. Individuálne poskytnuté údaje o výške a hmotnosti nie sú natoľko spoľahlivé ako skutočné merania, zvyčajne kvôli uvedeniu nižšej hmotnosti. Z toho vyplýva, že v dôsledku takýchto odchýlok **sú aktuálne odhady miery obezity vo väčšine krajín OECD nižšie ako je jej skutočný výskyt** (Tabuľky 4.12 a 4.13).
- **Vzhľadom na to, že je obezita spojená s vyšším rizikom chronického ochorenia, vyžaduje si tiež značné dodatočné náklady na zdravotnú starostlivosť.** Odhady z USA ukazujú, že v prípade obézných ľudí sú náklady na služby spojené so zdravotnou starostlivosťou o 36 % vyššie a náklady spojené s liekmi o 77 % vyššie ako v prípade ľudí s normálnou hmotnosťou (Sturm, 2002). Medzi prechodom do štádia obezity a nástupom zdravotných problémov s ňou spojených je časový odstup niekoľkých rokov. Z toho sa dá predpokladať, že nárast počtu obézneho obyvateľstva pozorovaný v posledných dvoch desaťročiach vo väčšine krajín OECD sa prejaví na zvýšených nákladoch na zdravotnú starostlivosť až v budúcnosti.



© OECD 2005

Toto zhrnutie nie je úradným prekladom OECD.

Rožmnožovanie tohto zhrnutia je povolené iba za predpokladu, že bude uvedené autorské právo OECD a názov originálnej publikácie.

**Viacjazyčné zhrnutia sú preloženými výňatkami z publikácií OECD, pôvodne uverejnených v anglickom a francúzskom jazyku.**

**K dispozícii sú bezplatne v on-line kníhkupectve OECD [www.oecd.org/bookshop/](http://www.oecd.org/bookshop/)**

Viac informácií získate v Divízii autorských práv a prekladov OECD Riaditeľstva verejných záležitostí a komunikácie.

[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

Navštívte našu webovú lokalitu [www.oecd.org/rights/](http://www.oecd.org/rights/)

