

OECD *Multilingual Summaries* Health at a Glance: Europe 2014

Summary in Estonian



Lugege tervet raamatut: 10.1787/health_glance_eur-2014-en

Health at a Glance: Europe 2014

Eestikeelne kokkuvõte

Euroopa riigid on elanikkonna tervise alal teinud märkimisväärseid edusamme, kuid püsib tervisealane ebavõrdsus nii riikide vahel kui ka riikide sees. Oodatav eluiga sünnimomendil on Euroopa Liidu (EL) liikmesriikides alates 1990. aastast pikenenud keskmiselt rohkem kui viis aastat, kuigi erinevus kõrgeima ja madalaima oodatava elueaga riikide vahel on jätkuvalt umbes kaheksa aastat. Püsivad ka suured erinevused riikide sees erinevate sotsiaal-majanduslike rühmade lõikes – kõrgema haridustasemega ja suurema sissetulekuga inimesed on tervemad ja elavad mitu aastat kauem kui need, kes on ebasoodsamas olukorras. Need erinevused on seotud ka paljude, sh tervishoiusüsteemiväliste teguritega, nagu inimeste elukeskkond, eluviisid ja käitumine ning erinevused tervishoiuteenuste juurdepääsetavuses ja kvaliteedis.

Väljaandes Health at a Glance: Europe 2014 on esitatud kõige uuemad andmed tervisliku seisundi, tervist ohustavate tegurite ja kvaliteetsele arstiabile juurdepääsu kohta kõigis ELi liikmesriikides, kandidaatriikides (v.a Albaania, andmete piiratud kättesaadavuse tõttu) ja Euroopa Vabakaubanduse Assotsiatsiooni (EFTA) riikides. Näitajate valik põhineb Euroopa peamistel tervishoiunäitajatel (ECHI), mille on välja töötanud Euroopa Komisjon. Seekordses väljaandes on uus peatükk ravile juurdepääsu kohta, kus võimaluse korral hinnatakse majanduskriisi mõju rahalistele ja geograafilistele takistustele ja ooteaegadele.

Oodatav eluiga on jätkuvalt pikenenud, kuid ebavõrdsus püsib

- Oodatav eluiga sünnimomendil on ELi liikmesriikides ajavahemikul 1990–2012 pikenenud üle viie aasta vanuseni 79,2 aastat. Erinevus kõrgeima (Hispaania, Itaalia ja Prantsusmaa) ja madalaima (Leedu, Läti, Bulgaaria ja Rumeenia) oodatava elueaga riikide vahel ei ole aga 1990. aastast vähenenud.
- 65-aastaste oodatav eluiga on samuti märkimisväärselt pikenenud, olles 2012. aastal ELis keskmiselt 20,4 aastat naistel ja 16,8 aastat meestel. 65-aastaste oodatav eluiga erineb kõrgeima ja madalaima oodatava elueaga riikide vahel umbes viie aasta võrra.
- Kõrgharitud mehed ja naised elavad tõenäoliselt mitu aastat kauem ja on tervemad. Näiteks võivad osas Kesk- ja Ida-Euroopa riikides 65-aastased kõrge haridustasemega mehed elada neli kuni seitse aastat kauem kui madala haridustasemega 65-aastased mehed.
- Naised elavad ELi riikides keskmiselt kuus aastat kauem kui mehed. Selline sooline erinevus on ainult üks aasta, kui vaadata tervena elatud aastaid, mis on määratletud kui tegevuse piiranguta elatud aastate arv.

Hinnang majanduskriisi mõjule

- Majanduskriisil on olnud elanikkonna tervisele ja suremusele mitmesugune mõju. Enesetappude arv, mis kriisi alguses veidi kasvas, on taas kriisieelsel tasemel. Liiklusõnnetustes surnute arv on kriisijärgsetel aastatel kiiremini kahanenud kui enne kriisi. Elanikkonna kokkupuude õhusaastega

on samuti kriisijärgsetel aastatel vähenenud, kuigi osa õhusaasteainete kogus on sellest ajast suurenenud.

- Majanduskriis võis aidata kaasa ka pikaajalisele rasvunute arvu tõusule. 2012. aastal oli ELi liikmesriikides keskmiselt üks kuuest täiskasvanust rasvunud, samas kui 2002. aastal oli see näitaja üks kaheksast. Mõnes riigis näitavad tõendid seost rasvumise ja rahaliste raskuste vahel: olenemata sissetuleku suuruselt on inimestel, kes kogesid majanduslikke raskusi, suurem oht rasvuda. Rasvumist esineb sagedamini pigem ebasoodsas olukorras olevate elanikkonnarühmade seas.

Tervishoiukulud on majanduskriisi järel vähenenud või nende kasv aeglustunud

- Aastatel 2009–2012 vähenesid tervishoiukulud realselt (kohandatud inflatsiooniga) pooltes ELi riikides ja kulude kasv aeglustus oluliselt ülejäänutes. Keskmiselt vähenesid tervishoiukulud 0,6 % aastas, võrreldes 4,7 % aastakasvuga perioodil 2000–2009. Kulude vähenemise põhjustasid tööjõu- ja palgakärped, tervishoiuteenuste osutajatele makstavate tasude vähendamine, madalamad ravimihinnad ja patsientide suurenenud omaosalus.
- Kuigi 2012. aastal on tervishoiukulud mitmes riigis (sh Austria, Saksamaa, Poola) mõõdukalt kasvanud, on need jätkuvalt vähenenud Kreekas, Itaalias, Portugalis ja Hispaanias, samuti Tšehhis ja Ungaris.

Üldine tervisekindlustus on hoidnud juurdepääsu tervishoiuteenustele

- Enamik ELi liikmesriike, v.a Bulgaaria, Kreeka ja Küpros, kus märkimisväärne osa elanikkonnast on kindlustamata, on säilitanud üldise (või peaaegu üldise) tervisekindlustuse peamiste tervishoiuteenuste puhul. Samas on ka nendes riikides võetud meetmeid kindlustamata elanikkonna tervishoiukulude katmiseks.
- Selleks et tagada juurdepääs tervishoiuteenustele on tarvis, et erinevate tervishoiuteenuste osutajaid oleks piisavalt ja nende jaotumine sobiv. Peaaegu kõigis Euroopa riikides on arstide ja õdede arv elaniku kohta jätkuvalt kasvanud, kuigi probleemiks on teatud erialade arstide, nt perearstide puudus maa- ja kaugemates piirkondades.
- Arstide arv 1000 elaniku kohta ELi liikmesriikides on kasvanud 2,9 arstilt 2000. aastal 3,4 arstini 2012. aastal. Eriti järsult on arstide arv kasvanud Kreekas (peamiselt enne majanduskriisi) ja Ühendkuningriigis (aastatel 2000–2012 kasvas arstide arv 50%).
- Kõikides riikides töötab rohkem arste linnapiirkondades. Mitmes Euroopa riigis pakutakse arstidele rahalist toetust, et neid arstide puuduse all kannatavatesse piirkondadesse meelitada ja seal hoida.
- Pikad ooteajad on mitmes Euroopa riigis oluline poliitikaküsimus. Plaaniliste operatsioonide ooteaegade pikkus on väga erinev.

Ravi kvaliteet on enamikus riikides paranenud, kuid erinevused püsivad

- Enamikus Euroopa riikides on tänu selliste eluohtlike seisundite ja haiguste nagu südameinfarkti, ajurabanduse ja vähktõve paranenud ravile tõenäosus ellu jääda suurem. Haiglaravijärgne suremus on ajavahemikul 2000–2011 südameinfarkti puhul kahanenud keskmiselt 40% ja ajurabanduse puhul üle 20%. Suremus on vähenenud, kuna ägedate seisundite aktiivravi ja juurdepääs ravile on paranenud.
- Vähihaigete, sh emakakaelavähi-, rinnavähi- ja soolevähihaigete ellujäämismäär on enamikus riikides paranenud. Samas oli Poolas emakakaelavähi ellujäämismäär 20% madalam kui Austrias ja Rootsis ja rinnavähi ellujäämismäär 20% madalam kui Rootsis.
- Selliste krooniliste haiguste nagu astma ja diabeedi välditava haiglaravi vähenemine näitab, et esmatasandi arstiabi kvaliteet on samuti enamikus riikides paranenud. Esmatasandi arstiabi kvaliteeti on aga veelgi võimalik parandada, et vähendada kulukat haiglaravi.
- Elanikkonna vananemine suurendab järgnevatel aastatel jätkuvalt nõudmisi tervishoiu- ja pikaajalise hoolduse süsteemidele. Majandus- ja rahandusküsimuste peadirektoraat prognoosis 2012. aastal, et aastatel 2010–2060 suurenevad ELi riikides avaliku sektori tervishoiukulud

keskmiselt 1–2% SKPst ja samamoodi kasvavad ka pikaajalisele hooldusele tehtavad kulutused. Arvestades praeguseid rangeid eelarvepiiranguid, on edaspidi raske ülesanne säilitada kogu elanikkonna juurdepääs kõrge kvaliteediga ravile taskukohase hinnaga.

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



Lugege inglisekeelset täisversiooni OECD iLibrary's!!

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

doi: 10.1787/health_glance_eur-2014-en