

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

Summary in Lithuanian



Read the full book on: 10.1787/health_glance_eur-2014-en

Health at a Glance: Europe 2014

Europos šalys padarė nemenką pažangą gyventojų sveikatos srityje, tačiau sveikatos būklės skirtumai tarp šalių ir pačiose šalyse tebelieka dideli. Nuo 1990 m. tikėtina gyvenimo trukmė Europos Sąjungos (ES) valstybėse narėse vidutiniškai pailgėjo daugiau nei penkeriais metais. Vis dėlto skirtumas tarp šalių, kuriose tikėtina gyvenimo trukmė yra ilgiausia ir trumpiausia, yra maždaug aštuoneri metai. Šalių viduje taip pat yra didelių skirtumų tarp skirtingoms socialinėms ir ekonominėms grupėms priklausančių asmenų: aukštesnį išsilavinimą turintys ir didesnes pajamas gaunantys asmenys yra sveikesni ir gyvena keleriais metais ilgiau. Šie skirtumai yra susiję su įvairiais veiksniais, įskaitant su sveikatos priežiūros sistemomis nesusijusius veiksnius, tokius kaip gyvenamoji aplinka, gyvenama ir elgsena, galimybių naudotis sveikatos priežiūra ir priežiūros kokybės skirtumai.

2014 m. leidime „Apie sveikatą glaustai: Europa“ (Health at a Glance: Europe 2014) pateikiama naujausių duomenų apie sveikatos būklę, sveikatos rizikos veiksnius, galimybę gauti kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas visose ES valstybėse narėse, šalyse kandidatėse (išskyrus Albaniją, kuri neturi pakankamai duomenų) ir Europos laisvosios prekybos asociacijos (ELPA) šalyse. Rodikliai parinkti remiantis Europos Komisijos parengta Pagrindinių Europos sveikatos rodiklių (ECHI) sistema. Šįkart įtrauktas naujas skyrius apie galimybes gauti sveikatos priežiūros paslaugas, jei įmanoma, įvertinant ekonomikos krizės poveikį finansinėms ir geografinėms kliūtims ir laukimo laikui.

Gyvenimo trukmė toliau ilgėja, tačiau skirtumų tebelieka

- Nuo 1990 m. iki 2012 m. ES valstybėse narėse tikėtina gyvenimo trukmė gimstant pailgėjo daugiau nei penkeriais metais ir pasiekė 79,2 metų. Tačiau ilgiausios gyvenimo trukmės šalių (Ispanija, Italija ir Prancūzija) ir trumpiausios gyvenimo trukmės šalių (Lietuva, Latvija, Bulgarija ir Rumunija) atotrūkis nuo 1990 m. nė kiek nesumažėjo.
- 2012 m. duomenimis, ES 65 m. sulaukusiųjų tikėtina gyvenimo trukmė taip pat gerokai pailgėjo – moterys galėjo tikėtis gyventi vidutiniškai dar 20,4 metų, o vyrai – 16,8 metų. 65 m. sulaukusiųjų tikėtina gyvenimo trukmė šalyse, kuriose gyvenimo trukmė yra ilgiausia, ir šalyse, kuriose ta trukmė yra trumpiausia, skiriasi maždaug penkeriais metais.
- Išsilavinę vyrai ir moterys paprastai gyvena keleriais metais ilgiau ir yra sveikesni. Pavyzdžiui, Vidurio ir Rytų Europos šalyse 65 m. amžiaus vyrai, turintys aukšto lygio išsilavinimą, gali tikėtis gyventi penkeriais septyneriais metais ilgiau nei mažiau išsilavinę bendraamžiai.
- ES šalių moterys vidutiniškai gyvena šešeriais metais ilgiau nei vyrai. Abiejų lyčių sveiko gyvenimo (t. y. gyvenimo, kai žmogaus veikla nėra ribojama dėl jo sveikatos būklės) trukmės skirtumas – vos vieneri metai.

Ekonomikos krizės poveikio sveikatai vertinimas

- Krizė gyventojų sveikatai ir mirtingumui darė įvairialypį poveikį. Prasidėjus krizei šiek tiek išaugo savižudybių rodiklis, tačiau dabar jis jau yra ikikrizinio lygio. Mirtingumas dėl transporto avarijų metais po krizės mažėjo sparčiau nei anksčiau. Dėl krizės sumažėjo oro taršos poveikis gyventojams, tačiau vėliau tam tikrų oro teršalų vėl padaugėjo.

- Gali būti, kad ekonomikos krizė paskatino ilgalaikį nutukimo augimą. 2012 m. ES valstybėse narėse nutukęs buvo vidutiniškai vienas iš šešių gyventojų, 2002 m. – vienas iš aštuonių. Kai kurių šalių duomenys rodo finansinių sunkumų ir nutukimo sąsajas: nepriklausomai nuo pajamų ar turto, su finansiniais sunkumais susiduriantys žmonės patiria didesnę riziką. Paprastai nutukimas labiau būdingas palankių sąlygų neturintiems asmenims.

Išlaidos sveikatos priežiūrai dėl ekonomikos krizės sumažėjo arba sulėtėjo

- 2009–2012 m. realiosios (pakoreguotos atsižvelgiant į infliaciją) išlaidos sveikatos priežiūrai pusėje ES šalių sumažėjo, pusėje – sulėtėjo. Išlaidos sveikatos priežiūrai kasmet mažėjo vidutiniškai 0,6 proc. 2000–2009 m. jos kasmet išaugdavo 4,7 proc. Mažėjimą lėmė sveikatos priežiūros darbuotojų skaičiaus ir jų atlyginimo mažinimas, sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų tarifų mažinimas, mažesnės vaistų kainos, didesnės pačių pacientų mokamos priemokos.
- Keliose šalyse (be kita ko, Austrijoje, Vokietijoje ir Lenkijoje) 2012 m. išlaidos sveikatos priežiūrai šiek tiek išaugo, tačiau ne vienoje kitoje šalyje – Graikijoje, Italijoje, Portugalijoje, Ispanijoje, Čekijoje ir Vengrijoje – toliau mažėjo.

Visuotinė sveikatos apsauga – galimybės naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis garantas

- Dauguma ES šalių išlaikė visuotinę (arba beveik visuotinę) sveikatos apsaugą, apimančią pagrindines sveikatos priežiūros paslaugas. Išimtis – Bulgarija, Graikija ir Kipras, kur sveikatos draudimo neturi nemaža dalis gyventojų. Tačiau net šiose šalyse imtasi priemonių, kad sveikatos priežiūros paslaugos būtų teikiamos ir nedraustiems asmenims.
- Norint užtikrinti veiksmingas galimybes naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis, reikia tinkamo sveikatos paslaugų teikėjų skaičiaus, įvairovės ir pasiskirstymo. Beveik visose Europos šalyse vienam gyventojui tenkančių gydytojų ir slaugytojų skaičius toliau didėjo, tačiau kyla ir susirūpinimas nepakankamu tam tikrų kategorijų gydytojų skaičiumi, pavyzdžiui, trūksta bendrosios praktikos gydytojų kaimo ir atokiuose regionuose.
- ES šalyse vienam gyventojui tenkančių gydytojų skaičius padidėjo vidutiniškai nuo 2,9 gydytojo tūkstančiui gyventojų 2000 m. iki 3,4 gydytojo 2012 m. Itin sparčiai gydytojų skaičius augo Graikijoje (daugiausia prieš ekonomikos krizę) ir Jungtinėje Karalystėje (2000–2012 m. jis padidėjo 50 proc.).
- Visose šalyse daugiau gydytojų dirba miestų regionuose. Daugelis Europos šalių teikia finansines paskatas, kad pritrauktų ir išlaikytų gydytojus vietovėse, kur jų trūksta.
- Ilgos sveikatos priežiūros paslaugų laukimo eilės – daugeliui Europos šalių aktualus politinis klausimas. Laikas, kurį tenka laukti neskubios chirurginės intervencijos, labai skiriasi.

Priežiūros kokybė daugelyje šalių pagerėjo, tačiau skirtumai išlieka

- Pažanga gydant grėsmę gyvybei keliančias ligas (pavyzdžiui, širdies ligas, insultą ar vėžį) lėmė išgyvenimo rodiklio padidėjimą daugumoje Europos šalių. Hospitalizuotų širdies smūgi patyrusių asmenų mirtingumo rodikliai 2000–2011 m. sumažėjo 40 proc., insultą patyrusių asmenų – 20 proc. Mažesnis mirtingumas kai kuriose šalyse atspindi geresnę intensyviąją priežiūrą ir didesnes galimybes gydytis specialiuose insulto gydymo skyriuose.
- Daugumoje šalių didėjo išgyvenamumo sergant vėžiu (įskaitant gimdos kaklelio, krūties ir kolorektalinį vėžį) rodikliai. Tačiau Lenkijoje sergančiųjų gimdos kaklelio vėžiu išgyvenamumas buvo 20 proc. mažesnis nei Austrijoje ir Švedijoje, o sergančiųjų krūties vėžiu – beveik 20 proc. mažesnis nei Švedijoje.
- Pirminės sveikatos priežiūros kokybė daugumoje šalių taip pat pagerėjo – tą rodo nebūtinės hospitalizacijos dėl lėtinių ligų, pavyzdžiui, astmos ir diabeto, atvejų sumažėjimas. Tačiau pirminę sveikatos priežiūrą galima dar labiau pagerinti, kad būtų sumažintas brangiai kainuojančios hospitalizacijos mastas.
- Dėl visuomenės senėjimo ateinančiais metais toliau didės sveikatos ir ilgalaikės priežiūros sistemoms keliami reikalavimai. Ekonomikos ir finansų reikalų GD 2012 m. prognozavo, kad sveikatos priežiūrai skiriamos valstybės lėšos 2010–2060 m. ES šalyse vidutiniškai didės 1–2 proc.

BVP ir kad panašaus skiriamų valstybės lėšų didėjimo reikėtų tikėtis ir ilgalaikės priežiūros srityje. Griežto biudžeto suvaržymo laikais teks spręsti, kaip suteikti galimybių visiems gyventojams gauti įperkamas ir kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas.

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



Read the complete English version on OECD iLibrary!

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

doi: 10.1787/health_glance_eur-2014-en