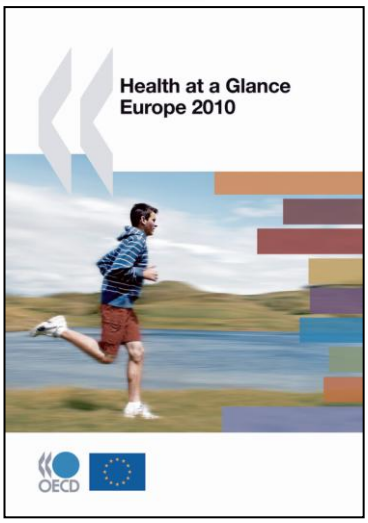
OECD Multilingual Summaries



Health at a Glance: Europe 2010

Summary in Lithuanian

Santrauka

Per pastaruosius dešimtmečius Europos šalys gyventojų sveikatos srityje padarė didelę pažangą. Nuo 1980 m. vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė nuo gimimo Europos Sąjungos (ES) šalyse padidėjo šešeriais metais, o pirmalaikis mirtingumas labai sumažėjo. Padidėti šiam ilgaamžiškumui gerokai padėjo tai, kad pagerėjo gyvenimo ir darbo sąlygos bei sveikatos būklę lemianti elgsena, bet negalima nuvertinti ir medicininės priežiūros srityje padarytos pažangos. Europos šalių sveikatos sistemos vis didėja ir sudėtingėja, o sveikatos priežiūros išlaidos, kurioms skiriama vis daugiau nacionalinių pajamų, dar niekada nebuvo didesnės.

Šiame pirmajame leidinio *„Apie sveikatą trumpai. Europa“* (angl. *Health at a Glance: Europe*) leidime, kuris parengtas remiantis ilgalaikiu EBPO ir Europos Komisijos bendradarbiavimu, pateikiami pagrindiniai sveikatos ir sveikatos sistemų 31 Europos šalyje – 27 Europos Sąjungos valstybėse narėse, Islandijoje, Norvegijoje, Šveicarijoje ir Turkijoje – rodikliai. Rodikliai pasirinkti remiantis galutiniu Europos bendrijos sveikatos rodiklių (angl. ECHI) sąrašu, t. y. rodiklių sąrašu, kurį Europos Komisija parengė siekdama nustatyti gaires, kaip rengti sveikatos statistinius duomenis ir juos teikti (Europos Komisija, 2010 m.). Tačiau kai kurie šioje ataskaitoje pateikiami rodikliai dėl duomenų prieinamumo ar suvaržymų arba tam tikrais atvejais dėl to, kad ECHI rodikliai dar nėra parengti taikyti, skiriasi nuo ECHI apibrėžčių. Leidinyje, remiantis nusistovėjusia EBPO duomenų rinkimo praktika ir šios srities patirtimi, taip pat pateikiama išsami informacija apie sveikatos priežiūros išlaidas ir jų finansavimą. Šiame leidinyje pateikiami duomenys daugiausia paimti iš oficialiosios nacionalinės statistikos, kaupiamos *EBPO sveikatos duomenų bazėje*, *Eurostato statistikos duomenų bazėje* ir PSO Europos regioninio biuro duomenų bazėje *„Health for All Database“*.

Leidinyje *„Apie sveikatą trumpai. Europa 2010 m.“* (angl. *Health at a Glance: Europe 2010*) pateikiami įrodymai, kad Europos šalyse gyventojų sveikatos būklė, rizikos sveikatai veiksniai, sveikatos priežiūros sistemų sąnaudos, rezultatai ir pasekmės, sveikatos priežiūros išlaidų lygiai ir finansavimo šaltiniai labai skiriasi. Leidinyje pateikiami tam tikri šių skirtumų paaiškinimai ir sudaromas pagrindas išsamiau suprasti juos lemiančias priežastis ir parengti politikos priemones šalių skirtumams mažinti. Taip pat reikėtų pažymėti, kad nors leidinyje pateikiamas pagrindinis gyventojų suskirstymas pagal lytį ir amžių, išsami informacija pagal šalių regionus, socialines ir ekonomines grupes ar etnines (rasines) grupes paprastai neteikiama. Dėl daugelio rodiklių skaitytojai turėtų atminti, kad skirtumų *atskiroje* šalyje gali būti tiek pat kaip *tarp* šalių.

Sveikatos būklė Europos šalyse labai pagerėjo, nors tebėra didelių skirtumų

- Nuo 1980 m. vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė nuo gimimo ES šalyse pailgėjo šešeriais metais ir 2007 m. siekė 78 metus. 2005–2007 m., trejų metų laikotarpiu, vyrų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė nuo gimimo 27 ES šalyse vidutiniškai buvo 74,3 metų, o moterų – 80,8 metų. Didžiausia moterų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė nuo gimimo buvo Prancūzijoje (84,4 metų), o vyrų – Švedijoje (78,8 metų). Mažiausia moterų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė nuo gimimo Europos Sąjungoje buvo Rumunijoje (76,2 metų), o vyrų – Lietuvoje (65,1 metų). Skirtumas tarp šalių, kuriose vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė nuo gimimo yra didžiausia ir mažiausia, sudaro maždaug aštuonerius metus moterų atveju ir 14 metų vyrų atveju.

- Tai, ar ilgėjant vidutinei gyvenimo trukmei padaugėja metų, nugyvenamų būnant geros sveikatos, turi labai didelę reikšmę Europos sveikatos ir ilgalaikės priežiūros sistemoms. Vidutinė tikėtina sveiko žmogaus gyvenimo

trukmė nuo gimimo apibrėžiama kaip gyvenimo metų, kuriais asmens kasdienės veiklos nevaržo jokia liga ar sveikatos sutrikimas, skaičius. 2005–2007 m. vidutinė sveiko žmogaus gyvenimo trukmė Europos Sąjungoje vidutiniškai buvo 61,3 metų moterų atveju ir 60,1 metų vyrų atveju. Skirtumas tarp lyčių, palyginti su vidutine gyvenimo trukme, yra gerokai mažesnis ir tai susiję su tuo, kad moterų gyvenimo dalis, praleidžiama esant aktyvumo suvaržymams, yra didesnė. 2005–2007 m. vidutinė tikėtina sveiko žmogaus gyvenimo trukmė didžiausia – ir vyrų, ir moterų atveju – buvo Maltoje, o mažiausia – Latvijoje moterų atveju ir Estijoje vyrų atveju.

● Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė sulaukus 65 metų Europos šalyse pastaraisiais dešimtmečiais taip pat gerokai pailgėjo. 2005–2007 m. 27 ES šalių vidurkis buvo 15,9 metų vyrų atveju ir 19,5 metų moterų atveju. Kaip ir vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės nuo gimimo atveju, didžiausia vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė sulaukus 65 metų buvo Prancūzijoje – ne tik moterų (22,6 metų), bet ir vyrų (18,1 metų) atveju. Mažiausia vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė sulaukus 65 metų buvo Rytų Europoje – vyrų atveju Latvijoje (12,7 metų), o moterų atveju – Bulgarijoje (16,3 metų).

● Kaip ir tikėtinos gyvenimo trukmės nuo gimimo atveju, skirtumas tarp lyčių vertinant vidutinę tikėtiną sveiko žmogaus gyvenimo trukmę sulaukus 65 metų yra gerokai mažesnis, palyginti su vidutine tikėtina gyvenimo trukme nuo gimimo. 2005–2007 m. vyrų rodiklis buvo šiek tiek geresnis negu moterų – atitinkamai 8,4 metų ir 8,1 metų.

● Santykinį daugybės medicininio ir nemedicininio pobūdžio veiksnių, kurie gali daryti poveikį vidutinės tikėtinos (sveiko žmogaus) gyvenimo trukmės pokyčiams, indėlį sunku įvertinti. Europos šalyse didesnės nacionalinės pajamos paprastai siejamos su didesne vidutine tikėtina gyvenimo trukme, nors esant aukštesniems nacionalinių pajamų lygiams šis santykis yra ne toks ryškus, ir tai rodo, kad pasiekus tam tikrą lygį „grąža mažėja“. Svarbų vaidmenį taip pat atlieka kiti pagrindiniai sveikatos veiksniai.

Rizikos sveikatai veiksniai keičiasi

● Daugelis ES šalių, siekdamos mažinti tabako vartojimą, padarė didelę pažangą, nors tai tebėra viena pagrindinių pirmalaikių mirčių priežasčių. Šį sumažėjimą daugiausia galima sieti su nacionaliniu ir ES lygmeniu įgyvendinama politika, pagal kurią yra remiamos visuomenės informavimo kampanijos, reklamos draudimai ir mokesčių didinimas. Švedijoje ir Islandijoje kasdien rūkančių suaugusiųjų iki šiol sumažėjo nuo daugiau kaip 30 proc. 1980 m. iki mažiau nei 18 proc. Tačiau Graikijoje ir toliau kasdien rūko beveik 40 proc. suaugusiųjų. Bulgarijoje, Airijoje ir Nyderlanduose rūkymo rodikliai taip pat gana dideli.

● Alkoholio vartojimas daugelyje Europos šalių per pastaruosius tris dešimtmečius taip pat sumažėjo. Paaiškėjo, kad reklamos ir pardavimo apribojimai bei mokesčiai yra veiksmingos priemonės alkoholio vartojimui mažinti. Alkoholio vartojimas vienam gyventojui tradicinėse vyną gaminančiose šalyse, kaip antai Italijoje, Prancūzijoje ir Ispanijoje, nuo 1980 m. gerokai sumažėjo. Kita vertus, kai kuriose šalyse, įskaitant Airiją, Jungtinę Karalystę ir kai kurias Šiaurės šalis, vartojimas gerokai padidėjo.

● Daugiau nei pusė visų suaugusių Europos Sąjungos gyventojų šiuo metu turi antsvorio arba yra nutukę. Tą patį galima pasakyti ir apie 15 iš 27 ES šalių. Nutukimo, kuris sveikatai kelia didesnį pavojų negu antsvoris, paplitimas svyruoja nuo mažiau nei 10 proc. Rumunijoje, Šveicarijoje ir Italijoje iki daugiau kaip 20 proc. Jungtinėje Karalystėje, Airijoje, Maltoje ir Islandijoje. Visose ES šalyse nutukę yra vidutiniškai 15,5 proc. suaugusių gyventojų.

● Nutukimo lygis daugumoje ES šalių, apie kurias turima duomenų, per pastaruosius dvidešimt metų padidėjo daugiau kaip du kartus. Nutukimo lygis sparčiai didėjo, nepaisant to, kokie nutukimo lygiai buvo prieš du

dešimtmečius. 1988–2008 m. nutukimo lygis ir Nyderlanduose, ir Jungtinėje Karalystėje padidėjo daugiau kaip du kartus, nors šis lygis Nyderlanduose šiuo metu sudaro mažiau nei pusę atitinkamo Jungtinės Karalystės lygio.

● Nutukimas siejamas su didesne lėtinių ligų rizika, todėl yra susijęs su didelėmis papildomomis sveikatos priežiūros išlaidomis. Per Anglijoje neseniai atliktą tyrimą apytikriai apskaičiuota, kad bendros išlaidos, susijusios su antsvoriu ir nutukimu, 2007–2015 m. galėtų padidėti net 70 proc., o iki 2025 m. būtų 2,4 karto didesnės (*Foresight*, 2007 m.).

Sveikatos priežiūros darbuotojų stoka kelia rūpestį daugelyje šalių

● Daugelyje Europos šalių kyla rūpestis dėl gydytojų trūkumo. Gydytojų skaičius vienam gyventojui gerokai skiriasi ir mažiausias yra Turkijoje, šiek tiek didesnis – Lenkijoje ir Rumunijoje. Jungtinėje Karalystėje ir Suomijoje gydytojų skaičius taip pat yra gana nedidelis.

● Tačiau nuo 2000 m. gydytojų skaičius vienam gyventojui padidėjo visose Europos šalyse, išskyrus Slovakiją. Šis skaičius vidutiniškai padidėjo nuo 3,0 gydytojų 1 000 gyventojų 2000 m. iki 3,3 gydytojo 2008 m. Ypač sparčiai jis padidėjo Airijoje – beveik 50 proc. Šį padidėjimą nemažai lėmė tai, kad buvo įdarbinti užsienyje mokslą baigę gydytojai – užsienyje mokslą baigusių gydytojų dalis tuo laikotarpiu padidėjo tris kartus. Panašiai ir Jungtinėje Karalystėje gydytojų skaičius vienam gyventojui 2000–2008 m. padidėjo 30 proc. – nuo 2,0 gydytojų 1 000 gyventojų iki 2,6.

● Tačiau Prancūzijoje ir Italijoje gydytojų skaičius vienam gyventojui nuo 2000 m. iš esmės nepadidėjo. Devintąjį ir dešimtąjį dešimtmečiais sumažėjus naujų stojančiųjų į medicinos mokyklas skaičiui, gydytojų skaičius vienam gyventojui Italijoje pradėjo mažėti nuo 2002 m., kai jis buvo didžiausias. Prancūzijoje šis skaičius didžiausias buvo 2005 m., nuo tada jis pradėjo mažėti ir manoma, kad tebemažės artimiausius dešimt metų.

● Bendrosios praktikos gydytojų ir gydytojų specialistų pusiausvyra pastaraisiais dešimtmečiais beveik visose šalyse pasikeitė; ir gydytojų specialistų skaičius didėjo gerokai sparčiau. Dėl to daugumoje šalių, išskyrus Rumuniją ir Portugaliją, gydytojų specialistų yra daugiau nei bendrosios praktikos gydytojų. Tai galima paaiškinti sumažėjusiu tradicinio bendrosios praktikos (šeimos) gydytojo praktikos būdo patrauklumu ir didėjančiu atlyginimo skirtumu. Esant lėtam bendrosios praktikos gydytojų skaičiaus vienam gyventojui didėjimui ar mažėjimui kyla rūpestis dėl galimybių naudotis pirmine sveikatos priežiūra. Daugelis šalių svarsto, kokiais būdais padidinti bendrosios praktikos patrauklumą, taip pat nustato naujas kitų sveikatos priežiūros teikėjų, kaip antai slaugytojų, funkcijas.

● Daugelyje Europos šalių taip pat kyla rūpestis dėl slaugytojų trūkumo. Slaugytojai atlieka svarbų vaidmenį teikiant sveikatos priežiūrą ne tik tradicinėje aplinkoje, kaip antai ligoninėse ir ilgalaikės priežiūros įstaigose, bet vis labiau ir pirminės sveikatos priežiūros srityje, ypač teikiant priežiūrą sergantiesiems lėtinėmis ligomis ir pacientų namuose. 2008 m. Suomijoje, Islandijoje, Airijoje ir Šveicarijoje buvo po maždaug 15 slaugytojų 1 000 gyventojų, Danijoje ir Norvegijoje – šiek tiek mažiau. Mažiausiai slaugytojų buvo Turkijoje, kiek daugiau – Graikijoje, Bulgarijoje ir Kipre, po mažiau nei penkis 1 000 gyventojų.

● Nuo 2000 m. slaugytojų skaičius vienam gyventojui padidėjo visose Europos šalyse, išskyrus Lietuvą ir Slovakiją. Padidėjimas buvo ypač didelis Portugalijoje, Ispanijoje, Prancūzijoje ir Šveicarijoje.

Augant sveikatos priežiūros išlaidoms, didėja spaudimas nacionaliniams biudžetams

● Sveikatos priežiūros išlaidos padidėjo visose Europos šalyse; jos dažnai didėjo sparčiau negu augo ekonomika, dėl to didėjo sveikatos priežiūrai skiriama BVP dalis. ES šalių sveikatos priežiūrai vidutiniškai išleidžiama jų BVP dalis padidėjo nuo 7,3 proc. 1998 m. iki 8,3 proc. 2008 m. Tačiau sveikatos priežiūros išlaidoms skiriama BVP dalis atskirose šalyse gerokai skiriasi ir svyruoja nuo mažiau nei 6 proc. Kipre ir Rumunijoje iki daugiau kaip 10 proc. Prancūzijoje, Šveicarijoje, Vokietijoje ir Austrijoje.

● Kai kuriose šalyse sveikatos priežiūros išlaidų ir BVP santykis dėl pastarojo ekonomikos nuosmukio gerokai padidėjo. Airijoje sveikatos priežiūrai skiriama BVP procentinė dalis padidėjo nuo 7,5 proc. 2007 m. iki 8,7 proc. 2008 m. Ispanijoje ji padidėjo nuo 8,4 proc. iki 9,0 proc.

● 2008 m. iš Europos šalių daugiausia sveikatos priežiūrai vienam gyventojui išleido Norvegija – išlaidos sudarė maždaug 4 300 EUR. Šiek tiek mažiau išleido Šveicarija, Liuksemburgas ir Austrija. Dauguma Šiaurės ir Vakarų Europos šalių išleido 2 500–3 500 EUR PGP vienam asmeniui, t. y. 10–60 proc. daugiau už ES vidurkį. Mažiau už ES vidurkį išleidžia Rytų ir Pietų Europos šalys, kaip antai Turkija, Rumunija, Bulgarija, Lenkija ir Vengrija.

● Sveikatos priežiūros išlaidų vienam gyventojui ir BVP vienam gyventojui tarpusavio sąsaja paprastai būna teigiama, nors Europos šalyse, kuriose BVP vienam gyventojui yra nedidelis, šis ryšys paprastai būna stipresnis. Didelių sveikatos priežiūros išlaidų skirtumų gali būti net ir tarp šalių, kurių BVP vienam gyventojui lygis yra panašus. Pavyzdžiui, Ispanijoje ir Prancūzijoje BVP vienam gyventojui rodikliai yra panašūs, bet Ispanijos sveikatos priežiūros išlaidos sudaro mažiau nei 80 proc. šių Prancūzijos išlaidų lygio.

● Sveikatos priežiūros sistemos kartais kritikuojamos dėl pernelyg didelio dėmesio ligonių priežiūrai, t. y. sergančiųjų gydymui, ir nepakankamos ligų prevencijos. ES šalyse prevencijai ir visuomenės sveikatos programoms vidutiniškai išleidžiama tik maždaug 3 proc. dabartinių sveikatos priežiūros išlaidų.

● Valstybės sektorius visose Europos šalyse, išskyrus Kiprą, yra pagrindinis sveikatos priežiūros finansavimo šaltinis. 2008 m. valstybės lėšomis, pasinaudojant bendruoju apmokestinimu arba socialinio draudimo įmokomis, finansuota vidutiniškai beveik trys ketvirtadaliai visų sveikatos priežiūros išlaidų. Liuksemburge, Čekijoje, Šiaurės Europos šalyse (išskyrus Suomiją), Jungtinėje Karalystėje ir Rumunijoje valstybės finansuota dalis sudarė daugiau kaip 80 proc. visų sveikatos priežiūros išlaidų.

● Privačiojo finansavimo dydis ir sudėtis atskirose šalyse nėra vienodi. Daugumoje šalių už sveikatos priežiūros paslaugas iš savo kišenės moka pacientai. Privačiajam sveikatos draudimui ES šalyse vidutiniškai tenka tik maždaug 3–4 proc. visų sveikatos priežiūros išlaidų. Tačiau kai kuriose šalyse jis atlieka svarbų vaidmenį. Vokietijoje privatusis sveikatos draudimas užtikrina pirminę tam tikrų gyventojų grupių draudžiamąją apsaugą. Prancūzijoje privačiuoju sveikatos draudimu finansuojama 13 proc. visų išlaidų, bet teikiama papildomą ir pridėtinė draudžiamoji apsauga universalioje viešojoje sistemoje.

● Atsižvelgiant į dabartinį poreikį daugelyje šalių mažinti biudžeto deficitą, vyriausybėms artimiausioje ateityje gali tekti priimti sunkų politinį sprendimą. Joms gali tekti arba pažaboti viešųjų sveikatos priežiūros išlaidų augimą, mažinti išlaidas kitose srityse, arba didinti mokesčius ar socialinio draudimo įmokas, siekiant mažinti deficitą. Suderinti šį spaudimą gali padėti sveikatos priežiūros sektoriaus našumo didinimas, pavyzdžiui, kruopščiau vertinant sveikatos priežiūros technologijas ar didinant informacinių ir ryšių technologijų naudojimą (e. sveikata). Šios iniciatyvos taip pat gali duoti papildomos naudos, nes pagerėtų priežiūros kokybė, o tai yra dar viena EBPO ir Europos Komisijos bendradarbiavimo sritis.

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/