OECD *Multilingual Summaries*

Health at a Glance: Europe 2012

Summary in Lithuanian

Read the full book on: 10.1787/9789264183896-en

SANTRAUKA

Pastaraisiais dešimtmečiais Europos šalys padarė didelę pažangą gyventojų sveikatos srityje. Nuo 1980 m. vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė (gimimo metu) Europos Sąjungos (ES) valstybėse narėse pailgėjo daugiau nei šešeriais metais ir 2010 m. pasiekė 79 metus, o pirmalaikis mirtingumas labai sumažėjo. Tikėtina, kad daugiau nei trys ketvirtadaliai šios gyvenimo trukmės bus nugyventa be veiklumo apribojimo. Gyvenimo trukmės ilgėjimą galima paaiškinti geresnėmis gyvenimo ir darbo sąlygomis bei tam tikra sveikatos būklę lemiančia elgsena, tačiau nemažai įtakos turi didesnės galimybės naudotis priežiūros paslaugomis ir priežiūros kokybė, kaip rodo, pavyzdžiui, labai sumažėjęs mirtingumas dėl širdies smūgio ar insulto.

Sveikatos gerinimas pareikalavo didelių finansinių išteklių. Iki 2009 m. sveikatos sektoriaus išlaidos Europos šalyse augo greičiau nei jų ekonomika, todėl sveikatos sektorius absorbavo didėjančią bendrojo vidaus produkto (BVP) dalį. 2008 m. prasidėjus finansų ir ekonomikos krizei daug Europos šalių sumažino sveikatos sektoriaus išlaidas stengdamosi suvaldyti didelius biudžetų deficitus ir didėjantį skolos santykį su BVP. Nors šie mažinimai tikriausiai buvo neišvengiami, kai kurios priemonės gali turėti įtakos pagrindiniams sveikatos priežiūros sistemų tikslams. Todėl svarbu nuolat stebėti sveikatos ir sveikatos priežiūros sistemų duomenis ir rodiklius – jie atskleidžia galimą trumpalaikį ir ilgalaikį besikeičiančių ekonominių sąlygų ir sveikatos priežiūros politikos poveikį galimybėms naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis, sveikatos priežiūros kokybei ir rezultatams.

Šiame antrajame „Apie sveikatą glaustai: Europa“ (angl. "Health at a Glance: Europe") leidime pateikiami naujausi (2010 m. ir ankstesni) palyginami duomenys apie pasirinktus sveikatos ir sveikatos priežiūros sistemų rodiklius 35 Europos šalyse – 27 Europos Sąjungos valstybėse narėse, penkiose šalyse kandidatėse ir trijose ELPA šalyse. Rodikliai pasirinkti remiantis galutiniu Europos bendrijos sveikatos rodiklių (angl. ECHI) sąrašu, kurį Europos Komisija parengė siekdama nustatyti sveikatos statistinių duomenų rengimo ir teikimo gaires. Be to, leidinyje pateikiama išsamios informacijos apie sveikatos priežiūros išlaidas ir finansavimo tendencijas, remiantis bendru EBPO, Eurostato ir PSO sveikatos sąskaitų metiniu klausimynu. Į leidinį taip pat įtrauktas naujas skyrius apie sveikatos priežiūros kokybę, kuriame apžvelgiama pažanga, pasiekta vykdant EBPO sveikatos priežiūros kokybės rodiklių projektą. Čia pateikiami daugiausiai iš oficialiosios šalių statistikos gauti duomenys, kuriuos kartu arba pavieniui sukaupė EBPO, Eurostatas arba Pasaulio sveikatos organizacijos Europos regioninis biuras, taip pat duomenys, gauti iš daugiašalių apklausų, tokių kaip Mokyklinio amžiaus vaikų įpročių, turinčių įtakos sveikatai, tyrimas (angl. HBSC, Health Behaviour in School-aged Children).

Leidinyje „Apie sveikatą glaustai: Europa 2012 m.“ (angl. "Health at a Glance: Europe 2012") apžvelgiamos ilgalaikės tendencijos ir Europos šalių skirtumai, duomenis skirstant pagal penkias plačias temas: 1) gyventojų sveikatos būklė; 2) sveikatos rizikos veiksniai; 3) sveikatos priežiūros sistemų ištekliai ir veikla; 4) lėtinėmis ir ūmiomis ligomis sergančių ligonių priežiūros kokybė ir 5) sveikatos priežiūros išlaidos ir finansavimo šaltiniai. Leidinyje pateikiami tam tikri šių skirtumų paaiškinimai ir sudaromas pagrindas tolesniems tyrimams ir analizei, kad būtų galima geriau suprasti juos lemiančias priežastis ir parengti politikos priemones, kuriomis būtų mažinamas atotrūkis nuo geresnių rezultatų pasiekusių šalių. Daug rodiklių suskirstyti pagal lytį ir amžių, o keletas rodiklių toliau išskaidyti pagal pajamas ar išsilavinimo

lygį. Šie rodikliai rodo, kad skirtumai tarp šalies regionų, socialinių ekonominių arba etninių ir rasinių grupių gali būti tokie pat dideli kaip ir tarp atskirų šalių.

Sveikatos būklė Europos šalyse labai pagerėjo, nors tebėra didelių skirtumų

- Nuo 1980 m. iki 2010 m. ES valstybėse narėse tikėtina gyvenimo trukmė pailgėjo daugiau nei 6 metais. 2008–2010 m. vyrų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė Europos Sąjungoje buvo 75,3 metų, o moterų – 81,7 metų. Ilgiausia tikėtina moterų gyvenimo trukmė buvo Prancūzijoje (85,0 metų), o vyrų – Švedijoje (79,4 metų). Trumpiausia tikėtina moterų gyvenimo trukmė Europos Sąjungoje buvo Bulgarijoje ir Rumunijoje (77,3 metų), o vyrų – Lietuvoje (67,3 metų). Skirtumas tarp ES valstybių narių, kuriose tikėtina gyvenimo trukmė yra ilgiausia ir trumpiausia, yra maždaug 8 metai moterų atveju ir 12 metų vyrų atveju (1.1.1 pav.).
- 2008–2010 m. Europos Sąjungos sveiko gyvenimo metų (SGM, angl. healthy life years), kurie apibrėžiami kaip be veiklumo apribojimo nugyventų metų skaičius, vidurkis tarp moterų buvo 62,2 metų, o tarp vyrų – 61,0 metų. Skirtumas tarp lyčių, palyginti su vidutine tikėtina gyvenimo trukme, gerokai mažesnis ir tai susiję su tuo, kad moterų gyvenimo dalis, praleidžiama patiriant tam tikrų aktyvumo apribojimų, yra didesnė. 2008–2010 m. SGM rodiklis buvo didžiausias Maltoje moterų atveju ir Švedijoje vyrų atveju, o mažiausias – Slovakijoje ir moterų, ir vyrų atveju (1.1.1 pav.).
- Tikėtina gyvenimo trukmė sulaukus 65 metų Europos šalyse taip pat gerokai pailgėjo ir 2008–2010 m. Europos Sąjungoje vidutiniškai buvo 16,5 metų vyrų atveju ir 20,1 metų moterų atveju. Kaip ir tikėtina gyvenimo trukmė, ilgiausia tikėtina gyvenimo trukmė sulaukus 65 metų buvo Prancūzijoje – ne tik moterų (23,2 metų), bet ir vyrų (18,7 metų) atveju. Trumpiausia moterų tikėtina gyvenimo trukmė sulaukus 65 metų Europos Sąjungoje buvo Bulgarijoje (16,9 metų), o vyrų – Latvijoje (13,2 metų) (1.2.1 pav.).
- Dideli tikėtinos gyvenimo trukmės skirtumai išlieka tarp socialinių ekonominių grupių. Ir vyrų, ir moterų atveju labai išsilavinę žmonės gyvena ilgiau; pavyzdžiui, Čekijoje aukštą išsilavinimą turintys 65 metų vyrai gali nugyventi septyniais metais ilgiau už menkiau išsilavinusius to paties amžiaus vyrus (1.2.3 pav.).
- Daugybės nemedicininio ir medicininio pobūdžio veiksnių, kurie gali turėti įtakos tikėtinos gyvenimo trukmės skirtumams tarp šalių, santykinį indėlį įvertinti sunku. Didesnės nacionalinės pajamos paprastai siejamos su ilgesne tikėtina (sveiko) gyvenimo trukme, nors esant aukščiausiems nacionalinių pajamų lygiams šis santykis yra ne toks ryškus, ir tai rodo, kad pasiekus tam tikrą pajamų lygį grąža mažėja (1.1.2 pav.).
- Lėtinių ligų, tokių kaip diabetas, astma ir demencija, daugėja – tą lemia arba geresnė diagnostika, arba didėjantis susirgimų skaičius. 2011 m. diabetu sirgo daugiau kaip 6 proc. – arba 30 milijonų – 20–79 metų Europos Sąjungos gyventojų (1.14.1 pav.). Geresnė lėtinių ligų kontrolė tapo daugelio ES valstybių narių sveikatos priežiūros politikos prioritetu.

Sveikatos rizikos veiksniai keičiasi

- Dauguma Europos šalių, rengdamos visuomenės informavimo kampanijas, įvesdamos reklamos draudimus ir didindamos mokesčius, sumažino tabako vartojimą. Kasdien rūkančių suaugusiųjų dalis Švedijoje ir Islandijoje yra mažesnė nei 15 proc. palyginti su daugiau kaip 30 proc. 1980 m. Kitame vertinimo skalės gale yra Graikija, kur kasdien rūko daugiau nei 30 proc. suaugusiųjų. Rūkymo rodikliai taip pat išlieka dideli Bulgarijoje, Airijoje ir Latvijoje (2.5.1 pav.).
- Alkoholio vartojimas daugelyje Europos šalių taip pat sumažėjo. Reklamos ir pardavimo apribojimai bei mokesčiai pasitvirtino kaip veiksmingos alkoholio vartojimo mažinimo priemonės. Alkoholio vartojimas vienam gyventojui tradiciškai vyną gaminančiose šalyse, tokiose kaip Prancūzija, Italija ir Ispanija, nuo 1980 m. gerokai sumažėjo. Kita vertus, kai kuriose šalyse, įskaitant Kiprą, Suomiją ir Airiją, alkoholio vartojimas vienam suaugusiajam labai išaugo (2.6.1 pav.).
- 52 proc. Europos Sąjungos gyventojų šiuo metu turi antsvorio, o 17 proc. iš jų yra nutukę. Vertinant šalių lygmeniu, 18 iš 27 Europos Sąjungos valstybių narių daugiau kaip 50 proc. gyventojų turi antsvorį arba yra nutukę. Prancūzijoje, Italijoje ir Šveicarijoje šie rodikliai yra gerokai mažesni, tačiau ir čia jie palaipsniui didėja. Nutukimo, kuris sveikatai kelia didesnį pavojų negu antsvoris, paplitimas svyruoja nuo 8 proc. Rumunijoje ir Šveicarijoje iki daugiau kaip 25 proc. Vengrijoje ir Jungtinėje Karalystėje (2.7.1 pav.). Nutukimo lygis daugelyje Europos šalių nuo 1990 m.

padvigubėjo (2.7.2 pav.). Jis plinta visose gyventojų grupėse, nors ir skirtingais mastais. Nutukimas būdingesnis socialiai pažeidžiamų grupių atstovams, ypač moterims.

Gydytojų ir slaugytojų skaičius vienam gyventojui daugumoje šalių yra didesnis nei anksčiau, bet kyla susirūpinimas dėl dabartinio arba ateityje atsirasiančio jų trūkumo

- Pakankamų galimybių naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis užtikrinimas yra pagrindinis visų ES valstybių narių tikslas. Be kita ko, tam reikia pakankamai sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų, kad būtų patenkinti gyventojų poreikiai. Daugelyje Europos šalių kyla susirūpinimas dėl gydytojų ir slaugytojų trūkumo, nors pastaruoju metu apkarpytos sveikatos sektoriaus išlaidos kai kuriose šalyse bent laikinai sumažino paklausą.
- Nuo 2000 m. gydytojų skaičius vienam gyventojui beveik visose ES valstybėse narėse išaugo. Vidutiniškai Europos Sąjungoje gydytojų skaičius 1 000 gyventojų išaugo nuo 2,9 2000 m. iki 3,4 2010 m. Ypač sparčiai šis skaičius didėjo Graikijoje ir Jungtinėje Karalystėje (3.1.1 pav.).
- Beveik visose šalyse bendrosios praktikos gydytojų ir gydytojų specialistų skaičiaus santykis pasikeitė taip, kad šiuo metu yra daugiau gydytojų specialistų (3.1.2 pav.). Tai galima paaiškinti mažesniu susidomėjimu tradicine „šeimos medicinos“ praktika bei didėjančiu bendrosios praktikos gydytojų ir gydytojų specialistų atlyginimo skirtumu. Lėtas bendrosios praktikos gydytojų skaičiaus augimas arba jo mažėjimas daugelyje šalių kelia susirūpinimą, kad kai kurios gyventojų grupės turės mažesnes galimybes naudotis pirminės sveikatos priežiūros paslaugomis.
- Taip pat kyla susirūpinimas dėl galimo slaugytojų trūkumo, kuris ateityje gali dar labiau suintensyvėti, nes slaugytojų paklausa toliau auga, be to, nemažai demografinio sprogimo kartai priklausančių slaugytojų vienu metu išeis į pensiją. Per pastarąjį dešimtmetį slaugytojų skaičius vienam gyventojui išaugo beveik visose ES valstybėse narėse (3.3.1 pav.). Slaugytojų ypač padaugėjo Danijoje, Prancūzijoje, Portugalijoje ir Ispanijoje. Tačiau slaugytojų, dirbančių labiausiai nuo ekonomikos krizės nukentėjusiose šalyse, pastaruoju metu sumažėjo. Iki 2008 m. slaugytojų skaičius Estijoje didėjo, tačiau vėliau ėmė smukti ir sumažėjo nuo 6,4 slaugytojų 1 000 gyventojų 2008 m. iki 6,1 2010 m.

Priežiūros kokybė daugelyje Europos šalių pagerėjo, tačiau bendri šalių rodikliai galėtų būti geresni, ypač siekiant mažinti lėtinėmis ligomis sergančių žmonių hospitalizaciją

- Visose vertintose Europos šalyse padaryta pažanga gydant pavojų gyvybei keliančias ligas, tokias kaip širdies smūgis, insultas ir vėžys. Hospitalizuotų širdies smūgį (ūmų miokardo infarktą) patyrusių asmenų mirtingumo rodikliai 2000–2009 m. sumažėjo beveik 50 proc. (4.3.3 pav.), o insultą patyrusių hospitalizuotų asmenų – daugiau kaip 20 proc. (4.4.3 pav.) Šių rodiklių raida atspindi geresnę intensyviąją priežiūrą ir didesnes galimybes gydytis specialiuose insulto gydymo skyriuose tokiose šalyse kaip Danija ir Švedija.
- Skirtingų tipų vėžiu sergančių žmonių išgyvenimo rodikliai daugelyje šalių taip pat pagerėjo – tai rodo, kad vėžys aptinkamas anksčiau ir gydomas efektyviau (4.7.2 ir 4.8.2 pav.). Nors krūties vėžiu sergančiųjų išgyvenimo rodikliai Čekijoje ir Slovėnijoje išlieka mažesni nei 80 proc., 1997–2002 m. ir 2004–2009 m. jie padidėjo daugiau kaip 10 procentinių punktų. Kolorektaliniu vėžiu sergančiųjų išgyvenimo rodikliai šiose dviejose šalyse taip pat labai pagerėjo (4.9.2 pav.).
- Priežiūros kokybę pirminės sveikatos priežiūros sektoriuje vertinti sunkiau, nes daugelyje šalių duomenų apie šį sektorių yra mažiau nei apie ligoninių sektorių. Vengimas hospitalizuoti dažnai rodo mažesnes galimybes naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis arba sveikatos priežiūros kokybę ir tęstinumą. Iš esmės sutariama, kad astmą ir diabetą pirmiausia reikėtų kontroliuoti pasitelkiant tinkamas priminės sveikatos priežiūros priemones, kad būtų išvengta būklės pablogėjimo ir brangios hospitalizacijos. Nors kai kuriose šalyse astma sergantieji hospitalizuojami retai, kitose šalyse, pavyzdžiui, Slovakijoje, tokių ligonių hospitalizacijos rodikliai yra gerokai didesni (4.1.1 pav.). Visose Europos šalyse sergantieji nekontroliuojamu diabetu galėtų būti hospitalizuojami rečiau (4.2.1 pav.).

Sveikatos priežiūros išlaidų augimas daugelyje Europos šalių sulėtėjo arba sumažėjo

- 2010 m. beveik visose Europos šalyse sveikatos priežiūros išlaidų vienam gyventojui augimas realiai sulėtėjo arba ėmė mažėti, taigi nutrūko stabilaus augimo tendencija. Išlaidos ėmė mažėti jau 2009 m. labiausiai nuo ekonomikos krizės nukentėjusiose šalyse (pavyzdžiui, Estijoje ir Islandijoje), o 2010 m. jos buvo dar labiau sumažintos siekiant sumažinti didėjantį biudžeto spaudimą ir skolos santykį su BVP. 2000–2009 m. sveikatos priežiūros išlaidos vienam gyventojui ES realiai vidutiniškai padidėjo 4,6 proc., o 2010 m. sumažėjo 0,6 proc. (5.2.2 pav.).
- Valstybės išlaidos sveikatos priežiūrai buvo sumažintos taikant įvairias priemones, pavyzdžiui, mažinant atlyginimus ir (arba) darbuotojų skaičių, didinant tam tikrų paslaugų ir vaistų, už kuriuos moka patys namų ūkiai, skaičių bei įvedant griežtus ligoninių biudžeto suvaržymus. Efektyvumą taip pat stengtasi didinti sujungiant ligonines arba dažniau taikant ne gydymą ligoninėje, o ambulatorinį gydymą ir dienos chirurgijos procedūras.
- 2010 m. sumažėjus sveikatos priežiūros išlaidoms, sveikatos sektoriui skiriamo BVP procentinė dalis daugelyje ES valstybių narių stabilizavosi arba šiek tiek sumažėjo. 2010 m. ES valstybių narių sveikatos sektoriaus išlaidoms skiriamo BVP (nesvertinis) vidurkis buvo 9,0 proc. (5.3.1 pav.) – gerokai didesnis už 7,3 proc. vidurkį 2000 m., bet šiek tiek mažesnis už didžiausią – 9,2 proc. – vidurkį 2009 m.
- 2010 m. didžiausią BVP dalį sveikatos sektoriui skyrė Nyderlandai (12 proc.), Prancūzija ir Vokietija (po 11,6 proc.). Skaičiuojant sveikatos sektoriaus išlaidas vienam gyventojui daugiausia lėšų iš visų ES valstybių narių skyrė Nyderlandai (3 890 EUR), Liuksemburgas (3 607 EUR) ir Danija (3 439 EUR). Antroje vietoje buvo Austrija, Prancūzija ir Vokietija, kurių sveikatos sektoriaus išlaidos vienam gyventojui sudarė kiek daugiau nei 3 000 EUR. Mažiausiai lėšų skyrė Bulgarija ir Rumunija – apie 700 EUR.
- Visose Europos šalyse, išskyrus Kiprą, pagrindinis sveikatos priežiūros finansavimo šaltinis yra valstybės sektorius (5.6.1 pav.). 2010 m. jis vidutiniškai finansavo beveik tris ketvirtadalius (73 proc.) visų sveikatos sektoriaus išlaidų ES valstybėse narėse. Valstybinis finansavimas sudarė daugiau kaip 80 proc. Nyderlanduose, Šiaurės šalyse (išskyrus Suomiją), Liuksemburge, Čekijos Respublikoje, Jungtinėje Karalystėje ir Rumunijoje. Mažiausiai valstybės lėšų skyrė Kipras (43 proc.) bei Bulgarija, Graikija ir Latvija (55–60 proc.).
- Kai kuriose šalyse ekonomikos krizė pakeitė sveikatos sektoriui skiriamų valstybės ir privačių lėšų santykį. Valstybės sumažino išlaidas kai kurioms prekėms ir paslaugoms neretai tuo pat metu didindamos paslaugų ir vaistų, už kuriuos moka patys namų ūkiai, skaičių. Airijoje valstybės finansuojamų sveikatos sektoriaus išlaidų dalis 2008–2010 m. sumažėjo beveik 6 procentiniais punktais ir šiuo metu sudaro 70 proc., o tiesiogiai namų ūkių lėšomis apmokamų išlaidų dalis padidėjo. Valstybės finansavimas taip pat labai sumažėjo Bulgarijoje ir Slovakijoje.
- Po valstybės lėšų kitas pagrindinis sveikatos sektoriaus išlaidų finansavimo šaltinis daugelyje šalių yra tiesioginiai mokėjimai „iš kišenės“. Finansavimas privataus sveikatos draudimo lėšomis sudaro reikšmingą dalį tik keliose šalyse. 2010 m. tiesioginių mokėjimų „iš kišenės“ dalis didžiausia buvo Kipre (49 proc.), Bulgarijoje (43 proc.) ir Graikijoje (38 proc.), o mažiausia – Nyderlanduose (6 proc.), Prancūzijoje (7 proc.) ir Jungtinėje Karalystėje (9 proc.). Per pastarąjį dešimtmetį šių mokėjimų dalis išaugo beveik pusėje ES valstybių narių, ypač Bulgarijoje, Kipre, Maltoje ir Slovakijoje (5.6.3 pav.).
- Ekonomikos krizė ir didėjantys biudžeto suvaržymai dar labiau pablogino sveikatos priežiūros sistemų padėtį daugelyje Europos šalių. Kelios labiausiai nuo ekonomikos krizės nukentėjusios šalys ėmėsi įvairių priemonių valstybės išlaidoms sveikatos sektoriui sumažinti. Svarbu atidžiai stebėti trumpalaikį ir ilgalaikį šių priemonių poveikį pagrindiniams Europos šalių sveikatos priežiūros sistemų tikslams, įskaitant tikslą užtikrinti pakankamas galimybes naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis ir priežiūros kokybę.

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 (2012), *Health at a Glance: Europe 2012*, OECD Publishing.

doi: 10.1787/9789264183896-en