

OECD *Multilingual Summaries*

Health at a Glance: Europe 2012

Summary in Latvian



Read the full book on: [10.1787/9789264183896-en](https://doi.org/10.1787/9789264183896-en)

KOPSAVILKUMS

Pēdējo desmitgažu laikā Eiropas valstis ir panākušas lielu izaugsmi iedzīvotāju veselības jomā. Dzimšanas brīdī paredzamais dzīves ilgums Eiropas Savienības (ES) dalībvalstīs kopš 1980. gada ir palielinājies vairāk nekā par 6 gadiem, 2010. gadā sasniedzot 79 gadus, bet pāragra mirstība ir ievērojami samazinājusies. Paredzams, ka vairāk nekā trīs ceturtdaļas dzīves laika var dzīvot, neierobežojot dzīves aktivitāti. Ieguldījumu ilgmūžības izaugsmē ir devuši dzīves un darba apstākļu uzlabojumi un daži ar veselību saistīti paradumi, taču ne mazums nopelnu ir arī veselības aprūpes kvalitātei un labākai veselības aprūpes piekļuvei, ko pierāda, piemēram, krasa mirstības samazināšanās saistībā ar infarktu vai insultu.

Daudzi uzlabojumi veselības aprūpes jomā panākti, ieguldot ievērojamus finanšu līdzekļus. Līdz 2009. gadam veselības aprūpes izdevumi Eiropas valstīs pieauga straujāk nekā pārējā ekonomika, un veselības aprūpes nozare līdz ar to patērēja arvien lielāku iekšzemes kopprodukta (IKP) daļu. Pēc finanšu un ekonomikas krīzes 2008. gadā daudzas Eiropas valstis samazināja veselības aprūpes izdevumus kā daļu no plašākiem centieniem ierobežot lielo budžeta deficītu un pieaugošo parāda attiecību pret IKP. Lai gan no šiem samazinājumiem izvairīties nebija iespējams, daži pasākumi var skart veselības sistēmas pamatmērķus. Tādēļ ir svarīgi turpināt pārraudzīt datus un rādītājus par veselību un veselības sistēmām. Tie liecina par iespējamu mainīgo ekonomikas apstākļu un veselības jomas politikas īslaicīgu vai ilglaicīgu ietekmi uz veselības aprūpes kvalitāti, rezultātiem un piekļuvi tai.

“Pārskata par veselību Eiropā” otrajā izdevumā ir iekļauti jaunākie salīdzināmie dati līdz 2010. gadam attiecībā uz atlasītiem rādītājiem par veselību un veselības sistēmām 35 Eiropas valstīs – Eiropas Savienības 27 dalībvalstīs, piecās kandidātvalstīs un trijās EBTA valstīs. Rādītāju izvēle ir balstīta uz Eiropas Kopienas Veselības rādītāju (ECHI) atlasīto sarakstu — rādītāju sarakstu, kuru izveidojusi Eiropas Komisija, lai vadītu veselības aprūpes statistikas pilnveidošanu un ziņošanu. Turklāt publikācijā ir sniegta sīka informācija par izdevumiem un finansēšanas tendencēm veselības jomā, izmantojot rezultātus no ESAO, Eurostat un PVO ikgadējo kopīgo anketu par veselības datu uzskaiti. Turklāt tajā iekļauta jauna nodaļa par veselības aprūpes kvalitāti, atspoguļojot panākumus, kas gūti, īstenojot ESAO projektu “Veselības aprūpes kvalitātes rādītāji”. Šeit iekļautie dati galvenokārt iegūti no oficiālas valsts statistikas, ko atsevišķi vai kopā vākuši ESAO, Eurostat vai PVO-Eiropa, kā arī no vairāku valstu apsekojumiem, piemēram, no pētījuma par skolas vecuma bērnu ieradumiem saistībā ar veselību (HBSC).

2012. gada izdevumā “Pārskats par veselību Eiropā” ir izklāstītas tendences laika gaitā un atšķirības starp Eiropas valstīm, iedalot piecos plašos tematos: 1) iedzīvotāju veselības stāvoklis; 2) veselības riska faktori; 3) veselības aprūpes sistēmu resursi un darbības; 4) aprūpes kvalitāte hroniski slimiem vai akūtiem pacientiem; un 5) veselības aprūpes izdevumi un finansēšanas avoti. Tajā skaidrotas šīs atšķirības, sniedzot pamatinformāciju turpmākai izpētei un analīzei, lai pilnīgāk izprastu šo atšķirību cēloņus un izstrādātu politikas risinājumus, lai panāktu valstis, kuras gūst labākus rezultātus. Daudzi rādītāji iedalīti pēc dzimuma un vecuma katrā valstī, un vairāki rādītāji ietver sīkāku dalījumu pēc ienākumu vai izglītības līmeņa. Šie rādītāji liecina, ka atšķirības valsts ietvaros pēc valsts reģioniem, sociāli ekonomiskām grupām vai etniskām/rasu grupām var būt tikpat lielas, cik atšķirības starp valstīm.

Veselības stāvoklis Eiropas valstīs ir ievērojami uzlabojies, lai gan aizvien pastāv lielas atšķirības

- Dzimšanas brīdī paredzamais dzīves ilgums ES dalībvalstīs no 1980. līdz 2010. gadam ir palielinājies vairāk nekā par 6 gadiem. Vidēji Eiropas Savienībā dzimšanas brīdī paredzamais dzīves ilgums trīs gadu posmā no 2008. līdz 2010. gadam bija 75,3 gadi vīriešiem un 81,7 gadi sievietēm. Francijā bija augstākais paredzamais dzīves ilgums sievietēm (85,0 gadi), bet Zviedrijā — augstākais paredzamais dzīves ilgums vīriešiem (79,4 gadi). Eiropas Savienībā zemākais dzimšanas brīdī paredzamais dzīves ilgums sievietēm (77,3 gadi) bija Bulgārijā un Rumānijā, bet vīriešiem (67,3 gadi) — Lietuvā. Atšķirība starp ES dalībvalstīm attiecībā uz dzimšanas brīdī paredzamo lielāko un mazāko dzīves ilgumu ir aptuveni 8 gadi sievietēm un 12 gadi vīriešiem (1.1.1. attēls).
- No 2008. līdz 2010. gadam dzimšanas brīdī paredzami veselīgas dzīves gadi Eiropas Savienībā bija vidēji 62,2 gadi sievietēm un 61,0 gads vīriešiem. Atšķirība starp dzimumiem ir daudz mazāka nekā attiecībā uz paredzamo dzīves ilgumu, un tas liecina, ka sievietes lielāku dzīves daļu pavada ar aktivitātes ierobežojumiem. No 2008. līdz 2010. gadam lielākais veselīgas dzīves gadu skaits sievietēm bija Maltā un vīriešiem Zviedrijā, bet viszemākais gan sievietēm, gan vīriešiem Slovēnijā (1.1.1. attēls).
- No 2008. līdz 2010. gadam paredzamais dzīves ilgums 65 gadu vecumā Eiropas valstīs arī ievērojami pieauga, Eiropas Savienības vidējam rādītājam sasniedzot 16,5 gadus vīriešiem un 20,1 gadu sievietēm. Tāpat kā ar paredzamo dzīves ilgumu piedzimšanas brīdī, Francijā bija visaugstākais paredzamais dzīves ilgums sievietēm 65 gadu vecumā (23,2 gadi), kā arī vīriešiem (18,7 gadi). Viszemākais paredzamais dzīves ilgums sievietēm 65 gadu vecumā Eiropas Savienībā ir Bulgārijā (16,9 gadi), un vīriešiem – Latvijā (13,2 gadi) (1.2.1. attēls).
- Pastāv nevienlīdzība attiecībā uz paredzamo dzīves ilgumu starp sociāli ekonomiskajām grupām. Labi izglītoti cilvēki, gan sievietes, gan vīrieši, mēdz dzīvot ilgāk, piemēram, Čehijā 65 gadu vecumā vīrieši, kuriem ir augsts izglītības līmenis, var cerēt nodzīvot septiņus gadus ilgāk nekā vīrieši tajā pašā vecumā ar zemu izglītības līmeni (1.2.3. attēls).
- Ir grūti novērtēt daudzu ar medicīnu saistītu un nesaistītu faktoru relatīvo ietekmi, kas varētu iespaidot dažādu valstu atšķirības attiecībā uz sagaidāmo dzīves ilgumu. Augstāks nacionālais ienākums parasti ir saistīts ar augstāku (veselīgu) sagaidāmo dzīves ilgumu, lai gan šī attiecība ir mazāk izteikta augstākajā ienākumu līmenī, liecinot par “atdeves samazināšanos” (1.1.2. attēls).
- Hroniskas saslimšanas, piemēram, diabēts, astma un demence, kļūst arvien izplatītākas, vai nu labākas diagnosticēšanas, vai nu biežākas saslimšanas dēļ. Eiropas Savienībā 2011. gadā vairāk nekā 6 % cilvēku vecumā no 20 līdz 79 gadiem jeb 30 miljoniem cilvēku bija diabēts (1.14.1. attēls). Labāka hronisku slimību pārvaldība ir kļuvusi par veselības politikas prioritāti daudzās ES dalībvalstīs.

Veselības riska faktori mainās

- Lielākajā daļā Eiropas valstu tabakas patēriņš ir samazinājies, izmantojot sabiedrības informēšanas kampaņas, reklāmas aizliegumus un palielinātus nodokļus. Pieaugušo, kuri smēķē katru dienu, procentuālā daļa Zviedrijā un Islandē ir zem 15 %, samazinoties no vairāk nekā 30 % 1980. gadā. Pretēji skaitļi raksturo situāciju Grieķijā, kur vairāk nekā 30 % pieaugušo smēķē katru dienu. Smēķēšanas rādītāji joprojām ir augsti Bulgārijā, Īrijā un Latvijā (2.5.1. attēls).
- Alkohola patēriņš arī ir krities daudzās Eiropas valstīs. Reklāmas un pārdošanas ierobežojumi, kā arī nodokļi ir pasākumi, kas visi izrādījušies efektīvi. Tradicionāli vīnu ražojošajās valstīs, piemēram, Francijā, Itālijā un Spānijā, kopš 1980. gada ir būtiski samazināties patēriņš uz vienu iedzīvotāju. Alkohola patēriņš uz vienu pieaugušo būtiski pieauga vairākās valstīs, tostarp Kiprā, Somijā un Īrijā (2.6.1. attēls).
- Eiropas Savienībā tagad 52 % pieaugušo iedzīvotāju ir liekais svars, un 17 % no tiem – aptaukošanās. Valstu līmenī 18 no ES 27 dalībvalstīm liekā svara un aptaukošanās izplatība pārsniedz 50 %. Francijā, Itālijā un Šveicē rādītāji ir daudz zemāki, lai gan tie pieaug arī šajās valstīs. Aptaukošanās izplatība, kas rada lielāku risku veselībai nekā liekais svars, svārstās no 8 % Rumānijā un Šveicē līdz vairāk nekā 25 % Ungārijā un Apvienotajā Karalistē (2.7.1. attēls). Aptaukošanās līmenis daudzās Eiropas valstīs kopš 1990. gada ir divkāršojies (2.7.2. attēls).

Arvien lielāka aptaukošanās izplatība dažādā mērā ir ietekmējusi visas iedzīvotāju grupas. Aptaukošanās parasti ir biežāk sastopama nelabvēlīgās sociālās grupās, jo īpaši sieviešu vidū.

Ārstu un medmāsu skaits uz vienu iedzīvotāju ir augstāks nekā jebkad agrāk lielākajā daļā valstu, bet pastāv bažas par pašreizēju vai turpmāku trūkumu

- Nodrošināt pienācīgu piekļuvi veselības aprūpei ir būtisks politikas mērķis visās ES dalībvalstīs. Tas cita starpā nozīmē, ka atbilstošam veselības aprūpes sniedzēju skaitam vajadzīgajās vietās ir jāatbilst iedzīvotāju vajadzībām. Daudzās Eiropas valstīs pastāv bažas par ārstu un medmāsu trūkumu, lai gan nesenā valsts izdevumu samazināšana veselības jomā dažās valstīs, iespējams, izraisīja vismaz pagaidu samazinājumu pieprasījumā.
- Kopš 2000. gada ārstu skaits uz vienu iedzīvotāju ir pieaudzis gandrīz visās ES dalībvalstīs. Vidēji visā Eiropas Savienībā ārstu skaits uz katrām 1000 iedzīvotājiem pieauga no 2,9 ārstiem 2000. gadā līdz 3,4 % – 2010. gadā. Īpaši straujš pieaugums bija Grieķijā un Apvienotajā Karalistē (3.1.1. attēls).
- Gandrīz visās valstīs līdzsvars starp vispārējās aprūpes ārstiem un ārstiem speciālistiem ir mainījies tā, ka šobrīd ir vairāk speciālistu (3.1.2. attēls). To var izskaidrot ar to, ka mazinājusies interese par tradicionālo “ģimenes medicīnas” praksi, kombinācijā ar aizvien pieaugošo plaisu starp vispārējās aprūpes ārstu un ārstu speciālistu atalgojumu. Vispārējās aprūpes ārstu skaita lēnais pieaugums vai kritums daudzās valstīs rada bažas par atsevišķu iedzīvotāju grupu piekļuvi primārai aprūpei.
- Pastāv bažas arī par iespējamu medmāsu trūkumu, un tas var pastiprināties arī nākotnē, jo pieprasījums pēc medmāsām turpina pieaugt un “demogrāfiskā sprādziena” paaudzes novecošana nozīmēs daudzu medmāsu pensionēšanos vienlaikus. Pēdējā desmitgadē medmāsu skaits uz vienu iedzīvotāju ir pieaudzis gandrīz visās ES dalībvalstīs (3.3.1. attēls). Pieaugums bija īpaši liels Dānijā, Francijā, Portugālē un Spānijā. Tomēr nesen dažās valstīs, ko vissmagāk skārusi ekonomikas krīze, ir samazinājies nodarbināto medmāsu skaits. Igaunijā medmāsu skaits palielinājās līdz 2008. gadam, tomēr kopš tā laika ir samazinājies, t. i., no 6,4 medmāsām uz 1000 iedzīvotājiem 2008. gadā līdz 6,1 – 2010. gadā.

Aprūpes kvalitāte ir uzlabojusies lielākajā daļā Eiropas valstu, lai gan visas valstis var to vēl uzlabot, jo īpaši, lai izvairītos no hospitalizācijas gadījumiem cilvēkiem ar hroniskām slimībām

- Ir gūti panākumi, ārstējot tādas dzīvībai bīstamas slimības kā infarktu, insultu un vēzi visās ziņojumu sniegušajās Eiropas valstīs. Mirstības rādītāji ar infarktu (akūts miokarda infarkts) saistītas hospitalizācijas gadījumos ir kritušies par gandrīz 50 % laika posmā no 2000. līdz 2009. gadam (4.3.3. attēls), un ar insultu saistītos hospitalizācijas gadījumos – par vairāk nekā 20 % (4.4.3. attēls). Šie uzlabojumi atspoguļo labāku akūto aprūpi un lielāku piekļuvi konkrēti insulta pacientu aprūpei paredzētām vienībām tādās valstīs kā Dānija un Zviedrija.
- Lielākajā daļā valstu ir uzlabojusies arī izdzīvošanas rādītāji dažādu vēža veidu slimniekiem, atspoguļojot savlaicīgāku diagnozi un ārstēšanas lielāku efektivitāti (4.7.2. un 4.8.2. attēls). Lai gan izdzīvošanas rādītāji krūts vēža gadījumā Čehijā un Slovēnijā joprojām ir zem 80 %, tie ir palielinājušies vairāk nekā par 10 procentpunktiem no 1997.–2002. gada līdz 2004.–2009. gadam. Šajās abās valstīs ievērojami uzlabojusies arī izdzīvošanas rādītāji attiecībā uz kolorektālo vēzi (4.9.2. attēls).
- Aprūpes kvalitāti primārās aprūpes nozarē ir grūtāk pārraudzīt, jo lielākajā daļā valstu šajā jomā ir mazāk pieejamu datu nekā slimnīcu nozarē. Novēršamos hospitalizācijas gadījumus bieži izmanto kā rādītāju primārās aprūpes vai nu piekļuves, vai aprūpes kvalitātes un nepārtrauktības problēmām. Pastāv vispārēja vienprātība, ka astma un diabēts lielā mērā būtu jāpārvalda, izmantojot atbilstošus primārās aprūpes pasākumus, lai novērstu saasinājumus un dārgu hospitalizāciju. Lai gan hospitalizācija saistībā ar astmu atsevišķās valstīs ir zema, citās tā ir daudz

augstāka, piemēram, Slovākijā (4.1.1. attēls). Visās Eiropas valstīs ir pārāk daudz hospitalizācijas gadījumu saistībā ar nekontrolētu diabētu (4.2.1. attēls).

Veselības aprūpes izdevumu pieaugums ir samazinājies vai krities daudzās Eiropas valstīs

- Veselības aprūpes izdevumi uz vienu iedzīvotāju 2010. gadā palēninājās vai samazinājās reālā izteiksmē gandrīz visās Eiropas valstīs, pavēršot uz leju stabilo augšupejošo tendenci. Izdevumi sāka kristies jau 2009. gadā valstīs, kuras visnopietnāk skāra ekonomikas krīze (piemēram, Igaunijā un Islandē), bet tam sekoja lielāki samazinājumi 2010. gadā saistībā ar pieaugošo spiedienu uz budžetu un pieaugošo parāda attiecību pret IKP. Vidēji visā ES veselības aprūpes izdevumi uz vienu iedzīvotāju pieauga par 4,6 % gadā reālā izteiksmē laikposmā no 2000. gada līdz 2009. gadam, pēc tam kritās par 0,6 % 2010. gadā (5.2.2. attēls).
- Valsts veselības aprūpes izdevumus samazināja, izmantojot dažādus līdzekļus, tostarp algu samazināšana un/vai nodarbinātības līmeni, palielinot māsaimniecību tiešos maksājumus par atsevišķiem pakalpojumiem un zālēm, kā arī piemērojot stingrus slimnīcu budžeta ierobežojumus. Arī efektivitātes ieguvumi ir īstenoti, apvienojot slimnīcas vai paātrinot pāreju no stacionārās uz ambulatoro aprūpi un dienas ķirurģiju.
- Negatīva veselības aprūpes izdevumu pieauguma rezultātā 2010. gadā IKP procentuāla daļa, kas veltīta veselībai, stabilizējās vai nedaudz samazinājās daudzās ES dalībvalstīs. 2010. gadā ES dalībvalstīs vidēji atvēlēja 9,0 % (nesvērti) no to IKP izdevumiem veselības jomā (5.3.1. attēls), būtisks pieaugums no 7,3 % 2000. gadā, bet neliels kritums no 9,2 % 2009. gadā.
- Nīderlande 2010. gadā veselības aprūpei piešķīra vislielāko daļu no IKP (12 %), tai sekoja Francija un Vācija (abas ap 11,6 %). Rēķinot veselības aprūpes izdevumus uz vienu iedzīvotāju, no ES dalībvalstīm visvairāk iztērēja Nīderlande (EUR 3890), Luksemburga (EUR 3607) un Dānija (EUR 3439). Nākamās bija Austrija, Francija un Vācija ar vairāk nekā EUR 3000 uz vienu iedzīvotāju. Bulgārija un Rumānija bija viszemāko izdevumu valstis, iztērējot ap EUR 700.
- Publiskais sektors ir veselības aprūpes finansējuma galvenais avots visās Eiropas valstīs, izņemot Kipru (5.6.1. attēls). 2010. gadā ES dalībvalstīs publiski finansētas bija vidēji gandrīz trīs ceturtdaļas (73 %) no visiem veselības aprūpes izdevumiem. Publiskais finansējums veidoja vairāk nekā 80 % finansējuma Nīderlandē, Ziemeļvalstīs (izņemot Somiju), Luksemburgā, Čehijā, Apvienotajā Karalistē un Rumānijā. Kiprā (43 %), Bulgārijā, Grieķijā un Latvijā (55 – 60 %) šis īpatsvars bija viszemākais.
- Dažās valstīs ekonomikas es finansējuma kombināciju. Publiskie izdevumi ir samazināti attiecībā uz atsevišķām precēm un pakalpojumiem, nereti vienlaikus palielinot māsaimniecību tiešo maksājumu daļu. Īrijā veselības aprūpes izdevumu valsts finansējuma daļa samazinājās par gandrīz 6 procentpunktiem laikposmā no 2008. līdz 2010. gadam, un šobrīd tas ir 70 %, bet māsaimniecību tiešo maksājumu daļa ir palielinājusies. Arī Bulgārijā un Slovākijā pieredzēts būtisks kritums.
- Aiz publiskā finansējuma lielākajā daļā valstu galvenais veselības aprūpes izdevumu finansējuma avots ir skaidras naudas maksājumi. Privātajam veselības apdrošināšanas finansējumam būtiska nozīme ir tikai dažās valstīs. 2010. gadā lielākais skaidras naudas maksājumu īpatsvars bija Kiprā (49 %), Bulgārijā (43 %) un Grieķijā (38 %). Tas bija zemākais Nīderlandē (6 %), Francijā (7 %) un Apvienotajā Karalistē (9 %). Tā daļa pēdējo desmit gadu laikā ir palielinājusies aptuveni pusē ES dalībvalstu, jo īpaši Bulgārijā, Kiprā, Maltā un Slovākijā (5.6.3. attēls).
- Ekonomikas krīze un pieaugošie budžeta ierobežojumi nozīmējuši papildu spiedienu uz veselības sistēmām daudzās Eiropas valstīs. Vairākas valstis, kuras krīze ir skārusi vissmagāk, ir veikušas virkni pasākumu, lai samazinātu valsts izdevumus veselības jomā. Būs svarīgi cieši uzraudzīt šo pasākumu īsternīa un ilgtermiņa ietekmi uz veselības aprūpes sistēmu pamatmērķiem Eiropas valstīs, t. i., nodrošināt pienācīgu aprūpes pieejamību un tās kvalitāti.

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