

*Suteikite žmogui sveikatos ir kryptį teisingai ją valdyti,
ir jis niekada nesiliaus galvojęs apie tai, ar jis laimingas, ar ne.*

Džordžas Bernardas Šo

SVEIKATA IŠ PIRMO ŽVILGSNIO 2021 M. (EBPO RODIKLIAI)

Leidinyje „Sveikata iš pirmo žvilgsnio“¹ pateikiamas išsamus gyventojų sveikatos ir sveikatos sistemos veiklos rodiklių rinkinys Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacijai (toliau – EBPO) priklausančiose ir kai kuriose kylančios ekonomikos šalyse. EBPO – tai daugiašalis forumas, kuriame valstybių narių ekspertai diskutuoja, dalijasi patirtimi ir plėtoja naujas ekonominės bei socialinės politikos gaires, kurios vėliau perkeliama į praktinį gyvenimą. Organizacija siūlo savo nariams ir šalims partnerėms paramą, pagrįstą jos vertybėmis, gerą pasaulinę praktiką ir viešosios politikos standartais. Lietuvai prisijungus prie EBPO šiai organizacijai priklauso 38 valstybės, iš jų – 26 iš Europos žemyno. Lietuva visateise EBPO nare tapo 2018 m. liepos 5 d.

Leidinyje pateikti rodikliai apima sveikatos būklę, sveikatos rizikos veiksnius, prieigą prie sveikatos priežiūros paslaugų ir jų kokybę bei sveikatos išteklius. Analizė remiasi naujausia palyginama oficialia nacionaline statistika ir kitais šaltiniais. Kartu su analize pagal rodiklius apžvalgos skyriuje apibendrinami lyginamieji šalių rezultatai ir pagrindinės tendencijos. Šiame leidinyje taip pat ypatingas dėmesys skiriamas COVID-19 poveikiui sveikatai EBPO šalyse, įskaitant viruso sukeltas mirtis ir ligas, neigiamą įtaką paslaugų prieinamumui ir kokybei bei augančią psichikos sutrikimų naštą.

VIDUTINĖS TIKĖTINOS GYVENIMO TRUKMĖS POKYČIAI

2019 m. EBPO šalyse vidutinė gyvenimo trukmė buvo 81 metai – daugiau nei 10 metų ilgesnė nei 1970 metais. Japonija, Šveicarija ir Ispanija pirmauja tarp 27 EBPO šalių narių, kuriose vidutinė gyvenimo trukmė viršija 80 metų. Antrosios grupės šalyse, įskaitant JAV ir keletą Vidurio bei Rytų Europos šalių, vidutinė gyvenimo trukmė yra nuo 77 iki 80 metų. Meksikoje, Latvijoje, **Lietuvoje**, Vengrijoje ir Kolumbijoje

vidutinė gyvenimo trukmė 2019 m. buvo mažiau nei 77 metai². Palyginti maži lyčių skirtumai Islandijoje, Nyderlanduose, Švedijoje, Norvegijoje, Naujojoje Zelandijoje, Šveicarijoje, Jungtinėje Karalystėje, Izraelyje ir Airijoje – mažiau nei ketveri metai. O daugelyje Vidurio ir Rytų Europos šalių yra didelių skirtumų tarp lyčių – ypač **Lietuvoje** ir Latvijoje (daugiau nei 9 metai), Estijoje (8,5 metų) ir Lenkijoje (7,8 metų). Šiose šalyse per pastaruosius kelis dešimtmečius vyrų ilgą amžiškumą buvo daug kuklesnis. Taip iš dalies yra dėl didesnio rizikos veiksnių poveikio vyrams, ypač dėl didesnio tabako rūkymo ir nesaikingo alkoholio vartojimo, nesveikos mitybos, nes dėl to dažniau mirštama nuo širdies ir kitų ligų bei vėžio³.

MIRTINGUMO POKYČIAI

Absoliuti dauguma pasaulio šalių patiria didžiulę neužkrečiamųjų ligų naštą – trys ketvirtadalius mirtingumo priežasčių sudaro širdies ir kraujagyslių ligos (ŠKL) bei piktybiniai navikai. Jungtinės Tautos (JT) yra numačiusios 17 darnaus vystymosi tikslų, iš kurių trečiasis – užtikrinti sveiką gyvenimą ir skatinti gerovę bet kurio amžiaus žmonėms. Jam įgyvendinti išskirtos priemonės, iš kurių viena – iki 2030 m. trečdaliu sumažinti priešlaikinį mirtingumą nuo neužkrečiamųjų ligų taikant prevenciją ir gydymą.

Tarp šalių EBPO partnerių pagal amžių standartizuotas mirtingumas 2019 m. svyravo nuo mažiau nei 600 mirčių 100 000 gyventojų Japonijoje ir Korėjoje iki daugiau nei 1 000 mirčių 100 000 gyventojų Latvijoje, Vengrijoje, Slovakijoje ir **Lietuvoje**. Iš EBPO šalių partnerių didžiausias mirtingumas buvo Pietų Afrikoje (1 940 atv. 100 000 gyventojų) ir Rusijoje (1 232 atv. 100 000). EBPO šalyse pagal amžių standartizuotas vyrų mirtingumas buvo 50 proc. didesnis nei moterų (vyrų – 956 atv. 100 000 gyventojų, moterų – 631 atv. 100 000). **Lietuvoje**, Latvijoje ir Vengrijoje 100 000 vyrų teko per 1 400 mirčių. Didžiausias

¹ OECD (2021), Health at a Glance 2021: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. Prieiga per internetą: <<https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>>.

² Ibid, p. 80.

³ Ibid, p. 82.

moterų mirtingumas buvo Vengrijoje, Latvijoje, Meksikoje ir Slovakijoje. Tarp EBPO šalių partnerių vyrų mirtingumas buvo maždaug 2 400 mirčių 100 000 gyventojų Pietų Afrikoje ir daugiau nei 1 600 atv. 100 000 gyventojų Rusijoje. Šiose šalyse moterų mirtingumas taip pat buvo didžiausias. Lyčių skirtumų iš dalies atsiranda galimai dėl didesnio rizikos veiksnių, ypač rūkymo, alkoholio vartojimo ir nesveikos mitybos, poveikio, kurie, manoma, yra skirtingi tarp lyčių. Atitinkamai vyrų mirtingumas nuo širdies ligų, plaučių vėžio ir traumų, be kitų ligų, buvo didesnis⁴.

IŠVENGIAMO MIRTINGUMO POKYČIAI

EBPO šalyse pagrindinis prioritetas yra gerinti visuomenės sveikatą ir sveikatos priežiūros sistemos veiklą. Siekiant įvertinti bendrą visuomenės sveikatos ir sveikatos priežiūros programų, strategijų veiksmingumą vienas iš būdų – apskaičiuoti potencialiai išvengiamą mirtingumą. Ši sąvoka apima mirtis, kurių buvo galima išvengti taikant efektyvias prevencines strategijas arba suteikus optimaliai kokybišką sveikatos priežiūrą. Geresnę prevencijos ir sveikatos priežiūros politiką turėtų atspindėti mažėjantys tiek išvengiamų mirčių nuo ligų (būklių), kurių galima išvengti prevencinėmis priemonėmis, tiek išvengiamų mirčių nuo pagydomų ligų skaičiai⁵.

Išvengiamo mirtingumo lygis (dėl priežasčių, kurių galima išvengti, o ligas galima išgydyti) 2019 m. buvo mažiausias Liuksemburge, kur per anksti mirė mažiau nei 100 žmonių iš 100 000 gyventojų. Šveicarijoje, Izraelyje, Islandijoje, Japonijoje, Italijoje, Korėjoje, Australijoje, Švedijoje, Ispanijoje, Nyderlanduose ir Norvegijoje mirtingumas, kurio galima išvengti, buvo gana žemas (mažiau nei 150 atv. 100 000 gyventojų). Didžiausias išvengiamas mirtingumas buvo Latvijoje, Vengrijoje, Meksikoje, **Lietuvoje** ir Slovakijoje – daugiau nei 300 priešlaikinių mirčių 100 000 gyventojų⁶.

EBPO šalyse vidutinis pagal amžių standartizuotas mirtingumo nuo priežasčių, kurių galima išvengti, rodiklis buvo 126 mirtys 100 000 gyventojų. Jis svyravo nuo 90 ar mažiau 100 000 gyventojų Liuksemburge, Izraelyje, Islandijoje, Šveicarijoje, Japonijoje, Italijoje ir Ispanijoje iki daugiau nei 200 atv. Latvijoje, Vengrijoje, **Lietuvoje** ir Meksikoje. Didesnius ankstyvos

mirties atvejus šiose šalyse daugiausia lėmė daug didesnis mirtingumas nuo išeminės širdies ligos (IŠL), nelaimingų atsitikimų ir mirčių, susijusių su alkoholiu, taip pat nuo plaučių vėžio Vengrijoje. Mirtingumas dėl su gydymu siejamų išvengiamų priežasčių EBPO šalyse buvo daug mažesnis – vidutiniškai 73 atv. 100 000 gyventojų. Mirtingumas svyravo nuo mažiau nei 50 mirčių 100 000 žmonių Šveicarijoje, Korėjoje, Islandijoje, Australijoje, Norvegijoje, Japonijoje, Prancūzijoje, Švedijoje ir Nyderlanduose iki daugiau nei 130 atv. Meksikoje, Latvijoje, **Lietuvoje** ir Vengrijoje. IŠL, insultai ir kai kurios gydomos vėžio rūšys (įskaitant gaubtinės ir tiesiosios žarnos vėžį ir krūties vėžį) buvo pagrindinės priežastys Latvijoje, **Lietuvoje** ir Vengrijoje – šalyse, kuriose taikant gydymą išvengiamas mirtingumas buvo didžiausias. Iš EBPO šalių didžiausi mirtingumo nuo IŠL rodikliai buvo Vidurio ir Rytų Europos šalyse – ypač **Lietuvoje**, kur 100 000 žmonių teko 340 mirčių (standartizuotas rodiklis). Labai dideli mirtingumo nuo šių ligų rodikliai ir Rusijoje. Korėjoje, Japonijoje, Prancūzijoje ir Nyderlanduose šis rodiklis buvo žemiausias iš EBPO šalių – maždaug trečdalis EBPO vidurkio ir maždaug dešimtadalis **Lietuvos** ir Rusijos rodiklių⁷.

SVEIKATA REMIANTIS PAČIŲ RESPONDENTŲ ĮSIVERTINIMU

Sveikatos būklę galima įvertinti remiantis objektyviais ir subjektyviais rodikliais. Vienas iš subjektyvių rodiklių – pačių asmenų atsakymas į klausimą, kaip jie bendrai vertina savo sveikatą. Išlieka nemažai tarptautinį palyginimą komplikuojančių aspektų – socialiniai ir kultūriniai skirtumai, amžiaus struktūros ypatumai (ten, kur didesnė dalis vyresnio amžiaus asmenų, sveikatos būklė gali būti įvertinta prasčiau) bei tai, jog atsakymams įtakos galėjo turėti nevienoda klausimo formuluotė. Nepaisant to, savo sveikatos vertinimo rodiklis yra svarbus, nes padeda geriau nuspėti ateities medicininių paslaugų poreikį ir mirtingumą. Tai, kaip asmenys patys vertina savo sveikatą, suteikia informacijos apie visapusišką fizinės ir psichikos sveikatos būklę. Be to, nepaisant subjektyvaus pobūdžio, savo sveikatos vertinimas pasirodė tinkamas būsimų sveikatos priežiūros poreikių ir mirtingumo prognozei⁸. Daugelyje EBPO šalių reguliariai atliekami sveikatos tyrimai, kurių metu respondentų klausama, kaip jie apskritai įvertintų savo sveikatą. Šį subjektyvų sveikatos vertinimą palyginti tarp šalių gali būti sudėtinga

⁴ Ibid, p. 86.

⁵ OECD/EU (2016), Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris. Prieiga per internetą: <<http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>>.

⁶ Ibid, p. 22.

⁷ Ibid, p. 90.

⁸ Palladino ir kt., 2016.

dėl kultūrinių ir ekonominių skirtumų. Anketos klausimų formulavimo skirtumai – ypač apklausos skalėje – taip pat gali turėti įtakos atsakymų palyginamumui. Be to, svarbu tai, kad vyresnio amžiaus žmonės paprastai prasčiau vertina savo sveikatą ir dažniau serga lėtinėmis ligomis nei jaunesni asmenys, todėl šalyse, kuriose pagyvenusių žmonių yra daugiau, tikėtina, kad jų sveikata savo pačių vertinimu bus prastesnė. Turint omenyje šiuos rezultatų interpretacijos apribojimus, 2019 m. EBPO šalyse vidutiniškai beveik 9 proc. suaugusiųjų manė, kad jų sveikata yra bloga. Šitai teigė daugiau nei 15 proc. apklaustų asmenų Korėjoje, **Lietuvoje**, Portugalijoje ir Latvijoje ir mažiau nei 4 proc. – Kolumbijoje, Naujojoje Zelandijoje, Kandoje, Airijoje, JAV ir Australijoje. Tačiau atsakymų kategorijos, naudojamos EBPO šalyse už Europos ir Azijos ribų, vertinamos teigiamai, o tai sąlygoja pozityvesnę savęs vertinimą. Korėjoje, Japonijoje ir Portugalijoje vidutinė gyvenimo trukmė yra ilga, tačiau šių šalių gyventojų sveikata, pačių respondentų nuomone, yra gana prasta⁹. Nustatyta, jog mažesnes pajamas gaunantys žmonės savo sveikatą vertina vidutiniškai prasčiau nei didesnes pajamas gaunantys gyventojai visose EBPO šalyse. Beveik 80 proc. suaugusiųjų, priklausančių didžiausias pajamas gaunančių asmenų kvintiliui, 2019 m. savo sveikatą įvertino gerai arba labai gerai, palyginti su mažiau nei 60 proc. suaugusiųjų mažiausių pajamų kvintilyje EBPO šalyse. Socialiniai ir ekonominiai skirtumai šioje srityje ypač ryškūs Latvijoje, Estijoje, Čekijoje ir **Lietuvoje** – 40 ir daugiau procentinių punktų skirtumas tarp mažas ir dideles pajamas gaunančių suaugusiųjų. EBPO ekspertai spėja, kad daugumą šių skirtumų paaiškina rūkymo, žalingo alkoholio vartojimo ir kitų rizikos veiksnių skirtumai. Socialiniai ir ekonominiai skirtumai palyginti maži Australijoje, Kolumbijoje, Graikijoje, Izraelyje ir Italijoje – mažiau nei 10 procentinių punktų. Su amžiumi žmonės linkę prasčiau vertinti savo sveikatą. Daugelyje šalių subjektyvus savo sveikatos vertinimas prastėja, kai žmonėms sukanka 40 metų, o toliau blogėja sulaukus pensinio amžiaus. Analizės rezultatai rodo, jog vyrai dažniau nei moterys gerai vertina savo sveikatą.

PSIHIKOS SVEIKATOS BŪKLĖ IR JOS SVARBA

Be veiksmingo gydymo ar paramos, psichikos sveikatos problemos gali turėti pražūtingos įtakos žmonių gyvenimui. Nors tam yra sudėtingų socialinių ir kultūrinių priežasčių, turinčių įtakos savižudiškam

elgesiui, nustatyta, jog psichikos sveikatos problemos taip pat didina savižudybės riziką¹⁰. 2019 m. EBPO šalyse mirčių dėl savižudybių rodiklis skyrėsi beveik šešis kartus, mažiausias buvo Turkijoje (4,4 atv. 100 000 gyventojų) ir Graikijoje (4,7 atv. 100 000). 2000–2019 m. mirtingumas dėl savižudybių iš viso sumažėjo 29 proc. Mirčių dėl savižudybių skaičius 100 000 gyventojų sumažėjo arba išliko gana stabilus visose EBPO šalyse, išskyrus penkias: Graikiją, Meksiką, Portugaliją, JAV, Korėją. **Lietuvoje** ir Korėjoje, kur savižudybių rodikliai buvo didžiausi (**Lietuvoje** – 21,6 atv. 100 000, Korėjoje – 24,6 atv. 100 000), savižudybių tendencijos buvo labai skirtingos. Korėjoje nuo 2000 iki 2019 m. mirčių dėl savižudybių padaugėjo 46 proc., o **Lietuvoje** – 55 proc. sumažėjo. Kaip ir daugelyje kaimyninių šalių, savižudybių rodikliai Lietuvoje išaugo reikšmingu socialinių ir ekonominių pokyčių laikotarpiu. Žlugus Sovietų Sąjungai, 1996 m. minėtas rodiklis buvo 51 atv. 100 000 gyventojų. Lietuvos Vyriausybė įsipareigojusi toliau mažinti savižudybių skaičių, vykdomos įvairios savižudybių prevencijos kampanijos, stiprinama psichikos sveikatos sistema¹¹. Iki šiol reikšmingų mirčių dėl savižudybių skaičiaus pokyčių nuo COVID-19 krizės pradžios EBPO šalyse nepastebėta¹².

ALKOHOLIO VARTOJIMO IR RŪKYMO POKYČIAI

Žmogaus gyvenimo būdas daro labai didelę įtaką jo sveikatai, t. y. vien tik nuo asmens elgsenos priklauso tiek pat, kiek ir nuo socialinės, fizinės aplinkos, genetinių veiksnių bei medicininės priežiūros kartu sudėjus, todėl šiai sričiai reikėtų skirti ypač daug dėmesio siekiant sumažinti rizikos veiksnių poveikį, žalingus įpročius keičiant tinkamai. 25 EBPO šalyse moterys, turinčios aukštąjį išsilavinimą, 82 proc. dažniau vartoja alkoholį kas savaitę, palyginti su žemesnio išsilavinimo moterimis. Latvijoje moterys, turinčios aukštąjį išsilavinimą, iki trijų kartų dažniau vartoja alkoholį kas savaitę nei žemesnio išsilavinimo moterys. Vyrų grupėje šis skirtumas mažesnis: aukštąjį išsilavinimą turintys vyrai 26 proc. dažniau geria kas savaitę nei vyrai, turintys žemesnį išsilavinimą. Ir atvirkščiai, Slovakijoje, **Lietuvoje**, Meksikoje ir Portugalijoje žemesnio išsilavinimo vyrai dažniau geria kas savaitę. Teigiamas ryšys tarp alkoholio vartojimo dažnio ir išsilavinimo daugiausia paaiškinamas ekonominėmis

⁹ Ibid, p. 100.

¹⁰ Health at a Glance 2021: OECD Indicators, © OECD, 2021.

¹¹ EBPO / Europos observatorija. Sveikatos sistemos ir politika, 2019 m.

¹² Ibid, p. 98.

priežastimis: alkoholis prieinamesnis žmonėms, turintiems aukštesnį išsilavinimą ir didesnes pajamas. Vertinant alkoholio daromą žalą socialinis gradientas rodo skirtingą nelygybės modelį – nesaikingas alkoholio vartojimas labiau paplitęs tarp žmonių, kurių socialinė ir ekonominė padėtis yra žemesnė¹³.

Rūkymas ir nesaikingas alkoholio vartojimas paauglystėje turi tiek tiesioginių, tiek ilgalaikių pasekmių sveikatai. Rūkymas paauglystėje turi tiesioginių neigiamų pasekmių sveikatai, įskaitant priklausomybę nuo nikotino, susilpnėjusią plaučių funkciją ir sutrikusį plaučių vystymąsi bei astmą¹⁴. Atliekant tarptautinius HBSC¹⁵ tyrimus stebimi paauglių rūkymo ir alkoholio vartojimo įpročiai. Tyrimų rezultatai rodo, jog daugiau nei 20 proc. 15 metų vaikų 2017 m. rūkė bent kartą per mėnesį, **Lietuvoje**, Italijoje, Vengrijoje, Latvijoje ir Slovakijoje – 18 proc. Islandijoje, Kanadoje ir Australijoje kas mėnesį rūko mažiau nei 10 proc. jaunuolių. EBPO šalyse vidurkis – 16,4 proc. Danijoje, **Lietuvoje**, Austrijoje, Vengrijoje ir Jungtinėje Karalystėje daugiau nei 30 proc. penkiolikmečių 2017 m. buvo išgėrę bent du kartus per savo gyvenimą. Islandijoje, Rusijoje, Liuksemburge, Švedijoje, Prancūzijoje, Portugalijoje ir Šveicarijoje rodikliai buvo mažesni nei 15 proc. EBPO šalyse vidurkis yra 21,5 proc., o skirtumas tarp berniukų (22,6 proc.) ir mergaičių (20,3 proc.) nedidelis. Lyčių skirtumai – berniukai labiau linkę piktnaudžiauti alkoholiu nei mergaitės – buvo ypač dideli Danijoje, Austrijoje, Vengrijoje, Šveicarijoje, Belgijoje, Graikijoje, **Lietuvoje** ir Norvegijoje (skirtumas viršija 5 procentinius punktus). Tik Kanadoje, Airijoje, Ispanijoje, Švedijoje, Lenkijoje ir Jungtinėje Karalystėje merginos dažniau nei berniukai pranešė apie pasikartojantį girtavimą (skirtumas 25 procentiniai punktai)¹⁶.

SVEIKATOS TARNYBŲ VEIKLOS POKYČIAI

Norint laiku teikti saugias, veiksmingas ir į pacientą orientuotas sveikatos priežiūros paslaugas, kurias taip pat būtų ekonomiškos ir prieinamos, sprendimus priimančias asmenys – nuo pacientų iki sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų, vadovų ir mokslininkų – turi tinkamu laiku gauti tikslius sveikatos duomenis ir informaciją¹⁷. 2019 m. prieš pandemiją nuotolinės

konsultacijos telefonu ar naudojantis vaizdo įrašu sudarė mažiau nei 10 proc. visų konsultacijų Australijoje, Suomijoje, **Lietuvoje**, Norvegijoje ir Slovėnijoje. Danijoje buvo didžiausia nuotolinių konsultacijų dalis prieš pandemiją – 45 proc. Nuo pandemijos pradžios labai išaugo suaugusiųjų, kurie pranešė apie medicininę konsultaciją internetu ar telefonu, dalis: iki 2020 m. vidurio beveik kas trečias suaugęs asmuo pasinaudojo nuotoline konsultacija, o ši dalis 2021 m. pradžioje išaugo beveik iki kas antro asmens. Šalyse, kuriose 2020 m. vidurį buvo daugiausia naudotasi nuotolinėmis konsultacijomis, augimo tempai nuo 2020 m. vidurio iki 2021 m. pradžios taip pat buvo didesni, o tai rodo didėjančią skirtumą¹⁸.

PIRMINĖS AMBULATORINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS GRANDIES POKYČIAI

Pirminė sveikatos priežiūra dažnai yra pirmasis žmonių, turinčių sveikatos problemų, kontakto su sveikatos priežiūros sistema etapas. Jei ji tinkamai organizuota, jos funkcijos apima ne tik asmens sveikatos priežiūros paslaugas gydant daugelį nesudėtingų atvejų, valdant lėtines ligas ir prirėikus skiriant pacientams ligoninėje teikiamas paslaugas, bet ir sveikatos stiprinimą bei ligų prevenciją. Pagrindinis pirminės sveikatos priežiūros tikslas – užtikrinti žmonių gerovę, teikiant nuoseklią priežiūrą ilgą laiką, gydant įprastas ligas, pritaikant ir koordinuojant priežiūrą tų asmenų, kuriems reikia kelių sveikatos priežiūros paslaugų, ir padedant pacientams savarankiškai valdyti savo būklę. Todėl gera pirminė priežiūra gali labai stipriai pagerinti sveikatą, sumažinti socialinę ir ekonominę sveikatos nelygybę ir padaryti sveikatos priežiūros sistemas orientuotas į pacientus, kartu geriau panaudojant šios srities išteklius. Šalyse, kurios galėjo pranešti apie bendrus 2020 m. apsilankymų šiose įstaigose rodiklius, sumažėjo priėmimų skaičius, o 2019–2020 m. **Lietuvoje** ir Anglijoje (Jungtinė Karalystė) šis rodiklis sumažėjo 50 proc. Dėl efektyviai veikiančios pirminės sveikatos priežiūros grandies, kai teikiamos prieinamos ir kokybiškos paslaugos, gali sumažėti astma, lėtine obstrukcine plaučių liga (LOPL) ar širdies nepakankamumu (ŠN) sergančių žmonių būklės blogėjimas. 2019 m. šeimos gydytojo konsultacijų skaičius vienam asmeniui svyravo nuo mažiau nei 3 Meksikoje, Kosta Rikoje, Švedijoje, Kolumbijoje ir Čilėje iki daugiau nei 17 – Korėjoje. EBPO vidurkis – 6,8 konsultacijos

¹³ Ibid, p. 108.

¹⁴ Inchley ir kt., 2016.

¹⁵ Health Behaviour in School-aged Children.

¹⁶ Ibid, p. 110.

¹⁷ EBPO, 2019 m.

¹⁸ Ibid, p. 136.

vienam asmeniui per metus, daugelyje šalių suteikta nuo keturių iki dešimties konsultacijų. Vidutinis gydytojų konsultacijų skaičius vienam asmeniui EBPO šalyse nuo 2009 m. išliko gana stabilus, tik kai kuriose šalyse laikui bėgant labai išaugo (pvz., Turkijoje, **Lietuvoje** ir Kolumbijoje)¹⁹. Stipri ir tinkamai organizuota pirminės sveikatos priežiūros sistema padeda žmonėms saugoti sveikatą, šioje grandyje efektyviai gydoma daug nesudėtingų atvejų. Taip pat tai mažina spaudimą ligoninėms: per pastarąjį dešimtmetį daugelyje EBPO šalių sumažėjo išvengiamų hospitalizacijų dėl lėtinių ligų, o Korėjoje, **Lietuvoje** ir Slovakijoje tai labiausiai pasijuto. Vis dėlto pirminė priežiūra vidutiniškai sudaro tik 13 proc. sveikatos priežiūros išlaidų.

AMBULATORINIŲ CHIRURGIJOS PASLAUGŲ POKYČIAI

Per pastaruosius kelis dešimtmečius EBPO šalyse labai išaugo chirurginių procedūrų, atliekamų tą pačią dieną, skaičius. Tai plėtoti padeda medicinos technologijų pažanga, ypač mažesnių invazinių chirurginių intervencijų sklaida, ir šiuolaikiniai anestetikai. Šios naujovės leido pagerinti pacientų saugą ir sveikatą. Be to, sutrumpinus gydymo epizodo trukmę, ambulatorinės chirurgijos srityje galima sutaupyti svarbių išteklių be jokio neigiamo poveikio priežiūros kokybei. Šitaip taupomi bendri sveikatos priežiūrai skirti ištekliai, atlaisvinami ligoninių pajėgumai, daugiau dėmesio galima sutelkti į sudėtingesnius atvejus ir sumažinti laukiančių pacientų eiles.

Daugelyje EBPO šalių ambulatorinė chirurgija sudaro 90 proc. ir daugiau visų kataraktos operacijų. Kai kuriose šalyse beveik visos kataraktos operacijos atliekamos dienos stacionaruose, tačiau **Lietuvoje**, Vengrijoje ir Meksikoje šis rodiklis žemas – ambulatoriškai atliekama mažiau nei 65 proc. operacijų. Nors tai iš dalies galima paaiškinti ambulatorinės veiklos ligoninėse ar už jų ribų duomenų aprėpties apribojimais, tai taip pat gali atspindėti didesnę stacionarinio gydymo kompensavimą arba menką dienos chirurgijos plėtrą. Kataraktos operacijų ir tonzilektomijų, atliekamų ambulatoriškai, skaičius nuo 2009 m. labai išaugo daugelyje šalių, įskaitant Austriją, Prancūziją ir Jungtinę Karalystę. Austrijoje kataraktos operacijų, atliekamų dienos atvejais, dalis padidėjo nuo 24 proc. 2009 m. iki 88 proc. 2019 m.; **Lietuvoje** – nuo 8 proc. iki 52 proc. 2009–2019 m. ambulatoriškai atliekamų tonzilektomijų dalis

padvigubėjo Švedijoje (39–79 proc.) ir Jungtinėje Karalystėje (31–63 proc.). Kai operacijos atliekamos tą pačią dieną, ligoninėje praleidžiama mažiau laiko, todėl mažėja ir rizika užsikrėsti COVID-19. Pirmniais 2020 m. duomenimis, ambulatoriškai atliekamų kataraktos operacijų ar tonzilektomijų dalis pasikeitė nesmarkiai²⁰.

LIGONINĖJE GULĖJUSIŲ LIGONIŲ SKAIČIAUS IR JŲ VIDUTINĖS GULĖJIMO TRUKMĖS POKYČIAI

Ligoninėje gulėjusių ligonių skaičius parodo, kiek pacientų ligoninėje praleido bent vieną naktį. Laiku išrašant pacientus iš ligoninės, į ją gali patekti daugiau ligonių, nes atlaisvinamos lovos ir taupomas sveikatos priežiūros darbuotojų laikas. Tiek per ankstyvas, tiek užsitęsęs išrašymas ne tik pablogina ligonio sveikatos būklę, bet ir padidina išlaidas: per ankstyvas išrašymas gali lemti brangias neplanines rehospitalizacijas, o uždelsus išrašyti išnaudojami riboti ligoninės ištekliai²¹. Vidutiniškai EBPO šalyse 2019 m. 1 000 gyventojų teko 146 išrašymai iš ligoninių. Didžiausi rodikliai Vokietijoje, Austrijoje ir **Lietuvoje** (220 ir daugiau 1 000 gyventojų), o žemiausi Kolumbijoje, Meksikoje, Kosta Rikoje, Kanadoje, Čilėje ir Nyderlanduose (mažiau nei 100 išrašymų 1 000 gyventojų). 2009–2019 m. išrašymų iš ligoninių skaičius sumažėjo daugelyje EBPO šalių, o labiausiai sumažėjo šalyse, kuriose taip pat labai sumažėjo ir lovų skaičius (pvz., Estijoje, Suomijoje, Islandijoje, Liuksemburge ir Švedijoje). Priešingai, išrašymų iš ligoninių skaičius Korėjoje padidėjo 40 proc., o Kinijos Liaudies Respublikoje (Kinija) – beveik trigubai. Kalbant apie bendrą išrašymų iš ligoninių apimtį, pirminiai penkių EBPO šalių 2020 m. duomenys rodo, kad išrašymų iš ligoninių rodikliai sumažėjo, palyginti su 2019 m. Tai atspindi ligoninių išrašymo politikos pokyčius. Sumažėjimas svyravo nuo maždaug 7 proc. Danijoje iki maždaug 30 proc. ar daugiau **Lietuvoje**, Italijoje ir Čilėje. Toks sumažėjimas greičiausiai buvo apspręstas pandemijos, nes žmonės vengė ligoninių jos įkarštyje, taip pat įtakos turėjo ir ligoninių išrašymo politikos pokyčiai²².

²⁰ Ibid, p. 146.

²¹ Vidutinis gulėjimo laikas (dienomis) – tai vidutinis dienų skaičius, kurias ligoniai gulėjo ligoninėje. Pastarasis rodiklis dažnai naudojamas ligoninių efektyvumui vertinti. Ir jei kiti stacionaro rodikliai būtų geri, trumpesnis gulėjimo laikas padėtų sumažinti stacionaro išlaidas, kadangi stacionare ligonį išlaikyti yra brangiau nei suteikti reabilitacinį gydymą. Tačiau per trumpas gulėjimo laikas gali turėti įtakos sveikatos pokyčiams ar tiesiog sumažinti komfortą ligoniu.

²² Ibid, p. 140.

¹⁹ Ibid, p. 134.

IŠVENGIAMŲ HOSPITALIZACIJŲ POKYČIAI

Išvengiamos hospitalizacijos (IH) skaičiuojamos pagal ligas, kurios galėtų būti efektyviai gydomos pirminiame sveikatos priežiūros lygyje (pvz., IŠL, ŠN, hipertenzija, bronchitas, LOPL, gripas, pneumonija, ausų, nosies, gerklės infekcijos, cukrinis diabetas ir kt.)²³. **Lietuvoje** skaičiuojant vienam gyventojui hospitalizuojama gerokai daugiau pacientų nei kitose Europos Sąjungos šalyse. Be to, kad patiriamos didelės išlaidos, tai neigiamai veikia sveikatos priežiūros kokybę, kadangi šalyse, kuriose didesnis hospitalizacijų skaičius skaičiuojant vienam gyventojui, daugiau ir IH. Tenka pažymėti, jog IH dėl astmos rodikliai įvairiose EBPO šalyse skyrėsi daugiau nei 15 kartų. Islandija, Meksika, Italija ir Kolumbija pranešė apie mažiausius rodiklius, o Latvijoje, Turkijoje ir Lenkijoje – du kartus daugiau nei EBPO vidurkis. 2009–2019 m. ligoninių pacientų dėl astmos skaičius sumažėjo daugelyje EBPO šalių, ypač Slovakijoje, Korėjoje ir Suomijoje, skirtumai tarp šalių taip pat sumažėjo.

Tarp EBPO šalių IH rodiklis sumažėjo nuo 194 atv. 100 000 gyventojų 2009 m. iki 171 atv. 100 000 gyventojų 2019 m. 2020 m. rodikliai sumažėjo Austrijoje, Čekijoje, Airijoje, Latvijoje, **Lietuvoje**, Portugalijoje, Slovakijoje ir Anglijoje (Jungtinė Karalystė), o ypač ryškus mažėjimas buvo Anglijoje, **Lietuvoje** ir Airijoje. Hospitalizacijų dažnis dėl širdies nepakankamumo skyrėsi 16 kartų. Mažiausi rodikliai buvo Kosta Rikoje, Meksikoje ir Kolumbijoje, o Lenkija, **Lietuva** ir Slovakija pranešė apie dvigubai didesnę vidurkį nei EBPO. Nors vidutinis rodiklis EBPO šalyse 2009–2019 m. sumažėjo, skirtumai įvairiose šalyse šiek tiek padidėjo. 2020 m. IH rodikliai sumažėjo Austrijoje, **Lietuvoje** (čia sumažėjimas buvo ypač didelis), Čekijoje, Portugalijoje, Slovakijoje ir Anglijoje (Jungtinė Karalystė), o Islandijoje ir Airijoje rodikliai išliko stabilūs. Nors per pastarąjį dešimtmetį stebimas pagerėjimas gali reikšti pirminės sveikatos priežiūros kokybės pažangą kai kuriose šalyse, investicijos į pirminę sveikatos priežiūrą vis tiek vykdomos nepakankamai²⁴. Dėl šios priežasties vis dar pasitaiko nereikalingų išlaidų brangiai kainuojančioms ligoninių teikiamoms paslaugoms²⁵.

²³ Sundmacher L, Fischbach D, Schuettig W, Naumann Ch, Augustin U, Faisst C. Which hospitalizations are ambulatory care-sensitive, to what degree, and how could the rates be reduced? Results of a group consensus study in Germany. *Health Policy*. 2015;119:1415–1423.

²⁴ OECD, 2017 m.

²⁵ Ibid.

LEIDINIO PABAIGOJE PATEIKIAMAI APIBENDRINIMAI

Dėl žalingo gyvenimo būdo ir prastų aplinkos sąlygų ir toliau blogėja gyvenimo kokybė, trumpėja gyvenimo trukmė ir mažėja gyventojų atsparumas sveikatos sukrėtimams. Rūkymas, žalingas alkoholio vartojimas ir nutukimas yra pagrindinės daugelio lėtinių ligų priežastys, didinančios ir žmonių mirties nuo COVID-19 riziką.

- Per pastarąjį dešimtmetį kasdienio rūkymo rodikliai sumažėjo daugelyje EBPO šalių, tačiau 17 proc. gyventojų vis dar rūko kasdien. Turkijoje, Graikijoje, Vengrijoje, Čilėje ir Prancūzijoje šis rodiklis siekia 25 proc. ar daugiau.
- Žmonių, kurie vartoja daug alkoholio, dalis svyruoja nuo 4 proc. iki 14 proc. tarp visų analizuotų EBPO šalių gyventojų, jie suvartoja nuo 31 proc. iki 54 proc. alkoholio. Žalingo gėrimo ypač daug vartojama Latvijoje ir Vengrijoje.
- Daugelyje EBPO šalių ir toliau didėja nutukimo lygis – vidutiniškai 60 proc. suaugusiųjų turi antsvorio arba yra nutukę. Didžiausias nutukimo lygis Meksikoje, Čilėje ir JAV.
- Vidutiniškai EBPO šalyse apie 16 proc. 15 metų paauglių rūkė bent kartą per mėnesį, o daugiau nei 30 proc. jaunuolių buvo girti bent du kartus per savo gyvenimą. Kiek daugiau nei 18 proc. jaunų žmonių turi antsvorio arba yra nutukę, tik 14 proc. – atitinka PSO rekomendacijas dėl fizinio aktyvumo.
- Aplinkos tarša vidutiniškai sukėlė apie 29 mirtis 100 000 žmonių ir EBPO šalyse skyrėsi daugiau nei septynis kartus. Pagal EBPO prognozes, iki 2060 m. aplinkos oro tarša gali sukelti nuo 6 iki 9 mln. priešlaikinių mirčių visame pasaulyje per metus.
- Išlaidos ligų prevencijai išlieka santykinai nedidelės ir vidutiniškai sudaro tik 2,7 proc. visų sveikatos priežiūros išlaidų.

Nepaisant išplėtos sveikatos apsaugos sistemos, daugelyje EBPO šalių yra kliūčių norint pasinaudoti jos paslaugomis, o COVID-19 pandemija sutrikdė kitų poreikių turinčių žmonių sveikatos priežiūrą.

- COVID-19 turėjo didelį netiesioginį poveikį tiems gyventojams, kurie nebuvo užsikrėtę virusu. Pavyzdžiui, krūties vėžio patikra 2020 m. sumažėjo vidutiniškai 5 procentiniais punktais, palyginti su 2019 m.
- Pailgėjo planinių operacijų laukimo laikas, dėl kurio daugelyje šalių ir prieš pandemiją kildavo

problemų. 2020 m. klubo sąnario pakeitimo operacijos laukimo laikas padidėjo vidutiniškai 58 dienomis, kelio sąnario keitimo – 88 dienomis, palyginti su 2019 m.

- Asmeninių konsultacijų skaičius vienam gyventojui sumažėjo septyniuose iš aštuonių šalių, kurios pateikė 2020 m. duomenis, – iki 30 proc. Čilėje ir Ispanijoje. Vis dėlto asmeninių konsultacijų sumažėjimą tam tikru mastu kompensavo išaugusios konsultacijos telefonu.
- Iš tiesų pandemija paspartino skaitmeninę sveikatos priežiūros kaitą EBPO šalyse. Pavyzdžiui, 2021 m. vidutiniškai 45 proc. suaugusiųjų turėjo medicininę konsultaciją telefonu. Be to, 2020 m. apie 60 proc. suaugusiųjų sveikatos informacijos ieškojo internete, o 2010 m. – 36 proc.

Sveikatos priežiūros kokybė gerėja saugumo ir veiksmingumo požiūriu, daugiau dėmesio skiriama pacientų nuomonei, t. y. jų pateiktiems rezultatams ir patirčiai.

- Nepaisant to, kad laikui bėgant pacientų sauga pagerėjo, vidutiniškai beveik pusė ligoninės darbuotojų manė, jog jų darbo vieta nėra pakankamai pritaikyta, siekiant užkirsti kelią medicininėms klaidoms.
- Stiprios pirminės sveikatos priežiūros sistemos padeda saugoti žmonių sveikatą, šioje grandyje gydoma daug nesudėtingų atvejų. Dėl to mažėja spaudimas ligoninėms: per pastarąjį dešimtmetį daugelyje EBPO šalių sumažėjo išvengiamų hospitalizacijų dėl lėtinių ligų, o Korėjoje, **Lietuvoje** ir Slovakijoje situacija šiuo požiūriu gerokai pagerėjo. Vis dėlto pirminės sveikatos priežiūros grandis vidutiniškai sudaro tik 13 proc. sveikatos priežiūros išlaidų.
- Ūmios priežiūros paslaugos ir toliau tobulėja vykdant pagrindinę užduotį – išsaugoti žmonių gyvybes. Beveik visose EBPO šalyse 30 dienų mirtingumas po širdies infarkto ar insulto yra mažesnis nei prieš dešimt metų. Nauji duomenys apie pakartotinę hospitalizaciją, letalumą po vienu metų ir naudojamus vaistus po hospitalizacijos rodo, kad laikui bėgant sveikatos priežiūros paslaugų integracija siek tiek pagerėjo.
- Norint geriau įvertinti sveikatos priežiūros kokybę, reikia atsižvelgti į tai, kas svarbu žmonėms. Sveikatos sistemų atstovai vis dažniau klausia pacientų apie jų priežiūros rezultatus ir patirtį. Preliminarūs rezultatai rodo, kad, pacientų nuomone, rezultatai pagerėjo. Pavyzdžiui, po klubo sąnario pakeitimo operacijos, remiantis Oksfordo klubo

balu, asmens gyvenimo kokybė pagerėjo vidutiniškai 44 proc.

- Preliminarūs 2020 m. duomenys rodo, kad priežiūros kokybė pirminės ir skubios sveikatos priežiūros įstaigose dažnai buvo išlaikyta nepaisant didelio krūvio, tačiau daugelio šių paslaugų prieinamumas buvo sudėtingas.

Dėl COVID-19 pandemijos smarkiai išaugo sveikatos priežiūros išlaidos, tačiau sveikatos priežiūros darbuotojų vis dar trūksta.

- Iki pandemijos EBPO šalyse išlaidos sveikatai vidutiniškai siekė daugiau nei 4 000 USD vienam asmeniui, o Jungtinėse Valstijose – beveik 11 000 USD. Stacionarinėms ir ambulatorinėms paslaugoms tenka didžioji dalis sveikatos priežiūros išlaidų, kurios paprastai sudaro 60 proc. visų sveikatos priežiūros išlaidų.
- Prasidėjus COVID-19 pandemijai, daugelyje šalių, ypač Europoje, smarkiai išaugo sveikatos priežiūros išlaidos. Sumažėjus ekonominei veiklai, vidutinių sveikatos priežiūros išlaidų ir BVP santykis šoktelėjo nuo 8,8 proc. 2019 m. iki 9,7 proc. 2020 m. Pandemijos stipriai paveiktos šalys pranešė, kad BVP dalis, skiriama sveikatai, tapo beprecedentė. Pavyzdžiui, Jungtinė Karalystė apskaičiavo, kad šios išlaidos išaugs nuo 10,2 proc. 2019 m. iki 12,8 proc. 2020 m., o Slovėnija numatė, jog jos išlaidų dalis sveikatai padidės nuo 8,5 proc. iki daugiau nei 10 proc.
- Nors gydytojų ir slaugytojų skaičius per pastarąjį dešimtmetį padidėjo beveik visose EBPO šalyse, jų vis dar trūksta. Pandemijos metu šis trūkumas buvo smarkiai sumažėjęs, nes sveikatos ir ilgalaikės priežiūros darbuotojų stoka buvo labiau privalomas apribojimas nei ligoninių lovos ir įranga.
- Dėl gyventojų senėjimo didėja sveikatos paslaugų paklausa, o 65 metų ir vyresnių gyventojų dalis 2019 m. siekė 17 proc. COVID-19 pandemijos sąlygomis išryškėjo jau esami ilgalaikės priežiūros sektoriaus trūkumai, įskaitant iššūkius, susijusius su infekcijų kontrole įstaigose.

PASKUTINIAI EBPO TARYBOS SPRENDIMAI DĖL AGRESIJOS PRIEŠ UKRAINĄ

EBPO Taryba griežtai pasmerkė plataus masto Rusijos agresiją prieš Ukrainą, skubiai persvarstė bet kokią bendradarbiavimą su Rusija ir priėmė keletą pirminių sprendimų. Pirma, Taryba nusprendė oficialiai nutraukti Rusijos stojimo procesą, kuris

buvo atidėtas 2014 m. Taryba taip pat paprašė generalinio sekretoriaus imtis būtinų veiksmų siekiant uždaryti EBPO Maskvos biurą ir sustabdyti visus kvietimus Rusijai ministrų lygiu ir įstaigose, įtrauktose į pakviestųjų sąrašą. Be to, Taryba paprašė generalinio sekretoriaus nesudaryti su Rusija naujų susitarimų dėl savanoriškų įnašų ir imtis būtinų veiksmų, kad būtų sustabdyti bet kokie projektai, finansuojami iš Rusijos savanoriškų įnašų, kurie dar nepradėti. EBPO Išorės santykių komiteto buvo paprašyta peržiūrėti Rusijos dalyvavimą komitetuose.

EBPO ir toliau tvirtai palaiko Ukrainos žmones. Taryba nusprendė sustiprinti EBPO paramą demokratiškai išrinktai Ukrainos vyriausybei²⁶.

Romualdas Gurevičius

Higienos institutas

El. p. romualdas.gurevicius@hi.lt

²⁶ Prieiga per internetą: <<https://www.oecd.org/newsroom/statement-from-oecd-secretary-general-on-initial-measures-taken-in-response-to-russia-s-large-scale-aggression-against-ukraine.htm>>.

Health at a glance 2021 (OECD indicators)

Romualdas Gurevičius, Institute of Hygiene, e-mail: romualdas.gurevicius@hi.lt

The last OECD publication on different countries health system evaluation briefly described showing and comparing the latest trends in various health and health system indicators. Lithuania's place among the member states is shown in the context of main indicators and their time trends. In 2019, life expectancy at birth was 81 years on average across OECD countries – over 10 years higher than it was in 1970. Mexico, Latvia, Lithuania, Hungary and Colombia have the lowest life expectancy, at less than 77 years in 2019. However, there are large gender differences in many central and eastern European countries – most notably in Lithuania and Latvia (over 9 years), Estonia (8.5 years) and Poland (7.8 years).

All-cause age-adjusted mortality rates in 2019 ranged from under 600 deaths per 100 000 in Japan and Korea to over 1 000 deaths per 100 000 in Latvia, Hungary, the Slovak Republic and Lithuania. Ischemic heart diseases, strokes and some types of treatable cancers (including colorectal and breast cancers) were the main drivers in Latvia, Lithuania and Hungary – countries with some of the highest treatable mortality rates. In Lithuania and Korea, where suicide rates were the highest (21.6 per 100 000 in Lithuania, and 24.6 per 100 000 in Korea), the trend in suicide deaths was very different. In Korea, deaths by suicide increased by 46 % between 2000 and 2019. In contrast, in Lithuania, deaths by suicide fell by 55 % between 2000 and 2019.

People on lower incomes are on average less positive about their health than those on higher incomes in all OECD countries. Socio-economic disparities are particularly marked in Latvia, Estonia, the Czech Republic and Lithuania, with a percentage point gap of 40 or more between adults on low and high incomes. Alcohol use is a leading cause of death and disability worldwide, particularly among those of working age. Latvia reported the highest consumption in 2019 (12.9 litres), followed by the Czech Republic, Austria, France, Hungary, Lithuania and Slovenia, all with over 11 litres per person. Turkey, Israel, Costa Rica, Colombia and Mexico had comparatively low consumption levels (under 5 litres per person). Over 20 % of 15-year-olds smoked at least once a month in 2017-18 in Lithuania, Italy, Hungary, Latvia and the Slovak Republic.

The average number of doctor consultations per person across OECD countries has remained relatively stable since 2009. However, some countries have seen large increases over time (such as Turkey, Lithuania and Colombia). The published data showing the wide variation of health and health care indicators between different OECD countries.