



European
Commission



STATE OF HEALTH IN THE EU

Pooling expertise, strengthening knowledge

Health at a Glance: Europe 2020

- Samenvatting -

De COVID-19-uitbraak is in 2020 uitgegroeid tot de meest ernstige pandemie van de afgelopen eeuw. De volksgezondheidscrisis heeft geleid tot een grote economische crisis, die zowel nu als in de toekomst ernstige gevolgen zal hebben voor het individuele en maatschappelijke welzijn. COVID-19 heeft latente problemen van gezondheidssystemen blootgelegd die al vóór de uitbraak bestonden. Hoewel vaak gezegd is dat de uitgaven aan gezondheid eerder een investering dan een kostenpost zijn, is het beleid ten aanzien hiervan vóór de crisis niet significant veranderd. Het overgrote deel van de uitgaven voor gezondheidszorg gaat naar curatieve zorg, niet naar preventie.

De toenemende impact van COVID-19 op onze samenleving en economie heeft de volksgezondheid plotseling weer bovenaan de beleidsagenda gezet. De COVID-19-sterfte heeft een duidelijke sociale gradiënt, wat een herinnering is aan het belang van de sociale determinanten van gezondheid.

De COVID-19-pandemie heeft duidelijk gemaakt dat de veerkracht van zorgsystemen moet worden beschouwd als een even belangrijke dimensie van de prestaties van de zorgsystemen als toegankelijkheid, kwaliteit van de zorg en efficiëntie.

De veerkracht van gezondheidszorgstelsels tegen COVID-19

Eind oktober 2020 waren in de EU-landen, IJsland, Noorwegen, Zwitserland en het Verenigd Koninkrijk meer dan 7 miljoen mensen besmet en kwamen 220 000 mensen om het leven als gevolg van COVID-19. Tijdens de eerste golf van de pandemie heeft het virus vooral West-Europese landen getroffen, met name België, Frankrijk, Italië, Nederland, Spanje, het Verenigd Koninkrijk en Zweden. Sinds augustus 2020 begon het virus zich echter ook breder over Europa te verspreiden.

Enkele landen zijn erin geslaagd de gezondheids- en economische gevolgen van COVID-19 tot een minimum te beperken

Omdat de pandemie wereldwijd nog volop gaande is, is het momenteel moeilijk zich een algemeen oordeel te vormen over de respons van landen op COVID-19. De Europese landen hebben in het voorjaar van 2020 in verschillende mate te maken gehad met de reactie op de eerste golf van de pandemie en de tweede golf in het najaar van 2020. Veel landen hebben tijdens de eerste maanden van de crisis moeite gehad om de beschikbaarheid van maskers en andere persoonlijke beschermingsmiddelen te vergroten. De meeste landen hebben ook moeite om hun testcapaciteit op te schalen, wat de doeltreffendheid van de test-, tracerings- en traceringsinspanningen beperkt. Daardoor waren de mogelijkheden om de verspreiding van het virus tijdens de eerste golf in te dammen beperkt, waardoor strengere inperkingsmaatregelen nodig waren.

Buiten Europa is Zuid-Korea een goed voorbeeld van een land dat erin is geslaagd de COVID-19-uitbraak

te bestrijden door middel van snelle, doeltreffende en gerichte maatregelen, waardoor volledige lockdowns worden voorkomen. Nieuw-Zeeland is een ander succesvol voorbeeld. In Europa waren tot oktober 2020 enkele landen zoals Finland, Noorwegen en Estland beter in staat om de verspreiding van het virus in te dammen en de economische gevolgen te verzachten, deels als gevolg van geografische factoren (lagere bevolkingsdichtheid), maar ook vanwege de tijdige uitvoering van gerichte inperkingsmaatregelen en een sterk vertrouwen en naleving door de bevolking.

Ouderen zijn onevenredig hard getroffen, vooral personen die in instellingen voor langdurige zorg wonen

Het virus heeft ouderen en mensen met onderliggende gezondheidsproblemen onevenredig hard getroffen. In bijna alle landen vond 90 % van de COVID-19-sterfgevallen plaats bij mensen van 60 jaar en ouder. In veel landen was ongeveer de helft of meer van de COVID-19-sterfgevallen afkomstig van bewoners van langdurige zorg instellingen (LTC). De eerste reactie in veel landen was gericht op de bescherming van patiënten en werknemers in ziekenhuizen. Pas later werden soortgelijke maatregelen genomen om bewoners en werknemers in instellingen voor langdurige zorg te beschermen. In verschillende landen was er ten minste een periode van 2 maanden tussen de eerste gemelde gevallen van COVID-19 en de verspreiding van richtlijnen ter voorkoming van infecties in instellingen voor langdurige zorg. In een kwart van de landen waarvoor informatie beschikbaar is, duurde het twee weken langer om bezoeken aan verpleeghuizen te beperken dan de beperkingen voor openbare ruimten in te voeren. De eerste golf van de pandemie wees op het cruciale belang van de bescherming van ouderen en andere kwetsbare bevolkingsgroepen tegen COVID-19 om ziekenhuisopnames en sterfgevallen terug te dringen.

Er is sprake van een duidelijke sociale gradiënt bij de sterfgevallen als gevolg van COVID-19

Ook mensen met een laag inkomen, mensen in achtergestelde gebieden en etnische minderheden zijn onevenredig getroffen. Dit onderstreept ook de noodzaak van beleid dat erop gericht is om de sociale determinanten van gezondheid aan te pakken, met inbegrip van inclusief sociaal en economisch beleid en maatregelen buiten het gezondheidsstelsel om de onderliggende oorzaken van ongelijkheid aan te pakken.

Aanpak van de gevolgen van luchtverontreiniging voor de gezondheid en het welzijn

Tussen de 168 000 en 346 000 vroegtijdige sterfgevallen in de EU-landen kunnen alleen al worden toegeschreven aan luchtverontreiniging door fijnstof

Hoewel de meeste aandacht in 2020 naar COVID-19 ging, is het noodzakelijk om andere belangrijke risicofactoren voor de gezondheid, waaronder milieufactoren zoals luchtverontreiniging, niet te veronachtzamen. Hoewel de luchtkwaliteit in de meeste Europese landen de afgelopen twee decennia is verbeterd, blijven de verontreinigingsniveaus in de meeste landen, met name in grote steden, boven de WHO-richtlijnen. Dit heeft ernstige gevolgen voor de gezondheid en lijdt tot sterfte. Naar schatting 168 000 tot 346 000 vroegtijdige sterfgevallen kunnen alleen al in 2018 worden toegeschreven aan blootstelling aan luchtverontreiniging door fijnstof ($PM_{2.5}$). De sterfte door luchtvervuiling is bijzonder hoog in Midden- en Oost-Europa als gevolg van het toegenomen gebruik van fossiele brandstoffen. In elk land worden kansarme groepen onevenredig getroffen door een grotere blootstelling aan luchtverontreiniging en een grotere gevoeligheid voor ernstige gevolgen voor de gezondheid.

Luchtverontreiniging veroorzaakt jaarlijks ongeveer 600 miljard euro aan economische en welvaartsverliezen in alle EU-landen, wat overeenkomt met 4,9 % van het bbp van de EU in 2017

De economische en welzijnsverliezen als gevolg van luchtverontreiniging zijn aanzienlijk. Uit nieuwe ramingen van het effect van $PM_{2.5}$ en ozon blijkt dat de verliezen in 2017 ongeveer 600 miljard EUR bedroegen, ofwel 4,9 % van het totale bbp in de EU. Dit is voornamelijk te wijten aan het effect dat deze luchtverontreinigende stoffen hebben op de sterfte, maar ook aan de lagere levenskwaliteit en

arbeidsproductiviteit voor mensen met aanverwante ziekten, en aan hogere zorguitgaven.

Inspanningen om luchtverontreiniging te verminderen moeten gericht zijn op de belangrijkste emissiebronnen. Daarbij gaat het onder meer om het gebruik van fossiele brandstoffen in de energieproductie, transport en de woonsector, en industriële en landbouwactiviteiten. Het EU-herstelplan van de COVID-19-crisis biedt een unieke gelegenheid om een groen economisch herstel te bevorderen door milieuoverwegingen in besluitvormingsprocessen mee te laten wegen en zo het behalen van de nationale emissiereductiedoelstellingen van de EU voor 2030 te ondersteunen.

De gezondheidssector zelf kan bijdragen aan de verwezenlijking van deze doelstelling door zijn eigen milieuoetafdruk tot een minimum te beperken. Door middel van een multisectoriële aanpak kunnen organisaties voor volksgezondheid en zorg ook bijdragen aan een milieuvriendelijk stedelijk en vervoersbeleid, dat ook lichaamsbeweging kan bevorderen.

Vermindering van andere belangrijke risicofactoren voor de gezondheid

Naast milieukwesties heeft ook een aantal beïnvloedbare risicofactoren belangrijke gevolgen voor de gezondheid en de sterfte van mensen, het gaat hier vooral om roken, alcoholconsumptie, ongezonde voeding, gebrek aan lichaamsbeweging en obesitas.

Roken blijft de belangrijkste oorzaak van vroegtijdige sterfte in de hele EU, met ongeveer 700 000 sterfgevallen per jaar

Ondanks de vooruitgang die de afgelopen decennia is geboekt bij het verminderen van roken, blijft tabaksgebruik de grootste gedragsgerelateerde risicofactor voor de gezondheid, met ongeveer 700 000 sterfgevallen per jaar in alle EU-landen.

Schadelijk alcoholgebruik is verantwoordelijk voor nog eens 255 000 tot 290 000 sterfgevallen per jaar in de EU-landen. Hoewel een beleid ter ontmoediging van alcohol de afgelopen tien jaar het totale alcoholgebruik in veel landen heeft teruggedrongen, blijft zwaar alcoholgebruik een probleem. Een derde van de volwassenen meldt de afgelopen maand ten minste éénmaal aan binge drinking te hebben gedaan en meer dan een vijfde van de adolescenten van 15 jaar geeft aan meer dan eens in hun leven dronken te zijn geweest.

Meer dan één op de zes volwassenen in de EU is obees en er zijn grote sociaaleconomische verschillen in overgewicht en obesitas

Het percentage zwaarlijvigheid onder volwassenen blijft in de meeste EU-landen stijgen, waarbij meer dan één op de zes volwassenen in de EU obees is. Obesitas is ook een erkende risicofactor voor complicaties als gevolg van COVID-19. Er zijn grote sociaaleconomische verschillen op het gebied van overgewicht en obesitas, die vaak op jonge leeftijd beginnen. Zo zijn de percentages overgewicht en obesitas bij kinderen in gezinnen met het laagste inkomen ongeveer twee keer zo hoog als bij kinderen die in gezinnen met de hoogste inkomen wonen.

Garanderen van universele en effectieve toegang tot zorg voor alle bevolkingsgroepen

De meeste EU-landen hebben universele dekking bereikt voor een basispakket van gezondheidsdiensten, wat van cruciaal belang is om de COVID-19-pandemie doeltreffend aan te pakken. De omvang van het pakket en de mate waarin diensten vergoed worden, lopen echter sterk uiteen. De daadwerkelijke toegang tot verschillende soorten zorg kan ook worden beperkt door een tekort aan zorgpersoneel, lange wachttijden of lange reisafstanden naar de dichtstbijzijnde gezondheidszorginstelling.

In de meeste EU-landen meldde slechts een klein deel van de bevolking in 2018 onvervulde behoeften aan gezondheidszorg. Dit percentage was echter bijna vijf keer zo hoog onder huishoudens met een laag

inkomen dan onder huishoudens met een hoog inkomen in de EU als geheel. Bovendien kan de betaalbaarheid van gezondheidszorg worden ingeperkt wanneer er sprake is van hoge eigen betalingen. In alle EU-landen wordt gemiddeld ongeveer een vijfde van alle uitgaven voor gezondheidszorg door huishoudens zelf betaald, maar dit percentage bedraagt meer dan een derde in Letland, Bulgarije, Griekenland en Malta. Over het algemeen hebben landen met een groot aandeel eigen betalingen ook een groter deel van de bevolking dat geconfronteerd wordt met ernstige financiële problemen door uitgaven aan gezondheidszorg, dit komt vooral voor onder lage-inkomensgroepen.

De COVID-19-pandemie wees op het tekort aan zorgpersoneel in veel landen en op de noodzaak van mechanismen om snel personeel te mobiliseren in tijden van crisis

Hoewel het aantal artsen en verpleegkundigen de afgelopen tien jaar in bijna alle EU-landen is toegenomen, blijven er in veel landen tekorten bestaan. Deze tekorten werden pijnlijk duidelijk tijdens de COVID-19-pandemie, toen gezondheidswerkers onder zware druk kwamen te staan. Veel landen hebben getracht snel extra personeel in te zetten, vaak door inactieve en gepensioneerde gezondheidswerkers terug te roepen en studenten te mobiliseren die medische, verpleegkundige en andere zorggerelateerde opleidingen volgen en die hun studie bijna hadden voltooid. Sommige landen konden ook een deel van het personeel van minder getroffen regio's overhevelen naar de meer getroffen regio's. Deze crisis wijst ook op de behoefte aan extra reservecapaciteit die snel kan worden gemobiliseerd.

De wachttijden voor electieve operaties zullen waarschijnlijk verder toenemen als gevolg van de COVID-19-pandemie

Lange wachttijden voor zorg zoals electieve chirurgie zijn in veel EU-landen al lang een probleem. Zelfs vóór de COVID-19-pandemie groeiden de wachttijden voor electieve chirurgie in veel landen, omdat de vraag naar chirurgie sneller toenam dan het aanbod. Deze wachttijden zullen waarschijnlijk op korte termijn in verscheidene landen verder toenemen, aangezien veel electieve operaties tijdens de pandemie werden uitgesteld. Landen als Denemarken en Hongarije, die erin geslaagd zijn de wachttijden voor veel electieve ingrepen duurzaam te verminderen, combineren doorgaans een aantal interventies aan de aanbodzijde en aan de vraagzijde, samen met het regelmatig monitoren van de voortgang.

Het controleren en verbeteren van de State of Health in the EU

Health at a Glance: Europe 2020 is het resultaat van de voortdurende nauwe samenwerking tussen de OESO en de Europese Commissie ter verbetering van de landenspecifieke en EU-brede kennis over gezondheidskwesties in het kader van de „State of Health in the EU” -cyclus van de Commissie.

In 2016 heeft de Europese Commissie de *State of Health in the EU*-cyclus opgestart om de lidstaten van de EU te helpen de gezondheid van hun burgers en de prestaties van hun zorgstelsels te verbeteren. **Health at a Glance: Europe** is het eerste product van de tweejaarlijkse cyclus, dat alle even jaren uitgebreide gegevens en vergelijkende analyses presenteert die benut kunnen worden om zowel de sterke punten als de verbeterpunten inzake gezondheid en zorgstelsels te identificeren.

De *Landprofielen* voor alle EU-landen vormen de tweede stap in de cyclus. De volgende versie van deze profielen zal in 2021 samen met het European Observatory on Health Systems and Policies uitgebracht worden, en zal de specifieke kenmerken en uitdagingen voor elk land belichten. Na een *begeleidend verslag* dat de Europese Commissie samen met de profielen presenteert, is de laatste stap in de cyclus een reeks *vrijwillige uitwisselingen* met lidstaten. Deze uitwisselingen bieden de mogelijkheid om dieper in te gaan een aantal uitdagingen en op mogelijke beleidsreacties.

Meer informatie: https://ec.europa.eu/health/state/summary_nl