



STATE OF HEALTH IN THE EU

Pooling expertise, strengthening knowledge

Health at a Glance: Europe 2020

- Tiivistelmä -

Covid-19-epidemia levisi vuonna 2020, ja siitä on tullut pahin pandemia sataan vuoteen. Kansanterveyskriisi on johtanut vakavaan talouskriisiin, jolla on vakavia seurauksia yksilön ja yhteiskunnan hyvinvoinnille sekä nyt että tulevaisuudessa. Covid-19 on paljastanut piileviä terveydenhuoltojärjestelmän heikkouksia, jotka olivat olemassa ennen epidemian puhkeamista. Vaikka terveydenhuoltomenojen kohdalla puhutaan paljolti pikemminkin investoinnista kuin kustannuksista, poliittinen lähestymistapa ei ole muuttunut merkittävästi ennen kriisiä. Terveydenhuoltomenot kohdistuvat pääasiassa sairaanhoitoon eivätkä ehkäisyyn.

Covid-19:n hämmästyttävä vaikutus yhteiskuntaan ja talouteen on nostanut kansanterveyden äkillisesti takaisin poliittisen asialistan kärkeen. Covid-19-kuolleisuudessa on selkeät sosiaaliset erot, mikä on synkkä muistutus terveyden sosiaalisten taustatekijöiden merkityksestä.

Covid-19-pandemiassa on korostettu tarvetta tarkastella terveydenhuoltojärjestelmien häiriönsietokykyä yhtä tärkeänä terveydenhuoltojärjestelmän suorituskyvyn ulottuvuutena saatavuuden, hoidon laadun ja tehokkuuden ohella.

Terveydenhuoltojärjestelmien Covid-19-kestokyky

Lokakuun 2020 loppuun mennessä yli 7 miljoonaa ihmistä oli saanut Covid-19-tartunnan ja 220 000 oli kuollut siihen eri EU-maissa, Islannissa, Norjassa, Sveitsissä ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa. Pandemian ensimmäisen aallon aikana virus vaikutti erityisesti moneen Länsi-Euroopan maihin, erityisesti Belgiaan, Ranskaan, Italiaan, Alankomaihin, Espanjaan ja Yhdistyneeseen kuningaskuntaan sekä Ruotsiin. Elokuun 2020 jälkeen virus alkoi kuitenkin levitä laajemmalle kaikkialla Euroopassa.

Muutamit maat ovat onnistuneet minimoimaan Covid-19:n vaikutukset terveyteen ja talouteen

Yleisarvion laatiminen maakohtaisista reaktioista Covid-19-tilanteeseen on vaikeaa, koska pandemia on edelleen hyvin aktiivinen kaikkialla maailmassa. Euroopan mailla oli eriasteisia vaikeuksia reagoida pandemian ensimmäiseen aaltoon keväällä 2020 ja toiseen aaltoon syksyllä 2020. Monilla mailla oli kriisin alkukuukausina vaikeuksia lisätä kasvomaskien ja muiden henkilönsuojainten saatavuutta. Useimmilla mailla oli myös vaikeuksia lisätä testauskapasiteettiaan, mikä rajoitti testaus-, jäljitys- ja seurantatoimien tehokkuutta. Tämän vuoksi maille jäi vain vähän vaihtoehtoja hillitä viruksen leviämistä ensimmäisen aallon aikana, mikä edellytti tiukempia suojaamistoimia.

Euroopan ulkopuolella Etelä-Korea on hyvä esimerkki maasta, joka on onnistunut hallitsemaan Covid-19-epidemiaa nopeilla, tehokkailla ja kohdennetuilla toimenpiteillä ja siten välttänyt täyden yhteiskunnan

sulkemisen. Toinen menestyksekkäs esimerkki on Uusi-Seelanti. Lokakuuhun 2020 asti muuttamat maat, kuten Suomi, Norja ja Viro, pystyivät Euroopassa hillitsemään paremmin viruksen leviämistä ja lieventämään sen taloudellisia seurauksia. Tämä johtui osittain maantieteellisistä tekijöistä (alhaisempi väestötiheys), mutta myös kohdennettujen torjuntatoimien oikea-aikaisesta toteutuksesta sekä väestön vahvasta luottamuksesta ja vaatimusten noudattamisesta.

Ikääntyneet ovat kärsineet suhteettoman paljon, ja pitkäaikaishoitolaitosten asukkaat ovat erityisen riskialttiita

Virus on iskenyt suhteettomasti iäkkäisiin ihmisiin ja niihin, joiden terveydentila on heikentynyt. Lähes kaikissa maissa vähintään 90 % Covid-19-kuolemantapauksista oli vähintään 60-vuotiaita. Monissa maissa noin puolet tai sitä enemmän Covid-19-kuolemantapauksista oli pitkäaikaishoidon laitoksissa asuvia. Monissa maissa toimissa keskityttiin potilaiden ja sairaaloiden työntekijöiden suojeluun. Vasta myöhemmin toteutettiin vastaavia toimenpiteitä asukkaiden ja työntekijöiden suojelemiseksi hoitolaitoksissa. Useissa maissa ensimmäisten ilmoitettujen Covid-19-tapausten ja hoitolaitoksissa esiintyvien tartuntojen ehkäisemistä koskevien ohjeiden antamisen välillä oli vähintään kahden kuukauden viive. Neljäsosassa maista, joista on saatavilla tietoa, hoitokoteja koskevien käyntien rajoittaminen kesti kaksi viikkoa kauemmin kuin julkisten tilojen rajoitusten kohdalla. Pandemian ensimmäisessä aallossa korostettiin, että on ratkaisevan tärkeää suojella ikääntyneitä ja muita haavoittuvassa asemassa olevia väestöryhmiä Covid-19-tartunnalta sairaalahoidon ja kuolemantapausten vähentämiseksi.

Covid-19-kuolemantapausten sosiaaliset erot ovat selvät

Myös vähävaraiset, köyhillä alueilla asuvat ja etniset vähemmistöt ovat kärsineet suhteettomasti. Tämä korostaa myös tarvetta painottaa voimakkaasti politiikka, jolla puututaan terveyden sosiaalisiin tekijöihin, mukaan lukien osallistava sosiaali- ja talouspolitiikka ja terveydenhuoltojärjestelmän ulkopuoliset toimet, joilla puututaan eriarvoisuuden perimmäisiin syihin.

Ilmansaasteiden terveys- ja hyvinvointivaikutuksiin puuttuminen

168 000–346 000 ennenaikaista kuolemaa EU-maissa johtuu pelkästään pienhiukkasten aiheuttamista ilmansaasteista

Vaikka suurin osa vuoden 2020 huomiosta kohdistui Covid-19-tilanteeseen, on tärkeää, ettei unohdeta muita merkittäviä terveyteen kohdistuvia riskitekijöitä, kuten ilmansaasteita. Vaikka ilmanlaatu on parantunut useimmissa Euroopan maissa kahden viime vuosikymmenen aikana, saasteiden määrä ylittää edelleen WHO:n suositukset useimmissa maissa, erityisesti suurkaupungeissa. Tällä on vakavia seurauksia ihmisten terveydelle ja kuolleisuudelle. Noin 168 000–346 000 ennenaikaista kuolemaa johtuu pelkästään altistumisesta pienhiukkasten (PM_{2.5}) aiheuttamille ilmansaasteille vuonna 2018. Ilmansaasteisiin liittyvä kuolleisuus on erityisen korkea Keski- ja Itä-Euroopassa fossiilisten polttoaineiden yleisemmän käytön vuoksi. Kussakin maassa epäsuotuisassa asemassa olevat ryhmät kärsivät suhteettomasti, koska altistuminen ilmansaasteille on yleisempää ja alttius sen vakaville terveysvaikutuksille on kasvanut.

Ilmansaasteet aiheuttavat vuosittain noin 600 miljardin euron taloudelliset ja hyvinvoinnin menetykset EU-maissa, mikä vastaa 4,9 prosenttia EU:n BKT:stä vuonna 2017.

Ilmansaasteista aiheutuvat taloudelliset ja hyvinvoinnin menetykset ovat huomattavia. Uudet arviot PM_{2.5}-hiukkasten ja otsonin vaikutuksista osoittavat, että tappiot olivat noin 600 miljardia euroa vuonna 2017 eli 4,9 prosenttia BKT:stä koko EU:ssa. Tämä johtuu pääasiassa näiden ilman epäpuhtauksien vaikutuksesta kuolleisuuteen, mutta myös niihin liittyvistä sairauksista kärsivien ihmisten elämänlaadun ja työn tuottavuuden heikkenemisestä sekä kohonneista terveydenhuoltomenoista.

Ilmansaasteiden vähentämiseen tähtäävissä toimissa on keskityttävä tärkeimpiin päästölähteisiin. Näihin kuuluvat fossiilisten polttoaineiden käyttö energiantuotannossa, liikenteessä ja asuntosektorilla sekä teollisuudessa ja maataloudessa. Covid-19-kriisin jälkeinen EU:n elvytysuunnitelma tarjoaa ainutlaatuisen tilaisuuden edistää vihreää taloutta sisällyttämällä ympäristönäkökohdat päätöksentekoprosesseihin ja tukemalla siten EU:n vuoden 2030 kansallisten päästövähennystavoitteiden saavuttamista.

Terveystieteiden voi itse edistää tämän tavoitteen saavuttamista minimoimalla oman ympäristöjalanjälkensä. Monialaisten lähestymistapojen avulla kansanterveysviranomaiset voivat myös edistää ympäristöystävällistä kaupunki- ja liikennepolitiikkaa, joka voi myös edistää liikunnan lisäämistä.

Muiden merkittävien terveyteen kohdistuvien riskitekijöiden vähentäminen

Ympäristökysymysten lisäksi monilla muokattavissa olevilla riskitekijöillä on myös merkittäviä vaikutuksia ihmisten terveyteen ja kuolleisuuteen, erityisesti tupakoinnilla, alkoholin kulutuksella, epäterveellisellä ravitsemuksella, liikunnan puutteella ja lihavuudella.

Tupakointi on edelleen tärkein ennenaikaisen kuolleisuuden syy koko EU:ssa aiheuttaen noin 700 000 kuolemantapausta vuodessa.

Tupakoinnin vähentämisessä viime vuosikymmeninä saavutetusta edistyksestä huolimatta tupakointi on edelleen suurin terveyttä uhkaava käyttäytymisen riskitekijä, joka aiheuttaa vuosittain noin 700 000 kuolemantapausta eri EU-maissa.

Haitallinen alkoholinkäyttö aiheuttaa lisäksi vuosittain 255 000–290 000 kuolemaa EU-maissa. Vaikka alkoholinkäytön valvontaa korostava politiikka on viime vuosikymmenen aikana vähentänyt alkoholin kokonaiskulutusta monissa maissa, suuri alkoholinkulutus on edelleen ongelma. Kolmasosa aikuisista ilmoittaa ainakin yhdestä humalahakuisesta juomiskerrasta viimeksi kuluneen kuukauden aikana, ja yli viidesosa 15-vuotiaista nuorista ilmoitti juoneensa itsensä humalaan useammin kuin kerran elämässään.

Useampi kuin yksi kuudesta aikuisesta on lihava EU-maissa, ja ylipainossa ja lihavuudessa on suuria sosioekonomisia eroja.

Aikuisten lihavuus lisääntyy edelleen useimmissa EU-maissa, ja yli joka kuudes aikuinen EU:ssa on lihava. Lihavuus on myös tunnettu Covid-19-sairastavuuden riskitekijäksi. Ylipainoon ja lihavuuteen liittyy suuria sosioekonomisia eroja, jotka alkavat usein nuoresta iästä. Esimerkiksi lasten ylipaino ja lihavuus on noin kaksi kertaa yleisempää pienituloisimmissa perheissä suurituloisimpiin perheisiin nähden.

Varmistetaan hoidon yhtäläinen ja tehokas saatavuus koko väestölle

Useimmissa EU-maissa keskeiset terveyspalvelut on kaikkien saatavilla, mikä on ratkaisevan tärkeää tehokkaiden Covid-19-pandemian toimien kannalta. Palveluvalikoima ja kustannusten jako vaihtelevat kuitenkin huomattavasti. Myös terveydenhuollon työntekijäpuula, pitkät odotusajat tai pitkät etäisyydet lähimpään terveydenhuollon yksikköön voivat rajoittaa eri hoitopalvelujen tosiasiallista saatavuutta.

Useimmissa EU-maissa vain pieni osa väestöstä ilmoitti vuonna 2018 jääneensä vaille tarvitsemiaan terveydenhuoltopalveluja. Tämä osuus oli kuitenkin lähes viisi kertaa suurempi pienituloisissa kotitalouksissa kuin suurituloisissa kotitalouksissa koko EU:ssa. Lisäksi terveyspalvelujen kohtuuhintaisuutta voi olla vaikea toteuttaa, mikäli niihin liittyy suuria käyttäjiltä perittäviä maksuja. EU-maiden kotitaloudet maksavat itse keskimäärin noin viidesosan kaikista terveydenhuoltomenoista, mutta osuus on yli kolmannes Latviassa, Bulgariassa, Kreikassa ja Maltalla. Yleisesti ottaen maissa, joissa

käyttäjien asiakasmaksujen osuus on suuri, suurempi osuus väestöstä joutuu maksamaan terveyspalveluista katastrofaalisen paljon, erityisesti pienituloisten ryhmässä.

Covid-19-pandemia osoitti, että monissa maissa on pulaa terveydenhuoltohenkilöstöstä ja että tarvitaan mekanismeja, joiden avulla henkilöresurssit saadaan kriisiaikoina nopeasti käyttöön

Vaikka lääkäreiden ja sairaanhoitajien määrä on viime vuosikymmenen aikana kasvanut lähes kaikissa EU-maissa, on monissa maissa näistä edelleen pulaa. Tämä niukkuus kärjistyi voimakkaasti Covid-19-pandemian aikana, jolloin terveydenhuoltoalan työntekijöihin kohdistui voimakas paine. Monet maat ovat pyrkineet saamaan käyttöönsä nopeasti lisähenkilöstöä, usein kutsumalla töihin työelämän ulkopuolella olevia ja eläkkeelle jääneitä terveydenhuollon ammattilaisia ja aktivoimalla opiskelijoita, joiden lääkäri-, sairaanhoito- ja muihin terveydenhuoltoalan opinnot ovat lähellä päättymistä. Jotkin maat pystyivät myös siirtämään osan henkilöstöstä vähemmän kärsineiltä alueilta niihin, joihin epidemian vaikutukset kohdistuivat voimakkaammin. Kriisi korostaa myös tarvetta luoda lisää reservikapasiteettia, joka voidaan ottaa nopeasti käyttöön.

Kiireettömien leikkausten odotusajat todennäköisesti pidentyvät entisestään Covid-19-pandemian jälkeen

Terveydenhuoltopalvelujen, kuten kiireettömän kirurgian, pitkät odotusajat ovat olleet monien EU-maiden pitkäaikainen ongelma. Jo ennen Covid-19-pandemiaa kiireettömien toimenpiteiden odotusajat pitenivät monissa maissa, koska kirurgian kysyntä kasvoi tarjontaa nopeammin. Nämä odotusajat todennäköisesti pitenevät edelleen lyhyellä aikavälillä useissa maissa, koska monia kiireettömiä leikkauksia lykättiin pandemian aikana. Tanskan ja Unkarin kaltaiset maat ovat onnistuneet lyhentämään pysyvästi monien kiireettömien terveydenhuollon palvelujen odotusaikoja yhdistämällä tyypillisesti joitakin tarjonta- ja kysyntäpuolen toimia sekä seuraamalla edistymistä säännöllisesti.

Seurataan ja kohennetaan EU:n terveydentilaa

Health at a Glance: Euroope 2020 -raportti on tulosta OECD:n ja Euroopan komission jatkuvasta tiiviistä yhteistyöstä, jonka tavoitteena on parantaa maakohtaista ja EU:n laajuista tietämystä terveyskysymyksistä osana komission *Terveyden tila EU:ssa* -sykliä.

Euroopan komission aloitteesta otettiin vuonna 2016 käyttöön *State of Health in the EU*-sykli, jolla EU-maita autetaan parantamaan kansalaisten terveyttä ja terveydenhuoltojärjestelmien suorituskykyä. **Health at a Glance: Europe**-raportti on kaksivuotisen syklin ensimmäinen tuotos. Se on määrä julkaista parillisina vuosina. Raportti sisältää kattavia tietoja ja vertailevia analyyseja, joiden avulla voidaan määrittää, miltä osin kansalaisten terveys ja terveydenhuoltojärjestelmät ovat kunnossa ja mitä osa-alueita pitäisi parantaa.

Syklin toisessa vaiheessa laaditaan kaikkien *EU-maiden terveysprofiilit* yhdessä European Observatory on Health Systems and Policies-yhteistyökumppanin kanssa. Profiileissa nostetaan esiin kunkin maan erityispiirteet ja haasteet. Ne julkaistaan seuraavan kerran vuonna 2021. Maakohtaisten profiilien yhteydessä komissio julkaisee myös erillisen *oheisraportin*. Tämän jälkeen syklin viimeisessä vaiheessa kullekin halukkaalle EU-maalle järjestetään *keskustelutilaisuus*, jossa voidaan käsitellä tarkemmin joitakin haasteita ja toimintavaihtoehtoja.

Lisätietoja: ec.europa.eu/health/state/summary_fi