



STATE OF HEALTH IN THE EU

Pooling expertise, strengthening knowledge

Health at a Glance: Europe 2020

- Streszczenie -

Rozprzestrzeniająca się w roku 2020 pandemia COVID-19 stała się najpoważniejszym tego typu wydarzeniem w ostatnim stuleciu. Kryzys w dziedzinie zdrowia publicznego doprowadził do poważnego kryzysu gospodarczego, który będzie miał istotne konsekwencje dla dobrostanu jednostek i społeczeństw zarówno teraz, jak i w przyszłości. COVID-19 ujawniła utajone słabości systemów opieki zdrowotnej, które istniały przed wybuchem epidemii. Mimo że często mówi się o wydatkach na opiekę zdrowotną raczej jako o inwestycjach niż kosztach, podejście polityczne nie ulegało znaczącym zmianom przed kryzysem. Wydatki na opiekę zdrowotną w przeważającej mierze wciąż przeznaczają się na leczenie, a nie na profilaktykę.

Gwałtowny wpływ COVID-19 na nasze społeczeństwa i gospodarki sprawił, że zdrowie publiczne znalazło się na pierwszym miejscu programów politycznych. Śmiertelność z powodu COVID-19 charakteryzuje się wyraźnym gradientem społecznym, co przypomina o znaczeniu społecznych determinantów zdrowia.

Pandemia COVID-19 uwypukliła potrzebę uznania odporności systemów opieki zdrowotnej za równie ważny wymiar ich funkcjonowania jak dostępność, jakość opieki i wydajność.

Odporność systemów opieki zdrowotnej na COVID-19

Do końca października 2020 r. ponad 7 mln osób zostało zakażonych, a 220 000 zmarło z powodu COVID-19 w państwach UE, Islandii, Norwegii, Szwajcarii i Zjednoczonym Królestwie. Podczas pierwszej fali pandemii wirus dotknął w szczególności szereg krajów Europy Zachodniej, przede wszystkim Belgię, Francję, Włochy, Niemcy, Hiszpanię i Zjednoczone Królestwo, a także Szwecję. Od sierpnia 2020 r. wirus zaczął jednak rozprzestrzeniać się na szerszą skalę w całej Europie.

Kilka państw zdołało zminimalizować wpływ COVID-19 na zdrowie i gospodarkę.

Przedstawienie ogólnej oceny reakcji poszczególnych krajów na COVID-19 jest obecnie trudne, biorąc pod uwagę, że pandemia jest nadal bardzo intensywna na całym świecie. Kraje europejskie w różnym stopniu zmagają się z pierwszą falą pandemii wiosną 2020 r. i drugą falą jesienią 2020 r. W pierwszych miesiącach kryzysu wiele krajów borykało się z problemem poprawienia dostępności masek i innych środków ochrony indywidualnej. Większość państw miała również trudności z zwiększeniem swoich zdolności testowania, co ograniczyło skuteczność działań w zakresie testowania, śledzenia i namierzania źródeł zakażeń. Pozostawiło im to niewiele możliwości ograniczenia rozprzestrzeniania się wirusa podczas pierwszej fali, co wymagało bardziej rygorystycznych środków izolacji.

Poza Europą Korea Południowa jest dobrym przykładem państwa, które zdołało kontrolować epidemię COVID-19 za pomocą szybkich, skutecznych i ukierunkowanych działań, unikając w ten sposób pełnego zamknięcia. Kolejnym przykładem jest nowa Zelandia. Do października 2020 r. w Europie kilka państw, takich

jak Finlandia, Norwegia i Estonia, było w stanie lepiej powstrzymać rozprzestrzenianie się wirusa i złagodzić skutki gospodarcze, częściowo ze względu na czynniki geograficzne (niższa gęstość zaludnienia), ale również ze względu na terminowe wdrożenie ukierunkowanych środków powstrzymujących rozprzestrzenianie się wirusa oraz duże zaufanie i przestrzeganie przepisów przez ludność.

Osoby starsze ucierpiały nieproporcjonalnie, na czele ze szczególnie zagrożonymi mieszkańcami placówek opieki długoterminowej.

Wirus dotknął w nieproporcjonalny sposób osoby starsze i schorowane. W prawie wszystkich krajach co najmniej 90 % zgonów związanych z COVID-19 dotyczyło osób w wieku co najmniej 60 lat. W wielu krajach przynajmniej połowa zgonów związanych z COVID-19 nastąpiła wśród mieszkańców placówek opieki długoterminowej. Pierwsze działania w wielu krajach koncentrowały się na ochronie pacjentów i personelu szpitali. Dopiero później podjęto podobne kroki w celu ochrony mieszkańców i pracowników placówek opieki długoterminowej. W kilku państwach odnotowano co najmniej dwumiesięczny odstęp między pierwszymi zgłoszonymi przypadkami COVID-19, a wydaniem wytycznych w celu zapobiegania infekcjom w tego typu placówkach. W jednej czwartej krajów, o których są dostępne informacje, ograniczenie wizyt w domach opieki zajęło dwa tygodnie dłużej niż nałożenie ograniczeń w przestrzeni publicznej. Pierwsza fala pandemii unaoczniała kluczowe znaczenie ochrony osób starszych i innych słabszych grup społecznych przed COVID-19, w celu ograniczenia liczby hospitalizacji i zgonów.

Odnotowano istnienie wyraźnego gradientu społecznego w przypadku zgonów związanych z COVID-19.

W nieproporcjonalnym stopniu ucierpiały osoby ubogie, mieszkające na obszarach ubóstwa oraz mniejszości etniczne. Uwypukla to potrzebę silnego skupienia się również na politykach mających na celu zajęcie się społecznymi determinantami zdrowia, w tym integracyjnymi politykami społecznymi i gospodarczymi oraz działaniami wykraczającymi poza system opieki zdrowotnej, które eliminują pierwotne przyczyny nierówności.

Zajęcie się wpływem zanieczyszczenia powietrza na zdrowie i dobrostan

Jedynie zanieczyszczeniu powietrza spowodowanemu drobnymi cząstkami można przypisać od 168 000 do 346 000 przedwczesnych zgonów w państwach UE.

Chociaż w 2020 r. najwięcej uwagi poświęcono COVID-19, istotne jest, aby nie zaniedbywać innych ważnych czynników ryzyka dla zdrowia, w tym czynników środowiskowych, takich jak zanieczyszczenie powietrza. Chociaż jakość powietrza poprawiła się w większości krajów europejskich w ciągu ostatnich dwudziestu lat, w większości z nich, zwłaszcza w dużych miastach, poziomy zanieczyszczenia utrzymują się na poziomie wyższym niż wytyczne WHO. Ma to poważne konsekwencje dla zdrowia i śmiertelności ludności. Szacuje się, że tylko w 2018 r. we wszystkich państwach UE narażeniu na zanieczyszczenie powietrza spowodowane drobnymi cząstkami (PM_{2.5}) można przypisać szacunkowo od 168 000 do 346 000 przedwczesnych zgonów. Śmiertelność z powodu zanieczyszczenia powietrza jest szczególnie wysoka w Europie Środkowej i Wschodniej, ze względu na większe zużycie paliw kopalnych. W każdym kraju, grupy słabsze są nieproporcjonalnie narażone z powodu większej ekspozycji na zanieczyszczenie powietrza i większej podatności na niekorzystne skutki zdrowotne.

Zanieczyszczenie powietrza powoduje rocznie około 600 mld EUR strat gospodarczych i społecznych we wszystkich państwach UE, co odpowiada 4,9 % PKB UE z 2017 r.

Straty gospodarcze i społeczne wynikające z zanieczyszczenia powietrza są znaczne. Nowe szacunki wpływu cząstek PM_{2.5} i ozonu pokazują, że straty wyniosły około 600 mld EUR w 2017 r., czyli 4,9 % PKB całej UE. Wynika to głównie z wpływu tych zanieczyszczeń na śmiertelność, ale również z niższej jakości życia i niższej wydajności pracy osób cierpiących na choroby pokrewne, a także z wyższych wydatków na opiekę zdrowotną.

Wysiłki na rzecz ograniczenia zanieczyszczenia powietrza muszą koncentrować się na głównych źródłach

emisji. Obejmują one wykorzystanie paliw kopalnych w produkcji energii, transporcie i mieszkalnictwie, a także w działalności przemysłowej i rolniczej. Unijny plan odbudowy gospodarczej po kryzysie związanym z COVID-19 stanowi wyjątkową okazję do promowania zielonej odbudowy gospodarczej, poprzez uwzględnianie kwestii środowiskowych w procesach decyzyjnych, wspierając tym samym osiągnięcie krajowych celów UE w zakresie redukcji emisji w 2030 r.

Sam sektor zdrowia może przyczynić się do osiągnięcia tego celu, minimalizując swój ślad środowiskowy. Dzięki podejściu wielosektorowemu instytucje zdrowia publicznego mogą również przyczyniać się do przyjaznej dla środowiska polityki miejskiej i transportowej, co może także sprzyjać większej aktywności fizycznej.

Ograniczenie innych istotnych czynników ryzyka dla zdrowia

Oprócz kwestii środowiskowych szereg zmiennych czynników ryzyka ma również istotny wpływ na zdrowie i umieralność. Są to w szczególności palenie tytoniu, spożywanie alkoholu, niezdrowa dieta, brak aktywności fizycznej i otyłość.

Palenie tytoniu pozostaje najważniejszą przyczyną przedwczesnych zgonów w całej UE i odpowiada za około 700 000 zgonów rocznie.

Pomimo postępów w zmniejszaniu wskaźnika palenia tytoniu w ostatnich dziesięcioleciach, pozostaje ono największym behawioralnym czynnikiem ryzyka dla zdrowia i odpowiada za około 700 000 zgonów rocznie w państwach UE.

Szkodliwe spożywanie alkoholu jest przyczyną kolejnych 255 000 do 290 000 zgonów rocznie w krajach UE. Podczas gdy polityka kontroli spożycia alkoholu ograniczyła ogólne spożycie alkoholu w wielu krajach w ciągu ostatniej dekady, nadużywanie alkoholu pozostaje problemem. Jedna trzecia dorosłych zgłasza co najmniej jedno zdarzenie „picia na umór” w minionym miesiącu, a ponad jedna piąta młodzieży w wieku 15 lat twierdzi, że upiła się więcej niż jeden raz w życiu.

Ponad jeden na sześciu dorosłych jest otyły w państwach UE, a różnice społeczno-ekonomiczne we wskaźnikach nadwagi i otyłości są znaczne.

W większości krajów UE wskaźnik otyłości wśród dorosłych nadal rośnie. Ponad jeden na sześciu dorosłych jest otyły. Otyłość jest również uznanym czynnikiem ryzyka wywołującym komplikacje związane z COVID-19. Istnieją duże nierówności społeczno-ekonomiczne odnośnie wskaźników nadwagi i otyłości, które często biorą swój początek już w młodym wieku. Na przykład wskaźniki nadwagi i otyłości wśród dzieci z rodzin o najniższych dochodach są około dwukrotnie wyższe w porównaniu ze wskaźnikami dla dzieci z rodzin o najwyższych dochodach.

Zapewnienie powszechnego i skutecznego dostępu do opieki zdrowotnej dla wszystkich obywateli

Text Większość państw UE osiągnęła powszechny dostęp do podstawowego zakresu świadczeń zdrowotnych, co ma kluczowe znaczenie dla skutecznego radzenia sobie z pandemią COVID-19. Jednakże zakres świadczeń i współpłacenia są znacznie zróżnicowane. Skuteczny dostęp do różnych świadczeń może być również ograniczony z powodu niedoboru pracowników opieki zdrowotnej, długiego czasu oczekiwania lub dużej odległości do najbliższego świadczeniodawcy.

Jedynie niewielki odsetek mieszkańców zgłosił niezaspokojone potrzeby w zakresie opieki zdrowotnej w większości państw UE w 2018 r. Jednak w całej UE był on prawie pięciokrotnie wyższy wśród gospodarstw domowych o niskich dochodach niż wśród gospodarstw o wysokich dochodach. Ponadto dostępność kosztowa usług zdrowotnych może być ograniczona, jeżeli wiąże się ona z wysokimi opłatami własnymi. Średnio w UE około jednej piątej wszystkich wydatków na opiekę zdrowotną jest ponoszonych bezpośrednio

przez gospodarstwa domowe, ale odsetek ten przekracza jedną trzecią na Łotwie, w Bułgarii, Grecji i na Malcie. Ogólnie rzecz biorąc, kraje, w których wydatki własne są wysokie, mają również wyższy odsetek ludności, która stoi w obliczu katastrofalnie wysokich płatności bezpośrednich za świadczenia zdrowotne, zwłaszcza wśród grup o niskich dochodach.

Pandemia COVID-19 uwypukliła niedobór pracowników opieki zdrowotnej w wielu krajach oraz potrzebę mechanizmów szybkiej mobilizacji zasobów ludzkich w czasach kryzysu.

Chociaż w ciągu ostatnich dziesięciu lat liczba lekarzy i pielęgniarek wzrosła w niemal wszystkich krajach UE, w wielu z nich utrzymują się braki. Niedobory te szczególnie uwidoczniły się podczas pandemii COVID-19, kiedy to pracownicy służby zdrowia byli pod dużą presją. Wiele krajów starało się szybko zmobilizować dodatkowych pracowników, często sięgając po osoby nieaktywne zawodowo i emerytowane oraz mobilizując studentów ostatnich lat studiów medycznych i pielęgniarstwa, a także innych kierunków związanych z opieką zdrowotną. Niektóre kraje były również w stanie przenieść część personelu z regionów mniej dotkniętych kryzysem do tych, które bardziej ucierpiały. Ten kryzys wskazuje również na potrzebę stworzenia dodatkowych rezerw, które mogą być szybko uruchomione, gdy zajdzie taka konieczność.

Czas oczekiwania na zabiegi planowe prawdopodobnie jeszcze wzrośnie w związku z pandemią COVID-19.

Długi czas oczekiwania na zabiegi planowe od dawna stanowi problem w wielu krajach UE. Jeszcze przed pandemią COVID-19 w wielu krajach wydłużyły się okresy oczekiwania na zabiegi planowe, ponieważ popyt na nie rósł szybciej niż podaż. Czas oczekiwania prawdopodobnie dodatkowo wzrośnie w perspektywie krótkoterminowej w niektórych krajach, ponieważ wiele zabiegów planowych zostało przełożonych w czasie pandemii. Państwa takie jak Dania i Węgry, którym udało się osiągnąć trwałe skrócenie czasu oczekiwania na wiele wybranych świadczeń zdrowotnych, zazwyczaj łączą pewne interwencje po stronie podaży i popytu, a także regularne monitorowanie postępów.

Monitorowanie i poprawa Stanu zdrowia w UE

Health at a Glance: Europe 2020 jest wynikiem ciągłej ścisłej współpracy między OECD a Komisją Europejską, w celu poprawy wiedzy na temat zdrowia w poszczególnych krajach i w całej UE, w ramach cyklu Komisji „*State of Health in the EU*”.

W 2016 r. Komisja Europejska rozpoczęła cykl *State of Health in the EU*, aby pomóc państwom członkowskim UE w poprawie stanu zdrowia ich obywateli i funkcjonowania ich systemów zdrowotnych. Publikacja **Health at a Glance: Europe** jest pierwszym etapem w cyklu dwuletnim, przedstawiającym w każdym parzystym roku obszerne dane i analizy porównawcze, które mogą być wykorzystane do określenia zarówno mocnych stron, jak i możliwości poprawy stanu zdrowia i ulepszenia systemów zdrowotnych.

Drugim krokiem w cyklu są krajowe profile zdrowotne wszystkich państw UE. Kolejna edycja profili zostanie opublikowana w 2021 r. we współpracy z European Observatory on Health Systems and Policies. Będą one opisywać szczególne cechy oraz wyzwania stojące przed każdym z krajów. Po przedstawieniu przez Komisję Europejską raportu towarzyszącego profilom, ostatnim krokiem w ramach cyklu będzie seria dobrowolnych dyskusji z udziałem państw członkowskich. Będą to okazje do bardziej szczegółowego omówienia niektórych wyzwań i potencjalnych rozwiązań politycznych.

Więcej informacji na stronie: ec.europa.eu/health/state/summary_pl