



Komisja
Europejska



STATE OF HEALTH IN THE EU

Pooling expertise, strengthening knowledge

- STRESZCZENIE -

W publikacji *Health at a Glance: Europe 2018* przedstawiono analizy porównawcze stanu zdrowia obywateli Unii oraz funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej 28 państw członkowskich UE, 5 krajów kandydujących i 3 krajów EFTA. Jest to pierwszy etap unijnego cyklu wymiany wiedzy, zatytułowanego *State of Health in the EU*. Publikacja ta składa się z dwóch części. Część I obejmuje dwa rozdziały tematyczne, z których pierwszy poświęcony jest konieczności podjęcia wspólnych wysiłków na rzecz poprawy stanu zdrowia psychicznego, a drugi przedstawia możliwe strategie ograniczania marnotrawienia wydatków na opiekę zdrowotną. W części II zaprezentowano najnowsze trendy w najważniejszych wskaźnikach stanu zdrowia, czynnikach ryzyka i wydatkach zdrowotnych, a także omówiono postępy w poprawie skuteczności, dostępności i odporności europejskich systemów opieki zdrowotnej.

APEL O ZWRÓCENIE WIĘKSZEJ UWAGI NA POPRAWĘ ZDROWIA PSYCHICZNEGO

- Zdrowie psychiczne ma kluczowe znaczenie dla dobrostanu jednostki, a także dla uczestnictwa w życiu społecznym i gospodarczym. Jednak według najnowszych szacunków, w 2016 r. więcej niż jedna na sześć osób w państwach UE, czyli około 84 mln osób, miała problem ze zdrowiem psychicznym. Ponadto w 2015 r. ponad 84 000 osób w krajach UE zmarło z powodu chorób psychicznych lub samobójstw.

Całkowity koszt złego stanu zdrowia psychicznego w 28 państwach UE szacuje się na ponad 4% PKB, to jest przeszło 600 mld EUR

- Ekonomiczne i społeczne koszty chorób psychicznych są znaczne. Całkowity koszt złego stanu zdrowia psychicznego w 28 państwach UE szacuje się na ponad 4% PKB, to jest przeszło 600 mld EUR. Kwotę 190 mld EUR, czyli 1,3% PKB, stanowią bezpośrednie wydatki na opiekę zdrowotną, kolejne 170 mld EUR (1,2% PKB) przeznaczają się na programy zabezpieczenia społecznego, a następne 240 mld EUR (1,6% PKB) to pośrednie koszty dla rynku pracy, wynikające z niższego zatrudnienia i mniejszej wydajności.
- Znaczne indywidualne, ekonomiczne i społeczne obciążenia związane z chorobami psychicznymi są możliwe do uniknięcia. Wiele państw europejskich wprowadziło polityki i programy w dziedzinie zdrowia psychicznego w różnych grupach wiekowych. Można jednak zrobić znacznie więcej pod względem leczenia i promowania zdrowia psychicznego.

OGRANICZANIE MARNOTRAWIENIA WYDATKÓW W CELU POPRAWY SKUTECZNOŚCI I ODPORNOŚCI SYSTEMÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ

Dowody z różnych państw pokazują, że nawet jedna piąta wydatków na opiekę zdrowotną jest marnotrawiona i mogłaby być lepiej wykorzystana

- Marnotrawienie wydatków ma miejsce, gdy pacjentów poddaje się zbędnym badaniom lub leczeniu, albo gdy opieka mogłaby zostać zapewniona taniej i przy użyciu mniejszych nakładów. Dowody z różnych krajów pokazują, że nawet jedna piąta wydatków na opiekę zdrowotną jest marnotrawiona i mogłaby zostać ograniczona lub wyeliminowana bez uszczerbku dla jakości opieki. Ograniczenie zbędnych wydatków nie tylko przyczynia się do budowania odporności systemów zdrowotnych, ale również pomaga osiągnąć i utrzymać powszechny dostęp do skutecznej opieki.
- W przypadku szpitali, wielu przyjęć można by uniknąć dzięki lepszemu zarządzaniu leczeniem chorób przewlekłych w ramach opieki środowiskowej. Jeśli chodzi o choroby takie jak astma i cukrzyca, przyjęcia do szpitali, których potencjalnie można by było uniknąć, pochłaniają rocznie ponad 37 mln osobodni w całej UE. Kosztowne dla szpitali są również opóźnione w nieuzasadniony sposób wypisy, a wielu pacjentów gotowych do wypisu zajmuje miejsca, które mogłyby zostać wykorzystane przez pacjentów, którzy ich bardziej potrzebują.
- Jeżeli mowa o produktach leczniczych, ograniczenie do minimum marnotrawstwa i optymalizacja wartości wydatków na leki również mają kluczowe znaczenie dla osiągnięcia wydajnych i zrównoważonych systemów opieki zdrowotnej. Cel ten może być wspierany poprzez połączenie różnych polityk, w tym: 1) zapewnienia optymalnego wykorzystania środków finansowych przy wyborze i refundacji, zamawianiu i wycenie produktów leczniczych przy użyciu oceny technologii medycznych; 2) wykorzystania potencjalnych oszczędności wynikających z zastosowania leków generycznych i biopodobnych; 3) zachęcania do rozsądnego przepisywania leków; i 4) poprawy przestrzegania i stosowania zasad przez pacjentów.

W WIELU PAŃSTWACH UE WZROST ŚREDNIEGO TRWANIA ŻYCIA ULEGŁ SPOWOLNIENIU, A ZNACZNE NIERÓWNOŚCI UTRZYMUJĄ SIĘ

- Chociaż w ciągu dekady od 2001 r. do 2011 r. średnie trwanie życia wydłużyło się we wszystkich państwach UE, o co najmniej 2 do 3 lat, to od roku 2011 wzrost uległ znacznemu spowolnieniu w wielu państwach, szczególnie w Europie Zachodniej, wynosząc niecałe ½ roku w latach 2011–2016. Wydaje się, że spowolnienie to jest spowodowane zmniejszeniem tempa spadku liczby zgonów z powodu chorób układu krążenia oraz okresowym wzrostem umieralności osób starszych, częściowo z powodu zaostrzonych sezonów grypy w niektórych latach.

Osoby o niskim poziomie wykształcenia mogą oczekiwać, że będą żyły o sześć lat krócej niż osoby o wysokim poziomie wykształcenia

- Duże rozbieżności w średnim trwaniu życia utrzymują się nie tylko między płciami, ale również między osobami o różnym statusie społeczno-ekonomicznym. W UE 30-letni mężczyźni o niskim poziomie wykształcenia mogą oczekiwać, że będą żyli średnio o 8 lat krócej niż mężczyźni posiadający dyplom ukończenia studiów wyższych (lub równoważnik), podczas gdy „luka edukacyjna” wśród kobiet jest mniejsza i wynosi około 4 lat. Luki te w dużej mierze odzwierciedlają różnice w narażeniu na czynniki ryzyka, ale również wskazują na różnice w dostępie do opieki.

POŁOŻENIE WIĘKSZEGO NACISKU NA ZAPOBIEGANIE CZYNNIKOM RYZYKA

- Chociaż wskaźniki palenia zarówno wśród dzieci, jak i dorosłych spadły w większości państw UE, wciąż około jednej piątej dorosłych pali codziennie, a w krajach o słabiej rozwiniętej polityce ograniczania użycia tytoniu – aż jedna na cztery osoby.
- Dzięki polityce ograniczania spożycia alkoholu, spadło ono w szeregu państw, jednak picie dużych ilości alkoholu wśród osób młodocianych i dorosłych pozostaje ważnym problemem związanym ze zdrowiem publicznym. W państwach UE prawie 40% osób młodocianych przyznaje się do udziału w przynajmniej jednym zdarzeniu „picia na umór” w ciągu ostatniego miesiąca, a ponad 40% młodych mężczyzn w wieku 20–29 lat również przyznaje się do epizodycznego nadmiernego picia.

W państwach UE, co najmniej jedna na sześć osób jest otyła, przy czym istnieją duże rozbieżności ze względu status społeczno-ekonomiczny

- Częstość występowania otyłości nadal rośnie wśród osób dorosłych w większości państw UE – co najmniej jedna na sześć osób określana jest jako otyła. Utrzymują się wyraźne różnice w otyłości: 20% osób dorosłych z niższym wykształceniem jest otyłych, w porównaniu z 12% w przypadku osób z wykształceniem wyższym.

ZWIĘKSZENIE EFEKTYWNOŚCI SYSTEMÓW ZDROWOTNYCH MOŻE OGRANICZYĆ PRZEDWCZESNĄ UMIERALNOŚĆ

W 2015 r. w państwach UE można było uniknąć ponad 1 200 000 zgonów dzięki lepszej polityce zdrowia publicznego lub dzięki efektywniejszej opiece zdrowotnej świadczonej w odpowiednim czasie

- W 2015 r. w państwach UE ponad 1,2 mln osób zmarło z powodu chorób i urazów, których można było uniknąć dzięki lepszej polityce zdrowia publicznego lub dzięki efektywniejszej opiece zdrowotnej świadczonej w odpowiednim czasie.
- W ostatnich latach w niektórych częściach Europy ponownie pojawiły się choroby zwalczane drogą szczepień, co wskazuje na znaczenie promowania skutecznego zaszczepienia wszystkich dzieci we wszystkich państwach UE.
- Szacuje się, że w 2016 r. w państwach UE 790 000 osób zmarło przedwcześnie z powodu palenia tytoniu, szkodliwego spożycia alkoholu, niezdrowej diety i braku aktywności fizycznej.
- W ciągu ostatniej dekady w większości państw, jakość opieki doraźnej w przypadku chorób zagrażających życiu poprawiła się. Mniej osób umiera po przyjęciu do szpitala z powodu ostrego zawału serca (spadek o średnio 30% między 2005 r. i 2015 r.) lub udaru (spadek o ponad 20% w tym samym okresie). Znaczne różnice w jakości opieki doraźnej utrzymują się jednak nie tylko między państwami, ale również między szpitalami w każdym z państw.
- Znaczne postępy poczyniono również w leczeniu nowotworów, dzięki wdrożeniu badań przesiewowych populacji oraz zapewnieniu skuteczniejszej opieki świadczonej na czas. Wskaźniki przeżyć w przypadku różnych rodzajów raka są najwyższe w historii, jednak w wielu krajach wciąż są znaczne możliwości dalszej poprawy w leczeniu nowotworów.

ZAPEWNIENIE POWSZECHNEGO DOSTĘPU DO OPIEKI MA ZASADNICZE ZNACZENIE DLA OGRANICZENIA NIERÓWNOŚCI W ZDROWIU

Ogólnie poziom niezaspokojonych potrzeb w zakresie opieki zdrowotnej w państwach UE jest niski, jednak prawdopodobieństwo zgłoszenia takich potrzeb przez gospodarstwa domowe o niskich dochodach jest pięciokrotnie wyższe niż w przypadku gospodarstw domowych o wysokich dochodach

- Niezaspokojone potrzeby w zakresie opieki zdrowotnej stanowią ważną miarę dostępności. Dane z najnowszych badań pokazują, że zasadniczo w większości państw UE udział populacji zgłaszającej niezaspokojone potrzeby w zakresie opieki jest niski i zmalał w ciągu ostatnich dziesięciu lat. Jednakże prawdopodobieństwo zgłoszenia niezaspokojonych potrzeb w zakresie opieki przez gospodarstwa domowe o niskich dochodach jest nadal pięciokrotnie wyższe niż w przypadku gospodarstw domowych o wysokich dochodach, głównie ze względów finansowych.
- Świadczenia zdrowotne muszą być nie tylko przystępne cenowo, ale również dostępne wtedy i tam, gdzie ludzie ich potrzebują. Chociaż w ciągu ostatniej dekady liczba lekarzy i pielęgniarek zwiększyła się w prawie wszystkich państwach UE, niedobory lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej są powszechne, szczególnie na obszarach wiejskich i oddalonych.
- Długi czas oczekiwania na planowe operacje stanowi ważną kwestię w politykach zdrowotnych wielu państw UE, ponieważ zakłóca dostęp do opieki na czas. W znacznej części tych państw w ostatnich latach czas oczekiwania wydłużył się, ponieważ popyt na zabiegi wzrósł szybciej niż ich podaż.

WZMOCNIENIE ODPORNOŚCI SYSTEMÓW ZDROWOTNYCH

- Systemy zdrowotne muszą skuteczniej odpowiadać na zmieniające się potrzeby w zakresie opieki zdrowotnej, wynikające ze zmian demograficznych, oraz pełniej wykorzystywać potencjał nowych technologii cyfrowych w celu poprawy profilaktyki i opieki.

- W roku 2017 wydatki na opiekę zdrowotną stanowiły 9,6% PKB UE jako całości i wzrosły z poziomu 8,8% w 2008 r. Starzenie się społeczeństw oznacza nie tylko, że w przyszłości potrzeby w zakresie opieki zdrowotnej wzrosną, ale również że rośnie zapotrzebowanie na opiekę długoterminową. Co więcej, oczekuje się, że wydatki na opiekę długoterminową będą rosły szybciej niż wydatki na opiekę zdrowotną.

Nowe technologie cyfrowe mają potencjał, by przyczynić się do promowania zdrowszego starzenia się i opieki bardziej skoncentrowanej na ludziach

- Nowe technologie cyfrowe oferują wspaniałe możliwości promocji zdrowego starzenia się i uzyskania opieki, która będzie wydajniejsza i bardziej skoncentrowana na ludziach. Wykorzystanie elektronicznej dokumentacji medycznej i elektronicznego przepisywania leków w państwach UE wzrasta, a rosnąca liczba mieszkańców UE używa Internetu do uzyskania informacji na temat zdrowia i dostępu do świadczeń zdrowotnych, chociaż istnieją różnice między grupami wiekowymi i społeczno-ekonomicznymi.
- Starzenie się społeczeństw wymaga głębokich przekształceń systemów opieki zdrowotnej, przeniesienia centrum uwagi z opieki doraźnej w szpitalach na bardziej zintegrowaną i skoncentrowaną na ludziach opiekę środowiskową. Wiele państw UE rozpoczęło tę transformację ponad dekadę temu – np. zmniejszając potencjał szpitali i średnią długość pobytu, a wzmacniając opiekę środowiskową – jednak proces ten nadal wymaga ciągłego, długotrwałego wysiłku.

MONITOROWANIE I POPRAWA STANU ZDROWIA W UE

Publikacja *Health at a Glance: Europe 2018* jest wynikiem trwałej i bliskiej współpracy między OECD i Komisją Europejską, mającej na celu poszerzenie wiedzy o kwestiach zdrowotnych, dotyczącej zarówno poszczególnych państw, jak i UE jako całości, i stanowi część realizowanego przez Komisję cyklu *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 2019 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.

Informacje: https://ec.europa.eu/health/state/summary_pl.