OECD o chorobach serca w UE. I roli POZ

Choroby układu krążenia (CVD) są główną przyczyną śmierci i niepełnosprawności w Unii Europejskiej (UE), odpowiadając za jedną trzecią wszystkich zgonów każdego roku i dotykając ponad 60 milionów ludzi. Skala problemu jest potęgowana przez znaczne koszty ekonomiczne, które rocznie wynoszą 282 miliardy euro w całej UE, czyniąc CVD nie tylko kryzysem zdrowotnym, ale także poważnym wyzwaniem społecznym i ekonomicznym.

Raport: Stan zdrowia sercowo-naczyniowego w Unii Europejskiej

Choroby układu krążenia mają ogromny wpływ na życie Europejczyków. Zwiększają również nierówności między regionami i grupami ludzkimi, co rodzi dodatkowe wyzwania. Chociaż UE i poszczególne państwa wdrożyły różne polityki i inicjatywy - zmiany demograficzne postępują. A wraz z nimi liczba chorych kardiologicznie.

Jak wskazała przewodnicząca Komisji Europejskiej, Ursula von der Leyen, w swoich wytycznych politycznych oraz liście do Komisarza ds. Zdrowia, Komisja Europejska wzmocni prace nad profilaktyką zdrowotną, w szczególności w zakresie CVD. Pierwszy w historii plan zdrowia sercowo-naczyniowego UE ma na celu wsparcie państw członkowskich, poprzez skoordynowane działania UE, w zmniejszaniu obciążenia chorobami układu krążenia, poprzez poprawę profilaktyki, wzmocnienie wczesnego wykrywania i badań przesiewowych oraz wsparcie leczenia i opieki.

Raport "Stan zdrowia sercowo-naczyniowego w Unii Europejskiej" opiera się na długoletniej współpracy OECD i Komisji Europejskiej, mającej na celu monitorowanie i poprawę zdrowia populacji, w tym przez inicjatywę "Stan zdrowia w UE", obejmującą serię "Health at a Glance: Europe". Wysiłki te dostarczyły istotnych informacji na temat wydajności systemów opieki zdrowotnej oraz zmieniających się wyzwań związanych z chorobami niezakaźnymi, w tym chorobami układu krążenia.

Ogólne wnioski z raportu

Wykorzystanie technologii zdrowia cyfrowego, promowanie opieki skoncentrowanej na pacjencie oraz dostosowanie polityk krajowych może przyspieszyć postęp, zmniejszyć nierówności, ze szczególnym uwzględnieniem kobiet, oraz uczynić opiekę nad chorymi kardiologicznie bardziej efektywną.

Rola POZ w raporcie

POZodgrywa kluczową rolę w zarządzaniu chorobami przewlekłymi, w tym chorobami układu krążenia, stanowiąc fundament skutecznej, dostępnej i ciągłej opieki zdrowotnej. Skuteczna opieka podstawowa obniża ogólne koszty opieki zdrowotnej poprzez wcześniejsze

diagnozowanie i lepsze zarządzanie chorobami, zapobiegając poważnym komplikacjom sercowo-naczyniowym - na co w jasny sposób zwraca uwagę Raport OECD.

Integracja opieki podstawowej z usługami zdrowia publicznego wzmacnia profilaktykę, zmniejszając ryzyko chorób układu krążenia dzięki interwencjom związanym ze stylem życia. Zwiększona edukacja pacjentów w ramach opieki podstawowej poprawia samodzielne zarządzanie stanem zdrowia i przestrzeganie zaleceń, znacząco obniżając wskaźniki hospitalizacji i związane z nimi koszty opieki zdrowotnej.

> *Polski model rozwoju POZ w kierunku koordynacji opieki, zapewnienia dostępu do porad edukacyjnych oraz szerokiego programu profilaktycznego dla dorosłych odpowiada na wyzwania wskazane w Raporcie i wykorzystuje podkreślane w nim szanse.*

OECD podkreśla rolę m.in. pielęgniarek oraz profilaktyków w budowaniu zdrowych nawyków i podnoszeniu kompetencji zdrowotnych pacjentów. Kluczowe są także programy zarządzania chorobami przewlekłymi, które kładą nacisk na proaktywne śledzenie pacjentów, usługi telemedyczne i aktywne zarządzanie zdrowiem.

POZ realizuje zasady 4K (*Starfield's 4Cs*):

- pierwszy kontakt,
- kompleksowość,
- kontynuacja opieki (ciągłość)
- i koordynacja.

Są to kluczowe elementy niezbędne do zapewnienia wysokiej jakości wsparcia pacjentom z chorobami układu krążenia na wszystkich etapach: od profilaktyki, przez ocenę ryzyka, po diagnostykę, leczenie i rehabilitację.

POZ zapewniający wczesny i ciągły kontakt z pacjentem skutecznie zarządza chorobami przewlekłymi, redukując kosztowne hospitalizacje i interwencje specjalistyczne. Pierwszy kontakt w systemach opieki podstawowej znacząco zmniejsza niepotrzebne wizyty w oddziałach szpitalnych, obniżając w ten sposób koszty opieki zdrowotnej. Kraje z silnymi usługami opieki podstawowej, zapewniającymi szybki dostęp do pracowników medycznych, lepiej radzą sobie z zarządzaniem ryzykiem sercowo-naczyniowym, zapobiegając kosztownym interwencjom.

Komponent kompleksowości w działaniu POZ zapewnia skuteczne zarządzanie czynnikami ryzyka chorób układu krążenia, takimi jak nadciśnienie, otyłość i cukrzyca. Kompleksowa opieka obejmuje zarówno działania profilaktyczne, doradztwo w zakresie stylu życia, jak i zarządzanie chorobami przewlekłymi.

Ciągłość opieki w systemach opieki podstawowej wzmacnia relacje pacjent-lekarz, poprawiając przestrzeganie planów leczenia, zaleceń dotyczących stosowania leków i zmian stylu życia. Dzięki ciągłości, choroby układu krążenia są dokładniej monitorowane, co zmniejsza ryzyko powikłań i kosztownych hospitalizacji.

Wg raportu OECD skutecznie wdrożona koordynacja opieki przez świadczeniodawców opieki podstawowej ułatwia płynne przechodzenie pacjentów między usługami zdrowotnymi, redukując niepotrzebną duplikację badań i procedur, które stanowią istotny element wydatków na opiekę zdrowotną.

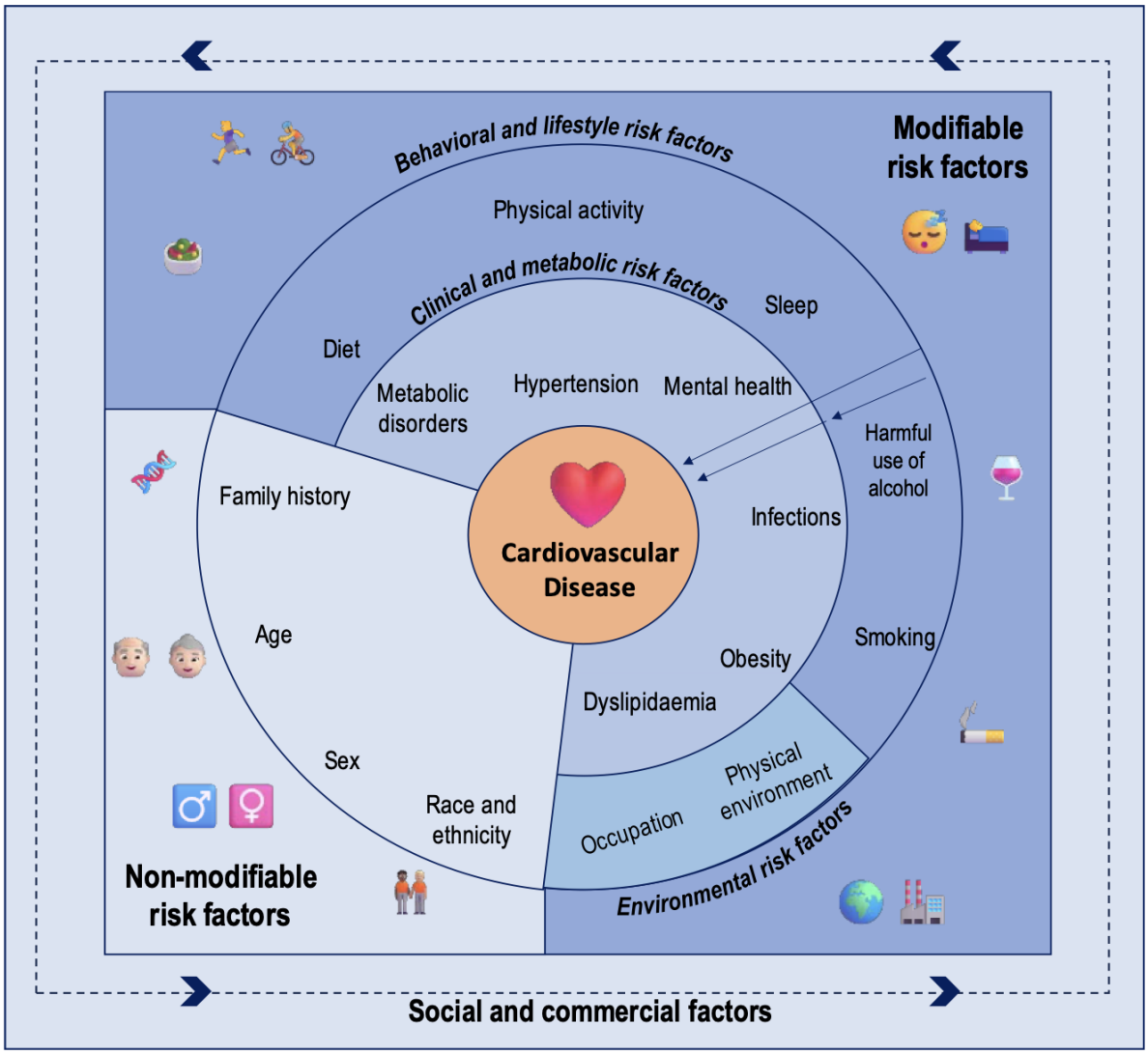
Raport omawia również zależność między różnymi modelami opieki podstawowej a obciążeniem ekonomicznym związanym z chorobami układu krążenia w kontekście UE. Badania wykazały, że im słabszy POZ tym wyższe wydatki na choroby układu krążenia (efekt wymaga dalszych pogłębionych badań). Kraje o ograniczonym dostępie pacjentów do POZ wydają średnio 302 euro na CVD na mieszkańca, podczas gdy kraje z silną rolą POZ wydają 285 euro. W przypadku kompleksowości, kraje z ograniczoną kompleksowością wydają średnio 315 euro, a kraje z silnym systemem kompleksowej opieki - 271 euro. Te różnice pokazują, jak kluczowe znaczenie w zarządzaniu chorobami układu krążenia ma POZ.

POZ w dyskusji panelowej

Kluczowa w tym kontekście wydaje się rola zespołów podstawowej opieki zdrowotnej. W spotkaniu prezentującym raport, które odbyło się 10 lutego 2026 roku (online) uczestniczył w roli słuchacza Wiceprezes PTMR, dr n. med. Aleksander Biesiada. W czasie spotkania omówiono perspektywy krajowe (w tym na przykładzie Szwecji oraz Hiszpanii), ale także prezentowano perspektywę pacjentów (reprezentantka European Patients' Forum).

Raport podkreśla, że w UE 74% lat życia skorygowanych o niepełnosprawność (DALY) związanych z chorobami układu krążenia można przypisać modyfikowalnym czynnikom ryzyka. Podkreśla to konieczność zajęcia się czynnikami ryzyka, aby zminimalizować obciążenie chorobami układu krążenia.

OECD o chorobach serca w UE. I roli POZ



Pacjenci z kolei podkreślili kilka istotnych obszarów w zakresie nierówności w opiece w obszarze kardiologii. Wśród nich kluczowe są:

- niedostateczne działania w zakresie prewencji
- brak systemowego podejścia do szacowania ryzyka kardiologicznego u pacjentów
- niedostateczna opieka po rozpoznaniu - zwłaszcza długoterminowa; nastawienie na leczenie stanów ostrych, z pominięciem długofalowej zorganizowanej opieki nad pacjentami
- brak koordynacji opieki (pacjent nie wie gdzie i na jaką pomoc może liczyć)
- niejasne ścieżki pacjentów, w których pacjent się gubi
- brak myślenia systemowego (jak choroby kardiologiczne wpływają np. na nieobecność w pracy; jak niska widza pacjentów wpływa na brak zgłaszalności do badań prewencyjnych).

Rola POZ w tych obszarach jest kluczowa. Polski przykład, w tym budowanie spójnej polityki w zakresie wykorzystania zasobów POZ do wczesnego regularnego badania prewencyjnego pacjentów (program “Moje Zdrowie”) mogą być źródłem wiedzy na innych krajów UE.

Table 3.1. Dashboard on cardiovascular risk factors: Metabolic, clinical and non-modifiable risk factors

	Diabetes (%)		Hypertension (%)		Obesity (%)		Depressive symptoms (%)		Adults aged 65 and over (%)	
	2022	% change (2012-2022)	2019	% change (2014-2019)	2022	% change (2017-2022)	2022	% change (2012-2022)	2024	% change (2000-2024)
EU average	**7.8**	**22 ↑**	**22**	**1 ↑**	**15**	**-1 ↓**	**27**	**-9 ↓**	**22**	**23 ↑**
Austria	5.2	3 ↑	22	3 ↑	18	18 ↑	22	7 ↑	20	32 ↑
Belgium	6.7	46 ↑	17	5 ↑	16	7 ↑	32	6 ↑	20	17 ↑
Bulgaria	10.8	37 ↑	30	0 →	12	-17 ↓	26	NA	24	48 ↑
Croatia	9.1	31 ↑	37	52 ↑	17	-8 ↓	26	NA	23	44 ↑
Cyprus	7.3	0 →	19	9 ↑	14	-8 ↓	19	NA	18	61 ↑
Czechia	7.7	18 ↑	26	11 ↑	18	-13 ↓	28	10 ↑	21	47 ↑
Denmark	2.3	-14 ↓	19	7 ↑	19	8 ↑	20	23 ↑	21	38 ↑
Estonia	8.8	40 ↑	23	2 ↑	22	5 ↑	35	-13 ↓	20	36 ↑
Finland	7.4	30 ↑	27	10 ↑	22	6 ↑	26	NA	23	56 ↑
France	2.7	-35 ↓	17	15 ↑	15	-1 ↓	32	-6 ↓	21	34 ↑
Germany	6.6	-2 ↓	26	-8 ↓	19	-4 ↓	27	16 ↑	22	40 ↑
Greece	7.2	1 ↑	20	-6 ↓	12	3 ↑	18	NA	23	37 ↑
Hungary	11.2	30 ↑	32	-1 ↓	22	11 ↑	21	-44 ↓	21	38 ↑
Ireland	7.8	42 ↑	12	-25 ↓	20	30 ↑	12	NA	15	41 ↑
Italy	7.2	19 ↑	20	-1 ↓	7	20 ↑	31	-2 ↓	24	35 ↑
Latvia	9.3	36 ↑	32	8 ↑	23	8 ↑	23	NA	21	42 ↑
Lithuania	11.2	27 ↑	30	6 ↑	21	18 ↑	40	NA	20	45 ↑
Luxembourg	5.9	6 ↑	16	-6 ↓	17	6 ↑	28	-2 ↓	15	0 →
Malta	9.6	5 ↑	18	-15 ↓	26	2 ↑	35	NA	18	53 ↑
Netherlands	6.4	18 ↑	16	-4 ↓	14	6 ↑	20	6 ↑	20	46 ↑
Poland	10.8	50 ↑	27	15 ↑	19	10 ↑	30	-26 ↓	20	71 ↑
Portugal	7.4	14 ↑	27	5 ↑	16	1 ↑	41	2 ↑	24	51 ↑
Romania	13.3	91 ↑	16	-8 ↓	10	-1 ↓	33	NA	20	54 ↑
Slovak Republic	8.9	37 ↑	28	10 ↑	17	19 ↑	14	NA	18	67 ↑
Slovenia	10.8	37 ↑	25	2 ↑	18	3 ↑	22	-13 ↓	22	56 ↑
Spain	3.6	-40 ↓	19	3 ↑	15	6 ↑	31	-12 ↓	20	20 ↑
Sweden	5.1	18 ↑	18	12 ↑	17	-1 ↓	25	23 ↑	21	21 ↑
Iceland[1]	5.4	22 ↑	25	26 ↑	21	0 →	NA	NA	16	30 ↑
Norway[1]	5.6	8 ↑	15	19 ↑	17	22 ↑	NA	NA	19	24 ↑

1. non-EU European Economic Area countries. Dark blue: Lower than the 25th percentile; Light blue: Between the 25th and 50th percentile; Light red: Between the 50th and 75th percentile; Dark red: Above the 75th percentile.

Diabetes: Percentage of people aged 18 years and over with fasting plasma glucose ≥ 126 mg/dl, or glycated haemoglobin ≥ 6.5%, or on glucose-lowering medication for diabetes. Age-standardised to the WHO world population, therefore crude rates and percentage change from national sources may differ.
Source: WHO Global Health Observatory (2024).

Hypertension refers to the percentage of people aged 15 and over with high blood pressure.

Obesity refers to the percentage of people aged 18 and over with a BMI ≥30 kg/m². For Iceland, 2017 data was used instead of 2022. For Germany, data was obtained from different studies: 2017 data from Schienkiewitz et al. (2017[2]), and Starker et al (2025[3]).

Depressive symptoms are derived from the percentage of adults aged 45 and older who report at least 4 symptoms on the EURO-D scale. Where 2012 data was unavailable, the closest year available was used: 2011 data for Austria, Belgium, Czechia, Denmark, Estonia, France, Hungary, Italy, the Netherlands, Portugal, Slovenia, Spain and Sweden; and 2013 data for Luxembourg.

Age refers to the percentage of people aged 65 and over.

Source: Diabetes: Eurostat (hlth_ehis_cd1e, 2021); Obesity: Eurostat (ilc_hch10, 2024), from (Schienkiewitz et al., 2017[2]), "Overweight and obesity among adults in Germany", https://doi.org/10.17886/rki-gbe-2017-038 and 2022 data from Starker et al (2025[3]), "Prevalence of obesity and smoking among adults in Germany - trends from 2003 to 2023", https://doi.org/10.25646/13038; Depressive symptoms: Source: SHARE-ERIC (2024) and The Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA) 2025; Age: Eurostat (demo_pjangroup, 2025).

Źródła:

1. OECD (2025), The State of Cardiovascular Health in the European Union, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/ea7a15f4-en.
2. https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/da/qanda_25_3080