



ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΤΩΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΩΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΩΝ

Βρυξέλλες, 20.4.2004
COM(2004) 304 τελικό

**ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΣΤΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ, ΣΤΟ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ
ΚΟΙΝΟΒΟΥΛΙΟ, ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ
ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΤΩΝ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΩΝ**

**Εκσυγχρονισμός της κοινωνικής προστασίας για την ανάπτυξη ποιοτικής, προσιτής και
βιώσιμης υγειονομικής περίθαλψης και μακροχρόνιας περίθαλψης : στήριξη των
εθνικών στρατηγικών μέσω της «ανοικτής μεθόδου συντονισμού»**

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στόχος των συστημάτων κοινωνικής προστασίας που δημιουργήθηκαν στα κράτη μέλη είναι η εξασφάλιση της πρόσβασης όλων σε ποιοτικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Η ανάπτυξή τους επέτρεψε να μειωθεί σημαντικά ο κίνδυνος της φτώχειας που συνδέονταν στο παρελθόν συχνά με την κακή υγεία, τη μεγάλη ηλικία ή τα ατυχήματα, και συνέβαλε σε μεγάλο βαθμό στη σημαντική βελτίωση της κατάστασης της υγείας του ευρωπαϊκού πληθυσμού κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών¹. Τα ζητήματα αυτά αποτελούν συνεπώς ένα σημαντικό στοιχείο του ευρωπαϊκού κοινωνικού προτύπου, κυρίως γιατί η ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης στην Ευρώπη είναι μοναδική στον κόσμο.

Η παρούσα ανακοίνωση, η οποία είχε εξαγγελθεί στην *εαρινή έκθεση του 2004*², αποσκοπεί στον καθορισμό κοινού πλαισίου που θα επιτρέψει να υποστηριχθούν οι εθνικές προσπάθειες μεταρρύθμισης και ανάπτυξης της υγειονομικής περίθαλψης και της μακροχρόνιας περίθαλψης, μέσω της εφαρμογής της «ανοικτής μεθόδου συντονισμού». Το ψήφισμα που ενέκρινε το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο στις 11 Μαρτίου καλεί τα κράτη μέλη να ενισχύσουν τη συνεργασία τους στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και της μακροχρόνιας περίθαλψης, και ζητεί από την Επιτροπή να υποβάλει έως την άνοιξη του 2004 σχετικές προτάσεις, δίνοντας τη δυνατότητα στο Συμβούλιο να εφαρμόσει την «ανοικτή μέθοδο συντονισμού» στον τομέα αυτό και να ορίσει κοινούς στόχους.

Η παρούσα ανακοίνωση συμπληρώνει συνεπώς την ανακοίνωση σχετικά με τις προτάσεις της «Διαδικασίας προβληματισμού υψηλού επιπέδου για την κινητικότητα των ασθενών και τις μελλοντικές εξελίξεις της υγειονομικής περίθαλψης στην Ευρωπαϊκή Ένωση» (εφεξής καλούμενη «ανακοίνωση σχετικά με την κινητικότητα των ασθενών»), η οποία ξεκίνησε με πρωτοβουλία των επιτρόπων David Byrne και Άννας Διαμαντοπούλου. Σε αυτή συμμετέχουν εκπρόσωποι των υπουργών υγείας και της Επιτροπής³. Αυτές οι δύο ανακοινώσεις, που εγκρίθηκαν μαζί από την Επιτροπή, παρουσιάζουν μια συνολική στρατηγική για την ανάπτυξη κοινού οράματος για τα ευρωπαϊκά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης και τα συστήματα κοινωνικής προστασίας.

Πράγματι, η κοινωνική προστασία επιτρέπει την κατανομή, στο επίπεδο όλης της κοινωνίας, των δαπανών που υπερβαίνουν πολύ συχνά τους πόρους που διαθέτει ένα άτομο ή η οικογένειά του, εξασφαλίζοντας έτσι ότι η χρήση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης δεν οδηγεί στην ένδεια και ότι και ακόμη κι ένα χαμηλό εισόδημα δεν περιορίζει σημαντικά την πρόσβαση στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Τα αποτελέσματα αυτά επιτεύχθηκαν χάρη στη μεγάλη ποικιλομορφία συστημάτων-που βασίζονται στην ασφάλιση ή στην άμεση παροχή υπηρεσιών—τα οποία, σύμφωνα με τη Συνθήκη υπάγονται στην αρμοδιότητα των κρατών μελών. Η σημασία της αρμοδιότητας αυτής καθώς και η ανάγκη καλύτερης συνεργασίας σε

¹ Για παράδειγμα, από το 1960 έως το 2001, το προσδόκιμο επιβίωσης των ανδρών αυξήθηκε κατά 8,1 έτη και εκείνο των γυναικών κατά 8,7 έτη.

² COM (2004) 29 τελικό – «Προώθηση της Στρατηγικής της Λισσαβώνας μεταρρυθμίσεις για τη Διευρυμένη Ένωση»

³ Τα συμπεράσματα της «HLPR» υπάρχουν στη διεύθυνση:
http://europa.eu.int/comm/health/ph_overview/Documents/key01_mobility_fr.pdf

ευρωπαϊκό επίπεδο τονίστηκαν στα συμπεράσματα της «διαδικασίας προβληματισμού υψηλού επιπέδου».

Ο ρόλος των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης στην καταπολέμηση του κινδύνου της φτώχειας και των ασθενειών, η συμβολή τους στην κοινωνική συνοχή και στην απασχόληση, καθώς και οι συνέπειες της γήρανσης του πληθυσμού, έχουν αναγνωριστεί εδώ και μεγάλο χρονικό διάστημα στο επίπεδο της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Από το 1992, μια σύσταση του Συμβουλίου⁴ ζητούσε από τα κράτη μέλη «να λαμβάνεται μέριμνα για τη διατήρηση και εν ανάγκη την ανάπτυξη ενός συστήματος περίθαλψης καλής ποιότητας, προσαρμοσμένου στην εξέλιξη των αναγκών του πληθυσμού, ιδίως δε αυτών που οφείλονται στην εξάρτηση των ηλικιωμένων, στην εξέλιξη των παθήσεων και των θεραπευτικών μεθόδων και στην αναγκαία εντατικοποίηση της πρόληψης». Το 1999, η υγειονομική περίθαλψη ορίστηκε από το Συμβούλιο ως ένας από τους τέσσερις τομείς κοινωνικής προστασίας⁵ στους οποίους ήταν αναγκαία η ενίσχυση της συνεργασίας μεταξύ των κρατών μελών.

Μετά τα ευρωπαϊκά συμβούλια της Λισσαβώνας και του Göteborg, όπου τονίστηκε η ανάγκη μεταρρύθμισης και προσαρμογής των συστημάτων κοινωνικής προστασίας, συμπεριλαμβανομένης της υγειονομικής περίθαλψης, ώστε να αντιμετωπιστεί η γήρανση του πληθυσμού και να εξασφαλιστεί η κοινωνική συνοχή, η Επιτροπή όρισε τρεις προσανατολισμούς⁶ που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν ως βάση για τη μεταρρύθμιση αυτή. Οι εν λόγω προσανατολισμοί εγκρίθηκαν από το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο της Βαρκελώνης το Μάρτιο του 2002⁷:

- **η δυνατότητα πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη** σε όλους, βάσει των αρχών της ισότητας και της αλληλεγγύης, λαμβανομένων υπόψη των αναγκών και των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν οι πλέον ευάλωτες ομάδες και άτομα, αλλά και εκείνοι που χρειάζονται δαπανηρή και μακροχρόνια περίθαλψη·
- **η παροχή υγειονομικής περίθαλψης υψηλής ποιότητας** στον πληθυσμό προσαρμοσμένης στην επιστημονική πρόοδο και στις νέες ανάγκες που παρουσιάζονται λόγω της γήρανσης του πληθυσμού, και η οποία βασίζεται στην αξιολόγηση των οφελών για την υγεία τους·
- μέτρα που εξασφαλίζουν, μακροπρόθεσμα, **την οικονομική βιωσιμότητα** αυτής της υγειονομικής περίθαλψης και αποσκοπούν στην αύξηση της αποτελεσματικότητας του συστήματος.

⁴ Σύσταση του Συμβουλίου της 27ης Ιουλίου 1992 για τη σύγκλιση των στόχων και των πολιτικών κοινωνικής προστασίας (92/442/ΕΟΚ), *Επίσημη Εφημερίδα* L245 της 26/08/1992 σ. 0049 – 0052.

⁵ Το 2000 οι δαπάνες στον τομέα της υγείας αποτελούσαν το 27,3% των δαπανών κοινωνικής προστασίας στην Ευρωπαϊκή Ένωση των 15, δηλαδή στη δεύτερη θέση μετά τις συντάξεις γήρατος και επιζώντων (*Πηγή* : στατιστικό παράρτημα του σχεδίου *Κοινής έκθεσης για τον κοινωνικό αποκλεισμό του 2003*, SEC (2003) 1425).

⁶ COM (2001) 723 τελικό

⁷ Παράγραφος 25 : « Το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο σημειώνει την πρώτη έκθεση του Συμβουλίου για θέματα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και μέριμνας για τους ηλικιωμένους και καλεί την Επιτροπή και το Συμβούλιο να εξετάσουν διεξοδικότερα τα θέματα πρόσβασης, ποιότητας και οικονομικής βιωσιμότητας εγκαίρως, ενόψει της εαρινής συνόδου του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου το 2003. »

2. ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ, ΠΟΙΟΤΗΤΑ, ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΒΙΩΣΙΜΟΤΗΤΑ: ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΓΙΑ ΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ, ΚΑΘΟΡΙΣΤΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΤΥΧΙΑ ΤΗΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ ΤΗΣ ΛΙΣΣΑΒΩΝΑΣ

Η κοινή έκθεση της Επιτροπής και του Συμβουλίου με τίτλο «Υποστήριξη των εθνικών στρατηγικών για το μέλλον της υγειονομικής περίθαλψης και της περίθαλψης των ηλικιωμένων» της 10ης Μαρτίου 2003 τόνισε ότι οι νέες τεχνολογίες και θεραπευτικές μέθοδοι, η βελτίωση της κατάστασης και της ενημέρωσης των ασθενών, καθώς και η γήρανση του πληθυσμού, δημιουργούν σήμερα νέα προβλήματα όσον αφορά την ικανότητα των εθνικών συστημάτων να εξασφαλίσουν δυνατότητα πρόσβασης και ποιότητα και να διασφαλίσουν μακροπρόθεσμα την οικονομική βιωσιμότητά τους. Ορισμένα προβλήματα είναι κοινά σε όλα τα συστήματα: οι ανισότητες και οι δυσκολίες πρόσβασης εξακολουθούν να υπάρχουν παρά το γεγονός ότι τα συστήματα εξασφαλίζουν κατ' αρχήν πρόσβαση σε όλους· η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι μερικές φορές ανεπαρκής σε σχέση με τις ανάγκες του πληθυσμού, με υπερβολικά μεγάλες προθεσμίες αναμονής· αυξάνονται οι οικονομικές ανισορροπίες σε ορισμένα συστήματα.

Τα νέα κράτη μέλη θα συμβάλουν στην αύξηση αυτής της πολυμορφίας και θα καταστήσουν εντονότερα ορισμένα χαρακτηριστικά της σημερινής Ευρωπαϊκής Ένωσης των 15. Οι κύριοι δείκτες υγείας των κρατών αυτών είναι γενικά λιγότερο καλοί από εκείνους της Ευρωπαϊκής Ένωσης των 15, ιδίως για τους άνδρες και τα κράτη αυτά διαθέτουν αισθητά λιγότερους πόρους στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, παρά τη συνεχή ανάπτυξή τους από τις αρχές της δεκαετίας του '90. Επιπλέον, η γήρανση στα επαγγέλματα του τομέα της υγείας είναι περισσότερο αισθητή από ό,τι στην Ευρωπαϊκή Ένωση των 15. Η «στρατηγική της Λισσαβώνας» αποτελεί συνεπώς ένα συνεκτικό πλαίσιο για να καλυφθεί η διαφορά όσον αφορά το επίπεδο και την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης, και υποστηρίζεται με διάφορα μέσα, περιλαμβανομένης της «ανοικτής μεθόδου συντονισμού».

Παράλληλα, η ολοκλήρωση της Ένωσης συνεπάγεται αυξανόμενη επίδραση μεταξύ των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης:

- η νομολογία του Δικαστηρίου αναγνώρισε ότι οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης αποτελούν υπηρεσίες κατά την έννοια της Συνθήκης, και οι ασθενείς ως αποδέκτες των υπηρεσιών αυτών πρέπει να έχουν το δικαίωμα της ελεύθερης παροχής υπηρεσιών που εγγυάται η Συνθήκη⁸. Η ενημερωμένη έκδοση του κανονισμού 1408/71⁹ περιλαμβάνει τη διάσταση αυτή και η εφαρμογή της

⁸ Βλ. την έκθεση σύνθεσης σχετικά με την εφαρμογή των κανόνων της εσωτερικής αγοράς στις υπηρεσίες υγείας και την εφαρμογή από τα κράτη μέλη της νομολογίας του Δικαστηρίου των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (SEC (2003) 900).

⁹ Πρόταση κανονισμού του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου σχετικά με το συντονισμό των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης (COM (1998) 779 τελικό. Τροποποιημένη πρόταση κανονισμού του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου σχετικά με τον συντονισμό των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης (COM (2003) 596 τελικό). Ανακοίνωση της Επιτροπής προς το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο σύμφωνα με το άρθρο 251, παράγραφος 2, δεύτερο εδάφιο της συνθήκης ΕΚ σχετικά με την Κοινή θέση που καθόρισε το Συμβούλιο σχετικά με την έκδοση κανονισμού του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου για το συντονισμό των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης (COM (2004) 44 τελικό)

προσδιορίζεται από μια πρόταση οδηγίας, που υποβλήθηκε στις 13 Ιανουαρίου 2004 σχετικά με τις υπηρεσίες στην εσωτερική αγορά¹⁰.

- οι πολίτες της Ένωσης ασκούν όλο και περισσότερο το δικαίωμα κινητικότητας¹¹ για να εγκατασταθούν σε ένα άλλο κράτος μέλος, να μετακινηθούν σε αυτό προσωρινά ή για την παροχή περίθαλψης.

Αυτή η αλληλεπίδραση συνοδεύτηκε από την ανάπτυξη πολιτικών στο επίπεδο της Ένωσης, οι οποίες έχουν αντίκτυπο στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης και γενικότερα στην υγεία των Ευρωπαίων. Ωστόσο, οι εξελίξεις αυτές δεν αποτέλεσαν ποτέ αντικείμενο συνολικής στρατηγικής, που θα περιελάμβανε επίσης την ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό της παροχής και της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, την κινητικότητα των ασθενών και των επαγγελματιών στη διευρυμένη Ένωση, τη συνεργασία μεταξύ περιφερειών και συστημάτων υγείας, αλλά και την ενσωμάτωση στο σύνολο των κοινοτικών πολιτικών του ουσιαστικού στόχου του υψηλού επιπέδου προστασίας της υγείας του ανθρώπου. Η «*εαρινή έκθεση του 2004*» ζητεί συνεπώς την ενίσχυση του συντονισμού των εθνικών πολιτικών, ώστε να υποστηριχθούν οι προσπάθειες εκσυγχρονισμού και ανάπτυξης αυτού του τομέα, τις οποίες αναλαμβάνουν όλα τα κράτη μέλη, σημερινά και νέα. Πρόκειται συνεπώς για μια **συνολική στρατηγική για τα συστήματα υγείας** την οποία παρουσιάζουν σήμερα δύο ανακοινώσεις της Επιτροπής:

- Η παρούσα ανακοίνωση προτείνει κοινούς στόχους για την ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό της παροχής και της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, που θα επιτρέψουν στα κράτη μέλη να καθορίσουν την εθνική στρατηγική τους και να επωφεληθούν από την πείρα και τις «ορθές πρακτικές» των άλλων κρατών μελών. Αυτός ο συντονισμός των εθνικών πολιτικών θα συμπληρώσει έτσι τους άλλους τρεις μεγάλους τομείς της κοινωνικής προστασίας– συντάξεις, ένταξη και ανταμοιβή της εργασίας - των οποίων ο συντονισμός βελτιώθηκε από το 2000.
- Η άλλη ανακοίνωση είναι συνέχεια των συστάσεων που εγκρίθηκαν από τη «Διαδικασία προβληματισμού υψηλού επιπέδου» (HLPR). Παρουσιάζει ένα σύνολο συγκεκριμένων προτάσεων οι οποίες καλύπτουν πολλούς τομείς και προβλέπει την ενσωμάτωση του στόχου του υψηλού επιπέδου προστασίας της υγείας του ανθρώπου, όπως ορίζεται στη Συνθήκη, στις κοινοτικές πολιτικές. Προτείνει τη δημιουργία «επιτροπής συνεργασίας στον τομέα των υπηρεσιών υγειονομικής και ιατρικής περίθαλψης», η οποία θα είναι το επιχειρησιακό όργανο αυτής της ενσωμάτωσης.

Εκτός τούτου, η παροχή και η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και μακροχρόνιας περίθαλψης αποτελούν βασικά στοιχεία της στρατηγικής οικονομικού και κοινωνικού εκσυγχρονισμού που άρχισε στη Λισσαβόνα το Μάρτιο του 2000, για τρεις επιπλέον λόγους.

Η **κοινωνική συνοχή** ενισχύεται μέσω της πρόσβασης σε ποιοτική υγειονομική περίθαλψη, η οποία βασίζεται στην αρχή της πρόσβασης όλων, της ισότητας και της αλληλεγγύης. Η βελτίωση της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη

¹⁰ COM (2004) 2 τελικό

¹¹ Σχέδιο δράσης της Επιτροπής για τις δεξιότητες και την κινητικότητα, COM (2002) 72 τελικό.

αναγνωρίζεται ως ένα μέσο για την αξιοποίηση των δυνατοτήτων του εργατικού δυναμικού της Ένωσης ενόψει της μείωσης του ενεργού πληθυσμού. Πρόσφατες έρευνες¹² δείχνουν ότι η πολιτική υγείας πρέπει να θεωρείται ως μέσο των ενεργών πολιτικών απασχόλησης, επειδή επιτρέπει την ενίσχυση της ικανότητας κοινωνικής και επαγγελματικής ένταξης των αιτούντων απασχόληση. Ωστόσο, όπως φαίνεται από το σχέδιο κοινής έκθεσης για την κοινωνική ένταξη¹³, οι πλέον μειονεκτούσες ομάδες αντιμετωπίζουν περισσότερα και σημαντικότερα προβλήματα υγείας: για παράδειγμα, το 16% του πληθυσμού με το χαμηλότερο εισόδημα (κατώτατο πεμπτημόριο) δηλώνει ότι η κατάσταση της υγείας του είναι κακή, έναντι του 7% των ανώτατου πεμπτημορίου¹⁴. Τα άτομα αυτά αντιμετωπίζουν συχνά περισσότερες δυσκολίες όσον αφορά την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, λόγω του μεγάλου χρόνου αναμονής, των υψηλών δαπανών θεραπείας σε σχέση με το εισόδημά τους, των πολύπλοκων διοικητικών διαδικασιών και, γενικότερα, της ανεπαρκούς πρόληψης (προσυμπτωματικός έλεγχος, εμβολιασμός).

Δεύτερον, στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και της μακροχρόνιας περίθαλψης¹⁵ αντιστοιχούσε το 2002 περίπου το 10% της συνολικής **απασχόλησης** στην Ένωση των 15 και 4,1% έως 7,1% στα νέα κράτη μέλη. Με 1,7 εκατομμύρια νέες θέσεις απασχόλησης από το 1997 έως το 2002 στην Ευρωπαϊκή Ένωση των 15, αποτελεί επίσης τον δεύτερο τομέα που δημιουργεί θέσεις απασχόλησης. Για να αντιμετωπιστούν οι προκλήσεις που προκύπτουν από τις δημογραφικές εξελίξεις και την τεχνική πρόοδο, έχει ουσιαστική σημασία η ύπαρξη επαρκούς αριθμού επαγγελματιών και η εξασφάλιση σε αυτούς ποιοτικών θέσεων εργασίας. Η γήρανση του εργατικού δυναμικού θα γίνει ιδιαίτερα αισθητή στον τομέα αυτό. Το 2002, στην Ευρωπαϊκή Ένωση των 15 και στην Ευρωπαϊκή Ένωση των 25, η ηλικία του 11% των απασχολούμενων στον τομέα αυτό ήταν μεταξύ 55 και 64 ετών, και το ποσοστό αυτό ήταν ακόμα μεγαλύτερο για τους γιατρούς¹⁶. Ιδίως ένα μεγάλο ποσοστό των εργαζομένων στον τομέα αυτό (27%, στην Ευρώπη των 15 και στην Ευρώπη των 25) ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 45-54, βάσει του οποίου μπορεί να προβλεφθεί ένα «δημογραφικό σοκ» μεγάλου εύρους τα επόμενα έτη. Αυτές οι συνταξιοδοτήσεις θα πραγματοποιηθούν σε μια περίοδο γενικής γήρανσης του πληθυσμού, πράγμα που σημαίνει ότι οι τομείς της υγειονομικής περίθαλψης και των «κοινωνικών υπηρεσιών» θα αντιμετωπίσουν τον ανταγωνισμό άλλων τομέων όσον αφορά την πρόσληψη νέου προσωπικού.

Η βελτίωση της ποιότητας των θέσεων εργασίας θα είναι συνεπώς αναγκαία για την πρόληψη των πρόωρων συνταξιοδοτήσεων στην αγορά εργασίας, ιδίως των ατόμων στις πιο δύσκολες θέσεις εργασίας και εκείνες που προκαλούν το περισσότερο άγχος και των εργαζομένων ηλικίας άνω των 55 ετών, αλλά και για την προώθηση των νέων προσλήψεων. Η βελτίωση της παραγωγικότητας και της αποτελεσματικότητας

¹² Brenner, H., «Unemployment and public health» (ανεργία και δημόσια υγεία) – Τελική έκθεση που ανέθεσε η Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Μάιος 2002

¹³ COM (2003) 773 τελικό

¹⁴ Το 2000. Πηγή : *Κοινοί δείκτες της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού*, Eurostat, ECHP UDB έκδοση Δεκεμβρίου 2002.

¹⁵ Βλέπε *Απασχόληση στην Ευρώπη 2003*, σελ. 37. Η έρευνα σχετικά με το εργατικό δυναμικό περιλαμβάνει την υγειονομική περίθαλψη, όλες τις «κοινωνικές υπηρεσίες», περιλαμβανομένης της φροντίδας των τέκνων, και τις κτηνιατρικές υπηρεσίες.

¹⁶ Το 2001, για παράδειγμα, ήταν από 11,7% στην Αγγλία έως 21,7% στην Τσεχική Δημοκρατία και από 33,2% στη Δανία. Βλέπε επίσης την έκθεση της Επιτροπής σχετικά με την κοινωνική κατάσταση το 2003

των παρόχων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης θα είναι επίσης ένας βασικός στόχος της βιώσιμης ανάπτυξης αυτού του τομέα. Η ηλεκτρονική υγεία (e-santé), της οποίας η ανάπτυξη προωθείται από το σχέδιο δράσης *eEurope 2005*¹⁷, θα διαδραματίσει ουσιαστικό ρόλο στο θέμα αυτό, τόσο όσον αφορά την ενημέρωση, τις προσλήψεις, τη βελτίωση της παροχής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης όσο και τη δια βίου κατάρτιση των επαγγελματιών¹⁸.

Η **δημογραφική γήρανση** θα έχει άλλες δύο συνέπειες στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και της φροντίδας των ηλικιωμένων: αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων άνω των 65 ετών (+64 % από το 2002 έως το 2050, σύμφωνα με το βασικό σενάριο της Eurostat) και αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων άνω των 80 ετών (από 14,8 σε 37,9 εκατ. κατά την ίδια χρονική περίοδο). Οι εξελίξεις αυτές, που αποδεικνύουν κατ' αρχάς τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας των Ευρωπαίων, σημαίνουν επίσης περισσότερες παθήσεις που συνδέονται με την ηλικία και πιο μακροχρόνια περίθαλψη. Πράγματι, η γήρανση του πληθυσμού συνοδεύεται από αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων που ζουν μόνοι, λόγω της κινητικότητας των οικογενειών καθώς και της μεγαλύτερης συμμετοχής των γυναικών στην απασχόληση, παρ' όλο που εξασφαλίζουν αυτές ακόμη το μεγαλύτερο μέρος της «άτυπης φροντίδας». Η κάλυψη των αναγκών αυτής της ομάδας του πληθυσμού προϋποθέτει συνεπώς την ανάπτυξη μεγάλου φάσματος υπηρεσιών, οι οποίες θα περιλαμβάνουν την κατ' οίκον φροντίδα και θα επιλέγονται από όλο και περισσότερους ανθρώπους και ειδικευμένους φορείς, καθώς και τη βελτίωση του συντονισμού μεταξύ των παρόχων υπηρεσιών που εργάζονται συχνά μεμονωμένα (εντατική θεραπεία, πρωτογενής περίθαλψη, κοινωνικές υπηρεσίες).

Για την αντιμετώπιση αυτών των προκλήσεων, πρέπει να συνεχιστεί η μεταρρύθμιση των συστημάτων κοινωνικής προστασίας κατά τρόπο ολοκληρωμένο και συντονισμένο. Η ανακοίνωση της Επιτροπής «*Ενίσχυση της κοινωνικής διάστασης της στρατηγικής της Λισσαβώνας: Εξορθολογισμός του ανοικτού συντονισμού στον τομέα της κοινωνικής προστασίας*»¹⁹, έδειξε ότι η υγειονομική περίθαλψη και η περίθαλψη των ηλικιωμένων είναι ένας από τους τομείς στους οποίους πρέπει να εφαρμόζεται ο «εξορθολογισμός» της διαδικασίας συντονισμού όσον αφορά την κοινωνική προστασία («streamlining»). Ο εξορθολογισμός αυτός θα συμβάλει στην ενίσχυση των πολιτικών μηνυμάτων υπέρ του εκσυγχρονισμού των συστημάτων και στην εξασφάλιση της συνοχής τους με τις άλλες διαδικασίες συντονισμού της «στρατηγικής της Λισσαβώνας».

Τα αποτελέσματα θα είναι τα εξής:

- Μεγαλύτερη συνοχή με τις υφιστάμενες διαδικασίες όσον αφορά την κοινωνική προστασία (μεταρρύθμιση των συντάξεων, κοινωνική ένταξη), με τις οποίες υπάρχουν πολυάριθμα κοινά σημεία ενδιαφέροντος²⁰. Στο πλαίσιο του

¹⁷ Ανακοίνωση της Επιτροπής «*eEurope 2005: Κοινωνία της πληροφορίας για όλους*», COM (2002) 263 τελικό.

¹⁸ Βλ. Την ανακοίνωση της Επιτροπής : «*e-santé – βελτίωση της υγειονομικής περίθαλψης που παρέχεται στους ευρωπαίους πολίτες: σχέδιο δράσης για έναν ευρωπαϊκό χώρο της ηλεκτρονικής υγείας*», COM (2004) XXX

¹⁹ COM (2003) 261 τελικό

²⁰ Για παράδειγμα, η δυνατότητα πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη είναι ένα σημαντικό θέμα των πολιτικών κοινωνικής ένταξης (βλ. προαναφερόμενο σχέδιο κοινής έκθεσης του 2003): η γήρανση έχει συνέπειες για την κοινωνική και χρηματοοικονομική βιωσιμότητα των συνταξιοδοτικών συστημάτων.

εξορθολογισμού αυτών των διαδικασιών, ένα σημαντικό καθήκον θα είναι ο προσδιορισμός των θεμάτων που μπορούν να αποτελέσουν συνολικούς στόχους για όλους τους κλάδους της κοινωνικής προστασίας, όπως τα θέματα που συνδέονται με τη διάσταση του φύλου, το ρόλο της υγειονομικής περίθαλψης στην εξασφάλιση της παράτασης του επαγγελματικού βίου ή το ρόλο των συστημάτων κοινωνικής προστασίας στα μέτρα προώθησης της απασχόλησης.

- Η βελτίωση του συντονισμού με άλλες πολιτικές διαδικασίες: η ευρωπαϊκή στρατηγική για την απασχόληση, ιδίως όσον αφορά το πρόβλημα της γήρανσης των εργαζομένων σε αυτούς τους τομείς και οι «κατευθυντήριες γραμμές της οικονομικής πολιτικής». Μέσω του εξορθολογισμού, τα θέματα που σχετίζονται με την υγεία και τη μακροχρόνια περίθαλψη ενσωματώνονται καλύτερα στη στρατηγική της Λισσαβώνας, ανάλογα με τη σημασία τους για τους πολίτες. Όπως προβλέπεται στην εαρινή έκθεση του 2004, η Επιτροπή θα εξετάσει έως το 2005 τις λεπτομέρειες για την ενσωμάτωση της δημόσιας υγείας στη στρατηγική της Λισσαβώνας, καθώς και τη συμβολή της στην οικονομική μεγέθυνση και τη βιώσιμη ανάπτυξη.
- Στο πλαίσιο αυτό, η «ανοικτή μέθοδος συντονισμού» θα είναι ένα ευέλικτο εργαλείο, το οποίο θα σέβεται την πολυμορφία των εθνικών καταστάσεων και αρμοδιοτήτων και το οποίο θα είναι συνεπώς ειδικά προσαρμοσμένο στις ιδιαιτερότητες των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης σε όλους τους κλάδους της κοινωνικής προστασίας.
- Οι κοινοί στόχοι, των οποίων ένας άξονας αφορά την υγειονομική περίθαλψη, θα προσφέρουν συνολικό πολιτικό πλαίσιο για τις μεταρρυθμίσεις, βελτιώνοντας τη διαφάνειά τους και φανερώνοντας τις κοινές προκλήσεις που αντιμετωπίζουν τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης.
- Η ανοικτή μέθοδος συντονισμού θα συμβάλει στη συμμετοχή πολυάριθμων συντελεστών του τομέα αυτού, κυρίως των κοινωνικών εταίρων, των επαγγελματιών του τομέα της υγείας και των εκπροσώπων των ασθενών, των οποίων ο ρόλος επιβεβαιώνεται συνεχώς.
- Οι ανταλλαγές εμπειριών θα δώσουν τη δυνατότητα να βελτιωθούν οι γνώσεις των διαφόρων συντελεστών σχετικά με τις πιθανές μεταρρυθμίσεις. Οι κοινοί δείκτες θα διευκολύνουν τις ανταλλαγές αυτές.
- Τέλος, η «ανοικτή μέθοδος συντονισμού» θα ευνοήσει τη συνολική και ολοκληρωμένη προσέγγιση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν σήμερα τα διάφορα συστήματα, μέσω της δημιουργίας στενών δεσμών με τα διάφορα μέσα και τις διάφορες πολιτικές που αφορούν τον τομέα.

3. ΚΟΙΝΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Η μείωση του κινδύνου της φτώχειας που συνδέεται με τις ασθένειες, τα ατυχήματα ή την ηλικία, καθώς και η σημαντική βελτίωση της κατάστασης της υγείας των Ευρωπαίων, είναι ουσιαστικά κεκτημένα των συστημάτων κοινωνικής προστασίας. Τα συστήματα αυτά πρέπει να εξακολουθήσουν να παρέχουν ικανοποιητικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης προσιτές σε όλους (δηλαδή να καλύπτουν

ολόκληρο τον πληθυσμό), να βασίζονται στην αρχή της αλληλεγγύης (δηλαδή ανεξάρτητα από το επίπεδο ευημερίας, αλλά βάσει της συλλογικής συνεισφοράς) και να είναι οικονομικά βιώσιμα. Η δυνατότητα πρόσβασης, η ποιότητα και η οικονομική βιωσιμότητα αποτελούν συνεπώς ένα **συνολικό και ολοκληρωμένο σύνολο**. Επιπλέον, ένας καθοριστικός παράγοντας για την ανάπτυξη και τη μεταρρύθμιση των συστημάτων είναι η ικανότητά τους να εφαρμόζουν **αποτελεσματική διαχείριση, βασισμένη στη συμμετοχή και στην ανάληψη των ευθυνών από τους ενδιαφερόμενους συντελεστές – συμπεριλαμβανομένων των κοινωνικών εταίρων, των περιφερειακών και των τοπικών αρχών, των ασθενών, και της κοινωνίας των πολιτών – και στο συντονισμό μεταξύ των παρόχων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, χρηματοοικονομικών οργανισμών, ΜΚΟ και δημόσιων αρχών**. Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, θα ήταν επίσης ευκατάρτια η συγκεκριμένη συμβολή των κοινωνικών εταίρων του τομέα στις μεταρρυθμιστικές προσπάθειες.

Βάσει των προσανατολισμών, οι οποίοι εγκρίθηκαν το Μάρτιο του 2002 από το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο της Βαρκελώνης και βάσει της *Κοινής Έκθεσης* που εγκρίθηκε από την Επιτροπή και το Συμβούλιο το Μάρτιο του 2003, η Επιτροπή προτείνει συνεπώς τους ακόλουθους κοινούς στόχους για την υποστήριξη της ανάπτυξης των συστημάτων στη διευρυμένη Ένωση.

3.1. Εξασφάλιση της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη: πρόσβαση όλων, ισότητα, αλληλεγγύη

Μια σημαντική επιτυχία των ευρωπαϊκών συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης ήταν η δυνατότητα πρόσβασης όλων σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης υψηλής ποιότητας. Τα συστήματα αυτά πρέπει να συνεχίσουν να προστατεύουν από τον κίνδυνο της φτώχειας ή του κοινωνικού αποκλεισμού ο οποίος συνδέεται με τις ασθένειες, τα ατυχήματα ή τη μεγάλη ηλικία, τόσο τους δικαιούχους των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης όσο και τις οικογένειές τους. Η κάλυψη όλων από τα συστήματα αυτά πρέπει να βασίζεται στην αλληλεγγύη, σύμφωνα με τη δομή κάθε συστήματος. Από την αλληλεγγύη αυτή πρέπει να επωφελούνται ιδιαίτερος οι χαμηλές εισοδηματικές ομάδες και τα άτομα των οποίων η κατάσταση της υγείας απαιτεί εντατική, μακροχρόνια ή δαπανηρή θεραπεία, συμπεριλαμβανομένης της παρηγορητικής αγωγής και της φροντίδας στους ασθενείς σε τελικό στάδιο. Ωστόσο, υπάρχουν ιδιαίτερες δυσκολίες πρόσβασης για ορισμένες ομάδες ή άτομα, που μειώνουν την ικανότητά τους για κοινωνική και επαγγελματική ένταξη. Επίσης, οι ανισότητες στην περιφερειακή κατανομή της παροχής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, ή η ανεπαρκής παροχή σε σχέση με τις ανάγκες, συνεπάγονται ασυνήθιστα μεγάλες προθεσμίες για την πρόσβαση στην περίθαλψη. Οι δυσκολίες πρόσληψης και διαχείρισης του προσωπικού έχουν παρόμοιες συνέπειες. Τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης πρέπει συνεπώς να αναπτύξουν επαρκή προσφορά υπηρεσιών και προσαρμοσμένη στις ανάγκες του πληθυσμού.

Στόχοι :

Εξασφάλιση της πρόσβασης σε ποιοτικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, η οποία να βασίζεται στις αρχές της δυνατότητας πρόσβασης όλων σε αυτήν, της ισότητας και της αλληλεγγύης.

Πρόληψη του κινδύνου της φτώχειας ή του κοινωνικού αποκλεισμού που συνδέεται με τις ασθένειες, τα ατυχήματα, τις αναπηρίες, ή την περίθαλψη που

είναι αναγκαία λόγω της μεγάλης ηλικίας, τόσο για τους δικαιούχους της υγειονομικής περίθαλψης όσο και για τις οικογένειές τους.

Ειδικότερα, σύμφωνα με τις ιδιαιτερότητες των συστημάτων τους, τα κράτη μέλη συμφωνούν στα εξής:

- Να παρέχουν στο σύνολο του πληθυσμού ποιοτικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης προσαρμοσμένες στις ανάγκες. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στα άτομα που χρειάζονται μακροχρόνια ή δαπανηρή περίθαλψη, στα άτομα και στις ομάδες που αντιμετωπίζουν ιδιαίτερες δυσκολίες πρόσβασης – όπως οι εθνικές μειονότητες και οι διακινούμενοι – καθώς και στα άτομα με χαμηλό εισόδημα.
- Να εξασφαλίσουν τη δυνατότητα πρόσβασης, οικονομική και φυσική, στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης για τα άτομα με αναπηρίες.
- Να προσφέρουν ειδική φροντίδα στους ηλικιωμένους, ιδίως μέσω βελτιωμένου συντονισμού μεταξύ των υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας, πρωτογενούς περίθαλψης, των νοσοκομειακών υπηρεσιών και των ειδικευμένων ιδρυμάτων.
- Να προωθήσουν την παρηγορητική αγωγή και την φροντίδα στους ασθενείς σε τελικό στάδιο.
- Να μειώσουν, όπου είναι αναγκαίο, τις περιφερειακές ανισότητες στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.
- Όταν είναι αναγκαίο, να αναπτύξουν προσαρμοσμένες δομές, με ειδικευμένο προσωπικό, ώστε να αυξηθεί η παροχή υπηρεσιών και να μειωθούν οι προθεσμίες πρόσβασης στις θεραπείες, ιδίως όταν οι προθεσμίες αυτές έχουν επιπτώσεις στην υγεία και στην ποιότητα της ζωής του ασθενούς. Στο πλαίσιο της πολιτικής για την οικονομική και κοινωνική συνοχή, μπορεί να υποστηριχθεί η ανάπτυξη των υποδομών, κυρίως των νοσοκομειακών: οι αρμόδιες αρχές για τα διαρθρωτικά ταμεία, ιδίως το ΕΤΠΑ και το ταμείο συνοχής, πρέπει να εξετάσουν τον τρόπο με τον οποίο μπορεί να χρησιμοποιηθεί πλήρως η ενίσχυση αυτή στις επιλέξιμες περιοχές.
- Να προωθήσουν διαχείριση των ανθρώπινων πόρων που να επιτρέπει την αντιμετώπιση των συνεπειών της δημογραφικής γήρανσης στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και της μακροχρόνιας περίθαλψης, κυρίως μέσω της πρόληψης ή της μείωσης των ελλείψεων ορισμένων κατηγοριών προσωπικού, μέσω επαρκών επενδύσεων στην αρχική και συνεχή κατάρτιση και στη βελτίωση της ποιότητας των θέσεων απασχόλησης, συμπεριλαμβανομένης της υγείας και της ασφάλειας στην εργασία. Η συμβολή του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου πρέπει να αξιοποιηθεί πλήρως στο πλαίσιο αυτό. Η ανακοίνωση σχετικά με την κινητικότητα των ασθενών συμπληρώνει επίσης το στόχο αυτό προτείνοντας την προώθηση της διασυνοριακής κινητικότητας των επαγγελματιών του τομέα της υγείας και τη βελτίωση των γνώσεών μας για τις σχετικές ροές.
- Να λάβουν υπόψη, σε όλα τα μέτρα, τα ειδικά προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίσουν οι άνδρες και οι γυναίκες, κυρίως στις πολιτικές διαχείρισης των ανθρώπινων πόρων και της προώθησης της ποιότητας των θέσεων απασχόλησης.

3.2. Προώθηση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης

Η προσφορά τόσο της δυνατότητας πρόσβασης όσο και της ποιότητας πρέπει να παραμείνει ένας θεμελιώδης στόχος των ευρωπαϊκών συστημάτων. Ωστόσο, η επίτευξη του στόχου αυτού είναι σήμερα περισσότερο πολύπλοκη από ότι τη στιγμή της δημιουργίας των συστημάτων αυτών, για δύο κύριους λόγους:

- Οι συνέπειες της τεχνικής προόδου είναι ακόμη ασαφείς, ιδίως στο πλαίσιο μιας κοινωνίας που χαρακτηρίζεται από ταχεία γήρανση. Πράγματι, μπορεί να βελτιωθεί η αποτελεσματικότητα του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, να αυξηθεί το προσδόκιμο επιβίωσης με καλή υγεία και να αυξηθούν οι δαπάνες, κυρίως για νέα φάρμακα. Επίσης, η αύξηση του μορφωτικού επιπέδου, κυρίως για τη γενιά με τη θεαματική αύξηση των γεννήσεων («baby boomers») που φτάνει τώρα στην ηλικία της συνταξιοδότησης, μπορεί να έχει παρόμοιες συνέπειες: ευνοεί την πιο υγιεινή συμπεριφορά και την πρόληψη, αλλά αυξάνει επίσης τη ζήτηση, κυρίως καινοτόμων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.
- Η προσφορά υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης είναι σήμερα πιο πλούσια, παρουσιάζει μεγαλύτερη ποικιλία και πολυπλοκότητα από ότι την εποχή που δημιουργήθηκαν τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Οι συνολικοί πόροι που επενδύονται στην υγεία αντισταθμίζουν μια πολιτική επιλογή και θα έχει μακροπρόθεσμα θετικό αντίκτυπο στην οικονομία. Ωστόσο, λόγω των περιορισμένων διαθέσιμων δημόσιων πόρων, οι επενδύσεις σε οποιονδήποτε τομέα επηρεάζουν αυτομάτως τους άλλους τομείς²¹. Οι πόροι, κυρίως δημόσιοι, που επενδύονται στην υγεία πρέπει συνεπώς να χρησιμοποιούνται όσο το δυνατόν πιο αποτελεσματικά και αποδοτικά ώστε να βελτιωθεί η γενική κατάσταση της υγείας.

Οι εξελίξεις αυτές, που θα εντείνουν τη γήρανση του πληθυσμού, θα επιβάλλουν όλο και περισσότερο την αξιολόγηση της πραγματικής ποιότητας και οφελών για τα άτομα και για την υγεία από τα φάρμακα, τις θεραπείες ή τους διαθέσιμους τρόπους περίθαλψης. Αυτό απαιτεί προληπτική προσέγγιση, που επιτρέπει τη βελτίωση της γενικής κατάστασης της υγείας και την αποτελεσματική διαχείριση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, βάσει βελτιωμένου συντονισμού μεταξύ όλων των συντελεστών και ανάληψης ευθυνών στο πλαίσιο της διαχείρισης των πόρων και της παροχής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.

Στόχος:

Προώθηση ποιοτικής υγειονομικής περίθαλψης για τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας και της ποιότητας ζωής

Ειδικότερα, και σύμφωνα με τις ιδιαιτερότητες των συστημάτων τους, τα κράτη μέλη πρέπει:

²¹

Σύμφωνα με τον *OECD-Healthcare 1996*, οι δαπάνες για την υγεία αυξάνονται κατά 0,5% όταν αυξάνεται ο πλούτος κατά 1%. Επιπλέον, σύμφωνα με τη μελέτη της επιτροπής οικονομικής πολιτικής της Ευρωπαϊκής Ένωσης, που δημοσιεύθηκε το 2001, η «αυτόματη» συνέπεια της γήρανσης του πληθυσμού θα μπορούσε να αυξήσει το μέρος των δημόσιων δαπανών που διατίθεται για την υγεία και τη μακροπρόθεσμη περίθαλψη από 1,7 σε 4 μονάδες του ΑΕγχΠ.

- Να προωθήσουν πρακτικές και θεραπείες που ωφελούν πραγματικά την υγεία και την ποιότητα ζωής, βάσει κατάλληλης επιστημονικής αξιολόγησης. Το κόστος και τα οφέλη των φαρμάκων, των υλικών και των θεραπειών, πρέπει να αξιολογούνται σύμφωνα με τις διαδικασίες κάθε εθνικού συστήματος και αναπτύσσοντας ευρωπαϊκή συνεργασία στον τομέα αυτό.
- Να ενσωματώσουν τη διάσταση του φύλου στον καθορισμό των πολιτικών πρόληψης και υγείας, ώστε να λαμβάνονται καλύτερα υπόψη τα ειδικά προβλήματα των ανδρών και των γυναικών και να βελτιωθεί η αποτελεσματικότητα της υγειονομικής τους περίθαλψης.
- Να εξασφαλίσουν υψηλό επίπεδο αρχικής και συνεχούς κατάρτισης των επαγγελματιών, στο πλαίσιο της διά βίου κατάρτισης.
- Να αναπτύξουν πολιτικές υγείας και ασφάλειας στην εργασία βασισμένες στην πρόληψη των κινδύνων και δίνοντας τη δυνατότητα εξασφάλισης θέσεων εργασίας καλύτερης ποιότητας σε όλους τους εργαζομένους και ιδίως στους εργαζομένους μεγαλύτερης ηλικίας, ώστε να συμβάλουν στη μείωση της πρόωρης θνησιμότητας (πριν από την ηλικία των 65 ετών) και στην αύξηση της διάρκειας ζωής χωρίς σοβαρές ανικανότητες.
- Να διαθέσουν οικονομικούς και ανθρώπινους πόρους στις περιφέρειες, στις υπηρεσίες και στα διάφορα είδη περίθαλψης ανάλογα με τις πραγματικές ανάγκες, ώστε να επιτευχθούν τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα για την υγεία και την ποιότητα ζωής των δικαιούχων. Η ανακοίνωση σχετικά με την κινητικότητα των ασθενών συμπληρώνει το στόχο αυτό προτείνοντας τον καθορισμό «κέντρων αναφοράς» και την προώθηση της δικτύωσής τους.
- Να προωθήσουν διαχείριση η οποία να ενθαρρύνει την ικανότητα προσαρμογής των συστημάτων στις ανάγκες, ιδίως χάρη στον αποτελεσματικό συντονισμό μεταξύ των συντελεστών (δημόσιος προϋπολογισμός, ασφαλιστικά ταμεία, επαγγέλματα του τομέα της υγείας, νοσοκομεία, ιδρύματα και οργανισμοί πρόληψης, συμπεριλαμβανομένων των εκπαιδευτικών ιδρυμάτων, περιφερειακές και τοπικές αρχές που συμμετέχουν στα συστήματα υγείας, ασθενείς και πολίτες).
- Να καθορίσουν τα δικαιώματα των ασθενών και των οικογενειών τους, καθώς και τους όρους συμμετοχής της οργανωμένης κοινωνίας των πολιτών. Η ανακοίνωση σχετικά με την κινητικότητα των ασθενών συμπληρώνει το στόχο αυτό προτείνοντας τη συλλογή και τη βελτίωση των διαθέσιμων πληροφοριών σχετικά με τα ατομικά δικαιώματα και τους ευρωπαϊκούς και εθνικούς κανόνες ανάληψης της υγειονομικής περίθαλψης.

3.3. Εγγύηση της οικονομικής βιωσιμότητας των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης υψηλής ποιότητας στις οποίες έχουν πρόσβαση όλοι

Η συνέχιση της παροχής ποιοτικών υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης στις οποίες θα έχουν πρόσβαση όλοι, χωρίς αυτό να βλάπτει άλλους τομείς ή πολιτικές προτεραιότητας, αποτελεί μια σημαντική πρόκληση για όλα τα κράτη μέλη, σημερινά και νέα. Τα κράτη μέλη πρέπει να αντιμετωπίσουν την ανάγκη να εξασφαλιστεί επαρκής χρηματοδότηση του συστήματός τους υγειονομικής περίθαλψης, ώστε να παρέχει ποιοτικές υπηρεσίες και να προσαρμόζεται παράλληλα στις νέες ανάγκες, κυρίως όσον αφορά τη γήρανση, και στην τεχνική πρόοδο. Ένα

σημαντικό μέρος των δαπανών υγείας και υγειονομικής περίθαλψης για τους ηλικιωμένους χρηματοδοτείται από το δημόσιο προϋπολογισμό, που πρέπει να ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις του συμφώνου σταθερότητας και ανάπτυξης. Για να εξασφαλιστεί ότι είναι διαθέσιμοι επαρκείς δημόσιοι πόροι για την ικανοποίηση των αναγκών του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, τα κράτη μέλη πρέπει να έχουν υγιή και σταθερή δημοσιονομική κατάσταση. Η ταχεία μείωση του δημόσιου χρέους και η αύξηση του ποσοστού απασχόλησης αποτελούν σημαντικά μέσα για την αύξηση της σταθερότητας των δημόσιων οικονομικών.

Στο πλαίσιο αυτό, τα κράτη μέλη εφαρμόζουν εδώ και μεγάλο χρονικό διάστημα μέτρα ή μεταρρυθμίσεις με σκοπό να εξασφαλιστεί η χρηματοοικονομική ισορροπία των συστημάτων, και τα οποία βασίζονται σε διάφορα μέσα: τα ποσοστά απόδοσης, με σκοπό την ευαισθητοποίηση ή τον προσανατολισμό της ζήτησης· τις τιμές και τους όγκους των πράξεων, με σκοπό τον έλεγχο ορισμένων προϊόντων ή συνταγών· τον καθορισμό των προϋπολογισμών, ιδίως στο νοσοκομειακό τομέα· την ανάπτυξη μέσων καθοδήγησης βάσει των στόχων όσον αφορά την υγεία, τα αποτελέσματα που επιτεύχθηκαν και τις ασθένειες που θεραπεύτηκαν, με μεγαλύτερη ευθύνη των επαγγελματιών και των φορέων χρηματοδότησης όσον αφορά τη διαχείριση των πόρων· τον καθορισμό νέων ισορροπιών μεταξύ των διαφόρων πιθανών τρόπων χρηματοδότησης, κυρίως με σκοπό την ενίσχυση της ευθύνης των συντελεστών. Δεν υπάρχει μία μοναδική λύση για να αντιμετωπιστεί η πρόκληση αυτή: η επιδίωξη της οικονομικής βιωσιμότητας πρέπει συνεπώς να εξακολουθήσει να βασίζεται στο συνδυασμό αυτών των διαφόρων μέσων.

Γενικά, τα κράτη μέλη πρέπει να λάβουν κατάλληλα μέτρα για να εξασφαλίσουν υγιή διαχείριση της δημόσιας χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης και της μακροχρόνιας περίθαλψης, επικεντρώνοντας τις προσπάθειές τους στην ανάγκη να βελτιωθεί η ποιότητα και η αποτελεσματικότητα των δημόσιων δαπανών.

Στόχος:

Εξασφάλιση της μακροπρόθεσμης οικονομικής βιωσιμότητας μιας ποιοτικής υγειονομικής περίθαλψης στην οποία θα έχουν πρόσβαση όλοι

Ειδικότερα, και σύμφωνα με τις ιδιαιτερότητες των συστημάτων τους, τα κράτη μέλη πρέπει:

- Να αναπτύξουν πολιτικές πρόληψης και προσανατολισμού για την είσοδο στην αλυσίδα υγειονομικής περίθαλψης που να επιτρέπει τη μείωση της προσφυγής σε δαπανηρές θεραπείες, και ιδίως νοσοκομειακή περίθαλψη και εντατική θεραπεία, και να βελτιώσουν για το σκοπό αυτό τον συντονισμό μεταξύ των διαφόρων παρόχων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (πρωτογενής περίθαλψη, νοσοκομεία, τοπικές κοινωνικές υπηρεσίες). Ο στόχος αυτός συμπληρώνει έτσι τη δράση που αναλαμβάνεται στο πλαίσιο του κοινοτικού προγράμματος δράσης για την υγεία²², το οποίο υποστηρίζει τα μέσα πρόληψης με στόχο τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας και τη μείωση των μελλοντικών δαπανών υγειονομικής περίθαλψης.

²²

Απόφαση αριθ. 1786/2002/EK του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 23ης Σεπτεμβρίου 2002, για τη θέσπιση προγράμματος κοινοτικής δράσης στον τομέα της δημόσιας υγείας (2003-2008) - Δήλωση της Επιτροπής, ΕΕ L 271 της 09.10.2002.

- Να επιτύχουν σταθερό ρυθμό εξέλιξης των δαπανών, μέσω της λήψης μέτρων προσαρμοσμένων στην κατάσταση και στις ιδιαιτερότητες κάθε συστήματος, για παράδειγμα παροχή κατάλληλων κινήτρων στους παρόχους υπηρεσιών και στους ασθενείς, ή λήψη μέτρων για την προώθηση νέων θεραπειών ή νέων προϊόντων που μειώνουν το κόστος παρέχοντας την ίδια υπηρεσία.
- Να εξασφαλίσουν επαρκή χρηματοδότηση του συστήματος, ώστε να ανταποκριθούν στις νέες ανάγκες που σχετίζονται με τη γήρανση, τις αλλαγές στην κοινωνία και την τεχνική πρόοδο.
- Να προσφέρουν υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης με την καλύτερη δυνατή σχέση κόστους-οφέλους, ιδίως μέσω της αξιολόγησης του πραγματικού οφέλους ορισμένων φαρμάκων, διαδικασιών ή τρόπων θεραπείας για την υγεία, και μέσω χρηματοδότησης βασιζόμενη στη δραστηριότητα και τις πραγματικές ανάγκες.
- Να βελτιώσουν την αποτελεσματικότητα του συστήματος, κυρίως μέσω της αποκέντρωσης, της ευαισθητοποίησης και της συμμετοχής των διαφόρων συντελεστών (τοπικές και περιφερειακές δημόσιες αρχές, ιδρύματα κοινωνικής ασφάλισης και άλλοι φορείς χρηματοδότησης, επαγγέλματα του τομέα της υγείας και νοσοκομεία, ασθενείς) στη διαχείριση των πόρων και της παροχής υγειονομικής περίθαλψης.

4. ΤΟ ΕΠΟΜΕΝΟ ΣΤΑΔΙΟ

Η οργάνωση και ο τρόπος χρηματοδότησης του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και της φροντίδας των ηλικιωμένων ανήκουν κατ' αρχάς στην αρμοδιότητα των κρατών μελών, τα οποία πρέπει κατά την άσκηση αυτής της αρμοδιότητας να σέβονται τις ελευθερίες και τους κανόνες που ορίζονται στη Συνθήκη. Η προστιθέμενη αξία της «ανοικτής μεθόδου συντονισμού» είναι συνεπώς ότι επιτρέπει τον καθορισμό κοινών στόχων και την υποστήριξη των προσπαθειών μεταρρύθμισης των κρατών μελών.

Βάσει της παρούσας ανακοίνωσης, θα ήταν ευκαίριο να επιτευχθεί το 2004 συμφωνία σχετικά με τους «κοινούς στόχους». Τα κράτη μέλη, συμπεριλαμβανομένων των νέων κρατών μελών, πρέπει να υποβάλουν πριν από την επόμενη εαρινή σύνοδο, το Μάρτιο του 2005, «προκαταρκτικές εκθέσεις» που θα παρουσιάζουν τις προκλήσεις τις οποίες αντιμετωπίζουν τα συστήματά τους σε εθνικό επίπεδο, τις υπό εξέλιξη μεταρρυθμίσεις και τους μεσοπρόθεσμους πολιτικούς προσανατολισμούς. Οι εκθέσεις αυτές θα περιλαμβάνουν στατιστικά δεδομένα και, όταν είναι αναγκαίο, ποσοτικούς στόχους. Σε αυτό το προκαταρκτικό στάδιο οι εκθέσεις αυτές θα είναι σύντομες.

Κατόπιν, οι εκθέσεις θα αναλυθούν από την Επιτροπή ώστε να ληφθεί υπόψη η γνώμη και η συμβολή των κρατών μελών τη στιγμή του καθορισμού των «κοινών στόχων» της διαδικασίας «εξορθολογισμού» της κοινωνικής προστασίας. Ο «εξορθολογισμός» αυτός θα οδηγήσει το 2006 σε μια πρώτη σειρά «στρατηγικών ανάπτυξης και μεταρρύθμισης» της υγειονομικής περίθαλψης και της μακροχρόνιας περίθαλψης, που θα καλύπτουν την περίοδο 2006-2009. Τα συμπεράσματα της εξέτασης αυτών των στρατηγικών θα υποβληθούν στην *Κοινή έκθεση για την κοινωνική προστασία και την κοινωνική ένταξη* του 2007.

Λαμβανομένης υπόψη της ποικιλίας των θεμάτων και ζητημάτων που εξετάζονται στους «κοινούς στόχους», η επιτροπή κοινωνικής προστασίας και τα άλλα αρμόδια όργανα (επιτροπή απασχόλησης, επιτροπή οικονομικής πολιτικής, μελλοντική «ομάδα υψηλού επιπέδου στον τομέα των υπηρεσιών υγείας και ιατρικής περίθαλψης», που θα δημιουργηθεί παράλληλα από την Επιτροπή) πρέπει να δημιουργήσουν σχέσεις στενής συνεργασίας, που θα περιλαμβάνει κυρίως την κατάρτιση ενός προγράμματος εργασίας στο οποίο θα προσδιορίζονται τα σημαντικά θέματα για τον καθένα.

Όσον αφορά τους δείκτες, η Επιτροπή θα προτείνει να αρχίσει το 2004 ο καθορισμός των πιθανών δεικτών για τους στόχους αυτούς. Οι «προκαταρκτικές εκθέσεις» της άνοιξης του 2005 θα συμβάλουν στο έργο αυτό παρουσιάζοντας εθνικά στοιχεία. Αυτό θα δώσει τη δυνατότητα να καταρτιστεί ένας πρώτος συγκριτικός πίνακας διαφορετικών εθνικών καταστάσεων και να μετρηθεί η πρόοδος σε σχέση με τους στόχους που τέθηκαν. Η εργασία αυτή θα βασίζεται στις δράσεις που αναλαμβάνονται εδώ και πολλά έτη στο πλαίσιο του προγράμματος δράσης σχετικά με την επιτήρηση της υγείας²³, κατόπιν του προγράμματος δράσης σχετικά με την υγεία, με την προοπτική δημιουργίας ενός πρωτοτύπου του μελλοντικού κοινοτικού συστήματος επιτήρησης της υγείας. Θα βασίζεται επίσης στις εργασίες της Eurostat σχετικά με τις στατιστικές υγείας. Τέλος, θα είναι επίσης αναγκαία η συνεργασία με διεθνείς οργανισμούς, όπως ο ΟΟΣΑ και η ΠΟΥ.

²³

Απόφαση 1400/97/EK του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 30ής Ιουνίου 1997 για τη θέσπιση κοινοτικού προγράμματος δράσης σχετικά με την παρακολούθηση της υγείας στο πλαίσιο της δράσης στον τομέα της δημόσιας υγείας (1997-2001), ΕΕ L 193 της 22.07.1997.