



EUROOPAN YHTEISÖJEN KOMISSIO

Bryssel 20.4.2004
KOM(2004) 304 lopullinen

**KOMISSION TIEDONANTO NEUVOSTOLLE, EUROOPAN PARLAMENTILLE,
EUROOPAN TALOUS- JA SOSIAALIKOMITEALLE SEKÄ ALUEIDEN
KOMITEALLE**

**Sosiaalisen suojelun uudistaminen laadukkaana, helposti saatavilla olevan ja kestävän
terveydenhoidon ja pitkäaikaishoidon kehittämiseksi: kansallisten strategioiden
tukeminen avoimen koordinoitimenetelmän avulla**

1. JOHDANTO

Jäsenvaltioiden perustamalla sosiaalisen suojelun järjestelmillä pyritään varmistamaan, että korkealaatuinen terveydenhuolto on kaikkien saatavilla. Järjestelmiä kehittämällä on kyetty huomattavasti vähentämään usein sairauteen, korkeaan ikään tai tapaturmaan liittyvää köyhyysriskiä ja myötävaikuttamaan voimakkaasti Euroopan kansojen terveystilanteen paranemiseen viimeisten vuosikymmenten aikana¹. Järjestelmät ovat siis eurooppalaisen yhteiskuntamallin merkittävä osatekijä, varsinkin kun Euroopassa annetun hoidon laatu etsii vertaistaan koko maailmassa.

Tällä tiedonannolla, jonka esittämisestä ilmoitettiin *vuoden 2004 kevätraportissa*², pyritään edistämään yhteisen kehyksen määrittelyä tarkoituksena tukea jäsenvaltioiden pyrkimyksiä uudistaa ja kehittää terveydenhoitoa ja pitkäaikaishoitoa, jotka avoimen koordinoitimenetelmän soveltamisen myötä kustannetaan sosiaalisen suojelun määrärahoista. Euroopan parlamentin 11. maaliskuuta 2004 hyväksymässä päätöslauselmassa vaaditaan tehokkaampaa yhteistyötä terveydenhoidon ja pitkäaikaishoidon alalla ja kehoitetaan komissiota esittämään tämänsuuntaisia ehdotuksia keväällä 2004, jotta neuvosto voi soveltaa avointa koordinoitimenetelmää tällä alalla ja hyväksyä yhteisiä tavoitteita.

Tiedonanto täydentää näin ollen tiedonantoa, joka oli jatkoa ”potilaiden liikkuvuutta ja terveydenhuollon kehityssuuntauksia Euroopan unionissa käsittelevän korkean tason pohdintaprosessin” ehdotuksille (jäljempänä ”potilaiden liikkuvuutta koskeva tiedonanto”). Prosessi käynnistettiin komission jäsenten David Byrnen ja Anna Diamantopouloun aloitteesta, ja siihen osallistui terveysministeriöiden ja komission edustajia³. Näissä kahdessa komission yhtä aikaa hyväksymässä tiedonannossa esitetään siis kokonaisstrategia, jolla pyritään kehittämään yhteinen visio unionin terveydenhuoltojärjestelmille ja sosiaalisen suojelun järjestelmille.

Sosiaalisen suojelun avulla voidaan jakaa koko yhteiskunnan kesken kustannukset, jotka usein ovat liian suuret yksittäisen henkilön tai hänen perheensä maksettaviksi: näin siis varmistetaan, etteivät hoitokustannukset johda köyhtymiseen ja että kohtuulliset hoitopalvelut ovat myös pienituloisten saatavilla. Tällaisiin tuloksiin pääsemiseksi on sovellettu hyvin erilaisia – vakuutukseen tai palvelujen suoraan tarjoamiseen perustuvia – järjestelmiä, joista jäsenvaltiot ovat ensisijaisesti vastuussa perustamissopimuksen nojalla. Korkean tason pohdintaprosessin päätelmissä korostettiin erityisesti tämän vastuun merkitystä ja yhteisön tason yhteistyön kehittämistarvetta.

Unionin tasolla on jo pitkään ymmärretty terveydenhuoltojärjestelmien merkitys köyhyyteen ja sairauteen liittyvien riskien torjunnassa, niiden myötävaikutus sosiaaliseen yhteenkuuluvuuteen ja työllisyyteen sekä väestön ikääntymisen

¹ Esimerkiksi ihmisten elinajan odote on vuosien 1960 ja 2001 välisenä aikana noussut miesten osalta 8,1 vuotta ja naisten osalta 8,7 vuotta.

² KOM(2004) 29 lopullinen, ”Lissabonin strategian edistyminen – uudistuksia laajentuneen unionin tueksi”.

³ Korkean tason prosessissa annettuihin päätelmiin voi tutustua osoitteessa http://europa.eu.int/comm/health/ph_overview/Documents/key01_mobility_en.pdf

seuraukset. Neuvoston suosituksessa⁴ kehoitettiin jo vuonna 1992 jäsenvaltioita *pitämään yllä ja tarvittaessa kehittämään korkealaatuinen terveydenhuoltojärjestelmä, jossa otetaan huomioon väestön tarpeiden muuttuminen ja erityisesti vanhushuollosta johtuvat tarpeet, sairauksien ja hoitojen kehittyminen ja sairauksien ehkäisemisen tehostamistarve*. Vuonna 1999 neuvosto totesi, että terveydenhuolto on yksi sosiaalisen suojelun⁵ neljästä alasta, joilla jäsenvaltioiden välinen tiiviimpi yhteistyö on tarpeen.

Lissabonin ja Göteborgin Eurooppa-neuvostot korostivat tarvetta uudistaa ja mukauttaa sosiaalisen suojelun järjestelmiä terveydenhuolto mukaan luettuna, jotta voitaisiin vastata väestön ikääntymisen aiheuttamiin haasteisiin ja varmistaa sosiaalinen yhteenkuuluvuus, ja komissio onkin yksilöinyt kolme periaatetta⁶ tällaisen uudistuksen perustaksi. Barcelonassa maaliskuussa 2002 kokoontunut Eurooppa-neuvosto hyväksyi kyseiset periaatteet⁷:

- **hoidon saatavuus** perustuen yleisyyden, oikeudenmukaisuuden ja yhteisvastuullisuuden periaatteisiin ja ottaen huomioon heikoimmassa asemassa olevien ryhmien ja henkilöiden sekä kalliita ja pitkäkestoisia hoitoja tarvitsevien henkilöiden tarpeet ja vaikeudet
- väestölle **tarjottava laadukas terveydenhuolto**, jota mukautetaan tieteen kehitykseen ja ikääntymisen myötä syntyviin tarpeisiin ja joka perustuu hoitojen terveydelle tuottamien etujen arviointiin
- **toimenpiteet**, joilla varmistetaan terveydenhuollon **rahoituksen kestävyys** pitkällä aikavälillä ja pyritään tekemään järjestelmästä mahdollisimman tehokas.

2. SAATAVUUS, LAATU JA RAHOITUKSEN KESTÄVYYS: HAASTE TERVEYDENHUOLTOJÄRJESTELMILLE JA KESKEINEN TEKIJÄ LISSABONIN STRATEGIAN MENESTYKSELLE

Komission ja neuvoston 10. maaliskuuta 2003 antamassa yhteisessä kertomuksessa *Kansallisten toimintasuunnitelmien tukeminen terveydenhuollon ja vanhusten hoidon tulevaisuutta ajatellen* korostettiin, että teknologiset ja hoitoon liittyvät innovaatiot, potilaiden hyvinvoinnin ja tiedon lisääntyminen sekä väestön ikääntyminen aiheuttavat nykyisin uusia haasteita sille, miten kansalliset järjestelmät kykenevät varmistamaan hoidon saatavuuden ja laadun sekä takaamaan rahoituksen kestävyuden pitkällä aikavälillä. Tietyt ongelmat ovat yhteisiä kaikille järjestelmille: eriarvoisuutta ja hoidon saatavuuteen liittyviä ongelmia esiintyy jatkuvasti siitä huolimatta, että järjestelmät periaatteessa takaavat hoidon yleisen saatavuuden,

⁴ Neuvoston suositus, annettu 27 päivänä heinäkuuta 1992, sosiaalisen suojelun tavoitteiden ja politiikkojen lähentämisestä (92/442/ETY), EYVL L 245, 26.8.1992, s. 49–52.

⁵ Vuonna 2000 terveyden osuus sosiaalisen suojelun menoista 15 jäsenvaltion EU:ssa oli 27,3 %, eli terveys oli toisella sijalla vanhuus- ja leskeneläkkeiden jälkeen (*Lähde: luonnos sosiaalista osallisuutta koskevaksi vuoden 2003 yhteiseksi raportiksi (Joint report on social inclusion 2003)*, tilastoliite, SEC(2003) 1425).

⁶ KOM(2001) 723 lopullinen.

⁷ Päätelmien 25 kohta: ”Eurooppa-neuvosto panee merkille neuvoston ensimmäisen selvityksen terveyden- ja vanhustenhuollosta ja pyytää komissiota ja neuvostoa tarkastelemaan perusteellisemmin alan palvelujen saatavuutta, laatua ja rahoituksen kestävyyttä ennen keväällä 2003 kokoontuvaa Eurooppa-neuvostoa.”

laadukkaiden palveluiden tarjonta on toisinaan väestön tarpeisiin nähden riittämätöntä, odotusajat ovat kohtuuttomia ja talouden epätasapaino lisääntyy joissakin järjestelmissä.

Uudet jäsenvaltiot ovat omiaan kasvattamaan tätä eroa ja korostamaan tiettyjä nykyisten 15 jäsenvaltion erityispiirteitä. Uusien jäsenvaltioiden tärkeimmät terveysindikaattorit ovat yleensä ja varsinkin miesten osalta heikompia kuin nykyisissä 15 jäsenvaltiossa, ja kyseiset valtiot käyttävät huomattavasti vähemmän resursseja terveydenhuoltojärjestelmiinsä huolimatta 1990-luvun alkupuolella alkaneesta jatkuvasta kasvusta. Terveyspalveluiden ammattihenkilöiden ikääntyminen on lisäksi merkittävämpää uusissa jäsenvaltioissa 15 jäsenvaltion EU:hun verrattuna. Lissabonin strategia on näin ollen johdonmukainen kehys hoidon tasoa ja laatua koskevan etumatkan umpeen kuromiseksi, ja sitä tuetaan erilaisin välinein, joihin kuuluu muun muassa avoin koordinoitimenetelmä.

Samaan aikaan unionin yhtenäistyminen lisää terveydenhuoltojärjestelmien vuorovaikutusta:

- Yhteisöjen tuomioistuimen oikeuskäytännössä on todettu, että terveydenhuoltopalvelut kuuluvat perustamissopimuksessa tarkoitettuihin palveluihin ja että potilaiden on palvelujen vastaanottajina voitava hyötyä perustamissopimuksessa taattavasta palvelujen vapaasta liikkuvuudesta⁸. Tämä ulottuvuus otetaan mukaan asetuksen (ETY) N:o 1408/71⁹ uudistamista koskevassa ehdotuksessa, ja sen soveltamista tarkennetaan 13. tammikuussa 2004 esitetyssä sisämarkkinoiden palveluita koskevassa direktiiviehdotuksessa, johon sisältyy sairaalahoidon määritelmä¹⁰
- Unionin kansalaiset käyttävät yhä useammin oikeuttaan liikkuvuuteen¹¹ muuttaakseen toiseen jäsenvaltioon, oleskellakseen siellä väliaikaisesti ja jopa saadakseen siellä hoitoa.

Yhdentymisen rinnalla on unionin tasolla kehitetty politiikkaa, jolla on vaikutusta terveydenhuoltojärjestelmiin ja yleisemmin eurooppalaisten terveyteen. Näitä kehityssuuntauksia ei kuitenkaan ole koskaan koottu kokonaisstrategiaan, joka kattaisi samalla hoidon tarjonnan ja rahoituksen kehittämisen ja uudistamisen, potilaiden ja ammattihenkilöiden liikkuvuuden laajentuneessa unionissa, alueiden ja terveydenhuoltojärjestelmien välisen yhteistyön sekä sen, että ihmisten terveyden korkeatasoista suojelua koskeva olennainen tavoite otetaan huomioon kaikilla yhteisön politiikan aloilla. Vuoden 2004 kevätraportissa kehoitetaan siis lisäämään kansallisten politiikkojen yhteensovittamista, jotta voidaan tukea kaikkien – sekä nykyisten että tulevien – jäsenvaltioiden pyrkimyksiä uudistaa ja kehittää

⁸ Ks. Report on the application of internal market rules to health services – Implementation by the Member States of the Court's jurisprudence (yhteenvetoraportti sisämarkkinasääntöjen soveltamisesta terveyspalveluihin ja siitä, miten jäsenvaltiot ovat panneet täytäntöön yhteisöjen tuomioistuimen oikeuskäytäntöä), SEC(2003) 900.

⁹ Ehdotus neuvoston asetukseksi (EY) sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamisesta (KOM(1998) 779 lopullinen); Muutettu ehdotus: Euroopan parlamentin ja neuvoston asetus sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamisesta (KOM(2003) 596 lopullinen); Komission tiedonanto Euroopan parlamentille Euroopan neuvoston vahvistamasta yhteisestä kannasta Euroopan parlamentin ja neuvoston asetukseen sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamisesta (KOM(2004) 44 lopullinen).

¹⁰ KOM(2004) 2 lopullinen.

¹¹ Ammattitaitoa ja liikkuvuutta koskeva komission toimintasuunnitelma, KOM(2002) 72 lopullinen.

terveyssektoria. Kyse on siis **terveydenhuoltojärjestelmien kokonaisstrategiasta**, joka esitellään kahdessa komission tiedonannossa:

- Tässä tiedonannossa ehdotetaan terveydenhuollon tarjonnan ja rahoituksen kehittämistä ja uudistamista koskevia yhteisiä tavoitteita, joiden avulla jäsenvaltiot voisivat määrittellä kansallisen strategiansa ja hyödyntää toisten kokemuksia ja hyviä toimintatapoja. Kansallisten politiikkojen koordinointi täydentäisi siis kolmea muuta merkittävää sosiaalisen suojelun alaa – eläkkeet, osallisuus ja työn tekeminen kannattavaksi – joihin on sovellettu tiiviimpää yhteensovittamista vuodesta 2000.

Toinen tiedonanto on vastaus ”korkean tason pohdintaprosessin” hyväksymiin suosituksiin. Siinä esitetään joukko useita aloja kattavia konkreettisia ehdotuksia, joiden myötä perustamissopimuksessa vahvistettu ihmisten terveyden korkeatasoisen suojelun tavoite valtavirtaistetaan yhteisön politiikan eri aloille. Tiedonannossa esitetään perustettavaksi ”terveyspalveluja ja sairaanhoitoa käsittelevä korkean tason työryhmä”, joka käytännössä huolehtii tästä valtavirtaistamisesta.

Terveydenhoidon ja pitkäaikaishoidon tarjonta ja rahoittaminen ovat lisäksi Lissabonissa maaliskuussa 2000 käynnistetyn talous- ja sosiaalipolitiikan uudistusstrategian keskeisiä osatekijöitä kolmesta syystä, jotka täydentävät edellisiä.

Sosiaalinen yhteenkuuluvuus lisääntyy, kun saatavilla on yleisyyden, oikeudenmukaisuuden ja yhteisvastuullisuuden periaatteisiin perustuvia laadukkaita palveluja. Hoidon saatavuuden parantaminen on keino saada käyttöön unionin työvoimapotentiaalia, mikä on tärkeää työssäkäyvän väestönosan supistuessa. Tuoreet tutkimukset¹² osoittavat, että terveyspolitiikka pitäisi nähdä aktiivisen työllisyyspolitiikan välineenä, koska sen avulla voidaan parantaa työnhakijoiden kykyä sopeutua yhteiskuntaan ja saada työtä. Kuten luonnos *sosiaalista osallisuutta koskevaksi yhteiseksi raportiksi*¹³ kuitenkin osoittaa, heikoimmassa asemassa olevilla ryhmillä on (valtaväestöä) enemmän ja vakavampia terveysongelmia: esimerkiksi 16 prosenttia alimmassa tuloluokassa olevista pitää terveydentilaansa huonona, kun taas vastaava osuus ylimmässä tuloluokassa olevien joukossa on 7 prosenttia¹⁴. Kyseisten henkilöiden on kuitenkin usein vaikea saada hoitoa odotusaikojen, tuloihin nähden korkeiden hoitokustannusten, monimutkaisten hallintomenettelyiden ja ennen kaikkea riittämättömän ennaltaehkäisyn (seulontojen ja rokotusten) vuoksi.

Toinen syy on, että vuonna 2002 terveydenhoidon ja pitkäaikaishoidon sektorin¹⁵ osuus 15 jäsenvaltion muodostaman unionin **työpaikkojen** kokonaismäärästä oli noin 10 prosenttia, ja sen osuus vaihteli 4,1 prosentista 7,1 prosenttiin uusissa jäsenvaltioissa. Sektorilla syntyi 1,7 miljoonaa uutta työpaikkaa 15 jäsenvaltion EU:ssa vuosina 1997–2002, ja sektori onkin työpaikkoja luovien alojen luettelossa toisella sijalla. Jotta väestökehityssuuntauksista ja tekniikan kehittymisestä aiheutuviin haasteisiin kyettäisiin vastaamaan, on olennaisen tärkeää, että alalla on

¹² Brenner, H., ”Unemployment and public health” – Euroopan komission tilaama loppuraportti, toukokuu 2002.

¹³ KOM(2003) 773 lopullinen.

¹⁴ Tilanne vuonna 2000. Lähde: köyhyyttä ja sosiaalista syrjäytymistä kuvaavat yhteiset indikaattorit, Eurostat, ECHP UDB joulukuun 2002 versio.

¹⁵ Ks. *Employment in Europe 2003*, s. 37. Työvoimatutkimus kattaa terveydenhuollon ja ”sosiaaliset” palvelut, lastenhoito ja eläinlääkintäpalvelut mukaan luettuina.

riittävästi ammattihenkilöitä, joille taataan korkealaatuiset työpaikat. Työvoiman ikääntyminen tulee kuitenkin esiin erityisesti juuri tällä alalla. Vuonna 2002 sekä 15:n että 25:n jäsenvaltion EU:ssa 11 prosenttia alalla työskentelevästä työvoimasta oli 55–64-vuotiaita, ja lääkäreiden keskuudessa osuus oli vieläkin suurempi¹⁶. Suuri osuus sektorin työntekijöistä (27 prosenttia sekä 15:n että 25:n jäsenvaltion EU:ssa) on iältään 45–54-vuotiaita, mikä aiheuttaa tulevia vuosia uhkaavan väestötieteellisen ”aikapommin”. Kyseiset henkilöt siirtyvät eläkkeelle väestön yleisen ikääntymisen myötä, joten terveydenhuolto- ja sosiaalipalvelusektorin on kilpailtava uusista työntekijöistä muiden sektoreiden kanssa.

Työpaikkojen laadun parantaminen on siis olennaisen tärkeää, jotta voidaan torjua työvoiman – erityisesti raskaimmissa ja henkisesti rasittavimmissa ammateissa toimivien ja yli 55-vuotiaiden työntekijöiden – ennakoinninen siirtyminen eläkkeelle ja edistää uusien työntekijöiden rekrytointia. Hoidon tarjoajien tuottavuuden ja tehokkuuden lisääminen on myös olennainen haaste tämän sektorin kestäväälle kehitykselle. Tässä yhteydessä on syytä mainita sähköiset terveystalvet, joiden kehittämistä edistetään *eEurope 2005* -toimintasuunnitelmassa¹⁷, sillä niillä on merkittävä rooli tiedottamisessa, ennaltaehkäisemisessä, hoidon tarjonnan parantamisessa sekä ammattihenkilöiden elinikäisessä oppimisessa¹⁸.

Väestön ikääntyminen vaikuttaa lisäksi kahdella muulla tavalla terveyden- ja vanhushuoltosektoriin: yli 65-vuotiaiden määrän kasvuun (Eurostatin ennusteen mukaan määrä kasvaa 64 % vuosina 2002–2050) ja yli 80-vuotiaiden määrän kasvuun (joiden määrä kasvaa 14,8 miljoonasta 37,9 miljoonaan samana ajanjaksona). Nämä eurooppalaisten terveystilanteen parantumista osoittavat kehityssuuntaukset merkitsevät korkeaan ikään liittyvien sairauksien lisääntymistä ja edellyttävät pitkäaikaishoitoon liittyvien kysymysten ratkaisemista. Väestön lisääntymisen seurauksena yhä useampi vanhus elää yksin perheiden lisääntyneen liikkuvuuden ja naisten lisääntyneen työssäkäynnin vuoksi, vaikka naiset vastaavatkin edelleen suurimmasta osasta epävirallista hoitoa. Väestön tarpeisiin vastaamiseksi on siis kehitettävä monipuolista hoitotarjontaa, johon sisältyy avohoito, jonka enemmistö potilaista ja erityislaitoksista valitsee, ja tiivistettävä usein erillään toimivien (teho- ja perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen) tarjoajien yhteistyötä.

Jotta näihin haasteisiin voitaisiin vastata, sosiaalisen suojelun järjestelmiä on uudistettava yhtenäisellä ja koordinoitulla tavalla. Komission tiedonanto *Lissabonin strategian sosiaalisen ulottuvuuden vahvistaminen: avoimen koordinoinnin selkeyttäminen sosiaalisen suojelun alalla*¹⁹ on osoittanut terveydenhuollon ja vanhushuollon olevan aloja, joilla sosiaalisen suojelun koordinoitiprosessia olisi selkeytettävä. Selkeyttäminen vahvistaa osaltaan järjestelmien uudistamista tukevaa poliittista sanomaa ja takaa, että prosessit ovat johdonmukaisia Lissabonin strategiaan sisältyviin muihin koordinoitiprosesseihin nähden.

Tuloksena on

¹⁶ Vuonna 2001 osuus oli 11,7 % Englannissa, 21,7 % Tšekissä ja 33,2 % Tanskassa. Ks. myös komission kertomus sosiaalisesta tilanteesta vuonna 2003.

¹⁷ Komission tiedonanto *eEurope 2005: Tietoyhteiskunta kaikille*, KOM(2002) 263 lopullinen.

¹⁸ Ks. komission tiedonanto *e-health – improving the health care provided to European citizens: a plan of action for a European e-health area*, KOM(2004) XXX.

¹⁹ KOM(2003) 261 lopullinen.

- suurempi johdonmukaisuus sosiaalisen suojelun alalla nykyisin toteutettavien prosessien (muun muassa eläkeuudistusten ja sosiaalista osallisuutta koskevan prosessin) kanssa, joihin liittyy useita yhteisiä etunäkökohtia²⁰. Prosessien selkeyttämiseen liittyvänä merkittävänä tehtävänä on kartoittaa aihepiirit, joista voitaisiin muodostaa yhteisiä tavoitteita kaikille sosiaalisen suojelun toimintaloikoille. Näitä voivat olla esimerkiksi sukupuoleen liittyvät kysymykset, terveydenhuollon merkitys aktiivisen ikääntymisen varmistamisessa tai sosiaalisen suojelun järjestelmien asema suhteessa työnteon kannustimiin.
- tiiviimpi yhteensovittaminen muihin poliittisiin prosesseihin – muun muassa Euroopan työllisyysstrategiaan varsinkin näillä aloilla työskentelevän työvoiman ikääntymiseen liittyvien haasteiden osalta – ja talouspolitiikan laajoihin suuntaviivoihin. Selkeyttämisen myötä terveyteen ja pitkäaikaishoitoon liittyvät kysymykset tullevat paremmin esiin Lissabonin strategiassa, mikä on tarpeen ottaen huomioon niiden merkittävyys kansalaisten kannalta. Kuten vuoden 2004 kevättraportissa kaavailtiin, komissio tarkastelee vuoteen 2005 mennessä kansanterveyden sisällyttämistä Lissabonin strategiaan ja sen myötävaikutusta kasvuun ja kestävään kehitykseen.
- Avoin koordinoitimenetelmä tarjoaa tässä yhteydessä joustavan välineen, joka ottaa huomioon tilanteiden erot ja kansallisen toimivallan ja mukautuu siksi erityisen hyvin terveydenhuoltojärjestelmien erityispiirteisiin kaikilla sosiaalisen suojelun toimintaloikoilla.
- Yhteiset tavoitteet – joiden yksi pilari koskee terveydenhuoltoa – muodostavat uudistukselle poliittiset kokonaispuitteet, jotka lisäävät uudistusten avoimuutta ja korostavat terveydenhuoltojärjestelmien yhteisiä haasteita.
- Avoin koordinoitimenetelmä edistää sitä, että prosessiin osallistuu useita alan sidosryhmiä, erityisesti työmarkkinaosapuolia, terveydenhuollon ammattihenkilöitä ja potilaiden edustajia, joiden merkitys kasvaa jatkuvasti.
- Kokemusten vaihdon myötä eri sidosryhmät saavat lisää tietoa mahdollisista uudistuksista. Tietojen vaihtoa tukevat yhteiset indikaattorit.
- Lisäksi avoin koordinoitimenetelmä myötävaikuttaa kattavan ja yhtenäisen ratkaisumallin löytämiseen eri järjestelmissä nykyisin esiintyviin ongelmiin, sillä siinä luodaan tiiviit yhteydet eri välineiden ja alaa koskevien poliittisten toimintalinjojen välille.

3. YHTEISET TAVOITTEET TERVEYDENHUOLTOJÄRJESTELMIEN KEHITTÄMISEEN

Sairauteen, tapaturmaan tai ikään liittyvän köyhyysriskin pieneneminen ja eurooppalaisten terveystilanteen huomattava kohentuminen ovat sosiaalisen suojelun järjestelmien arvokkaita saavutuksia. Järjestelmien on jatkossakin tarjottava laadukkaita terveydenhoitopalveluja, jotka ovat saatavilla yleisesti – toisin sanoen

²⁰ Esimerkiksi hoidon saatavuus on sosiaalista osallisuutta koskevien toimintalinjojen keskeinen teema (ks. edellä mainittu vuoden 2003 yhteinen raporttiluonnos), ja ikääntymisellä on vaikutuksia eläkejärjestelmien yhteiskunnalliseen ja rahoituskelliseen kestävyyteen.

koko väestön kattavasti – ja yhteisvastuullisesti – toisin sanoen varallisuudesta riippumatta, yhteiseen rahoitukseen perustuen. Niiden on myös oltava rahoituksellisesti kestäviä. Saatavuus, laatu ja rahoituksen kestävyys muodostavat siis **kattavan ja yhtenäisen kokonaisuuden**. Järjestelmien kehittämisen ja uudistamisen keskeinen kysymys on lisäksi järjestelmien kyky panna täytäntöön **tehokas hallinto, joka perustuu kyseisten sidosryhmien – työmarkkinaosapuolten, alue- ja paikallisviranomaisten, potilaiden ja kansalaisyhteiskunnan – osallistumiseen ja vastuun lisäämiseen sekä hoitopalvelujen tarjoajien, rahoituslaitosten, hallituksesta riippumattomien järjestöjen ja julkisen vallan väliseen koordinointiin**. Euroopan tasolla olisikin toivottavaa, että alakohtaiset työmarkkinaosapuolet osallistuisivat konkreettisesti uudistuspyrkimyksiin.

Barcelonassa maaliskuussa 2002 kokoontuneen Eurooppa-neuvoston hyväksymien periaatteiden ja komission ja neuvoston maaliskuussa 2003 hyväksymän *yhteisen raportin* perusteella komissio ehdottaa jäljempänä esitettyjä yhteisiä tavoitteita, joilla tuetaan laajentuneen unionin järjestelmien kehittämistä.

3.1 Terveydenhoitopalvelujen saatavuuden varmistaminen: yleisyys, oikeudenmukaisuus ja yhteisvastuullisuus

Eurooppalaiset terveydenhuoltojärjestelmät ovat onnistuneet saattamaan laadukkaat terveydenhoitopalvelut kaikkien saataville. Niiden on jatkossakin ehkäistävä sairauten, tapaturmaan tai korkeaan ikään liittyvän köyhyyden tai sosiaalisen syrjäytymisen riskit sekä hoidon saajan että heidän perheenjäsentensä osalta. Niiden yleisen kattavuuden on perustuttava yhteisvastuullisuuteen kunkin järjestelmän omien sääntöjen mukaisesti. Yhteisvastuullisuudesta on oltava hyötyä erityisesti pienituloisille ja niille, jotka terveystilanteensa vuoksi tarvitsevat raskaita, pitkäkestoisia tai kalliita hoitoja kipua lievittävä hoito ja saattohoito mukaan luettuina. Eräät ryhmät tai yksilöt kohtaavat kuitenkin hoidon saatavuuteen liittyviä vaikeuksia, jotka vaarantavat kyseisten henkilöiden kyvyn sopeutua yhteiskuntaan ja saada työtä. Lisäksi hoitotarjonnan alueellisessa jakautumisessa esiintyvät ongelmat tai tarpeisiin nähden riittämätön tarjonta aiheuttavat kohtuuttoman pitkiä odotusaikoja. Henkilöstön rekrytointiin ja hallintoon liittyvät vaikeudet voivat aiheuttaa samankaltaisia ongelmia. Terveydenhuoltojärjestelmien on siis kehitettävä riittävä, väestön tarpeisiin mukautettu hoitotarjonta.

Tavoitteet:

Varmistetaan laadukkaiden terveydenhoitopalvelujen saatavuus, joka perustuu yleisyyden, oikeudenmukaisuuden ja yhteisvastuullisuuden periaatteisiin.

Ehkäistään sairauten, tapaturmaan, vammaan tai korkean iän aiheuttamaan hoitotarpeeseen liittyvän köyhyyden tai sosiaalisen syrjäytymisen riskit sekä hoidon saajien että heidän perheenjäsentensä osalta.

Jäsenvaltioiden olisi omien järjestelmiensä erityispiirteet huomioon ottaen

- tarjottava koko väestölle tarpeisiin mukautetut laadukkaat terveydenhoitopalvelut. Erityistä huomiota olisi kiinnitettävä pitkäkestoisia tai kalliita hoitoja tarvitseviin henkilöihin, hoidon saatavuuteen liittyviä ongelmia kohtaaviin henkilöihin ja

ryhmiin (esimerkiksi etniset vähemmistöt ja siirtotyöläiset) ja pienituloisiin henkilöihin.

- varmistettava, että vammaisilla on taloudelliset ja fyysiset mahdollisuudet käyttää terveydenhuoltojärjestelmiä.
- järjestettävä tarpeisiin mukautettu vanhushuolto, joka sovitetaan yhteen sosiaaliavun, perusterveydenhuollon, sairaalahoidon ja erityislaitosten palveluiden kanssa.
- lisättävä kipua lievittävän hoidon ja saattohoidon resursseja.
- tarvittaessa supistettava alueellisia eroja hoidon tarjonnassa.
- kehitettävä tarvittaessa mukautettuja, ammattitaitoisella henkilöstöllä varustettuja rakenteita tarjonnan lisäämiseksi ja odotusaikojen lyhentämiseksi erityisesti silloin, kun odotuksella on haittavaikutuksia potilaiden terveydentilaan ja elämänlaatuun. Infrastruktuurien ja varsinkin sairaaloiden kehittämistä voitaisiin tukea taloudelliseen ja sosiaaliseen yhteenkuuluvuuteen tähtäävän politiikan puitteissa: rakennerahastoista vastaavien elinten, varsinkin Euroopan aluekehitysrahaston ja koheesiorahaston olisi tarkasteltava, kuinka tämä tuki voitaisiin hyödyntää tukikelpoisilla alueilla täysimääräisesti.
- edistettävä henkilöresurssien hallintaa, jotta voidaan vastata väestön ikääntymisen terveydenhoito- ja pitkäaikaishoitosektorille aiheuttamiin haasteisiin; erityisesti olisi ehkäistävä ennalta tai vähennettävä tiettyjen henkilöstöryhmien vajetta tekemällä riittäviä investointeja ammatilliseen perus- ja jatkokoulutukseen sekä työpaikkojen laadun ja työterveyden ja -turvallisuuden parantamiseen. Tässä yhteydessä Euroopan sosiaalirahaston panos on hyödynnettävä täysimääräisesti. Potilaiden liikkuvuutta koskeva tiedonanto täydentää myös tätä tavoitetta, sillä siinä ehdotetaan terveydenhuollon ammattihenkilöiden kansainvälisen liikkuvuuden edistämistä ja liikkuvuusvirtoja koskevien tietojen lisäämistä.
- otettava kaikissa näissä toimenpiteissä huomioon miehiä ja naisia koskevat erityisongelmat erityisesti henkilöresurssien hallintaan ja laadukkaiden työpaikkojen edistämiseen liittyvien poliittisten toimintalinjojen yhteydessä.

3.2 Hoidon laadun parantaminen

Eurooppalaisten järjestelmien perustavoitteena on oltava palvelujen saatavuus ja laatu. Tavoitteen saavuttaminen on nykyisin kuitenkin huomattavasti vaikeampaa kuin järjestelmiä perustettaessa. Tähän on lähinnä kaksi syytä:

- Teknologisen kehityksen vaikutukset ovat epävarmoja ikääntyvässä yhteiskunnassa. Kehitys voi lisätä terveydenhuoltojärjestelmien tehokkuutta, lisätä terveen elinajan odotetta ja lisätä varsinkin uusien lääkkeiden kustannuksia. Kohta eläkkeelle siirtyvien suurten ikäluokkien koulutustason nousulla voi myös olla samoja vaikutuksia: se edistää terveitä elämäntapoja ja sairauksien ennaltaehkäisyä, mutta lisää samalla varsinkin innovatiivisen hoidon kysyntää.
- Hoidon tarjonta on nykyisin vaihtelevampaa, monipuolisempaa ja monimutkaisempaa kuin terveydenhuoltojärjestelmien perustamisajankohtana.

Terveyteen investoidut kokonaisresurssit heijastavat poliittista tahtoa, ja pitkällä aikavälillä nämä investoinnit vaikuttavat myönteisesti talouteen. Koska julkisten varojen määrä on rajallinen, tietyille sektorille tehdyt investoinnit aiheuttavat väistämättä seurauksia toisille sektoreille²¹. Terveyteen investoidut, pääosin julkiset resurssit on siis käytettävä niin, että ne edistävät mahdollisimman tehokkaasti ja vaikuttavasti terveyden parantamistavoitetta.

Ikääntyminen voimistaa näitä kehityssuuntauksia, joiden vuoksi käytettävissä olevien lääkkeiden ja hoitomenetelmien ja -muotojen todellista laatua ja todellisia hyötyjä yksilöille ja terveydelle on arvioitava yhä tarkemmin. Tilanne edellyttää ennalta ehkäisevää lähestymistapaa, jonka avulla voidaan kohentaa yleistä hyvinvointia ja terveydenhuoltojärjestelmien tehokasta hallintoa, joka perustuu tiiviimpään yhteensovittamiseen kaikkien sidosryhmien välillä sekä näiden vastuun lisäämiseen resurssien hallinnan ja palvelujen tarjonnan osalta.

Tavoite:

Edistetään laadukkaita hoitopalveluja ihmisten terveystilanteen ja elämänlaadun kohentamiseksi.

Jäsenvaltioiden olisi omien järjestelmiensä erityispiirteet huomioon ottaen

- edistettävä käytäntöjä ja hoitoja, joilla on asianmukaisen tieteellisen arvioinnin mukaan todellinen myönteinen vaikutus terveyteen ja elämänlaatuun. Lääkkeiden, materiaalien ja hoitojen kustannukset ja hyödyt on arvioitava kyseisten kansallisten järjestelmien omien menettelyjen mukaisesti, ja eurooppalaista yhteistyötä tällä alalla on kehitettävä.
- huomioitava sukupuolinäkökohdat ennalta ehkäisyä ja terveyttä koskevien toimintalinjojen määrittelyssä, jotta sekä miesten että naisten erityisongelmat voidaan ottaa huomioon ja parantaa heidän saamaansa hoitoa.
- varmistettava ammattihenkilöiden ammatillisen perus- ja jatkokoulutuksen korkea laatu elinikäisen oppimisen puitteissa.
- kehitettävä työterveyttä ja -turvallisuutta koskevia toimintalinjoja, jotka perustuvat riskien ehkäisemiseen ja joilla varmistetaan laadukkaammat työpaikat kaikille ja erityisesti ikääntyville työntekijöille. Tarkoituksena on vähentää ennenaikaista kuolevuutta (ennen 65 vuoden ikää) ja lisätä terveen eliniän odotetta.
- kohdistettava rahoitus- ja henkilöresursseja alueille, palveluihin ja erityyppisiin hoitopalveluihin todellisten tarpeiden perusteella, jotta saadaan hoidonsaajien terveyden ja elämänlaadun kannalta parhaat tulokset. Potilaiden liikkuvuutta koskeva tiedonanto täydentää tätä tavoitetta, sillä siinä ehdotetaan osaamiskeskusten kartoittamista ja niiden verkottumisen edistämistä.

²¹ OECD:n *Healthcare 1996* -selvityksen mukaan vaurauden lisääntyessä 1 prosenttiyksikön terveydenhuoltokustannukset nousevat 0,5 prosenttiyksikköä. Lisäksi Euroopan unionin talouspoliittisen komitean vuonna 2001 julkaistun selvityksen mukaan väestön ikääntymisen ”spontaani” vaikutus voisi lisätä terveydenhuoltoon ja pitkäaikaishoitoon käytettävien julkisten menojen osuutta 1,7–4 prosenttiyksiköllä BKT:stä.

- edistettävä hallintotapaa, joka tukee järjestelmien mukautumiskykyä kulloisiinkin tarpeisiin, erityisesti koordinoimalla tehokkaasti asiaan vaikuttavat tekijät (julkiset talousarviot, vakuutuslaitokset, terveydenhuollon ammattihenkilöt, sairaalat, ennalta ehkäisystä huolehtivat laitokset ja elimet, koulutuslaitokset, terveydenhuoltojärjestelmistä vastaavat alue- ja paikallisviranomaiset, potilaat ja kansalaiset).
- määriteltävä potilaiden ja heidän perheenjäsentensä oikeudet sekä järjestäytyneen kansalaisyhteiskunnan osallistumista koskevat yksityiskohtaiset säännöt. Potilaiden liikkuvuutta koskeva tiedonanto täydentää tätä tavoitetta ehdottamalla henkilöiden oikeuksia ja hoitojen korvaamista koskevia eurooppalaisia ja kansallisia sääntöjä koskevan tiedon kokoamista ja parantamista.

3.3 Helposti saatavilla olevien ja laadukkaiden hoitopalvelujen rahoituksen kestävyys

Sekä nykyisten että uusien jäsenvaltioiden keskeisenä haasteena on, miten kyetä jatkossakin tarjoamaan laadukkaita ja helposti saatavilla olevia hoitopalveluita vahingoittamatta muiden sektoreiden taloutta tai poliittisia painopisteitä. Jäsenvaltioiden on varmistettava terveydenhuoltojärjestelmiensä riittävä rahoitus, jotta järjestelmä kykenee tarjoamaan laadukkaita palveluita, jotka ovat mukautettavissa lähinnä ikääntymisestä johtuviin uusiin tarpeisiin ja tekniseen kehitykseen. Huomattava osa terveydenhoitoon ja vanhustenhoitoon liittyvistä menoista katetaan julkisista talousarvioista, joihin sovelletaan vakaus- ja kasvusopimuksen vaatimuksia. Jotta käytettävissä olisi terveydenhuoltojärjestelmien tarpeisiin nähden riittävät julkiset varat, jäsenvaltioiden talousarvioiden on oltava terveellä ja kestäväällä pohjalla. Julkisen velan nopeutettu vähentäminen ja työllisyysasteen nostaminen ovat tärkeitä keinoja julkisen rahoituksen kestävyuden parantamiseksi.

Jäsenvaltiot ovat jo pitkään toteuttaneet toimenpiteitä tai uudistuksia, joilla järjestelmien taloudellinen tasapino pyritään varmistamaan. Nämä toimenpiteet ja uudistukset perustuvat seuraaviin välineisiin: korvausaste, jolla lisätään vastuun ottamista tai suunnataan kysyntää; hoitojen hinta ja määrät, joilla ohjataan tiettyjen tuotteiden käyttöä tai lääkemääräyksiä; talousarvioiden vahvistaminen erityisesti sairaalasektorilla; terveystavoitteisiin, saatuihin tuloksiin ja hoidettuihin sairauksiin sekä ammattihenkilöiden ja rahoittajien resurssien hallinnointivastuun lisäämiseen perustuvien ohjausvälineiden kehittäminen; uusien painostusten kehittäminen erilaisten rahoitusmahdollisuuksien välille, jolloin tarkoituksena on lisätä kyseisten toimijoiden vastuuta. Haasteeseen vastaamiseen ei ole yksittäistä ratkaisua: rahoituksen kestävyteen pyrittäessä olisi siis jatkossakin yhdisteltävä näitä eri välineitä.

Jäsenvaltioiden on toteutettava soveltuvia toimenpiteitä terveydenhoidon ja pitkäaikaishoidon julkisen rahoituksen terveen hallinnon varmistamiseksi. Tässä on keskityttävä julkisten resurssien käytön laatuun ja vaikuttavuuteen.

Tavoite:

Varmistetaan kaikkien saatavilla olevien laadukkaiden hoitopalvelujen rahoituksen kestävyys pitkällä aikavälillä.

Jäsenvaltioiden olisi omien järjestelmiensä erityispiirteet huomioon ottaen

- kehitettävä ennalta ehkäisyä ja varhaisvaiheen hoitoonohjausta, jotta voidaan vähentää kalliiden hoitojen, erityisesti sairaalahoidon ja tehohoidon, tarvetta ja lisättävä tässä yhteydessä koordinoitua hoitopalvelujen (perusterveydenhuollon, sairaalahoidon ja paikallisten sosiaalipalvelujen) tarjoajien välillä. Tämä tavoite täydentää kansanterveysalan toimintaohjelman²² yhteydessä toteutettua toimintaa, jolla tuetaan ennaltaehkäiseviä hankkeita terveystilanteen parantamiseksi ja terveydenhuollon tulevien kustannusten vähentämiseksi.
- pyrittävä hallitsemaan menojen kehitysvauhtia tilanteeseen ja kunkin järjestelmän erityispiirteisiin soveltuvien toimenpitein. Tällaisia voivat olla esimerkiksi palvelujen tarjoajille ja potilaille suunnatut kannustimet tai sellaisten uusien hoitojen tai tuotteiden edistäminen, joilla saadaan aikaan sama tulos pienemmin kustannuksin.
- varmistettava järjestelmän riittävä rahoitus, jotta järjestelmä kykenee vastaamaan ikääntymiseen, yhteiskunnallisiin muutoksiin ja tekniseen kehitykseen liittyviin uusiin tarpeisiin.
- tarjottava palveluita, joiden kustannushyötysuhde on mahdollisimman hyvä, erityisesti arvioimalla lääkkeiden sekä hoitomenetelmien ja -muotojen todellinen vaikutus terveyteen. Rahoituksen on lisäksi perustuttava todelliseen toimintaan ja todellisiin tarpeisiin.
- tehostettava järjestelmiä hajauttamalla toimintaa ja lisäämällä eri sidosryhmien (paikallis- ja alueviranomaisien, sosiaaliturvalaitosten ja muiden rahoittajien, terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja sairaaloiden sekä potilaiden) vastuuta ja osallistumista resurssien ja hoitotarjonnan hallintaan.

4. TULEVA TOIMINTA

Terveydenhuollon ja vanhushuollon sektorin organisaatio ja rahoitusta koskevat säännöt kuuluvat jäsenvaltioiden ensisijaiseen toimivaltaan. Jäsenvaltioiden on tätä toimivaltaa harjoittaessaan noudatettava perustamissopimuksessa määrättyjä perusvapauksia ja sääntöjä. Avoimen koordinoitumisen tuoma lisäarvo liittyykin siihen, että sen avulla voidaan kartoittaa yhteiset haasteet ja tukea jäsenvaltioiden toteuttamia uudistuspyrkimyksiä.

On toivottavaa, että yhteisistä tavoitteista päästään tämän tiedonannon pohjalta sopimukseen vuoden 2004 aikana. Jäsenvaltioiden – myös uusien – olisi toimitettava ennen vuoden 2005 maaliskuussa pidettävää kevään huippukokousta alustavat raportit, joissa esitettäisiin järjestelmien haasteet kansallisella tasolla, toteutettavana olevat uudistukset ja poliittiset suuntaviivat keskipitkällä aikavälillä. Raporteissa olisi annettava asiaa koskevat tilastotiedot ja tarvittaessa lukumääräiset tavoitteet. Näin aluksi raportit olisivat lyhyitä.

²² Euroopan parlamentin ja neuvoston päätös N:o 1786/2002/EY, tehty 23 päivänä syyskuuta 2002, yhteisön kansanterveysalan toimintaohjelman (2003–2008) hyväksymisestä – Komission lausunnot, EYVL L 271, 9.10.2002.

Seuraavaksi komissio analysoisi raportit, jotta se voisi ottaa huomioon jäsenvaltioiden näkemykset ja kannanotot määrittäessään yhteiset tavoitteet sosiaalisen suojelun *selkeytetyille* prosessille. Selkeyttäminen toteutettaisiin vuonna 2006, jolloin annettaisiin ensimmäiset terveydenhoitoa ja pitkäaikaishoitoa koskevat kehitys- ja uudistusstrategiat vuosiksi 2006–2009. Strategioiden tarkastelun perusteella tehdyt päätelmät esiteltäisiin *Sosiaalista suojelua ja sosiaalista osallisuutta koskevassa vuoden 2007 yhteisessä raportissa*.

Koska yhteisten tavoitteiden aihepiirit ja haasteet ovat keskenään erilaisia, sosiaalisen suojelun komitean sekä muiden toimivaltaisten tahojen (työllisyyskomitea, talouspoliittinen komitea sekä tuleva *terveyspalveluja ja sairaanhoitoa käsittelevä korkean tason ryhmä*, jonka komissio perustaa yhtä aikaa tämän tiedonannon hyväksymisen kanssa) olisi luotava tiiviit yhteistyösuhteet, joiden puitteissa laadittaisiin työohjelma, jossa yksilöitäisiin kullekin taholle kuuluvat aihepiirit.

Komissio ehdottaa, että näihin tavoitteisiin liittyviä mahdollisia indikaattoreita alettaisiin kartoittaa vuonna 2004. Tehtävän suorittamista edistäisivät osaltaan kevään 2005 alustavat raportit kansallisine tietoineen, joiden perusteella voitaisiin laatia ensimmäinen jäsenvaltioiden tilanteita vertaileva taulukko ja arvioida edistymistä asetettuihin tavoitteisiin nähden. Tämän työn on perustuttava kansanterveysalan seurantaohjelmassa²³ ja sittemmin kansanterveysalan toimintaohjelmassa useiden vuosien kuluessa toteutettuihin toimiin, ja tavoitteena on luoda malli yhteisön uudelle järjestelmälle terveyden seurantaan varten. Siinä voidaan hyödyntää myös terveystilastoja koskevaa Eurostatin työtä. Tarpeellista on lisäksi yhteistyö kansainvälisten organisaatioiden, esimerkiksi OECD:n ja WHO:n kanssa.

²³ Euroopan Parlamentin ja neuvoston päätös N:o 1400/97/EY, tehty 30 päivänä kesäkuuta 1997, terveystilanteen seurantaan koskevan yhteisön toimintaohjelman hyväksymisestä kansanterveyden alalla (1997–2001), EYVL L 193, 22.7.1997.