



EVROPSKA
KOMISIJA

Bruselj, 4.4.2014
COM(2014) 215 final

SPOROČILO KOMISIJE

o učinkovitih, dostopnih in prožnih zdravstvenih sistemih

1. Uvod

Zdravstveni sistemi¹ imajo v sodobnih družbah ključno vlogo pri ohranjanju in izboljševanju zdravja ljudi. Zdravstveni sistemi bi morali ne le podaljševati življenjsko dobo, temveč tudi izboljševati kakovost življenja nasploh.

V državah članicah EU so zdravstveni sistemi različni, saj so odraz različnih družbenih odločitev. Ne glede na svoje organizacijske in finančne razlike pa so utemeljeni na skupnih vrednotah, kot jih je opredelil Svet ministrov za zdravje leta 2006², ki so: univerzalnost, dostop do kakovostnega varstva, enakost in solidarnost.

Zdravstveni sistemi EU se med seboj vedno bolj povezujejo. K povečanju takšnega povezovanja je bistveno prispeval začetek veljavnosti Direktive (EU) št. 24/2011³. Krepitev sodelovanja med zdravstvenimi sistemi bi morala prispevati k njihovemu boljšemu delovanju, ko se bodo spoprijemali z večjo mobilnostjo pacientov in zdravstvenih delavcev.

V zadnjem desetletju so se evropski zdravstveni sistemi znašli pred vedno večjimi skupnimi izzivi: povečanje stroškov zdravstvenega varstva; staranje prebivalstva, ki je povezano z večjim številom kroničnih bolezni in polimorbidnosti, kar vodi k naraščajočemu povpraševanju po zdravstvenem varstvu; pomanjkanje in neenakomerna porazdelitev zdravstvenih delavcev; neenakost na področju zdravja ter neenakost pri dostopu do zdravstvenega varstva.

Še več, v zadnjih letih je zaradi gospodarske krize prišlo do zmanjšanja razpoložljivih finančnih sredstev, kar je še dodatno otežilo položaj držav članic pri zagotavljanju vzdržnosti svojih zdravstvenih sistemov⁴. Posledično je ogrožena zmožnost držav članic za zagotavljanje univerzalnega dostopa do kakovostnega zdravstvenega varstva. Zdravstveni sistemi morajo biti prožni, saj se morajo učinkovito prilagajati spremenjenim okoliščinam in z omejenimi sredstvi reševati pomembne izzive.

Vedno večja soodvisnost in številni skupni izzivi zahtevajo tesnejše sodelovanje. Leta 2006 so se države članice dogovorile o skupnih ciljih glede dostopnosti, kakovosti in finančne vzdržnosti zdravstvenega varstva v okviru odprte metode koordinacije za socialno zaščito in socialno vključenost⁵. Svet ministrov za zdravje je leta 2011 povabil k razmisleku na ravni EU, s katerim bi se državam članicam pomagalo zagotoviti sodobne, odzivne in vzdržne zdravstvene sisteme⁶. Priznal je,

¹ V tem sporočilu so zdravstveni sistemi opredeljeni kot sistemi, ki so namenjeni zagotavljanju storitev zdravstvenega varstva pacientom, najsi gre za preventivne, diagnostične, kurativne ali paliativne storitve, katerih pglavitni namen je izboljšanje zdravja.

² Sklepi Sveta o skupnih vrednotah in načelih zdravstvenih sistemov Evropske unije, UL C 146, 22.6.2006

³ Direktiva 2011/24/EU, UL L 88, 4.4.2011.

⁴ To je prav tako poudarjeno v Sklepih Sveta glede skupnega poročila Odbora za ekonomsko politiko in Evropske komisije o zdravstvenih sistemih v EU (7. december 2010).

⁵ Skupno mnenje Odbora za socialno zaščito in Odbora za ekonomsko politiko o Sporočilu Komisije „Delati skupaj, delati bolje: Nov okvir za odprto usklajevanje politik socialne zaščite in vključevanja“, ki ga je 10. marca 2006 podprl Svet EPSCO.

⁶ Sklepi Sveta: na poti k sodobnim, odzivnim in vzdržnim zdravstvenim sistemom (6. junij 2011).

„da je bilo vprašanje, kako zagotavljati pravičen dostop do visokokakovostnih zdravstvenih storitev ob skromnih gospodarskih in drugih virih, vedno bistveno, vendar se danes spreminja razsežnost in resnost položaja, ki bi lahko, če ne bomo ukrepali, postal ključni dejavnik v gospodarskem in družbenem okolju EU“.

Decembra 2013 je Svet ministrov za zdravje v svojih sklepih o „razmisleku o sodobnih, odzivnih in vzdržnih zdravstvenih sistemih“⁷ potrdil doseženi napredek in pozval k nadaljevanju dela na tem področju.

V Letnem pregledu rasti za leto 2014⁸ „je najpomembnejša prednostna naloga povečati rast in konkurenčnost“, da bi se doseglo trajno okrevanje. S tem ciljem v mislih je v letnem pregledu rasti poudarjena potreba po izboljšanju učinkovitosti in finančne vzdržnosti zdravstvenih sistemov, sočasno s spodbujanjem njihove učinkovitosti in ustreznosti pri izpolnjevanju socialnih potreb in zagotavljanju osnovnih socialnih varnostnih mrež. Prav tako se priznava pomembnost sektorja zdravstvenega varstva pri zmanjševanju socialnih posledic gospodarske krize in poudarja, da so storitve zdravstvenega varstva področje, ki bo v prihodnjih letih ustvarilo pomembne zaposlitvene možnosti. Predlaga se, da bi bilo treba razviti strategije dejavnega socialnega vključevanja, vključno s splošnim dostopom do cenovno dostopnih in visokokakovostnih zdravstvenih storitev.

To je bilo že poudarjeno leta 2013, ko je enajst držav članic⁹ v okviru evropskega semestra prejelo priporočilo za reformo svojih zdravstvenih sistemov. Večina teh priporočil se je osredotočala na vzdržnost in stroškovno učinkovitost zdravstvenih sistemov ter pozivala k reformam na področju bolnišnic, oblikovanja cen zdravstvenih storitev, ambulantne in primarne oskrbe. Tri priporočila so pozivala tudi k ohranjanju ali izboljšanju dostopa do zdravstvenega varstva.

Poleg tega, da je zdravje vrednota sama po sebi, je tudi predpogoj za gospodarsko blaginjo, kot to priznava delovni dokument služb Komisije o vlaganju v zdravstvo, ki je del svežnja o socialnih naložbah¹⁰. Zdravje ljudi vpliva na gospodarstvo v smislu produktivnosti, ponudbe delovne sile, človeških virov in javne porabe. Sektor zdravstvenega varstva v veliki meri temelji na inovacijah in ima velik pomen za gospodarstvo, saj pomeni 10 % BDP Evropske unije. Poleg tega gre za visoko delovno intenzivno dejavnost in enega najobsežnejših sektorjev v EU, saj je bilo leta 2010 v sektorju zdravstvenega varstva 8 % vseh delovnih mest v EU¹¹.

To sporočilo se na podlagi pridobljenih izkušenj in opravljenega dela v preteklih letih ter ciljev nadaljnjega razvijanja pristopov na ravni EU osredotoča na naslednje ukrepe:

1. krepitev učinkovitosti zdravstvenih sistemov;
2. večja dostopnost zdravstvenega varstva;

⁷ Sklepi sveta glede razmisleka o sodobnih, odzivnih in vzdržnih zdravstvenih sistemih (10. december 2013).

⁸ COM(2013) 800.

⁹ Avstrija, Bolgarija, Češka, Finska, Francija, Malta, Nemčija, Poljska, Romunija, Slovaška in Španija.

¹⁰ COM(2013) 83.

¹¹ SWD(2012) 93, ki spremlja COM(2012) 173.

3. večja prožnost zdravstvenih sistemov.

2. Krepitev učinkovitosti zdravstvenih sistemov

Učinkovitost, varnost in zadovoljstvo pacientov so bistveni dejavniki za kakovost zdravstvenega varstva, ki je pomemben element uspešnih zdravstvenih sistemov. Na ravni EU trenutno poteka delo na področju zagotavljanja varnosti pacientov¹², medtem ko je zadovoljstvo pacientov ključno področje, ki mu bo v prihodnje treba posvetiti še dodatno pozornost.

To sporočilo se osredotoča na učinkovitost zdravstvenih sistemov, tj. njihovo zmožnost, da dosežejo pozitivne rezultate na področju zdravja, tj. izboljšajo zdravje prebivalstva.

Merjenje učinkovitosti zdravstvenih sistemov bo postajalo vedno pomembnejše, zlasti ker zdravstveni sistemi niso edini dejavnik pri izboljševanju našega zdravja. Čeprav med državami članicami še vedno obstajajo velike razlike glede pričakovane življenjske dobe, na splošno živimo dlje in smo bolj zdravi kot prejšnje generacije. To je nenazadnje tudi posledica pomembnih javnozdravstvenih dosežkov in dosežkov na nezdravstvenih področjih. V prihodnje lahko pričakujemo še dodatno izboljšanje, na primer zaradi zmanjšanja števila kadičev, manjše porabe alkohola, boljše prehrane in pogostejše telesne dejavnosti. Na splošno vlada soglasje, da je sektor zdravstvenega varstva močno prispeval k zdravju prebivalstva v zadnjih petdesetih oziroma šestdesetih letih.

Zbiranje podatkov o primerjavi učinkovitosti zdravstvenih sistemov je še vedno v začetni fazi. V nadaljevanju so predstavljeni primeri, ki prikazujejo področja, na katerih je prispevek zdravstvenih sistemov k izboljšanju zdravja najbolj očiten, podprti pa so z razpoložljivimi kazalniki na ravni EU (tj. perinatalna umrljivost, preprečljiva umrljivost, stopnja incidence bolezni, ki se lahko preprečijo s cepljenjem, in presejalni pregledi za odkrivanje raka). Ta primerjava kaže na velike razlike med državami članicami EU.

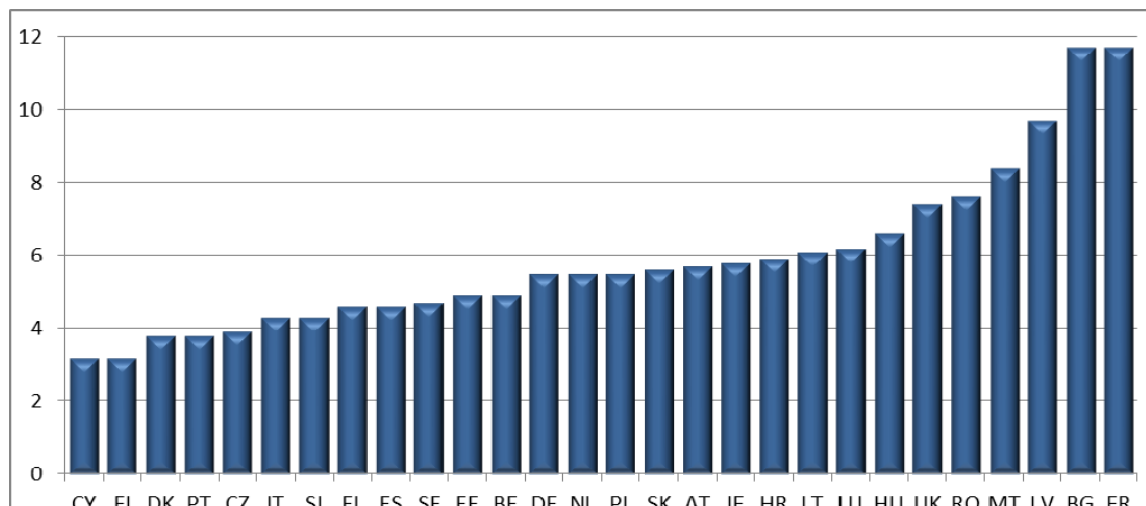
Perinatalna umrljivost

Perinatalna umrljivost se izračuna kot vsota pozne umrljivosti zarodkov (po 28 tednih nosečnosti) in zgodnje neonatalne umrljivosti (v sedmih dneh po porodu). V primerjavi z umrljivostjo dojenčkov¹³ je manj povezana s socialno-ekonomskimi dejavniki in zato bolj zanesljiv kazalnik učinkovitosti zdravstvenih sistemov.

¹² Priporočilo Sveta z dne 9. junija 2009 o varnosti pacientov, vključno s preprečevanjem in obvladovanjem okužb, povezanih z zdravstveno oskrbo, UL C 151, 3.7.2009.

¹³ Umrljivost dojenčkov je število smrti dojenčkov v prvem letu življenja na 1 000 rojstev.

Graf 1: Stopnja perinatalne umrljivosti na 1 000 rojstev (leto 2011 ali najnovejši podatki)



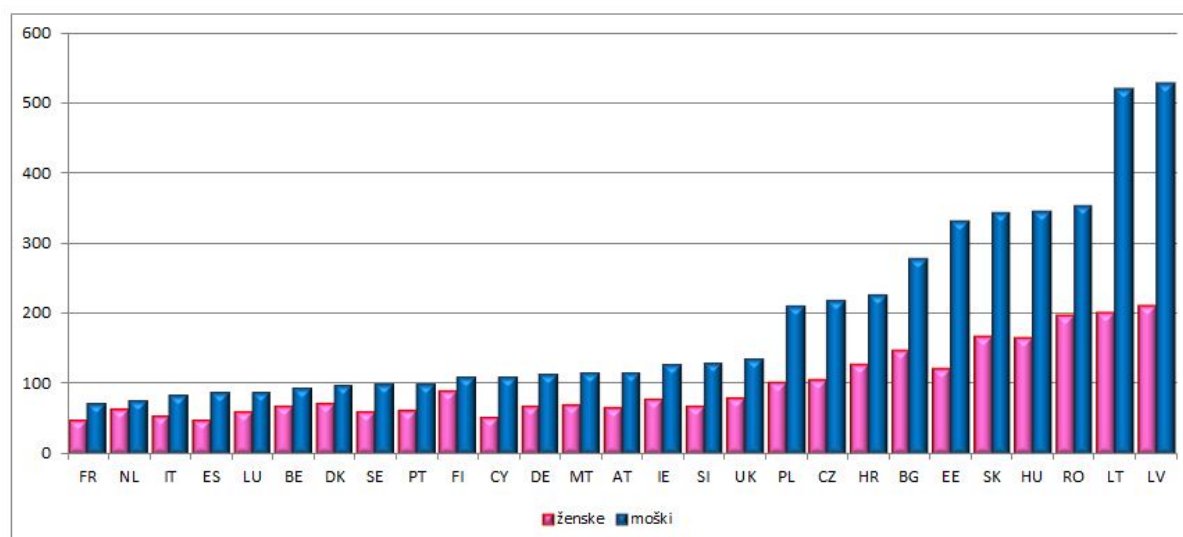
Vir podatkov: zbirka podatkov Eurostat, projekt Europeristat (ki ga je razvilo osebje Komisije)

Stopnja perinatalne umrljivosti se je v zadnjih petih letih v večini držav članic zmanjšala, vendar se je v nekaterih državah povečala.

Preprečljiva umrljivost

Preprečljiva umrljivost je opredeljena kot prezgodnja smrt, do katere ne bi smelo priti, če bi bilo zagotovljeno pravočasno in učinkovito zdravstveno varstvo. Je temeljni kazalnik, ki se uporablja pri raziskovanju prispevka zdravstvenih sistemov na rezultate na področju zdravja¹⁴. Preprečljiva umrljivost združuje standardizirane stopnje umrljivosti za izbran sklop bolezni, na katere naj bi imelo zdravstveno varstvo neposreden vpliv.

Graf 2: Preprečljiva umrljivost, standardizirane stopnje umrljivosti na 100 000 prebivalcev – leto 2010



Viri podatkov: Eurostat (podatki za Grčijo niso na voljo)

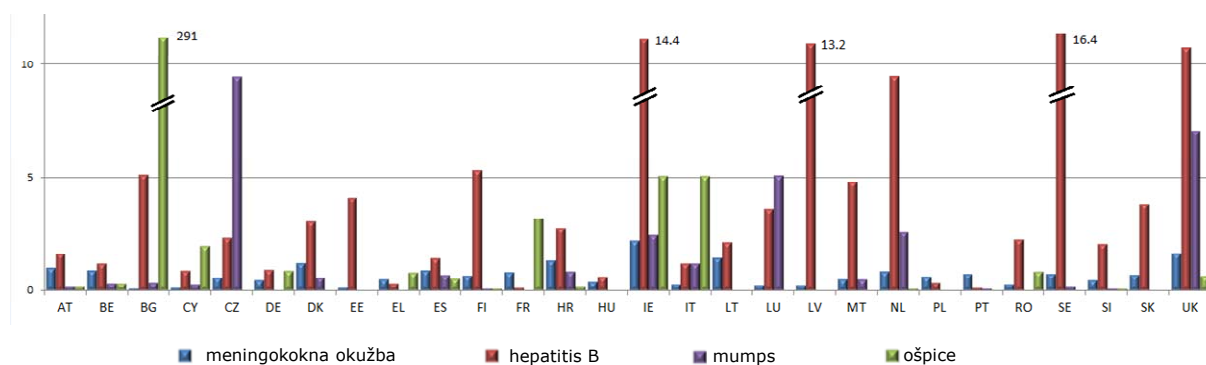
¹⁴ Pri primerjavah „preprečljive umrljivosti“ bi bilo domnevno treba upoštevati stopnjo incidence bolezni in ne samo smrti, ki so povezane z zadevnimi boleznimi. Vendar primerljivih podatkov ni na voljo.

Praktično vse države članice so med letoma 2000 in 2010 uspele zmanjšati stopnjo preprečljive umrljivosti, čeprav se obsegi zmanjšanja med njimi močno razlikujejo.

Nalezljive bolezni

Na stopnjo incidence določenih nalezljivih bolezni neposredno vpliva zagotavljanje ustreznih storitev zdravstvenega varstva, saj so cepljenja bistveno zmanjšala stopnjo incidence bolezni, ki jih je mogoče preprečiti s cepljenjem (čeprav iz nekaterih državah prihajajo zaskrbljujoči podatki, da se precepljenost zmanjšuje).

Graf 3: Stopnje incidence bolezni, ki jih je mogoče preprečiti s cepljenjem – potrjeni primeri na 100 000 prebivalcev – leto 2011



Viri podatkov: Letno epidemiološko sporočilo ECDC za leto 2012

Stopnje incidence se po državah članicah bistveno razlikujejo, četudi se osredotočajo na majhen sklop bolezni, ki jih je mogoče preprečiti s cepljenjem (meningokokna okužba, hepatitis B, mumps in ošpice).

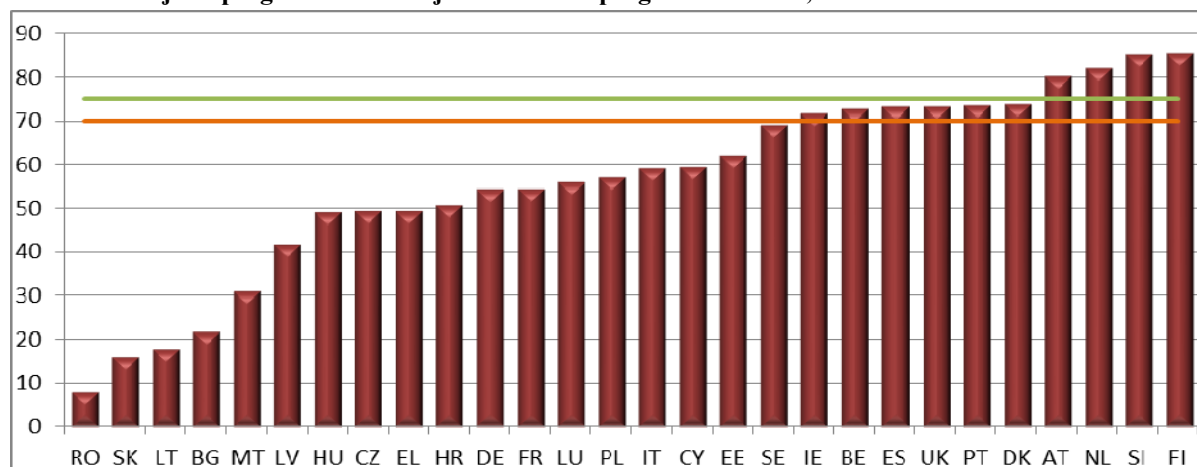
Presejalni pregledi za odkrivanje raka

Zgodnje diagnosticiranje raka debelega črevesa, materničnega vratu in dojke v okviru organiziranih presejalnih programov prebivalstva je koristen približek učinkovitosti sistemov zdravstvenega varstva pri obravnavanju ogroženih sektorjev. Svet je priporočil izvajanje takšnih programov v skladu z evropskimi smernicami za zagotavljanje kakovosti¹⁵.

Na področju odkrivanja raka dojke je bil dosežen največji napredek. Nacionalni presejalni programi na splošno izpolnjujejo smernice EU pri določanju ciljne starostne skupine (ženske, stare med 50 in 69 let) ter o priporočenih časovnih razmikih med posameznimi mamografijami. Medtem ko evropske smernice opredeljujejo zelen delež presejalnih pregledov v višini vsaj 75 % upravičenih žensk (in sprejemljivo raven 70 %), so ta delež leta 2010 dosegle samo nekatere države članice.

¹⁵ Priporočilo Sveta z dne 2. decembra 2003 o presejalnih pregledih za odkrivanje raka; UL L 327, 16.12.2003. Glej tudi evropske smernice o zagotavljanju kakovosti pri presejalnih pregledih in diagnosticiranju raka debelega črevesa, presejalnih pregledih raka materničnega vratu in presejalnih pregledih in diagnosticiranju raka dojke.

Graf 4: Presejalni pregled za raka dojke – odstotek pregledanih žensk, starih med 50 in 69 let



Vir podatkov: publikacija OECD „Pregled zdravstva v Evropi“ leto 2012, nacionalne statistike

Glavne ugotovitve

V zvezi s temi specifičnimi kazalniki se lahko oblikujejo nekatere uvodne ugotovitve, ki pa vseeno niso dovolj reprezentativne, da bi lahko omogočale splošno vrednotenje zdravstvenih sistemov.

Ugotovitve kažejo na velike razlike med državami članicami EU. Prav tako kažejo, da imajo rezultati na področju zdravja številne razsežnosti in jih je težko opredeliti. Na splošno je ocenjevanje učinkovitosti zdravstvenih sistemov zapleten proces, saj se lahko učinki ukrepov v zdravstvenem varstvu pokažejo šele mnogo kasneje, primerljivost in zanesljivost podatkov pa ostajata izziv. Vendar na tem področju poteka delo, da bi se stanje izboljšalo.

Komisija je podprla razvoj glavnih evropskih kazalnikov zdravja (ECHI), tj. sklop kazalnikov, s katerimi se spremljata zdravje prebivalcev in uspešnost zdravstvenih sistemov. Izdana so bila tudi številna poročila o oceni evropskih zdravstvenih sistemov. Še zlasti dragocena primera sta skupno poročilo Odbora za ekonomsko politiko in Evropske komisije o zdravstvenih sistemih, ki je bilo objavljeno leta 2010, in publikacija „Pregled zdravstva v Evropi“, ki sta jo objavila OECD in Komisija.

Še en pomemben ukrep je bil sprejet leta 2013, ko je Odbor za socialno zaščito oblikoval skupni okvir za ocenjevanje zdravstva, ki je kot orodje za pregled na prvi stopnji namenjen odkrivanju morebitnih težav v zdravstvenih sistemih držav članic. Bistveno prispeva k primerjalnemu ocenjevanju uspešnosti zdravstvenih sistemov, saj upošteva razpoložljivost podatkov na ravni EU. Prek okvirnih programov za raziskave in tehnološki razvoj so se financirali številni projekti, s katerimi so se oblikovali kazalniki in metodologije za ocenjevanje uspešnosti zdravstvenih sistemov¹⁶.

3. Večja dostopnost zdravstvenih sistemov

Zdravstveni sistemi morajo biti dostopni. To je eno od načel Evropske socialne listine¹⁷, v kateri je poudarjen pomen preglednih meril za dostop do zdravljenja in obveznost držav, da zagotavljajo

¹⁶ Glej na primer projekte ECHO (<http://www.echo-health.eu>), Eurohope (<http://www.eurohope.info>) in EuroREACH (<http://www.euroreach.net>).

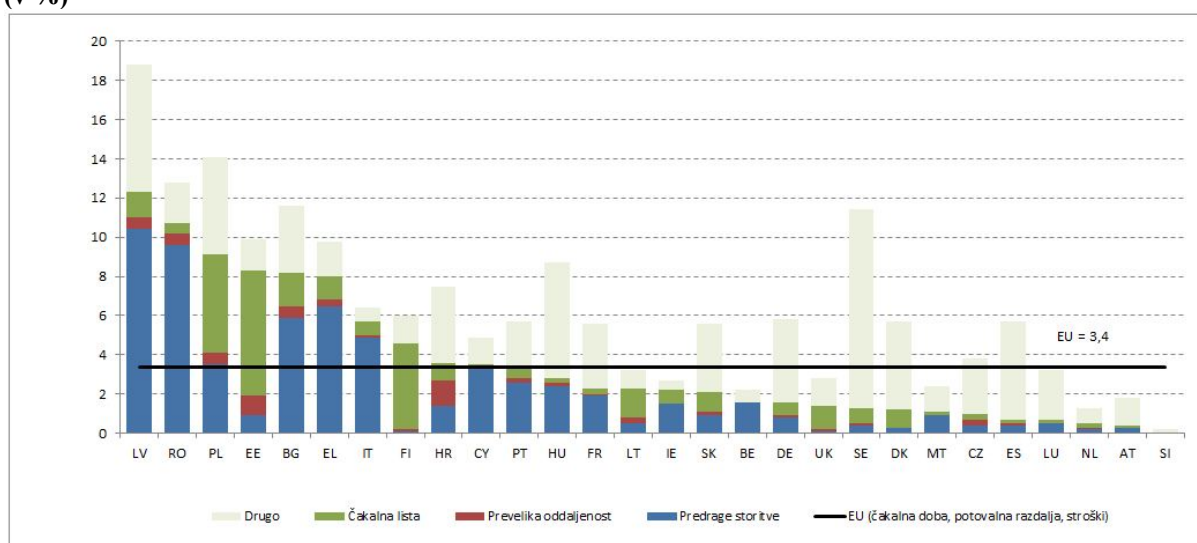
¹⁷ Evropska socialna listina (spremenjena), Strasbourg, 3. maj 1996.

ustrezen sistem zdravstvenega varstva, ki nekaterih delov prebivalstva ne izključuje iz prejemanja storitev zdravstvenega varstva.

Vendar je dostop do zdravstvenega varstva težko izmeriti in na ravni EU ne obstaja izčrpna metodologija za spremljanje in spodbujanje dobre prakse. To bi bil pomemben korak k zmanjšanju neenakosti na področju zdravja¹⁸.

Pogosto uporabljen kazalnik so razlike po EU v odstotkih prebivalcev, ki poročajo o težavah pri dostopu do zdravniške oskrbe, povezanih¹⁹ z dostopnostjo zdravstvenih sistemov: čakalne dobe, potovalne razdalje in delitev stroškov. Vendar te ugotovitve izhajajo iz lastnega poročanja o potrebah in so zato lahko kulturno pristranske, ko se primerjajo po posameznih državah.

Graf 5: Prijavljene neizpolnjene potrebe po zdravniških pregledih, razvrščene po razlogih, delež prebivalstva (v %)



Vir: Eurostat, statistika o dohodku in življenjskih pogojih za leto 2012 (podatki iz leta 2011 za AT in IE)

Dostop do zdravstvenega varstva je rezultat medsebojnega delovanja različnih dejavnikov, vključno s sistemom zdravstvenega zavarovanja (tj. kdo je upravičen do zdravstvenega varstva), obsegom zdravstvenega zavarovanja (tj. do česa so upravičeni državljani), cenovno dostopnostjo in razpoložljivostjo storitev zdravstvenega varstva. Na dostop do zdravstvenega varstva prav tako vplivajo organiziranost in načini upravljanja, ki se uporabljajo v zdravstvenih sistemih. Pacienti lahko zdravstveno varstvo dojemajo kot težje dostopno, če so zdravstveni sistemi kompleksni in nepregledni.

¹⁸ COM(2009) 567.

¹⁹ Upoštevajte, da se v tej raziskavi uvrstitev med „druge razloge“ nanaša na razloge, ki niso povezani z lokalnimi zdravstvenimi sistemi, npr. „ni časa“, „strah pred zdravnikom“ itd.



Zdravstveno zavarovanje prebivalstva

Zdravstvene storitve se v glavnem financirajo iz javnih virov v praktično vseh državah članicah EU. Kritje zdravstvenega varstva je univerzalno ali skoraj univerzalno dostopno v vseh državah članicah, vendar so nekateri posamezniki iz zapostavljenih okolij še vedno izključeni iz ustreznega zdravstvenega zavarovanja.

Obseg kritja zdravstvenega zavarovanja

Zdravljenja v okviru zdravstvenega varstva, financirana iz javnih sredstev, se znotraj posameznih nacionalnih zdravstvenih sistemov razlikujejo. Zobozdravstvene in očne storitve ter nekatere najsodobnejše metode zdravljenja se na primer krijejo samo v nekaterih državah članicah. V številnih državah članicah ni izrecne opredelitve zdravljenja, financiranega iz javnih sredstev. To otežuje primerjavo in analizo, ki bi lahko pomagali doseči soglasje glede najnižjih ali najprimernejših ravni zagotavljanja zdravstvenega varstva.

Cenovna dostopnost

Od posameznikov se pogosto zahteva finančni prispevek za storitve, ki jih potrebujejo, in sicer v obliki delitve stroškov ali doplačil. To lahko zagotavlja, da se zdravstvene storitve uporabljajo odgovorno, obenem pa takšno doplačilo ne bi smelo ovirati ali odvrniti ljudi od zdravstvenega varstva, ki ga potrebujejo. Ukrepi za omejevanje stroškov v zdravstvenih sistemih, ki so namenjeni razumnejši uporabi zdravstvenega varstva, ne smejo neupravičeno omejevati dostopa do visokokakovostnega zdravstvenega varstva.

Razpoložljivost (zdravstveno osebje, oddaljenost zdravstvenih ustanov, čakalne dobe)

Pacientom mora biti zagotovljen primeren dostop do storitev zdravstvenega varstva: potovalne razdalje in čakalne dobe ne bi smele biti predolge za dostop do zdravstvenih storitev, ki jih potrebujejo. To je še zlasti velik izziv na podežlju in v oddaljenih krajih.

Težave, povezane s potovalnimi razdaljami, bi se lahko rešile z bolj celostnimi modeli zdravstvenega varstva, ki izboljšujejo stike med pacienti in zdravstvenimi sistemi, ter širšo uporabo rešitev s področja e-zdravja.

Splošna evropska opredelitev, kako naj se merijo čakalne dobe, ne obstaja, čeprav ta pojem pomembno obravnavata Uredba (ES) št. 883/2004²⁰ in Direktiva (EU) št. 24/2011. To bi se lahko spremenilo, saj je Direktiva (EU) št. 24/2011 z večjo preglednostjo pojma „nepotrebne odlašanje“ pri čakanju na zdravljenje povečala odgovornost zdravstvenih sistemov glede dostopa do oskrbe.

Zaradi staranja prebivalstva in porasta številnih kroničnih bolezni so potrebne različne kombinacije znanj in spretnosti, kar se nanaša tudi na vsebino programov zdravstvenega usposabljanja. Delitev med poklici bo z oblikovanjem multidisciplinarnih ekip najverjetneje vedno manj toga. Povpraševanje po spretnostih in kompetencah v sektorju zdravstvenega varstva se nenehno spreminja, vloge in poklici pa se bodo najverjetneje razvijali, da bi se lahko zadostilo potrebam prebivalstva. Glede na visok delež telesno nedejavnega prebivalstva v EU in s tem povezano zdravstveno tveganje bi morali imeti zdravstveni delavci na primer ključno vlogo pri osveščanju pacientov glede pomembnosti telesne dejavnosti, tudi v sodelovanju z drugimi sektorji, kot je na primer sektor športa²¹.

Da bi lahko bili sistemi načrtovanja zdravstvenega usposabljanja korak pred tem razvojem, morajo biti pametnejši in odzivnejši ter morajo uspešneje pritegovati študente k opravljanju tistih specializacij, ki so nujno potrebne.

Poleg tega podatki kažejo, da bi bilo treba več pozornosti namenjati zdravlilom, saj delež zasebnih odhodkov, namenjenih zdravlilom, bistveno presega tistega za druge storitve javnega zdravstvenega varstva.

Nacionalne odločbe v zvezi s cenami in povračili imajo posredne in neposredne učinke na dostopnost do zdravil po vsej EU, saj inovativni proizvodi niso vedno dosegljivi v vseh državah članicah istočasno, v nekaterih državah pa sploh niso na voljo.

V zvezi s tem je bil prvi korak izboljšanju narejen v okviru postopka družbene odgovornosti farmacevtskega sektorja, ki je spodbudil razprave med pristojnimi organi, odgovornimi za določanje cen in povračil, in drugimi deležniki, ter podprl pregledno izmenjavo informacij glede učinkovitejšega dostopa do zdravil.

4. Izboljšanje prožnosti zdravstvenih sistemov

Sodobni zdravstveni sistemi morajo ostati dostopni in učinkoviti, hkrati pa si prizadevati za dolgoročno vzdržnost. Da bi to lahko dosegli, morajo ostati fiskalno vzdržni. Komisija države članice pri tem podpira, tako da zagotavlja analize in napovedi ter daje priporočila glede reform kot del procesa evropskega semestra.

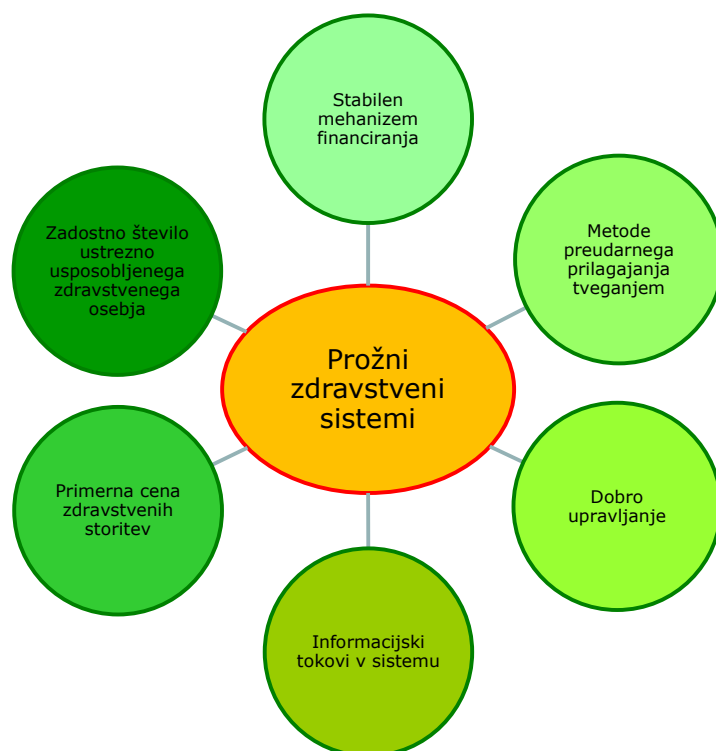
Zdravstveni sistemi bi morali biti pozorni tudi na nefiskalne dejavnike. Morajo se znati učinkovito prilagajati spremenjenim okoliščinam ter prepoznati in uporabljati inovativne rešitve pri reševanju pomembnih izzivov – pomanjkanje zdravstvenih delavcev/virov na določenih področjih,

²⁰ Uredba (ES) št. 883/2004 z dne 29. aprila 2004 o koordinaciji sistemov socialne varnosti, UL L 166, 30.4.2004.

²¹ Priporočilo Sveta z dne 26. novembra 2013 o spodbujanju zdravju koristnih telesnih dejavnosti v različnih sektorjih, UL C 354, 4.12.2013.

nepričakovano povečanje števila pacientov (npr. v času epidemij) itd. – z omejenimi sredstvi. Drugače povedano, morajo biti prožni in takšni ostati tudi v prihodnje.

Vsi zdravstveni sistemi v EU se niso znali enako dobro odzvati na gospodarsko krizo, nekateri od njih pa so morali v zelo kratkem času izvesti obsežne in včasih tudi boleče reforme. Komisija je na podlagi izkušenj, pridobljenih v času zadnjih reform, opredelila naslednje dejavnike prožnosti, ki so nekaterim zdravstvenim sistemom omogočili ohraniti dostopne in učinkovite storitve zdravstvenega varstva za prebivalstvo.



Stabilni mehanizmi financiranja

Stabilno financiranje omogoča učinkovito načrtovanje vlaganj in nemoteno delovanje storitev pri organizaciji in upravljanju zdravstvenega varstva. Zdravstveni sistemi, katerih financiranje temelji na manj stabilnih virih prihodkov, so bolj izpostavljeni zunanjim pretresom, npr. sistemi, ki se pri financiranju v veliki meri zanašajo na prispevke na podlagi zaposlitve, so bolj izpostavljeni posledicam povečanja brezposelnosti. Stabilnost sredstev lahko zagotovijo prihranki ali druge proticiklične formule za vladne proračunske prenose.

Metode preudarnega prilagajanja tveganjem

Usklajen sistem prilagajanja tveganjem in združevanja tveganj je ključno orodje, ki zagotavlja, da je poraba sredstev v skladu s potrebami. Ko posamezne zdravstvene zavarovalnice poberejo socialne prispevke ali zavarovalne premije, se na podlagi mehanizma za prilaganje tveganjem/izenačevanje tveganj upoštevajo velikost, struktura po starosti in spolu ter pričakovan vzorec obolenj posameznikov, zavarovanih v vsakem skladu. S tem se prepreči selekcija pacientov in diskriminacija ter se zagotovi, da so vlaganja prilagojena potrebam.

Dobro upravljanje

Pri upravljanju gre za natančno opredeljene odgovornosti glede vodenja zdravstvenega sistema in njegovih glavnih sestavnih delov, skupaj z močnim vodstvom, mehanizmi finančne odgovornosti ter jasno organizacijsko strukturo. To omogoča, da se sistemi hitro prilagodijo novim ciljem in prednostnim nalogam ter okrepijo svojo sposobnost odzivanja na pomembne izzive, s tem ko opredeljujejo in vzpostavljajo ukrepe, ki podpirajo pametne odločitve glede vlaganj.

Informacijski tokovi v sistemu

Dobro poznavanje prednosti in pomanjkljivosti ter sposobnost spremljanja informacij, vključno na ravni posameznih pacientov ali izvajalcev zdravstvenega varstva, omogoča upravljavcem zdravstvenih sistemov, da v posameznih podsektorjih sprejemajo prilagojene in z dokazi podprte odločitve.

Informacijski sistemi, ki temeljijo na e-zdravju, omogočajo in podpirajo krepitev informacijskih sistemov znanja. Še več, e-zdravje lahko zagotovi bolj prilagojeno zdravstveno varstvo, ki je bolj ciljno usmerjeno, učinkovito in uspešno ter prispeva k zmanjšanju napak in skrajša čas hospitalizacij.

Primerna cena zdravstvenih storitev

Pri razumevanju kompleksnosti procesov, ki vodijo od stroškov do rezultatov, je bistveno pojasniti, na kakšen način stroški ustrezajo človeškim in fizičnim virom, kako viri prispevajo k dejavnostim (npr. kirurški posegi, diagnostični testi), kako se dejavnosti razvrščajo glede na zdravstveni poseg, ter končno, kakšen je vpliv zdravstvenih posegov na zdravje.

Ocenjevanje zdravstvene tehnologije je ključnega pomena, da se zagotovi skupna metoda za vrednotenje učinkovitosti posegov in pravilno obračunavanje stroškov za storitve ter da se lahko zato nosilec odločanja sredstva dodelijo na najučinkovitejši način.

Sposobnost natančnega izračunavanja stroškov storitev zdravstvenega varstva ni potrebna samo za spremljanje odhodkov, ampak je tudi predpogoj za učinkovite odločitve glede vlaganj in prednostnih nalog.

Zadostno število ustrezno usposobljenega zdravstvenega osebja

Zadostno število visoko usposobljenega in motiviranega zdravstvenega osebja z ustreznim znanjem in spretnostmi je ključnega pomena za iskanje inovativnih rešitev v okviru organizacijskih in tehnoloških sprememb. Učinkovita struktura spodbud je bistvenega pomena pri večji uspešnosti zdravstvenih delavcev in usmerjanju pozornosti na neposredno zagotavljanje zdravstvenega varstva.

5. Program EU za učinkovite, dostopne in prožne zdravstvene sisteme

Glavno odgovornost za zdravstvene sisteme imajo države članice. EU je sprejela številne ukrepe, s katerimi lahko podpira države članice, zlasti z zagotavljanjem smernic in orodij za spremljanje ali vrednotenje.

Komisija je ustanovila neodvisno skupino strokovnjakov, ki svetuje v zvezi z vlaganji v zdravstvo²². Ta skupina bo Komisiji zagotavljala analize in priporočila glede številnih obravnavanih vprašanj.

Podpora za krepitev učinkovitosti zdravstvenih sistemov

Ocenjevanje uspešnosti zdravstvenih sistemov

Svet ministrov za zdravje je pozval države članice, naj pri oblikovanju politik, odgovornosti in preglednosti uporabljajo ocenjevanje uspešnosti zdravstvenih sistemov, prav tako pa je pozval Komisijo, da države članice podpira pri uporabi ocenjevanja uspešnosti zdravstvenih sistemov.

V odgovor na ta poziv bo skupno sodelovanje pri ocenjevanju uspešnosti zdravstvenih sistemov državam članicam zagotovilo orodja in metodologije, vključno z:

- uporabljanjem raziskav, ki jih financira EU, v zvezi z ukrepi in kazalniki za ocenjevanje uspešnosti;
- opredelitvijo meril in postopkov za izbor prednostnih nalog za ocenjevanje uspešnosti zdravstvenih sistemov na nacionalni ravni in ravni EU;
- razvijanjem prilagojenega sistema poročanja;
- krepitevijo sodelovanja z mednarodnimi organizacijami, zlasti z OECD in Svetovno zdravstveno organizacijo.

To sodelovanje lahko prav tako omogoči bolj ciljno usmerjeno delovanje na ravni EU za zmanjševanje neenakosti, tako da se zagotovi podpora državam članicam, ki so po uspešnosti pod povprečjem EU, kar pripomore k izboljšanju njihovega položaja. Prav tako bi lahko bilo sodelovanje koristno pri tem, da bi državam članicam pomagalo izpolniti zahteve na podlagi Direktive (EU) št. 24/2011 o informacijah o standardih varnosti in kakovosti.

Kakovost zdravstvenega varstva, vključno z varnostjo pacientov

Komisija namerava spomladi 2014 predstaviti svoje drugo poročilo v zvezi z izvajanjem priporočil Sveta o varnosti pacientov²³. Na podlagi ugotovitev tega poročila namerava obravnavati ukrepe, s katerimi bi se še dodatno izboljšala varnost pacientov ter zmanjšale neupravičene razlike med in znotraj držav članic.

Ugotovitve nedavnega javnega posvetovanja o varnosti pacientov in kakovosti zdravljenja kažejo, da obstaja veliko zanimanje za oblikovanje širšega programa EU, s katerim bi se obravnavala vprašanja, ki vplivajo na kakovost v zdravstvenem varstvu. Komisija namerava sprejeti nadaljnje ustrezne ukrepe.

Povezovanje zdravstvenega varstva

²² Sklep Komisije z dne 5. julija 2012 o ustanovitvi medsektorske in neodvisne skupine za svetovanje o učinkovitih načinih vlaganja v zdravstvo, UL C 198, 6.7.2012.

²³ Prvo poročilo je bilo objavljeno leta 2012: COM(2012) 658.

Povezovanje zdravstvenega varstva bi moralo potekati med različnimi ravni zdravstva (primarna oskrba, bolnišnična oskrba itd.) ter med zdravstvenim in socialnim varstvom, zlasti pri starejših ljudeh ali posameznikih s kroničnimi boleznimi.

Reforme držav članic za zmanjšanje odvisnosti njihovih zdravstvenih sistemov od bolnišnične oskrbe z boljšim povezovanjem zdravstvenega varstva so lahko priložnost za izmenjavo učnih izkušenj na ključnih področjih in za odgovore na naslednji vprašanj:

- Katere paciente bi bilo mogoče bolj ali enako kakovostno zdraviti zunaj bolnišnice?
- Kako uspešno zmanjšati število bolnišničnih zdravljenj, ki se jim je mogoče izogniti?

Skupina strokovnjakov za vlaganja v zdravstvo je objavila poročilo o primarni oskrbi in povezovanju zdravstvenega varstva, na podlagi katerega je Komisija začela javno posvetovanje, da bi opredelila nova področja za razmislek.

Večja dostopnost zdravstvenega varstva

Zdravstveno osebje v EU

Ugotovljene so bile velike vrzeli glede zmožnosti držav članic za načrtovanje prihodnjih potreb po zdravstvenem osebju, ki se nanašajo na obseg ter potrebne kombinacije spretnosti, da bi se učinkovito zadovoljile pričakovane potrebe zdravstvenega varstva.

Rezultati akcijskega načrta o zdravstvenem osebju²⁴ bodo pripomogli k boljšemu napovedovanju prihodnjih potreb po znanjih in spretnostih ter omogočili pomemben vpogled v usposabljanje prihodnjih generacij zdravstvenih delavcev z ustreznim znanjem in spretnostmi. Povečanje razpoložljivih podatkov za izboljšanje nacionalnih sistemov načrtovanja lahko prav tako pomaga obravnavati izzive glede mobilnosti zdravstvenega osebja in poiskati rešitve, ki upoštevajo pravico do prostega gibanja v EU.

Prizadevanja pri načrtovanju števila zdravstvenega osebja bi morala obroditi dolgoročne rešitve na ravni EU, da se zagotovi zadostno število primerno usposobljenih zdravstvenih delavcev z ustreznim znanjem in spretnostmi, ki bodo zagotavljali zdravstveno oskrbo tistim, ki jo bodo potrebovali. Da bi se v prihodnje države članice izognile pomanjkanju zdravstvenih delavcev ter neusklajenosti med ponudbo in povpraševanjem po spretnostih, namerava Komisija z njimi še naprej sodelovati pri oblikovanju priporočil, skupnih orodij, kazalnikov in smernic ter tako okrepiti podporo EU pri načrtovanju držav članic.

Stroškovno učinkovita uporaba zdravil

EU potrebuje konkurenčno farmacevtsko industrijo. Zato morajo države članice in Komisija nadalje premisliti, kako uskladiti cilje politik glede zagotavljanja dostopnosti zdravstvenega varstva za vse državljane EU in potrebo po omejitvi stroškov. Razmisliti bi bilo treba o boljšem sodelovanju pri vzpostavitvi mehanizmov za večjo preglednost in učinkovitejše usklajevanje, s katerimi bi se zmanjšali

²⁴ SWD(2012) 93, ki dopolnjuje COM(2012) 173.

nezaželeni učinki, ki bi jih lahko imeli trenutni nacionalni sistemi določanja cen v smislu dostopnosti po vsej EU.

Optimalno izvajanje Direktive (EU) št. 24/2011

Direktiva (EU) št. 24/2011 omogoča pacientom večjo izbiro na področju zdravstvenega varstva in jim pomaga, da se z njihovim zdravljenjem ne odlašajo po nepotrebnem. Direktiva bo izboljšala preglednost s tem, da od držav članic zahteva, da vzpostavijo nacionalne kontaktne točke, ki bodo državljanom zagotavljale informacije, vključno z njihovimi pravicami in upravičenostjo, varnostjo pacientov in kakovostjo zdravstvenih standardov. Prav tako poziva k boljšemu razumevanju košarice pravic. Države članice morajo zagotoviti, da se vse določbe te direktive ustrezno izvajajo. Komisija bo pozorno spremljala, kako bodo države članice uporabljale pojem nepotrebnega odlašanja.

Referenčne mreže bodo spodbujale sodelovanje med visoko specializiranimi izvajalci po vseh državah članicah, kar bo pacientom z nizkoprevalenčnimi, zapletenimi ali redkimi boleznimi omogočilo dostop do visokokakovostnega zdravljenja. Komisija namerava objaviti razpise za prijavo interesa za članstvo v evropski referenčni mreži, ki bi lahko prav tako zagotavljala usposabljanje zdravstvenih delavcev in podporo pri oblikovanju skupnih zahtev glede zagotavljanja kakovosti.

Večja prožnost zdravstvenih sistemov

Dejavnike prožnosti v zdravstvenih sistemih in načine, kako jih oblikovati, je nujno nadalje proučevati. Države članice bi morale bolje analizirati te dejavnike na podlagi svojih nacionalnih izkušenj. To bi morale dopolnjevati delo EU na področju izmenjave dobrih praks in oblikovanja ukrepov politik. Naslednji pristopi bodo koristni pri izboljšanju prožnosti zdravstvenih sistemov v Evropski uniji.

Ocenjevanje zdravstvene tehnologije

Ocenjevanje zdravstvene tehnologije je znanstveni pristop, s katerim se vrednoti relativni učinek, ki ga določena zdravstvena tehnologija ima na zdravstveno stanje, tako da odgovarja na vprašanja, kot so:

- Ali tehnologija deluje uspešno?
- Komu je namenjena?
- Kako visoki so stroški?
- Kako dobro deluje v primerjavi z alternativnimi tehnologijami?

Ocenjevanje zdravstvene tehnologije se je izkazalo kot učinkovito orodje za izboljšanje dostopa pacientov do inovativnih tehnologij in spodbujanje učinkovitejšega dodeljevanja sredstev.

Države članice sodelujejo pri ocenjevanju zdravstvenih tehnologij v okviru mreže, ustanovljene z Direktivo (EU) št. 24/2011. Komisija podpira visoko zastavljen cilj glede mreže za ocenjevanje zdravstvene tehnologije, predvsem v smislu, da bi morale biti skupno pridobljene informacije v zvezi z ocenjevanjem zdravstvene tehnologije ponovno uporabljene na nacionalni ravni. To bo zmanjšalo podvajanje dela regulatorjev, organov in industrije, povezanih z ocenjevanjem zdravstvene

tehnologije, ter bo pripeljalo do skupnega razumevanja kliničnih vidikov zdravstvenih tehnologij (tj. njihova relativna varnost in učinkovitost/uspešnost).

V prihodnjih letih se bo razvila še bolj ambiciozna in stabilna struktura za podporo znanstvenemu sodelovanju na področju ocenjevanja zdravstvene tehnologije. Komisija v sodelovanju z mrežo za ocenjevanje zdravstvene tehnologije pripravlja možne predloge v zvezi s tem.

Zdravstveni informacijski sistem

Pri vsakem posegu za povečanje prožnosti zdravstvenega sistema je treba upoštevati tudi sam sistem. Odločitve o vlaganju ali prenehanju vlaganja v posebne sektorje morajo temeljiti na razumevanju procesov, ki upravljajo te sektorje, ter vplivu takšnih posegov na zdravstvene in gospodarske parametre.

Države članice bi morale zato vlagati v razvoj svojih informacijskih tokov, da bi se na primer informacijski tokovi na ravni pacienta ustrezno usmerili k vsem potrebnim izvajalcem zdravstvenega varstva ali da bi se podprla učinkovitejša in bolj vzdržna reorganizacija zdravstvenih sistemov in storitev²⁵.

Komisija razmišlja, da bi podprla države članice pri ustanovitvi trajnostnega in povezanega zdravstvenega informacijskega sistema EU, zlasti s proučevanjem potenciala, ki bi ga imel celovit Konzorcij evropske raziskovalne infrastrukture (ERIC) v zvezi z informacijami o zdravju.

E-zdravje

Komisija močno spodbuja sodelovanje med državami članicami na področju e-zdravja ter jih podpira pri razvijanju in izvajanju stroškovno učinkovitih in interoperabilnih rešitev, namenjenih izboljšanju zdravstvenih sistemov²⁶. Komisija v skladu z Direktivo (EU) št. 24/2011 podpira mrežo za e-zdravje, ki skuša doseči trajnostne koristi evropskih sistemov in storitev e-zdravja ter interoperabilnih aplikacij. Akcijski načrt e-zdravja za obdobje 2012–2020 prav tako poudarja koristi storitev e-zdravja za državljane, paciente in izvajalce zdravstvenega varstva ter predlaga posebne ukrepe za odpravljanje ovir pri razvijanju teh storitev.

Potrebna so nadaljnja prizadevanja za razvoj učinkovitih in interoperabilnih telemedicinskih storitev. Evropske referenčne mreže bodo enkratna priložnost, da se telemedicina uvede in preskusi v EU.

6. Zaključne ugotovitve

V Letnem pregledu rasti za leto 2013 je zapisano: „Glede na demografske izzive in povečanje odhodkov, povezanih s staranjem prebivalstva, bi bilo treba izvesti tudi reforme sistemov zdravstvenega varstva, da bi se zagotovili stroškovna učinkovitost in vzdržnost, pri čemer bi se

²⁵ Glej sklepe poročila projektne skupine za e-zdravje z naslovom „Redesigning health in Europe for 2020“ („Preoblikovanje zdravstva v Evropi za leto 2020“), ki oblikovalce politik poziva, da uporabijo moč podatkov: <http://ec.europa.eu/digital-agenda/en/news/eu-task-force-ehealth-redesigning-health-europe-2020>.

²⁶ COM(2012) 736.

učinkovitost teh sistemov ocenjevala glede na dvojni cilj bolj učinkovite porabe javnih sredstev in dostopa do visokokakovostnega zdravstvenega varstva“.

Zmožnost držav članic, da bodo lahko v prihodnje vsem prebivalcem zagotavljale visokokakovostno zdravstveno varstvo, bo odvisna od povečanja prožnosti zdravstvenih sistemov in njihove sposobnosti kosanja s prihajajočimi izzivi. Pri doseganju tega pa morajo biti obenem še naprej stroškovno učinkoviti in fiskalno vzdržni.

Čeprav je to v prvi vrsti naloga držav članic, so v tem sporočilu izpostavljene številne pobude, s katerimi lahko EU podpira oblikovalce politik v državah članicah. EU bo morala te pobude razvijati in jih nadgraditi, da se bodo lahko dosegla pričakovanja državljanov glede visokokakovostnega zdravstvenega varstva. Poudarek bo moral biti na metodah in orodjih, ki bodo državam članicam omogočala, da dosežejo večjo učinkovitost, dostopnost in prožnost svojih zdravstvenih sistemov v skladu s priporočili za reforme, naslovljenimi na države članice v okviru evropskega semestra. Države članice se spodbuja, naj za izvajanje reform, opredeljenih v teh priporočilih, uporabijo evropske instrumente financiranja.

