EUROPOS
KOMISIJA

Briuselis, 2014 04 04
COM(2014) 215 final

KOMISIJOS KOMUNIKATAS

dėl efektyvių, prieinamų ir lanksčių sveikatos priežiūros sistemų

1. Įvadas

Sveikatos priežiūros sistemos[1] šiuolaikinėje visuomenėje atlieka svarbų vaidmenį – padeda žmonėms išsaugoti ir gerinti sveikatą. Sveikatos priežiūros sistemos turėtų (gebėti) padėti gyventi ne tik ilgiau, bet ir sveikiau.

ES valstybių narių sveikatos priežiūros sistemos yra įvairios, tai – skirtingų visuomenės pasirinkimų atspindys. Tačiau nepaisant organizacinių ir finansinių skirtumų, minėtos sistemos grindžiamos bendromis vertybėmis, kurias 2006 m. pripažino Sveikatos ministrų taryba[2]: universalumo, galimybės gauti geros kokybės sveikatos priežiūrą, teisingumo ir solidarumo vertybėmis.

ES sveikatos priežiūros sistemų sąveika vis didėja. Ją gerokai paskatino įsigaliojusi Direktyva 2011/24[3]. Didėjant pacientų ir sveikatos priežiūros specialistų judumui, glaudesnis sveikatos priežiūros sistemų bendradarbiavimas turėtų padėti joms veikti geriau.

Per pastarąjį dešimtmetį Europos sveikatos priežiūros sistemoms kilo vis opesnių bendrų uždavinių: didėjančios sveikatos priežiūros išlaidos, gyventojų senėjimas, dėl kurio padidėjo sergamumas lėtinėmis ligomis ir keliomis ligomis vienu metu bei sveikatos priežiūros poreikis), sveikatos priežiūros specialistų trūkumas ir netolygus pasiskirstymas, sveikatos priežiūros skirtumai ir nevienodos galimybės ja naudotis .

Be to, pastaraisiais metais dėl ekonomikos krizės sumenko turimi finansiniai ištekliai, valstybėms narėms tapo sunkiau užtikrinti savo sveikatos priežiūros sistemų tvarumą[4]. Dėl to valstybėms narėms sunku užtikrinti visuotinę galimybę naudotis geros kokybės sveikatos priežiūros paslaugomis. Sveikatos priežiūros sistemos turi būti lanksčios: jos turi gebėti veiksmingai prisitaikyti prie kintančios aplinkos ir spręsti svarbius uždavinius, naudodamosi ribotais ištekliais.

Vis didėjant tarpusavio priklausomybei ir siekiant spręsti bendrus uždavinius, reikia glaudžiau bendradarbiauti. 2006 m. naudodamos atvirąjį koordinavimo metodą socialinės apsaugos ir socialinės įtraukties srityje valstybės narės sutarė dėl bendrų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo, kokybės ir finansinio tvarumo tikslų[5]. 2011 m. Sveikatos ministrų taryba pradėjo ES lygmens svarstymų procesą, kuris turėtų padėti valstybėms narėms užtikrinti modernias, atviras ir tvarias sveikatos priežiūros sistemas[6]. Ji pripažino, kad *„lygių galimybių naudotis aukštos kokybės*

---

[1] Šiame komunikate sveikatos priežiūros sistemos apibrėžiamos kaip sistemos, kurių tikslas – pacientams teikti sveikatos priežiūros paslaugas (prevencines, diagnostines, gydomąsias ir palaikomąsias), kuriomis visų pirma siekiama gerinti sveikatą.

[2] Tarybos išvados dėl Europos Sąjungos sveikatos sistemų bendrų vertybių ir principų (OL C 146, 2006 6 22).

[3] Direktyva 2011/24/ES (OL L 88, 2011 4 4).

[4] Tai pabrėžta ir Tarybos išvadose dėl bendros Ekonominės politikos komiteto ir Komisijos ataskaitos dėl ES sveikatos priežiūros sistemų (2010 m. gruodžio 7 d.).

[5] Bendra Socialinės apsaugos komiteto ir Ekonominės politikos komiteto nuomonė dėl Komisijos komunikato „Dirbti kartu, dirbti geriau: naujosios Europos Sąjungos socialinės apsaugos ir integracijos politikos atvirojo koordinavimo sistemos pasiūlymai“, kurią 2006 m. kovo 10 d. patvirtino Užimtumo, socialinės politikos, sveikatos ir vartotojų reikalų taryba.

[6] Tarybos išvados „Siekiant modernių, atvirų ir tvarių sveikatos priežiūros sistemų“ (2011 m. birželio 6 d.).

sveikatos priežiūros paslaugomis užtikrinimas, kai nepakanka ekonominių ir kitų išteklių, visada buvo vienas iš svarbiausių klausimų, o šiuo metu, kintant padėties mastui ir aktualumui, šis klausimas, jei jis nebūtų sprendžiamas, galėtų tapti lemiamu veiksniu, turinčiu įtakos būsimai ES ekonominei ir socialinei padėčiai".

2013 m. gruodžio mėn. savo išvadose „Svarstymų procesas, siekiant modernių, atvirų ir tvarių sveikatos priežiūros sistemų"[7] Sveikatos ministrų taryba patvirtino pažangą ir paragino tęsti darbą šioje srityje.

2014 m. metinėje augimo apžvalgoje[8] nurodyta, kad siekiant įtvirtinti ilgalaikį atsigavimą „dabar didžiausias prioritetas yra užtikrinti augimą ir konkurencingumą". Atsižvelgiant į šį tikslą minėtoje apžvalgoje pabrėžiama, kad reikia gerinti sveikatos priežiūros sistemų veiksmingumą ir finansinį tvarumą ir kartu didinti jų efektyvumą bei gebėjimą tenkinti socialinius poreikius, taip pat užtikrinti būtinas socialinės apsaugos priemones. Be to, pripažįstama sveikatos priežiūros sektoriaus svarba šalinant socialinius ekonominės krizės padarinius ir pabrėžiama, kad sveikatos priežiūros paslaugų srityje per artimiausius metus atsiras nemažai galimybių įsidarbinti. Apžvalgoje rekomenduojama plėtoti aktyvios socialinės įtraukties strategijas, taip pat sudaryti galimybes plačiai naudotis įperkamomis aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugomis.

Tai pabrėžta ir 2013 m., kai vykdant Europos semestro iniciatyvą vienuolikai valstybių narių[9] pateiktos rekomendacijos reformuoti savo sveikatos priežiūros sistemas. Dauguma šių rekomendacijų visų pirma buvo susijusios su sveikatos priežiūros sistemų tvarumu ir išlaidų efektyvumu: buvo raginama vykdyti reformas ligoninių sektoriuje, taip pat sveikatos priežiūros paslaugų kainų, ambulatorinės sveikatos priežiūros ir pirminės sveikatos priežiūros srityse. Trijose rekomendacijose taip pat buvo raginama išlaikyti arba pagerinti galimybes naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis.

Kaip pripažįstama Komisijos tarnybų darbiniame dokumente „Investicijos į sveikatą" (angl. „Investing in Health")[10], kuris yra socialinių investicijų dokumentų rinkinio dalis, sveikata ne tik yra vertybė pati savaime, bet ir būtina ekonomikos klestėjimo sąlyga. Žmonių sveikata turi įtakos ekonominiams rezultatams – našumui, darbo jėgos pasiūlai, žmogiškajam kapitalui ir viešosioms išlaidoms. Sveikatos sektoriaus tobulėjimą labai skatina inovacijos, šis sektorius labai reikšmingas ekonomikai: jis sudaro 10 proc. ES BVP. Be to, šis sektorius labai imlus darbui – tai vienas didžiausių ES sektorių: 2010 m. sveikatos priežiūros darbuotojai sudarė 8 proc. visų ES darbuotojų[11].

Šiame komunikate remiamasi pastaraisiais metais įgyta patirtimi ir atliktu darbu, taip pat siekiama toliau plėtoti atitinkamus ES lygmens metodus. Jame daugiausia dėmesio skiriama veiklai, kuria būtų siekiama:

---

[7] Tarybos išvados „Svarstymų procesas, siekiant modernių, atvirų ir tvarių sveikatos priežiūros sistemų" (2013 m. gruodžio 10 d.).

[8] COM(2013) 800.

[9] Austrijai, Bulgarijai, Čekijai, Vokietijai, Suomijai, Prancūzijai, Maltai, Lenkijai, Rumunijai, Slovakijai ir Ispanijai.

[10] COM(2013) 83.

[11] SWD(2012) 93, pridėtas prie COM(2012) 173.

1. didinti sveikatos priežiūros sistemų efektyvumą;
2. didinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą;
3. didinti sveikatos priežiūros sistemų lankstumą.

2. Sveikatos priežiūros sistemų efektyvumo didinimas

Efektyvumas, saugumas ir pacientų patirtis yra svarbūs sveikatos priežiūros kokybės aspektai ir reikšmingas sveikatos priežiūros sistemų veiklos elementas. ES lygmeniu toliau siekiama gerinti pacientų saugą[12], o svarbiai pacientų patirties sričiai ateityje reikės skirti papildomo dėmesio.

Šiame komunikate daugiausia dėmesio skiriama efektyvumui: sveikatos priežiūros sistemų gebėjimui pasiekti teigiamų rezultatų sveikatos priežiūros srityje, t. y. pagerinti gyventojų sveikatos būklę.

Nustatyti sveikatos priežiūros sistemų efektyvumą bus vis svarbiau visų pirma dėl to, kad sveikatos priežiūros sistemos nėra vienintelis sveikatos gerinimo veiksnys. Nors valstybėse narėse gyvenimo trukmė vis dar gerokai skiriasi, apskritai gyvename ilgiau ir esame sveikesni negu ankstesnių kartų atstovai. Tam didelės įtakos turėjo nemaža pažanga visuomenės sveikatos srityje ir kitose srityse, nesusijusiose su sveikatos apsauga. Be to, ateityje galima tikėtis ir kitų teigiamų pokyčių, pavyzdžiui, dėl to, kad žmonės mažiau rūkys, vartos mažiau alkoholio, geriau maitinsis ir bus fiziškai aktyvesni. Bendrai sutariama, kad per pastaruosius penkiasdešimt šešiasdešimt metų sveikatos priežiūros sektorius stipriai padėjo pagerinti gyventojų sveikatą.

Lyginamoji informacija apie sveikatos priežiūros sistemų veiksmingumą pradėta rinkti neseniai. Toliau pateikti pavyzdžiai rodo, kuriose srityse sveikatos priežiūros sistemos akivaizdžiausiai padėjo pagerinti sveikatą. Atsižvelgiama į žinomus ES masto rodiklius (pvz., perinatalinio mirtingumo, mirtingumo, kurio būtų galima išvengti, sergamumo ligomis, nuo kurių galima apsisaugoti pasiskiepijus, taip pat vėžio atrankinių patikrų rodiklius). Šis palyginimas rodo, kad ES valstybėse narėse yra didelių skirtumų.

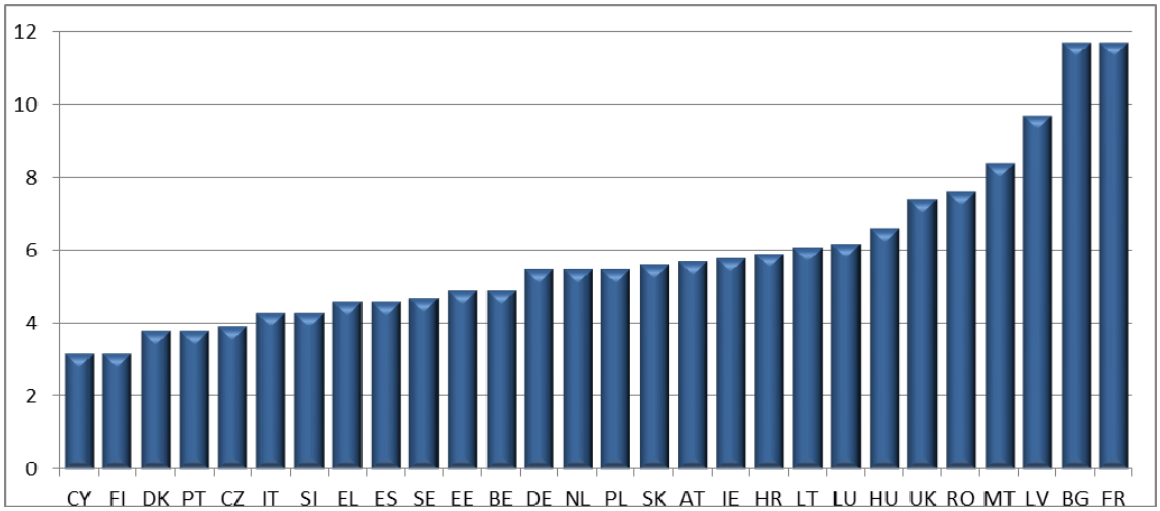
Perinatalinis mirtingumas

Perinatalinis mirtingumas yra rodiklis, kurį sudaro vaisių mirtingumas vėlyvu nėštumo etapu (po 28 savaičių nėštumo) ir ankstyvasis neonatalinis mirtingumas (per pirmąsias septynias dienas po gimimo). Palyginti su kūdikių mirtingumu[13], šis rodiklis mažiau siejamas su socialiniais ir ekonominiais veiksniais, todėl jis patikimiau rodo sveikatos priežiūros sistemų veiksmingumą.

[12] 2009 m. birželio 9 d. Tarybos rekomendacija dėl pacientų saugos ir su sveikatos priežiūra susijusių infekcijų prevencijos ir kontrolės (OL C 151, 2009 7 3).

[13] Kūdikių mirtingumas yra per pirmuosius vienus metus mirusių vaikų skaičius, tenkantis 1000 gimusių gyvų kūdikių.

1 grafikas. Perinatalinis mirtingumas 1000 gimimų (2011 m. arba naujausi duomenys)



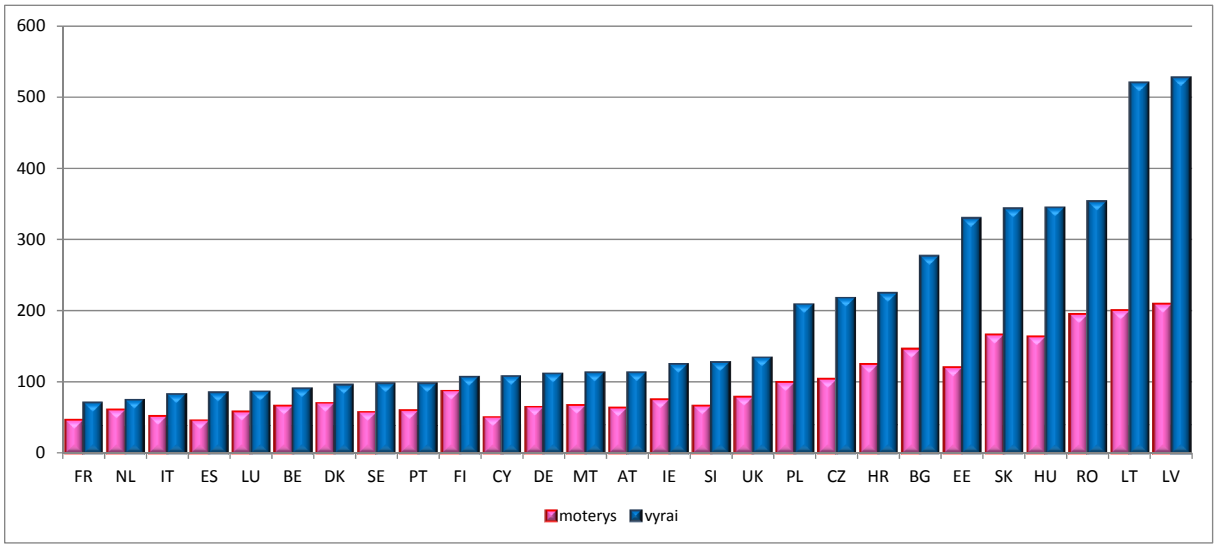
Duomenų šaltinis: Eurostato duomenų bazė, projektas „Europeristat“ (parengtas Komisijos darbuotojų)

Per pastaruosius penkerius metus perinatalinis mirtingumas daugumoje valstybių narių sumažėjo, tačiau kai kuriose – padidėjo.

Mirtingumas, kurio būtų galima išvengti

Mirtingumas, kurio būtų galima išvengti, yra apibrėžiamas kaip pirmalaikis mirtingumas, kurio būtų galima išvengti laiku suteikus efektyvias sveikatos priežiūros paslaugas. Tai svarbus rodiklis, kuriuo remiantis vertinamas sveikatos priežiūros sistemų poveikis sveikatai[14]. Mirtingumas, kurio būtų galima išvengti, apima standartinius mirtingumo nuo tam tikrų ligų, kurioms, kaip nustatyta, sveikatos priežiūros paslaugos turi tiesioginį poveikį, rodiklius.

2 grafikas. Mirtingumas, kurio būtų galima išvengti. Standartinis mirtingumas 100 000 gyventojų, 2010 m.



[14] Teigiama, kad lyginant minėtą rodiklį, reikia atsižvelgti ir į sergamumą ligomis, ne tik į mirštamumą nuo jų. Tačiau palyginami duomenys ne visada prieinami.

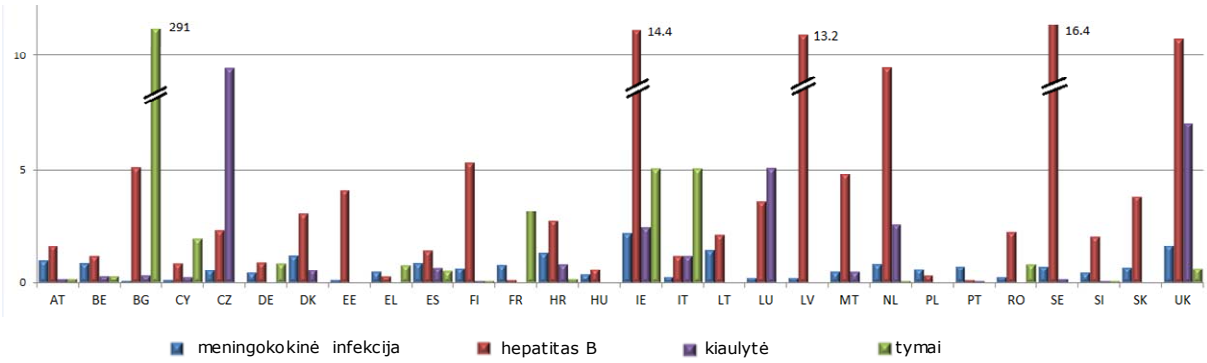
Duomenų šaltinis: Eurostatas (Graikijos duomenų nėra)

Beveik visos valstybės narės 2000–2010 m. sugebėjo šį mirtingumą sumažinti, nors ir labai nevienodai.

Užkrečiamosios ligos

Tinkamų sveikatos priežiūros paslaugų teikimas turi tiesioginės įtakos sergamumui tam tikromis užkrečiamosiomis ligomis: dėl skiepijimo kampanijų labai sumažėjo sergamumas ligomis, nuo kurių galima apsisaugoti pasiskiepijus (nors kai kuriose šalyse susirūpinimą kelia tai, kad skiepijimo rodikliai mažėja).

3 grafikas. Sergamumas ligomis, nuo kurių galima apsisaugoti pasiskiepijus. Patvirtintų atvejų skaičius 100 000 gyventojų, 2011 m.



Duomenų šaltinis: 2012 m. Europos ligų prevencijos ir kontrolės centro metinis epidemiologinis pranešimas

Net jeigu vertintume sergamumą vos keliomis ligomis, nuo kurių galima apsisaugoti pasiskiepijus, (meningokokine infekcija, hepatitu B, kiaulyte ir tymais), atitinkami rodikliai valstybėse narėse labai skiriasi.

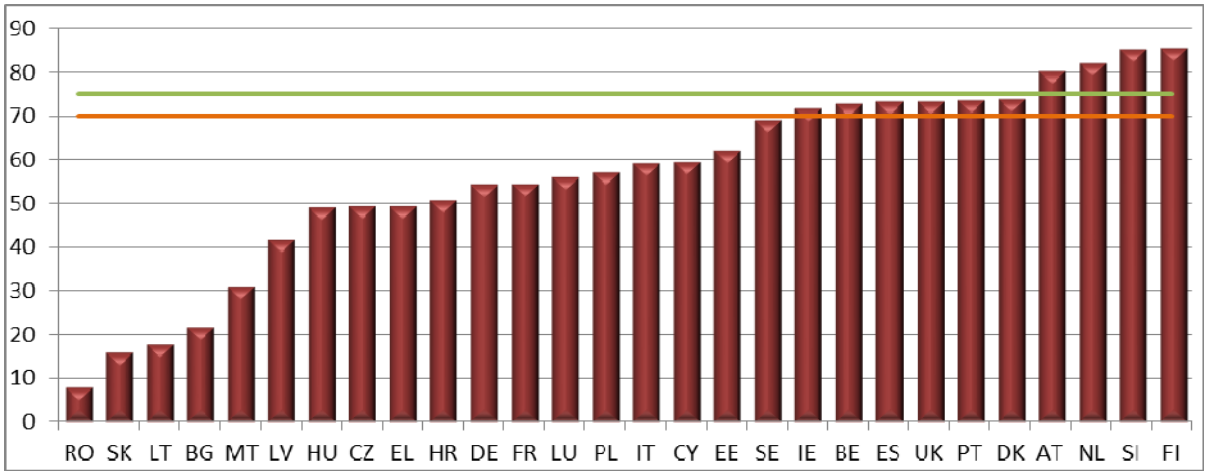
Vėžio atrankinė patikra

Ankstyvoji kolorektalinio, gimdos kaklelio ir krūties vėžio diagnostika, atliekama vykdant demografiniais parametrais grindžiamas atrankinės patikros programas, sveikatos priežiūros sistemoms labai padeda efektyviai apsaugoti gyventojų grupes, kurioms gresia susirgti. Taryba rekomendavo tokias programas įgyvendinti vadovaujantis Europos vėžio atrankinės patikros kokybės užtikrinimo gairėmis[15].

Krūties vėžio srityje padaryta didžiausia pažanga. Nacionalinės atrankinės patikros programos iš esmės atitinka ES gaires dėl tikslinių moterų amžiaus grupių (50–69 m.) ir rekomenduojamų laiko intervalų tarp mamografijų. Vis dėlto, nors Europos gairėse rekomenduojama, kad atrankinėse patikrose dalyvautų bent 75 proc. atitinkamų moterų (taip pat būtų priimtina, jeigu jų dalyvautų bent 70 proc.), šis tikslas 2010 m. pasiektas tik keliose valstybėse narėse.

[15] 2003 m. gruodžio 2 d. Tarybos rekomendacijos dėl vėžio atrankinės patikros (OL L 327, 2003 12 16). Taip pat žr. Europos kolorektaklinio vėžio, gimdos kaklelio vėžio ir krūties vėžio atrankinės patikros ir diagnostikos kokybės užtikrinimo gaires.

4 grafikas. Atrankinė krūties vėžio patikra. Patikrintų 50–69 m. amžiaus moterų procentinė dalis



Duomenų šaltinis: EBPO leidinys „Apie sveikatą glaustai. Europa 2010 m.“, nacionaliniai statistiniai duomenys

Pagrindinės išvados

Dėl šių konkrečių rodiklių, nors jie nėra pakankamai reprezentatyvūs, kad būtų galima plačiai įvertinti sveikatos priežiūros sistemas, galima pateikti keletą pirminių pastabų. Palyginus rodiklius matyti, kad ES valstybėse narėse esama didelių skirtumų. Taip pat matyti, kad rezultatai sveikatos srityje yra daugialypiai ir juos nelengva apibūdinti. Apskritai sveikatos priežiūros sistemų efektyvumo vertinimas yra sudėtingas procesas: sveikatos priežiūros priemonių poveikis gali tapti pastebimas tik po ilgo laiko, taip pat nelengva palyginti duomenis ir užtikrinti jų patikimumą. Tačiau šiuos aspektus siekiama patobulinti.

Komisija padėjo rengti pagrindinius Europos bendrijos sveikatos rodiklius (angl. ECHI) – rodiklius, kurie skirti stebėti gyventojų sveikatą ir sveikatos priežiūros sistemų veiklą. Taip pat paskelbtos kelios Europos sveikatos priežiūros sistemų vertinimo ataskaitos. Ypač vertingi pavyzdžiai – 2010 m. paskelbta Ekonominės politikos komiteto ir Komisijos ataskaita dėl ES sveikatos priežiūros sistemų, taip pat EBPO ir Komisijos leidinys „Apie sveikatą glaustai. Europa“.

Kitas svarbus žingsnis žengtas 2013 m.: Socialinės apsaugos komitetas parengė bendrą sveikatos vertinimo sistemą, kuri turėtų padėti pradiniame etape nustatyti galimas valstybių narių sveikatos priežiūros sistemų problemas. Ji labai padės palyginti sveikatos priežiūros sistemų veiklą, atsižvelgiant į galimybes gauti ES masto duomenų. Galiausiai pagal mokslinių tyrimų ir technologinės plėtros bendrąsias programas buvo finansuojami keli projektai, kuriais buvo siekiama parengti sveikatos priežiūros sistemų veiklos vertinimo rodiklius ir metodus[16].

3. Sveikatos priežiūros sistemų prieinamumo didinimas

Sveikatos priežiūros sistemos turi būti prieinamos. Tai vienas iš principų, nustatytų Europos socialinėje chartijoje[17], kurioje pabrėžta, kad medicininio gydymo paslaugų prieinamumo kriterijai

[16] Žr. pvz., projektus ECHO (http://www.echo-health.eu), „Eurohope“ (http://www.eurohope.info) ir „EuroREACH“ (http://www.euroreach.net).

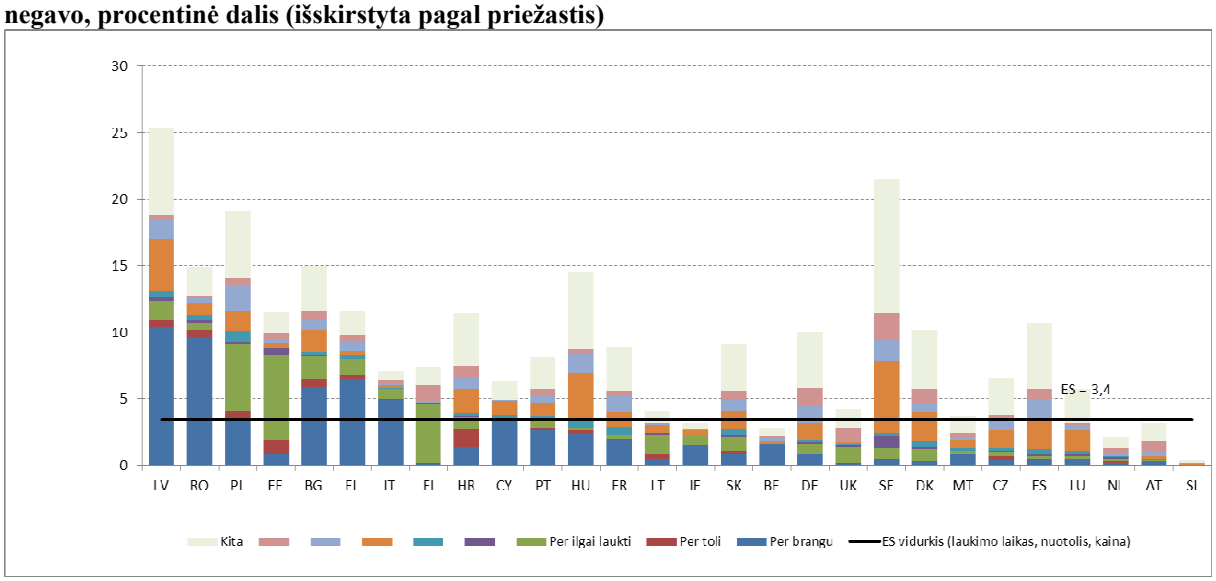
[17] Pataisyta Europos socialinė chartija, Strasbūras, 1996 m. gegužės 3 d.

turi būti skaidrūs, ir valstybės įpareigotos užtikrinti tinkamas sveikatos priežiūros sistemas, kurios sveikatos priežiūros paslaugas teiktų visiems gyventojams.

Tačiau sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą sunku įvertinti ir ES mastu nėra išsamios prieinamumo stebėjimo ir geriausios praktikos skatinimo metodikos. Siekiant mažinti skirtumus sveikatos priežiūros srityje, reikėtų išplėtoti tokią metodiką[18].

Vienas bendrai naudojamų rodiklių – procentinė dalis gyventojų, kurie praneša sunkiai galintys pasinaudoti sveikatos priežiūros paslaugomis dėl tam tikrų sveikatos priežiūros sistemų prieinamumo aspektų[19]: laukimo laiko, kelionės atstumo ar patiriamų išlaidų. Tačiau šios išvados grindžiamos pačių respondentų įvardytais poreikiais, todėl, kai lyginami skirtingų šalių duomenys, įtakos gali turėti kultūriniai veiksniai.

5 grafikas. Gyventojų, kurie nurodė, kad jiems reikėjo medicininės apžiūros, tačiau tokios paslaugos negavo, procentinė dalis (išskirstyta pagal priežastis)



Šaltinis: Eurostatas, 2012 m. statistika apie pajamas ir gyvenimo sąlygas (AT ir IE duomenys – 2011 m.)

Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui įtakos turi įvairūs veiksniai, įskaitant sveikatos priežiūros sistemų aprėptį (t. y. kas turi teisę į sveikatos priežiūrą), aprėpties turinį (t. y. kokias konkrečiai paslaugas piliečiai turi teisę gauti), sveikatos priežiūros paslaugų įperkamumą ir galimybes jas gauti. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui tiesioginės įtakos taip pat turi sveikatos priežiūros sistemų organizavimo ir tvarkymo modeliai. Pacientams gali būti sunkiau naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis, jeigu sveikatos priežiūros sistemos yra sudėtingos ir nepakankamai skaidrios.

[18] COM(2009) 567.

[19] Šioje apklausoje kitos priežastys – tai su sveikatos priežiūros sistemomis nesusijusios priežastys (pvz., laiko stoka, gydytojų baimė ir pan.).

Aprėptis

Beveik visose ES valstybėse narėse sveikatos priežiūros paslaugos daugiausia finansuojamos iš viešųjų šaltinių. Sveikatos priežiūros paslaugų aprėptis yra visuotinė arba beveik visuotinė visose valstybėse narėse, tačiau naudotis tinkamomis sveikatos priežiūros paslaugomis vis dar negali kai kurie palankių sąlygų neturintys asmenys.

Paslaugų krepšelis

Pagal nacionalines sveikatos priežiūros sistemas valstybių finansuojama sveikatos priežiūra skiriasi. Pavyzdžiui, dantų ir akių priežiūros paslaugos ir tam tikros naujausios gydymo paslaugos užtikrinamos tik kai kuriose valstybėse narėse. Keliose valstybėse narėse viešosiomis lėšomis finansuojamos gydymo paslaugos nėra aiškiai apibrėžtos. Dėl to sunku palyginti ir analizuoti duomenis ir bendrai sutarti dėl būtiniausios arba optimalios priežiūros.

Įperkamumas

Žmonės dažnai turi finansiškai atsilyginti už teikiamas paslaugas: turi padengti dalį išlaidų arba dalį kainos. Tai gali padėti užtikrinti, kad sveikatos priežiūros paslaugomis būtų naudojamasi atsakingai. Tačiau padengiama kainos dalis neturėtų trukdyti žmonėms naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis, kurių jiems reikia, ir neturėtų turėti atgrasomojo poveikio. Dėl sveikatos priežiūros sistemose taikomų išlaidų mažinimo priemonių, kuriomis siekiama skatinti racionalesnę sveikatos priežiūrą, neturėtų būti netinkamai ribojamos galimybės gauti aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugas.

Galimybės naudotis paslaugomis (sveikatos priežiūros darbuotojai, atstumas nuo sveikatos priežiūros centrų, laukimo laikas)

Pacientai turėtų turėti tinkamas galimybes naudotis reikiamomis sveikatos priežiūros paslaugomis: jie neturėtų per toli keliauti arba pernelyg ilgai laukti. Tai labai svarbus uždavinys kaimo ir atokiose vietovėse.

Problemas, susijusias su nuotoliu, būtų galima įveikti taikant integruotesnius priežiūros modelius, kuriais gerinamas pacientų ir sveikatos priežiūros sistemos ryšys, taip pat plačiau naudojant e. sveikatos sprendimus.

ES mastu nenustatyta, kaip apskaičiuoti laukimo laiką, nors tai svarbi Reglamento Nr. 883/04 ir Direktyvos 2011/24 sąvoka[20]. Tai gali pasikeisti, nes Direktyva 2011/24 padidinama sveikatos priežiūros sistemų atskaitomybė, susijusi su sveikatos priežiūros prieinamumu, taip pat aiškiau apibūdinama nepagrįsto delsimo laukiant gydymo sąvoka.

Gyventojų senėjimo ir įvairių lėtinių ligų gausėjimo uždaviniams spręsti reikia pačių įvairiausių įgūdžių – į tai reikėtų atsižvelgti sudarant medicinos studijų programas. Tikėtina, kad įvairių profesijų atskirtis silpnės, nes bus kuriamos tarpdisciplininės grupės. Įgūdžių ir kompetencijos paklausa sveikatos priežiūros sektoriuje nuolat keičiasi ir tikėtina, kad uždaviniai ir atitinkamos profesijos taip pat keisis, siekiant tenkinti gyventojų poreikius. Pavyzdžiui, kadangi ES gyventojai labai fiziškai pasyvūs ir dėl to kyla pavojus jų sveikatai, sveikatos priežiūros specialistams ir kitų sektorių (pavyzdžiui, sporto) atstovams tenka svarbus uždavinys – pacientams pabrėžti fizinio aktyvumo svarbą[21].

Tam, kad medicinos studijų sistemos galėtų pasirengti tokiems pokyčiams, jos turi būti pažangesnės, turi gebėti sparčiau reaguoti ir pritraukti studentus įgyti specialybes, kurių labiausiai reikia.

Be to, duomenys rodo, kad daugiau dėmesio reikėtų skirti vaistams, nes jiems skiriama privačių išlaidų dalis yra gerokai didesnė negu kitoms viešomis lėšomis finansuojamoms sveikatos priežiūros sritims.

Nacionaliniai kainodaros ir kompensavimo sprendimai turi tiek tiesioginį, tiek netiesioginį poveikį vaistų prieinamumui visoje Europos Sąjungoje: naujoviški produktai ne visada vienu metu pateikiami visose valstybėse narėse, o kai kuriose šalyse gali apskritai nebūti galimybės jų įsigyti.

Pagerinti padėtį pirmiausia padėjo farmacijos įmonių socialinės atsakomybės didinimo procesas, paskatinęs už kainodarą ir kompensavimą atsakingų kompetentingų institucijų bei kitų suinteresuotųjų subjektų diskusijas ir skaidrų keitimąsi informacija apie tai, kaip pagerinti pacientų galimybes įsigyti vaistų.

4. Sveikatos priežiūros sistemų lankstumo didinimas

Šiuolaikinės sveikatos priežiūros sistemos turi siekti būti tvarios ilguoju laikotarpiu ir kartu išlikti prieinamos ir veiksmingos. Todėl jos turi išlikti tvarios fiskaliniu požiūriu. Komisija padeda valstybėms narėms to siekti: atlieka analizes ir sudaro prognozes, taip pat teikia rekomendacijas vykdyti reformas pagal Europos semestro procesą.

Tačiau sveikatos priežiūros sistemos turėtų skirti dėmesio ir nefiskaliniams veiksniams. Jos turi gebėti veiksmingai prisitaikyti prie kintančios aplinkos, taip pat nustatyti ir taikyti inovacinius svarbių uždavinių (kompetencijos ir išteklių trūkumo tam tikrose srityse, netikėtai padidėjančios paklausos, pavyzdžiui, dėl epidemijų, ir pan.) sprendimus, naudodamosi ribotais ištekliais. Kitaip tariant, jos turi didinti ir išlaikyti lankstumą.

[20] 2004 m. balandžio 29 d. Reglamentas Nr. 883/2004/EB dėl socialinės apsaugos sistemų koordinavimo (OL L 166, 2004 4 30).

[21] 2013 m. lapkričio 26 d. Tarybos rekomendacija dėl sveikatinamojo fizinio aktyvumo skatinimo įvairiuose sektoriuose (OL C, 354, 2013 12 4).

ES sveikatos priežiūros sistemos su ekonomikos krize susidorojo nevienodai, kai kurios iš jų per labai trumpą laiką turėjo įgyvendinti didelių ir kartais drastiškų reformų. Remdamasi patirtimi, įgyta įgyvendinant pastarojo meto reformas, Komisija nustatė toliau nurodytus lankstumo veiksnius, dėl kurių kai kurios sveikatos priežiūros sistemos sugebėjo savo gyventojams toliau teikti prieinamas ir veiksmingas sveikatos priežiūros paslaugas.

Stabilūs finansavimo mechanizmai

Stabilus finansavimas organizuojant ir tvarkant sveikatos priežiūrą padeda veiksmingai planuoti investicijas ir sklandžiai bei nuolat teikti paslaugas. Sveikatos priežiūros sistemos, finansuojamos iš mažiau stabilių pajamų šaltinių, yra labiau linkusios nukentėti nuo išorės sukrėtimų: pavyzdžiui, sistemos, kurios daugiausia finansuojamos iš užimtumu grindžiamų įmokų, patiria daugiau neigiamų padarinių padidėjus nedarbui. Užtikrinti lėšų stabilumą gali padėti rezervai arba kitos anticiklinės vyriausybių biudžeto perkėlimo priemonės.

Patikimi rizikos koregavimo metodai

Nuosekli rizikos koregavimo ir rizikos paskirstymo sistema labai padeda užtikrinti, kad ištekliai būtų naudojami atsižvelgiant į poreikius. Pavyzdžiui, jeigu socialines arba draudimo įmokas renka kelios socialinio sveikatos draudimo bendrovės, naudojamas rizikos koregavimo arba išlyginimo mechanizmas, pagal kurį atsižvelgiama į kiekviename fonde apdraustų asmenų skaičių, amžiaus ir lyties struktūrą, taip pat mirtingumo rodiklius. Taip siekiama išvengti pacientų atrankos ir diskriminavimo ir užtikrinti, kad finansavimas būtų koreguojamas atsižvelgiant į poreikius.

Geras valdymas

Siekiant užtikrinti gerą valdymą, reikia tinkamai paskirstyti atsakomybę už sveikatos priežiūros sistemos ir jos pagrindinių elementų veikimą, taip pat užtikrinti tvirtą vadovavimą, patikimus atskaitomybės mechanizmus ir aiškią organizacinę struktūrą. Visa tai suteikia galimybę sistemoms tinkamai prisitaikyti prie naujų tikslų ir prioritetų, nustatyti ir įgyvendinti sumanias investavimo skatinimo priemones ir taip tinkamiau spręsti svarbius uždavinius.

Informacijos srautai sistemoje

Tinkamas pranašumų ir trūkumų išmanymas ir gebėjimas stebėti informaciją (taip pat pavienių pacientų ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų lygmeniu) sveikatos priežiūros sistemų valdytojams konkrečiuose pasektoriuose padeda priimti prie skirtingų poreikių pritaikytus ir įrodymais pagrįstus sprendimus.

E. sveikatos informacijos sistemos padeda stiprinti žinių sistemas. Be to, e. sveikata gali padėti užtikrinti labiau prie asmeninių poreikių pritaikytą, tikslingesnę, efektyvesnę ir veiksmingesnę sveikatos priežiūrą, kuri leistų sumažinti klaidų galimybę ir sutrumpinti hospitalizavimo laikotarpius.

Adekvačios sveikatos priežiūros paslaugų sąnaudos

Siekiant suvokti sudėtingą procesą nuo sąnaudų iki rezultatų, svarbu suprasti, kaip sąnaudos lemia žmogiškuosius ir fizinius išteklius, kaip ištekliai padeda vykdyti veiklą (pvz., chirurgines intervencijas, diagnostinius tyrimus), kaip veikla grupuojama į sveikatos priežiūros priemones ir galiausiai kaip šios priemonės daro įtaką sveikatai.

Sveikatos technologijų vertinimas yra itin svarbus, siekiant užtikrinti bendrą atitinkamų priemonių veiksmingumo vertinimo ir tinkamo paslaugų sąnaudų apskaičiavimo metodą, kad sprendimų priėmėjai galėtų kuo veiksmingiau paskirstyti išteklius.

Gebėti tiksliai apskaičiuoti sveikatos priežiūros paslaugų sąnaudas svarbu siekiant ne tik kontroliuoti išlaidas, bet ir priimti efektyvius sprendimus dėl investicijų ir prioritetų nustatymo.

Tinkamą kvalifikaciją ir įgūdžius turintys sveikatos priežiūros darbuotojai

Siekiant rasti inovacinius sprendimus vykdant organizacinius ir technologinius pokyčius, reikia aukštos kvalifikacijos, motyvuotų ir tinkamų įgūdžių turinčių darbuotojų. Tam, kad sveikatos priežiūros specialistai pasiektų tinkamų rezultatų ir kad dėmesys būtų telkiamas į tiesioginį sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, reikia nustatyti veiksmingą paskatų struktūrą.

5. ES efektyvių, prieinamų ir lanksčių sveikatos priežiūros sistemų darbotvarkė

Pagrindinė atsakomybė už sveikatos priežiūros sistemas tenka valstybėms narėms. ES ėmėsi veiksmų, kad paremtų valstybes nares – visų pirma nustatė gaires ir stebėsenos bei vertinimo priemones.

Komisija sudarė nepriklausomų ekspertų grupę, konsultuosiančią sveikatos sektoriaus investicijų klausimais[22]. Ši grupė Komisijai rengs analizes ir teiks rekomendacijas įvairiais nagrinėjamais klausimais.

Sveikatos priežiūros sistemų efektyvumo didinimas

Sveikatos priežiūros sistemų veiklos vertinimas

Sveikatos ministrų taryba paragino valstybes nares sveikatos priežiūros sistemų veiklos vertinimą naudoti formuojant politiką ir siekiant užtikrinti atskaitomybę bei skaidrumą, o Komisiją paragino skatinti valstybes nares naudoti minėtą vertinimą.

Paragintos valstybės narės, tarpusavyje bendradarbiaudamos sveikatos priežiūros sistemų veiklos vertinimo srityje, turės galimybę naudotis įvairiomis priemonėmis ir metodais, taip pat:

- naudoti ES finansuojamų mokslinių tyrimų dėl veiklos vertinimo priemones ir rodiklius;
- nacionaliniu ir ES lygmenimis nustatyti prioritetinių sričių atrankos sveikatos priežiūros sistemų veiklos vertinimo reikmėms kriterijai ir procedūros;
- plėtoti prie konkrečių reikmių pritaikytą ataskaitų teikimo sistemą ir
- stiprinti bendradarbiavimą su tarptautinėmis organizacijomis, visų pirma EBPO ir Pasaulio sveikatos organizacija.

Šis bendradarbiavimas taip pat gali padėti ES lygmeniu teikti paramą valstybėms narėms, kurių rezultatai prastesni negu ES vidurkis, pagerinti jų padėtį ir taip tikslingiau mažinti skirtumus. Minėtas bendradarbiavimas taip pat gali padėti valstybėms narėms įgyvendinti Direktyvoje 2011/24 nustatytus informacijos apie kokybę bei saugą reikalavimus.

Sveikatos priežiūros kokybė, pacientų sauga

2014 m. pavasarį Komisija ketina pateikti antrąją Tarybos rekomendacijos dėl pacientų saugos įgyvendinimo ataskaitą[23]. Remdamasi šios ataskaitos išvadomis, Komisija ketina aptarti, kaip toliau gerinti pacientų saugą ir sumažinti nepagrįstus skirtumus tarp valstybių narių ir jų viduje.

Neseniai vykusių viešųjų konsultacijų dėl pacientų saugos ir sveikatos priežiūros kokybės išvados rodo, kad plačiai pageidaujama, kad būtų parengta platesnio masto ES darbotvarkė, pagal kurią būtų sprendžiami sveikatos priežiūros paslaugų kokybei įtakos turintys klausimai. Komisija ketina imtis atitinkamų tolesnių veiksmų.

Priežiūros integravimas

[22] 2012 m. liepos 5 d. Komisijos sprendimas dėl daugiasektorės ir nepriklausomos ekspertų grupės, konsultuosiančios veiksmingų sveikatos sektoriaus investicijų klausimais, įsteigimo (OL C 198, 2012 7 6).

[23] Pirma ataskaita paskelbta 2012 m. COM(2012) 658.

Turėtų būti integruojama ne tik skirtingų lygmenų sveikatos priežiūra (pirminė sveikatos priežiūra, stacionarioji sveikatos priežiūra ir pan.), bet ir sveikatos ir socialinė priežiūra – visų pirma pagyvenusių žmonių ar lėtinėmis ligomis sergančių asmenų priežiūra.

Valstybių narių reformos, kuriomis siekiama geriau integruoti priežiūrą ir taip sumažinti stacionariosios sveikatos priežiūros paslaugų taikymo mastą, suteikia galimybę dalytis mokymosi patirtimi svarbiose srityse ir atsakyti į tolesnius klausimus.

- Kuriuos pacientus galima geriau arba taip pat gerai gydyti ne ligoninėse?
- Kaip sėkmingai sumažinti hospitalizavimo atvejų, kurių galima išvengti, skaičių?

Ekspertų grupė, konsultuojanti sveikatos sektoriaus investicijų klausimais, paskelbė ataskaitą dėl pirminės sveikatos priežiūros ir priežiūros integravimo. Atsižvelgdama į šią ataskaitą, Komisija pradėjo viešąsias konsultacijas, kad nustatytų naujus svarstytinus klausimus.

Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo didinimas

Su ES sveikatos priežiūros darbuotojais susijusių poreikių planavimas

Nustatyta, kad valstybėms narėms labai sudėtinga planuoti būsimus su sveikatos priežiūros darbuotojais susijusius poreikius: nesugebama tinkamai nustatyti nei reikalingo bendro darbuotojų skaičiaus, nei įgūdžių, kurių reikės siekiant veiksmingai tenkinti numatomus sveikatos priežiūros srities poreikius.

Veiksmų planas dėl sveikatos priežiūros darbuotojų[24] padės geriau numatyti būsimus įgūdžių poreikius ir suteiks svarbių įžvalgų dėl naujų sveikatos priežiūros specialistų, turinčių tinkamų įgūdžių, rengimo. Be to, turimų duomenų gerinimas ir kartu nacionalinių planavimo sistemų stiprinimas gali padėti spręsti uždavinius, kurie atsiranda dėl sveikatos priežiūros darbuotojų judumo, ir rasti sprendimus, kuriais būtų atsižvelgiama į ES laisvo judėjimo teisę.

Planuojant poreikius sveikatos priežiūros darbuotojų srityje reikėtų parengti tvarius ES lygmens sprendimus, kurie padėtų užtikrinti, kad sveikatos priežiūros paslaugas visiems tiems, kuriems jų reikia, teiktų pakankamas skaičius deramai parengtų ir tinkamų įgūdžių įgijusių sveikatos priežiūros specialistų. Siekdama ateityje išvengti darbuotojų trūkumo ir gebėjimų paklausos ir pasiūlos neatitikties, Komisija ketina toliau bendradarbiauti su valstybėmis narėmis – rengti rekomendacijas, bendras priemones, rodiklius ir gaires, taip pat užtikrinti, kad ES labiau remtų valstybių narių planavimo pastangas.

Ekonomiškai efektyvus vaistų naudojimas

ES reikia konkurencingos farmacijos pramonės. Atsižvelgdamos į tai, valstybės narės ir Komisija turėtų papildomai apsvarstyti, kaip suderinti politikos tikslus užtikrinti prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas visiems ES piliečiams ir poreikį mažinti išlaidas. Reikėtų apsvarstyti, kaip būtų galima stiprinti bendradarbiavimą kuriant skaidrumo didinimo ir geresnio koordinavimo priemones, kad

[24] SWD(2012) 93, pridėtas prie COM(2012) 173.

būtų sumažintas bet koks nepageidaujamas dabartinių nacionalinių kainodaros sistemų poveikis prieinamumui visoje ES.

Optimalus Direktyvos 2011/24 įgyvendinimas

Direktyva 2011/24 padidintos pacientų pasirinkimo galimybės sveikatos priežiūros srityje, taip pat užtikrinama, kad nebūtų nepagrįstai delsiama jiems suteikti reikiamą gydymą. Direktyva padidins skaidrumą – valstybės narės bus įpareigojamos įsteigti nacionalinius kontaktinius centrus, kurie piliečiams teiktų įvairią informaciją, įskaitant informaciją apie jų teises, taip pat teises į išmokas, pacientų saugą ir sveikatos priežiūros kokybės standartus. Direktyva taip pat siekiama užtikrinti geresnį sveikatos priežiūros paslaugų krepšelių suvokimą. Valstybės narės turėtų užtikrinti, kad būtų tinkamai įgyvendinamos visos šios direktyvos nuostatos. Komisija atidžiai stebės, kaip valstybėse narėse taikoma nepagrįsto delsimo sąvoka.

Pavyzdinių centrų tinklai skatins itin specializuotų paslaugų teikėjų bendradarbiavimą visose valstybėse narėse, taigi mažai paplitusiomis, sudėtingomis arba retomis ligomis sergantys pacientai galės naudotis aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugomis. Komisija ketina paskelbti kvietimus pareikšti susidomėjimą tapti Europos pavyzdinių centrų tinklų nariais, kurie taip pat galėtų rengti sveikatos priežiūros specialistus ir padėti nustatyti bendrus kokybės užtikrinimo reikalavimus.

Sveikatos priežiūros sistemų lankstumo didinimas

Būtina skubiai išsamiau ištirti sveikatos priežiūros sistemų lankstumo veiksnius ir jų plėtojimo būdus. Valstybės narės turėtų geriau išnagrinėti šiuos veiksnius, remdamosi savo nacionaline patirtimi. Tai turėtų būti papildyta ES pastangomis dalytis geriausia patirtimi ir kurti politikos priemones. Toliau nurodyti metodai padės pagerinti Europos Sąjungos sveikatos priežiūros sistemų lankstumą.

Sveikatos technologijų vertinimas (STV)

STV yra mokslinis tam tikrų sveikatos technologijų santykinio poveikio sveikatos būklei vertinimo metodas. Atliekant šį vertinimą atsakoma į tolesnius klausimus.

- Ar technologijos veiksmingos?
- Kokiems asmenims jos tinkamos?
- Kokios patiriamos sąnaudos?
- Kaip gerai šios technologijos veikia palyginti su kitomis?

STV pasiteisino kaip veiksminga priemonė, padedanti pagerinti pacientų galimybes naudotis naujoviškomis technologijomis ir veiksmingiau paskirstyti lėšas.

Valstybės narės STV klausimais bendradarbiauja Direktyva 2011/24 sukurtame tinkle. Komisija remia STV tinklo plataus užmojo tikslą – bendrai parengtą STV informaciją naudoti nacionaliniu lygmeniu. Tai padės išvengti reguliavimo institucijų, STV įstaigų ir STV pramonės veiklos dubliavimosi ir pagerinti bendrą sveikatos technologijų klinikinių aspektų (t. y. jų santykinio saugumo ir veiksmingumo) suvokimą.

Ateinančiais metais bus parengta platesnio užmojo ir stabilesnė mokslinio bendradarbiavimo STV klausimais struktūra. Bendradarbiaudama su STV tinklu Komisija šiuo klausimu rengia galimus pasiūlymus.

Sveikatos informacijos sistema

Siekiant padidinti sveikatos priežiūros sistemos lankstumą, reikia atsižvelgti į pačią sistemą. Sprendimai investuoti arba liautis investavus į konkrečius sektorius turi būti grindžiami žiniomis apie didžiausią poveikį šiems sektoriams darančius procesus, taip pat taikomų priemonių poveikį sveikatos ir ekonominiams parametrams.

Todėl valstybės narės turėtų dėti pastangas plėtoti nacionalinius informacijos srautus, pavyzdžiui, užtikrinti, kad pacientų lygmens informacijos srautai būtų tinkamai nukreipiami visiems būtiniems sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams, arba kad būtų remiamas veiksmingesnis ir tvaresnis sveikatos priežiūros sistemų ir paslaugų reorganizavimas[25].

Komisija ketina padėti valstybėms narėms sukurti tvarią ir integruotą ES sveikatos informacijos sistemą – visų pirma išnagrinėti galimą išsamaus Europos mokslinių tyrimų infrastruktūros konsorciumo (ERIC) įtaką sveikatos informacijai.

E. sveikata

Komisija ypač ragina valstybes nares bendradarbiauti e. sveikatos srityje ir padeda joms kurti ir įgyvendinti ekonomiškai efektyvius ir sąveikius e. sveikatos sprendimus ir taip tobulinti sveikatos priežiūros sistemas[26]. Kaip reikalaujama Direktyvoje 2011/24, Komisija remia e. sveikatos tinklą, kurio tikslas – užtikrinti ilgalaikį Europos e. sveikatos priežiūros sistemų ir paslaugų bei sąveikių taikomųjų programų naudingumą. 2012–2020 m. E. sveikatos veiksmų plane taip pat pabrėžiama e. sveikatos priežiūros paslaugų nauda piliečiams, pacientams ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams, ir siūloma imtis konkrečių veiksmų siekiant sumažinti kliūtis, trukdančias diegti šias paslaugas.

Būtina dėti daugiau pastangų kuriant efektyvias ir sąveikias nuotolinės medicinos paslaugas. Europos pavyzdinių centrų tinklai suteiks puikią galimybę diegti ir išbandyti nuotolinės medicinos paslaugas ES.

6. Išvados

2013 m. metinėje augimo apžvalgoje pripažinta, kad, „atsižvelgiant į problemas, susijusias su demografine padėtimi, ir spaudimą dėl išlaidų, susijusių su senėjančia visuomene, sveikatos priežiūros sistemų reformomis reikėtų užtikrinti ekonominį veiksmingumą ir tvarumą ir įvertinti tų sistemų veiklą siekiant dvigubo tikslo: veiksmingiau naudoti viešąsias lėšas ir užtikrinti aukštos kokybės sveikatos priežiūrą“.

[25] Žr. E. sveikatos specialios paskirties grupės ataskaitą dėl sveikatos sektoriaus pertvarkos Europoje iki 2020 m. („Redesigning health in Europe for 2020“), kurioje politikos formuotojai raginami naudotis duomenų teikiamomis galimybėmis: http://ec.europa.eu/digital-agenda/en/news/eu-task-force-ehealth-redesigning-health-europe-2020.

[26] COM(2012) 736.

Valstybių narių gebėjimas ateityje teikti aukštos kokybės priežiūros paslaugas visiems priklausys nuo to, ar jos bus lankstesnės ir sugebės geriau spręsti būsimus uždavinius. Šį tikslą jos turi pasiekti išlikdamos ekonomiškai efektyvios ir fiskaliniu požiūriu tvarios.

Nors tai visų pirma yra valstybių narių uždavinys, šiame komunikate nurodytos kelios iniciatyvos, kuriomis ES galėtų paremti politikos formuotojus valstybėse narėse. ES turės išplėtoti šias iniciatyvas ir jomis remtis užtikrinant, kad piliečių lūkesčiai naudotis kokybiškomis sveikatos priežiūros paslaugomis būtų patenkinti. Daugiausia dėmesio reikės skirti metodams ir priemonėms, kurios padės valstybėms narėms padidinti savo sveikatos priežiūros sistemų efektyvumą, prieinamumą ir lankstumą, kartu atsižvelgiant į pagal Europos semestro iniciatyvą valstybėms narėms pateiktas rekomendacijas įgyvendinti reformas. Joms įgyvendinti valstybės narės taip pat raginamos naudotis Europos finansavimo priemonėmis.