KOMISJA
EUROPEJSKA

Bruksela, dnia 4.4.2014 r.
COM(2014) 215 final

KOMUNIKAT KOMISJI

w sprawie skutecznych, dostępnych i odpornych systemów opieki zdrowotnej

1. Wprowadzenie

Systemy opieki zdrowotnej[1] odgrywają zasadniczą rolę w nowoczesnych społeczeństwach, pomagając ludziom w utrzymaniu i poprawie zdrowia. Systemy opieki zdrowotnej powinny przyczyniać się do wydłużenia naszego życia i podnoszenia jego jakości.

Systemy opieki zdrowotnej państw członkowskich UE są zróżnicowane i odzwierciedlają różne wybory o charakterze społecznym. Mimo różnic organizacyjnych i finansowych opierają się one jednak na wspólnych wartościach uznanych przez Radę Ministrów Zdrowia w 2006 r.[2], jakimi są: powszechność, dostęp do wysokiej jakości opieki, sprawiedliwość oraz solidarność.

Systemy opieki zdrowotnej w UE w coraz większym stopniu współpracują ze sobą. Wejście w życie dyrektywy 2011/24[3] było ważnym krokiem w zacieśnianiu tej współpracy. Wzmocnienie współpracy między systemami opieki zdrowotnej powinno pomóc im lepiej funkcjonować w obliczu rosnącej mobilności pacjentów i pracowników służby zdrowia.

W ciągu ostatniego dziesięciolecia europejskie systemy opieki zdrowotnej stały w obliczu wspólnych wyzwań: rosnących kosztów opieki zdrowotnej, starzenia się społeczeństwa powiązanego ze wzrostem występowania chorób przewlekłych i współistnieniem wielu chorób, co prowadzi do rosnącego zapotrzebowania na opiekę zdrowotną, niedoborów i nierównej dystrybucji pracowników służby zdrowia, nierówności w zakresie zdrowia i nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej.

Co więcej, w ostatnich latach kryzys gospodarczy ograniczył dostępne zasoby finansowe, a tym samym spotęgował trudności państw członkowskich z zapewnieniem stabilności ich systemów opieki zdrowotnej[4]. To z kolei zagraża zdolności państw członkowskich do zapewnienia powszechnego dostępu do wysokiej jakości opieki zdrowotnej. Systemy opieki zdrowotnej muszą być odporne: muszą być w stanie dostosować się do zmieniającego się środowiska, stawiając czoła istotnym wyzwaniom przy udziale ograniczonych zasobów.

Rosnąca współzależność i wspólne wyzwania wymagają ściślejszej współpracy. W 2006 r. państwa członkowskie uzgodniły wspólne cele dotyczące dostępności, jakości i stabilności finansowej opieki zdrowotnej w kontekście otwartej metody koordynacji w zakresie zabezpieczenia społecznego i włączenia społecznego[5]. W 2011 r. Rada Ministrów Zdrowia zainicjowała na poziomie UE proces refleksji, aby pomóc państwom członkowskim zapewnić nowoczesne, elastyczne i stabilne systemy

[1] W niniejszym komunikacie systemy opieki zdrowotnej są zdefiniowane jako systemy, których celem jest zapewnienie pacjentom usług opieki zdrowotnej – zarówno tych o charakterze zapobiegawczym, diagnostycznym, leczniczym, jak i paliatywnym – oraz, przede wszystkim, poprawy zdrowia.

[2] Konkluzje Rady w sprawie wspólnych wartości i zasad w systemach zdrowotnych Unii Europejskiej, Dz.U. C 146 z 22.6.2006.

[3] Dyrektywa 2011/24/UE, Dz.U. L 88 z 4.4.2011.

[4] Podkreślono to także w konkluzjach Rady w sprawie wspólnego sprawozdania Komitetu Polityki Gospodarczej (EPC) i Komisji Europejskiej w sprawie systemów opieki zdrowotnej w UE (7 grudnia 2010 r.).

[5] Wspólna opinia Komitetu Ochrony Socjalnej i Komitetu Polityki Gospodarczej w sprawie komunikatu Komisji „Pracując razem, pracując lepiej: Nowe ramy otwartej koordynacji polityk ochrony socjalnej i integracji społecznej w Unii Europejskiej”, zatwierdzona przez Radę EPSCO w dniu 10 marca 2006 r.

opieki zdrowotnej[6]. Rada Ministrów Zdrowia stwierdziła, że „chociaż zapewnienie sprawiedliwego dostępu do wysokiej jakości usług opieki zdrowotnej wobec niewystarczających gospodarczych i innych zasobów zawsze było zasadniczą kwestią, to w chwili obecnej jest nią nagląca sytuacja zachodzących zmian i ich skala, i jeśli nie zostaną podjęte odpowiednie działania, sytuacja ta może w decydujący sposób wpłynąć na przyszły krajobraz gospodarczo-społeczny UE".

W grudniu 2013 r. w swoich konkluzjach w sprawie refleksji nad nowoczesnymi, elastycznymi i stabilnymi systemami opieki zdrowotnej[7] Rada Ministrów Zdrowia zatwierdziła osiągnięty postęp i wezwała do dalszych działań w tym obszarze.

W rocznej analizie wzrostu gospodarczego dotyczącej 2014 r.[8] „obecnie najważniejszym priorytetem jest pobudzanie wzrostu gospodarczego i konkurencyjności" w celu wypracowania trwałego ożywienia gospodarczego. Z myślą o tym celu w rocznej analizie wzrostu gospodarczego podkreślono potrzebę poprawy efektywności i stabilności finansowej systemów opieki zdrowotnej, przy jednoczesnym zwiększeniu ich skuteczności i zdolności do zaspokajania potrzeb społecznych i zapewnienia podstawowych siatek bezpieczeństwa socjalnego. Uznaje się w niej również znaczenie sektora opieki zdrowotnej w przeciwdziałaniu społecznym skutkom kryzysu gospodarczego, podkreślając, że usługi opieki zdrowotnej są obszarem, w którym w nadchodzących latach powstaną znaczne możliwości zatrudnienia. Zalecono w niej także opracowanie strategii aktywnego włączenia społecznego, w tym powszechnego dostępu do przystępnej cenowo wysokiej jakości opieki zdrowotnej.

Podkreślono to już w 2013 r., kiedy to w ramach europejskiego semestru jedenaście państw członkowskich[9] otrzymało zalecenie zreformowania swoich systemów opieki zdrowotnej. Większość tych zaleceń koncentrowało się na stabilności i racjonalizacji kosztów w systemach opieki zdrowotnej, wzywając do przeprowadzenia reform w sektorze szpitalnym, w ustalaniu cen usług opieki zdrowotnej, w ambulatoryjnej i podstawowej opiece zdrowotnej. W trzech zaleceniach wezwano również do utrzymania lub poprawy dostępu do opieki zdrowotnej.

Jak stwierdzono w dokumencie roboczym służb Komisji „Inwestowanie w zdrowie", który stanowi część pakietu dotyczącego inwestycji społecznych[10], zdrowie jest nie tylko wartością samą w sobie, lecz stanowi także warunek dobrobytu gospodarczego. Zdrowie ludzi ma wpływ na wyniki gospodarcze w odniesieniu do wydajności, podaży pracy, kapitału ludzkiego i wydatków publicznych. Sektor opieki zdrowotnej jest silnie napędzany przez innowacje i ma duże znaczenie gospodarcze: odpowiada on 10 % PKB UE. Ponadto wymaga on znacznej siły roboczej i stanowi jeden z

[6] Konkluzje Rady: Ku nowoczesnym, elastycznym i stabilnym systemom opieki zdrowotnej (6 czerwca 2011 r.).

[7] Konkluzje Rady w sprawie refleksji nad nowoczesnymi, elastycznymi i stabilnymi systemami opieki zdrowotnej (10 grudnia 2013 r.).

[8] COM(2013) 800.

[9] Austria, Bułgaria, Republika Czeska, Niemcy, Finlandia, Francja, Malta, Polska, Rumunia, Słowacja i Hiszpania.

[10] COM(2013) 83.

największych sektorów w UE: pracownicy służby zdrowia zajmowali w 2010 r. 8 % wszystkich miejsc pracy w UE[11].

Korzystając z doświadczeń i prac przeprowadzonych w ostatnich latach oraz z myślą o dalszym rozwijaniu podejść na szczeblu UE w niniejszym komunikacie skupiono się na działaniach mających na celu:

1. wzmocnienie skuteczności systemów opieki zdrowotnej;
2. zwiększenie dostępności opieki zdrowotnej;
3. poprawę odporności systemów opieki zdrowotnej.

2. Wzmocnienie skuteczności systemów opieki zdrowotnej

Skuteczność, bezpieczeństwo i zadowolenie pacjentów są kluczowymi składnikami jakości opieki zdrowotnej, ważnego elementu wyników działania systemów opieki zdrowotnej. Obecnie na szczeblu UE trwają prace nad bezpieczeństwem pacjentów[12], a zadowolenie pacjentów jest kluczowym obszarem, który będzie wymagał dalszego rozważenia w przyszłości.

W niniejszym komunikacie skupiono się na skuteczności systemów opieki zdrowotnej: ich zdolności do uzyskania pozytywnych wyników w zakresie zdrowia, tj. poprawy stanu zdrowia społeczeństwa.

Ocena skuteczności systemów opieki zdrowotnej będzie coraz ważniejsza, zwłaszcza że systemy te nie są jedynym czynnikiem służącym poprawie zdrowia. Chociaż między państwami członkowskimi nadal utrzymują się duże różnice w średnim trwaniu życia, ogólne żyjemy dłużej i w lepszym zdrowiu w porównaniu do poprzednich pokoleń. Wynika to w znacznym stopniu ze znaczących osiągnięć dokonanych w zakresie zdrowia publicznego oraz poza systemem opieki zdrowotnej. Można też oczekiwać dalszej poprawy, na przykład z powodu obniżenia liczby palaczy, spadku spożycia alkoholu, lepszego odżywiania oraz zwiększenia aktywności fizycznej. Istnieje powszechny konsensus co do tego, że wkład sektora opieki zdrowotnej w zdrowie społeczeństwa dramatycznie wzrósł w ostatnich pięćdziesięciu czy sześćdziesięciu latach.

Gromadzenie informacji na temat względnej skuteczności systemów opieki zdrowotnej jest wciąż na wczesnym etapie. Przedstawione poniżej przykłady wskazują obszary, w których wkład systemów opieki zdrowotnej w poprawę zdrowia jest najbardziej widoczny, w oparciu o dostępne wskaźniki dla całej UE (tj. umieralność okołoporodową, umieralność, której można uniknąć, zachorowalność na choroby, którym można zapobiegać poprzez szczepienia, i badania przesiewowe w kierunku nowotworów). Porównanie to wskazuje na duże różnice między państwami członkowskimi UE.

Umieralność okołoporodowa

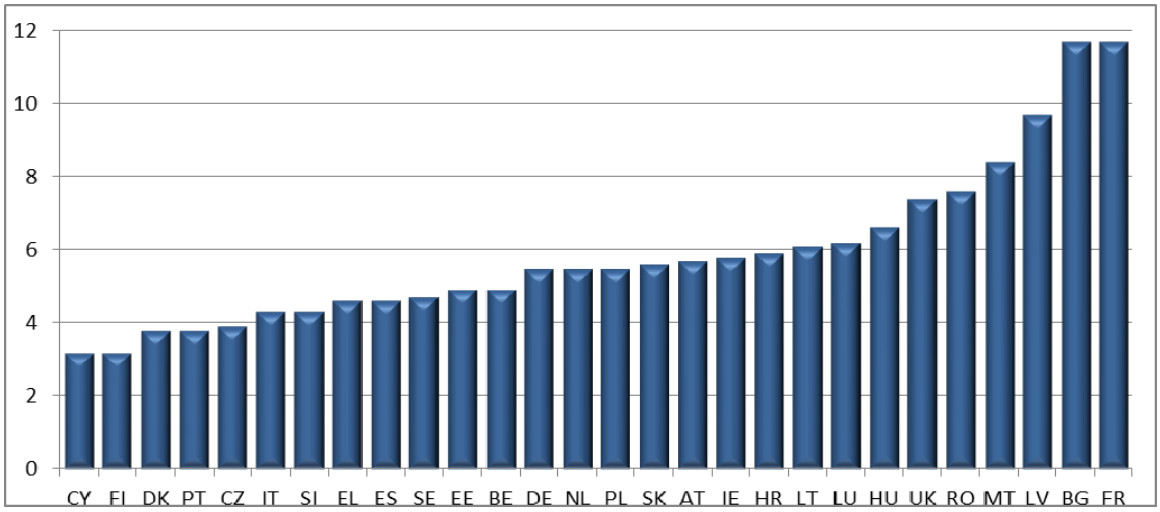
Umieralność okołoporodową oblicza się jako sumę poronień późnych (po 28 tygodniach ciąży) i wczesnej umieralności noworodków (w ciągu siedmiu dni po porodzie). W porównaniu do

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

[12] Zalecenie Rady z dnia 9 czerwca 2009 r. w sprawie bezpieczeństwa pacjentów, w tym profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną, Dz.U. C 151 z 3.7.2009.

umieralności niemowląt[13] jest ona mniej ściśle powiązana z czynnikami społeczno-gospodarczymi, a co za tym idzie jest bardziej wiarygodnym wskaźnikiem skuteczności systemów opieki zdrowotnej.

Wykres 1: współczynniki umieralności okołoporodowej na 1 000 urodzeń (dane z 2011 r. lub najnowsze dane)



Źródło danych: Baza danych Eurostatu, projekt Europeristatu (opracowany przez personel Komisji)

W większości państw członkowskich współczynnik umieralności okołoporodowej spadł w ciągu ostatnich pięciu lat, choć niektóre kraje odnotowały w tym okresie jego wzrost.

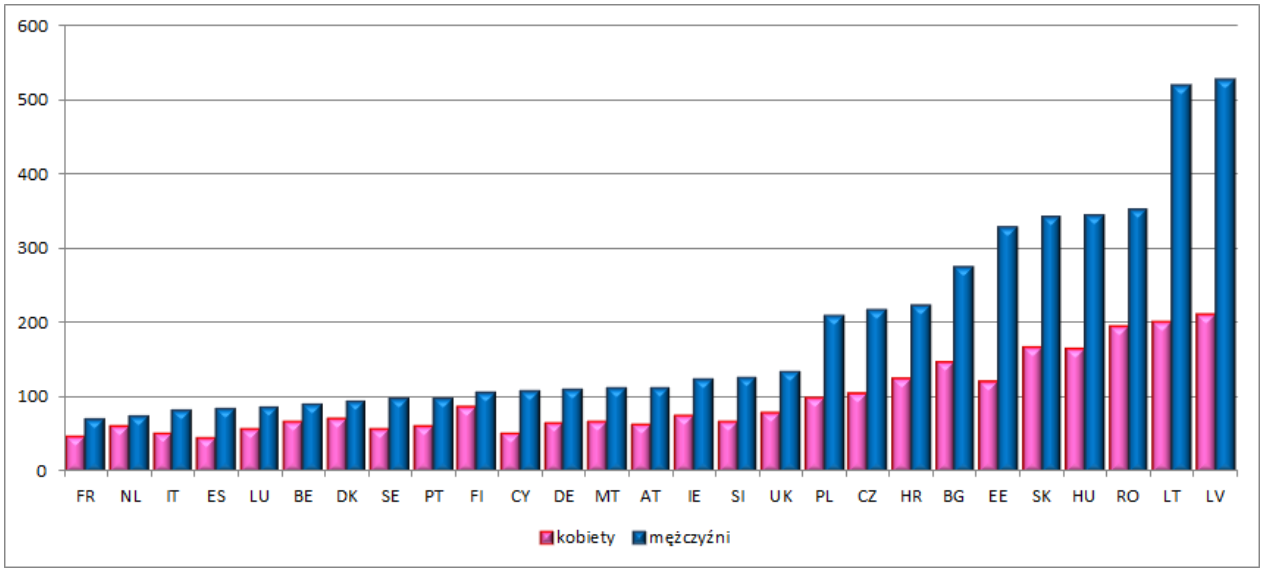
Umieralność, której można uniknąć

Umieralność, której można uniknąć, definiuje się jako przedwczesne zgony, które nie powinny mieć miejsca, jeśli skuteczna opieka zdrowotna świadczona jest na czas. Jest to podstawowy wskaźnik stosowany do badania wkładu systemów opieki zdrowotnej w wyniki w zakresie zdrowia[14]. Umieralność, której można uniknąć, łączy standaryzowane współczynniki umieralności dla wybranego zestawu chorób, na które, jak się szacuje, opieka zdrowotna ma bezpośredni wpływ.

[13] Umieralność niemowląt to liczba zgonów wśród dzieci w ciągu pierwszego roku życia na 1 000 żywych urodzeń.

[14] Zapewne porównania umieralności, której można uniknąć, powinny uwzględniać zachorowalność, a nie tylko zgony z powodu określonych chorób. Dostępność porównywalnych danych nie jest jednak zapewniona.

Wykres 2: umieralność, której można uniknąć, standaryzowane współczynniki umieralności na 100 000 mieszkańców – 2010 r.



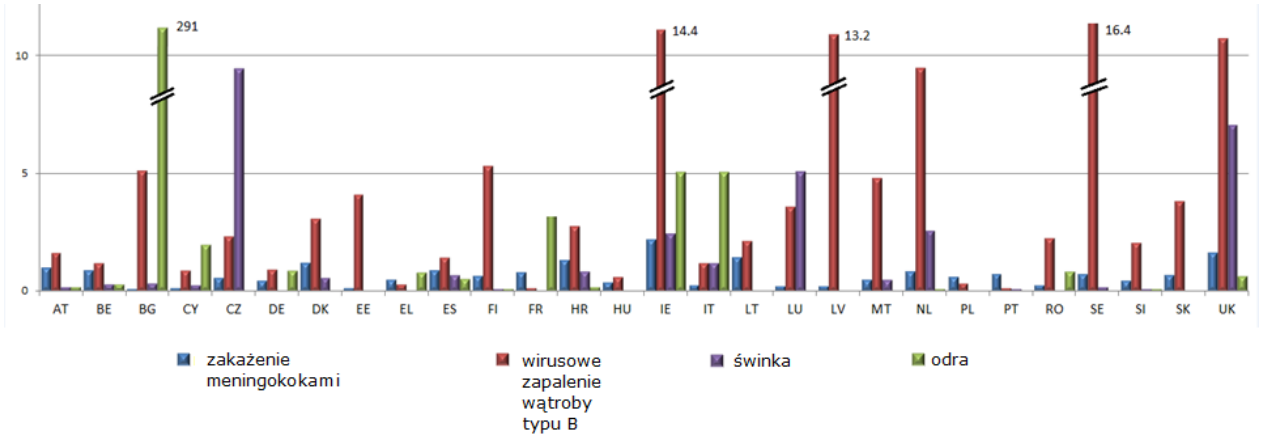
Źródło danych: Eurostat (dane dla Grecji nie są dostępne)

Praktycznie wszystkie państwa członkowskie były w stanie obniżyć współczynnik umieralności, której można uniknąć, między 2000 a 2010 r., przy czym tempo tego spadku w różnych państwach członkowskich znacznie się różniło.

Choroby zaraźliwe

Zachorowalność na określone choroby zaraźliwe zależy bezpośrednio od świadczenia odpowiednich usług opieki zdrowotnej: kampanie szczepień pozwoliły radykalnie zmniejszyć zachorowalność na choroby, którym można zapobiegać poprzez szczepienia (chociaż w niektórych krajach pojawiają się niepokojące oznaki spadku wskaźnika szczepień).

Wykres 3: zachorowalność na choroby, którym można zapobiegać poprzez szczepienia – potwierdzone przypadki na 100 000 mieszkańców – 2011 r.



Źródło danych: Roczne sprawozdanie epidemiologiczne ECDC z 2012 r.

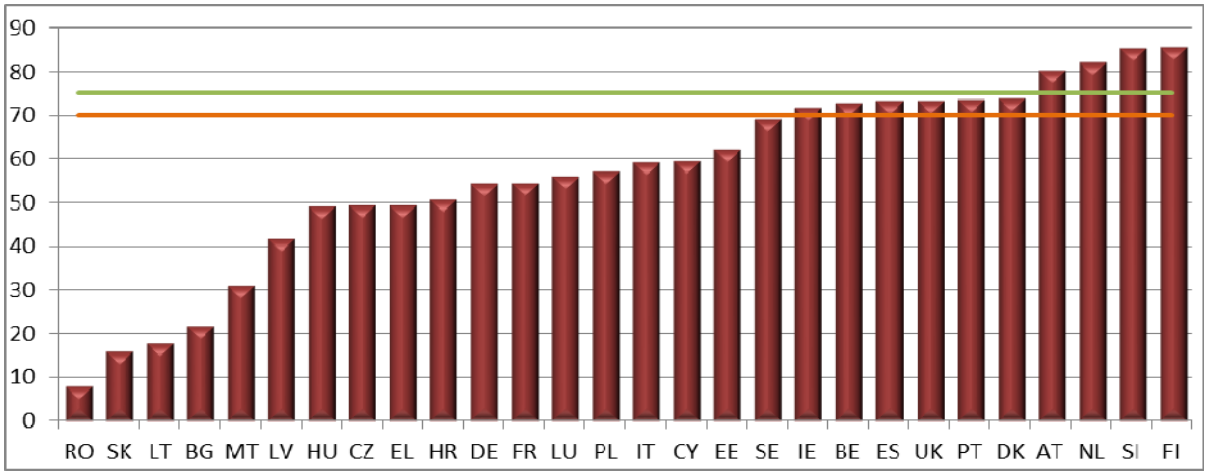
Nawet w odniesieniu do niewielkiego zestawu chorób, którym można zapobiegać poprzez szczepienia (zakażenie meningokokami, wirusowe zapalenie wątroby typu B, świnka i odra), współczynniki zachorowalności w państwach członkowskich wykazują znaczne różnice.

Badania przesiewowe w kierunku nowotworów

Wczesne wykrywanie raka jelita grubego, szyjki macicy i sutka za pośrednictwem zorganizowanych badań przesiewowych populacji jest przydatnym wskaźnikiem skuteczności systemu opieki zdrowotnej w odniesieniu do sektorów narażonych na ryzyko. Rada zaleciła realizację takich programów zgodnie z europejskimi wytycznymi w zakresie zapewniania jakości[15].

Rak sutka to obszar, w którym osiągnięto największe postępy. Krajowe programy badań przesiewowych zwykle spełniają wytyczne UE w zakresie określania docelowych grup wiekowych (kobiety w wieku 50–69 lat) i zalecanych odstępów czasu między przesiewowymi badaniami mammograficznymi. Chociaż europejskie wytyczne określają pożądany docelowy współczynnik badań przesiewowych jako co najmniej 75 % kwalifikujących się kobiet (a poziom możliwy do zaakceptowania jako 70 %), to jednak tylko nieliczne państwa członkowskie osiągnęły ten współczynnik w 2010 r.

Wykres 4: badania przesiewowe w kierunku raka sutka – % kobiet w wieku 50–69 lat poddanych badaniom przesiewowym



Źródło danych: OECD, Zdrowie i opieka zdrowotna w zarysie: Europa 2012, statystyki krajowe

Główne ustalenia

W odniesieniu do tych konkretnych współczynników można poczynić pewne wstępne obserwacje, chociaż nie są one dostatecznie reprezentatywne, aby posłużyć do szerokiej oceny systemów opieki zdrowotnej. Ilustrują one znaczne różnice między państwami członkowskimi UE. Pokazują także, że wyniki w zakresie zdrowia są wielowymiarowe i trudne do zdefiniowania. Ogólnie rzecz biorąc, ocena skuteczności systemów opieki zdrowotnej jest złożonym procesem: środki opieki zdrowotnej mogą

[15] Zalecenie Rady z dnia 2 grudnia 2003 r. w sprawie badań przesiewowych w kierunku nowotworów, Dz.U. L 327 z 16.12.2003. Zob. także europejskie wytyczne w zakresie zapewniania jakości badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego i jego diagnozowania, badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy oraz badań przesiewowych w kierunku raka sutka i jego diagnozowania.

przynosić efekty dopiero po długim czasie, a porównywalność oraz rzetelność danych stanowią wyzwanie. Prowadzone są jednak prace w celu poprawy tej sytuacji.

Komisja wspiera rozwój europejskich podstawowych wskaźników zdrowotnych (ECHI) – zestawu wskaźników służącego monitorowaniu zdrowia ludności i wyników działania systemów opieki zdrowotnej. Wydano również kilka sprawozdań dotyczących oceny europejskich systemów opieki zdrowotnej. Szczególnie wartościowe przykłady to wspólne sprawozdanie EPC i Komisji Europejskiej na temat systemów opieki zdrowotnej opublikowane w 2010 r. i seria „Zdrowie i opieka zdrowotna w zarysie: Europa" publikowana przez OECD i Komisję.

Kolejny istotny krok w tym kierunku uczyniono w 2013 r., kiedy to Komitet Ochrony Socjalnej opracował wspólne ramy oceny dotyczące zdrowia, mające stanowić pierwsze narzędzie do wykrywania możliwych problemów w systemach opieki zdrowotnej państw członkowskich. Stanowią one kluczowy wkład do oceny porównawczej wyników działania systemów opieki zdrowotnej, biorąc pod uwagę dostępność danych na poziomie UE. Wreszcie programy ramowe w zakresie badań naukowych i rozwoju technologicznego finansowały kilka projektów mających na celu opracowanie wskaźników i metodyki oceny wyników działania systemów opieki zdrowotnej[16].

3. Zwiększenie dostępności systemów opieki zdrowotnej

Systemy opieki zdrowotnej muszą być dostępne. Jest to jedna z zasad określonych w Europejskiej karcie społecznej[17], w której podkreśla się znaczenie przejrzystych kryteriów dostępu do opieki medycznej oraz obowiązek państw w zakresie zapewnienia odpowiedniego systemu opieki zdrowotnej, niewykluczającego części ludności z otrzymywania świadczeń opieki zdrowotnej.

Dostęp do opieki zdrowotnej jest jednak trudny do zmierzenia, a nie istnieje ogólnounijna szczegółowa metodyka monitorowania go i promowania najlepszych praktyk. Byłby to ważny krok w kierunku zmniejszenia nierówności w dziedzinie opieki zdrowotnej[18].

Powszechnie stosowanym wskaźnikiem jest zróżnicowanie w obrębie UE w zakresie odsetka mieszkańców zgłaszających trudności w dostępie do opieki medycznej ze względów związanych[19] z dostępnością systemów opieki zdrowotnej, takich jak: czas oczekiwania, odległość i udział w kosztach. Ustalenia te wynikają jednak z samodzielnie zgłaszanych potrzeb i w związku z tym mogą podlegać różnicom kulturowym w porównaniu z innymi krajami.

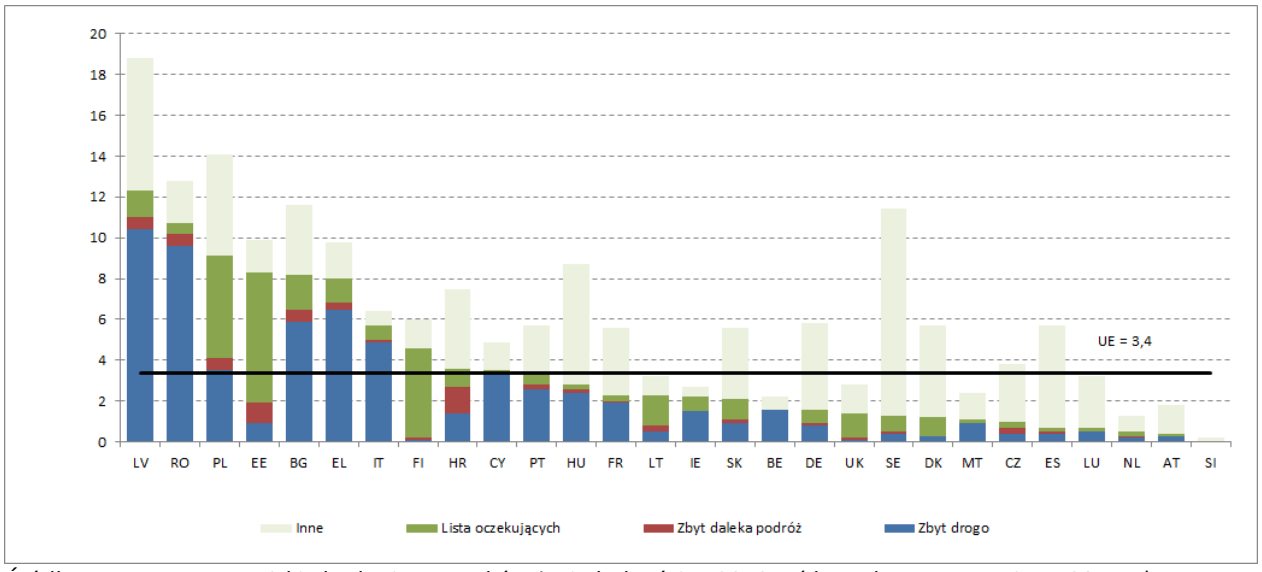
Wykres 5: Samodzielnie zgłaszane niezaspokojone potrzeby wykonania badań lekarskich wg powodu – odsetek populacji (w %)

[16] Zob. na przykład projekty: ECHO (http://www.echo-health.eu), Eurohope (http://www.eurohope.info) oraz EuroREACH (http://www.euroreach.net).

[17] Europejska karta społeczna (zrewidowana), Strasburg, 3 maja 1996 r.

[18] COM(2009) 567.

[19] Warto odnotować, że „inne powody" w tej ankiecie dotyczą powodów niezwiązanych z lokalnymi systemami opieki zdrowotnej, np. „brak czasu", „lęk przed lekarzem" itp.



Źródło: Eurostat, europejskie badanie warunków życia ludności w 2012 r. (dane dotyczące AT i IE z 2011 r.)

Dostęp do opieki zdrowotnej jest wynikiem interakcji różnych czynników, w tym zakresu systemu opieki zdrowotnej (tj. kto jest uprawniony do opieki zdrowotnej), poziomu zakresu (tj. do czego są uprawnieni obywatele), przystępności cenowej i dostępności usług opieki zdrowotnej. Dostęp do opieki zdrowotnej jest również bezpośrednio zależny od modeli organizacji i zarządzania stosowanych w systemach opieki zdrowotnej. Pacjenci mogą mieć większe trudności z uzyskaniem dostępu do opieki zdrowotnej, jeśli systemy opieki zdrowotnej są złożone i brak im przejrzystości.



Zakres w odniesieniu do ludności

Usługi zdrowotne są w większości finansowane ze źródeł publicznych w prawie wszystkich państwach członkowskich UE. Ubezpieczenie zdrowotne jest powszechne lub prawie powszechne we wszystkich państwach członkowskich; niektóre osoby ze środowisk defaworyzowanych są jednak nadal wyłączone z odpowiedniego ubezpieczenia zdrowotnego.

Poziom zakresu

Publicznie finansowane świadczenia opieki zdrowotnej różnią się w krajowych systemach opieki zdrowotnej. Na przykład opieka dentystyczna, okulistyczna oraz niektóre najnowsze metody leczenia są objęte tym finansowaniem tylko w niektórych państwach członkowskich. W kilku państwach członkowskich nie ma jednoznacznej definicji publicznie finansowanych świadczeń. Utrudnia to porównanie i analizę, które mogłyby przyczynić się do wypracowania konsensusu w sprawie minimalnego lub optymalnego poziomu świadczeń opieki zdrowotnej.

Przystępna cena

Ludzie są często proszeni o wniesienie wkładu finansowego w potrzebną im usługę w postaci udziału w kosztach lub dopłaty. Może to pomóc zapewnić odpowiedzialne korzystanie ze świadczeń zdrowotnych. Dopłata taka nie powinna jednak jednocześnie stanowić przeszkody lub środka odstraszającego przy dostępie do potrzebnych ludziom usług opieki zdrowotnej. Środki ograniczania kosztów w systemach opieki zdrowotnej mające na celu promowanie bardziej racjonalnego korzystania z opieki zdrowotnej nie powinny nadmiernie ograniczać dostępu do wysokiej jakości opieki zdrowotnej.

Dostępność (pracownicy służby zdrowia, odległość od placówki służby zdrowia, czas oczekiwania)

Pacjenci powinni mieć odpowiedni dostęp do usług opieki zdrowotnej: nie powinni być zmuszeni podróżować zbyt daleko ani czekać zbyt długo, aby uzyskać dostęp do usługi, której potrzebują. Jest to szczególnie poważne wyzwanie na obszarach wiejskich i oddalonych.

Problemy dotyczące odległości można rozwiązać poprzez bardziej zintegrowane systemy opieki, które poprawiają kontakt między pacjentami i systemem opieki zdrowotnej, a także poprzez szersze stosowanie rozwiązań w zakresie e-zdrowia.

Nie istnieje ogólnounijna definicja sposobu pomiaru czasu oczekiwania, mimo że jest to istotne pojęcie w rozporządzeniu 883/04[20] i dyrektywie 2011/24. Może to ulec zmianie, ponieważ dyrektywa 2011/24 usprawnia system odpowiedzialności za dostęp do opieki poprzez zwiększenie przejrzystości terminu „bez zbędnej zwłoki" przy oczekiwaniu na leczenie.

Starzenie się społeczeństwa i wzrost występowania wielu chorób przewlekłych wymaga różnych kombinacji umiejętności, co ma konsekwencje dla treści programów kształcenia medycznego. Podział między zawodami może stać się mniej sztywny poprzez tworzenie wielodyscyplinarnych zespołów. Zapotrzebowanie na umiejętności i kompetencje w sektorze opieki zdrowotnej stale się zmienia, a role i zawody mogą ewoluować, aby zaspokoić potrzeby ludności. Na przykład, biorąc pod uwagę wysokie wskaźniki braku aktywności fizycznej w UE oraz związane z nimi czynniki ryzyka dla zdrowia, pracownicy służby zdrowia odgrywają kluczową rolę w przekazywaniu pacjentom informacji na temat znaczenia aktywności fizycznej, współdziałając z innymi sektorami, takimi jak sektor sportu[21].

Aby wyprzedzać te wydarzenia, systemy planowania kształcenia medycznego muszą być inteligentniejsze, reagować szybciej i skuteczniej przyciągać studentów do specjalności, które są najbardziej potrzebne.

Ponadto dowody wskazują, że należy zwrócić uwagę na leki, gdyż udział wydatków prywatnych w tym obszarze jest wyraźnie wyższy niż w przypadku innych rodzajów publicznie finansowanej opieki zdrowotnej.

[20] Rozporządzenie 883/2004/WE z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, Dz.U. L 166 z 30.4.2004.

[21] Zalecenie Rady z dnia 26 listopada 2013 r. w sprawie propagowania we wszystkich sektorach prozdrowotnej aktywności fizycznej, Dz.U. C 354 z 4.12.2013.

Krajowe decyzje dotyczące ustalania cen i refundacji mają bezpośredni i pośredni wpływ na dostęp do leków w całej UE: innowacyjne produkty nie zawsze są udostępniane w tym samym czasie we wszystkich państwach członkowskich, a w niektórych krajach mogą w ogóle nie być dostępne.

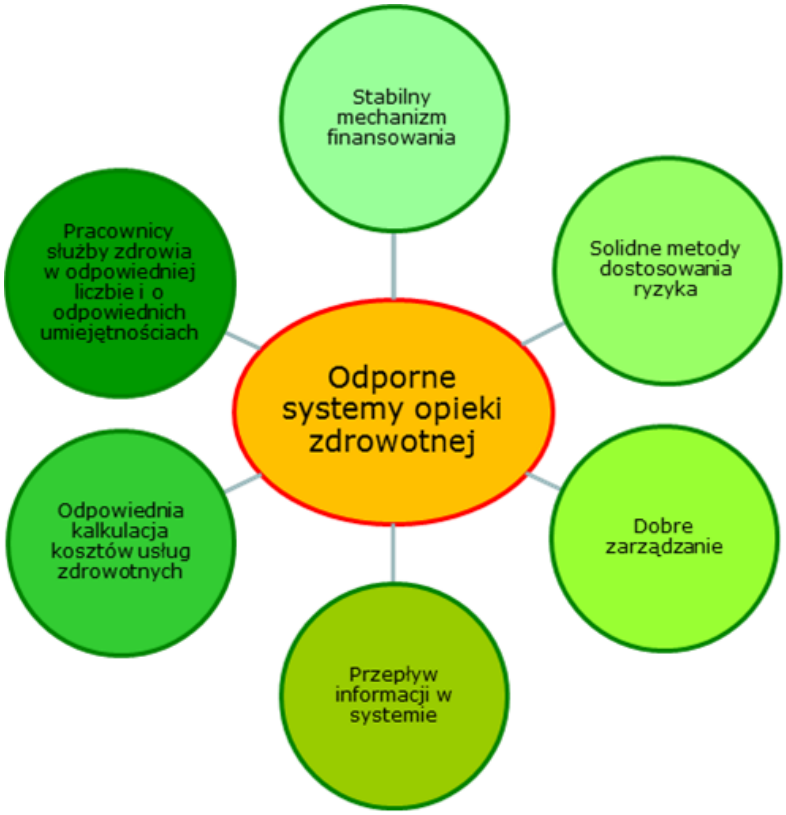
Pierwszy krok w kierunku poprawy tej sytuacji uczyniono za pośrednictwem procesu społecznej odpowiedzialności przedsiębiorstw w dziedzinie farmaceutyki, który sprowokował dyskusję między właściwymi organami odpowiedzialnymi za ustalanie cen i refundacji a innymi zainteresowanymi stronami oraz wsparł przejrzystą wymianę informacji na temat sposobów osiągnięcia lepszego dostępu do leków.

4. Poprawa odporności systemów opieki zdrowotnej

Nowoczesne systemy opieki zdrowotnej muszą być dostępne i skuteczne, dążąc jednocześnie do długoterminowej stabilności. W tym celu muszą one pozostać stabilne budżetowo. Komisja wspiera państwa członkowskie w tej dziedzinie, dostarczając analiz i prognoz oraz zalecając reformy w ramach europejskiego semestru.

Systemy opieki zdrowotnej powinny również uwzględniać czynniki pozabudżetowe. Muszą być zdolne do skutecznego dostosowania się do zmieniających się okoliczności oraz do określania i wprowadzania innowacyjnych rozwiązań pozwalających sprostać poważnym wyzwaniom – znacznym brakom wiedzy specjalistycznej i zasobów w określonych obszarach, niespodziewanemu gwałtownemu wzrostowi zapotrzebowania (np. z powodu epidemii) itp. – przy ograniczonych zasobach. Innymi słowy, państwa członkowskie powinny budować i utrzymywać ich odporność.

Europejskie systemy opieki zdrowotnej nie poradziły sobie tak samo dobrze z kryzysem gospodarczym, a niektóre z nich musiały wdrożyć zasadnicze i – w niektórych przypadkach – bolesne reformy w bardzo krótkim czasie. Na podstawie doświadczeń zgromadzonych podczas niedawnych reform Komisja określiła następujące czynniki odporności, które pomogły niektórym systemom opieki zdrowotnej zagwarantować społeczeństwu dostępne i skuteczne usługi opieki zdrowotnej.



Stabilne mechanizmy finansowania

Stabilne finansowanie pozwala na skuteczne planowanie inwestycji i płynnej ciągłości usług w zakresie organizacji opieki zdrowotnej i zarządzania nią. Systemy opieki zdrowotnej, których finansowanie jest oparte na mniej stabilnych źródłach dochodów, łatwiej ulegają zewnętrznym wstrząsom, np. systemy oparte głównie na składkach związanych z zatrudnieniem są bardziej narażone na skutki wzrostu bezrobocia. Rezerwy lub inne antycykliczne formuły przeniesienia budżetowego mogą pomóc zapewnić stabilność finansowania.

Solidne metody dostosowania ryzyka

Spójny system dostosowania ryzyka oraz łączenia ryzyka jest kluczowym narzędziem pozwalającym dopilnować, aby zasoby były wydatkowane w zależności od potrzeb. Na przykład, gdy kilka towarzystw ubezpieczeń zdrowotnych gromadzi składki na ubezpieczenia społeczne lub składki ubezpieczeniowe, mechanizm dostosowania ryzyka/wyrównania ryzyka jest stosowany w celu uwzględnienia wielkości, struktury pod względem wieku i płci oraz wskaźnika zastępczego modeli umieralności osób ubezpieczonych w każdym funduszu. Ma to na celu uniknięcie doboru pacjentów i dyskryminacji oraz zapewnienie dostosowania finansowania do potrzeb.

Dobre zarządzanie

Zarządzanie polega na ściśle określonych obowiązkach w ramach systemu opieki zdrowotnej i jego głównych elementów, a także silnym przywództwie, należytych mechanizmach odpowiedzialności i jasnej strukturze organizacyjnej. Umożliwia to systemom szybkie dostosowanie się do nowych celów i

priorytetów oraz zwiększa ich zdolność do reagowania na poważne wyzwania poprzez określenie i wdrożenie środków niezbędnych do wspierania inteligentnych decyzji inwestycyjnych.

Przepływ informacji w systemie

Solidna wiedza na temat mocnych i słabych stron oraz zdolność monitorowania informacji, w tym na poziomie indywidualnych pacjentów i dostawców usług opieki zdrowotnej, umożliwiają zarządzającym systemem podejmowanie dostosowanych do sytuacji decyzji opartych na faktach w określonych podsektorach.

Systemy informatyczne oparte na e-zdrowiu ułatwiają i wspierają wzmocnienie systemów informacji i wiedzy. Ponadto e-zdrowie może przyczynić się do bardziej zindywidualizowanej opieki zdrowotnej, która jest lepiej ukierunkowana, skuteczna, wydajna i pomaga ograniczyć liczbę błędów oraz długość hospitalizacji.

Odpowiednia kalkulacja kosztów usług zdrowotnych

Kluczowe jest zrozumienie złożoności procesów prowadzących od kosztów do wyników: w jaki sposób koszty odpowiadają zasobom ludzkim i materialnym, w jaki sposób zasoby przyczyniają się do działań (np. interwencji chirurgicznych, badań diagnostycznych), w jaki sposób działania łączą się w interwencje medyczne i wreszcie w jaki sposób interwencje medyczne wywierają wpływ na zdrowie.

Ocena technologii medycznych jest głównym sposobem na zapewnienie wspólnej metody oceny skuteczności interwencji i właściwej kalkulacji kosztów usług, a co za tym idzie umożliwienia decydentom możliwie najbardziej efektywnej alokacji zasobów.

Zdolność do dokładnego kalkulowania kosztów opieki zdrowotnej jest nie tylko niezbędna do kontrolowania wydatków, lecz również stanowi nieodzowny warunek efektywnych decyzji dotyczących inwestycji i ustanawiania priorytetów.

Pracownicy służby zdrowia w odpowiedniej liczbie i o odpowiednich umiejętnościach

Wysoko wykwalifikowani i zmotywowani pracownicy służby zdrowia w odpowiedniej liczbie i o odpowiednich umiejętnościach są niezbędni do znalezienia innowacyjnych rozwiązań poprzez zmiany organizacyjne i technologiczne. Posiadanie skutecznej struktury zachęt ma zasadnicze znaczenie dla poprawy wyników pracowników służby zdrowia oraz zapewnienia, by w centrum zainteresowania było bezpośrednie świadczenie opieki zdrowotnej.

5. Agenda UE na rzecz skutecznych, dostępnych i odpornych systemów opieki zdrowotnej

Główna odpowiedzialność za systemy opieki zdrowotnej spoczywa na państwach członkowskich. UE podjęła szereg działań, które mogą wspierać państwa członkowskie, w szczególności poprzez dostarczanie wytycznych oraz narzędzi monitorowania i oceny.

Komisja powołała niezależną grupę ekspertów zapewniającą doradztwo w zakresie inwestowania w zdrowie[22]. Będzie ona przedstawiać analizy i zalecenia dla Komisji w sprawie szeregu kwestii, które są przedmiotem dyskusji.

Wspieranie poprawy skuteczności systemów opieki zdrowotnej

Ocena skuteczności systemów opieki zdrowotnej (HSPA)

Rada Ministrów Zdrowia wezwała państwa członkowskie do wykorzystywania takiej oceny do kształtowania polityki, rozliczalności i przejrzystości, a także zwróciła się do Komisji o wspieranie państw członkowskich w jej stosowaniu.

Podjęte w odpowiedzi na to wezwanie wspólne prace nad HSPA dostarczą państwom członkowskim narzędzi i metod, w tym:

- korzystania z finansowanych przez UE badań naukowych na temat środków i wskaźników oceny skuteczności;
- określania kryteriów i procedur wyboru dziedzin priorytetowych dla HSPA na poziomie krajowym i unijnym;
- opracowania dostosowanego do potrzeb systemu sprawozdawczości oraz
- nasilenia współpracy z organizacjami międzynarodowymi, w szczególności z OECD i Światową Organizacją Zdrowia.

Te wspólne prace mogą również umożliwić bardziej ukierunkowane działania na poziomie UE mające na celu zmniejszenie nierówności poprzez zapewnienie wsparcia państwom członkowskim osiągającym wyniki poniżej średniej UE przy poprawie ich sytuacji. Mogą one także okazać się kluczowe przy pomaganiu państwom członkowskim w spełnianiu wymogów określonych w dyrektywie 2011/24 w odniesieniu do informacji na temat jakości i bezpieczeństwa.

Jakość opieki, w tym bezpieczeństwo pacjentów

Wiosną 2014 r. Komisja zamierza przedstawić swoje drugie sprawozdanie na temat wdrażania zalecenia Rady w sprawie bezpieczeństwa pacjentów[23]. Na podstawie ustaleń zawartych w sprawozdaniu Komisja omówi działania na rzecz dalszej poprawy bezpieczeństwa pacjentów oraz zmniejszenia nieuzasadnionych różnic pomiędzy państwami członkowskimi i w ich obrębie.

Wyniki niedawnych konsultacji społecznych w zakresie bezpieczeństwa pacjentów i jakości opieki wskazują, że istnieje duże zainteresowanie opracowaniem szerszej agendy UE w celu rozwiązania kwestii, które mają wpływ na jakość opieki zdrowotnej. Komisja zamierza podjąć odpowiednie działania następcze.

[22] Decyzja Komisji z dnia 5 lipca 2012 r. w sprawie powołania wielosektorowej i niezależnej grupy ekspertów zapewniającej doradztwo w zakresie efektywnych sposobów inwestowania w zdrowie, Dz.U. C 198 z 6.7.2012.

[23] Pierwsze sprawozdanie zostało opublikowane w 2012 r.: COM(2012) 658.

Integracja opieki

Integracja opieki powinna odbywać się zarówno między różnymi poziomami opieki zdrowotnej (podstawowa opieka zdrowotna, opieka szpitalna itp.), jak i między opieką zdrowotną a opieką socjalną, zwłaszcza w odniesieniu do osób starszych lub osób cierpiących na choroby przewlekłe.

Reformy w państwach członkowskich, służące zmniejszeniu uzależnienia systemów opieki zdrowotnej od opieki szpitalnej poprzez lepszą integrację opieki, stanowią okazję do wymiany doświadczeń w kluczowych obszarach oraz do udzielenia odpowiedzi na następujące pytania:

- Którzy pacjenci mogą być lepiej lub równie dobrze leczeni poza szpitalem?
- W jaki sposób można ograniczyć zbędne hospitalizacje?

Grupa ekspertów w zakresie inwestowania w zdrowie opublikowała sprawozdanie na temat podstawowej opieki zdrowotnej i integracji opieki, na podstawie którego Komisja rozpoczęła konsultacje publiczne w celu określenia nowych obszarów dla dalszych rozważań.

Zwiększenie dostępu do opieki zdrowotnej

Pracownicy opieki zdrowotnej w UE

Stwierdzono znaczne niedostatki w zdolności planowania przez państwa członkowskie przyszłych potrzeb w zakresie pracowników służby zdrowia – w odniesieniu zarówno do ich całkowitej liczby, jak i wymaganych kombinacji umiejętności – w celu skutecznej realizacji przewidywanych potrzeb w obszarze opieki zdrowotnej.

Wyniki planu działań dotyczącego pracowników służby zdrowia[24] pomogą lepiej przewidywać przyszłe potrzeby w zakresie umiejętności oraz zapewnią istotne informacje na potrzeby kształcenia przyszłych pokoleń pracowników służby zdrowia posiadających właściwe umiejętności. Poprawa dostępnych danych w celu ulepszenia krajowych systemów planowania może również pomóc w sprostaniu wyzwaniom, jakie niesie ze sobą mobilność pracowników opieki zdrowotnej, i w znalezieniu rozwiązań, które uwzględniałyby prawo do swobodnego przemieszczania się w UE.

Planowanie zatrudnienia w służbie zdrowia powinno posłużyć do opracowania zrównoważonych rozwiązań na poziomie UE, aby zapewnić wystarczającą liczbę odpowiednio przeszkolonych pracowników służby zdrowia o odpowiednich umiejętnościach w celu zapewnienia opieki dla wszystkich tych, którzy jej potrzebują. Aby uniknąć przyszłych niedoborów i niedopasowania umiejętności, Komisja zamierza kontynuować współpracę z państwami członkowskimi w zakresie opracowywania zaleceń, wspólnych narzędzi, wskaźników i wytycznych, wzmacniając w ten sposób wsparcie UE dla planowania przez państwa członkowskie.

Racjonalne pod względem kosztów stosowanie leków

UE potrzebuje konkurencyjnego przemysłu farmaceutycznego. W związku z powyższym państwa członkowskie i Komisja powinny poddać dalszej refleksji kwestię sposobów pogodzenia celów polityki

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

zdrowotnej polegających na zapewnieniu dostępności opieki zdrowotnej wszystkim obywatelom UE z potrzebą ograniczenia kosztów. Należy rozważyć możliwość pogłębienia współpracy przy tworzeniu mechanizmów zwiększających przejrzystość i poprawiających koordynację w celu zminimalizowania wszelkich niezamierzonych skutków, jakie dla dostępności w całej UE mogą mieć obecne krajowe systemy ustalania cen.

Optymalne wdrożenie dyrektywy 2011/24

Dyrektywa 2011/24 rozszerza możliwości dokonywania przez pacjentów wyboru w zakresie opieki zdrowotnej i pomaga im uniknąć zbędnej zwłoki w otrzymaniu leczenia, którego potrzebują. Dyrektywa ta poprawi przejrzystość, zobowiązując państwa członkowskie do utworzenia krajowych punktów kontaktowych udzielających informacji obywatelom, w tym na temat ich praw i uprawnień, bezpieczeństwa pacjentów i norm w zakresie jakości opieki zdrowotnej. Wezwano w niej także do lepszego zrozumienia koszyka usług zdrowotnych. Państwa członkowskie powinny zapewnić właściwe wdrożenie wszystkich przepisów wspomnianej dyrektywy. Komisja będzie ściśle monitorować sposób, w jaki pojęcie zbędnej zwłoki jest stosowane w państwach członkowskich.

Sieci referencyjne będą promować współpracę między wysoce wyspecjalizowanymi dostawcami w różnych państwach członkowskich, dzięki czemu pacjenci cierpiący na choroby o niskiej częstości występowania, choroby złożone lub rzadkie będą mieli dostęp do opieki wysokiej jakości. Komisja zamierza wystosować zaproszenia do wyrażenia zainteresowania dotyczące zostania członkami europejskiej sieci referencyjnej, którzy mogą również kształcić pracowników służby zdrowia i pomagać w określeniu wspólnych wymogów w zakresie zapewniania jakości.

Poprawa odporności systemów opieki zdrowotnej

Istnieje pilna potrzeba dalszego badania czynników odporności systemów opieki zdrowotnej oraz sposobów ich rozwoju. Państwa członkowskie powinny opracować lepsze analizy tych czynników na podstawie swoich doświadczeń krajowych. Powinny one być uzupełniane działaniami UE na rzecz wymiany najlepszych praktyk i opracowania środków z zakresu polityki. Dla poprawy odporności systemów opieki zdrowotnej w Unii Europejskiej korzystne będą przedstawione poniżej podejścia.

Ocena technologii medycznych (HTA)

Ocena technologii medycznych to naukowe podejście służące do oceny względnego skutku danej technologii medycznej na stan chorobowy poprzez odpowiedzi na takie pytania, jak:

- Czy technologia jest skuteczna?
- Dla kogo jest ona skuteczna?
- Jakie koszty są z nią związane?
- Jak dobrze funkcjonuje w stosunku do technologii alternatywnych?

Ocena technologii medycznych okazała się skutecznym narzędziem poprawy dostępu do innowacyjnych technologii dla pacjentów i wsparcia bardziej efektywnego przydziału środków finansowych.

Państwa członkowskie współpracują w zakresie oceny technologii medycznych w ramach sieci ustanowionej w dyrektywie 2011/24. Komisja popiera ambitny cel sieci oceny technologii medycznych, a mianowicie ponowne wykorzystanie na szczeblu krajowym informacji zdobytych wspólnie w ramach oceny technologii medycznych. Ograniczy to powielanie prac organów regulacyjnych, organów i sektora przemysłu związanych z oceną technologii medycznych i doprowadzi do powstania wspólnego rozumienia klinicznych aspektów technologii medycznych (tj. ich względnego bezpieczeństwa i efektywności/skuteczności).

W przyszłości opracowane zostaną bardziej ambitne i stabilne struktury wsparcia współpracy naukowej w zakresie oceny technologii medycznych. We współpracy z siecią oceny technologii medycznych Komisja pracuje nad ewentualnymi wnioskami w tej sprawie.

System informacji zdrowotnych

Wszelkie działania mające na celu zwiększenie odporności systemu opieki zdrowotnej muszą brać pod uwagę ten system jako taki. Decyzje dotyczące inwestycji lub wycofania się z inwestycji w konkretnych sektorach powinny opierać się na zrozumieniu procesów rządzących tymi sektorami i wpływu takich interwencji na parametry zdrowotne i ekonomiczne.

Dlatego też państwa członkowskie powinny inwestować w rozwijanie przepływu informacji, na przykład aby zapewnić właściwy przepływ informacji na poziomie pacjenta do wszystkich niezbędnych dostawców usług opieki zdrowotnej lub wsparcie bardziej skutecznej i trwałej reorganizacji systemu opieki zdrowotnej i usług zdrowotnych[25].

Komisja rozważa wsparcie państw członkowskich przy ustanawianiu zrównoważonego i zintegrowanego systemu informacji zdrowotnych w UE, analizując w szczególności potencjał kompleksowego konsorcjum na rzecz europejskiej infrastruktury badawczej (ERIC) w zakresie informacji zdrowotnych.

E-zdrowie

Komisja zdecydowanie zachęca do współpracy między państwami członkowskimi w zakresie e-zdrowia i wspiera je przy opracowywaniu i wdrażaniu racjonalnych pod względem kosztów i interoperacyjnych rozwiązań w zakresie e-zdrowia w celu poprawy systemów opieki zdrowotnej[26]. Zgodnie z wymogami dyrektywy 2011/24 Komisja popiera sieć e-zdrowie, która działa na rzecz osiągnięcia trwałych korzyści z europejskich systemów i świadczeń e-zdrowia oraz jego interoperacyjnych zastosowań użytkowych. W planie działania w dziedzinie e-zdrowia na lata 2012–2020 podkreśla się również korzyści płynące ze świadczeń e-zdrowia dla obywateli, pacjentów i dostawców usług opieki zdrowotnej oraz proponuje się konkretne działania, aby zmniejszyć bariery przy wprowadzaniu tych świadczeń.

[25] Zob. wnioski zawarte w sprawozdaniu grupy zadaniowej ds. e-zdrowia pt. „Przebudowa zdrowia w Europie w perspektywie 2020 r.", w którym apeluje się do decydentów, aby wykorzystali potęgę danych: http://ec.europa.eu/digital-agenda/en/news/eu-task-force-ehealth-redesigning-health-europe-2020

[26] COM(2012) 736.

Konieczne są dalsze działania w celu rozwoju skutecznych i interoperacyjnych usług telemedycznych. Europejskie sieci referencyjne będą stanowić idealną okazję do wprowadzenia i przetestowania telemedycyny w UE.

6. Wnioski

W rocznej analizie wzrostu gospodarczego dotyczącej 2013 r. uznano, że „w kontekście wyzwań demograficznych oraz nacisku na wydatki związane ze starzeniem się społeczeństwa powinny zostać wprowadzone reformy systemów opieki zdrowotnej, tak by zapewnić ich opłacalność i stabilność. Reformy należy przeprowadzać w oparciu o ocenę wydajności tych systemów w odniesieniu do podwójnego celu, jakim jest skuteczniejsze wydawanie środków publicznych i dostęp do wysokiej jakości opieki zdrowotnej".

Przyszła zdolność państw członkowskich do zapewnienia wszystkim wysokiej jakości opieki zdrowotnej zależeć będzie od tego, czy systemy zdrowotne staną się bardziej odporne i zdolne do lepszego radzenia sobie z przyszłymi wyzwaniami. Muszą one osiągnąć ten cel, pozostając jednocześnie racjonalnymi pod względem kosztów i stabilnymi finansowo.

Wprawdzie jest to przede wszystkim zadanie dla państw członkowskich, ale w niniejszym komunikacie uwydatniono szereg inicjatyw, poprzez które UE może wspierać decydentów politycznych w państwach członkowskich. UE będzie musiała rozwinąć te inicjatywy i budować na nich, aby zapewnić realizację dążenia obywateli do opieki wysokiej jakości. Nacisk będzie musiał zostać położony na metody i narzędzia, które umożliwią państwom członkowskim osiągnięcie większej skuteczności, dostępności i odporności swoich systemów opieki zdrowotnej, zgodnie z zaleceniami dotyczącymi reform skierowanymi do państw członkowskich w ramach europejskiego semestru. W celu wdrożenia reform określonych w tych zaleceniach zachęca się również państwa członkowskie do stosowania europejskich instrumentów finansowania.

