EIROPAS
KOMISIJA

Briselē, 4.4.2014.
COM(2014) 215 final

KOMISIJAS PAZIŅOJUMS

Par rezultatīvām, piekļūstamām un noturīgām veselības aizsardzības sistēmām

1. Ievads

Veselības aizsardzības sistēmām[1] modernā sabiedrībā ir svarīga nozīme – tās cilvēkiem palīdz saglabāt un uzlabot veselību. Veselības aizsardzības sistēmām vajadzētu ne vien paildzināt mūžu, bet arī palīdzēt to dzīvot pilnvērtīgi.

ES dalībvalstu veselības aizsardzības sistēmas ir atšķirīgas un atspoguļo katras valsts sabiedrības atšķirīgo izvēli. Tomēr, par spīti organizatoriskām un finansiālām atšķirībām, to pamatā ir 2006. gadā veselības ministru padomes atzītas kopīgas vērtības[2]: universālums, piekļuve kvalitatīvai veselības aprūpei, taisnīgums (vienlīdzīga piekļuve) un solidaritāte.

ES valstu veselības aizsardzības sistēmas arvien vairāk mijiedarbojas. Stājoties spēkā Direktīvai 2011/24[3], šī mijiedarbība būtiski aktivizējās. Pastiprināta veselības aizsardzības sistēmu sadarbība varētu sekmēt to, kā sistēmas darbojas apstākļos, kur pacienti un veselības aprūpes speciālisti kļūst arvien mobilāki.

Pēdējo desmit gadu laikā Eiropas veselības aizsardzības sistēmas ir saskārušās ar kopīgām pastāvīgi augošām problēmām: paaugstinās veselības aprūpes izmaksas, sabiedrība noveco, un no tā izriet hronisko slimību un multimorbiditātes pieaugums, kā arī lielāks pieprasījums pēc veselības aprūpes, veselības aprūpes speciālistu nepietiek un tie ir sadalīti nevienmērīgi, veselības aizsardzībā un veselības aprūpes pieejamībā nevalda vienlīdzība.

Turklāt pēdējos gados finansiālo resursu pieejamību ir ierobežojusi ekonomiskā krīze, dalībvalstīm apgrūtinot uzdevumu nodrošināt veselības aizsardzības sistēmu ilgtspējību[4]. Tas savukārt grauj dalībvalstu spēju sniegt universālu (vispārēju) piekļuvi kvalitatīvai veselības aprūpei. Veselības aizsardzības sistēmām jābūt noturīgām: tām jāspēj rezultatīvi pielāgoties mainīgai videi, ar ierobežotiem resursiem risinot nozīmīgas problēmas.

Augošā savstarpējā atkarība un kopīgie uzdevumi prasa sadarboties arvien ciešāk. 2006. gadā dalībvalstis sociālās aizsardzības un sociālās integrācijas jomas atvērtās koordinācijas metodes kontekstā vienojās par kopīgiem mērķiem attiecībā uz veselības aprūpes piekļūstamību, kvalitāti un finansiālo ilgtspējību[5]. 2011. gadā veselības ministru padome iedibināja ES līmeņa pārdomu procesu, kura mērķis ir palīdzēt dalībvalstīm nodrošināt modernas, reaģētspējīgas un ilgtspējīgas veselības

[1] Šajā paziņojumā veselības aizsardzības sistēmas ir definētas kā sistēmas, kuru mērķis ir pacientiem sniegt profilaktiskus, diagnostiskus, ārstnieciskus vai paliatīvus veselības aprūpes pakalpojumus, kuru pamatmērķis ir uzlabot veselību.

[2] Padomes secinājumi par Eiropas Savienības veselības aizsardzības sistēmu kopējām vērtībām un principiem, OV C 146, 22.06.2006.

[3] Direktīva 2011/24/EK, OV L 88, 04.04.2011.

[4] Tas ir uzsvērts arī "*Council conclusions on the Economic Policy Committee (EPC) – European Commission Joint Report on health systems in the EU*" (2010. gada 7. decembris).

[5] Sociālās aizsardzības komitejas un Ekonomikas politikas komitejas kopīgais atzinums par *EPSCO* padomes 2006. gada 10. martā apstiprināto Komisijas paziņojumu "Strādāt kopā, strādāt labāk: jauna sistēma sociālās aizsardzības un integrācijas politikas atklātai koordinācijai Eiropas Savienībā".

aizsardzības sistēmas[6]. Padome atzina, ka "vienlīdzīgas piekļuves nodrošināšana augstas kvalitātes veselības aprūpes pakalpojumiem vienmēr ir bijis svarīgs jautājums ierobežotu ekonomisku un citu resursu apstākļos, taču pašlaik mainās situācijas mērogs un neatliekamība, un, nerodot risinājumu, tā var kļūt par izšķirošu faktoru ES ekonomiskās un sociālās realitātes izveidē nākotnē".

2013. gada decembrī veselības ministru padome savos secinājumos par "pārdomu procesu attiecībā uz modernām, reaģētspējīgām un ilgtspējīgām veselības aizsardzības sistēmām" apstiprināja panāktos sasniegumus un pieprasīja, lai darbs šajā jomā turpinātos[7].

Gada izaugsmes pētījumā (GIP) par 2014. gadu[8] norādīts, ka, lai panāktu ilgstošu ekonomisku atveseļošanos, "tagad galvenā prioritāte ir sekmēt izaugsmi un konkurētspēju". Domājot par šo mērķi, GIP uzsver, ka nepieciešams veselības aprūpes sistēmas efektivizēt un padarīt finansiāli ilgtspējīgākas, turklāt spējīgākas produktīvi apmierināt sociālās vajadzības un nodrošināt nepieciešamos sociālās drošības tīklus. Tas atzīst arī veselības aprūpes nozares lielo nozīmi ekonomiskās krīzes sociālo seku risināšanā, uzsverot, ka veselības aprūpes pakalpojumi ir joma, kur nākamajos gados radīsies lielas nodarbinātības iespējas. Pētījums iesaka, ka būtu jāizstrādā aktīvas sociālās iekļaušanas stratēģijas, paredzot arī plaši pieejamus veselības aprūpes pakalpojumus, kas būtu cenas ziņā pieņemami un kvalitatīvi.

Tas iepriekš uzsvērts arī 2013. gadā, kad Eiropas semestrī vienpadsmit dalībvalstis[9] saņēma ieteikumu reformēt veselības aizsardzības sistēmas. Lielākajā daļā šo ieteikumu galvenā uzmanība pievērsta veselības aizsardzības sistēmu ilgtspējībai un to izmaksu lietderīgumam, pieprasot reformēt slimnīcu sektoru, veselības pakalpojumu cenu noteikšanu un ambulatoro un primāro aprūpi. Trijos ieteikumos arī pieprasīts veselības aprūpi uzturēt piekļūstamu vai padarīt to piekļūstamāku.

Veselība ne vien ir vērtība pati par sevi, bet arī ekonomiskās labklājības priekšnosacījums, kā atzīts Sociālo ieguldījumu paketē[10] ietilpstošajā Komisijas dienestu darba dokumentā "*Investing in health*". Cilvēku veselība ekonomiskos iznākumus ietekmē tādos aspektos kā ražīgums, darbaspēka piedāvājums, cilvēkkapitāls un publiskā sektora izdevumi. Veselības aprūpes nozarē spēcīgs dzinulis ir inovācija, un tai ir būtiska nozīme ekonomikā: nozare pārstāv 10 % no ES IKP. Turklāt nozare ir ļoti darbietilpīga un viena no lielākajām Eiropas Savienībā: veselības aprūpes darbinieki 2010. gadā aizņēma 8 % visu ES darbvietu[11].

Pēdējo gadu pieredzi un tajos veikto darbu attīstot tālāk un tiecoties pilnveidot ES līmeņa pieejas, šajā paziņojumā galvenā uzmanība pievērsta pasākumiem, kuru mērķis ir:

---

[6] Padomes secinājumi "Ceļā uz modernām, atsaucīgām un ilgtspējīgām veselības aizsardzības sistēmām" (2011. gada 6. jūnijs).

[7] Padomes secinājumi "Pārdomu process attiecībā uz modernām, reaģētspējīgām un ilgtspējīgām veselības aizsardzības sistēmām" (2013. gada 10. decembris).

[8] COM(2013) 800.

[9] Austrija, Bulgārija, Čehija, Vācija, Somija, Francija, Malta, Polija, Rumānija, Slovākija un Spānija.

[10] COM(2013) 83.

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

1. stiprināt veselības aizsardzības sistēmu rezultativitāti;

2. veselības aprūpi padarīt piekļūstamāku;

3. veselības aizsardzības sistēmas padarīt noturīgākas.

2. Kā stiprināt veselības aizsardzības sistēmu rezultativitāti

Svarīgi veselības aprūpes kvalitātes un veselības aizsardzības sistēmu snieguma elementi ir rezultativitāte, drošība un pacienta pieredzējumi. ES līmenī turpinās darbs pie pacientu drošības[12], savukārt pacienta pieredzējumi ir svarīga joma, kurai arī turpmāk būs jāpievērš regulāra uzmanība.

Šajā paziņojumā galvenā uzmanība pievērsta rezultativitātei: veselības aizsardzības sistēmu spējai panākt pozitīvu veselības iznākumu, t.i., uzlabot iedzīvotāju veselību.

Veselības aizsardzības sistēmu rezultativitāti arvien svarīgāk būs vērtēt, jo īpaši tāpēc, ka šīs sistēmas nav vienīgais mūsu veselības uzlabošanas faktors. Lai gan sagaidāmā dzīvildze pa dalībvalstīm joprojām stipri atšķiras, kopumā mēs dzīvojam ilgāk un esam veselīgāki nekā iepriekšējās paaudzes. Lielā mērā tas sasniegts, pateicoties būtiskajiem panākumiem, kas gūti sabiedrības veselības aizsardzībā un ārpus veselības aizsardzības sistēmas. Mēs varam gaidīt arī turpmākus uzlabojumus, piemēram, mazināsies smēķēšanas izplatība un alkohola patēriņš, uzlabosies uztura kvalitāte un augs iesaiste fiziskās nodarbībās. Ir vispāratzīts, ka veselības aprūpes nozares ieguldījums iedzīvotāju veselībā pēdējo piecdesmit līdz sešdesmit gadu laikā ir krasi audzis.

Informācijas vākšana par veselības aizsardzības sistēmu salīdzinošo rezultativitāti joprojām ir aizsākumos. Zemāk sniegtie piemēri ilustrē jomas, kur veselības aizsardzības sistēmu ieguldījums veselības uzlabošanā ir visacīmredzamākais un apstiprināts ar pieejamiem ES rādītājiem (piem., perinatālā mirstība, novēršamā mirstība, saslimstība ar slimībām, kas novēršamas ar vakcināciju, un vēža skrīnings). Šis salīdzinājums atklāj lielas atšķirības starp ES dalībvalstīm.

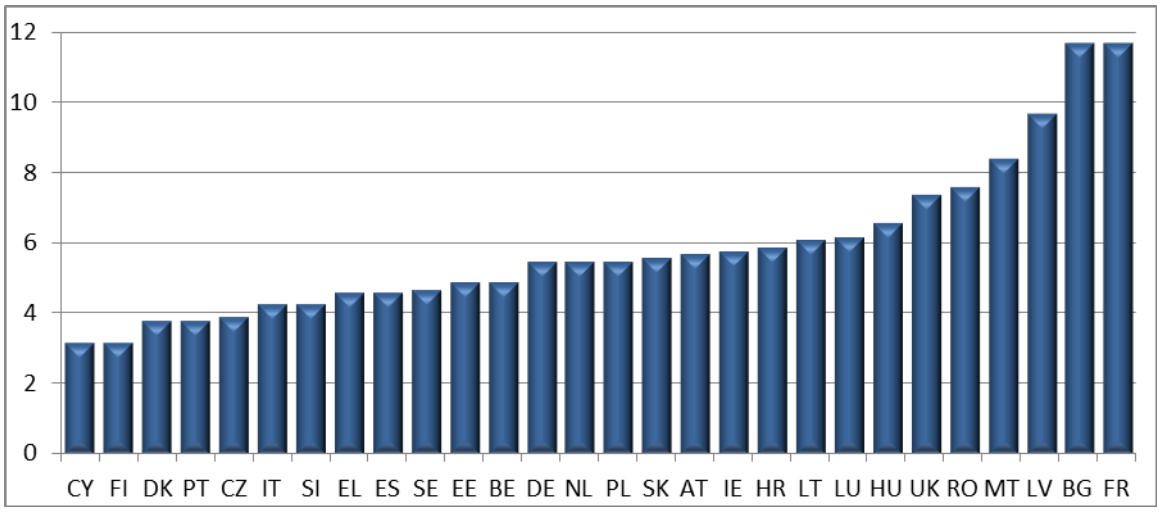
Perinatālā mirstība

Perinatālo mirstību aprēķina kā kopējo vēlīno fetālo mirstību (pēc 28. grūtniecības nedēļas) un agrīno neonatālo mirstību (septiņu dienu laikā pēc piedzimšanas). Salīdzinājumā ar zīdaiņu mirstību[13] šis rādītājs nav tik stingri saistīts ar sociālekonomiskiem faktoriem un tādējādi uzticamāk raksturo veselības aizsardzības sistēmu rezultativitāti.

[12] Padomes 2009. gada 9. jūnija Ieteikums par pacientu drošību, tostarp par veselības aprūpē iegūtu infekciju profilaksi un kontroli, OV C 151, 3.7.2009.

[13] Zīdaiņu mirstība ir pirmajā dzīves gadā mirušo bērnu skaits (uz 1000 dzemdībām ar dzīvi piedzimušajiem).

1. attēls. Perinatālās mirstības līmenis uz 1000 dzemdībām (visas dzemdības, dati par 2011. gadu vai nesenāki)



Datu avots: Eurostat *datubāze, projekts* Europeristat *(izstrādājuši Komisijas dienesti)*

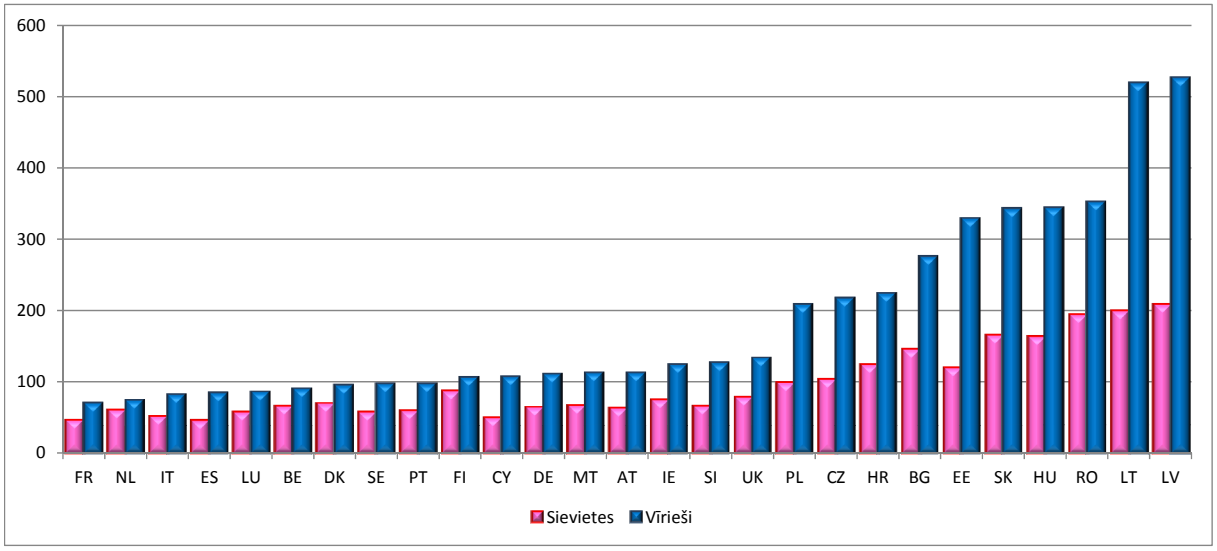
Pēdējos piecos gados perinatālās mirstības līmenis lielākajā daļā dalībvalstu ir mazinājies, lai gan dažās valstīs attiecīgajā laikā līmenis ir paaugstinājies.

Novēršamā mirstība

Novēršamo mirstību definē kā priekšlaicīgas nāves gadījumus, kam nevajadzētu notikt, ja laikus būtu sniegta piemērota veselības aprūpe. Tas ir viens no pamatrādītājiem, ko izmanto, lai pētītu veselības aizsardzības sistēmu ieguldījumu veselības iznākumos[14]. Novēršamā mirstība ir kombinētā standartizētā mirstība attiecībā uz tādu izraudzītu slimību kopumu, par kurām tiek uzskatīts, ka mirstību tieši ietekmē veselības aprūpe.

[14] Pamatoti ir arī "novēršamās mirstības" salīdzinājumos vērā ņemt ne vien ar attiecīgo slimību saistītos nāves gadījumus, bet arī šīs slimības incidenci. Tomēr salīdzināmu datu pieejamība nav nodrošināta.

2. attēls. Novēršamā mirstība; standartizētā mirstība uz 100 000 iedzīvotājiem, 2010. g.



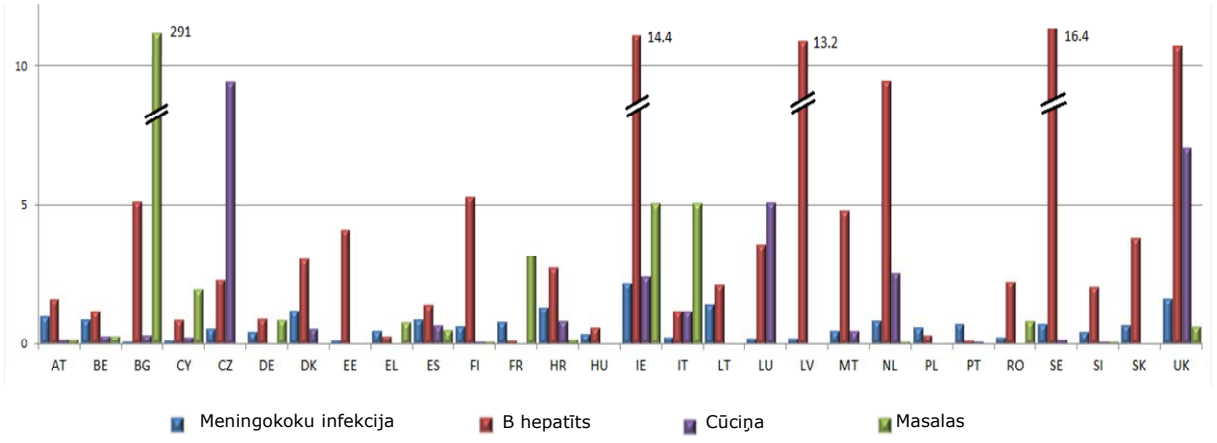
Datu avots: Eurostat *(dati par Grieķiju nav pieejami)*

Pilnīgi visām dalībvalstīm no 2000. gada līdz 2010. gadam ir izdevies samazināt novēršamās mirstības rādītājus, lai gan samazinājums to vidū būtiski atšķiras.

Lipīgās slimības

Konkrētu lipīgu slimību incidenci tieši ietekmē piemērotu veselības pakalpojumu sniegšana: vakcinācijas kampaņas ir krasi mazinājušas ar vakcināciju novēršamu slimību incidenci (lai gan attiecībā uz dažām valstīm vērojamas satraucošas pazīmes, ka vakcinācijas līmenis pazeminās).

3. attēls. Ar vakcināciju novēršamu slimību incidence – apstiprināto gadījumu skaits uz 100 000 iedzīvotāju, 2011. g.



Datu avots: ECDC *Gada epidemioloģiskais ziņojums, 2012. g.*

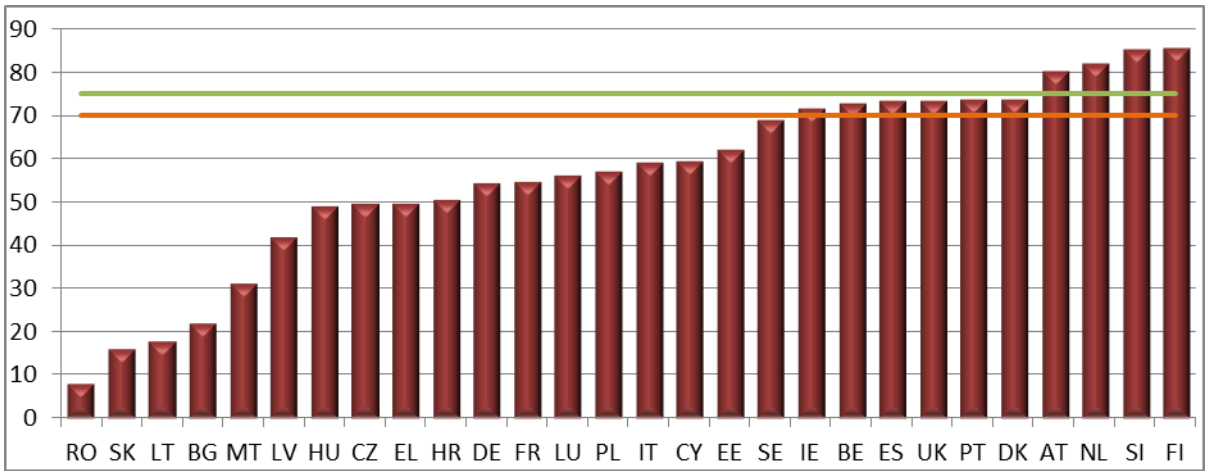
Būtiskas dalībvalstu incidences rādītāju atšķirības ir vērojamas pat tad, ja uzmanību pievērš tikai mazai ar vakcināciju novēršamu slimību grupai (meningokoku infekcija, B hepatīts, cūciņa un masalas).

Vēža skrīnings

Ar iedzīvotājiem paredzētu organizētu skrīninga programmu starpniecību agrīni diagnosticēts kolorektālais vēzis, dzemdes kakla vēzis un krūts vēzis noderīgi liecina par veselības aprūpes sistēmas spēju strādāt ar riska sektoriem. Padome ieteikusi šādas programmas īstenot saskaņā ar Eiropas Kvalitātes nodrošināšanas pamatnostādnēm[15].

Vislielākie panākumi gūti attiecībā uz krūts vēzi. Attiecībā uz vecuma mērķgrupu noteikšanu (50–69 gadus vecas sievietes) un attiecībā uz ieteicamajiem laika intervāliem starp mammogrāfiskā skrīninga reizēm valsts skrīninga programmas parasti atbilst ES pamatnostādnēm. Lai gan attiecībā uz vēlamo skrīninga procentuālo īpatsvaru Eiropas pamatnostādnēs norādītā mērķvērtība ir vismaz 75 % attiecīgo sieviešu (un pieņemamais īpatsvars 70 %), 2010. gadā šāds īpatsvars bija panākts tikai nedaudzās dalībvalstīs.

4. attēls. Krūts vēža skrīnings – 50–69 gadus vecas sievietes, kam veikts skrīnings (%)



Datu avots: OECD health at a glance Europe 2012*, valstu statistika*

Galvenie konstatējumi

Attiecībā uz minētajiem konkrētajiem rādītājiem var izdarīt dažus sākotnējus novērojumus, kas gan nav pietiekami reprezentatīvi, lai ar tiem varētu pamatot veselības aizsardzības sistēmu plašu izvērtēšanu. Tie atspoguļo lielas atšķirības starp ES dalībvalstīm. Tie apliecina arī, ka veselības iznākumi ir daudzdimensionāli un grūti definējami. Kopumā veselības aizsardzības sistēmu rezultativitātes novērtēšana ir komplekss process: veselības aprūpes pasākumu ietekme var sākt izpausties tikai pēc ilgāka laika un problemātiska ir datu salīdzināmība un uzticamība. Tomēr notiek darbs pie uzlabojumiem.

Komisija ir atbalstījusi, ka tiek izstrādāti Eiropas veselības pamatrādītāji (*ECHI*): šis rādītāju kopums paredzēts, lai pārraudzītu iedzīvotāju veselību un veselības aizsardzības sistēmu sniegumu. Ir publiskoti arī vairāki ziņojumi, kuros novērtētas Eiropas veselības aizsardzības sistēmas. Īpaši vērtīgi paraugi ir 2010. gadā publicētais kopīgais Ekonomikas politikas komitejas un Eiropas Komisijas

[15] *Council Recommendation of 2 December 2003 on cancer screening*; OV L 327, 16.12.2003. Sk. arī Eiropas Kvalitātes nodrošināšanas pamatnostādnes attiecībā uz kolorektālā vēža skrīningu un diagnosticēšanu, dzemdes kakla skrīningu un krūts vēža skrīningu un diagnosticēšanu.

ziņojums par veselības aizsardzības sistēmām un ESAO un Komisijas publicētā sērija "Pārskats par veselību Eiropā".

Vēl viens svarīgs solis tika sperts 2013. gadā, kad Sociālās aizsardzības komiteja izstrādāja veselības sektoram paredzētu vienotu novērtēšanas satvaru, kas paredzēts kā sākotnēja skrīninga rīks, ar kura starpniecību konstatēt iespējamas problēmas dalībvalstu veselības aizsardzības sistēmās. Tas ir svarīgs ieguldījums veselības aizsardzības sistēmu snieguma salīdzinošā novērtēšanā, kurā ņem vērā ES līmenī pieejamus datus. Visbeidzot, no pētniecības un tehnoloģiju attīstības pamatprogrammām tika finansēti vairāki projekti, kuru mērķis bija izstrādāt veselības aizsardzības sistēmu snieguma novērtēšanas rādītājus un metodikas[16].

3. Kā veselības aizsardzības sistēmas padarīt piekļūstamākas

Veselības aizsardzības sistēmām jābūt piekļūstamām. Šis ir viens no principiem, kas deklarēti Eiropas Sociālajā hartā[17], kura uzsver, ka liela nozīme ir caurredzamiem medicīniskās ārstēšanas piekļūstamības kritērijiem un ka valstu pienākums ir nodrošināt pienācīgu veselības aprūpes sistēmu, kurā veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanā daļa iedzīvotāju nebūtu atstumti.

Tomēr veselības aprūpes piekļūstamību izmērīt ir grūti, un nav tādas sīki izstrādātas metodoloģijas, kas aptvertu visu ES teritoriju un pavērtu iespēju piekļūstamību pārraudzīt un sekmēt labu praksi. Tas būtu svarīgs solis veselību skarošu nevienlīdzību mazināšanā[18].

Plaši izmantots rādītājs ir ES teritorijā pastāvošā dispersija to iedzīvotāju procentuālajā īpatsvarā, kas ziņo par medicīniskās aprūpes izmantošanas grūtībām, kuru cēloņi saistīti ar veselības sistēmu piekļūstamību[19] (gaidīšanas ilgums, ceļošanas attālums un izmaksu sadalījums). Tomēr šie konstatējumi ir secināti no pašu valstu ziņotām vajadzībām, tāpēc valstu salīdzinājumu var ietekmēt kultūras atšķirību radīti sagrozījumi.

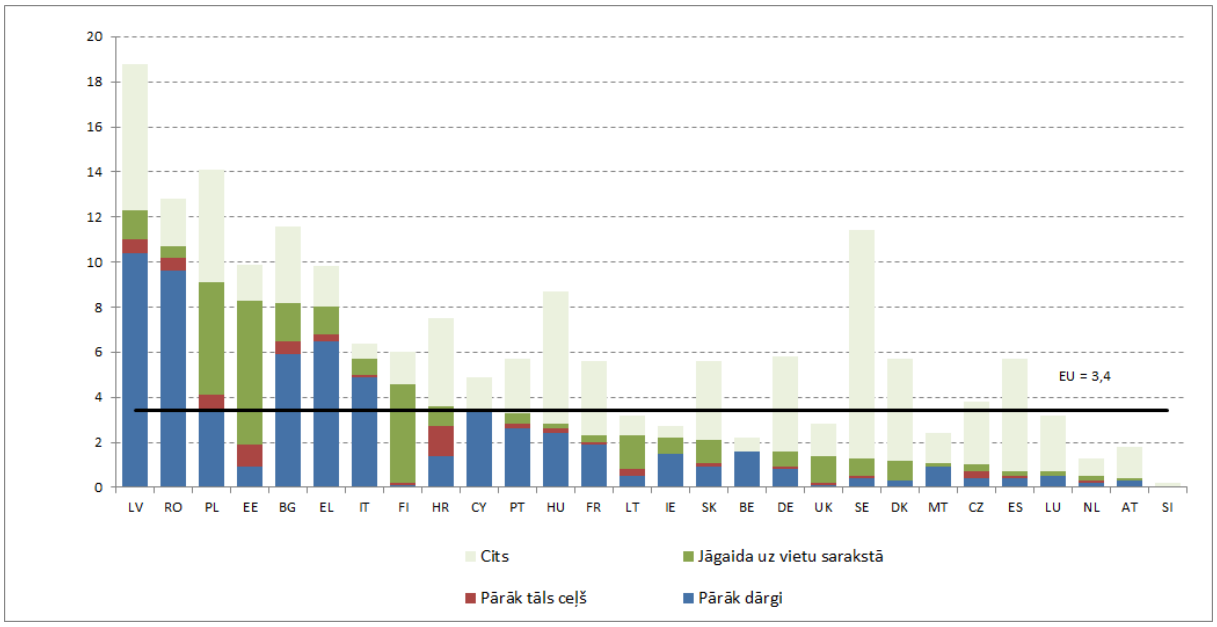
5. attēls. Pašdeklarētas neapmierinātas vajadzības pēc medicīniskas izmeklēšanas, sadalījums pa iemesliem, iedzīvotāju procentuālais īpatsvars (%)

[16] Piemēram, sk. projektus *ECHO* (http://www.echo-health.eu), *Eurohope* (http://www.eurohope.info), un *EuroREACH* (http://www.euroreach.net).

[17] Pārskatītā Eiropas Sociālā harta, Strasbūra, 1996. gada 3. maijs.

[18] COM(2009) 567.

[19] Ievērojiet, ka šajā pārskatā klasifikācija "citi iemesli" attiecas uz iemesliem, kas nav saistīti ar vietējām veselības aizsardzības sistēmām, piemēram, "nebija laika", "bail no ārsta" u. tml.



Avots: Eurostat, *Eiropas ienākumu un dzīves apstākļu statistika par 2012. gadu (*Statistics on Income and Living Conditions *2012) (par AT un IE – 2011. gada dati)*

Veselības aprūpes piekļūstamību veido mijiedarbība starp dažādiem faktoriem, kuru vidū ir veselības aizsardzības sistēmas segums (t.i., kam ir tiesības uz veselības aprūpi), šā seguma dziļums (t.i., uz ko iedzīvotājiem ir tiesības) un veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība (arī cenas pieņemamības ziņā). Veselības aprūpi arī tieši ietekmē veselības aizsardzības sistēmās izmantotie organizācijas un pārvaldības modeļi. Ja veselības aizsardzības sistēmas ir sarežģītas un nepārredzamas, pacienti var uzskatīt, ka veselības aprūpe ir grūtāk piekļūstama.



Iedzīvotāju segums

Faktiski visās ES dalībvalstīs veselības aprūpes pakalpojumus lielākoties finansē valsts. Visās dalībvalstīs veselības aprūpes segums aptver visus vai gandrīz visus iedzīvotājus; tomēr daži nelabvēlīgos apstākļos esoši cilvēki no pietiekama veselības aprūpes seguma joprojām ir atstumti.

Seguma dziļums

Dažādu valstu veselības aizsardzības sistēmās valsts finansētā veselības aprūpe atšķiras. Piemēram, stomatologa un oftalmologa pakalpojumus, un dažas modernas terapijas sedz tikai nedaudzas

dalībvalstis. Vairākās dalībvalstīs nav formulēta valsts finansētās ārstēšanas definīcija. Tas sarežģī salīdzināšanu un analīzi, ar kuru palīdzību varētu panākt vienprātību par minimālajiem vai optimālajiem aprūpes sniegšanas līmeņiem.

Cenas pieņemamība

Bieži vien prasa, lai cilvēki ar līdzmaksājumu vai izmaksu dalīšanas ceļā palīdzētu segt vajadzīgo pakalpojumu finansiālās izmaksas. Tādējādi var nodrošināt, ka veselības aprūpes pakalpojumus lieto atbildīgi; tomēr šim līdzmaksājumam nevajadzētu kļūt par šķērsli vai kavēkli saņemt nepieciešamo veselības aprūpi. Veselības aizsardzības sistēmu izmaksu ierobežošanas pasākumiem, kuru nolūks ir, lai veselības aprūpi izmantotu racionālāk, nevajadzētu pārmērīgi ierobežot kvalitatīvas veselības aprūpes piekļūstamību.

Piekļūstamība (veselības aprūpes nozares darbaspēks, attālums no aprūpes vietas, gaidīšanas ilgums)

Veselības aprūpes pakalpojumiem jābūt pacientiem samērīgi piekļūstamiem: ceļš uz vajadzīgo pakalpojumu saņemšanas vietu nedrīkst būt pārāk tāls vai gaidīšanas laiks līdz to saņemšanai — pārāk ilgs. Tas ir īpaši nopietns uzdevums laukos un attālākos reģionos.

Ar attālumu saistītas problēmas var pārvarēt, izmantojot integrētākus aprūpes modeļus, kas uzlabo pacientu un veselības aizsardzības sistēmas saskari, un plašāk ieviešot e-veselības risinājumus.

Gaidīšanas laiks gan ir Regulā 883/04[20] un Direktīvā 2011/24 svarīgs jēdziens, tomēr nav uz visu ES teritoriju attiecināmas definīcijas, kā mērīt gaidīšanas laiku. Direktīvai 2011/24 padarot veselības aizsardzības sistēmas pārskatatbildīgākas attiecībā uz aprūpes piekļūstamību, proti, noskaidrojoties jēdzienam "nepamatota kavēšanās" attiecībā uz ārstēšanas gaidīšanu, tas varētu mainīties.

Iedzīvotāju novecošana un aizvien augstāka saslimstība vienlaikus ar vairākām hroniskām slimībām prasa dažādu prasmju kombinācijas, un tas savukārt ietekmē medicīnas darbinieku mācību programmu saturu. Iespējams, ka, veidojoties multidisciplinārām darbinieku grupām, profesijas vairs nebūs tik izteikti nodalītas. Veselības aprūpes nozares pieprasījums pēc iemaņām un prasmēm pastāvīgi mainās, un ir ticams, ka lomas un profesijas evolucionēs tā, lai būtu apmierinātas iedzīvotāju vajadzības. Piemēram, ņemot vērā Eiropas Savienības augsto fiziskās mazkustības līmeni un ar to saistītos veselības riskus, veselības aprūpes speciālistiem sadarbībā ar citām nozarēm (sporta nozare u. tml.) ir svarīgs pienākums pacientus konsultēt par fizisko kustību lielo nozīmi[21].

Lai medicīniskās izglītības plānošanas sistēmas apsteigtu minētās norises, tām jābūt gudrāk izstrādātām, spējīgām ātrāk reaģēt un vairāk piesaistīt studentus tajās specialitātēs, kas visvairāk vajadzīgas.

Turklāt ir pamats uzskatīt, ka uzmanība jāpievērš zālēm, jo privāto izdevumu daļa par zālēm ir izteikti augstāka nekā par pārējiem valsts segtās medicīniskās aprūpes veidiem.

[20] 2004. gada 29. aprīļa Regula 883/2004/EK par sociālās nodrošināšanas sistēmu koordinēšanu, OV L 166, 30.04.2004.

[21] Padomes 2013. gada 26. novembra Ieteikums par veselību veicinošu fizisko aktivitāšu popularizēšanu dažādās nozarēs, OV C 354, 4.12.2013.

Valstu lēmumi par cenu veidošanu un izdevumu kompensēšanu tieši un netieši ietekmē zāļu piekļūstamību ES teritorijā: inovatīvas zāles dalībvalstīs ne vienmēr ir pieejamas vienlaikus, un iespējams, ka dažās valstīs tās vispār nav pieejamas.

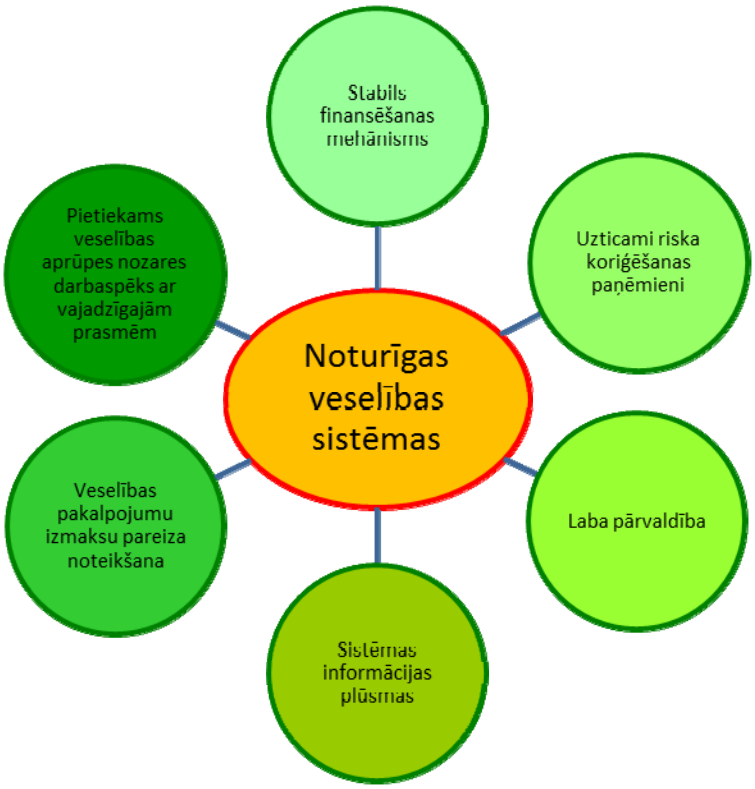
Pirmais solis uz šā stāvokļa uzlabošanu tika sperts farmācijas jomas korporatīvās sociālās atbildības procesā, kurā tika rosināts, ka par cenu veidošanu un izdevumu kompensēšanu atbildīgās kompetentās iestādes apspriežas savā starpā un ar citām ieinteresētajām personām, un atbalstīta caurredzama informācijas apmaiņa par to, kā zāles padarīt piekļūstamākas.

4. Kā veselības aizsardzības sistēmas padarīt noturīgākas

Modernajām veselības aizsardzības sistēmām, tiecoties uz ilgtspējību, joprojām jābūt piekļūstamām un rezultatīvām. Lai to panāktu, tām jābūt fiskāli noturīgām. Komisija dalībvalstis šajā darbā atbalsta, nodrošinot analīzes un prognozes un Eiropas semestra procesā iesakot reformas.

Veselības aizsardzības sistēmās jāpievērš uzmanība arī nefiskāliem faktoriem. Šīm sistēmām jāspēj rezultatīvi pielāgoties mainīgai videi un apzināt un izmantot inovatīvus risinājumus, ar ierobežotiem resursiem risinot būtiskas problēmas: speciālo zināšanu/resursu trūkumu noteiktās jomās, negaidītus pieprasījuma kāpumus (piem., sakarā ar epidēmiju) u. tml. Citiem vārdiem sakot, nepieciešams veidot un uzturēt to noturību.

ES veselības aizsardzības sistēmas ekonomisko krīzi nav pārvarējušas vienlīdz labi, un dažām ļoti īsā laikā bijis jāīsteno lielas un dažkārt sāpīgas reformas. Pamatojoties uz nesenās reformās gūto pieredzi, Komisija attiecībā uz noturību ir apzinājusi šādus faktorus, kas dažās veselības aizsardzības sistēmās palīdzējuši saglabāt iedzīvotājiem piekļūstamus un rezultatīvus veselības aprūpes pakalpojumus.



Stabili finansēšanas mehānismi

Stabils finansējums dod iespēju lietderīgi plānot ieguldījumus un netraucēti sniegt aprūpes organizēšanas un pārvaldīšanas pakalpojumus. Veselības aizsardzības sistēmas, kuru finansējuma pamatā ir mazāk stabili ieņēmumu avoti, ir vairāk pakļautas ārējiem triecieniem: piemēram, bezdarba pieauguma negatīvā ietekme ir lielāka sistēmās, kas balstās uz nodarbināto iedzīvotāju iemaksām. Stabilu finansējumu var palīdzēt nodrošināt rezerves vai citas pretcikliskas formulas, pēc kurām veic valsts budžeta pārskaitījumus.

Uzticami riska koriģēšanas paņēmieni

Svarīgs līdzeklis, kā nodrošināt, ka resursus tērē saskaņā ar vajadzībām, ir konsekventa riska koriģēšanas un risku apvienošanas sistēma. Piemēram, ja sociālās iemaksas vai apdrošināšanas prēmijas iekasē vairākas valsts veselības apdrošināšanas sabiedrības, ar riska koriģēšanas/riska izlīdzināšanas mehānismu gādā, ka ir ņemts vērā katra fonda lielums, apdrošināto personu vecuma un dzimuma struktūra un apdrošināto personu morbiditātes modeļa paraugs. Tā rīkojas, lai novērstu pacientu atlasīšanu un diskriminēšanu un lai nodrošinātu, ka finansējums ir pielāgots vajadzībām.

Laba pārvaldība

Pārvaldība nozīmē to, ka ir skaidri sadalīti pienākumi attiecībā uz veselības aizsardzības sistēmas darbību un tās galvenajiem elementiem, ka pastāv veselīgi pārskatatbildības mehānismi un skaidra organizatoriskā struktūra. Tas sistēmām paver iespēju ātri pielāgoties jauniem mērķiem un prioritātēm un stiprina to spēju reaģēt uz lieliem uzdevumiem, apzinot un ieviešot izdevīgu ieguldīšanas lēmumu atbalstam nepieciešamos pasākumus.

Sistēmas informācijas plūsmas

Konkrētos apakšsektoros pieņemt individuāli pielāgotus, uz datiem pamatotus lēmumus spēj tādi veselības aizsardzības sistēmu pārvaldītāji, kas stabili pārzina sistēmu spēcīgās un vājās puses un spēj pārraudzīt informāciju, arī atsevišķu pacientu vai veselības aprūpes sniedzēju līmenī.

Informācijas sistēmas, kuru pamatā ir e-veselība, atvieglo un atbalsta informācijas zinību sistēmu efektivizēšanu. Turklāt e-veselība var palīdzēt nodrošināt labāk pielāgotu, iedarbīgāku un efektīvāku individualizētāku veselības aprūpi un mazināt kļūdas, un līdz minimumam samazināt uzturēšanos slimnīcā.

Veselības pakalpojumu izmaksu pareiza noteikšana

Lai saprastu, cik sarežģīts ir process, kas no izmaksām ved uz iznākumu, ir nepieciešams izprast, kā izmaksas korelē ar cilvēkresursiem un fiziskajiem resursiem, kā resursi palīdz veikt veikt darbības (piemēram, ķirurģiska iejaukšanās, diagnostiski testi), kā dažādas darbības grupējas, veidojot aprūpiejaukšanos, un, visbeidzot, kā aprūpiejaukšanās ietekmē veselību.

Lai nodrošinātu vienotu metodi, ar kuru saskaņā izvērtēt, cik iedarbīga bijusi iejaukšanās, lai pareizi noteiktu pakalpojumu izmaksas un attiecīgi dotu iespēju lēmējiem iespējami efektīvi piešķirt resursus, svarīga nozīme ir veselības tehnoloģiju novērtēšanai.

Precīzi noteikt veselības aprūpes pakalpojumu izmaksas vajag spēt ne vien tāpēc, lai kontrolētu izmaksas, bet arī tāpēc, lai rezultatīvi lemtu par ieguldījumiem un prioritizēšanu.

Veselības aprūpes nozares darbaspēks ar pietiekamu kapacitāti un vajadzīgajām prasmēm

Lai ar organizatorisku un tehnisku pārmaiņu starpniecību varētu rast inovatīvus risinājumus, būtiski nepieciešams ir kvalificēts un motivēts veselības aprūpes nozares darbaspēks ar pietiekamu kapacitāti un vajadzīgajām prasmēm. Lai uzlabotu veselības aprūpes speciālistu sniegumu un nodrošinātu, ka galvenā uzmanība tiek pievērsta tiešajai veselības aprūpes sniegšanai, ļoti nepieciešama ir iedarbīga stimulu struktūra.

5. ES darba programma attiecībā uz rezultatīvām, piekļūstamām un noturīgām veselības aizsardzības sistēmām

Par veselības aprūpes sistēmām galvenokārt ir atbildīgas dalībvalstis. Eiropas Savienība dalībvalstu atbalstam ir veikusi vairākas darbības, proti, ir sniegtas pamatnostādnes vai arī darbības izpaudušās kā pārraudzības vai izvērtēšanas rīki.

Komisija ir izveidojusi neatkarīgu ekspertu grupu, kuras uzdevums ir sniegt ieteikumus par ieguldījumiem veselībā[22]. Grupa Komisijai sniegs analīzi un ieteikumus par vairākiem apspriestajiem jautājumiem.

Kā atbalstīt veselības aizsardzības sistēmu rezultativitātes stiprināšanu

*Veselības aizsardzības sistēmu snieguma novērtējums (*HSPA*)*

Veselības ministru padome aicināja dalībvalstis *HSPA* izmantot rīcībpolitikas izstrādē un pārskatatbildības un pārredzamības nodrošināšanā un aicināja Komisiju atbalstīt dalībvalstīs *HSPA* lietošanā.

Sadarbībā, kas, reaģējot uz šo aicinājumu, īstenota attiecībā uz *HSPA,* dalībvalstis iemantos līdzekļus un metodoloģijas, un tajā:

- par pamatu izmantos ES finansētus pētījumus attiecībā uz snieguma novērtēšanas mērīšanu un rādītājiem,
- definēs, pēc kādiem kritērijiem un saskaņā ar kādām procedūrām izraudzīties *HSPA* prioritārās jomas valstu un ES līmenī,
- izstrādās individuāli pielāgotu ziņošanas sistēmu un
- aktivizēs sadarbību ar starptautiskām organizācijām, jo īpaši ar ESAO un Pasaules Veselības organizāciju.

Šī sadarbība var pavērt arī iespējas mērķtiecīgāk darboties ES līmeņa nevienlīdzību likvidēšanā, atbalstot dalībvalstis, kuru sniegums ir vājāks par vidusmēru, lai palīdzētu uzlabot to stāvokli. Ar tās

[22] Komisijas 2012. gada 5. jūlija Lēmums par daudznozaru un neatkarīgas ekspertu grupas, kas sniedz ieteikumus par to, kā efektīvi ieguldīt veselības jomā, izveidi, OV C 198, 06.07.2012.

palīdzību varētu arī dalībvalstīm palīdzēt pildīt Direktīvas 2011/24 prasības attiecībā uz kvalitātes un drošuma informāciju.

Aprūpes kvalitāte, arī pacientu drošība

2014. gada pavasarī Komisija paredzējusi nākt klajā ar otro ziņojumu par to, kā tiek īstenots Padomes ieteikums par pacientu drošību[23]. Pamatojoties uz minētā ziņojuma konstatējumiem, Komisija paredzējusi apspriest, kā turpmāk rīkoties, lai paaugstinātu pacientu drošību un mazinātu dalībvalstīs un starp dalībvalstīm pastāvošas negribētas atšķirības.

Konstatējumi, kas iegūti nesenā sabiedriskā apspriešanā par pacientu drošību un aprūpes kvalitāti, liecina par augstu ieinteresētību izstrādāt plašāku ES darba kārtību, lai risinātu jautājumus, kas ietekmē veselības aprūpes kvalitāti. Komisija ir paredzējusi veikt attiecīgus turpmākus pasākumus.

Aprūpes integrēšana

Būtu jāintegrē gan dažādu līmeņu veselības aprūpe (primārā aprūpe, aprūpe slimnīcās u.t.t.), gan veselības aprūpe un sociālā aprūpe, jo īpaši attiecībā uz gados vecākiem cilvēkiem vai hroniskiem slimniekiem.

Dalībvalstu reformas, kuru mērķis ir, aprūpi labāk integrējot, panākt, ka veselības aprūpes sistēmās ir mazāka paļaušanās uz aprūpi slimnīcā, paver iespēju svarīgās jomās apmainīties ar gūtajām mācībām un atbildēt uz šādiem jautājumiem:

- Kurus pacientus labāk vai vienlīdz labi iespējams ārstēt ārpus slimnīcas?
- Kā var veiksmīgi samazināt nevajadzīgu hospitalizāciju skaitu?

Veselības ieguldījumu ekspertu grupa ir publiskojusi primārajai aprūpei un aprūpes integrācijai veltītu ziņojumu, par kuru Komisija ir sākusi sabiedrisku apspriešanos, lai apzinātu jaunas pārdomu jomas.

Kā veselības aprūpi padarīt piekļūstamāku

ES veselības aprūpes nozares darbaspēks

Ir konstatēti būtiski trūkumi dalībvalstu spējā turpmāko pieprasījumu pēc veselības aprūpes darbaspēka resursiem – gan attiecībā uz kopējo apjomu, gan nepieciešamajām prasmju kombinācijām – plānot tā, lai efektīvi apmierinātu paredzamās veselības aprūpes vajadzības.

Labāk prognozēt turpmākās vajadzības pēc prasmēm un sniegt būtisku ieskatu ar vajadzīgajām prasmēm apveltītu nākamo veselības aprūpes speciālistu paaudžu apmācīšanā būs iespējams Veselības aprūpes nozares darbaspēka rīcības plāna[24] izpildes rezultātā. Pārvarēt veselības aprūpes darbaspēka mobilitātes problēmas un rast risinājumus, kuros izmantotas Eiropas Savienības tiesības uz brīvu pārvietošanos, ir iespējams, arī pilnveidojot pieejamos datus, lai uzlabotu valstu plānošanas sistēmas.

[23] Pirmo ziņojumu publicēja 2012. gadā: COM(2012) 658.

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

Veselības aprūpes nozares darbaspēka plānošanā vajag izstrādāt ES līmeņa ilgtspējīgus risinājumus, kas pietiekamā skaitā nodrošinātu attiecīgi apmācītus veselības aprūpes speciālistus ar tādām prasmēm, lai tie varētu sniegt aprūpi visiem, kam tā nepieciešama. Lai nākotnē izvairītos no deficīta un sliktas prasmju salāgotības, Komisija paredzējusi turpināt sadarbību ar dalībvalstīm, izstrādājot ieteikumus, kopīgus rīkus, rādītājus un pamatnostādnes, tādējādi nostiprinot atbalstu, ko ES dalībvalstīm sniedz plānošanā.

Izmaksu ziņā lietderīga zāļu lietošana

Eiropas Savienībai ir nepieciešama konkurētspējīga farmācijas rūpniecība. Uz šā pamata dalībvalstīm un Komisijai jāpārdomā, kā rast kompromisu starp rīcībpolitiskajiem mērķiem, kuri izriet no piekļūstamas veselības aprūpes nodrošināšanas visiem ES pilsoņiem, un starp vajadzību iegrožot izmaksas. Būtu jāapsver, kā labāk sadarboties, veidojot labākas pārredzamības un kvalitatīvākas saskaņošanas mehānismus, ar kuru palīdzību visā Eiropas Savienībā līdz minimumam samazināt jebkādas negribētas sekas, ko spēkā esošās nacionālās cenu noteikšanas sistēmas var radīt attiecībā uz piekļūstamību.

Direktīvas 2011/24/EK optimāla īstenošana

Direktīva 2011/24 paplašina pacientu tiesības veselības aprūpē un palīdz tiem saņemt vajadzīgo ārstēšanu bez nepamatotas kavēšanās. Direktīva uzlabos pārredzamību, pieprasot, lai dalībvalstis izveidotu kontaktpunktus, kuros pilsoņi varētu saņemt informāciju, arī par savām tiesībām, pacientu drošību un aprūpes kvalitātes standartiem. Direktīva pieprasa arī labāku izpratni par veselības aprūpes pakalpojumu "groziem". Dalībvalstīm būtu jānodrošina, ka visus direktīvas noteikumus pienācīgi īsteno. Komisija rūpīgi pārraudzīs, kā dalībvalstis piemēro jēdzienu "nepamatota kavēšanās".

References tīkli dalībvalstīs veicinās dziļi specializējušos pakalpojumu sniedzēju sadarbību, ar mazizplatītām, sarežģītām vai retām slimībām slimojošiem pacientiem paverot piekļuvi kvalitatīvai aprūpei. Komisija ir paredzējusi nākt klajā ar uzaicinājumiem izteikt ieinteresētību kļūt par Eiropas references tīkla locekļiem, kas varētu arī apmācīt veselības speciālistus un sniegt atbalstu vienotu kvalitātes nodrošināšanas prasību definēšanā.

Kā veselības aizsardzības sistēmas padarīt noturīgākas

Ir steidzami nepieciešams vēl pilnīgāk izpētīt veselības aizsardzības sistēmu noturīguma faktorus un šādu faktoru izveides paņēmienus. Dalībvalstīm, balstoties uz savu pieredzi, šie faktori būtu labāk jāizanalizē. Tas būtu jāpapildina ar ES darbu labas prakses apmaiņā un rīcībpolitikas pasākumu izstrādē. Eiropas Savienības veselības aizsardzības sistēmu noturīguma pilnveidošanu sekmēs turpmāk aprakstītās pieejas.

*Veselības tehnoloģiju novērtēšana (*HTA*):*

Veselības tehnoloģiju novērtēšana ir zinātniska pieeja, kurā izvērtē kādas konkrētas veselības tehnoloģijas relatīvo iedarbīgumu attiecībā uz kādu slimību, gūstot atbildes uz šāda veida jautājumiem:

- Vai tehnoloģija ir iedarbīga?
- Attiecībā uz ko tā ir iedarbīga?
- Ar kādām izmaksām tā ir saistīta?
- CIk labi tā darbojas salīdzinājumā ar alternatīvām tehnoloģijām?

HTA izrādījies par efektīvu rīku, kā uzlabot inovatīvu tehnoloģiju piekļūstamību pacientiem un atbalstīt efektīvāku līdzekļu piešķiršanu.

Dalībvalstis attiecībā uz *HTA* sadarbojas tīklā, kas izveidots ar Direktīvu 2011/24. Komisija attiecībā uz *HTA* tīklu atbalsta augstu mērķi, proti, kopīgi izstrādātai *HTA* informācijai vajadzētu būt atkārtoti izmantojamai valstu līmenī. Tas novērsīs, ka regulatori, *HTA* iestādes un *HTA* nozare dublē darbu, un panāks vienotību izpratnē par veselības tehnoloģiju klīniskajiem aspektiem (t.i., to relatīvo drošumu un iedarbīgumu/rezultativitāti).

Lai atbalstītu zinātnisko sadarbību attiecībā uz *HTA*, turpmākos gados tiks izstrādāta vērienīgāka un stabilāka struktūra. Komisija kopā ar veselības aprūpes tehnoloģiju novērtēšanas (*HTA*) sadarbības tīklu strādā ar iespējamiem ieteikumiem šajā jomā.

Veselības informācijas sistēma

Jebkādai iejaukšanās darbībai, kuras mērķis ir veselības aizsardzības sistēmas padarīt noturīgākas, ir jābūt šai sistēmai piemērotai. Lēmumiem ieguldīt resursus konkrētās nozarēs vai pārtraukt to ieguldīšanu jābalstās uz izpratni par procesiem, kas kontrolē šīs nozares, un par to, kā iejaukšanās ietekmē veselības un ekonomikas dažādos parametrus.

Tāpēc dalībvalstīm būtu jāiegulda resursi informācijas plūsmu attīstībā, piemēram, nodrošinot, lai informācijas plūsmas pacientu līmenī tiktu pareizi novadītas pie visiem nepieciešamajiem veselības aprūpes sniedzējiem, vai atbalstot, ka veselības aizsardzības sistēmas un pakalpojumus reorganizē par iedarbīgākiem un ilgtspējīgākiem modeļiem[25].

Komisija apsver, vai dalībvalstīm nesniegt atbalstu attiecībā uz ilgtspējīgas un integrētas ES veselības informācijas sistēmas ieviešanu, un jo īpaši izskata, kādas iespējas varētu pavērt daudzpusīgs Eiropas veselības informācijas pētniecības infrastruktūras konsorcijs (*ERIC*).

E-veselība

Komisija aktīvi rosina dalībvalstu sadarbību attiecībā uz e-veselību un atbalsta, ka valstis izstrādā izmaksu ziņā lietderīgus un sadarbspējīgu e-veselības risinājumus, kas pilnveido veselības aizsardzības sistēmas[26]. Kā prasīts Direktīvā 2011/24, Komisija atbalsta e-veselības tīklu, kas darbojas, lai Eiropas e-veselības sistēmas, pakalpojumi un sadarbspējīgas lietotnes dotu ilgtspējīgus ekonomiskus un

[25] Sk. secinājumus, kas ietverti e-veselības uzdevumgrupas ziņojumā "*Redesigning health in Europe for 2020*", kurš politikas izstrādātājus aicina izmantot datu sniegtās iespējas: http://ec.europa.eu/digital-agenda/en/news/eu-task-force-ehealth-redesigning-health-europe-2020.

[26] COM(2012) 736.

sociālus ieguvumus. 2012.–2020. gada E-veselības rīcības plānā arī uzsvērti ieguvumi, ko pilsoņiem, pacientiem un veselības aprūpes sniedzējiem dod e-veselības pakalpojumi, un ierosinātas konkrētas darbības, kas mazinātu šo pakalpojumu ieviešanas šķēršļus.

Jāturpina rezultatīvu un sadarbspējīgu telemedicīnas pakalpojumu izstrādes darbs. Eiropas references tīkli būs lieliska iespēja telemedicīnas ieviešanai un testēšanai Eiropas Savienībā.

6. Secinājumi

Gada izaugsmes pētījumā par 2013. gadu atzīts: "ņemot vērā demogrāfiskās problēmas un spiedienu attiecībā uz izdevumiem, kas saistīti ar sabiedrības novecošanos, ir jāreformē veselības aprūpes sistēmas, lai nodrošinātu izmaksu lietderību un ilgtspēju, ko panāk, šo sistēmu sniegumu vērtēšanā ņemot vērā dvīņu mērķus – publisko līdzekļu izmantošanas efektivitāti un kvalitatīvas veselības aprūpes piekļūstamību."

Dalībvalstu spēja nākotnē visiem sniegt kvalitatīvu aprūpi būs atkarīga no to spējas padarīt veselības aizsardzības sistēmas noturīgākas, arī spējīgākas pārvarēt gaidāmās problēmas. Un valstīm tas jāpanāk, saglabājot izmaksu lietderību un fiskālu ilgtspējību.

Lai gan tas galvenokārt ir dalībvalstu uzdevums, šajā paziņojumā ir akcentētas vairākas iniciatīvas, ar kuru starpniecību Eiropas Savienība var atbalstīt politikas veidotājus dalībvalstīs. ES būs jāizstrādā šīs iniciatīvas un tās jāattīsta tālāk, lai nodrošinātu, ka iespējams apmierināt pilsoņu vēlmi pēc kvalitatīvas aprūpes. Galvenā uzmanība būs jāpievērš paņēmieniem un līdzekļiem, ar kuru palīdzību dalībvalstu veselības aizsardzības sistēmas būs iespējams padarīt rezultatīvākas, piekļūstamākas un noturīgākas saskaņā ar reformu ieteikumiem, kas dalībvalstīm izteikti Eiropas semestra kontekstā. Lai īstenotu šajos ieteikumos norādītās reformas, dalībvalstis arī tiek mudinātas izmantot Eiropas finansēšanas instrumentus.

