ЕВРОПЕЙСКА
КОМИСИЯ

Брюксел, 4.4.2014 г.
COM(2014) 215 final

СЪОБЩЕНИЕ НА КОМИСИЯТА

относно ефективни, достъпни и устойчиви системи на здравеопазване

1. Въведение

Системите на здравеопазване[1] имат централна роля в съвременното общество в това да помагат на хората да се грижат за здравето си и да го подобряват. Благодарение на системите на здравеопазване живеем повече, но е важно и да живеем по-добре.

Системите на здравеопазване в държавите — членки на ЕС, се различават, тъй като отразяват съответните обществени нагласи. Въпреки различията по отношение на организацията и финансирането обаче всички те са изградени на основата на общи ценности, както бе отчетено и на Съвета на министрите на здравеопазването през 2006 г.[2]: общовалидност, достъп до качествени здравни услуги, равнопоставеност и солидарност.

Наблюдава се все по-голямо взаимодействие между системите на здравеопазване в ЕС. С влизането в сила на Директива 2011/24[3] бе направена ключова стъпка към активизиране на това взаимодействие. Укрепването на сътрудничеството между системите на здравеопазване следва да им помогне да функционират по-добре в условията на нарастващата мобилност на пациентите и на здравните работници.

През последните десет години системите на здравеопазване в Европа са изправени пред все повече предизвикателства: увеличаване на разходите за здравеопазване, застаряващо население, което от своя страна води до повишаване на хроничните болести и до мултиморбидност, което предполага нарастващо търсене на здравни услуги, води до недостиг и неравномерно разпределение на здравните работници, различия в здравословното състояние и неравнопоставеност относно достъпа до здравно обслужване.

Освен това през последните години икономическата криза наложи ограничения върху наличните финансови ресурси и така задълбочи трудностите на държавите членки при гарантирането на устойчивостта на системите им на здравеопазване[4]. Това на свой ред застрашава способността на държавите членки да предлагат на всички достъп до качествени здравни грижи. Системите на здравеопазване трябва да са устойчиви: те трябва да могат успешно да се нагаждат към променящите се условия и да са в състояние да се справят със значимите предизвикателства с ограничени ресурси.

Все по-голямата взаимозависимост и общите предизвикателства налагат по-тясно сътрудничество. През 2006 г. държавите членки постигнаха съгласие по общи цели за достъпност, качество и финансова устойчивост на здравните услуги предвид отворения метод

[1] В настоящото съобщение понятието за системите на здравеопазването обхваща системите, чиято задача е да предлагат на пациентите здравни услуги — било то профилактика, диагностика, лечение или палиативни грижи — с основна цел подобряване на здравето.

[2] Заключения на Съвета относно общите ценности и принципи в системите на здравеопазване в Европейския съюз, ОВ C 146, 22.6.2006 г.

[3] Директива 2011/24/ЕС, ОВ L 88, 4.4.2011 г.

[4] Това също така е подчертано в заключенията на Съвета относно съвместния доклад на Комитета за икономическа политика (EPC) и Европейската комисия за системите на здравеопазването в ЕС (7 декември 2010 г.).

на координация за социална закрила и социална интеграция[5]. През 2011 г. Съветът на министрите на здравеопазването даде начало на процес на размисъл на равнището на ЕС, за да се помогне на държавите членки да предложат съвременни, адекватни и устойчиви системи на здравеопазване[6]. Този процес показва, че „*макар винаги да е стоял ключовият въпрос за осигуряване на равнопоставен достъп до висококачествени здравни услуги в условия на недостиг на икономически и други ресурси, понастоящем се променят мащабът и неотложността и ако проблемът не бъде разрешен, той би могъл да се превърне в основен фактор за бъдещата икономическа и социална структура на ЕС*“.

През декември 2013 г. Съветът на министрите на здравеопазването одобри постигнатия напредък и призова за по-нататъшни действия в тази област в своите заключения във връзка с „процеса на размисъл за установяването на модерни, адаптивни и устойчиви системи на здравеопазване“[7].

В годишния обзор на растежа за 2014 г.[8] (ГОР) се казва: „най-важният приоритет в момента е постигането на растеж и конкурентоспособност“, за да се изгради трайно възстановяване. Предвид тази цел в ГОР се подчертава необходимостта да се подобрят ефикасността и финансовата устойчивост на системите на здравеопазване, като същевременно се подобри тяхната ефективност и способност да откликват на социалните нужди и да гарантират наличието на ключови гаранти за социална сигурност. В него също така се отдава значение на сектора на здравеопазването при справянето със социалните последствия от икономическата криза, като се подчертава, че здравните услуги са област, която ще генерира значителни възможности за заетост през следващите години. В него се препоръчва разработването на стратегии за активно социално приобщаване, включително широк достъп до здравни услуги на разумна цена и с високо качество.

Това вече бе подчертано през 2013 г., когато единадесет държави членки[9] получиха препоръки за реформи в своите системи на здравеопазване като част от Европейския семестър. Повечето от тези препоръки бяха съсредоточени върху устойчивост и рентабилност на системите на здравеопазване, като с тях се отправиха призиви за реформи в болничния сектор, в ценообразуването на здравните услуги, амбулаторното обслужване и основното медицинско обслужване. В три препоръки също така се отправя призив за запазване или подобряване на достъпа до здравеопазването.

---

[5] Съвместно становище на Комитета за социална закрила и на Комитета за икономическа политика относно съобщението на Комисията „Да работим заедно означава да работим по-добре: предложения за нова рамка за отворено координиране на политиките за социална закрила и социално приобщаване“, одобрено от Съвета по заетост, социална политика, здравеопазване и потребителски въпроси на 10 март 2006 г.

[6] Заключения на Съвета: Към модерни, адаптивни и устойчиви системи на здравеопазване (6 юни 2011 г.).

[7] Заключения на Съвета относно процеса на размисъл за установяването на модерни, адаптивни и устойчиви системи на здравеопазване (10 декември 2013 г.).

[8] COM(2013) 800.

[9] Австрия, България, Чешката република, Германия, Финландия, Франция, Малта, Полша, Румъния, Словакия и Испания.

Освен че само по себе си здравето е ценност, то е и предпоставка за икономически просперитет, както се отбелязва и в работния документ на службите на Комисията „Инвестиции в здравеопазването“, който е част от пакета за социалните инвестиции[10]. Здравето на хората оказва влияние върху икономическите резултати по отношение на производителността, предлагането на работна ръка, човешкия капитал и публичните разходи. Развитието на сектора на здравеопазването силно се влияе от иновациите и има значима икономическа роля: този сектор представлява 10 % от БВП на ЕС. Освен това в него има силна концентрация на работна ръка и е един от най-големите сектори в ЕС: работната сила в сектора на здравеопазването възлиза на 8 % от всички работни места в ЕС през 2010 г.[11]

Като има предвид вече събрания опит и работата, свършена през последните години, и с оглед на по-нататъшното разработване на подходи на равнището на ЕС, настоящото съобщение се съсредоточава върху действия за:

1. повишаване на ефективността на системите на здравеопазването
2. увеличаване на достъпността на здравното обслужване
3. повишаване на устойчивостта на системите на здравеопазване

2. Повишаване на ефективността на системите на здравеопазването

Ефективността, безопасността и впечатленията на пациентите са ключови компоненти на качеството на здравното обслужване и важна съставка от работата на системите на здравеопазване. В ход е работата по безопасността на пациентите на равнище ЕС[12], а впечатленията на пациентите попадат в ключова област, която изисква допълнително внимание в бъдеще.

Настоящото съобщение насочва вниманието си върху ефективността: способността на системите на здравеопазване да постигат положителни резултати, т.е. да подобряват здравето на хората.

Измерването на ефективността на системите на здравеопазване ще придобива все по-голямо значение, особено като се има предвид, че системите на здравеопазване не са единственият фактор за подобряване на здравето ни. Макар все още да се наблюдават големи различия между продължителността на живота в държавите членки, като цяло ние живеем по-дълго и в по-добро здраве в сравнение с предишните поколения. Това се дължи не на последно място на значителните постижения в общественото здраве и извън системата на здравеопазването. Могат да се очакват и по-нататъшни подобрения, например от това, че все по-малко хора пушат, консумацията на алкохол е по-ниска, храната е по-качествена и все повече хора упражняват физическа дейност. Битува общата нагласа, че приносът на сектора на

[10] COM(2013) 83.

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

[12] Препоръка на Съвета от 9 юни 2009 г. относно безопасността на пациентите, включително профилактиката и контрола на инфекциите, свързани със здравни грижи, ОВ C 151, 3.7.2009 г.

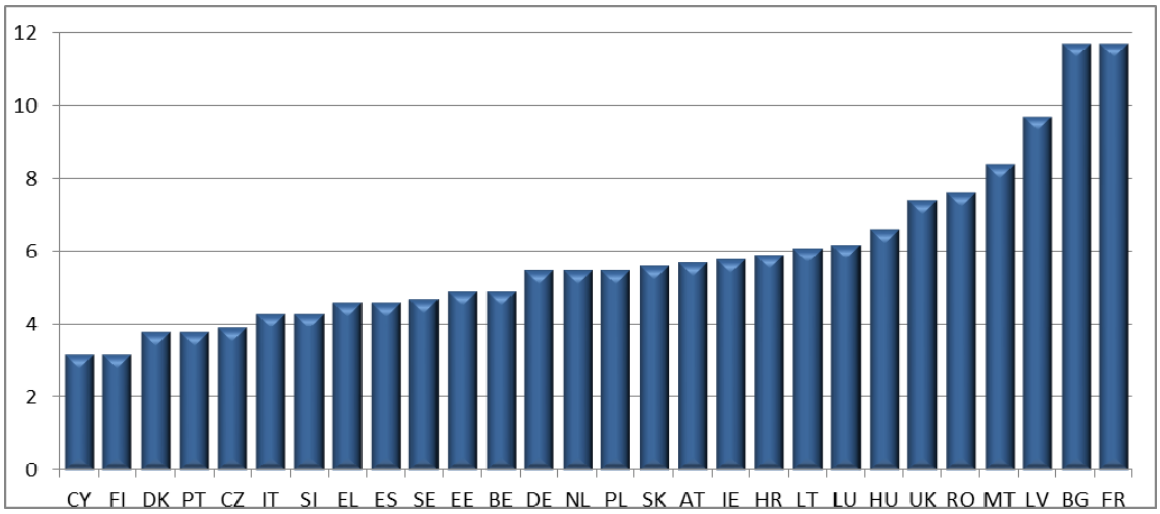
здравеопазването за доброто здраве на населението е нараснал значително през последните петдесет - шестдесет години.

Събирането на информация за сравнителната ефективност на системите на здравеопазване е все още в начален стадий. Представените по-долу примери са от области, където приносът на системите на здравеопазването за подобряване на здравето е най-очевиден и е подкрепен от наличните показатели на равнище ЕС (напр. перинатална смъртност, предотвратима смъртност, случаи на предотвратими чрез ваксинация заболявания и скрининг на ракови заболявания). Тази съпоставка разкрива големи различия между държавите членки на ЕС.

Перинатална смъртност

Перинатална смъртност се изчислява като сума от смъртността на плода в късните етапи на бременността (след 28-ма гестационна седмица) и ранна неонатална смъртност (в рамките на седем дни след раждането). В сравнение с детската смъртност[13] тя не е толкова тясно свързана със социалноикономически фактори и следователно представлява по-надежден показател за ефективността на системите на здравеопазване.

Фигура 1: Перинатална смъртност на общо 1 000 раждания (2011 г. или по-скорошни данни)



Източник на данните: База данни на Евростат, проект Europeristat (разработен от служителите на Комисията)

Перинаталната смъртност в повечето държави членки намаля през последните пет години, въпреки че в някои страни беше регистрирано покачване на стойностите през този период.

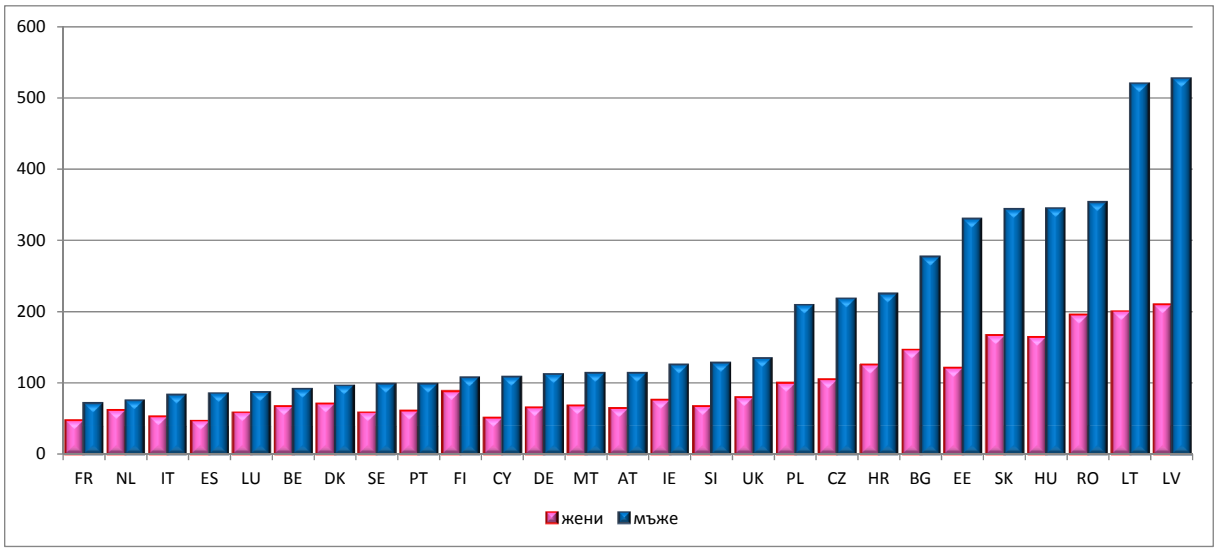
Предотвратима смъртност

Предотвратимата смъртност се определя като преждевременна смърт, която е нямало да настъпи, ако е била предоставена навременна и адекватна здравна грижа. Това е основополагащ показател, използван за изследването на приноса на системите на

[13] Детската смъртност е броят на смъртните случаи на 1 000 живородени деца през първата година от живота им.

здравеопазването към резултатите от тяхната работа[14]. Предотвратимата смъртност съчетава стандартизираните стойности за смъртност при подбран набор от заболявания, за които има данни, че здравните грижи оказват пряко въздействие.

Фигура 2: Предотвратима смъртност, стандартизирани стойности на смъртните случаи на 100 000 жители — 2010 г.



Източник на данните: Евростат (няма данни за Гърция)

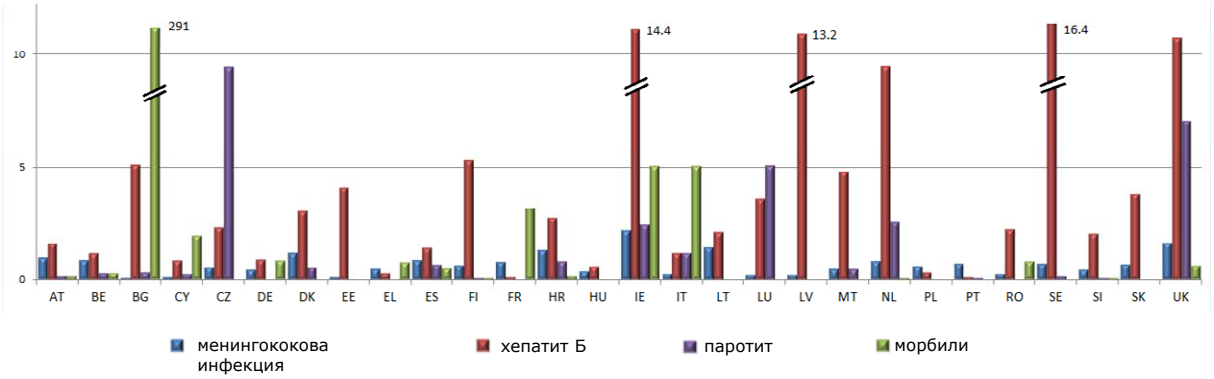
На практика всички държави членки са били в състояние да намалят стойностите на предотвратимата смъртност между 2000 и 2010 г., макар стойностите, показващи това намаление, да се различават значително между тях.

Заразни болести

Появата на конкретни заразни болести е пряко зависима от предлагането на необходимите здравни грижи: имунизационните кампании драстично намалиха появата на предотвратими чрез ваксинация заболявания (макар в някои държави да се забелязват тревожни признаци за все по-рядко прилагане на ваксини).

[14] Твърди се, че за съпоставката между видовете предотвратима смъртност трябва да бъде взета предвид заболеваемостта, а не само смъртните случаи, свързани със съответните заболявания. Необходимите съпоставими данни обаче не са на разположение.

Фигура3: Поява на предотвратими чрез ваксинация заболявания — потвърдени случаи на 100 000 жители — 2011



Източник на данните: Годишен епидемиологичен доклад на Европейския център за профилактика и контрол върху заболяванията (2012 г.)

Дори да вземем за илюстрация само някои от заболяванията, които могат да бъдат предотвратени чрез ваксинация (менингококова инфекция, хепатит Б, паротит и морбили), степента на разпространението им в държавите членки е много по-ниска.

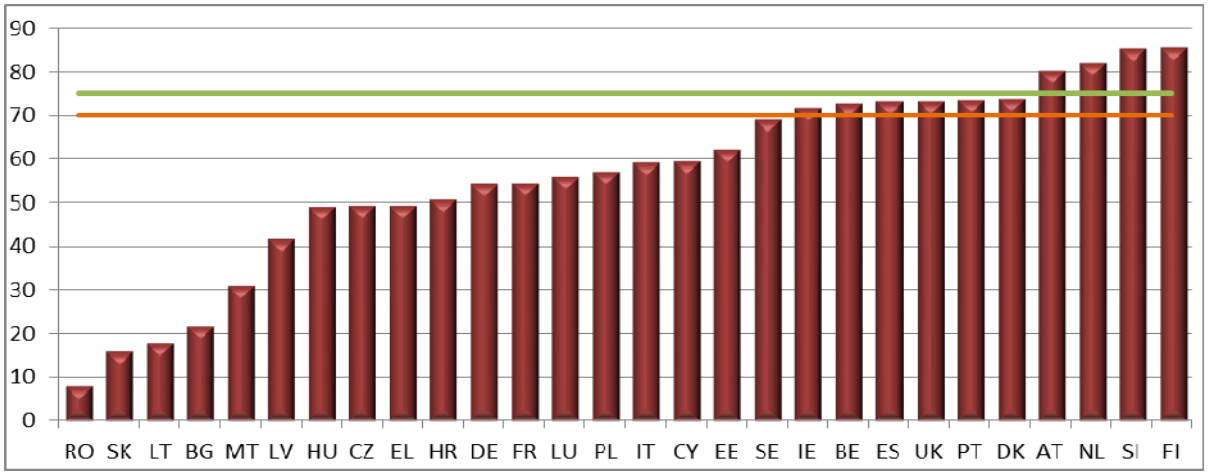
Скрининг за ракови заболявания

Ранната диагностика на рака на дебелото черво, рака на шийката на матката и рака на гърдата чрез организирани масови програми за скрининг е полезен показател за ефективността на системата на здравеопазване да се справи с рискови сектори. Съветът препоръча изпълнението на такива програми да бъде в съответствие с европейските насоки за гарантиране на качеството[15].

Ракът на гърдата е област, в която е отбелязан най-голям напредък. Националните програми за скрининг като цяло удовлетворяват насоките на ЕС за определяне на целевите възрастови групи (жени на възраст между 50 и 69 години) и за препоръчителните интервали от време между провеждането на мамографски скрининг. Макар обаче с европейските насоки да се набелязва желаният целеви обхват за провеждането на скрининг от поне 75 % от жените в съответната възрастова група (и приемливо ниво от 70 %), само няколко държави членки са постигнали този процент през 2010 г.

[15] Препоръки на Съвета на 2 декември 2003 г. относно скрининг за ракови заболявания; ОВ L 327 от 16.12.2003 г. Вж. също европейските насоки за гарантиране на качеството на скрининга и диагностиката на рака на дебелото черво, скрининга на рака на шийката на матката и скрининга и диагностиката на рака на гърдата.

Фигура4: Скрининг за рак на гърдата — % от жените на възраст 50-69 г., които вече са били подложени на скрининг



Източник на данните: Европейския център за профилактика и контрол върху заболяванията: Здравето накратко: Европа 2012 г., национални статистически данни

Основни констатации

Могат да бъдат направени някои първоначални наблюдения във връзка с тези конкретни показатели, макар че те не са достатъчно представителни, за да се говори за обхватна оценка на системите на здравеопазването. Те разкриват големи различия между държавите — членки на ЕС. Те показват също така, че здравните резултати са многоизмерни и е трудно да бъдат определени. Като цяло оценката на ефективността на системите на здравеопазване е сложен процес: мерките във връзка със здравните грижи могат да докажат ефективността си след дълъг период от време, а съпоставимостта и надеждността на данните е предизвикателство. Въпреки всичко продължава работата за подобряване на положението.

Комисията подкрепи разработването на основни показатели за здравето в Европа — набор от показатели за наблюдение на здравето на населението и функционирането на системите на здравеопазването. Вече са изготвени и няколко доклада, в които се прави оценка на европейските системи на здравеопазване. Особено ценни примери за това са съвместният доклад на Комитета за икономическа политика и Комисията относно системите на здравеопазването, публикуван през 2010 г., и публикациите „Здравето накратко: Европа“ на ОИСР и Комисията.

Друга важна стъпка, предприета през 2013 г.: Комитетът за социална закрила разработи съвместна рамка за оценка на здравето, чиято цел е да послужи като първоначално средство за провеждане на скрининг, за да бъдат установени евентуални проблеми в системите на здравеопазването на държавите членки. Тя представлява ключов принос към сравнителната оценка на работата на системите на здравеопазването, като се вземе предвид наличието на данни на равнище на ЕС. И не на последно място, с рамковите програми за научни изследвания

и технологично развитие бяха финансирани няколко проекта за разработване на индикатори и методологии за оценка на работата на системите на здравеопазване[16].

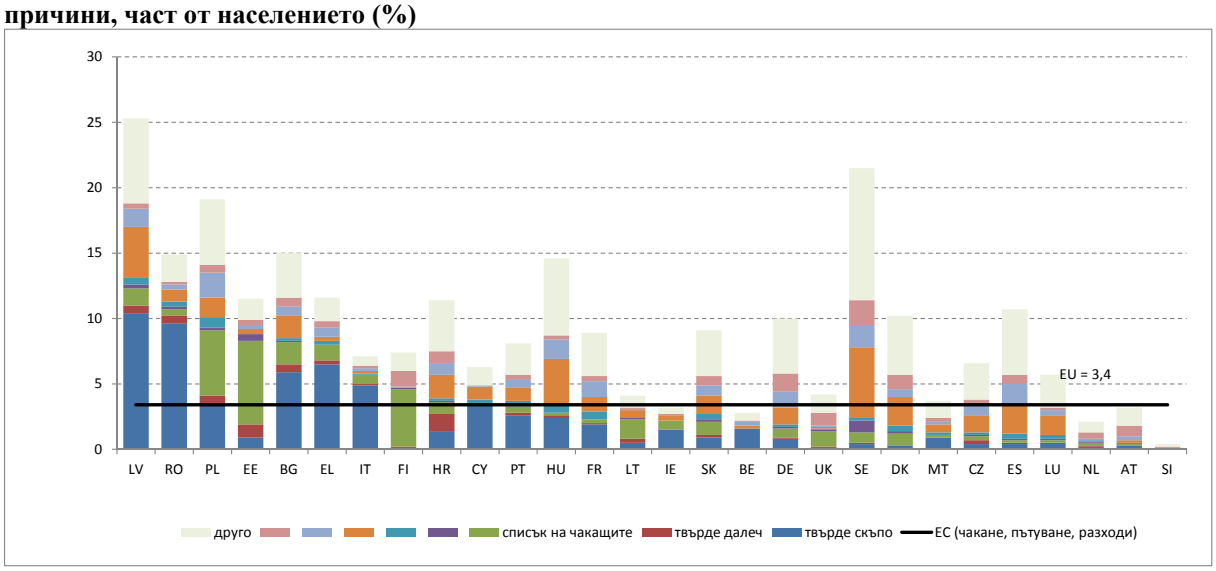
3. Повишаване на достъпността на здравеопазването

Системите на здравеопазване трябва да бъдат достъпни. Това е един от принципите, залегнали в Европейската социална харта[17], с който се подчертава значението на наличието на прозрачни критерии за достъп до медицинско лечение, както и задължението на държавите да имат необходимата система на здравеопазване, която да не изключва части от населението от възможността да получават здравни услуги.

Достъпът до здравните услуги си остава трудно измерим и не съществува общовалидна за ЕС методология за наблюдението му и за насърчаването на най-добрите практики. Това би представлявало важна крачка към намаляване на неравнопоставеността в здравеопазването[18].

Общовалиден показател за различията в ЕС е процентът на жителите, които съобщават за трудности при достъпа до медицинско обслужване по причини, свързани[19] с достъпа до системата на здравеопазването: време на чакане, път и споделяне на разходите. Тези констатации обаче са направени въз основа на посочените от анкетираните нужди и поради това е възможно да са повлияни от културните нагласи в отделните страни.

Фигура5: Самостоятелно споделени неудовлетворени потребности от медицински преглед по причини, част от населението (%)



Източник: Евростат, статистически данни за доходите и условията на живот за 2012 г. (по данни за 2011 г. на Австрия и Ирландия)

[16] Вж. например проектите ECHO (http://www.echo-health.eu), Eurohope (http://www.eurohope.info), и EuroREACH (http://www.euroreach.net).

[17] Изменената Европейска социална харта, Страсбург, 3 май 1996 г.

[18] COM(2009) 567.

[19] Заслужава да се отбележи, че класификацията „други причини“ в това проучване отразява причини, които не са свързани с местните системи на здравеопазването, като например „нямам време“, „страх от лекари“ и др.

Достъпът до здравеопазването е резултат от взаимодействието между различни фактори, включително покритието на системата на здравеопазването (т.е. кой има право на здравно обслужване), какво включва това покритие (т.е. какви са правата на гражданите), разумни цени и наличност на здравните услуги. Достъпът до здравни грижи също така е пряко свързан с моделите на организация и управление, използвани в системите на здравеопазване. Възможно е на пациентите да им се струва, че достъпът до здравеопазването е труден, ако системите на здравеопазването са сложни и непрозрачни.



Население, покрито от системата на здравеопазването

Здравните услуги се финансират предимно от публични източници на практика във всички държави — членки на ЕС. Здравното осигуряване е универсално във всички държави членки; някои хора в неравностойно положение обаче все още са изключени от адекватно здравно осигуряване.

Какво включва здравното осигуряване?

Публично финансираното лечение е различно в отделните системи на здравеопазването. Например зъболекарските услуги, грижата за очите и някои от най-модерните видове лечение са обхванати само в някои държави членки. В някои държави членки няма изрично определение за публично финансирано лечение. Това усложнява съпоставката и анализа, които биха могли да допринесат за постигането на консенсус относно минималните или оптималните равнища за предлагане на грижи.

Достъпност

Често от хората се иска да поемат финансово част от услугата, която изискват, като поделяне на разходите или съвместно заплащане. Това може да спомогне да се гарантира отговорното използване на здравните услуги; в същото време обаче това съвместно заплащане не бива да бъде пречка или препятствие пред това хората да получат лечението, от което се нуждаят. Мерките за ограничаване на разходите в системите на здравеопазване, чиято цел е да насърчат по-рационалното използване на здравните услуги, не бива неоснователно да намаляват достъпа до висококачествено здравно обслужване.

Наличност (здравни работници, разстояние от мястото на грижи, време за чакане)

Пациентите следва да имат разумен достъп до здравните услуги: те не би следвало да пътуват надалече или да чакат твърде дълго, за да имат достъп до услугите, от които се нуждаят. Това е особено сериозно предизвикателство в селските и отдалечените райони.

Проблемите, свързани с разстоянието, биха могли да бъдат преодолени чрез по-интегрирани модели за предоставяне на грижи, които подобряват контактите между пациентите и системата на здравеопазването, както и чрез по-разпространено използване на решения от електронното здравеопазване.

Няма общоприложимо за ЕС определение на начините за измерване на времето за чакане, въпреки че това е важна концепция, залегнала в Регламент 883/04[20] и Директива 2011/24. Това може да се промени, тъй като с Директива 2011/24 се повишава отговорността, която трябва да бъде поета от системата на здравеопазването относно достъпа до здравни услуги чрез увеличаване на прозрачността на понятието „неоправдано забавяне“, когато се чака за лечение.

Застаряващото население и увеличаването на едновременната поява на хронични заболявания изискват различни комбинации от умения, което дава своето отражение върху програмите за медицинско образование. Разделението между професиите вероятно ще стане по-малко изразено чрез създаването на мултидисциплинарни екипи. Търсенето на умения и знания в сектора на здравеопазването се променя постоянно и е възможно тепърва да възникнат различни роли и професии, за да се откликне на нуждите на населението. Например предвид високите нива на липсата на физическа дейност в ЕС и свързаните с това рискови за здравето фактори здравните работници имат ключова роля при предоставянето на съвети на пациентите относно значението на физическата дейност, като едновременно с това си сътрудничат с други сектори — например в областта на спорта[21].

За да могат да изпреварват тези тенденции, системите за планиране на медицинското образование трябва да бъдат по-находчиви, да реагират по-бързо и да бъдат в по-изгодна позиция за привличане на студенти към специалностите, от които има най-голяма нужда.

Освен това доказан факт е, че следва да се обръща повече внимание на лекарствата, тъй като делът на частните разходи за лекарства е значително по-висок, отколкото при другите видове здравни грижи, попадащи в здравното осигуряване.

Националните решения за цените и възстановяването на разходите имат пряко и косвено влияние върху достъпа до лекарства в ЕС: новаторските продукти не винаги могат да бъдат намерени по едно и също време във всички държави членки, а в някои страни те може и изобщо да не бъдат предоставени на разположение.

Първата стъпка за подобряване на това положение стана чрез процеса за корпоративна отговорност във фармацевтичната област, което насърчи диалога между компетентните органи, отговарящи за ценообразуването и възстановяването на разходите, и други заинтересовани участници, и подкрепи прозрачния обмен на информация относно подобряването на достъпа до лекарства.

[20] Регламент № 883/2004 от 29 април 2004 г. за координация на системите за социална сигурност, ОВ L 166, 30.4.2004 г.

[21] Препоръка на Съвета от 26 ноември 2013 г. относно насърчаването на укрепваща здравето физическа активност в различните сектори, ОВ C 354, 4.12.2013 г.

4. Повишаване на устойчивостта на системите на здравеопазването

Съвременните системи на здравеопазването трябва да бъдат достъпни и ефективни, като същевременно се стремят към дългосрочна устойчивост. За бъде постигнато това, те трябва да бъдат финансово устойчиви. Комисията подкрепя държавите членки в тази дейност, като предоставя анализ и прогнози и препоръчва извършването на реформи като част от работата на Европейския семестър.

Системите на здравеопазването следва също така да вземат под внимание и нефинансови фактори. Те трябва да могат да се нагаждат успешно към променящите се условия и да набелязват и прилагат иновативни решения, за да се справят въпреки ограничените си ресурси със значителни предизвикателства — недостиг на експертни познания/ресурси в определени области, неочаквано нарастване на търсенето (напр. поради епидемии) и т.н. С други думи те трябва да изграждат и запазват устойчивост.

Системите на здравеопазване в ЕС не се справиха еднакво добре с икономическата криза, а някои от тях трябваше да приложат значителни, често болезнени реформи за кратък период от време. Въз основа на опита от неотдавнашните реформи Комисията набеляза следните фактори за устойчивост, които спомогнаха на някои от системите на здравеопазване да запазят достъпни и ефективни здравни услуги за своите граждани.



Механизми за стабилно финансиране

Стабилното финансиране позволява ефективно планиране на инвестициите и беззпрепятствено предлагане на услуги при организирането и управлението на предоставяните грижи. Системите на здравеопазване, чието финансиране се основава на по-малко стабилни източници на

средства, са по-уязвими към външни сътресения: напр. системи, които за финансирането си разчитат най-вече на вноски, зависими от заетостта, са по-уязвими към последствията от повишаването на безработицата. Резервите или други антициклични решения за прехвърляне от държавния бюджет може да спомогнат за осигуряване на стабилност на средствата.

Надеждни методи за корекция на риска

Една последователна система за корекция и споделяне на риска е ключов инструмент, за да се гарантира, че средствата се изразходват в зависимост от нуждите. Така например когато няколко здравноосигурителни дружества събират социални вноски или застрахователни премии, се използва механизъм за корекция на риска/изравняване на риска, за да се вземат предвид размерът, разпределението по възраст и пол и факторът за отчитане на модела на заболеваемост на лицата, осигурени във всеки фонд. С това се цели да се предотвратят изборът на пациенти и дискриминацията и да се гарантира, че финансирането се напасва към нуждите.

Добро управление

Управлението означава ясно определени отговорности в ръководството на системата на здравеопазването и на нейните основни компоненти, както и силно лидерство, стабилни механизми за отчетност и ясна организационна структура. Това дава възможност на системите да се адаптират бързо към нови цели и приоритети и подсилва способността им да реагират на големи предизвикателства чрез набелязване и въвеждане на необходимите мерки за подкрепа на интелигентни инвестиционни решения.

Информационните потоци в системата

Добро познаване на силните и слабите страни, както и способността да се следи информацията, включително на равнището на отделните пациенти или на доставчиците на здравни услуги, дава възможност на ръководителите на системите на здравеопазването да вземат адекватни и обосновани решения в отделните подсектори.

Информационните системи, основани на електронното здравеопазване, улесняват и са в помощ на укрепването на системите за обмен на знания и информация. Освен това електронното здравеопазване може да предложи по-индивидуализирана здравна грижа, която е по-целенасочена, ефективна и добре работеща и която спомага за намаляване на грешките и престоите в болница.

Подходящи методи за изчисление на разходите по здравните услуги

Това е от съществено значение за разбирането на сложния характер на процесите, които свързват разходите и резултатите: как разходите се отнасят към човешките и физическите ресурси, как ресурсите допринасят за дейностите (напр. хирургически намеси, диагностични тестове), как отделните дейности се групират в дадена грижа и в крайна сметка как тази грижа се отразява върху здравето.

Оценката на здравните технологии е от ключово значение за осигуряването на общ метод за оценка на ефикасността на интервенциите и за правилното изчисление на разходите по услуги,

а оттам — и за да се даде възможност на лицата, отговорни за вземането на решения, да разпределят ресурсите по най-ефективния начин.

Способността за правилното определяне на разходите за здравните услуги е не само необходима при упражняването на контрол върху изразходването на средства, но и предпоставка за ефективни решения за инвестиции и определяне на приоритети.

Здравни работници с необходимите способности и с подходящите умения

Висококвалифицирани и мотивирани здравни работници с необходимия капацитет и подходящите умения са от съществено значение за намирането на новаторски решения посредством организационни и технологични промени. Наличието на ефективен набор от стимули е от жизненоважно значение за подобряването на работата на здравните работници и за да се гарантира, че вниманието е насочено върху непосредственото предоставяне на здравни грижи.

5. Програма на ЕС за ефективни, достъпни и устойчиви системи на здравеопазване

Основната отговорност за системите на здравеопазването е на държавите членки. ЕС е предприел редица действия, които могат да окажат подкрепа на държавите членки, по-специално чрез предоставяне на насоки, както и инструменти за наблюдение или оценка.

Комисията създаде независима експертна група, която да предоставя съвети във връзка с инвестициите в здравеопазването[22]. Тази група ще предоставя анализи и препоръки на Комисията във връзка с обсъжданите въпроси.

Укрепване на ефективността на системите на здравеопазване

Оценка на функционирането на системите на здравеопазването (ОФСЗ)

Съветът на министрите на здравеопазването прикани държавите членки да използват ОФСЗ при определянето на политиката, за отчетността и прозрачността, а Комисията — да подпомага държавите членки при използването на ОФСЗ.

Като отговор на тази покана съвместната работа по ОФСЗ ще предоставя на държавите членки инструменти и методологии, включително:

- използване на постигнатото по финансирана от ЕС изследователска дейност в областта на мерките и показателите за оценка на изпълнението;
- определяне на критерии и процедури за подбор на приоритетните области за ОФСЗ на национално равнище и на равнище на ЕС;
- разработване на специална система за докладване; както и

[22] Решение на Комисията от 5 юли 2012 г. за създаване на многосекторна и независима експертна група, която да предоставя съвети относно ефективни начини за инвестиране в здравеопазването, ОВ C 198, 6.7.2012 г.

- засилване на сътрудничеството с международни организации, по-специално ОИСР и Световната здравна организация.

Тази съвместна работа може също така да позволи извършването на по-целенасочена работа на равнище на ЕС за намаляване на неравнопоставеността, като се предлага подкрепа на държавите членки, които са с под средното за ЕС ниво, за да им се помогне да подобрят положението си. Тя би могла да се окаже и много важна при подпомагането на държавите членки да изпълнят изискванията по Директива 2011/24 относно информацията за качеството и безопасността.

Качество на здравните грижи, включително безопасността на пациентите

През пролетта на 2014 г. Комисията възнамерява да представи втория си доклад за прилагането на препоръката на Съвета относно безопасността на пациентите[23]. Въз основа на констатациите от този доклад Комисията ще обсъди действия за допълнително подобряване на безопасността на пациентите и за намаляване на неоправдани различия между отделните държави членки и в тях.

Заключенията от скорошната обществена консултация относно безопасността на пациентите и качеството на грижите показват, че има голям интерес към разработването на по-обширна програма на ЕС за справяне с проблемите, които оказват въздействие върху качеството на здравните грижи. Комисията възнамерява да предприеме необходимите действия.

Интегриране на грижите

Интегрирането на грижите следва да се осъществява както между различните равнища на здравните грижи (основно медицинско обслужване, болнични грижи и т.н.), така и между здравните и социалните грижи, по-специално по отношение на възрастните хора или хората с хронични заболявания.

Реформите в държавите членки за намаляване на използването на здравните им системи под формата на болнични грижи посредством по-добро интегриране на грижите предоставят възможност за обмен на практически опит в ключови области и дават отговори на следните въпроси:

- Кои пациенти могат да бъдат лекувани по-добре или еднакво добре извън болницата?
- Как може успешно да се намали хоспитализирането, което не е належащо?

Експертната група относно инвестициите в здравеопазването публикува доклад относно основното медицинско обслужване и интегрирането на грижите, по който Комисията започна обществена консултация, за да се набележат нови области за размисъл.

Повишаване на достъпността на здравните грижи

Здравните работници в ЕС

[23] Първият доклад бе публикуван през 2012 г. COM(2012) 658.

Установени са значителни пропуски в капацитета на държавите членки да планират необходимостта си от здравни работници, отнасящи се както до общия им брой, така и до необходимите умения, за да могат да посрещат адекватно очакваните потребности от здравни грижи.

Резултатите от плана за действие за здравните работници в ЕС[24] ще помогнат за по-доброто предвиждане на бъдещите нужди от умения и ще предоставят важна информация за обучението на бъдещите поколения здравни работници с необходимите умения. Подобряването на наличните данни с цел усъвършенстване на националните системи за планиране също може да допринесе за справяне с предизвикателствата, породени от мобилността на здравните работници, и за намиране на решения, които да вземат предвид правото на свободно движение в ЕС.

Усилията за планиране на работната сила в здравния сектор следва да спомогнат за разработването на устойчиви решения на равнище на ЕС, за да се осигури достатъчен брой подходящо обучени здравни работници с необходимите умения, които да предлагат грижи за всички нуждаещи се. За да се избегне в бъдеще недостигът и несъответствието между нуждите и наличните умения, Комисията възнамерява да работи и занапред с държавите членки по разработването на препоръки, общи инструменти, показатели и насоки за подсилване на предоставяната от ЕС подкрепа за планирането в държавите членки.

Рентабилно използване на лекарствата

ЕС се нуждае от конкурентна фармацевтична промишленост. В този смисъл държавите членки и Комисията следва да дообмислят как могат да съчетаят целите на съответната политика за гарантиране на достъпни здравни грижи за всички граждани на ЕС с необходимостта от ограничаване на разходите. Следва да се обърне внимание на подобряването на сътрудничеството при изграждането на механизми за по-голяма прозрачност и по-добра координация, за да се сведат до минимум евентуалните нежелани ефекти, които сегашните национални системи за ценообразуване могат да имат по отношение на достъпността в целия ЕС.

Оптимално прилагане на Директива 2011/24

С Директива 2011/24 се разширява изборът на пациентите на здравни грижи и им се съдейства да избегнат ненужно забавяне при получаване на лечението, от което се нуждаят. С директивата ще се подобри прозрачността, като от държавите членки се изисква да създадат национални звена за връзка, които да предоставят информация на гражданите, включително относно техните права, безопасността на пациентите и стандартите за качество на грижите. С нея също така се призовава за по-ясно обяснение на пакетите от здравни грижи. Държавите членки следва да гарантират, че всички разпоредби на директивата се прилагат правилно. Комисията ще следи отблизо как понятието „неоправдано забавяне“ се прилага в държавите членки.

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

С референтните мрежи ще се насърчава сътрудничеството между тясно специализирани доставчици на здравни грижи в държавите членки, което позволява достъп до висококачествени грижи на пациенти със слабо разпространение, сложни или редки заболявания. Комисията възнамерява да обяви покани за заявяване на интерес към членство в европейските референтни мрежи, които биха могли също така да предлагат обучения за здравните работници и подкрепа при определянето на общи изисквания за осигуряване на качеството.

Повишаване на устойчивостта на системите на здравеопазването

Усеща се спешна необходимост от по-задълбочено проучване на факторите за устойчивостта на системите на здравеопазването и на начините за изграждането им. Държавите членки следва да разработват по-добри анализи на тези фактори въз основа на опита си на национално ниво. Това следва да бъде допълнено от действия на ЕС за обмен на най-добри практики и за разработване на политика. Следните подходи ще бъдат от полза за подобряване на устойчивостта на системите на здравеопазването в Европейския съюз.

Оценка на здравните технологии (ОЗТ):

ОЗТ е научен подход за оценка на относителното въздействие на дадена здравна технология върху определено заболяване, който дава отговори на въпроси като:

- Технологията ефикасна ли е?
- За кого работи тя?
- Какви разходи са необходими?
- Колко добре работи тя в сравнение с други технологии?

ОЗТ се оказа ефикасен инструмент за подобряване на достъпа на пациентите до иновативни технологии и за подкрепа на по-ефективното разпределение на финансовите средства.

Държавите членки си сътрудничат по ОЗТ в рамките на мрежа, установена с Директива 2011/24. Комисията подкрепя амбициозната цел на мрежата за ОЗТ, а именно информацията, събрана съвместно по ОЗТ да бъде използвана повторно на национално ниво. Това ще намали дублирането на работата на регулаторните органи, органите на ОЗТ и промишлеността на ОЗТ и ще доведе до едно общо разбиране на клиничните аспекти на здравните технологии (т.е. тяхната относителна безопасност и ефикасност/ефективност).

През идните години ще бъде разработена по-амбициозна и стабилна структура в подкрепа на научното сътрудничество за ОЗТ. В сътрудничество с мрежата за ОЗТ Комисията работи върху възможни предложения по този въпрос.

Система за здравна информация

Всяка намеса, която цели да се повиши устойчивостта на системата на здравеопазването, трябва да отчете характеристиките на самата система. Решенията за инвестиране или за оттегляне на инвестициите в конкретни сектори трябва да се вземат въз основа на разбиране

на процесите, които са в основата на работата на тези сектори, и на въздействието на намесата върху здравето и икономическите параметри.

Ето защо държавите членки следва да инвестират в разработване на информационните си потоци, за да се гарантира например, че информационните потоци по отношение на пациентите са насочени правилно към всички съответни доставчици на здравни услуги, или че се оказва подкрепа за по-ефективна и устойчива реорганизация на системите на здравеопазването[25].

Комисията обмисля да предостави подкрепа на държавите членки за постигане на устойчива и интегрирана европейска система за здравна информация, като проучи по-специално потенциала на всеобхватен европейски консорциум за научноизследователска инфраструктура (ERIC) относно здравната информация.

Електронно здравеопазване

Комисията енергично насърчава сътрудничеството между държавите членки в областта на електронното здравеопазване и ги подкрепя при разработването и прилагането на рентабилни и оперативно съвместими решения за електронно здравеопазване за подобряване на системите на здравеопазването[26]. Както се изисква с Директива 2011/24, Комисията подкрепя мрежата за електронно здравеопазване, която работи за постигането на устойчиви ползи от системите и услугите за електронно здравеопазване в Европа и оперативно съвместимите приложения. В плана за действие за електронно здравеопазване за периода 2012—2020 г. се подчертава също така ползата от услугите на електронното здравеопазване за гражданите, пациентите и лицата, предоставящи здравни грижи, и се предлагат конкретни действия за намаляване на пречките пред разгръщането на тези услуги.

Необходими са още усилия, за да се разработят ефективни и оперативно съвместими телемедицински услуги. Европейските референтни мрежи ще предложат прекрасна възможност да се въведе и изпробва телемедицината в ЕС.

6. Заключения

В годишния обзор на растежа за 2013 г. бе отчетено, че „във връзка с демографските предизвикателства и натиска от разходите, породени от застаряването на населението, в здравеопазването трябва да бъдат предприети реформи, за да се гарантира неговата икономическа ефективност и устойчивост, като функционирането му се оцени спрямо двойната цел за по-ефикасно използване на публичните ресурси и за достъп до висококачествено здравеопазване“.

Способността на държавите членки в бъдеще да осигуряват висококачествено здравно обслужване за всички ще зависи от това дали системите на здравеопазването са устойчиви и

[25] Вж. заключенията на работната група за електронно здравеопазване в доклада, озаглавени Redesigning health in Europe for 2020 (Промени в здравеопазването в Европа за 2020 г.), в които политиците се призовават да използват данните: http://ec.europa.eu/digital-agenda/en/news/eu-task-force-ehealth-redesigning-health-europe-2020.

[26] COM(2012) 736.

способни да се справят с бъдещите предизвикателства. И те трябва постигнат тази цел, като същевременно запазят рентабилността си и финансовата си устойчивост.

Макар това основно да е задача на държавите членки, в настоящото съобщение се очертават няколко инициативи, чрез които ЕС може да окаже подкрепа на лицата, отговорни за разработването на съответните политики в държавите членки. ЕС ще трябва да доразработи тези инициативи и ги използва за основа, за да се гарантира, че желанието на гражданите да получават висококачествени грижи може да бъде удовлетворено. Акцентът ще трябва да се постави върху методи и инструменти, които ще позволят на държавите членки да постигнат по-голяма ефективност, достъпност и устойчивост на своите системи на здравеопазване в съответствие с препоръките за реформа, отправени към държавите членки в рамките на Европейския семестър. За да се приложат реформите, набелязани в тези препоръки, държавите членки се приканват също така да използват европейски инструменти за финансиране.

