EUROOPAN
KOMISSIO

Bryssel 4.4.2014
COM(2014) 215 final

KOMISSION TIEDONANTO

Tehokkaat, helposti saavutettavat ja sopeutumiskykyiset terveydenhuoltojärjestelmät

1. Johdanto

Terveydenhuoltojärjestelmien[1] keskeisenä tehtävänä nyky-yhteiskunnissa on auttaa ihmisiä pysymään terveinä ja kohentamaan terveyttään. Terveydenhuoltojärjestelmien olisi kyettävä pidentämään ihmisten elinikää ja parantamaan heidän elämänlaatuaan.

EU:n jäsenvaltioiden terveydenhuoltojärjestelmien välisiin eroihin vaikuttaa se, millaisia yhteiskunnallisia valintoja on tehty. Terveysministerien neuvosto totesi vuonna 2006, että organisatorisista ja rahoituksellisista eroista huolimatta järjestelmät perustuvat yhteisiin arvoihin[2]: universaalisuuteen, hyvälaatuisen hoidon saantiin, oikeudenmukaisuuteen ja yhteisvastuullisuuteen.

EU:n terveydenhuoltojärjestelmät ovat entistä enemmän vuorovaikutuksessa toistensa kanssa. Tämä vuorovaikutus lisääntyi huomattavasti direktiivin 2011/24/EU[3] voimaantulon jälkeen. Terveydenhuoltojärjestelmien välisen yhteistyön tiivistäminen parantaisi niiden toimintaa tilanteessa, jossa potilaiden ja terveydenhuollon ammattilaisten liikkuvuus lisääntyy koko ajan.

Euroopan terveydenhuoltojärjestelmillä on kymmenen viime vuoden aikana ollut entistä enemmän yhteisiä haasteita: terveydenhuollon kustannusten kasvaminen, väestön ikääntyminen ja sen myötä kroonisten sairauksien yleistyminen sekä monien sairauksien yhteisesiintyminen. Ne ovat lisänneet terveydenhuollon kysyntää, puutetta terveydenhuollon työvoimasta ja sen epätasaista jakautumista, terveyteen liittyvää epätasa-arvoa ja epäoikeudenmukaisuutta terveydenhuollon saatavuudessa.

Lisäksi viime vuosina on talouskriisin vuoksi ollut käytettävissä aiempaa vähemmän varoja, ja jäsenvaltioiden on näin ollen ollut entistä vaikeampi varmistaa terveydenhuoltojärjestelmiensä kestävyys.[4] Se puolestaan vaarantaa jäsenvaltioiden kyvyn taata laadukkaan terveydenhuollon universaali saatavuus. Terveydenhuoltojärjestelmien on oltava sopeutumiskykyisiä: niiden on kyettävä mukautumaan muuttuvaan ympäristöön tehokkaasti ja tarttumaan huomattaviin haasteisiin rajallisin resurssein.

Keskinäisen riippuvuuden ja yhteisten haasteiden lisääntyminen vaativat yhteistyön tiivistämistä. Jäsenvaltiot sopivat vuonna 2006 yhteisistä terveydenhuollon saatavuuden, laadun ja taloudellisen kestävyyden tavoitteista sosiaalisen suojelun ja osallisuuden alaa koskevan avoimen koordinointimenetelmän käyttöönoton yhteydessä[5]. Terveysministerien neuvosto aloitti vuonna 2011 EU:n tason pohdintaprosessin, jonka tarkoituksena oli auttaa jäsenvaltioita varmistamaan, että

[1] Tässä tiedonannossa terveydenhuoltojärjestelmillä tarkoitetaan järjestelmiä, joiden tarkoituksena on tuottaa potilaille terveydenhuoltopalveluja ja joiden ensisijaisena tavoitteena on terveydentilan parantaminen. Palvelut voivat olla ennalta ehkäiseviä, diagnostisia, parantavia tai oireita lievittäviä.

[2] Neuvoston päätelmät Euroopan unionin terveysjärjestelmien yhteisistä arvoista ja periaatteista, EUVL C 146, 22.6.2006.

[3] Direktiivi 2011/24/EU, EUVL L 88, 4.4.2011.

[4] Tätä korostetaan myös talouspoliittisen komitean ja Euroopan komission EU:n terveydenhuoltojärjestelmiä koskevaa yhteistä raporttia koskevissa neuvoston päätelmissä (7. joulukuuta 2010).

[5] Sosiaalisen suojelun komitean ja talouspoliittisen komitean yhteinen lausunto komission tiedonannosta ”Yhteistyöllä parempiin tuloksiin: uudet puitteet sosiaalista suojelua ja osallisuutta koskevan politiikan avointa koordinointia varten Euroopan unionissa”, jonka työllisyys-, sosiaalipolitiikka-, terveys- ja kuluttaja-asioiden neuvosto hyväksyi 10. maaliskuuta 2006.

niiden terveydenhuoltojärjestelmät ovat nykyaikaisia, tarpeita vastaavia ja kestäviä.[6] Se totesi, että ”*vaikka korkeatasoisten terveydenhuoltopalveluiden tasapuolisen saatavuuden varmistaminen niukoista talous- ja muista resursseista huolimatta on aina ollut avainkysymys, tällä hetkellä tilanteen laajuus ja kiireellisyys on muuttumassa ja jos siihen ei puututa, siitä voi tulla EU:n tulevan taloudellisen ja sosiaalisen ympäristön keskeinen tekijä*”.

Joulukuussa 2013 kokoontunut terveysministerien neuvosto esitti nykyaikaisia, tarpeisiin vastaavia ja kestäviä terveydenhuoltojärjestelmiä koskevasta pohdintaprosessista antamissaan päätelmissä tukensa saavutetulle edistykselle ja vaati jatkamaan työtä tällä alueella.[7]

Vuoden 2014 vuotuisen kasvuselvityksen[8] (AGS) mukaan ”tärkein tavoite on nyt kasvun ja kilpailukyvyn parantaminen” kestävän elpymisen varmistamiseksi. Tämän tavoitteen saavuttamiseksi vuotuisessa kasvuselvityksessä korostetaan tarvetta lisätä terveydenhuoltojärjestelmien tehokkuutta ja rahoituspohjan kestävyyttä samalla, kun parannetaan niiden kykyä vastata tehokkaammin sosiaalisiin tarpeisiin ja taata keskeiset sosiaaliset turvaverkot. Selvityksessä todetaan, että terveydenhuoltoalan puuttuminen talouskriisin sosiaalisiin seurauksiin on tärkeää, ja painotetaan, että terveydenhuoltopalvelut on yksi aloista, jotka tarjoavat merkittäviä työllistymismahdollisuuksia tulevina vuosina. Siinä suositellaan kehittämään aktiivisen sosiaalisen osallistamisen strategioita, joilla varmistetaan muun muassa myös laadukkaiden kohtuuhintaisten palvelujen kattava saatavuus.

Tätä painotettiin edellisen kerran vuonna 2013, kun yhdelletoista jäsenvaltiolle[9] suositeltiin niiden terveydenhuoltojärjestelmien uudistamista osana eurooppalaista ohjausjaksoa. Suurin osa suosituksista koski terveydenhuoltojärjestelmien kestävyyttä ja kustannustehokkuutta, ja niissä vaadittiin uudistamaan sairaalasektoria, terveydenhuoltopalvelujen hinnoittelua, avohoitoa ja perusterveydenhuoltoa. Kolmessa suosituksessa vaadittiin myös terveydenhuollon saatavuuden säilyttämistä tai parantamista.

Terveys on paitsi itseisarvo myös taloudellisen vaurauden edellytys. Näin todetaan terveyteen tehtäviä investointeja käsittelevässä komission yksiköiden valmisteluasiakirjassa, joka on osa sosiaalisia investointeja koskevaa pakettia.[10] Ihmisten terveys vaikuttaa kansantalouden tuloksiin, kuten tuottavuuteen, työvoiman tarjontaan, inhimilliseen pääomaan ja julkisiin menoihin. Terveydenhuoltoalaan edistykseen vaikuttavat vahvasti innovaatiot, ja sillä on suuri merkitys kansantaloudelle: alan osuus EU:n bruttokansantuotteesta on 10 prosenttia. Lisäksi se on hyvin työvoimavaltaista toimintaa ja yksi EU:n suurimmista sektoreista: terveydenhuoltoalan työntekijöiden osuus kaikista EU:n työpaikoista oli vuonna 2010 kahdeksan prosenttia.[11]

---

[6] Neuvoston päätelmät terveydenhuoltojärjestelmistä: kohti nykyaikaisia, tarpeita vastaavia ja kestäviä terveydenhuoltojärjestelmiä (6. kesäkuuta 2011).

[7] Neuvoston päätelmät nykyaikaisia, tarpeisiin vastaavia ja kestäviä terveysjärjestelmiä koskevasta pohdintaprosessista (10. joulukuuta 2013).

[8] COM(2013) 800.

[9] Bulgaria, Espanja, Itävalta, Malta, Puola, Ranska, Romania, Saksa, Slovakia, Suomi ja Tšekki.

[10] COM(2013) 83.

[11] Asiakirjaan COM(2012) 173 liittyvä valmisteluasiakirja SWD(2012) 93.

Tässä tiedonannossa hyödynnetään viime vuosina saatuja kokemuksia ja tehtyä työtä, jotta lähestymistapoja voidaan kehittää edelleen EU:ssa. Painopiste on toimissa, joilla

1. tehostetaan terveydenhuoltojärjestelmiä
2. lisätään terveydenhuollon saatavuutta
3. parannetaan terveydenhuoltojärjestelmien sopeutumiskykyä.

2. Terveydenhuoltojärjestelmien tehostaminen

Yksi terveydenhuoltojärjestelmien suorituskyvyn kannalta tärkeä tekijä on terveydenhuollon laatu, jonka keskeisiä osia ovat tehokkuus, turvallisuus ja potilasten kokemukset. EU:ssa tehdään parhaillaan töitä potilasturvallisuuden eteen.[12] Potilaiden kokemukset puolestaan ovat tärkeä osa-alue, johon on kiinnitettävä tulevaisuudessa edelleen huomiota.

Tässä tiedonannossa painopiste on tehokkuudessa: terveydenhuoltojärjestelmien kyvyssä vaikuttaa myönteisesti ihmisten terveydentilaan eli parantamaan väestön terveyttä.

Terveydenhuoltojärjestelmien tehokkuuden mittaaminen on jatkossa entistä tärkeämpää erityisesti siksi, että terveydenhuoltojärjestelmät eivät ole ainoa terveyttämme kohentava tekijä. Vaikka elinajanodotteessa on edelleen suurta vaihtelua jäsenvaltioiden välillä, elämme silti kaiken kaikkiaan pidempään ja terveempänä kuin edelliset sukupolvet. Tähän ovat vaikuttuneet erityisesti kansanterveyden alalla ja terveydenhuoltojärjestelmän ulkopuolella saavutetut huomattavat edistysaskeleet. Edistystä on odotettavissa jatkossakin, kun esimerkiksi ihmisten tupakointi ja alkoholinkulutus vähenevät, ravitsemus paranee ja liikunta lisääntyy. Yleisesti ollaan yhtä mieltä siitä, että terveydenhuoltoalan vaikutus väestön terveyteen on lisääntynyt 50–60 viime vuoden aikana huomattavasti.

Terveydenhuoltojärjestelmien tehokkuuden vertailemiseen tarvittavien tietojen kerääminen on kuitenkin vielä alkutekijöissään. Seuraavassa esitettävät esimerkit kuvaavat osa-alueita, joilla terveydenhuoltojärjestelmien vaikutus ihmisten terveyden paranemiseen on selvimmin nähtävissä käytettävissä olevien EU:n laajuisten indikaattoreiden perusteella (indikaattoreita ovat perinataalikuolleisuus, vältettävissä oleva kuolleisuus, rokotuksella ehkäistävissä olevien tautien ilmaantuvuus ja syöpäseulonnat). Tämä vertailu paljastaa, että EU:n jäsenvaltioiden välillä on suuria eroja.

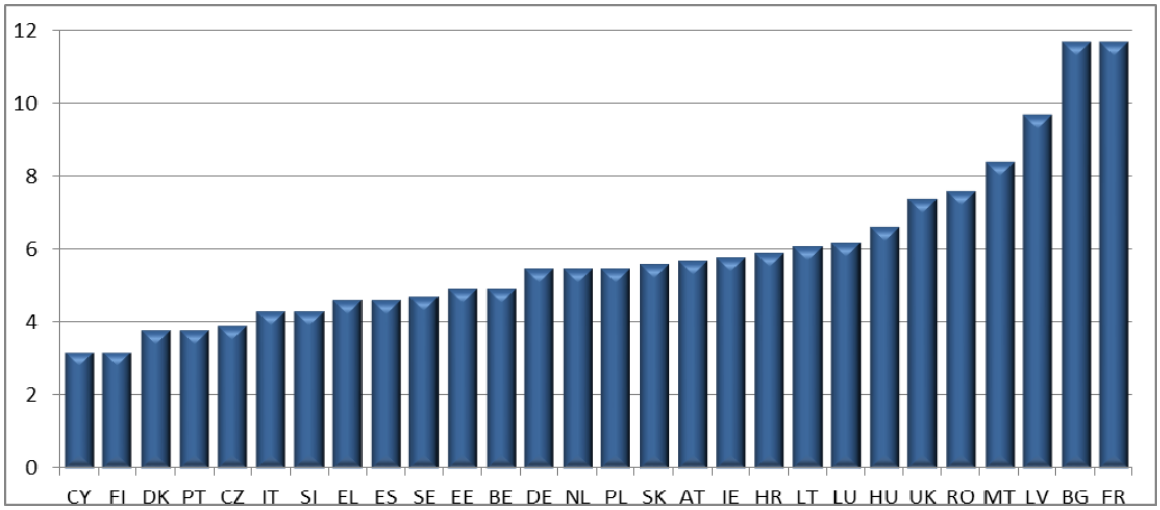
Perinataalikuolleisuus

Perinataalikuolleisuus on myöhäisten sikiökuolemien (28. raskausviikon jälkeen) ja varhaisneonataalikuolleisuuden (seitsemän päivän kuluessa synnytyksestä) summa.

[12] Neuvoston suositus, annettu 9 päivänä kesäkuuta 2009, potilasturvallisuudesta ja hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisemisestä ja valvonnasta, EUVL C 151, 3.7.2009.

Imeväiskuolleisuuteen[13] verrattuna se ei liity yhtä vahvasti sosioekonomisiin tekijöihin ja on siten luotettavampi terveydenhuoltojärjestelmien tehokkuuden indikaattori.

Kuva 1: perinataalikuolleisuus 1 000:tta syntynyttä lasta kohti (vuoden 2011 tai uudemmat tiedot)



Tietolähde: Eurostatin tietokanta, Europeristat-hanke (komission yksiköiden laatima)

Perinataalikuolleisuus väheni viiden viime vuoden aikana suurimmassa osassa jäsenvaltioita, mutta joissakin maissa se lisääntyi tällä ajanjaksolla.

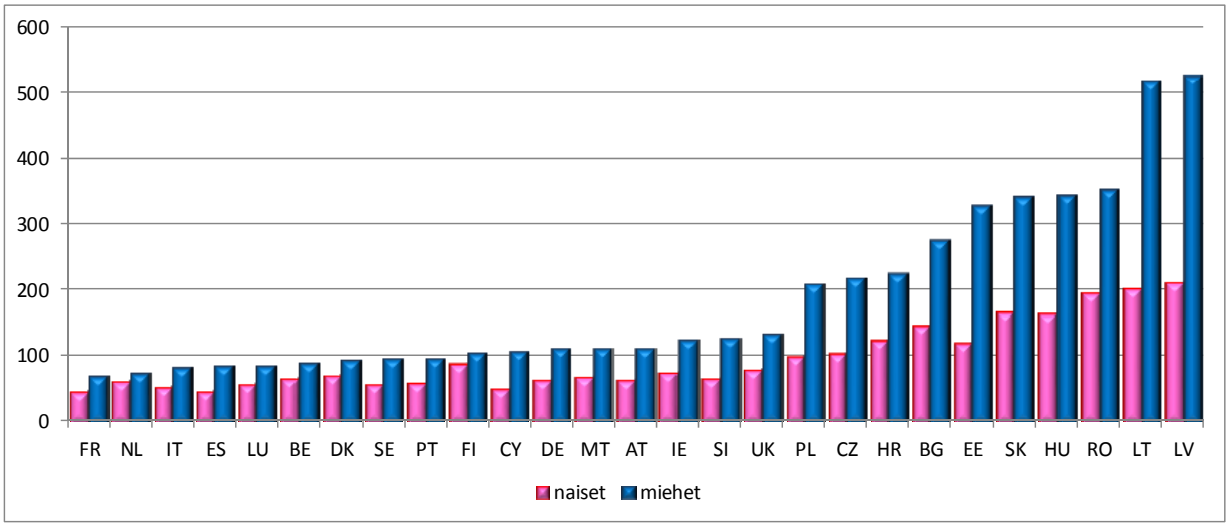
Vältettävissä oleva kuolleisuus

Vältettävissä olevalla kuolleisuudella tarkoitetaan ennenaikaisia kuolemia, joita ei tapahtuisi, jos saatavilla olisi oikea-aikaista ja tehokasta terveydenhuoltoa. Se on perusindikaattori, jonka perusteella tutkitaan terveydenhuoltojärjestelmien vaikutusta terveystuloksiin.[14] Vältettävissä oleva kuolleisuus sisältää niiden tiettyjen sairauksien vakioidut kuolleisuusluvut, joihin terveydenhuollolla arvioidaan olevan suora vaikutus.

[13] Imeväiskuolleisuudella tarkoitetaan ensimmäisen elinvuoden aikana kuolleiden lasten määrää 1 000:tta elävänä syntynyttä lasta kohti.

[14] ”Vältettävissä olevaan kuolleisuuteen” perustuvissa vertailuissa on oletettavasti otettava huomioon sairauden ilmaantuvuus eikä pelkästään kyseisiin sairauksiin liittyviä kuolemia. Ei kuitenkaan ole varmaa, onko käytettävissä vertailukelpoisia tietoja.

Kuva 2: vältettävissä oleva kuolleisuus, vakioidut kuolleisuusluvut 100 000:tta asukasta kohti — 2010



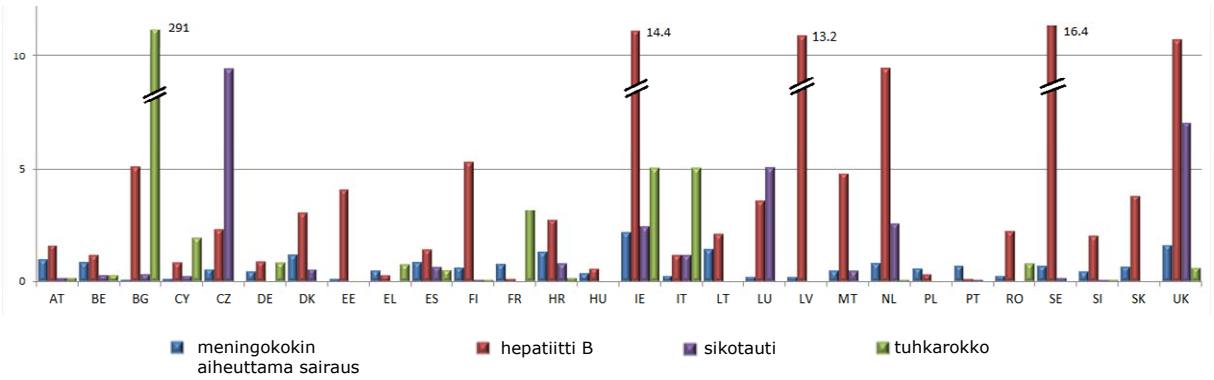
Tietolähde: Eurostat (Kreikkaa koskevia tietoja ei ole käytettävissä)

Käytännössä kaikki jäsenvaltiot ovat onnistuneet vähentämään vältettävissä olevaa kuolleisuutta vuosina 2000–2010, mutta niiden luvut vaihtelevat huomattavasti.

Tartuntataudit

Tiettyjen tartuntatautien ilmaantuvuuteen vaikuttaa suoraan asianmukaisten terveydenhuoltopalvelujen tarjonta: rokotuskampanjat ovat vähentäneet merkittävästi rokotuksella ehkäistävissä olevien tautien ilmaantuvuutta (vaikkakin joissakin maissa on huolestuttavia merkkejä rokotusmäärien vähenemisestä).

Kuva 3: rokotuksella estettävissä olevien tautien ilmaantuvuus – vahvistettuja tapauksissa 100 000:tta asukasta kohti – 2011



Tietolähde: ECDC:n vuotuinen epidemiologinen raportti 2012

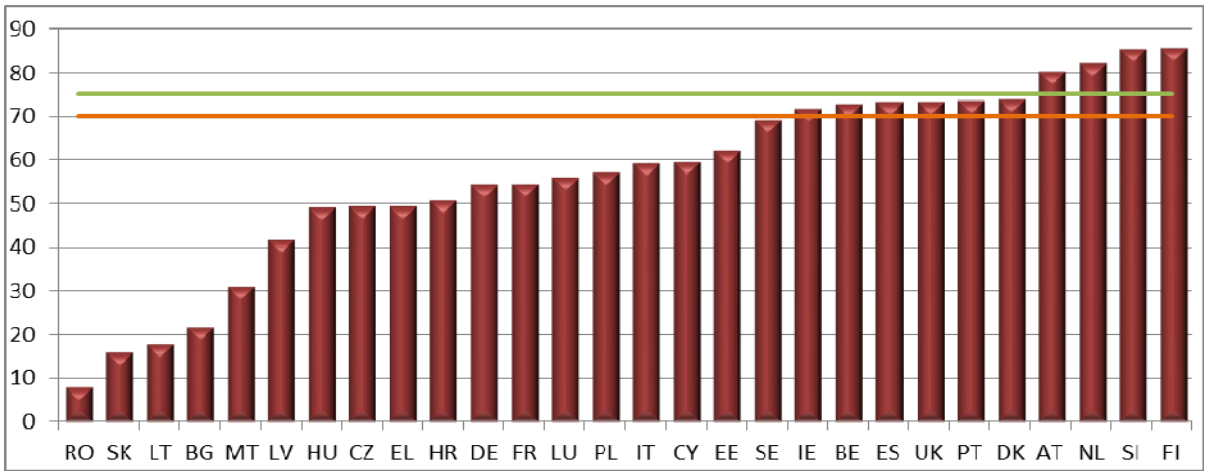
Myös tarkasteltaessa vain pientä joukkoa rokotuksella ehkäistävissä olevia tauteja (meningokokin aiheuttama sairaus, hepatiitti B, sikotauti ja tuhkarokko) jäsenvaltioiden ilmaantuvuusluvut vaihtelevat suuresti.

Syöpäseulonnat

Paksu- ja peräsuolen syövän, kohdunkaulan syövän ja rintasyövän varhainen diagnosoiminen väestöpohjaisten seulontaohjelmien avulla on hyvä korvikeindikaattori terveydenhuoltojärjestelmän tehokkuudelle, kun tarkastellaan riskialttiita alueita. Neuvosto suositteli tällaisten ohjelmien toteuttamista Euroopan laadunvarmistusta koskevien suuntaviivojen mukaisesti.[15]

Rintasyövän seulonnoissa on edistytty eniten. Kansallisissa seulontaohjelmissa määritetään kohdeikäryhmät (50–69-vuotiaat naiset) yleensä eurooppalaisten suuntaviivojen mukaisesti ja noudatetaan niissä suositeltuja mammografiaseulontojen aikavälejä. Eurooppalaisissa suuntaviivoissa määritetään, että seulontamäärien toivottava tavoite on 75 prosenttia kohderyhmään kuuluvista naisista (ja hyväksyttävä taso 70 prosenttia), mutta vain harva jäsenvaltio saavutti tämän tavoitteen vuonna 2010.

Kuva 4: rintasyöpäseulonta — prosenttia 50–69-vuotiaista seulotuista naisista



Tietolähde: OECD, Health at a glance: Europe 2012, kansalliset tilastot

Tärkeimmät tulokset

Näiden tiettyjen indikaattorien perusteella voidaan tehdä joitakin alustavia havaintoja, vaikkakaan ne eivät ole riittävän edustavia, jotta niitä voitaisiin käyttää terveydenhuoltojärjestelmien laajan arvioinnin tukena. Ne osoittavat, että EU:n jäsenvaltioiden välillä on suuria eroja. Ne osoittavat myös, että ihmisten terveyteen kohdistuvat vaikutukset ovat moniulotteisia ja vaikeasti määriteltäviä. Yleisesti ottaen terveydenhuoltojärjestelmien tehokkuuden arvioiminen on monimutkainen prosessi: terveydenhuollon toimien tulokset saattavat näkyä vasta pitkän ajan jälkeen, ja vertailukelpoisten ja luotettavien tietojen saaminen on haastavaa. Tilannetta on kuitenkin pyritty parantamaan.

Komissio on tukenut Euroopan yhteisön terveysindikaattorien (ECHI) kehittämistä. Näiden indikaattorien avulla seurataan kansanterveyden tilannetta ja terveydenhuoltojärjestelmien suorituskykyä. Eurooppalaisia terveydenhuoltojärjestelmiä arvioivia selvityksiä on myös julkaistu useita. Erityisen hyviä esimerkkejä niistä ovat vuonna 2010 julkaistu talouspoliittisen komitean ja

[15] Neuvoston suositus, annettu 2 päivänä joulukuuta 2003, syöpäseulonnasta, EUVL L 327, 16.12.2003. Ks. myös paksu- ja peräsuolen syövän, kohdunkaulan syövän sekä rintasyövän seulonnan ja diagnosoinnin laadunvarmistusta koskevat eurooppalaiset suuntaviivat.

Euroopan komission yhteinen kertomus terveydenhuoltojärjestelmistä sekä OECD:n ja komission julkaisema ”*Health at a glance Europe*” -sarja.

Toinen tärkeä askel otettiin vuonna 2013, kun sosiaalisen suojelun komitea laati terveydenhuoltoa koskevan yhteisen arviointikehyksen. Sen tarkoituksena on olla ensimmäisen vaiheen seulontaväline, jolla pyritään havaitsemaan mahdolliset ongelmat jäsenvaltioiden terveydenhuoltojärjestelmissä. Kehys on keskeinen tekijä terveydenhuoltojärjestelmien vertailevassa arvioinnissa, ja siinä otetaan huomioon tietojen saatavuus EU:n tasolla. Tutkimusta ja teknologian kehittämistä koskevista puiteohjelmista rahoitetaan myös useita hankkeita, joissa kehitetään indikaattoreita ja menetelmiä terveydenhuoltojärjestelmien suorituskyvyn arvioimiseen.[16]

3. Terveydenhuoltojärjestelmien saatavuuden parantaminen

Terveydenhuoltojärjestelmien on oltava helposti saatavilla. Tämä on yksi perusperiaatteista Euroopan sosiaalisessa peruskirjassa[17], jossa korostetaan avointen kriteerien merkitystä sairaanhoitoon pääsyssä sekä valtioiden velvollisuutta taata asianmukainen terveydenhuoltojärjestelmä, joka ei jätä mitään osaa väestöstä terveydenhuoltopalvelujen ulkopuolelle.

Mahdollisuutta käyttää terveydenhuoltopalveluja on kuitenkin vaikea mitata, eikä ole olemassa EU:n laajuista tarkkaa menetelmää sen seuraamiseen ja parhaiden toimintatapojen edistämiseen. Se olisi terveyserojen vähentämisen kannalta tärkeää.[18]

Yksi yleisesti käytetty indikaattori on eri puolilla EU:ta ilmenevä vaihtelu siinä, kuinka suuri prosenttiosuus asukkaista ilmoittaa, että heillä on ongelmia sairaanhoitoon pääsyssä, ja kertoo sen johtuvan[19] terveydenhuoltojärjestelmien piiriin pääsyyn liittyvistä syistä: odotusajoista, etäisyydestä ja kustannusten jakautumisesta. Nämä tulokset koskevat itse ilmoitettuja tarpeita, ja kulttuuriset ennakkoasenteet ovat siksi saattaneet vaikuttaa niihin, kun niitä on vertailtu eri maissa.

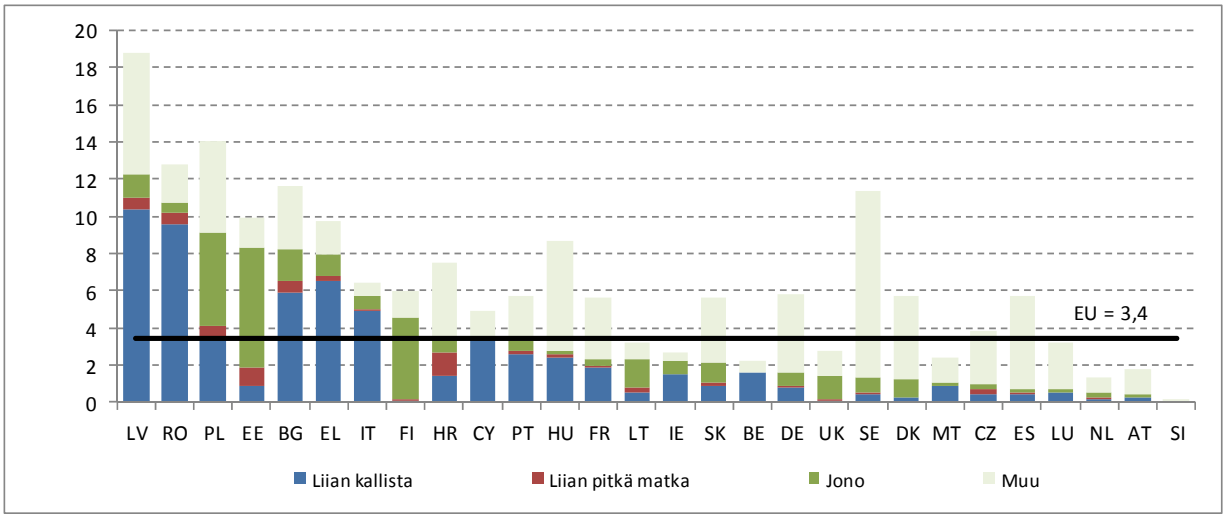
Kuva 5: itse ilmoitetut täyttymättömät lääkärintarkastusta koskevat tarpeet, osuus väestöstä (%)

[16] Ks. esimerkiksi seuraavat hankkeet: ECHO (http://www.echo-health.eu), Eurohope (http://www.eurohope.info) ja EuroREACH (http://www.euroreach.net).

[17] Uudistettu Euroopan sosiaalinen peruskirja, Strasbourg 3. toukokuuta 1996.

[18] KOM(2009) 567.

[19] Huomaa, että tämän tutkimuksen luokka ”muut syyt” kattaa syyt, jotka eivät liity paikallisiin terveydenhuoltojärjestelmiin, kuten ”ei aikaa”, ”lääkäripelko” jne.



Lähde: Eurostat, Tulo- ja elinolotilastot 2012 (Itävallan ja Irlannin tiedot vuodelta 2011)

Terveydenhuollon saatavuus on seurausta eri tekijöiden, kuten terveydenhuollon kattavuuden (ketkä ovat oikeutettuja terveydenhuoltoon), laajuuden (mihin kansalaiset ovat oikeutettuja), kohtuuhintaisuuden ja palvelujen saatavuuden, välisestä vuorovaikutuksesta. Terveydenhuollon saatavuuteen vaikuttavat myös suoraan terveydenhuoltojärjestelmissä käytetyt organisaatio- ja hallintomallit. Potilaiden mielestä terveydenhuoltopalveluja voi olla vaikea saada, jos terveydenhuoltojärjestelmät ovat monimutkaisia eivätkä ne ole avoimia.



Väestökattavuus

Terveydenhuoltopalveluja rahoitetaan enimmäkseen julkisista varoista käytännössä kaikissa EU:n jäsenvaltioissa. Kattava terveydenhuolto on universaalia tai lähes universaalia kaikissa jäsenvaltioissa. Jotkut huono-osaisemmat ihmiset jäävät kuitenkin yhä asianmukaisen terveydenhuollon ulkopuolelle.

Laajuus

Julkisesti rahoitetun terveydenhuollon laajuus vaihtelee kansallisissa terveydenhuoltojärjestelmissä. Esimerkiksi hammashoito ja silmälääkäripalvelut sekä jotkin uusimmat hoitomuodot katetaan vain muutamissa jäsenvaltioissa. Useissa jäsenvaltioissa ei ole määritetty täsmällisesti, mitä hoitoja rahoitetaan julkisesti. Tämä vaikeuttaa vertailuja ja analyysejä ja saattaa vaikuttaa siihen, voidaanko hoidon tarjonnan vähimmäistasoista tai optimaalisista tasoista päästä yksimielisyyteen.

Kohtuuhintaisuus

Ihmisiä vaaditaan usein maksamaan itse osa haluamastaan palvelusta osallistumalla kustannusten jakamiseen tai yhteisrahoitukseen. Se voi auttaa varmistamaan, että terveydenhuoltopalveluja käytetään vastuullisesti. Yhteisrahoitus ei kuitenkaan saisi olla esteenä tai pelotteena ihmisten tarvitseman terveydenhuollon saannille. Terveydenhuoltojärjestelmien kustannusten hillitsemiseen pyrkivillä toimenpiteillä, joilla on tarkoitus edistää terveydenhuollon järkiperäisempää käyttöä, ei pidä vähentää kohtuuttomasti pääsyä laadukkaan terveydenhuollon piiriin.

Saatavuus (terveydenhuollon henkilöstö, etäisyys hoitopaikasta, odotusajat)

Terveydenhuoltopalvelujen olisi oltava kohtuullisen helposti potilaiden saatavilla: heidän ei pitäisi joutua matkustamaan liian pitkää matkaa tai odottamaan liian kauan saadakseen tarvitsemansa palvelun. Tämä on erityisen suuri haaste maaseudulla ja syrjäisillä alueilla.

Pitkiin välimatkoihin liittyviä ongelmia voitaisiin ratkaista ottamalla laajemmin käyttöön integroituja hoitomalleja, jotka parantavat potilaiden ja terveydenhuoltojärjestelmän välisiä yhteyksiä, sekä sähköisiä terveyspalveluratkaisuja.

Odotusaikojen mittaamisesta ei ole EU:n laajuista määritelmää, vaikka se onkin tärkeä käsite asetuksessa (EY) N:o 883/04[20] ja direktiivissä 2011/24/EU. Tämä saattaa muuttua, koska direktiivillä 2011/24/EU laajennetaan terveydenhuoltojärjestelmän vastuuta hoitoon pääsystä lisäämällä hoitoa odottavaa koskevan kohtuuttoman viivästyksen käsitteen läpinäkyvyyttä.

Väestön ikääntyminen ja monien kroonisten sairauksien yleistyminen edellyttävät eri ammattitaitojen yhdistelmiä. Eri ammattien välinen erottelu todennäköisesti vähenee, kun on tarpeen luoda monialaisia tiimejä. Terveydenhuoltoalalla taitojen ja osaamisen tarve muuttuu jatkuvasti ja työtehtäviä ja ammatteja on todennäköisesti myös kehitettävä, jotta voidaan täyttää väestön tarpeet. Koska vähän liikkuvien ihmisten määrä ja riittämättömään liikuntaan liittyvät terveysriskit ovat EU:ssa suuria, terveydenhuollon ammattilaiset ovat ratkaisevassa asemassa neuvottaessa potilaita liikunnan tärkeydestä yhdessä muiden alojen, kuten urheilualan, kanssa.[21]

Jotta lääketieteellisen koulutuksen suunnittelujärjestelmät olisivat näiden kehityssuuntien edellä, niiden on oltava älykkäämpiä, reagoitava nopeammin ja pystyttävä houkuttelemaan paremmin opiskelijoita erikoisaloille, joilla tarve on suurin.

Lisäksi on näyttöä siitä, että olisi kiinnitettävä huomiota lääkkeisiin, koska yksityisten menojen osuus on lääkemenoista huomattavasti suurempi kuin muuntyyppisestä julkisesti rahoitetusta terveydenhuollosta.

Kansalliset päätökset hinnoittelusta ja kustannusten korvaamisesta vaikuttavat suoraan ja välillisesti lääkkeiden saantiin kaikkialla EU:ssa: innovatiivisia tuotteita ei aina ole saatavilla samanaikaisesti kaikissa jäsenvaltioissa, ja joissakin maissa niitä ehkä ole lainkaan saatavilla.

[20] Neuvoston asetus (EY) N:o 883/2004, annettu 29 päivänä huhtikuuta 2004, sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamisesta, EUVL L 166, 30.4.2004.

[21] Neuvoston suositus, annettu 26 päivänä marraskuuta 2013, monialaisesta terveyttä edistävän liikunnan lisäämisestä, EUVL C 354, 4.12.2013.

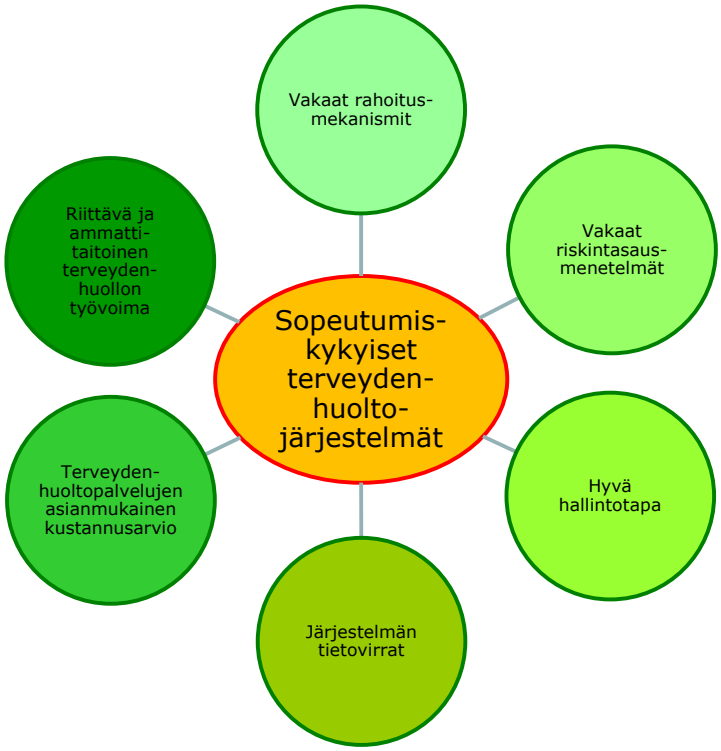
Tätä tilannetta parannettiin ensin farmasian alan yritysvastuuta koskevalla prosessilla, jossa kannustettiin hinnoittelusta ja korvauksista vastaavia toimivaltaisia viranomaisia ja muita sidosryhmiä keskustelemaan aiheesta ja tuettiin avointa tiedonvaihtoa siitä, miten lääkkeiden saantia voitaisiin parantaa.

4. Terveydenhuoltojärjestelmien sopeutumiskyvyn parantaminen

Nykyaikaisten terveydenhuoltojärjestelmien on oltava helposti saatavilla ja tehokkaita sekä pitkällä aikavälillä vakaita. Siksi niiden on oltava julkisen talouden kannalta kestäviä. Komissio tukee jäsenvaltioita tässä tekemällä analyysejä ja ennusteita ja suosittelemalla uudistuksia osana eurooppalaista ohjausjaksoprosessia.

Terveydenhuoltojärjestelmissä olisi tarkasteltava myös muita kuin julkiseen talouteen liittyviä tekijöitä. Niiden on kyettävä mukautumaan tehokkaasti muuttuvaan ympäristöön sekä etsimään ja soveltamaan innovatiivisia ratkaisuja selvitäkseen huomattavista haasteista (asiantuntemuksen ja resurssien puutteista tietyillä osa-alueilla, odottamattomista kysyntäpiikeistä, esimerkiksi epidemioiden vuoksi, jne.) rajallisin resurssein. Niiden on toisin sanoen lisättävä sopeutumiskykyään ja säilytettävä se.

Kaikki EU:n terveydenhuoltojärjestelmät eivät ole selvinneet talouskriisistä samalla tavalla, ja osa niistä on joutunut toteuttamaan suuria ja osin kivuliaita uudistuksia hyvin lyhyessä ajassa. Komissio on hyödyntänyt aiemmista uudistuksista saatuja kokemuksia ja määrittänyt seuraavat sopeutumiskykytekijät, jotka ovat auttaneet joitakin terveydenhuoltojärjestelmiä turvaamaan tehokkaiden terveydenhuoltopalvelujen saannin kansalaisilleen.



Vakaat rahoitusmekanismit

Vakaat rahoitusmekanismit mahdollistavat tehokkaan investointien suunnittelun ja palvelujen jatkuvuuden, kun hoitotarjontaa organisoidaan ja hallinnoidaan. Terveydenhuoltojärjestelmät, joiden rahoitus perustuu vähemmän vakaisiin tulolähteisiin, kärsivät herkemmin ulkoisista kriiseistä: esimerkiksi työttömyyden lisääntyminen vaikuttaa muita enemmän järjestelmiin, joiden rahoitus on enimmäkseen työllisyyteen perustuvien maksujen varassa. Rahoituksen vakauden varmistamisessa voivat auttaa varaukset tai muut valtion budjetin siirtoja koskevat suhdanteita tasaavat keinot.

Vakaat riskintasausmenetelmät

Yhdenmukainen riskintasaus- ja riskinhallintajärjestelmä on keskeinen väline, jolla varmistetaan, että resursseja käytetään tarpeiden mukaisesti. Jos esimerkiksi useat sosiaaliset sairausvakuutusyhtiöt keräävät sosiaaliturvamaksuja tai vakuutusmaksuja, käytetään riskioikaisu-/riskintasausmekanismia, jossa otetaan huomioon kustakin rahastosta vakuutettujen yksittäisten ihmisten määrä, ikä- sukupuolirakenne sekä sairastuvuusprofiileja osoittava korvikeindikaattori. Näin halutaan välttää potilaiden valikointi ja syrjintä ja varmistaa rahoituksen kohdistaminen tarpeen mukaan.

Hyvä hallintotapa

Hyvä hallintotapa tarkoittaa sitä, että terveydenhuoltojärjestelmän ja sen tärkeimpien osien vastuut on määritelty hyvin ja että järjestelmässä on vahva johtajuus, vahvat vastuuvelvollisuusmekanismit ja selkeä organisaatiorakenne. Näin järjestelmät pystyvät sopeuttamaan toimintaansa nopeasti uusien tavoitteiden ja painopisteiden mukaiseksi ja vastaamaan paremmin suurimpiin haasteisiin tunnistamalla ja toteuttamalla järkevien investointipäätösten tueksi tarvittavia toimenpiteitä.

Järjestelmän tietovirrat

Vahvuuksien ja heikkouksien vankka tuntemus sekä kyky valvoa tietoja myös yksittäisten potilaiden tai terveydenhuollon palveluntarjoajien tasolla auttavat terveydenhuoltojärjestelmien hallinnoijia tekemään räätälöityjä, näyttöön perustuvia päätöksiä kullakin alasektorilla.

Sähköisiin terveydenhuoltopalveluihin perustuvat tietojärjestelmät helpottavat ja tukevat tiedon- ja tietämyksenhallintajärjestelmien vahvistamista. Lisäksi sähköiset terveydenhuoltopalvelut voivat tarjota yksilöllisempää terveydenhoitoa, joka kohdennetaan paremmin, on vaikuttavampaa ja tehokkaampaa ja auttaa vähentämään virheitä ja minimoimaan sairaalahoitoaikoja.

Terveydenhuoltopalvelujen asianmukainen kustannusarvio

Kustannusarvio on kustannuksista tuotoksiin johtavien prosessien monimutkaisuuden ymmärtämisen kannalta keskeinen asia: miten hyvin kustannukset vastaavat inhimillisiä ja fyysisiä resursseja, miten resurssit vaikuttavat toimintaan (esim. kirurgiset toimenpiteet, diagnostiset testit), miten toimista muodostuu hoitotoimenpiteitä ja miten hoitotoimenpiteet vaikuttavat terveyteen.

Terveysteknologian arviointi on keskeinen tekijä, kun halutaan varmistaa, että toimenpiteiden vaikuttavuuden arviointiin käytetään yhteistä menetelmää ja palvelujen kustannusarviot ovat asianmukaisia. Silloin päätöksentekijät voivat kohdentaa resursseja mahdollisimman tehokkaasti.

Kyky hinnoitella terveydenhuoltopalvelut tarkasti on menojen seurannan kannalta välttämätöntä mutta myös edellytys sille, että investointeja ja priorisointia koskevia päätöksiä voidaan tehdä tehokkaasti.

Terveydenhuollon työvoiman riittävä kapasiteetti ja oikeanlainen osaaminen

Erittäin ammattitaitoinen ja motivoitunut terveydenhuollon henkilöstö on ratkaisevan tärkeää, kun etsitään innovatiivisia ratkaisuja organisaation ja teknologian muuttuessa. Tehokas kannustinrakenne on olennainen tekijä, jotta voidaan parantaa terveydenhuollon ammattilaisten suorituskykyä ja varmistaa, että painopiste on terveydenhuoltopalvelujen suorassa tarjoamisessa.

5. EU:n tehokkaita, helposti saavutettavia ja sopeutumiskykyisiä terveydenhuoltojärjestelmiä koskeva toimintasuunnitelma

Ensisijainen vastuu terveydenhuoltojärjestelmistä on jäsenvaltioilla. EU on toteuttanut jäsenvaltioiden tueksi useita toimia erityisesti laatimalla suuntaviivoja ja tarjoamalla seuranta- tai arviointivälineitä.

Komissio on perustanut riippumattoman asiantuntijapaneelin, joka antaa terveysinvestointeja koskevia neuvoja.[22] Paneeli tekee komissiolle analyysejä ja antaa suosituksia käsittelemistään aiheista.

Terveydenhuoltojärjestelmien tehostamisen tukeminen

Terveydenhuoltojärjestelmien suorituskyvyn arviointi (HSPA)

Terveysministerien neuvosto kehotti jäsenvaltioita käyttämään terveydenhuoltojärjestelmien suorituskyvyn arviointia (HSPA) politiikantekoon, vastuuvelvollisuuteen ja avoimuuteen liittyvissä kysymyksissä ja komissiota tukemaan jäsenvaltioita sen käytössä.

Tämä HSPA-yhteistyö tarjoaa jäsenvaltioille muun muassa seuraavat välineet ja menetelmät:

- EU:n rahoittaman suorituskyvyn arvioinnin mittareita ja indikaattoreita koskevan tutkimuksen hyödyntäminen
- HSPA:n painopistealueiden valintakriteerien ja -menettelyjen määrittäminen kansallisella ja EU:n tasolla
- räätälöidyn raportointijärjestelmän kehittäminen
- yhteistyön tiivistäminen kansainvälisten järjestöjen, erityisesti OECD:n ja Maailman terveysjärjestön, kanssa.

[22] Komission päätös, annettu 5 päivänä heinäkuuta 2012, monialaisen ja riippumattoman asiantuntijapaneelin perustamisesta antamaan neuvoja tehokkaista terveysinvestoinneista, EUVL C 198, 6.7.2012.

Tämä yhteistyö voi myös mahdollistaa EU:n tason kohdennetumman työskentelyn eriarvoisuuden vähentämiseksi tarjoamalla tukea tilanteen parantamiseen niille jäsenvaltioille, joiden tulokset ovat EU:n keskiarvon alapuolella. Se voi myös osoittautua hyväksi välineeksi jäsenvaltioiden auttamisessa täyttämään direktiivin 2011/24/EU laatu- ja turvallisuustietoja koskevat vaatimukset.

Hoidon ja potilasturvallisuuden laatu

Komissio aikoo esitellä keväällä 2014 toisen kertomuksensa neuvoston potilasturvallisuutta koskevan suosituksen täytäntöönpanosta.[23] Komissio aikoo keskustella kertomuksen tulosten perusteella toimista, joilla parannetaan potilasturvallisuutta ja vähennetään aiheetonta vaihtelua jäsenvaltioiden välillä ja sisällä.

Hiljattain järjestetyn potilasturvallisuutta ja hoidon laatua koskevan julkisen kuulemisen tulokset osoittavat, että on olemassa laajaa kiinnostusta sellaisen laajemman EU:n toimintasuunnitelman kehittämiseen, jolla käsitellään tätä vaikutusta terveydenhuollon laatuun. Komissio aikoo seurata asiaa asianmukaisesti.

Hoidon integrointi

Terveydenhuollon eri tasoilla (perusterveydenhuollossa, sairaalahoidossa jne.) annettavaa hoitoa, varsinkin ikääntyvien ja kroonisista sairauksista kärsivien ihmisten hoitoa, olisi integroitava.

Jäsenvaltioiden uudistukset, joiden tarkoituksena on vähentää terveydenhuoltojärjestelmien riippuvuutta sairaalahoidosta, tarjoavat mahdollisuuden vaihtaa oppimiskokemuksia keskeisillä osa-alueilla ja vastata seuraaviin kysymyksiin:

- Keitä potilaita voidaan hoitaa paremmin tai yhtä hyvin sairaalan ulkopuolella?
- Miten voidaan vähentää vältettävissä olevia sairaalahoitojaksoja onnistuneesti?

Terveydenhuoltoa tutkinut asiantuntijapaneeli julkaisi perusterveydenhuollosta ja hoidon integroinnista raportin, jota koskevan julkisen kuulemisen komissio on käynnistänyt uusien pohdinnanarvoisten aihealueiden tunnistamiseksi.

Terveydenhuollon saatavuuden parantaminen

EU:n terveydenhuollon työvoima

Jäsenvaltioiden valmiudessa suunnitella terveydenhuollon henkilöstöä koskevia resurssivaatimuksia tulevaisuudessa on todettu olevan huomattavia eroja, jotka johtuvat kokonaismääristä sekä siitä, millaisia ammattitaitojen yhdistelmiä odotettujen terveydenhuoltotarpeiden tehokkaaseen täyttämiseen tarvitaan.

Terveysalan työvoimaa koskevan toimintasuunnitelman[24] tulokset auttavat ennakoimaan paremmin tulevia ammattitaitotarpeita ja antavat tärkeää tietoa, jonka avulla terveydenhuollon ammattilaisten

[23] Ensimmäinen kertomus julkaistiin vuonna 2012: COM(2012) 658.

[24] Asiakirjaan COM(2012) 173 liittyvä valmisteluasiakirja SWD(2012) 93.

tulevia sukupolvia voidaan kouluttaa hallitsemaan oikeat taidot. Kehittämällä kansallisten suunnittelujärjestelmien tehostamiseen tarvittavia tietoja, voidaan lisäksi auttaa vastaamaan terveydenhuollon työvoiman liikkuvuuden asettamiin haasteisiin ja etsiä ratkaisuja, joissa otetaan huomioon oikeus vapaaseen liikkuvuuteen EU:ssa.

Terveydenhuollon työvoiman suunnittelussa olisi kehitettävä kestäviä ratkaisuja EU:n tasolla, jotta EU:ssa on varmasti riittävästi asianmukaisesti koulutettuja terveydenhuollon ammattilaisia, joilla on oikeat taidot hoidon tarjoamiseen kaikille sitä tarvitseville. Puutteiden ja osaamisen epäsuhdan välttämiseksi tulevaisuudessa komissio aikoo kehittää edelleen yhdessä jäsenvaltioiden kanssa suosituksia, yhteisiä välineitä, indikaattoreita ja ohjeita, joilla lisätään EU:n tukea jäsenvaltioiden suunnittelulle.

Lääkkeiden kustannustehokas käyttö

EU:ssa on oltava kilpailukykyinen lääketeollisuus. Tätä taustaa vasten jäsenvaltioiden ja komission olisi pohdittava edelleen, miten sovittaa yhteen poliittiset tavoitteet, jotka koskevat terveydenhuollon saatavuuden varmistamista kaikille EU:n kansalaisille, sekä kustannusten hillitsemisen tarve. Avoimuuden lisäämiseen ja parempaan koordinointiin tähtääviin mekanismeihin liittyvää yhteistyötä olisi parannettava, jotta voitaisiin minimoida nykyisten kansallisten hinnoittelujärjestelmien tahattomat vaikutukset saatavuuteen kaikkialla EU:ssa.

Direktiivin 2011/24/EU optimaalinen täytäntöönpano

Direktiivillä 2011/24/EU laajennetaan potilaiden valinnanmahdollisuuksia terveydenhuollossa ja autetaan heitä välttämään kohtuuttomia viivästyksiä tarvitsemaansa hoitoon pääsyssä. Direktiivillä lisätään avoimuutta vaatimalla jäsenvaltioita perustamaan kansallisia yhteyspisteitä, jotka antavat kansalaisille tietoja muun muassa heidän oikeuksistaan ja oikeutuksistaan, potilasturvallisuudesta ja hoidon laatuvaatimuksista. Direktiivissä vaaditaan myös terveyspalvelujen valikoiman parempaa tuntemusta. Jäsenvaltioiden olisi varmistettava, että kaikki direktiivin säännökset pannaan asianmukaisesti täytäntöön. Komissio seuraa tiiviisti, miten kohtuuttoman viivästyksen käsitettä sovelletaan jäsenvaltioissa.

Osaamisverkostot edistävät yhteistyötä eri jäsenvaltioiden pitkälle erikoistuneiden palveluntarjoajien välillä, minkä ansiosta laadukasta hoitoa saavat myös potilaat, joilla on monisyinen tai harvinainen sairaus tai sairaus, jonka esiintyvyys on vähäinen. Komission tarkoituksena on käynnistää eurooppalaisten osaamisverkostojen jäseneksi pääsyä koskevia kiinnostuksenilmaisupyyntöjä. Nämä jäsenet voisivat antaa myös koulutusta terveydenhuollon ammattilaisille ja tukea yhteisten laadunvarmistusvaatimusten määrittelyä.

Terveydenhuoltojärjestelmien sopeutumiskyvyn parantaminen

Terveydenhuoltojärjestelmien sopeutumiskykyyn liittyviä tekijöitä ja niiden kehittämistapoja on pikaisesti tutkittava lisää. Jäsenvaltioiden olisi laadittava näistä tekijöistä parempia analyysejä kansallisen kokemuksensa perusteella. EU:n olisi täydennettävä sitä jakamalla parhaita käytäntöjä ja suunnittelemalla poliittisia toimenpiteitä. Seuraavien lähestymistapojen avulla voidaan parantaa Euroopan unionin terveydenhuoltojärjestelmien sopeutumiskykyä.

Terveysteknologian arviointi

Terveysteknologian arviointi on tieteellinen lähestymistapa, jota käytetään arvioitaessa tietyn terveysteknologian suhteellista vaikutusta johonkin lääketieteelliseen tilaan. Arviointi perustuu seuraavanlaisiin kysymyksiin:

- Onko teknologia tehokas?
- Keneen se tehoaa?
- Mitä kustannuksia se aiheuttaa?
- Miten hyvin se toimii verrattuna vaihtoehtoisiin teknologioihin?

Terveysteknologian arviointi on osoittautunut tehokkaaksi välineeksi, jolla voidaan parantaa innovatiivisten teknologioiden saatavuutta potilaiden kannalta ja tukea varojen tehokkaampaa kohdentamista.

Jäsenvaltiot tekevät terveysteknologian arviointiin liittyvää yhteistyötä verkostossa, joka on perustettu direktiivillä 2011/24/EU. Komissio tukee terveysteknologian arviointiverkoston kunnianhimoista tavoitetta eli sitä, että yhdessä tuotettuja terveysteknologian arviointitietoja käytettäisiin uudelleen kansallisella tasolla. Näin vähennettäisiin lainsäätäjien, terveysteknologian arviointielinten ja terveysteknologian arviointiin liittyvien eri alojen päällekkäistä työtä ja voitaisiin jakaa terveysteknologioiden kliinisiä näkökohtia (esim. niiden suhteellista turvallisuutta ja tehokkuutta ja/tai vaikuttavuutta) koskevaa tietämystä.

Tulevina vuosina kehitetään kunnianhimoisempi ja vakaampi rakenne tukemaan terveysteknologian arviointiin liittyvää tieteellistä yhteistyötä. Komissio laatii yhteistyössä terveysteknologian arviointiverkoston kanssa siihen liittyviä mahdollisia ehdotuksia.

Terveystietojärjestelmä

Kaikissa terveydenhuoltojärjestelmän sopeutumiskyvyn lisäämiseen tähtäävissä toimenpiteissä on otettava huomioon itse järjestelmä. Kun tehdään päätöksiä tietyille aloille kohdistettavien investointien lisäämisestä tai vähentämisestä, on tunnettava näihin aloihin liittyvät prosessit ja vaikutukset, joita toimenpiteillä on terveys- ja talousparametreihin.

Siksi jäsenvaltioiden olisi investoitava tietovirtojensa kehittämiseen, jotta esimerkiksi varmistetaan, että potilastason tietovirrat kanavoidaan asianmukaisesti kaikille tarvittaville terveydenhuoltopalvelujen tarjoajille tai että terveydenhuoltojärjestelmien ja -palvelujen tehokkaampaa ja kestävämpää uudelleenorganisointia tuetaan.[25]

[25] Ks. sähköistä terveydenhuoltoa käsittelevän työryhmän raportti ”*Redesigning health in Europe for 2020*” (”Terveydenhuollon uudelleensuunnittelu Euroopassa vuoteen 2020”), jossa vaaditaan poliitikkoja hyödyntämään tiedon voimaa: http://ec.europa.eu/digital-agenda/en/news/eu-task-force-ehealth-redesigning-health-europe-2020.

Komissio harkitsee jäsenvaltioiden tukemista kestävän ja integroidun EU:n terveystietojärjestelmän perustamisessa ja selvittää erityisesti terveystietoja koskevan kattavan eurooppalaisen tutkimusinfrastruktuurikonsortiumin (ERIC) tarjoamia mahdollisuuksia.

Sähköiset terveyspalvelut

Komission kannustaa vahvasti jäsenvaltioita tekemään sähköisten terveyspalvelujen suhteen yhteistyötä ja tukee jäsenvaltioita kustannustehokkaiden ja yhteentoimivien sähköisten terveyspalveluratkaisujen kehittämisessä ja toteuttamisessa terveydenhuoltojärjestelmien parantamiseksi.[26] Komissio tukee direktiivin 2011/24/EU edellytysten mukaisesti sähköisten terveyspalvelujen verkostoa, joka pyrkii tuottamaan kestävää hyötyä eurooppalaisilla sähköisillä terveyspalvelujen järjestelmillä ja palveluilla sekä yhteentoimivilla sovelluksilla. Vuosien 2012–2020 sähköisen terveydenhuollon toimintasuunnitelmassa korostetaan myös sähköisten terveyspalvelujen hyötyjä kansalaisille, potilaille ja terveydenhuoltopalvelujen tarjoajille ja ehdotetaan erityisiä toimia, jotka poistaisivat esteitä näiden palveluiden käyttöönotolta.

Lisäksi on pyrittävä kehittämään tehokkaita ja yhteentoimivia etälääketieteen palveluja. Eurooppalaiset osaamisverkostot tarjoavat ihanteellisen tilaisuuden esitellä ja kokeilla etälääketiedettä EU:ssa.

6. Päätelmät

Vuoden 2013 vuotuisessa kasvuselvityksessä todettiin seuraavaa: ”Väestörakenteen aiheuttamien haasteiden ja ikääntymiseen liittyvien menojen aiheuttaman paineen vuoksi myös terveydenhuoltojärjestelmiä olisi uudistettava kustannustehokkuuden ja kestävyyden varmistamiseksi. Järjestelmien suorituskykyä olisi arvioitava ottaen huomioon tavoitteena oleva julkisten varojen tehokkaampi käyttö ja korkealaatuisen terveydenhuollon saatavuus.”

Jäsenvaltioiden kyky tarjota tulevaisuudessa korkealaatuista hoitoa kaikille on sidoksissa siihen, että terveydenhuoltojärjestelmistä tehdään nykyistä sopeutumiskykyisempiä ja kykenevämpiä selviämään tulevista haasteista. Järjestelmien on samanaikaisesti oltava edelleen kustannustehokkaita ja julkisen talouden kannalta kestäviä.

Tämä on jäsenvaltioiden ensisijainen tehtävä, ja tässä tiedonannossa tuodaankin esiin useita aloitteita, joiden avulla EU voi tukea jäsenvaltioiden päätöksentekijöitä. EU:n on kehitettävä näitä aloitteita ja varmistettava niiden avulla, että kansalaisten toiveet korkealaatuisesta hoidosta voidaan täyttää. Tässä työssä on keskityttävä menetelmiin ja välineisiin, joilla jäsenvaltiot voivat lisätä terveydenhuoltojärjestelmiensä tehokkuutta, saatavuutta ja sopeutumiskykyä eurooppalaisen ohjausjakson yhteydessä esitettyjen suositusten mukaisesti. Jäsenvaltioita kannustetaan myös käyttämään EU:n rahoitusvälineitä suosituksissa mainittujen uudistusten toteuttamiseksi**.**

[26] COM(2012) 736.


EU:n tehokkaita, helposti saavutettavia ja sopeutumiskykyisiä terveydenhuoltojärjestelmiä koskeva toimintasuunnitelma
Tehokkuuden lisääminen
Saatavuuden lisääminen
Sopeutumiskyvyn parantaminen
Terveydenhuolto-järjestelmien suorituskyvyn arviointi
Potilasturvallisuus ja hoidon laatu
Hoidon integrointi
Terveydenhuollon työvoiman suunnittelu EU:ssa
Lääkkeiden kustannustehokas käyttö
Direktiivin 2011/24/EU optimaalinen täytäntöönpano
Terveysteknologian arviointi
Terveystietojärjestelmä
Sähköiset terveyspalvelut