EUROPSKA
KOMISIJA

Bruxelles, 4.4.2014.
COM(2014) 215 final

KOMUNIKACIJA KOMISIJE

o učinkovitim, pristupačnim i otpornim zdravstvenim sustavima

1. Uvod

Zdravstveni sustavi[1] u suvremenim društvima imaju središnju ulogu u pomaganju ljudima da održe i poboljšaju svoje zdravlje. Zdravstveni sustavi trebali bi moći dodati godine životu, ali i dodati više života godinama.

Zdravstveni sustavi država članica EU-a različiti su i u njima se odražavaju različiti društveni izbori. Međutim, unatoč organizacijskim i financijskim razlikama, izgrađeni su na zajedničkim vrijednostima koje je 2006. priznalo Vijeće ministara zdravlja:[2] na univerzalnosti, pristupu kvalitetnoj skrbi, pravednosti i solidarnosti.

Među zdravstvenim sustavima EU-a u sve većoj mjeri dolazi do interakcije. Stupanje na snagu Direktive 2011/24[3] bilo je ključan korak za povećanje te interakcije. Jačanje suradnje zdravstvenim bi sustavima trebalo pomoći da bolje funkcioniraju kad su suočeni s povećanom mobilnosti pacijenata i zdravstvenih stručnjaka.

Tijekom posljednjeg desetljeća europski su zdravstveni sustavi bili suočeni s rastućim zajedničkim izazovima: povećanjem troškova zdravstvene zaštite, starenjem stanovništva koje je povezano s povećanjem učestalosti kroničnih bolesti i višestrukih oboljenja, što dovodi do rastuće potražnje za zdravstvenom zaštitom, nedostatkom i neravnomjernom raspodjelom zdravstvenih stručnjaka, nejednakosti i nepravednosti u području zdravlja u pogledu pristupa zdravstvenoj zaštiti.

Nadalje, posljednjih je godina zbog gospodarske krize došlo do ograničenja dostupnih financijskih sredstava, čime su pogoršane poteškoće država članica u osiguravanju održivosti njihovih zdravstvenih sustava.[4] Time je pak ugrožena sposobnost država članica da osiguraju univerzalni pristup kvalitetnoj zdravstvenoj zaštiti. Zdravstveni sustavi trebali bi biti otporni: mora ih se moći učinkovito prilagoditi promjenjivoj okolini rješavanjem znatnih izazova ograničenim sredstvima.

Zbog povećanja međuovisnosti i zajedničkih izazova potrebna je uža suradnja. Države članice usuglasile su se 2006. o zajedničkim ciljevima u pogledu dostupnosti, kvalitete i financijske održivosti zdravstvene zaštite u kontekstu otvorene metode koordinacije za socijalnu zaštitu i socijalnu uključenost.[5] Vijeće ministara zdravlja uspostavilo je 2011. postupak razmatranja na razini EU-a kako bi državama članicama pomoglo da omoguće moderne, odgovorne i održive zdravstvene sustave.[6]

---

[1] U ovoj su Komunikaciji zdravstveni sustavi definirani kao oni sustavi kojima je cilj pružiti usluge zdravstvene zaštite pacijentima – bez obzira na to jesu li one preventivne, dijagnostičke, kurativne ili palijativne – čija je glavna svrha poboljšati zdravlje.

[2] Zaključci Vijeća o zajedničkim vrijednostima i načelima zdravstvenih sustava Europske unije, SL C 146, 22.06.2006.

[3] Direktiva 2011/24/EU, SL L 88, 04.04.2011.

[4] To je naglašeno i u zaključcima Vijeća o Odboru za ekonomsku politiku (EPC) – Zajedničko izvješće Europske komisije o zdravstvenim sustavima u EU-u (7. prosinca 2010.).

[5] Mišljenje Zajedničkog odbora za socijalnu zaštitu / Odbora za gospodarsku politiku o Komunikaciji Komisije „Raditi zajedno, raditi bolje: prijedlozi za novi okvir modela otvorene koordinacije socijalne zaštite i politike uključivanja u Europskoj uniji”koju je EPSCO odobrio 10. ožujka 2006.

[6] Zaključci Vijeća: Ususret modernim, odgovornim i održivim zdravstvenim sustavima (6. lipnja 2011.).

Prepoznali su da *„iako je osiguranje pravednog pristupa uslugama zdravstvene zaštite visoke kvalitete u okolnostima oskudnih gospodarskih i drugih sredstava uvijek bilo ključno pitanje, trenutačno se mijenjaju opseg i žurnost situacije te, ako se na njih ne odgovori, mogli bi postati ključan čimbenik u budućem gospodarskom i socijalnom okruženju EU-a".*

Vijeće ministara zdravlja u prosincu 2013. podržalo je postignuti napredak i pozvalo na nastavak rada u tom području u svojim zaključcima o „postupku razmatranja modernih, odgovornih i održivih zdravstvenih sustava."[7]

U Godišnjem pregledu rasta iz 2014.[8] (GPR) „najvažniji je prioritet jačanje rasta i konkurentnosti" radi ostvarenja trajnog oporavka. Imajući na umu taj cilj, u GPR-u naglašena je potreba poboljšanja učinkovitosti i financijske održivosti sustava zdravstvene zaštite, jačajući u isto vrijeme njihovu učinkovitost i sposobnost ispunjenja potreba društva i osiguravanja ključnih mreža socijalne sigurnosti. U njemu je prepoznata i važnost sektora zdravstvene zaštite u rješavanju posljedica gospodarske krize za društvo i naglašeno da su usluge zdravstvene zaštite područje u kojem će se u godinama koje dolaze otvoriti znatan broj radnih mjesta. Preporučen je razvoj strategija aktivne društvene uključenosti, uključujući širok pristup pristupačnim zdravstvenim uslugama visoke kvalitete.

To je prethodno naglašeno 2013. kad je 11 država članica[9] dobilo preporuku za reformu svojih zdravstvenih sustava, kao sastavni dio europskog semestra. Većina je tih preporuka bila usredotočena na održivost i isplativost zdravstvenih sustava, pozivajući na reforme u bolničkom sektoru, cijenama zdravstvenih usluga, ambulantne skrbi i primarne skrbi. U trima preporukama poziva se i na održavanje ili poboljšanje pristupa zdravstvenoj zaštiti.

Osim što je samo po sebi vrijednost, zdravlje je i preduvjet za gospodarski napredak, kako je navedeno u radnom dokumentu službi Komisije pod nazivom „Ulaganje u zdravlje", koji je sastavni dio Paketa mjera za socijalno ulaganje.[10] Zdravlje ljudi utječe na gospodarske rezultate u smislu produktivnosti, ponude radne snage, ljudskog kapitala i javne potrošnje. Sektor zdravstvene zaštite snažno je potaknut inovacijama i ima veliku gospodarsku važnost: čini 10 % BDP-a EU-a. Osim toga, riječ je o vrlo radno intenzivnoj aktivnosti i jednom od najvećih sektora u EU-u: zdravstveni djelatnici činili su 8 % ukupne radne snage u Europi u 2010.[11]

Iskorištavanjem iskustva i rada provedenog posljednjih godina te u cilju daljnjeg razvoja pristupa na razini EU-a, ova je Komunikacija usredotočena na aktivnosti:

1. jačanja učinkovitosti zdravstvenih sustava

---

[7] Zaključci Vijeća o postupku razmatranja modernih, odgovornih i održivih zdravstvenih sustava (10. prosinca 2013.)..

[8] COM(2013) 800

[9] Austrija, Bugarska, Češka Republika, Njemačka, Finska, Francuska, Malta, Poljska, Rumunjska, Slovačka i Španjolska.

[10] COM(2013) 83

[11] SWD(2012) 93, popratni dokument uz COM(2012) 173.

2. povećanja dostupnosti zdravstvene zaštite

3. poboljšanja otpornosti zdravstvenih sustava.

2. Jačanje učinkovitosti zdravstvenih sustava

Učinkovitost, sigurnost i iskustvo pacijenta ključni su sastavni dijelovi kvalitete zdravstvene zaštite, važnog elementa rada zdravstvenih sustava. Rad na sigurnosti pacijenata odvija se na razini EU-a,[12] dok je iskustvo pacijenata ključno područje u kojem će se zahtijevati dodatna pažnja u budućnosti.

Ta je Komunikacija usredotočena na učinkovitost: sposobnost zdravstvenih sustava da postignu pozitivne zdravstvene rezultate, odnosno da poboljšaju zdravlje stanovništva.

Mjerenje učinkovitosti zdravstvenih sustava postajat će sve važnije, posebno zato što zdravstveni sustavi nisu jedini čimbenik za poboljšanje našeg zdravlja. Iako među državama članicama još uvijek postoje velike razlike u očekivanom trajanju života, ipak svi živimo dulje i boljeg smo zdravlja nego prethodne generacije. Do toga je, među ostalim, došlo i zbog znatnih postignuća ostvarenih u javnom zdravlju i izvan zdravstvenog sustava. Treba očekivati poboljšanja i u budućnosti, na primjer zbog toga što manje ljudi puši, manja je potrošnja alkohola, bolja je prehrana i više se ljudi bavi tjelesnim aktivnostima. Opći je konsenzus da se doprinos sektora zdravstvene zaštite zdravom stanovništvu znatno povećao u posljednjih pedeset do šezdeset godina.

Prikupljanje informacija za usporedbu učinkovitosti zdravstvenih sustava još je u ranoj fazi. U primjerima navedenim u nastavku prikazana su područja u kojima je poboljšanje zdravlja najvidljivije, a poduprti su dostupnim pokazateljima za cijeli EU (npr. perinatalna smrtnost, izbježiva smrtnost, pojava bolesti koje se mogu spriječiti upotrebom cjepiva te pregledi za rano otkrivanje raka). Tom su usporedbom otkrivena velika odstupanja među državama članicama EU-a.

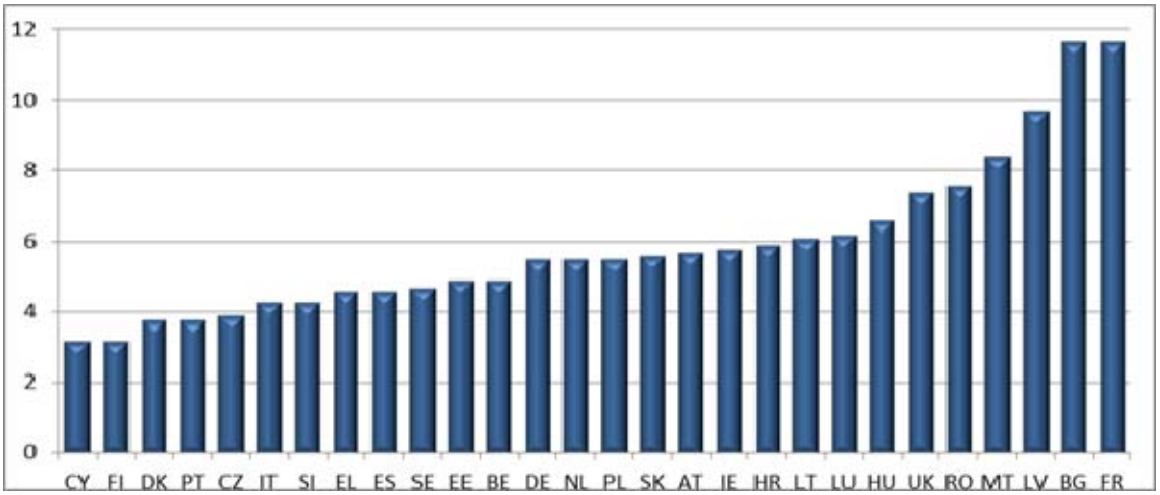
Perinatalna smrtnost

Perinatalna smrtnost izračunava se kao zbroj kasne fetalne smrtnosti (nakon 28 tjedana trudnoće) i rane neonatalne smrtnosti (unutar sedam dana od poroda). Za razliku od smrtnosti novorođenčadi,[13] slabije je povezana sa socioekonomskim čimbenicima te je stoga pouzdaniji pokazatelj učinkovitosti zdravstvenog sustava.

[12] Preporuka Vijeća od 9. lipnja 2009. o sigurnosti pacijenta, uključujući sprječavanje i suzbijanje infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi, SL C 151, 03.07.2009.

[13] Smrtnost novorođenčadi broj je smrti djece unutar prve godine života na 1 000 živorođene djece.

Slika 1: stope perinatalne smrtnosti na ukupno 1 000 rođene djece (podaci iz 2011. ili posljednji dostupni podaci)



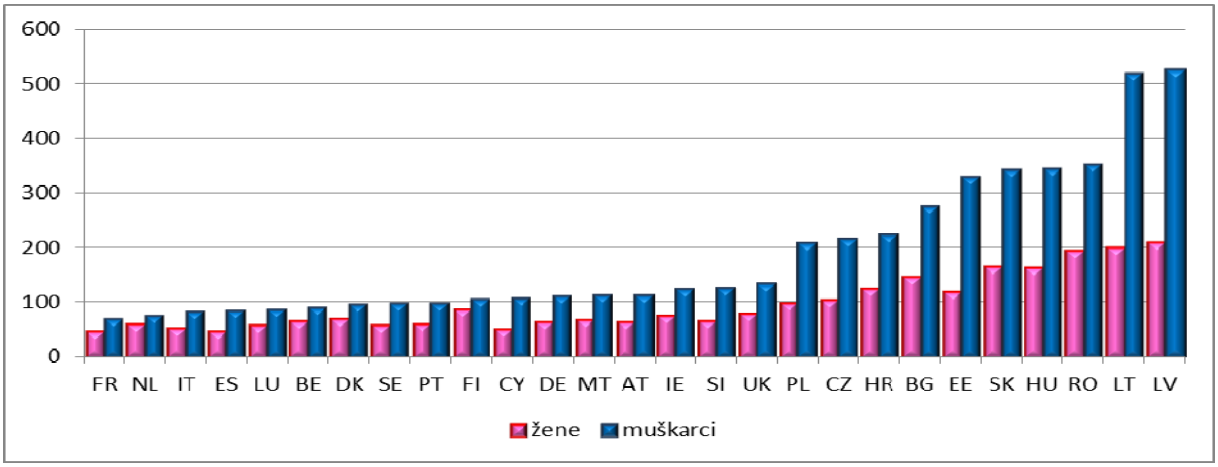
Izvor podataka: Baza podataka Eurostata, projekt Europeristat (koji su razvile službe Komisije)

Stopa perinatalne smrtnosti smanjila se u posljednjih pet godina u većini država članica, iako je u nekim zemljama tijekom tog razdoblja zabilježeno povećanje.

Izbježiva smrtnost

Izbježiva smrtnost definirana je kao slučajevi prerane smrti do kojih ne bi trebalo doći ako se pacijentu pruži pravovremena i učinkovita zdravstvena zaštita. To je ključni pokazatelj koji se upotrebljava za istraživanje doprinosa zdravstvenih sustava zdravlju.[14] Izbježiva smrtnost povezuje standardizirane stope smrtnosti za odabrani niz bolesti za koje se procjenjuje da zdravstvena zaštita ima izravan utjecaj.

Slika 2: izbježiva smrtnost, standardizirane stope smrtnosti na 100 000 stanovnika — 2010.



Izvor podataka: Eurostat (podaci za Grčku nisu dostupni)

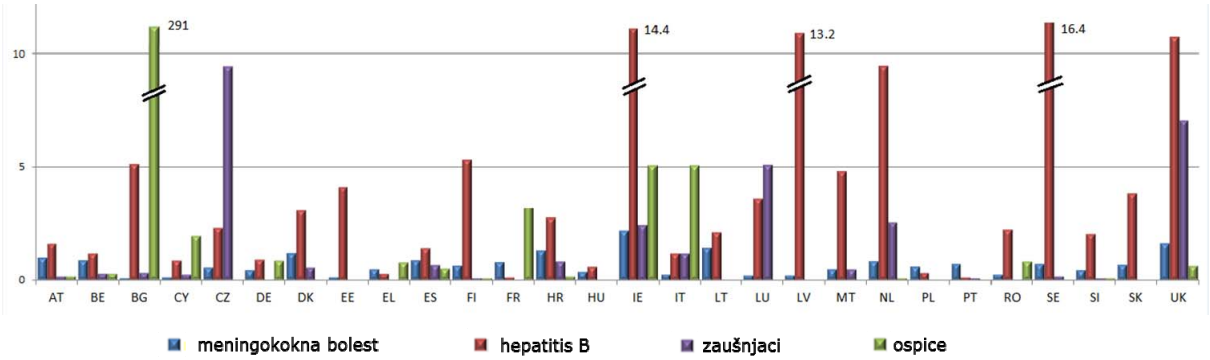
[14] U usporedbe „izbježive smrtnosti" treba uključiti pojavu bolesti, a ne samo smrtne slučajeve povezane s odgovarajućim bolestima.Međutim nije osigurana dostupnost usporedivih podataka.

Gotovo sve države članice uspjele su između 2000. i 2010. smanjiti izbježivu smrtnost, iako se stope smanjenja među njima znatno razlikuju.

Zarazne bolesti

Na pojavu određenih zaraznih bolesti izravno utječe pružanje odgovarajućih usluga zdravstvene zaštite: zahvaljujući kampanjama za cijepljenje znatno je smanjena pojava bolesti koje se mogu spriječiti upotrebom cjepiva (iako su u nekim zemljama zabilježeni zabrinjavajući znakovi pada stope cijepljenja).

Slika 3: pojava bolesti koje se mogu spriječiti upotrebom cjepiva – potvrđeni slučajevi na 100 000 stanovnika – 2011.



Izvor podataka: Godišnji epidemiološki izvještaj ECDC-a iz 2012.

Čak i uz usredotočenost na malen broj bolesti koje se mogu spriječiti upotrebom cjepiva (meningokokna bolest, hepatitis B, zaušnjaci i ospice), stope pojave bolesti u državama članicama znatno se razlikuju.

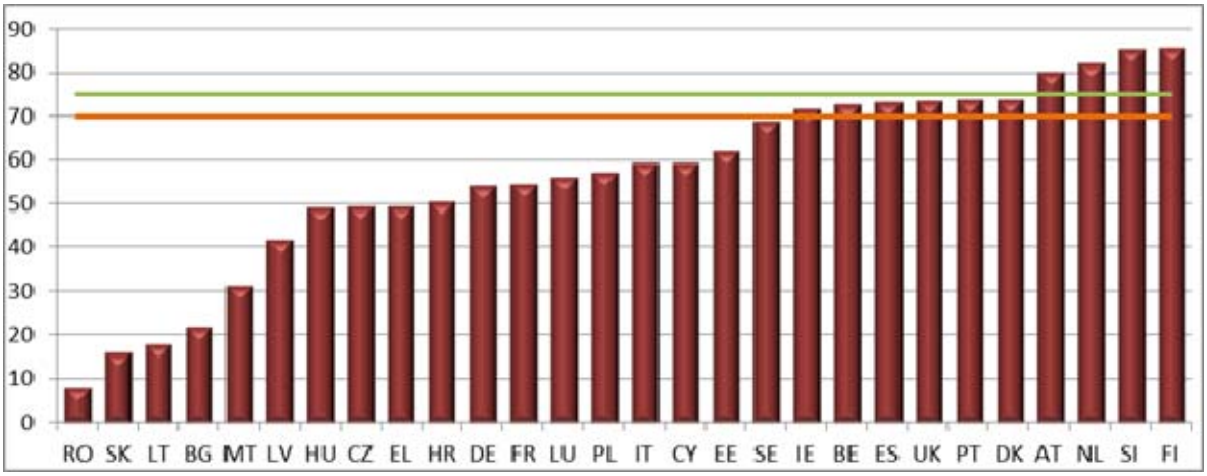
Pregledi za rano otkrivanje raka

Rana dijagnoza raka debelog crijeva, raka vrata maternice i raka dojke s pomoću organiziranih programa ranog otkrivanja temeljenih na stanovništvu koristan je pokazatelj učinkovitosti sustava zdravstvene zaštite u postupanju s rizičnim sektorima. Vijeće je preporučilo provođenje tih programa u skladu s europskim smjernicama za osiguranje kvalitete.[15]

Rak dojke područje je u kojem je zabilježen najveći napredak. Nacionalni programi ranog otkrivanja obično su u skladu sa smjernicama EU-a u pogledu definiranja ciljnih dobnih skupina (žene u dobi od 50 do 69 godina) i preporučenih vremenskih razmaka između mamografskih pregleda. Međutim, iako je u europskim smjernicama utvrđena poželjna ciljna stopa pregleda od najmanje 75 % prikladnih žena (i prihvatljivu razinu od 70 %), samo je nekoliko država članica postiglo tu stopu 2010.

[15] Preporuka Vijeća od 2. prosinca 2003. o pregledima za rano otkrivanje raka; SL L 327, 16.12.2003. Vidi i europske smjernice za osiguranje kvalitete pregleda za rano otkrivanje i dijagnozu raka debelog crijeva, pregleda za rano otkrivanje raka vrata maternice te pregleda za rano otkrivanje i dijagnozu raka dojke.

Slika 4: pregledi za rano otkrivanje raka dojke – % pregledanih žena od 50 do 69 godina



Izvor podataka: Ukratko o zdravlju, Europa 2012., OECD, nacionalna statistika

Glavna saznanja

Mogu se donijeti prva opažanja u pogledu tih posebnih pokazatelja, iako oni nisu dovoljno reprezentativni da bi mogli podržati opširnu ocjenu zdravstvenih sustava. U tim opažanjima odražavaju se velika odstupanja među državama članicama EU-a. Pokazuju i da su posljedice za zdravlje višedimenzionalne i teško ih je definirati. Općenito je procjena učinkovitosti zdravstvenih sustava složen postupak: učinci mjera zdravstvene zaštite mogu se pokazati tek nakon dugih razdoblja, a usporedivost je i pouzdanost podataka izazov. Međutim, provode se aktivnosti za poboljšanje sustava.

Komisija je podržala razvoj temeljnih pokazatelja europskog zdravlja (ECHI), niza pokazatelja za praćenje zdravlja stanovništva i rada zdravstvenih sustava. Objavljeno je i nekoliko izvještaja u kojima se procjenjuju europski zdravstveni sustavi. Posebno su vrijedni primjeri zajednički izvještaj EPC-a i Europske komisije o zdravstvenim sustavima, objavljen 2010., te serija „Ukratko o zdravlju", koju su objavili OECD i Komisija.

Još je jedan važan korak poduzet 2013.: Odbor za socijalnu zaštitu razvio je zajednički okvir procjene zdravlja, koji je trebao biti sredstvo za prvo otkrivanje mogućih problema u zdravstvenim sustavima država članica. Taj je okvir ključan doprinos usporednoj analizi rada zdravstvenih sustava, a u obzir se uzima i dostupnost podataka na razini EU-a. Konačno, iz okvirnih programa za istraživanje i tehnološki razvoj omogućena su sredstva za nekoliko projekata za razvoj pokazatelja i metodologijâ procjene rada zdravstvenih sustava.[16]

3. Povećanje dostupnosti zdravstvenih sustava

Zdravstveni sustavi moraju biti dostupni. To je jedno od načela navedenih u Europskoj socijalnoj povelji [17]kojim se naglašava važnost transparentnih kriterija za pristup liječenju i obveza država da

[16] Vidi na primjer projekte ECHO (http://www.echo-health.eu), Eurohope (http://www.eurohope.info) i EuroREACH (http://www.euroreach.net).

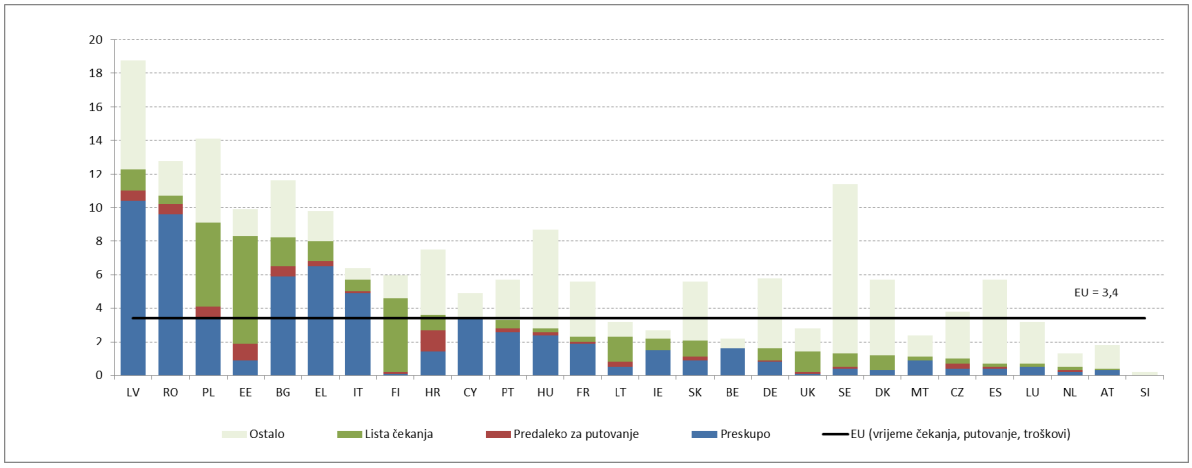
[17] Revidirana Europska socijalna povelja, Strasbourg, 3. svibnja 1996.

imaju prikladan sustav zdravstvene zaštite kojim se ne isključuje dijelove stanovništva iz primanja usluga zdravstvene zaštite.

Međutim, pristup zdravstvenoj zaštiti teško je izmjeriti, a ne postoji detaljna metodologija na razini EU-a za praćenje i promicanje najbolje prakse. To bi bio važan korak za smanjenje zdravstvenih nejednakosti.[18]

Pokazatelj koji se često upotrebljava odstupanja su u cijelom EU-u u postotcima stanovnika koji prijavljuju poteškoće u pristupu zdravstvenoj skrbi zbog razloga povezanih[19] s dostupnosti zdravstvenih sustava: vremena čekanja, udaljenosti i podjele troškova. Međutim, ti rezultati proizlaze iz samoprijavljenih potreba te je stoga moglo doći do kulturnih predrasuda pri usporedbi različitih zemalja.

Slika 5: Neispunjene potrebe za liječničkim pregledima po razlogu, udjelu stanovništva (%), prema vlastitim navodima



Izvor: Eurostat, Statistika o dohotku i životnim uvjetima iz 2012. (podaci iz 2011. za Austriju i Irsku)

Pristup zdravstvenoj zaštiti rezultat je interakcije različitih čimbenika, uključujući pokrivenost zdravstvenim sustavom (odnosno tko ima pravo na zdravstvenu zaštitu), razinu pokrivenosti (odnosno na što sve građani imaju pravo), pristupačnost i dostupnost usluga zdravstvene zaštite. Na pristup zdravstvenoj zaštiti isto tako izravno utječu i modeli organizacije i upravljanja koji se upotrebljavaju u zdravstvenim sustavima. Pacijentu se pristup zdravstvenoj zaštiti može činiti otežanim ako su zdravstveni sustavi složeni i nedostaje im transparentnosti.



[18] COM(2009) 567.

[19] Napomena: klasifikacija „ostali razlozi" u ovom istraživanju odnosi se na razloge koji nisu povezani s lokalnim zdravstvenim sustavima, npr. „nedostatak vremena", „strah od liječnika" itd.

Pokrivenost stanovništva

Zdravstvene usluge najvećim se dijelom financiraju iz javnih izvora u gotovo svim državama članicama EU-a. Pokrivenost zdravstvenom zaštitom univerzalna je ili gotovo univerzalna u svim državama članicama; međutim, neki stanovnici iz koji žive u nepovoljnim okolnostima i dalje su isključeni iz primjerene pokrivenosti zdravstvenom zaštitom.

Razina pokrivenosti

Javno financirani zdravstveni postupci razlikuju se među nacionalnim zdravstvenim sustavima. Na primjer, usluge stomatološke i oftalmološke zaštite te određeni suvremeni postupci liječenja pokriveni su samo u nekim državama članicama. U nekoliko država članica nisu izričito definirani postupci liječenja koji se financiraju iz javnih izvora. Time se komplicira postupak usporedbe i analize kojim bi se moglo pridonijeti donošenju konsenzusa o minimalnim ili optimalnim razinama pružanja skrbi.

Pristupačnost

Od ljudi se često zahtijeva da financijski pridonose uslugama koje su im potrebne tako da sudjeluju u troškovima ili participaciji. Time se može pomoći osigurati odgovorna upotreba zdravstvenih usluga; međutim, istovremeno ta participacija ne bi smjela biti prepreka ili smetnja ljudima da prime zdravstvenu zaštitu koja im je potrebna. Mjerama za ograničavanje troškova u zdravstvenim sustavima kojima bi se trebala poticati racionalnija upotreba zdravstvene zaštite ne bi trebalo neopravdano smanjiti pristup zdravstvenoj zaštiti visoke kvalitete.

Dostupnost (zdravstveni djelatnici, udaljenost od mjesta pružanja skrbi, vrijeme čekanja)

Pacijenti bi trebali imati razuman pristup uslugama zdravstvene zaštite: ne bi smjeli trebati putovati predaleko ili predugo čekati da bi pristupili uslugama koje su im potrebne. To je posebno ozbiljan izazov u ruralnim i udaljenim područjima.

Probleme u pogledu udaljenosti moglo bi se prevladati s pomoću cjelovitijih modela zdravstvene skrbi kojima bi se poboljšao kontakt između pacijenata i zdravstvenog sustava te širom upotrebom rješenja e-zdravstva.

Na razini cijelog EU-a ne postoji definicija mjerenja vremena čekanja, iako je to važan koncept iz Uredbe 883/04[20] i Direktive 2011/24. To bi se moglo promijeniti jer se Direktivom 2011/24 poboljšava odgovornost zdravstvenog sustava za pristup skrbi povećanjem transparentnosti koncepta „nepotrebne odgode" pri čekanju na liječenje.

Zbog starenja stanovništva i povećanja broja višestrukih kroničnih bolesti zahtijeva se kombinacija različitih vještina, s posljedicama na sadržaj programa medicinskog usavršavanja. Razdvojenost zanimanja mogla bi postati manje stroga zbog stvaranja multidisciplinarnih timova. Potražnja za vještinama i sposobnostima u sektoru zdravstvene zaštite neprestano se mijenja te će se uloge i zanimanja vjerojatno razvijati kako bi se ispunile potrebe stanovništva. Na primjer, zbog visoke stope

[20] Uredba 883/2004 od 29. travnja 2004. o koordinaciji sustava socijalne sigurnosti, SL L 166, 30.04.2004.

tjelesne neaktivnosti u EU-u i s njom povezanih čimbenika rizika za zdravlje zdravstveni stručnjaci imaju ključnu ulogu savjetovanja pacijenata o važnosti tjelesne aktivnosti i surađuju s drugim sektorima kao što je sektor sporta.[21]

Kako bi išli ukorak s tim razvojem događaja, sustavi planiranja medicinskog usavršavanja moraju biti pametniji, brže djelovati i biti u boljem položaju za privlačenje studenata specijalizacijama koje su najpotrebnije.

Osim toga, dokazi pokazuju da treba obratiti pozornost na lijekove zbog toga što su privatni troškovi u slučaju lijekova znatno veći od onih za druge vrste zdravstvene zaštite pokrivene javnim sredstvima.

Nacionalne odluke o određivanju cijena i naknadama troškova imaju izravne i neizravne utjecaje na pristup lijekovima u cijelom EU-u: inovativni proizvodi nisu uvijek u isto vrijeme dostupni u svim državama članicama, a u nekim zemljama možda uopće neće biti dostupni.

Prvi korak za poboljšanje napravljen je postupkom korporativne odgovornosti u području farmacije, kojim je potaknuta rasprava među nadležnim tijelima odgovornima za određivanje cijena i naknade i drugih zainteresiranih strana te je podržana transparentna razmjena podataka o tome kako postići bolji pristup lijekovima.

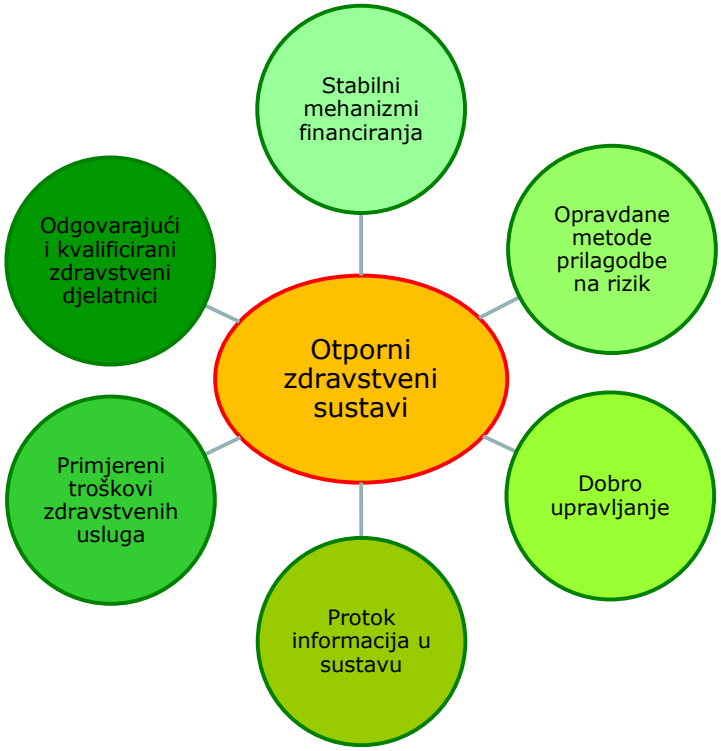
4. Poboljšanje otpornosti zdravstvenih sustava

Suvremeni zdravstveni sustavi trebaju ostati dostupni i učinkoviti, a u isto vrijeme težiti dugoročnoj održivosti. Da bi to mogli postići, moraju ostati fiskalno održivi. Komisija u tom radu podržava države članice, daje analize i predviđanja te preporučuje reforme koje su dio procesa europskog semestra.

Zdravstveni sustavi trebali bi uzimati u obzir i čimbenike koji nisu fiskalni. Moraju biti sposobni učinkovito se prilagoditi okolinama koje se mijenjaju te utvrditi i primijeniti inovativna rješenja za suočavanje sa znatnim izazovima – nedostatkom stručnosti/sredstava u određenim područjima, neočekivanim povećanjima u potražnji (npr. zbog epidemija) itd. – uz ograničena sredstva. Drugim riječima, trebaju izgraditi i održati otpornost.

Zdravstveni sustavi u EU-u nisu se jednako dobro nosili s gospodarskom krizom i neki od njih morali su provesti velike i ponekad teške reforme u vrlo kratkom razdoblju. Iskoristivši iskustvo iz nedavno provedenih reformi, Komisija je utvrdila čimbenike otpornosti navedene u nastavku kojima se nekim zdravstvenim sustavima pomoglo zaštititi dostupne i učinkovite usluge zdravstvene zaštite za njihovo stanovništvo.

[21] Preporuka Vijeća od 26. studenoga 2013. o međusektorskom promicanju tjelesne aktivnosti korisne za zdravlje, SL C 354, 4.12.2013.



Stabilni mehanizmi financiranja

Stabilnim financiranjem omogućuje se učinkovito planiranje ulaganja i nesmetani kontinuitet usluga u organizaciji i upravljanju pružanjem skrbi. Za zdravstvene sustave čije se financiranje temelji na manje stabilnim izvorima prihoda vjerojatnije je da će pretrpjeti šokove izvana: na primjer, sustavi koji se za financiranje najviše oslanjaju na doprinose utemeljene na zaposlenju izloženiji su posljedicama porasta nezaposlenosti. Pričuvama ili drugim protucikličkim formulama za prijenos državnog proračuna moglo bi se pomoći osigurati stabilnost sredstava.

Solidne metode prilagodbe na rizik

Dosljedan sustav prilagodbe na rizik i podjele rizika ključan je alat za osiguravanje da se sredstva troše u skladu s potrebama. Na primjer, kada nekoliko društava za socijalno zdravstveno osiguranje prikuplja socijalne doprinose ili premije osiguranja, upotrebljava se mehanizam prilagodbe na rizik / izjednačavanja rizika kako bi se uzeli u obzir veličina, dobno-spolna struktura i pokazatelj uzoraka morbiditeta pojedinaca osiguranih svakim od fondova. Time se izbjegava selekcija pacijenata i diskriminacija te osigurava prilagođenost financiranja potrebama.

Dobro upravljanje

Upravljanje se odnosi na dobro utvrđene odgovornosti upravljanja zdravstvenim sustavom i njegovim glavnim sastavnim dijelovima, zajedno s jakim vodstvom, pouzdanim mehanizmima odgovornosti i jasnom organizacijskom strukturom. To omogućuje sustavima brzu prilagodbu novim ciljevima i prioritetima te jača njihovu sposobnost suočavanja s većim izazovima utvrđivanjem i provođenjem mjera potrebnih za podržavanje pametnih odluka o ulaganjima.

Protok informacija u sustavu

Dobro poznavanje snaga i slabosti te sposobnost praćenja informacija, uključujući na razini pojedinačnih pacijenata ili pružatelja zdravstvene zaštite, omogućuju voditeljima zdravstvenih sustava da u određenim podsektorima donose prilagođene odluke temeljene na dokazima.

Sustavima informacija koji se temelje na e-zdravstvu olakšava se i pruža podrška jačanju informacijskih sustava upravljanja znanjem. Nadalje, e-zdravstvom može se omogućiti zdravstvena zaštita prilagođenija pacijentu, koja je usmjerenija, učinkovitija i djelotvornija te pomaže smanjenju pogrešaka i trajanja hospitalizacija.

Primjereni troškovi zdravstvenih usluga

Radi razumijevanja složenosti postupaka koji vode od troškova do rezultata nužno je znati sljedeće: na koji način troškovi odgovaraju ljudskim i fizičkim resursima, na koji način resursi pridonose aktivnostima (npr. kirurškim intervencijama, dijagnostičkim pretragama), kojim skupinama intervencija pripadaju aktivnosti i, konačno, kako intervencije utječu na zdravlje.

Procjena zdravstvene tehnologije ključna je za osiguravanje zajedničke metode ocjenjivanja učinkovitosti intervencija i pravilnog određivanja cijena usluga te je stoga ključna za omogućivanje donositeljima odluka da rasporede resurse na najučinkovitiji način.

Sposobnost pravilnog određivanja cijena usluga zdravstvene zaštite nije potrebna samo radi kontrole troškova, već je i preduvjet za donošenje učinkovitih odluka o ulaganjima i određivanju prioriteta.

Zdravstveni djelatnici odgovarajućih kapaciteta i s odgovarajućim vještinama

Visokokvalificirani i motivirani zdravstveni djelatnici, odgovarajućih kapaciteta i s odgovarajućim vještinama, ključni su za pronalazak inovativnih rješenja s pomoću organizacijskih i tehnoloških promjena. Učinkovita struktura poticaja ključna je za poboljšanje rada zdravstvenih stručnjaka i osiguranje usredotočenosti na izravno pružanje zdravstvene zaštite.

5. Program EU-a za učinkovite, pristupačne i otporne zdravstvene sustave

Glavnu odgovornost za zdravstvene sustave imaju države članice. EU je poduzeo određene mjere za pružanje podrške državama članicama, posebno omogućivanjem smjernica i alata za praćenje ili ocjenjivanje.

Komisija je osnovala neovisno stručno povjerenstvo koje će davati savjete u pogledu ulaganja u zdravstvo.[22] To će povjerenstvo Komisiji dostavljati analize i preporuke o određenim pitanjima o kojima se raspravljalo.

Potpora jačanju učinkovitosti zdravstvenih sustava

Procjena rada zdravstvenih sustava

[22] Odluka Komisije od 5. srpnja 2012. o osnivanju multisektorskog i neovisnog stručnog povjerenstva za savjetovanje o učinkovitim načinima ulaganja u zdravlje, SL C 198, 06.07.2012.).

Vijeće ministara zdravlja pozvalo je države članice na upotrebu procjene rada zdravstvenih sustava za donošenje politika, odgovornost i transparentnost te je pozvalo Komisiju da podrži države članice pri upotrebi te procjene.

Kao odgovor na taj poziv, zajednički rad na procjeni rada zdravstvenih sustava omogućit će državama članicama alate i metodologije, uključujući sljedeće:

- iskorištavanje istraživanja koja financira EU o mjerama i pokazateljima procjene rada;
- definiranje kriterija i postupaka odabira prioritetnih područja procjene rada zdravstvenih sustava na nacionalnoj razini i razini EU-a;
- razvoj prilagođenog sustava za izvješćivanje; i
- jačanje suradnje s međunarodnim organizacijama, posebno OECD-om i Svjetskom zdravstvenom organizacijom.

Tim bi se zajedničkim radom omogućio i usmjereniji rad na razini EU-a radi smanjenja nejednakosti pružanjem potpore državama članicama koje postižu rezultate lošije od prosjeka EU-a kako bi se poboljšalo njihovo stanje. Isto bi se tako mogao pokazati važnim u pomoći državama članicama da ispune zahtjeve u skladu s Direktivom 2011/24 za informacije o kvaliteti i sigurnosti.

Kvaliteta skrbi, uključujući sigurnost pacijenata

Komisija u proljeće 2014. planira predstaviti svoje drugo izvješće o provedbi preporuke Vijeća o sigurnosti pacijenata.[23] Na temelju zaključaka tog izvješća, Komisija namjerava raspraviti o radnjama za daljnje poboljšanje sigurnosti pacijenata i za smanjenje neopravdanih odstupanja među državama članicama i unutar njih.

Zaključci nedavnog javnog savjetovanja o sigurnosti pacijenata i kvaliteti skrbi pokazuju da postoji veliko zanimanje za razvoj šireg programa EU-a namijenjenog čimbenicima koji utječu na kvalitetu u području zdravstvene zaštite. Komisija namjerava provesti praćenje na odgovarajući način.

Integracija skrbi

Integracija skrbi trebala bi se provoditi među različitim razinama zdravstvene zaštite (primarna skrb, bolnička skrb itd.) i između zdravstvene i socijalne skrbi, posebno u pogledu starijih ljudi ili ljudi koji pate od kroničnih bolesti.

Reformama država članica za smanjenje ovisnosti njihovih zdravstvenih sustava o skrbi koja se temelji na bolnicama boljom integracijom skrbi pruža se mogućnost razmjene iskustava učenja u ključnim područjima i odgovara se na sljedeća pitanja:

- Koji bi pacijenti mogli bolje ili jednako dobro liječenje primiti izvan bolnice?
- Kako se može uspješno smanjiti hospitalizacije koje nisu potrebne?

[23] Prvo je izvješće objavljeno 2012. COM(2012) 658.

Stručno povjerenstvo o istraživanju u području zdravstva objavilo je izvješće o primarnoj skrbi i integraciji skrbi, o kojem je Komisija započela javno savjetovanje kako bi utvrdila nova područja za razmatranje.

Povećanje dostupnosti zdravstvene zaštite

Radna snaga u zdravstvu EU-a

Utvrđeni su znatni nedostatci u sposobnosti država članica da planiraju buduće zahtjeve za ljudske resurse u zdravstvu, u vezi s njihovim ukupnim brojem i kombinacijama potrebnih vještina, kako bi ispunile očekivane potrebe za zdravstvenom zaštitom.

Rezultati akcijskog plana u pogledu radne snage u zdravstvu [24] pomoći će u boljem predviđanju budućih potreba za vještinama i omogućiti važan uvid za obuku budućih generacija zdravstvenih stručnjaka s odgovarajućim vještinama. Poboljšanjem dostupnih podataka radi jačanja nacionalnih sustava planiranja isto se tako može pomoći rješavanju izazova koje predstavlja mobilnost zdravstvenih djelatnika te pronaći rješenja kojima se uzima u obzir pravo slobodnog kretanja unutar EU-a.

Naporima u planiranju zdravstvenih djelatnika trebalo bi razviti održiva rješenja na razini EU-a kako bi se osigurao dovoljan broj primjereno osposobljenih zdravstvenih stručnjaka s odgovarajućim vještinama za pružanje skrbi svima kojima je potrebna. Kako bi se izbjeglo buduće nedostatke i neusklađenosti vještina, Komisija namjerava i dalje surađivati s državama članicama u razvoju preporuka, zajedničkih alata, pokazatelja i smjernica, jačajući podršku EU-a planiranju država članica.

Isplativa upotreba lijekova

U EU-u postoji potreba za konkurentnom farmaceutskom industrijom. Uzimajući to u obzir, države članice i Komisija trebale bi dodatno razmotriti kako uskladiti ciljeve politike osiguranja dostupne zdravstvene zaštite za sve građane EU-a s potrebom za smanjenjem troškova. Potrebno je razmotriti poboljšanu suradnju na izgradnji mehanizama za povećanje transparentnosti i bolju koordinaciju radi smanjenja svih neplaniranih učinaka koje bi trenutačni nacionalni sustavi za određivanje cijena mogli imati u smislu dostupnosti u cijelom EU-u.

Optimalna provedba Direktive 2011/24

Direktivom 2011/24 proširuje se izbor koji je dostupan pacijentima u području zdravstvene zaštite te im se bez nepotrebne odgode pomaže da prime liječenje koje im je potrebno. Direktivom će se poboljšati transparentnost zahtijevajući od država članica da uvedu nacionalne kontaktne točke za dostavu informacija građanima, uključujući one o njihovim pravima, sigurnosti pacijenata i standardima kvalitete zdravstvene zaštite. U njoj se isto tako poziva na bolje razumijevanje košarica zdravstvene zaštite. Države članice trebale bi osigurati da se sve odredbe Direktive provode na odgovarajući način. Komisija će pažljivo pratiti kako se koncept nepotrebne odgode primjenjuje u državama članicama.

[24] SWD(2012) 93 prateći dokument uz COM(2012) 173.

Referentnim mrežama promicat će se suradnja među visokospecijaliziranim pružateljima zdravstvene zaštite u svim državama članicama, čime se pacijentima koji pate od bolesti s niskom prevalencijom, složenih ili rijetkih bolesti omogućuje pristup zdravstvenoj zaštiti visoke kvalitete. Komisija namjerava objaviti pozive na iskaz interesa za članstvo u Europskoj referentnoj mreži. Članovi te mreže isto bi tako mogli omogućiti usavršavanje zdravstvenih stručnjaka i pružiti potporu pri određivanju zajedničkih zahtjeva za osiguranje kvalitete.

Poboljšavanje otpornosti zdravstvenih sustava

Postoji hitna potreba za daljnjim istraživanjem čimbenika otpornosti zdravstvenih sustava i načina na koje se oni mogu izgraditi. Države članice trebale bi razviti bolje analize tih čimbenika na temelju nacionalnog iskustva. Tome bi trebao pridonijeti i rad EU-a na dijeljenju najbolje prakse i na osmišljavanju mjera politike. Sljedeći pristupi bit će korisni za poboljšanje otpornosti zdravstvenih sustava u Europskoj uniji.

Procjena zdravstvene tehnologije

Procjena zdravstvene tehnologije znanstveni je pristup kojim se ocjenjuje relativan učinak koji određena zdravstvena tehnologija ima na zdravstveno stanje odgovaranjem na pitanja kao što su sljedeća:

- Je li tehnologija djelotvorna?
- Za koga je predviđena?
- Koji su troškovi uključeni?
- Koliko dobro funkcionira u usporedbi s drugim tehnologijama?

Procjena zdravstvene tehnologije pokazala se učinkovitim alatom za poboljšanje pristupa inovativnim tehnologijama za pacijente, kao i za pružanje podrške učinkovitijoj raspodjeli sredstava.

Države članice surađuju u procjeni zdravstvene tehnologije u okviru mreže uspostavljene u Direktivi 2011/24. Komisija podržava ambiciozan cilj mreže za procjenu zdravstvene tehnologije, posebno to da bi zajednički dobivene informacije iz procjene zdravstvene tehnologije trebalo ponovno iskoristiti na nacionalnoj razini. Time će se smanjiti udvostručenje posla regulatora, nadležnih tijelia za procjenu zdravstvene tehnologije i industrije zdravstvene tehnologije te dovesti do zajedničkog razumijevanja kliničkih aspekata zdravstvenih tehnologija (odnosno njihove relativne sigurnosti i učinkovitosti/djelotvornosti).

Sljedećih će se godina razviti ambicioznija i stabilnija struktura potpore znanstvenoj suradnji na procjenama zdravstvene tehnologije. Komisija surađuje s mrežom za procjenu zdravstvene tehnologije na mogućim prijedlozima za tu strukturu.

Zdravstveni informacijski sustav

Svakom intervencijom kojom se povećava otpornost zdravstvenog sustava mora se u obzir uzeti i sam taj sustav. Odluke o ulaganju ili povlačenju ulaganja u određene sektore treba donositi na temelju

razumijevanja postupaka kojima se upravlja tim sektorima i utjecaja intervencija na zdravstvene i gospodarske parametre.

Države članice stoga bi trebale ulagati u razvoj svojih protoka informacija kako bi, na primjer, osigurale da se protok informacija na razini pacijenata na odgovarajući način usmjeri na sve potrebne pružatelje zdravstvene zaštite ili da se pruži podrška učinkovitijim i više održivim zdravstvenim sustavima i uslugama.[25]

Komisija razmatra pružanje podrške državama članica u pogledu uspostavljanja održivog i integriranog zdravstvenog informacijskog sustava u EU-u, posebno istražujući potencijal sveobuhvatnog Konzorcija europskih istraživačkih infrastruktura (ERIC) u pogledu zdravstvenih informacija.

E-zdravstvo

Komisija snažno potiče suradnju među državama članicama u pogledu e-zdravstva te ih podržava u razvoju i provedbi isplativih i interoperabilnih rješenja e-zdravstva za poboljšanje zdravstvenih sustava.[26] Kako se zahtijeva Direktivom 2011/24, Komisija podržava mrežu e-zdravstva, čiji je cilj dobivanje održivih koristi od europskih sustava, usluga i interoperabilnih aplikacija e-zdravstva. U akcijskom planu e-zdravstva za razdoblje od 2012. do 2020. isto se tako naglašavaju koristi usluga e-zdravstva za građane, pacijente i pružatelje zdravstvene zaštite te predlažu određene radnje za smanjenje prepreka provođenju tih usluga.

Potrebni su dodatni napori za razvoj učinkovitih i interoperabilnih usluga telemedicine. Europske referentne mreže bit će najbolja prilika za uvođenje i testiranje telemedicine u EU-u.

6. Zaključci

U Godišnjem pregledu rasta za 2013. prepoznato je da bi „u kontekstu demografskih izazova i pritiska na troškove povezane s dobi trebalo poduzeti reforme sustava zdravstvene zaštite kako bi se osigurala isplativost i održivost procjenom rada tih sustava u usporedbi s dvostrukim ciljem učinkovitije upotrebe javnih sredstava i pristupa zdravstvenoj zaštiti visoke kvalitete”.

Sposobnost država članica da u budućnosti svima pružaju zdravstvenu zaštitu visoke kvalitete ovisit će o jačanju otpornosti zdravstvenih sustava koji bi bili sposobniji nositi se s izazovima koji im predstoje. Isto tako, to moraju postići tako da istovremeno ostanu isplativi i fiskalno održivi.

Za to su prije svega odgovorne države članice, a ovom je komunikacijom naglašeno više inicijativa kojima EU može podržati donositelje politika u državama članicama. EU će morati razviti te inicijative i unaprijediti ih kako bi osigurao da očekivanja građana u pogledu zdravstvene zaštite visoke kvalitete mogu biti ispunjena. Naglasak će morati biti na metodama i alatima kojima se dopušta državama članicama da postignu veću djelotvornost, dostupnost i otpornost svojih zdravstvenih sustava, u

[25] Vidi zaključke izvješća radne skupine o e-zdravstvu pod nazivom „Redizajniranje zdravstva u Europi za 2020.”, u kojem se poziva donositelje politike da upotrijebe snagu podataka: http://ec.europa.eu/digital-agenda/en/news/eu-task-force-ehealth-redesigning-health-europe-2020.

[26] COM(2012) 736

skladu s preporukama za reforme upućenima državama članicama u kontekstu europskog semestra. U cilju provedbe reformi utvrđenih u tim preporukama, države članice potiču se i na upotrebu europskih instrumenata za financiranje.

