EUROPEISKA
KOMMISSIONEN

Bryssel den 4.4.2014
COM(2014) 215 final

MEDDELANDE FRÅN KOMMISSIONEN

om effektiva, tillgängliga och anpassningsbara hälso- och sjukvårdssystem

1. Inledning

Hälso- och sjukvårdssystem[1] spelar i moderna samhällen en central roll när det gäller att hjälpa människor att behålla och förbättra sin hälsa. Hälso- och sjukvårdssystemen ska kunna lägga till fler år till livet, men också mer liv till åren.

Hälso- och sjukvårdssystemen i EU:s medlemsstater skiljer sig från varandra, vilket återspeglar de olika val som samhällena gjort. Trots skillnader i organisation och finansiering bygger de emellertid på gemensamma värderingar som rådet (hälso- och sjukvård) erkände 2006[2]: allmängiltighet, tillgång till vård av god kvalitet, rättvisa och solidaritet.

Hälso- och sjukvårdssystemen i EU samverkar allt mer med varandra. Ikraftträdandet av direktiv 2011/24/EU[3] innebar ett avgörande steg för att öka denna samverkan. Om samarbetet mellan hälso- och sjukvårdssystemen stärks kan de bättre hantera den allt större rörligheten för patienter och vårdpersonal.

Under de senaste tio åren har de europeiska hälso- och sjukvårdssystemen stått inför allt fler gemensamma utmaningar: stigande kostnader för hälso- och sjukvård, en åldrande befolkning i kombination med allt fler kroniska sjukdomar och multisjuklighet som leder till en ökad efterfrågan på hälso- och sjukvård, brist på vårdpersonal eller en ojämn fördelning av personalen och ojämlikhet i hälsa och i tillgång till hälso- och sjukvård.

Under de senaste åren har dessutom de tillgängliga finansiella resurserna minskat till följd av den ekonomiska krisen, och det har därmed blivit svårare för medlemsstaterna att garantera att deras hälso- och sjukvårdsystem är hållbara[4]. Detta äventyrar i sin tur medlemsstaternas möjligheter att erbjuda allmän tillgång till hälso- och sjukvård av god kvalitet. Hälso- och sjukvårdssystemen måste ha en god anpassningsförmåga. De måste effektivt kunna anpassa sig till nya förhållanden och möta stora utmaningar med begränsade resurser.

Ett ökat ömsesidigt beroende och gemensamma utmaningar kräver ett närmare samarbete. År 2006 enades medlemsstaterna om gemensamma mål för tillgänglighet, kvalitet och ekonomisk bärkraftighet inom hälso- och sjukvården inom ramen för den öppna samordningsmetoden för social trygghet och social integration[5]. År 2011 tog rådet (hälso- och sjukvård) initiativet till en reflektionsprocess på EU-nivå för att hjälpa medlemsländerna att tillhandahålla moderna, flexibla och

[1] I detta meddelande avses med hälso- och sjukvårdssystem system som syftar till att erbjuda patienter hälso- och sjukvårdstjänster, exempelvis förebyggande vård, diagnos, behandling eller palliativ vård, som huvudsakligen syftar till att förbättra hälsan.

[2] Rådets slutsatser om gemensamma värderingar och principer i Europeiska unionens hälso- och sjukvårdssystem, EUT C 146, 22.6.2006.

[3] Direktiv 2011/24/EU, EUT L 88, 4.4.2011.

[4] Detta framhävs också i rådets slutsatser om den gemensamma rapporten från kommittén för ekonomisk politik och kommissionen om hälso- och sjukvårdssystemen i EU (den 7 december 2010).

[5] Gemensamt yttrande från kommittén för socialt skydd och kommittén för ekonomisk politik om kommissionens meddelande *Samarbete ger bättre resultat: En ny ram för den öppna samordningen av politiken för social trygghet och social integration i Europeiska unionen*, som rådet (sysselsättning, socialpolitik, hälso- och sjukvård samt konsumentfrågor) godkände den 10 mars 2006.

hållbara hälso- och sjukvårdssystem[6]. Rådet insåg att ”samtidigt som säkerställande av rättvis tillgång till högkvalitativa hälso- och sjukvårdstjänster med begränsade ekonomiska och andra resurser alltid har varit en viktig fråga, [är] det för närvarande [...] situationens omfattning och brådskande karaktär som är på väg att förändras och att detta, om det inte åtgärdas, kan bli en avgörande faktor för EU:s framtida ekonomiska och sociala situation”.

I december 2013 godkände rådet (hälso- och sjukvård) de framsteg som gjorts och efterlyste ytterligare insatser på detta område i sina slutsatser om reflektionsprocessen om moderna, flexibla och hållbara hälso- och sjukvårdssystem[7].

Av den årliga tillväxtöversikten 2014[8] framgår det att ”den viktigaste prioriteringen nu [är] att skapa tillväxt och konkurrenskraft” i syfte att lägga grunden för en varaktig återhämtning. Därför betonar den årliga tillväxtöversikten behovet av att stärka effektiviteten och den ekonomiska bärkraftigheten i hälso- och sjukvårdssystem och samtidigt förbättra deras effektivitet och förmåga att tillgodose sociala behov och garantera viktiga sociala skyddsnät. I översikten framhävs även hälso- och sjukvårdssektorns betydelse för att bekämpa de sociala följdverkningarna av den ekonomiska krisen och understryks att omsorg är ett område som kommer att generera många arbetstillfällen under kommande år. Översikten rekommenderade att strategier för aktiv social integration bör utvecklas, inklusive bred tillgång till överkomliga och högkvalitativa hälso- och sjukvårdstjänster.

Samma sak har tidigare betonats 2013, då elva medlemsstater[9] fick en rekommendation till reform av sina hälso- och sjukvårdssystem som en del av den europeiska planeringsterminen. De flesta av rekommendationerna gällde hälso- och sjukvårdssystemens hållbarhet och kostnadseffektivitet, och krävde reformer av sjukhussektorn, prissättningen av hälso- och sjukvårdstjänster och öppen- och primärvården. I tre rekommendationer krävdes också att tillgången till hälso- och sjukvård skulle upprätthållas eller förbättras.

Förutom att vara ett värde i sig är hälsa också en förutsättning för ekonomiskt välstånd, såsom erkändes i kommissionens arbetsdokument *Investing in health* som är en del av paketet om sociala investeringar[10]. Människors hälsa påverkar det ekonomiska resultatet i fråga om produktivitet, utbud av arbetskraft, humankapital och offentliga utgifter. Innovationer är viktiga inom hälso- och sjukvårdssektorn, och sektorns ekonomiska betydelse är stor: den står för 10 % av EU:s BNP. Sektorn är dessutom mycket arbetsintensiv och en av de största sektorerna inom EU: År 2010 innehades 8 % av alla arbetstillfällen i EU av hälso- och sjukvårdspersonal[11].

Detta meddelande drar lärdom av de erfarenheter och det arbete som gjorts de senaste åren. I syfte att ytterligare utveckla insatser på EU-nivå är meddelandet inriktat på följande åtgärder:

---

[6] Rådets slutsatser: Mot moderna, flexibla och hållbara hälso- och sjukvårdssystem (den 6 juni 2011).

[7] Rådets slutsatser om reflektionsprocessen om moderna, flexibla och hållbara hälso- och sjukvårdssystem (den 10 december 2013).

[8] COM(2013) 800.

[9] Bulgarien, Tjeckien, Tyskland, Spanien, Frankrike, Malta, Österrike, Polen, Rumänien, Slovakien och Finland.

[10] COM(2013) 83.

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

1. Förbättra hälso- och sjukvårdssystemens effektivitet
2. Förbättra tillgången till hälso- och sjukvård
3. Förbättra hälso- och sjukvårdssystemens anpassningsförmåga

2. Förbättra hälso- och sjukvårdssystemens effektivitet

Effektivitet, säkerhet och patienternas erfarenheter är viktiga för kvaliteten på hälso- och sjukvården, som är ett viktigt mått på hälso- och sjukvårdens prestanda. Patientsäkerheten utvecklas fortlöpande på EU-nivå[12]. Däremot måste patienternas erfarenheter ges mer uppmärksamhet i framtiden.

Tyngdpunkten i detta meddelande ligger på effektivitet: hälso- och sjukvårdssystemens förmåga att ge positiva hälsoresultat, det vill säga att förbättra folkhälsan.

Det blir allt viktigare att mäta hälso- och sjukvårdssystemens effektivitet, i synnerhet som hälso- och sjukvårdssystemen inte är den enda faktorn som förbättrar vår hälsa. Även om det fortfarande finns stora skillnader i förväntad livslängd i de olika medlemsstaterna, lever vi överlag längre och har bättre hälsa än tidigare generationer. Detta beror inte minst på de betydande framsteg som gjorts på folkhälsoområdet och på områden utanför hälso- och sjukvårdssystemet. Framtida förbättringar är också att vänta t.ex. till följd av att vi röker mindre, dricker mindre alkohol, äter bättre och rör oss mer. Det råder allmän enighet om att hälso- och sjukvårdssektorns bidrag till en frisk befolkning har ökat dramatiskt under de senaste femtio till sextio åren.

Insamlingen av information om hälso- och sjukvårdssystemens relativa effektivitet befinner sig fortfarande på ett tidigt stadium. Exemplen nedan visar på vilka områden hälso- och sjukvårdssystemen främst har bidragit till att förbättra hälsan. Uppgifterna stöds av tillgängliga EU-omfattande indikatorer (såsom perinatal dödlighet, åtgärdbar dödlighet, antalet sjukdomar som kan förebyggas med vaccination och cancerscreening). Denna jämförelse visar på stora variationer mellan EU:s medlemsstater.

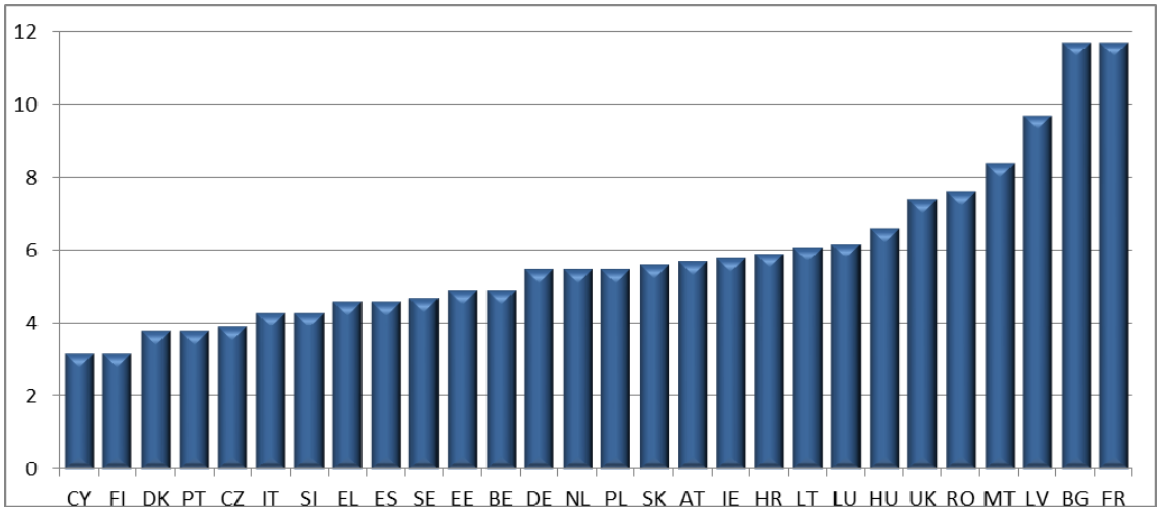
Perinatal dödlighet

Perinatal dödlighet definieras som summan av antalet dödfödda barn (efter 28:e graviditetsveckan) och antalet barn som dör tidigt (inom sju dagar efter förlossningen). Jämfört med spädbarnsdödligheten[13] är den mindre starkt förknippad med socioekonomiska faktorer och därmed en mer tillförlitlig indikator på hur effektivt hälso- och sjukvårdssystemet är.

[12] Rådets rekommendation av den 9 juni 2009 om patientsäkerhet och förebyggande och kontroll av vårdrelaterade infektioner, EUT C 151, 3.7.2009.

[13] Spädbarnsdödlighet definieras som antalet dödsfall bland barn under det första levnadsåret per 1 000 levande födda.

Tabell 1: perinatal dödlighet per 1 000 födslar (från 2011 eller senaste uppgifter)



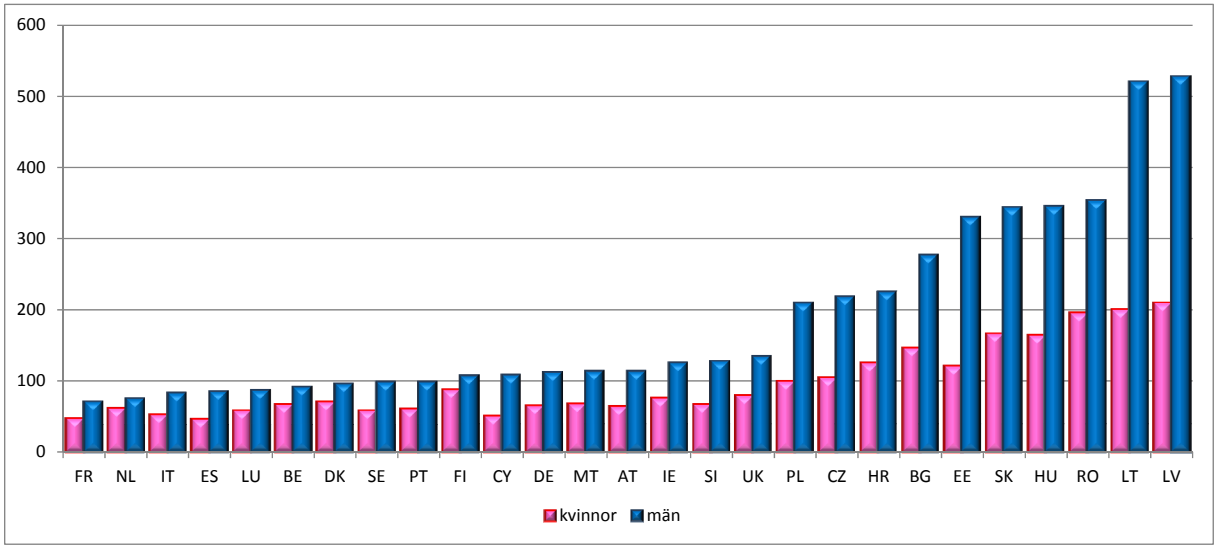
Källa: Eurostats databas, projektet Euro-Peristat (som utvecklats av kommissionens tjänstemän)

Under de senaste fem åren har den perinatala dödligheten minskat i de flesta medlemsstater, men den har även ökat i vissa länder under samma tidsperiod.

Åtgärdbar dödlighet

Åtgärdbar dödlighet definieras som förtida dödsfall som inte hade inträffat om snabb och effektiv hälso- och sjukvård erbjudits. Den åtgärdbara dödligheten är en viktig faktor som används för att undersöka hälso- och sjukvårdssystemens inverkan på hälsoresultatet[14]. I begreppet åtgärdbar dödlighet sammanfattas de standardiserade dödstalen för en viss uppsättning sjukdomar som hälso- och sjukvården uppskattas ha en direkt inverkan på.

Tabell 2: åtgärdbar dödlighet, standardiserade dödstal per 100 000 invånare — 2010



Källa: Eurostat (uppgifterna för Grekland saknas)

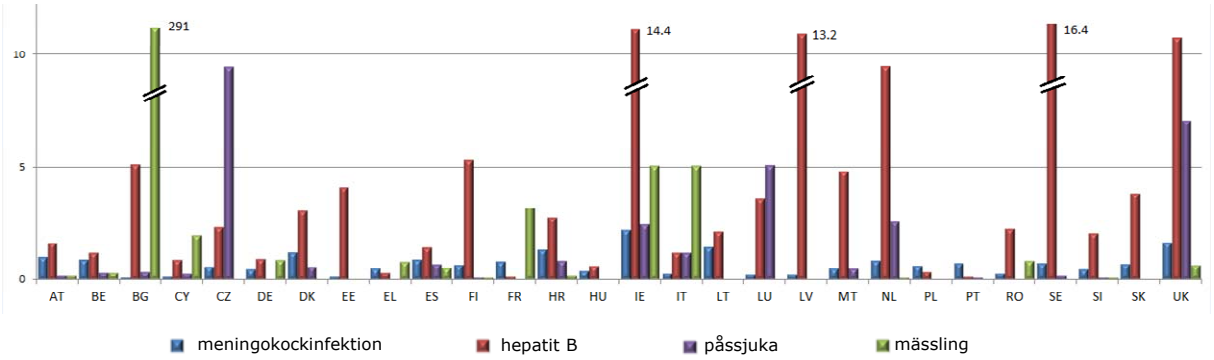
[14] Jämförelserna av åtgärdbar dödlighet måste onekligen ta hänsyn till antalet sjukdomsfall och inte bara antalet dödsfall till följd av de relevanta sjukdomarna. Det finns emellertid inte alltid tillgång till jämförbara uppgifter.

Så gott som alla medlemsstater har kunnat minska den åtgärdbara dödligheten mellan 2000 och 2010, även om minskningsgraden varierar avsevärt mellan de olika medlemsstaterna.

Smittsamma sjukdomar

Det finns ett direkt samband mellan särskilt smittsamma sjukdomar och ändamålsenliga hälso- och sjukvårdstjänster: vaccinationskampanjerna har dramatiskt minskat sjukdomar som kan förebyggas med vaccination (även om det i vissa länder finns oroväckande tecken på minskad vaccination).

Tabell 3: sjukdomar som kan förebyggas med vaccination — bekräftade fall per 100 000 invånare— 2011



Källa: ECDC:s epidemiologiska årsrapport 2012

Även om vi ser på ett litet antal sjukdomar som kan förebyggas med vaccination (meningokockinfektion, hepatit B, påssjuka och mässling) finns det stora variationer i antalet sjukdomsfall i de olika medlemsstaterna.

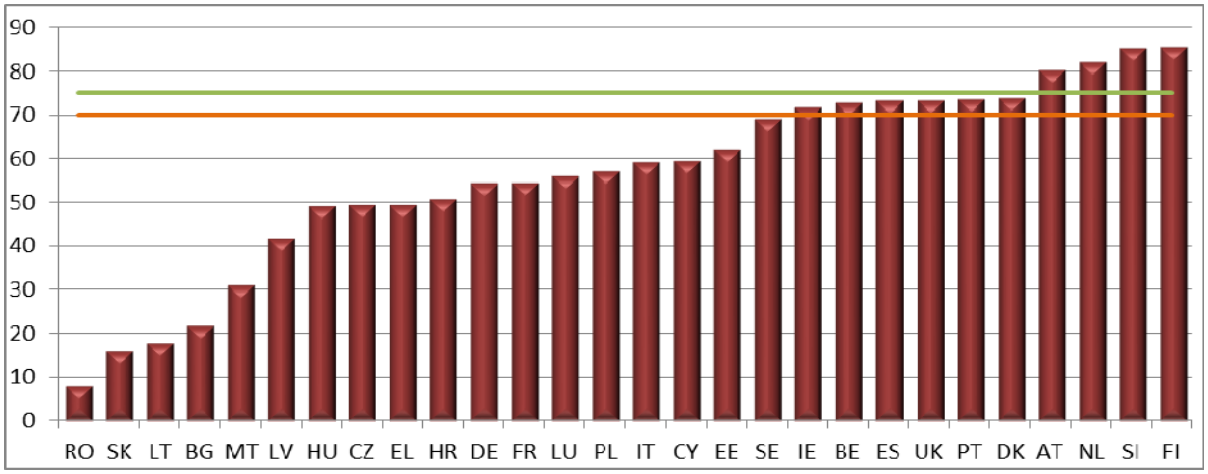
Cancerscreening

Antalet tidiga diagnoser av tjock- och ändtarmscancer och livmoderhals- och bröstcancer genom organiserad masscreaning är ett användbart mått på hälso- och sjukvårdssystemets effektivitet när det gäller riskgrupper. Rådet rekommenderar att masscreaningar görs i enlighet med EU:s riktlinjer för kvalitetssäkring[15].

De största framstegen har gjorts i fråga om bröstcancer. De nationella screeningprogrammen uppfyller i allmänhet EU:s riktlinjer för fastställande av målåldersgrupper (kvinnor i åldern 50-69) och rekommenderade tidsintervall mellan mammografiscreeningarna. Även om det i de europeiska riktlinjerna fastställs ett önskvärt mål om att minst 75 % av de berörda kvinnorna bör undersökas (70 % anses vara en godtagbar nivå) var det emellertid bara ett fåtal medlemsstater som klarade av detta mål 2010.

[15] Rådets rekommendation av den 2 december 2003 om cancerscreening, EUT L 327, 16.12.2003. Se även *European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis*, *European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening* och *European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis*.

Tabell 4: bröstcancerscreening — % av kvinnor i åldern 50–69 som undersökts



Källa: OECD:s Health at a Glance: Europe 2012, nationell statistik

De viktigaste resultaten

Några inledande iakttagelser kan göras rörande dessa specifika indikatorer, men de är inte tillräckligt representativa för att stödja en bred utvärdering av hälso- och sjukvårdssystemen. De visar på stora variationer mellan EU:s medlemsstater. De visar också att hälsoresultaten är flerdimensionella och svåra att definiera. I allmänhet är det svårt att utvärdera hälso- och sjukvårdssystemens effektivitet: effekterna av hälso- och sjukvårdsåtgärder syns endast efter en lång tid, och möjligheten att jämföra uppgifter och deras trovärdighet är en utmaning. Arbete pågår dock för att förbättra dessa aspekter.

Kommissionen har gett stöd till utvecklingen av europeiska hälsoindikatorer (ECHI), en uppsättning indikatorer för att övervaka folkhälsan och hälso- och sjukvårdssystemens funktion. EU:s hälso- och sjukvårdssystem har även utvärderats i ett flertal rapporter. Särskilt viktiga rapporter är den gemensamma rapporten från kommittén för ekonomisk politik och kommissionen om hälso- och sjukvårdssystemen från 2010, och *Health at a Glance: Europe*-serien, som OECD och kommissionen offentliggjort.

Ett annat viktigt steg togs 2013: kommittén för socialt skydd tog fram en gemensam bedömningsram för hälsa som tjänar som ett första kontrollverktyg för att upptäcka eventuella problem i medlemsstaternas hälso- och sjukvårdssystem. Den är viktig för den jämförande bedömningen av systemens prestanda och tar hänsyn till tillgången på uppgifter på EU-nivå. Slutligen har ramprogrammen för forskning och teknisk utveckling finansierat ett flertal projekt för att utveckla indikatorer och metoder för att bedöma hälso- och sjukvårdssystemens prestanda[16].

3. Förbättra tillgången till hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvårdssystemen måste vara tillgängliga för alla. Detta är en av principerna i den europeiska sociala stadgan[17], som betonar vikten av transparenta kriterier för tillgång till läkarvård,

[16] Se exempelvis projekten Echo (http://www.echo-health.eu), Eurohope (http://www.eurohope.info) och EuroReach (http://www.euroreach.net).

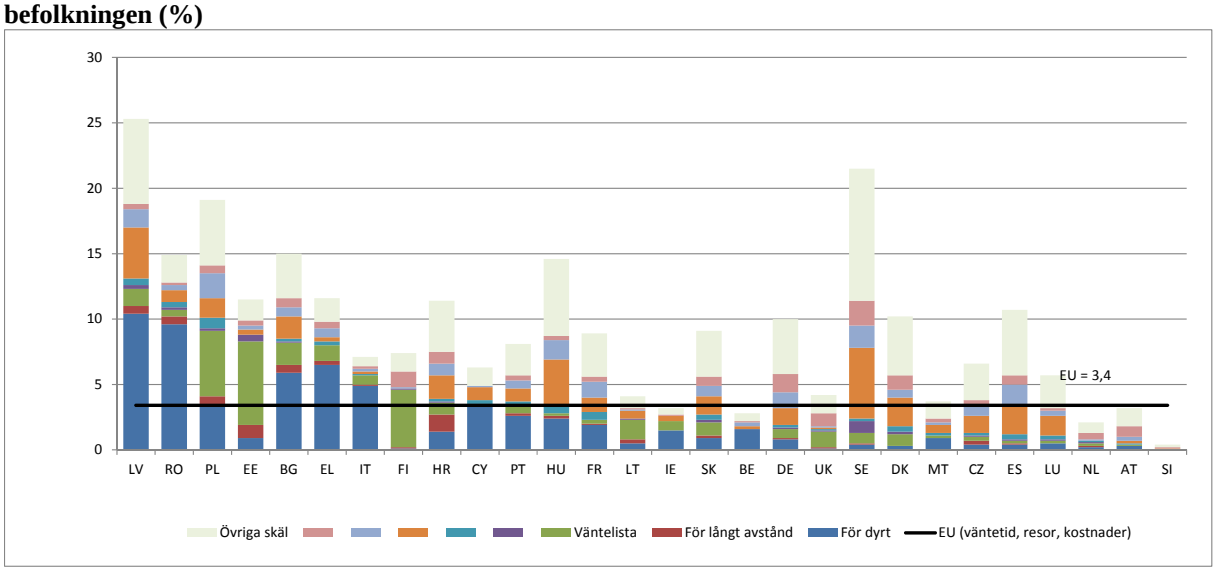
[17] Europeiska sociala stadgan (reviderad), Strasbourg den 3 maj 1996.

och kravet på stater att ha ett adekvat hälso- och sjukvårdssystem som inte utesluter delar av befolkningen från hälso- och sjukvårdstjänster.

Tillgången till hälso- och sjukvård är emellertid svår att mäta, och det finns ingen EU-täckande detaljerad metod för att övervaka den och främja bästa praxis. Detta skulle vara ett viktigt steg för att minska ojämlikhet i hälsa[18].

En indikator som ofta används är skillnaderna i procentandelen EU-invånare som meddelar att de har svårt att få medicinsk vård av orsaker som hänger samman[19] med tillgången till hälso- och sjukvårdssystem: väntetid, avstånd och kostnadsdelning. Dessa resultat baserar sig emellertid på självrapporterade behov och kan därför omfattas av kulturella fördomar när man jämför resultaten mellan olika länder.

Tabell 5: Självrapporterade icke tillgodosedda behov av läkarundersökning efter skäl, andel av befolkningen (%)



Källa: Eurostat, gemenskapsstatistik över inkomst- och levnadsvillkor 2012 (2011 års uppgifter för AT och IE)

Tillgången till hälso- och sjukvård beror på en samverkan mellan olika faktorer, såsom hälso- och sjukvårdsskyddets bredd (dvs. vem som har rätt till hälso- och sjukvård), djup (dvs. vad för hälso- och sjukvård invånarna har rätt till) samt hälso- och sjukvårdstjänsternas överkomlighet och tillgänglighet. Tillgången till hälso- och sjukvård påverkas också direkt av de organisations- och förvaltningsmodeller som används i hälso- och sjukvårdssystemen. Patienterna kan uppleva att hälso- och sjukvården är mer svårtillgänglig om systemen är komplicerade och insyn saknas.

[18] COM(2009)567.

[19] Observera att klassificeringen ”övriga skäl” i denna undersökning avser skäl som inte är förknippade med lokala hälso- och sjukvårdssystem, såsom ”tidsbrist” och ”rädsla för läkare”.



Hälso- och sjukvårdsskyddets bredd

Hälso- och sjukvårdstjänsterna finansieras till största delen med offentliga medel i praktiskt taget alla EU-medlemsstater. Hälso- och sjukvården omfattar alla eller näst intill alla invånare i alla medlemsstater. Vissa invånare från mindre gynnade miljöer omfattas dock fortfarande inte av ett ändamålsenligt hälso- och sjukvårdsskydd.

Hälso- och sjukvårdsskyddets djup

Det finns skillnader i de behandlingar som finansieras av den offentligt finansierade hälso- och sjukvården i de nationella hälso- och sjukvårdssystemen. Bland annat omfattas tand- och ögonvård och vissa moderna behandlingsmetoder endast i vissa medlemsstater. I flera medlemsstater finns det ingen uttrycklig definition av offentligt finansierade behandlingar. Det blir på så sätt svårare att göra jämförelser och analyser som skulle kunna bidra till att nå samförstånd om den lägsta eller den optimala vårdnivån.

Ett överkomligt pris

Människor måste ofta bidra ekonomiskt genom kostnadsdelning eller medfinansiering till den tjänst som de behöver. Detta kan bidra till att säkerställa att hälso- och sjukvårdstjänsterna används på ett ansvarsfullt sätt. Samtidigt bör medfinansieringen inte utgöra ett hinder eller ett avskräckningsmedel för människor att få den hälso- och sjukvård som de är i behov av. Besparingsåtgärder inom hälso- och sjukvårdssystemen, som syftar till att främja en mer rationell användning av hälso- och sjukvården, får inte i onödan begränsa tillgången till en hälso- och sjukvård av hög kvalitet.

Tillgänglighet (hälso- och sjukvårdspersonal, avstånd från vårdplats, väntetider)

Patienter bör ha ändamålsenlig tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster: de ska inte behöva resa för långt eller vänta för länge för att få den vård som de behöver. Detta är ett särskilt stort problem på landsbygden och i avlägsna områden.

Problem som hänger samman med avstånd kan lösas med hjälp av mer integrerade vårdmodeller som förbättrar kontakterna mellan patienter och hälso- och sjukvårdssystem och med hjälp av en ökad användning av e-hälsolösningar.

Det finns ingen EU-omfattande definition av hur väntetiderna ska mätas, även om detta är ett viktigt koncept i förordning (EG) 883/04[20] och direktiv 2011/24/EU. Detta kan komma att ändras, eftersom

[20] Förordning (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen, EUT L 166, 30.4.2004.

direktiv 2011/24/EU ökar hälso- och sjukvårdssystemens ansvar för tillgång till vård genom mer insyn i begreppet ”onödigt dröjsmål” i väntan på behandling.

En åldrande befolkning och en ökning av antalet samverkande kroniska sjukdomar kräver olika kombinationer av färdigheter, vilket har konsekvenser för innehållet i de medicinska utbildningsprogrammen. Skillnaderna mellan olika yrkesgrupper kommer troligtvis att minska genom inrättandet av tvärvetenskapliga grupper. Efterfrågan på färdigheter och kvalifikationer inom hälso- och sjukvårdssektorn ändras ständigt, och olika roller och yrken kommer sannolikt att utvecklas för att tillgodose befolkningens behov. Den fysiska inaktiviteten inom EU är hög, och medför hälsorelaterade riskfaktorer. Hälso- och sjukvårdspersonalen innehar därför en central roll att, i samarbete med andra sektorer, t.ex. idrottssektorn[21], ge patienterna råd om vikten av fysisk aktivitet.

För att förekomma denna utveckling måste systemen för planering av den medicinska utbildningen bli mer effektiv, kunna reagera snabbare och ha bättre förutsättningar att locka studenter till de specialområden där behoven är som störst.

Dessutom visar erfarenheten att uppmärksamheten bör riktas på läkemedel, eftersom de privata utgifterna för läkemedel är betydligt högre än för annan offentlig hälso- och sjukvård.

Nationella beslut om prissättning och ersättning har direkt eller indirekt inverkan på tillgången på läkemedel inom EU. Innovativa produkter blir inte tillgängliga samtidigt i alla medlemsstater, och i vissa medlemsstater släpps de kanske aldrig ut på marknaden.

En första förbättring gjordes genom processen rörande företagens ansvar på läkemedelsområdet som väckte diskussion mellan de behöriga myndigheterna med ansvar för prissättning och ersättning och andra intressenter och som stödde ett öppet informationsutbyte om bättre tillgång till läkemedel.

4. Förbättra hälso- och sjukvårdssystemens anpassningsförmåga

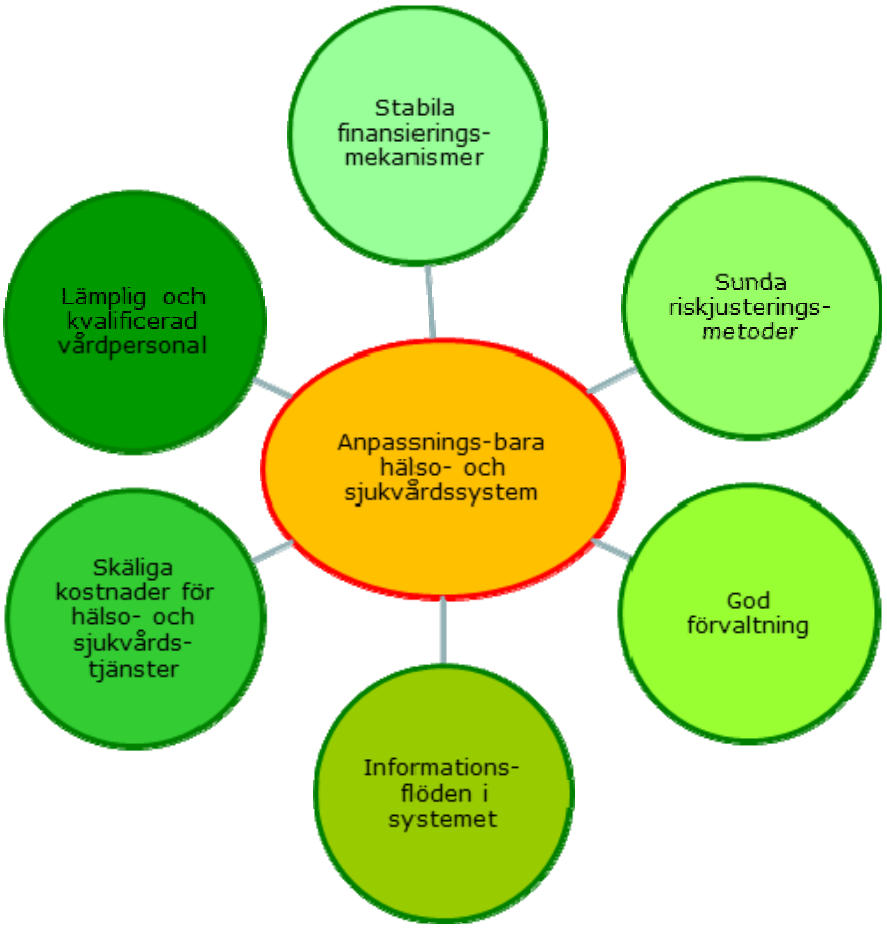
De moderna hälso- och sjukvårdssystemen måste fortsatt vara tillgängliga och effektiva men samtidigt eftersträva hållbarhet på lång sikt. De måste därför vara finansiellt hållbara. Kommissionen stöder medlemsstaterna i detta arbete genom att tillhandahålla analyser och prognoser och rekommendera reformer som en del av den europeiska planeringsterminen.

Hälso- och sjukvårdssystem bör även ta hänsyn till icke-finansiella faktorer. De måste snabbt kunna anpassa sig till en nya situationer och identifiera och tillämpa innovativa lösningar för att möta viktiga utmaningar, såsom brist på kunskap/resurser på vissa områden, en oväntad ökning av efterfrågan (t.ex. till följd av epidemier), med begränsade resurser. Med andra ord måste de sträva efter att inneha en god anpassningsförmåga och även uppehålla den framöver.

De olika hälso- och sjukvårdssystemen inom EU har klarat av den ekonomiska krisen olika bra. Vissa system har varit tvungna att genomföra stora och ibland också smärtsamma reformer på mycket kort

[21] Rådets rekommendation av den 26 november 2013 om befrämjande av hälsofrämjande fysisk aktivitet i alla sektorer, EUT C 354, 4.12.2013.

tid. Med avstamp i erfarenheterna av den senaste tidens reformer har kommissionen identifierat följande faktorer för en god anpassningsförmåga som hjälpt vissa hälso- och sjukvårdssystem att fortsatt kunna erbjuda tillgängliga och effektiva hälso- och sjukvårdstjänster för sina invånare.



Stabila finansieringsmekanismer

En stabil finansiering gör det möjligt att planera investeringarna på ett effektivt sätt och garantera kontinuitet i tjänsterna för att organisera och tillhandahålla vården. Hälso- och sjukvårdssystem vars finansiering grundar sig på mindre stabila inkomster är mer utsatta för yttre påverkan. Till exempel system som till största delen baserar sig på sysselsättningsbaserade bidrag för finansieringen är mer utsatta för konsekvenserna av ökad arbetslöshet. Reserver eller andra konjunkturdämpande lösningar för statliga budgetöverföringar kan bidra till en stabil finansiering.

Sunda riskjusteringsmetoder

Ett enhetligt system för riskjustering och riskspridning är viktiga verktyg för att garantera att resurserna fördelas efter behov. Om exempelvis flera sjukförsäkringsbolag uppbär sociala avgifter eller försäkringspremier används en mekanism för riskjustering/riskutjämning för att ta hänsyn till antalet personer, deras ålder och kön och en indikation på sjuklighetsmönstren för de personer som är försäkrade i varje fond. Syftet med detta är att undvika patienturval och diskriminering, och att säkerställa att finansieringen anpassas till behoven.

God förvaltning

Förvaltning handlar om väldefinierade ansvarsområden i driften av hälso- och sjukvårdssystemet och dess huvudkomponenter, tillsammans med ett starkt ledarskap, sunda mekanismer för ansvarsskyldighet och en tydlig organisationsstruktur. Detta gör det möjligt för systemen att snabbt anpassa sig till nya mål och prioriteringar och förbättra sin förmåga att reagera på allvarliga utmaningar genom att identifiera och införa de åtgärder som krävs för att stödja smarta investeringsbeslut.

Informationsflöden i systemet

God insikt om styrkor och svagheter och förmågan att övervaka information, även när det gäller enskilda patienter och vårdgivare, gör det möjligt för förvaltare av hälso- och sjukvårdssystem att fatta skräddarsydda och evidensbaserade beslut inom specifika undersektorer.

E-hälsobaserade informationssystem underlättar och stöder stärkandet av informations- och kunskapssystem. Dessutom kan e-hälsa ge mer individanpassad hälso- och sjukvård som är mer målinriktad och effektiv och som bidrar till att minska felen och förkorta sjukhusvistelserna.

Skäliga kostnader för hälso- och sjukvårdstjänster

För att begripa hur komplicerade de processer är som leder från kostnad till resultat är det viktigt att förstå hur kostnader motsvarar mänskliga och fysiska resurser, hur resurser bidrar till verksamheter (t.ex. kirurgiska ingrepp och diagnostiska test), hur verksamheter inbegrips i hälso- och sjukvårdsinsatser och, slutligen, vilken inverkan dessa har på hälsan.

Utvärderingen av medicinska metoder är viktig för att garantera en gemensam metod för att utvärdera insatsernas effektivitet och de egentliga kostnaderna för tjänsterna och sålunda för att göra det möjligt för beslutsfattarna att fördela resurserna så effektivt som möjligt.

Förmågan att sätta ett lämpligt pris på hälso- och sjukvårdstjänsterna är inte enbart nödvändig för att kontrollera utgifterna utan också en förutsättning för effektiva beslut om investeringar och prioriteringar.

Vårdpersonal med tillräckligt med kapacitet och de rätta kvalifikationerna

En mycket kvalificerad och motiverad vårdpersonal med tillräckligt med kapacitet och de rätta kvalifikationerna är viktig för att hitta innovativa lösningar med hjälp av organisatoriska och teknologiska förändringar. Effektiva belöningssystem är viktiga för att förbättra vårdpersonalens insatser och garantera att fokus är inriktat på ett direkt tillhandahållande av hälso- och sjukvård.

5. En EU-agenda för effektiva, tillgängliga och anpassningsbara hälso- och sjukvårdssystem

Det är medlemsstaterna som bär det främsta ansvaret för hälso- och sjukvårdssystemen. EU har vidtagit en rad åtgärder som kan stödja medlemsstaterna, särskilt genom att tillhandahålla riktlinjer och övervaknings- eller utvärderingsverktyg.

Kommissionen har inrättat en oberoende expertpanel för rådgivning om hälsoinvesteringar[22]. Panelen ska förse kommissionen med analyser och rekommendationer i vissa av de frågor som diskuterats.

Stöd till ökad effektivitet i hälso- och sjukvårdssystemen

Resultatutvärderingar av hälso- och sjukvårdssystem

Rådet (hälso- och sjukvård) har uppmanat medlemsstaterna att använda resultatutvärderingar av hälso- och sjukvårdssystem för politiska åtgärder, ansvarsskyldighet och insyn, och har uppmanat kommissionen att stödja medlemsstaterna i användningen av resultatutvärderingarna.

Som svar på denna uppmaning kommer samarbete i fråga om resultatutvärderingar att förse medlemsstaterna med verktyg och metoder, som bland annat består av att

- kapitalisera EU-finansierad forskning om åtgärder och indikatorer för resultatutvärdering,
- fastställa kriterier och förfaranden för val av prioriterade områden för resultatutvärdering på nationell nivå och EU-nivå,
- ta fram ett skräddarsytt rapporteringssystem, och
- intensifiera samarbetet med internationella organisationer, särskilt OECD och WHO.

Samarbetet kan också bestå av mer riktat arbete på EU-nivå för att minska ojämlikheterna genom stöd till de medlemsstater som ligger under EU-genomsnittet så att deras situation kan förbättras. Samarbetet kan också visa sig vara av stor betydelse för att hjälpa medlemsstaterna uppfylla kraven i direktiv 2011/24/EU rörande information om kvalitet och säkerhet.

Vårdkvalitet, inbegripet patientsäkerhet

Våren 2014 ämnar kommissionen lägga fram sin andra rapport om genomförandet av rådets rekommendation om patientsäkerhet[23]. På grundval av resultaten i rapporten har kommissionen för avsikt att diskutera åtgärder för att ytterligare förbättra patientsäkerheten och minska omotiverade skillnader mellan och inom medlemsstaterna.

Resultaten från det senaste offentliga samrådet om patientsäkerhet och vårdkvalitet visar att det finns ett stort intresse av att utarbeta en mer omfattande EU-agenda för att behandla de frågor som påverkar kvaliteten inom hälso- och sjukvården. Kommissionen har för avsikt att följa upp denna fråga på ett ändamålsenligt sätt.

Integration av vården

[22] Kommissionens beslut av den 5 juli 2012 om inrättande av en mångsektoriell, oberoende expertpanel för rådgivning om effektiva sätt att investera i hälsa, EUT C 198, 6.7.2012.

[23] Den första rapporten offentliggjordes 2012: COM(2012) 658.

Vården bör integreras både mellan olika nivåer av hälso- och sjukvård (såsom primärvård och sjukhusvård) och mellan hälso- och sjukvård och socialvård, särskilt när det gäller äldre eller människor med kroniska sjukdomar.

Reformerna i medlemsstaterna för att minska hälso- och sjukvårdssystemens beroende av sjukhusvård genom en bättre integrering av vården, gör det möjligt att utbyta lärdomar på viktiga områden och att svara på följande frågor:

- Vilka patienter kan behandlas bättre eller lika bra utanför sjukhuset?
- Hur kan man på ett framgångsrikt sätt minska undvikbara sjukhusvistelser?

Expertpanelen om hälsoinvesteringar har offentliggjort en rapport om primärvård och integrering av vård som kommissionen har inlett ett offentligt samråd om för att identifiera nya diskussionsområden.

Förbättrad tillgång till hälso- och sjukvård

Vårdpersonalen inom EU

Betydande skillnader har konstaterats i medlemsstaternas möjligheter att planera för framtida krav i fråga om vårdpersonalen, både när det gäller den totala volymen och de kombinationer av färdigheter som krävs i syfte att möta förväntade behov av hälso- och sjukvård på ett effektivt sätt.

Resultatet av handelsplanen för EU:s arbetskraft inom hälso- och sjukvården[24] kommer att bidra till att bättre förutse framtida kunskapsbehov och ge viktiga insikter i hur framtida generationers vårdpersonal ska få de rätta kunskaperna. Att förbättra tillgängliga uppgifter för att stärka de nationella planeringssystemen kan också bidra till att möta utmaningarna med vårdpersonalens rörlighet och finna lösningar som tar hänsyn till rätten till fri rörlighet inom EU.

I samband med insatserna för att planera behovet av vårdpersonal bör man utveckla hållbara lösningar på EU-nivå för att garantera en tillräckligt stor vårdpersonal med ändamålsenlig utbildning och de rätta kunskaperna som kan ge vård till alla som behöver. För att undvika personalbrist och kompetensglapp i framtiden ämnar kommissionen fortsätta sitt samarbete med medlemsstaterna för att ta fram rekommendationer, gemensamma verktyg, indikatorer och riktlinjer och utöka EU:s stöd till medlemsstaternas planering.

En kostnadseffektiv användning av läkemedel

EU behöver en konkurrenskraftig läkemedelsindustri. Medlemsstaterna och kommissionen bör därför fundera vidare på hur man kan förena de politiska målen med att garantera alla EU-invånare tillgänglig hälso- och sjukvård med behovet av kostnadsbegränsning. Uppmärksamheten bör inriktas på ett förbättrat samarbete om utarbetande av mekanismer för ökad insyn och bättre samordning för att reducera de oavsiktliga effekter som nuvarande nationella prissättningssystem kan ha på tillgängligheten inom EU.

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

Ett optimalt genomförande av direktiv 2011/24/EU

Direktiv 2011/24/EU ökar patienternas valmöjligheter inom hälso- och sjukvården, och det hjälper dem att få de behandlingar som de behöver utan onödiga dröjsmål. Direktivet kommer att förbättra insynen genom att kräva att medlemsstaterna inrättar nationella kontaktpunkter för att informera invånarna, bland annat om deras rättigheter, patientsäkerhet och kvaliteten på vårdnormerna. Direktivet efterlyser även en bättre förståelse av hälso- och sjukvårdsutbudet. Medlemsstaterna bör se till att alla bestämmelser i direktivet genomförs till punkt och pricka. Kommissionen kommer att noga övervaka hur begreppet ”onödiga dröjsmål” tillämpas i medlemsstaterna.

Referensnätverken kommer att främja samarbete mellan högt specialiserade vårdgivare i medlemsstaterna som gör det möjligt för patienter som har sjukdomar med låg prevalens eller komplexa eller sällsynta sjukdomar att få tillgång till vård av hög kvalitet. Kommissionen har för avsikt att gå ut med en intresseförfrågan om vem som vill ansluta sig till det europeiska referensnätverket och som också kan utbilda vårdpersonal och ge stöd vid fastställande av gemensamma kvalitetssäkringskrav.

Mer anpassningsbara hälso- och sjukvårdssystem

Det finns ett akut behov av ytterligare undersökningar om anpassningsbara hälso- och sjukvårdssystem och om hur man ska bygga upp dem. Medlemsstaterna bör ta fram bättre analyser av dessa faktorer på grundval av sina nationella erfarenheter. Dessa analyser bör kompletteras av arbete inom EU om spridning av bästa praxis och utarbetande av politiska åtgärder. Följande åtgärder kan bidra till att förbättra hälso- och sjukvårdssystemens anpassningsbarhet i EU.

Utvärdering av medicinska metoder

Vid en utvärdering av medicinska metoder utvärderar man vetenskapligt den relativa inverkan av en särskild medicinsk metod på ett hälso- eller sjukdomstillstånd genom att svara på frågor som:

- Är metoderna effektiva?
- Vem får hjälp av metoderna?
- Vilka är kostnaderna?
- Hur väl fungerar metoderna jämfört med andra metoder?

Utvärderingen av medicinska metoder har visat sig vara ett effektivt verktyg för att förbättra tillgången till innovativa metoder för patienter och för att stödja en effektivare fördelning av de ekonomiska resurserna.

Medlemsstaterna bedriver samarbete om utvärderingar av medicinska metoder inom ramen för ett nätverk som fastställdes i direktiv 2011/24/EU. Kommissionen stöder ett ambitiöst mål som nätverket för utvärderingar av medicinska metoder har, nämligen att information om utvärderingar av medicinska metoder som tagits fram gemensamt bör återanvändas på nationell nivå. På så sätt kommer dubbelarbetet för tillsynsmyndigheterna samt de organ och företag som arbetar med

utvärdering av medicinska metoder att minska, och en gemensam syn på kliniska aspekter av hälso- och sjukvårdsmetoder (t.ex. deras relativa säkerhet och effektivitet) att skapas.

I framtiden kommer en mer ambitiös och stabil struktur för att stödja det vetenskapliga samarbetet om utvärdering av medicinska metoder att utvecklas. Kommissionen samarbetar med nätverket för utvärdering av medicinska metoder om eventuella förslag i denna fråga.

Hälsoinformationssystem

Alla insatser för att förbättra hälso- och sjukvårdssystemets anpassningsförmåga måste beaktas i själva systemet. Beslut om investeringar eller minskade investeringar i vissa specifika sektorer måste basera sig på förståelse för de processer som styr dessa sektorer och insatsernas effekt på hälsorelaterade och ekonomiska parametrar.

Medlemsstaterna bör därför investera i att utveckla sina informationsflöden för att exempelvis garantera att informationsflöden på patientnivå styrs på ett ändamålsenligt sätt till alla nödvändiga vårdgivare eller att stöd ges till en mer effektiv och hållbar omorganisation av hälso- och sjukvårdssystemen och hälso- och sjukvårdstjänsterna[25].

Kommissionen överväger att stödja medlemsstaterna i att inrätta ett hållbart och integrerat hälsoinformationssystem inom EU och särskilt undersöka möjligheterna till ett övergripande konsortium för europeisk forskningsinfrastruktur för hälsoinformation.

E-hälsa

Kommissionen uppmanar med eftertryck medlemsstaterna att samarbeta om e-hälsa, och stöder dem i att utveckla och genomföra kostnadseffektiva och kompatibla e-hälsolösningar för att förbättra hälso- och sjukvårdssystemen[26]. I enlighet med kraven i direktiv 2011/24/EU stöder kommissionen nätverket för e-hälsa. Nätverket arbetar med att tillhandahålla hållbara nyttoeffekter från de europeiska system, tjänster och driftskompatibla tillämpningar som rör e-hälsa. Handlingsplanen för e-hälsa 2012–2020 betonar också fördelarna med e-hälsotjänster för medborgare, patienter och vårdgivare, och föreslår särskilda åtgärder för att sänka hindren för att använda dessa tjänster.

Fler insatser krävs för att utarbeta effektiva och kompatibla telemedicintjänster. De europeiska referensnätverken kommer att erbjuda utmärkta möjligheter att införa och testa telemedicin i EU.

6. Slutsatser

I 2013 års årliga tillväxtöversikt konstateras det att ”mot bakgrund av de demografiska utmaningarna och de allt högre åldersrelaterade utgifterna krävs reformer inom hälso- och sjukvården för att säkerställa kostnadseffektivitet och hållbarhet, vilket bäst sker genom att koppla systemens resultat

[25] Se slutsatserna i rapporten från arbetsgruppen för e-hälsa *Redesigning health in Europe for 2020* där beslutsfattarna uppmanas att utnyttja informationens makt: http://ec.europa.eu/digital-agenda/en/news/eu-task-force-ehealth-redesigning-health-europe-2020.

[26] COM(2012) 736.

till det dubbla målet effektivare användning av offentliga resurser och tillgång till hälso- och sjukvård av hög kvalitet".

Medlemsstaternas framtida möjligheter att erbjuda vård av hög kvalitet till alla kommer att vara beroende av om man kan göra hälso- och sjukvårdssystemen mer anpassningsbara och bättre rustade att ta itu med de utmaningar som väntar. Samtidigt måste systemen fortsatt vara kostnadseffektiva och finansiellt hållbara.

Även om detta i främsta rummet är en uppgift för medlemsstaterna lyfter detta meddelande fram en rad initiativ som gör att EU kan stödja beslutsfattare i medlemsstaterna. EU måste utveckla dessa initiativ och bygga vidare på dem för att garantera att medborgarnas förväntningar på vård av hög kvalitet kan uppfyllas. Fokus måste ligga på metoder och verktyg som kommer att göra det möjligt för medlemsstaterna att göra sina hälso- och sjukvårdssystem mer effektiva, tillgängliga och anpassningsbara, i linje med de rekommendationer till reform som riktats till medlemsstaterna inom ramen för den europeiska planeringsterminen. För att genomföra reformerna i dessa rekommendationer uppmuntras medlemsstaterna också att dra nytta av europeiska finansieringsinstrument.

