



EUROOPA
KOMISJON

Brüssel, 4.4.2014
COM(2014) 215 final

KOMISJONI TEATIS

TULEMUSLIKE, KÄTTESAADAVATE JA PAINDLIKE TERVISHOIUSÜSTEEMIDE KOHTA

1. Sissejuhatus

Tervishoiusüsteemidel¹ on kaasaegses ühiskonnas keskne roll, et aidata inimestel säilitada ja parandada oma tervist. Tervishoiusüsteemid peaksid lisama elule aastaid ja tooma neisse aastatesse rohkem elu.

ELi liikmesriikide tervishoiusüsteemid on erinevad, peegeldades ühiskonna erinevaid valikuid. Hoolimata korralduslikest ja finantsilistest erinevustest rajanevad tervishoiusüsteemid ühistel väärtustel, milleks on universaalsus, kvaliteetse ravi kättesaadavus, võrdsus ja solidaarsus, nagu määratleti tervishoiuministrite nõukogus 2006. aastal².

ELi tervishoiusüsteemid on üha enam omavahel seotud. Direktiivi 2011/24³ jõustumine oli oluline samm kõnealuse seotuse suurendamisel. Tervishoiusüsteemide vahelise koostöö tugevdamine peaks aitama neil paremini toimida, kui nad seisavad silmitsi patsientide ja tervishoiutöötajate suureneva liikuvusega.

Viimasel kümnendil on Euroopa tervishoiusüsteemide ees olnud ühised probleemid: tervishoiuteenuste kallinemine, elanikkonna vananemine koos krooniliste haiguste ja hulgihaigestumise kasvuga, mis on toonud kaasa suurema nõudluse tervishoiuteenuste järele, tervishoiutöötajate puudus ja ebahühtlane jaotumine ning tervisealane ebavõrdsus ja ebavõrdsus tervishoiuteenustele juurdepääsus.

Lisaks on viimaste aastate majanduskriis vähendanud olemasolevaid rahalisi vahendeid ning seega muutnud tervishoiusüsteemide kestlikkuse tagamise liikmesriikide jaoks keerulisemaks.⁴ See omakorda seab ohtu liikmesriikide võime tagada üldine juurdepääs kvaliteetsele tervishoiule. Tervishoiusüsteemid peavad olema paindlikud: kohanema muutuva keskkonnaga ja tulema toime keeruliste väljakutsetega piiratud ressursside tingimustes.

Omavaheline sõltuvus suureneb ning ühised väljakutsed nõuavad tihedamat koostööd. Liikmesriigid leppisid 2006. aastal kokku ühised eesmärgid tervishoiu juurdepääsetavuse, kvaliteedi ja majandusliku jätkusuutlikkuse valdkonnas sotsiaalkaitse ja sotsiaalse kaasatuse avatud koordinatsiooni meetodi raames⁵. 2011. aastal algatas tervishoiuministrite nõukogu ELi tasandi arutelu, et aidata liikmesriikidel luua tänapäevased, reageerimisvõimelised ja kestlikud

¹ Käesolevas teatises on tervishoiusüsteemid määratletud kui süsteemid, mille eesmärk on tagada patsientidele tervishoiuteenused – nii ennetavad, diagnostilised, raviotstarbelised kui ka palliatiivsed – mille peamine eesmärk on tervise parandamine.

² Nõukogu järeldused ELi tervishoiusüsteemide ühiste väärtuste ja põhimõtete kohta, ELT C 146, 22.6.2006.

³ Direktiiv 2011/24/EL, ELT L 88, 4.4.2011.

⁴ Seda rõhutati ka nõukogu järeldustes, mis käsitlevad majanduspoliitika komitee ja komisjoni ühisaruannet tervishoiusüsteemide kohta ELis (7. detsember 2010).

⁵ Sotsiaalkaitsekomitee ja majanduspoliitika komitee ühisarvamus komisjoni teatise „Tegutsemine koos ja paremini: uus raamistik sotsiaalse kaitse ja kaasatuse poliitikavaldkondade avatud kooskõlastamiseks Euroopa Liidus” kohta, mida toetas tööhõive, sotsiaalpoliitika, tervise- ja tarbijakaitseküsimuste nõukogu 10. märtsil 2006.

tervishoiusüsteemid⁶. Tunnistati, et „kui põhiküsimus on alati olnud võrdse juurdepääsu tagamine kvaliteetsetele tervishoiuteenustele kahanevate majanduslike ja muude ressursside tingimustes, siis praegu on muutumas olukorra ulatus ja kiireloomulisus, ning kui sellega ei tegeleta, siis võib sellest saada oluline tegur ELi tulevase majandusliku ja sotsiaalse maastiku kujunemisel.”

2013. aasta detsembris kiitis tervishoiuministrite nõukogu heaks tehtud edusammud ja kutsus üles selles valdkonnas tööd jätkama oma järel dustes „Aruteluprotsess seoses kaasaegsete, reageerimisvõimeliste ja jätkusuutlike tervishoiusüsteemidega”⁷.

2014. aasta majanduskasvu analüüsis⁸ leiti, et „kõige olulisem on nüüd majanduskasvu ja konkurentsivõime kasvatamine”, et luua pikaajaline taastumine. Seda eesmärki silmas pidades rõhutatakse analüüsis vajadust parandada tervishoiusüsteemide tõhusust ja finantsilist jätkusuutlikkust, suurendades nende tulemuslikkust ning võimet täita sotsiaalseid vajadusi ja tagada hädavajalikud sotsiaalsed turvavõrgustikud. Samuti tunnistatakse analüüsis tervishoiusektori tähtsust võitluses majanduskriisi sotsiaalsete tagajärgedega, rõhutades, et tervishoiuteenused on valdkond, mis loob märkimisväärsed tööhõivevõimalusi järgnevatel aastatel. Soovitatakse, et tuleks välja töötada aktiivse sotsiaalse kaasamise strateegiad, sealhulgas laialdane juurdepääs taskukohastele ja kvaliteetsetele tervishoiuteenustele.

Varem oli seda rõhutatud 2013. aastal, kui üksteist liikmesriiki⁹ said soovitusel oma tervishoiusüsteemide reformimiseks Euroopa poolaasta raames. Enamik soovitustest käsitles tervishoiusüsteemide kestlikkust ja kulutasuvust, kutsudes üles reformima haiglasektorit, tervishoiuteenuste hinnakujundust, ambulatoorset ravi ja esmatasandi arstiabi. Kolmes soovitusel paluti ka säilitada või parandada juurdepääsu tervishoiuteenustele.

Lisaks sellele, et tervis on iseenesest oluline väärtus, on see ka majandusliku heaolu eeltingimus, nagu on sedastatud komisjoni talituste töödokumendis „Investeeringud tervisesse”, mis on sotsiaalsete investeeringute paketi osa¹⁰. Inimeste tervis mõjutab tootlikkust, tööturul osalemist, inimkapitali ja avaliku sektori kulutusi. Tervishoiusektor on tihedalt seotud innovatsiooniga ning omab ka suurt majanduslikku tähtsust, moodustades 10% ELi SKPst. Lisaks on see väga töömahukas tegevus ja üks suuremaid sektoreid ELis: tervishoiutöötajad moodustasid 2010. aastal 8 % kõigist töökohtadest ELis¹¹.

Kasutades ära viimaste aastate jooksul saadud kogemusi ja tehtud tööd ning pidades silmas lähenemisviiside edasist arendamist ELi tasandil, keskendutakse käesolevas teatisel meetmetele, et:

⁶ Nõukogu järel dusted: Kaasaegsete, reageerimisvõimeliste ja jätkusuutlike tervishoiusüsteemide suunas (6. juuni 2011).

⁷ Nõukogu järel dusted „Aruteluprotsess seoses kaasaegsete, reageerimisvõimeliste ja jätkusuutlike tervishoiusüsteemidega” (10. detsember 2013).

⁸ KOM (2013) 800.

⁹ Austria, Bulgaaria, Tšehhi Vabariik, Saksamaa, Soome, Prantsusmaa, Malta, Poola, Rumeenia, Slovakkia ja Hispaania.

¹⁰ KOM(2013) 83.

¹¹ SWD (2012) 93, lisatud teatisele KOM(2012) 173.

1. Tugevdada tervishoiusüsteemide tulemuslikkust
2. Suurendada tervishoiuteenuste kättesaadavust
3. Parandada tervishoiusüsteemide paindlikkust

2. Tervishoiusüsteemide tulemuslikkuse suurendamine

Tulemuslikkus, ohutus ja patsientide kogemused on tervishoiuteenuste kvaliteedi olulised tegurid, millega mõõta tervishoiusüsteemide toimimist. Praegu on ELi tasandil käimas töö patsiendi ohutuse valdkonnas,¹² samas kui patsientide kogemused on peamine valdkond, mis vajab täiendavat tähelepanu tulevikus.

Käesolevas teatises keskendutakse tulemuslikkusele: tervishoiusüsteemide võimele pakkuda positiivseid tulemusi, st parandada elanikkonna tervist.

Tervishoiusüsteemide tulemuslikkuse mõõtmine muutub järjest olulisemaks, eelkõige seetõttu, et tervishoiuteenused ei ole ainus tegur, mis meie tervist parandab. Ehkki keskmine eluiga on liikmesriigiti jätkuvalt väga erinev, elame siiski üldiselt kauem ja parema tervise juures kui eelmised põlvkonnad. Suur roll on saavutustel rahvatervise valdkonnas ja väljaspool tervishoiusüsteemi. Olukorra paranemist on loota ka tulevikus, näiteks väheneb suitsetamine ja alkoholitarbimine ning paraneb toitumine ja füüsiline aktiivsus. Valitseb üldine üksmeel, et tervishoiusektori panus elanikkonna tervise parandamisse on viimase viie- kuni kuuekümnepäevase aasta jooksul märkimisväärselt suurenenud.

Tervishoiusüsteemide tulemuslikkuse kohta võrreldava info kogumine on endiselt algusjärgus. Allpool on esitatud näited valdkondades, kus tervishoiusüsteemide panus tervise parandamisesse on kõige ilmsem. Seda toetavad kättesaadavad kogu ELi hõlmavad näitajad (s.o perinataalne suremus, välditav suremus, vaktsineerimisega välditavate haiguste esinemine ja vähi sõeluuring). See võrdlus näitab suuri erinevusi ELi liikmesriikide vahel.

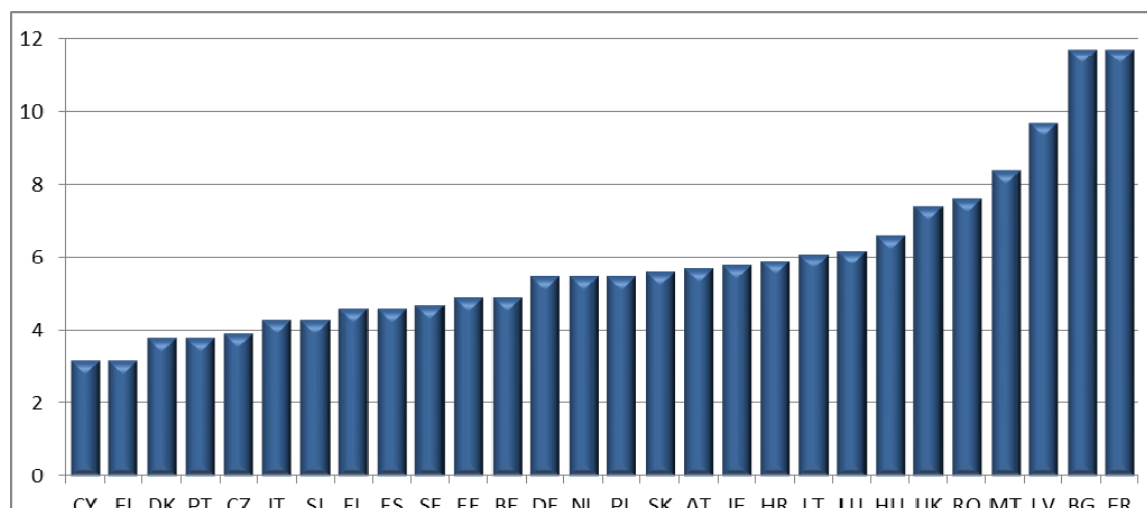
Perinataalne suremus

Perinataalne suremus arvutatakse hilise lootesurma (pärast 28. rasedusnädalat) ja varase neonataalsuremuse (kuni seitse päeva pärast sünnitust) summana. Võrreldes imikute suremusega,¹³ on see näitaja vähem seotud sotsiaal-majanduslike teguritega ning seeläbi usaldusväärsem indikaator tervishoiusüsteemi tulemuslikkuse hindamiseks.

¹² Nõukogu soovitus, 9. juuni 2009, mis käsitleb patsiendi ohutust, sealhulgas tervishoiuteenustega seotud nakkuste ennetamist ja tõrjet, ELT C 151, 3.7.2009.

¹³ Imikute suremus on laste surmade arv esimesel eluaastal 1 000 elussünni kohta.

Joonis 1: perinataalne suremus 1 000 sünni kohta (2011 või kõige hilisemad andmed)



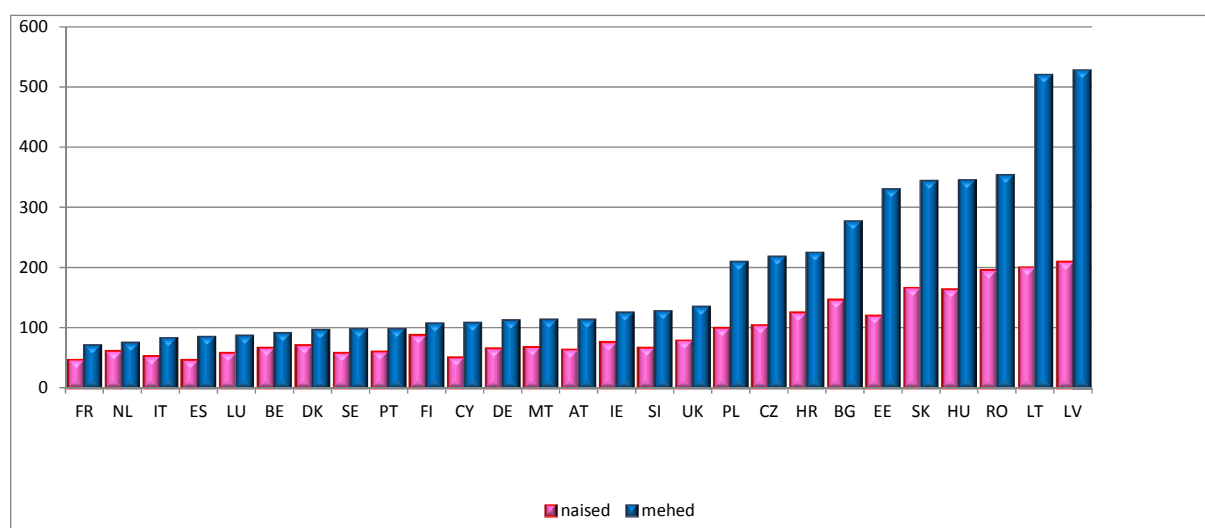
Allikas: Eurostati andmebaas, Europeristati projekt (mille töötasid välja komisjoni talitused)

Perinataalne suremus on viimase viie aasta jooksul langenud enamikus liikmesriikides, ehkki mõnedes riikides on see näitaja kõnealusel perioodil suurenenud.

Välditav suremus

Välditav suremus on määratletud kui enneaegsed surmad, mida oleks saanud ära hoida õigeaegsete ja tõhusate tervishoiuteenustega. See on oluline näitaja, mida kasutatakse tervishoiusüsteemide panuse uurimisel tervisetulemuste puhul¹⁴. Välditava suremuse arvutamisel kombineeritakse standardseid suremuskordajaid teatavate haigustega, mille puhul arvatakse, et tervishoiul on neile otsene mõju.

Joonis 2: välditav suremus, standardised suremuskordajad 100 000 elaniku kohta – 2010



Allikas: Eurostat (Kreeka kohta andmed puuduvad)

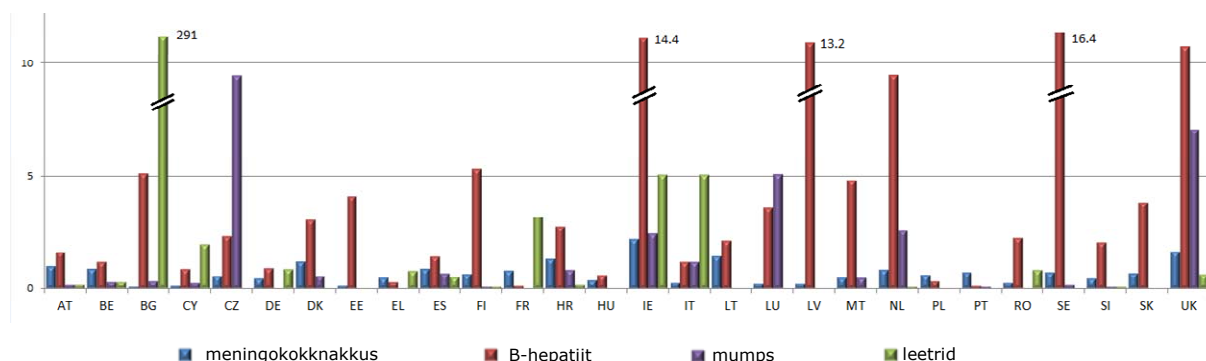
¹⁴ Välditavat suremust hõlmavate võrdluste puhul tuleb kindlasti arvesse võtta haigusjuhtude arvu, mitte ainult nende haigustega seotud surmajuhtumeid. Siiski ei ole tagatud võrreldavate andmete kättesaadavus

Peaaegu kõik liikmesriigid on suutnud ajavahemikus 2000–2010 vähendada välditavat suremust, kuigi vähenemise määrad varieeruvad liikmesriigiti märkimisväärselt.

Nakkushaigused

Teatavate nakkushaiguste esinemine on otseselt seotud asjakohaste tervishoiuteenuste osutamisega. Immuniseerimiskampaaniad on märkimisväärselt vähendanud vaktsineerimise abil välditavate haiguste esinemist (kuigi mõnedes riikides on muret tekitavaid märke vaktsineerimise vähenemisest).

Joonis 3: vaktsineerimise abil välditavate haiguste esinemine — kinnitust leidnud juhtumite arv 100 000 elaniku kohta — 2011



Allikas: ECDC epidemioloogiaalane aastaaruanne 2012

Liikmesriigiti on näitajad väga erinevad, isegi kui vaadeldakse väheseid vaktsiinidega välditavaid haiguseid (meningokokknakkus, B-hepatiit, mumps ja leetrid).

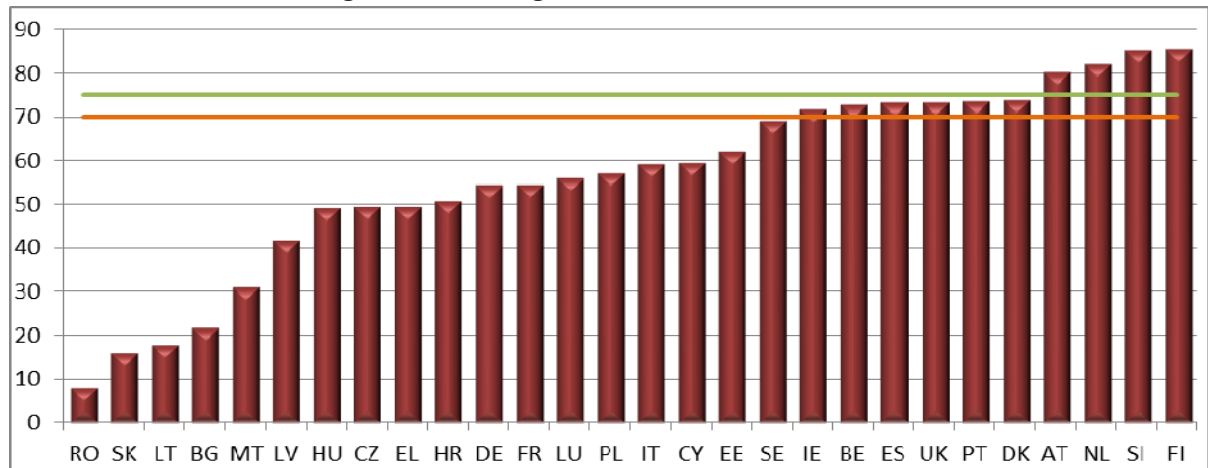
Vähktõve sõeluuringud

Kolorektaalvähi, emakakaela- ja rinnavähi varajane diagnoosimine organiseeritud rahvastikupõhiste sõeluuringute programmide abil on oluline näitaja tervishoiusüsteemide tulemuslikkuse hindamisel riskisektorites. Nõukogu soovitas rakendada selliseid programme vastavalt Euroopa kvaliteedi tagamise suunistele¹⁵.

Rinnavähk on valdkond, kus on saavutatud kõige suuremat edu. Riiklikud sõeluuringuprogrammid vastavad üldiselt ELi suunistele sihtvanuserühmade kohta (naised vanuses 50–69) ja mammograafia sõeluuringute soovitatavate intervallide kohta. Kuigi Euroopa suunised seavad eesmärgiks vähemalt 75 % sihtrühma kuuluvate naiste uurimise (ja vastuvõetavaks tasemeks peetakse 70 %), jõudsid vaid üksikud liikmesriigid 2010. aastal sellise määrani.

¹⁵ Nõukogu soovitus, 2. detsember 2003, vähktõve sõeluuringute kohta; ELT L 327, 16.12.2003. Vt ka Euroopa kvaliteedi tagamise suunised kolorektaalvähi sõeluuringute ja diagnostika, emakakaelavähi sõeluuringute ning rinnavähi sõeluuringute ja diagnostika puhul.

Joonis 4: rinnavähi sõeluuringud — sõeluuringus osalenud 50–69-aastaste naiste %



Allikas: OECD health at a glance Europe 2012, riiklik statistika

Peamised järeldused

Võib esitada mõned esialgsed tähelepanekud seoses kõnealuste konkreetsete näitajatega, kuigi need ei ole piisavalt representatiivsed, et toetada tervishoiusüsteemide laialtlevikut hindamist. Näitajatest ilmnevad suured erinevused ELi liikmesriikide vahel. Samuti nähtub, et tervisetulemused on mitmemõõtmelised ja raskesti määratletavad. Üldiselt on tervishoiusüsteemide tulemuslikkuse hindamine keeruline protsess: tervishoiu meetmete mõju avaldub alles pika aja jooksul ning samuti on keeruline tagada andmete võrreldavust ja usaldusväärsust. Selle kallal tehakse siiski tööd.

Komisjon on toetanud Euroopa tervise põhinäitajate (ECHI) väljatöötamist, et jälgida elanikkonna tervist ja tervishoiusüsteemide toimimist. Samuti on avaldatud mitmeid aruandeid, milles hinnatakse Euroopa tervishoiusüsteeme. Eriti oluline on majanduspoliitika komitee ja Euroopa Komisjoni aruanne tervishoiusüsteemide kohta, mis avaldati 2010. aastal, ning seeria „Health at a Glance Europa”, mille avaldasid OECD ja komisjon.

Tähtis samm astuti ka 2013. aastal: sotsiaalkaitsekomitee töötas tervishoiu jaoks välja ühise hindamisraamistiku, mille eesmärk on olla esmane seirevahend liikmesriikide tervishoiusüsteemide probleemide avastamiseks. See kujutab endast olulist panust tervishoiusüsteemide tulemuslikkuse võrdlevaks hindamiseks, võttes arvesse andmete kättesaadavust ELi tasandil. Lisaks on teadusuuringute ja tehnoloogia arendamise raamprogrammidest rahastatud mitmeid projekte, et töötada välja näitajad ja meetodika tervishoiusüsteemide hindamiseks.¹⁶

3. Tervishoiusüsteemide kättesaadavuse parandamine

Tervishoiusüsteemid peavad olema kättesaadavad. See on üks Euroopa sotsiaalharta¹⁷ sisalduv põhimõte, milles rõhutatakse arstiabi kättesaadavuse läbipaistvaid kriteeriume ning liikmesriikide

¹⁶ Vt nt projekte ECHO (<http://www.echo-health.eu>), Eurohope (<http://www.eurohope.info>), ja EuroREACH (<http://www.euroreach.net>).

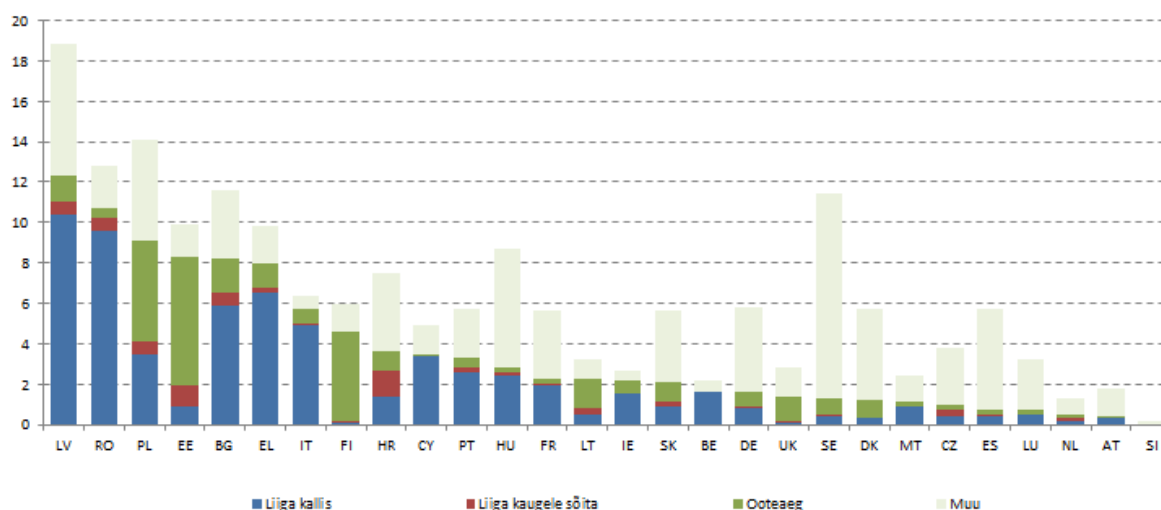
¹⁷ Läbivaadatud Euroopa sotsiaalharta, Strasbourg 3. mai 1996.

kohustust tagada piisav tervishoiusüsteem, mis ei välista osa elanikkonna jaoks tervishoiuteenuste saamist.

Tervishoiuteenuste kättesaadavust on siiski raske mõõta ning puudub kogu ELi hõlmav üksikasjalik metoodika kättesaadavuse jälgimiseks ja parimate tavade edendamiseks. See oleks oluline samm tervisealase ebavõrdsuse vähendamiseks.¹⁸

Üldiselt kasutatakse näitajana varieeruvust ELi elanike suhtelises arvus, kellel on raskusi tervishoiuteenustele juurdepääsuga põhjustel,¹⁹ mis on seotud tervisesüsteemide kättesaadavusega: ooteaeg, sihtkoha kaugus ja kulude jagamine. Need järeldused tulenevad siiski inimeste enda kirjeldatud vajadustest ja riike võrreldes võib esineda kultuurilist kallutatust.

Joonis 5: Rahuldamata vajadus arstiabi järele inimeste endi hinnangul põhjuste kaupa – % elanikkonnast



Allikas: Eurostat, sisetuleku ja elamistingimuste statistika 2012 (AT ja IE puhul 2011. aasta andmed)

Juurdepääs tervishoiule hõlmab mitmeid erinevaid tegureid, sealhulgas tervishoiusüsteemi kaetust (st kellel on õigus tervishoiuteenustele), kaetuse sügavust (st millele on kodanikel õigus), teenuste taskukohasust ja tervishoiuteenuste kättesaadavust. Juurdepääsu tervishoiuteenustele mõjutavad otseselt ka tervishoiusüsteemides kasutatavad organisatsiooni- ja juhtimismudelid. Patsiendid võivad tervishoiuteenustele juurdepääsu pidada keerulisemaks, kui süsteem on keeruline ja läbipaistmatu.



¹⁸ KOM(2009) 567.

¹⁹ Pange tähele, et „muud põhjused” selles küsitluses on seotud põhjustega, mis ei ole seotud kohalike tervishoiusüsteemidega (nt „pole aega”, „hirm arsti ees” jne).

Elanikkonna kaetus

Tervishoiuteenuseid rahastatakse peamiselt avalikest allikatest peaaegu kõikides ELi liikmesriikides. Tervishoiuteenustega hõlmatus on universaalne või peaaegu universaalne kõigis liikmesriikides, kuid siiski jäävad mõned ebasoodsast keskkonnast inimesed adekvaatsetest tervishoiuteenustest kõrvale.

Kaetuse sügavus

Avaliku sektori vahenditest rahastatavad tervishoiuteenused on riiklikes tervishoiusüsteemides erinevad. Näiteks hambaravi, silmaraviteenused ja mõned uusimad raviviisid on ravikindlustusega kaetud ainult mõnes liikmesriigis. Mitmes liikmesriigis puudub selgesõnaline määratlus riiklikult rahastatava ravi kohta. See raskendab võrdlemist ja analüüsi, mis aitaks leida üksmeele minimaalse või optimaalse ravi taseme määratlemiseks.

Taskukohasus

Inimesed peavad sageli rahaliselt osalema vajitava teenuse eest maksmises, kas kulude jagamise või omaosaluse kaudu. See aitab tagada, et tervishoiuteenuseid kasutatakse vastutustundlikult. Samas ei tohiks omaosalus kujutada endast takistust vajaliku ravi saamisel. Tervisesüsteemide kulude piiramise meetmed, mille eesmärk on edendada tervishoiu ratsionaalset kasutamist, ei tohiks asjatult vähendada juurdepääsu kvaliteetsetele tervishoiuteenustele.

Kättesaadavus (tervishoiutöötajate arv, kaugus raviteenusest, ooteajad)

Patsientidel peab olema mõistlik juurdepääs tervishoiuteenustele: vajaliku teenuse saamiseks ei peaks nad sõitma liiga kaugele või ootama liiga kaua. See on eriti tõsine probleem maapiirkondades ja äärealadel.

Vahemaaga seotud probleeme saab ületada rohkem integreeritud hooldusmudelite abil, mis parandavad patsientide ja tervishoiusüsteemide kontakti, ning e-tervise lahenduste laiemal kasutamisel.

Ooteaja mõõtmiseks puudub ELi määratlus, kuigi see on oluline mõiste määruses 883/04²⁰ ja direktiivis 2011/24. See võib muutuda, kuna direktiiviga 2011/24 parandatakse tervishoiusüsteemide vastutust tervishoiuteenuste kättesaadavuse eest, suurendades ravi ootamisega seotud mõiste „põhjendamatu viivitusest” läbipaistvust.

Vananev rahvastik ja krooniliste mitmikdiagnooside sagenemine nõuavad erinevaid oskuste kombinatsioone, mis mõjutab ka meditsiinilise väljaõppe programmide sisu. Kutsealade eristatus muutub tõenäoliselt vähem jäigaks multidistsiplinaarsete meeskondade loomise kaudu. Nõudlus oskuste ja pädevuste järele tervishoiusektoris on muutumas ning ülesanded ja kutsealad peavad pidevalt arenema, et rahuldada elanikkonna vajadusi. Näiteks ELi kehalise passiivsuse kõrgeid näitajaid ning sellega seotud terviseriski arvesse võttes on tervishoiutöötajatel oluline roll patsientide

²⁰ Määrus (EÜ) nr 883/2004, 29. aprill 2004, sotsiaalkindlustussüsteemide koordineerimise kohta, ELT L 166, 30.4.2004

nõustamisel kehalise aktiivsuse vajalikkuse kohta, tehes koostööd ka muude sektoritega, nt spordisektoriga.²¹

Selleks et kõnealuse arenguga sammu pidada, peavad meditsiinilise koolituse planeerimise süsteemid olema arukamad ja reageerima kiiremini ning kaasama õppureid paremini valdkondadesse, mida kõige rohkem vajatakse.

Lisaks näitavad tõendid, et tähelepanu tuleks pöörata ravimitele, sest üksikisikute kulutused ravimitele on märgatavalt suuremad kui muud tüüpi avalikult rahastatud tervishoiuteenustele.

Riiklikud otsused hindade ja hüvitamise kohta mõjutavad nii otseselt kui ka kaudselt ravimite kättesaadavust kogu ELis: innovaatilised tooted ei muutu kõikides liikmesriikides korraga kättesaadavaks ning mõnedes liikmesriikides ei pruugi need üldse olla kättesaadavad.

Esimene samm olukorra parandamiseks astuti sotsiaalse vastutuse protsessiga farmaatsia valdkonnas, millega julgustati hinnakujunduse ja hüvitamise eest vastutavate pädevate asutuste ja muude huvitatud sidusrühmade vahelist arutelu ning toetati läbipaistvat teabevahetust selle kohta, kuidas saavutada ravimite parem kättesaadavus.

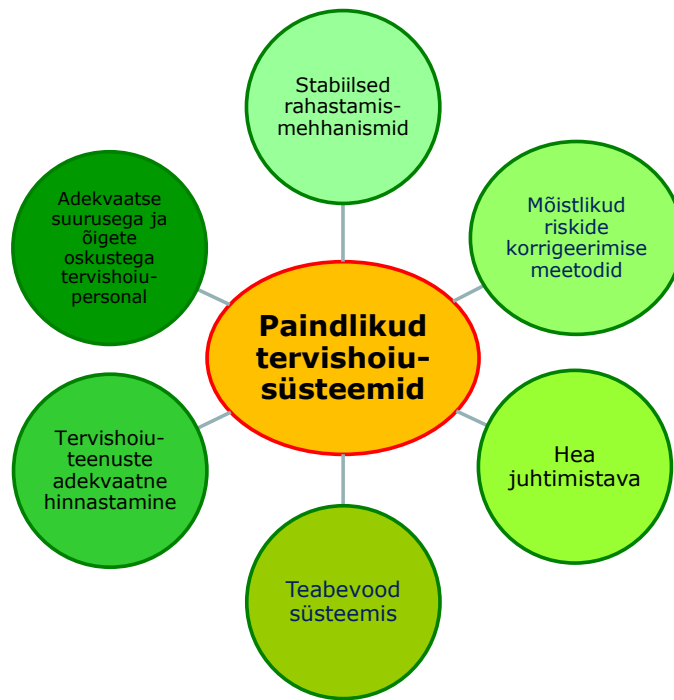
4. Tervishoiusüsteemide paindlikkuse parandamine

Kaasaegsed tervishoiusüsteemid peavad olema kättesaadavad ja tõhusad ning püüdlema pikaajalise kestlikkuse poole. Selleks peavad nad olema rahaliselt jätkusuutlikud. Komisjon toetab liikmesriike selles töös, pakkudes analüüse ja prognoose ning soovitades reforme Euroopa poolaasta protsessi osana.

Tervishoiusüsteemid peaksid arvesse võtma ka mitterahalisi tegureid. Nad peavad olema suutelised tõhusalt kohanema muutuvate oludega ning leidma ja rakendama innovaatilisi lahendusi, et kõrvaldada olulised probleemid — eksperditeadmiste ja ressursside vähesus teatavates valdkondades, ootamatu nõudluse kasv (nt epideemiad) jne — piiratud ressursside tingimustes. Teisisõnu, tuleb luua ja säilitada paindlikkus.

ELi tervishoiusüsteemid ei ole tulnud ühtviisi hästi toime majanduskriisiga ja mõned neist on pidanud rakendama ulatuslikke ja mõnikord valulisi reforme väga lühikese aja jooksul. Hiljutiste reformide kogemustele tuginedes on komisjon kindlaks määranud järgmised paindlikkustegurid, mis on aidanud mõnedel tervishoiusüsteemidel tagada kättesaadavad ja tõhusad tervishoiuteenused oma elanikkonna jaoks.

²¹ Nõukogu soovitus, 26. november 2013, tervist tugevdava kehalise aktiivsuse sektoritevahelise edendamise kohta, ELT C 354, 4.12.2013.



Stabiilsed rahastamismehhanismid

Stabiilne rahastamine võimaldab tõhusat investeringute kavandamist ja tõrgeteta teenuste järjepidevust ravi korraldamisel ja juhtimisel. Tervishoiusüsteeme, mille rahastamine põhineb vähem stabiilsetel tuluallikatel, võivad kergemini tabada välised vapustused: nt süsteemid, mis tuginevad tööhõivega seotud maksetele, võivad kogeda negatiivseid tagajärgi tööpuuduse suurenemise korral. Reservid või muud vastutsüklilised mudelid riigieelarve vahendite juhtimiseks võivad aidata tagada rahastamise stabiilsust.

Mõistlikud riskide korrigeerimise meetodid

Järjepidev riskide korrigeerimise ja hajutamise süsteem on tähtsaim vahend, mis tagab, et ressursse kasutatakse vastavalt vajadustele. Näiteks, kui mitu ravikindlustuse pakkujat koguvad sotsiaalkindlustusmaksid või kindlustuspreemiaid, siis kasutatakse riski korrigeerimise / riski tasandamise mehhanisme, et võtta arvesse igas fondis kindlustatud isikute arvu, ealist ja soolist struktuuri ning haigestumusmustreid. See on vajalik, et vältida patsientide valimist ja diskrimineerimist ning aitab tagada rahastamise vastavust vajadustele.

Hea juhtimistava

Juhtimine tähendab tervishoiusüsteemi ja selle põhikomponentide selgelt määratletud vastutusalasid koos tugeva juhtimise, mõistlike vastutusmehhanismide ja selge organisatsioonilise struktuuriga. See võimaldab süsteemidel paremini kohaneda uute eesmärkide ja prioriteetidega ning suurendab nende suutlikkust reageerida suurtele väljakutsetele, tuvastades ja võttes kasutusele vajalikud meetmed, et toetada arukaid investeerimisotsuseid.

Teabevood süsteemis

Põhjalikud teadmised tugevatest ja nõrkadest külgedest ning võime teavet jälgida, sealhulgas patsiendi või tervishoiuteenuste osutaja tasandil, võimaldab tervishoiusüsteemi juhtidel teha konkreetsetes allsektorites sobivaid, tõenditel põhinevaid otsuseid.

E-tervisel põhinevad infosüsteemid hõlbustavad ja toetavad teabesüsteemide parandamist. Lisaks võivad e-tervise süsteemid pakkuda personaalsemaid tervishoiuteenuseid, mis on paremini suunatud, tulemuslikumad ja tõhusamad ning aitavad vähendada vigu ja lühendada haiglaravi kestust.

Tervishoiuteenuste adekvaatne hinnastamine

Väga oluline on mõista keerulist protsessi kuludest kuni tulemusteni. Kuidas kulutused vastavad füüsilistele ja inimressurssidele, kuidas ressursid mõjutavad tegevusi (nt kirurgiline sekkumine, diagnostika), kuidas tegevused moodustavad ravi ning lõpuks, kuidas sekkumismeetmed mõjutavad tervist.

Tervisetehnoloogia hindamine on peamine vahend, millega tagatakse sekkumiste tulemuslikkuse hindamise ühine meetod ja teenuste korrektne hinnastamine, mis võimaldab otsustajatel jagada ressursse kõige tõhusamal viisil.

Võime tervishoiuteenuseid täpselt hinnastada ei ole vajalik mitte ainult kulutuste kontrollimiseks, vaid on ka tõhusate investeerimisotsuste ja prioriteetide seadmise eeltingimus.

Adekvaatse suurusega ja õigete oskustega tervishoiupersonal

Kõrge kvalifikatsiooniga ja motiveeritud ning piisava suuruse ja asjakohaste oskustega tervishoiupersonal on oluline innovaatiliste lahenduste leidmiseks organisatsiooniliste ja tehnoloogiliste muutuste kaudu. Samuti on oluline omada tõhusat stiimulite süsteemi, et parandada tervishoiutöötajate tööd ning tagada keskendatus tervishoiuteenuste osutamisele.

5. ELi tegevuskava tõhusate, kättesaadavate ja paindlike tervishoiusüsteemide jaoks

Tervishoiusüsteemide eest lasub esmane vastutus liikmesriikidel. EL on võtnud mitmeid meetmeid, mis võivad toetada liikmesriike, pakkudes eelkõige suuniseid ning järelevalve ja hindamise vahendeid.

Komisjon on loonud sõltumatu eksperdirühma, mis annab nõu seoses investeeringutega tervishoidu²². Kõnealune eksperdirühm esitab komisjonile analüüse ja soovitusi mitmete arutluse all olevate küsimuste kohta.

Tervishoiusüsteemide tulemuslikkuse suurendamise toetamine

Tervishoiusüsteemide tulemuslikkuse hindamine (HSPA)

²² Komisjoni otsus, 5. juuli 2012, millega luuakse mitut valdkonda hõlmav ja sõltumatu eksperdirühm, mis annab nõu tõhusate tervishoidu investeerimise viiside kohta, ELT C 198, 6.7.2012.

Tervishoiuministrite nõukogu kutsus liikmesriike üles kasutama HSPAd poliitika kujundamisel, vastutuse ja läbipaistvuse suurendamiseks, ning kutsus komisjoni üles toetama liikmesriike HSPA kasutamisel.

Selle üleskutse alusel alanud HSPA koostöö annab liikmesriikidele vahendid ja meetodid, sealhulgas:

- võimaluse saada kasu ELi rahastatavatest teadusuuringutest tulemuslikkuse hindamise meetmete ja näitajate kohta;
- määratleda kriteeriumid ja menetlused HSPA prioriteetsete valdkondade valimiseks riiklikul ja ELi tasandil;
- töötada välja sobiv aruandlussüsteem; ja
- tugevdada koostööd rahvusvaheliste organisatsioonidega, eelkõige OECD ja Maailma Terviseorganisatsiooniga.

Kõnealune koostöö võimaldab ka sihipärasemat tööd ELi tasandil, et vähendada ebavõrdsust, toetades alla keskmise jäävaid ELi liikmesriike, et aidata neil olukorda parandada. Samuti võib see osutuda oluliseks, et aidata liikmesriikidel täita direktiivi 2011/24 nõudeid kvaliteeti ja ohutust käsitleva teabe osas.

Tervishoiuteenuste kvaliteet, sealhulgas patsientide ohutus

2014. aasta kevadel kavatseb komisjon esitada oma teise aruande patsiendi ohutust käsitleva nõukogu soovitusel rakendamise kohta.²³ Tuginedes selle aruande järeldustele, arutab komisjon meetmeid, et veelgi parandada patsiendi ohutust ja vähendada põhjendamatuid erinevusi liikmesriikide vahel ja sees.

Hiljutine patsiendi ohutust ja tervishoiuteenuste kvaliteeti käsitlev avalik konsultatsioon näitas, et on olemas suur huvi luua laiem ELi tegevuskava, lahendamaks probleeme, mis mõjutavad tervishoiuteenuste kvaliteeti. Komisjon kavatseb võtta asjakohaseid järelmeetmeid.

Ravi integreerimine

Integratsioon peaks toimuma nii tervishoiuteenuste eri tasandite vahel (esmatasandi arstiabi, haiglaravi jne) kui ka tervishoiu ja sotsiaalhoolduse vahel, eelkõige seoses eakate inimestega või inimestega, kellel on kroonilised haigused.

Liikmesriikide reformid, et vähendada tervishoiusüsteemide sõltumist haiglapõhisest hooldusest, kasutades tõhusamat integreerimist, pakuvad võimalust vahetada kogemusi peamistes valdkondades ja vastata järgmistele küsimustele:

- Milliseid patsiente saab käsitleda paremini või sama hästi haiglast väljaspool?
- Kuidas edukalt vähendada välditavat haiglaravi?

²³ Esimene aruanne avaldati 2012. aastal. COM(2012) 658.

Tervishoidu investeerimise eksperdirühm on avaldanud aruande esmatasandi arstiabi ja ravi integreerimise kohta ning komisjon on algatanud selles küsimuses avaliku konsultatsiooni, et selgitada välja uued arutelude teemad.

Tervishoiuteenuste kättesaadavuse suurendamine

ELi tervishoiupersonal

On tuvastatud märkimisväärseid puuduseid liikmesriikide suutlikkuses kavandada tulevast vajadust tervishoiupersonali järele, võttes arvesse nii üldist inimeste arvu kui ka vajalikke oskuste kombinatsioone, et tulla tõhusalt toime tervishoiu vajadustega.

Tervishoiutöötajate tegevuskava²⁴ tulemused aitavad paremini ennustada tulevast oskuste vajadust ning annavad olulist teavet, et koolitada välja tulevased tervishoiutöötajad, kellel on õiged oskused. Olemasolevate andmete parandamine, et tõhustada riiklikke planeerimissüsteeme, võib aidata lahendada probleeme, mis on seotud tervishoiutöötajate liikuvusega ja leida lahendused, mis võtavad arvesse õigust ELis vabalt liikuda.

Tervishoiusektori tööjõu planeerimise jõupingutused peaksid arendama kestlikke lahendusi ELi tasandil, et tagada piisaval hulgal adekvaatselt koolitatud ja õigete oskustega tervishoiutöötajaid, et pakkuda ravi kõigile, kes seda vajavad. Et vältida tööjõupuudust tulevikus ja oskuste sobimatust, kavatseb komisjon koostöös liikmesriikidega töötada välja soovitusel, ühised töövahendid, näitajad ja suunised ning suurendada ELi toetust liikmesriikide planeerimisprotsessile.

Ravimite kulutõhus kasutamine

EL vajab konkurentsivõimelist farmaatsiatööstust. Sellest tulenevalt peaksid liikmesriigid ja komisjon jätkama arutelu selle üle, kuidas ühitada poliitiline eesmärk tagada kõigile ELi kodanikele kättesaadavad tervishoiuteenused vajadusega piirata kulusid. Tuleks kaaluda tõhusamat koostööd suurema läbipaistvuse ja parema koordineerimise saavutamiseks, et minimeerida soovimatuid tagajärgi, mida praegused riikide hinnakujundussüsteemid võivad põhjustada seoses ravimite kättesaadavusega terves ELis.

Direktiivi 2011/24 optimaalne rakendamine

Direktiiviga 2011/24 laiendatakse tervishoiu patsientide valikuvõimalusi ja aidatakse neil vältida põhjendamatuid viivitusi neile vajaliku ravi saamisel. Direktiiv parandab läbipaistvust, nõudes, et liikmesriigid looksid riiklikud kontaktpunktid teavitamaks kodanikke muu hulgas nende õiguste, patsiendi ohutuse ja tervishoiuteenuste kvaliteedi standardite kohta. Direktiiviga taotletakse ka paremat arusaamist tervishoiuteenuste korvist. Liikmesriigid peaksid tagama, et kõiki direktiivi sätteid rakendatakse nõuetekohaselt. Komisjon jälgib tähelepanelikult, kuidas liikmesriigid rakendavad põhjendamatut viivitust mõistat.

Tugikeskuste võrgustikud edendavad kõrgelt spetsialiseeritud tervishoiuteenuste osutajate vahelist koostööd kõigis liikmesriikides, mis võimaldab keerukaid või madala levimusega või haruldasi haigusi

²⁴ SWD(2012) 93, lisatud teatisele COM(2012) 173.

põdevatele patsientidele juurdepääsu kvaliteetsetele tervishoiuteenustele. Komisjon kavatses algselt osalemiskutse Euroopa tugikeskuste võrgustiku liikmetele, kes võiksid tegeleda ka tervishoiutöötajate koolitamisega ja aitaksid määratleda ühised kvaliteedi tagamise nõuded.

Tervishoiusüsteemide paindlikkuse parandamine

Kiiresti on vaja täiendavalt uurida tervishoiusüsteemide paindlikkustegureid ning võimalusi nende tõhustamiseks. Liikmesriigid peaksid välja töötama nende tegurite täpsema analüüsi vastavalt nende kogemusele. Seda peaks täiendama ELi töö parimate tavade vahetamise ja poliitikameetmete kavandamise valdkonnas. Järgmistest lähenemisviisidest võib olla kasu Euroopa Liidu tervishoiusüsteemide paindlikkuse suurendamiseks.

Tervishoiutehnoloogia hindamine (HTA)

Tervishoiutehnoloogia hindamine on teaduslik lähenemisviis, et hinnata konkreetse tervishoiutehnoloogia suhtelist mõju tervislikule seisundile, vastates küsimustele nagu:

- Kas tehnoloogia on tõhus?
- Kelle jaoks see toimib?
- Millised kulud on sellega seotud?
- Kui hästi tehnoloogia toimib võrreldes alternatiivsete tehnoloogiatega?

HTA on osutunud tõhusaks vahendiks innovaatiliste tehnoloogiate kättesaadavuse parandamiseks patsientide jaoks ning vahendite tõhusamaks jaotamiseks.

Liikmesriigid teevad tervishoiutehnoloogia hindamise valdkonnas koostööd võrgustiku abil, mis asutati direktiiviga 2011/24. Komisjon toetab HTA võrgustiku ambitsioonikat eesmärki, et HTA võrgustiku ühiselt toodetud teavet tuleks kasutada riiklikul tasandil. See vähendab ametkondade, HTA asutuste ja tööstuse topeltööd ning toob kaasa ühise arusaama tervishoiutehnoloogiate kliiniliste aspektide kohta (st nende suhteline ohutus ja tõhusus/tulemuslikkus).

Järgnevatel aastatel töötatakse välja ambitsioonikam ja püsivam struktuur teadusliku koostöö toetamiseks HTA valdkonnas. Koostöös HTA võrgustikuga töötab komisjon välja võimalikud ettepanekud selle kohta.

Tervishoiu infosüsteem

Tervishoiusüsteemi paindlikkuse suurendamiseks tuleb arvesse võtta süsteemi ennast. Otsused investeerida või mitte teatavatesse sektoritesse peavad põhinema arusaamal protsessidest, mis neid sektoreid mõjutavad, ning sekkumise mõjust tervise- ja majandusnäitajatele.

Seega peavad liikmesriigid investeerima oma teabevoogude arendamisse, näiteks tagama, et patsiendi tasandi teabevahetus suunatakse nõuetekohaselt kõigile vajalikele tervishoiuteenustele.

osutajatele, või tagama toetuse tõhusamale ja kestlikumale tervishoiusüsteemide ja -teenuste ümberkorraldusele.²⁵

Komisjon arutab võimalust toetada liikmesriike jätkusuutliku ja integreeritud ELi tervishoiu infosüsteemi loomisel, uurides eelkõige võimalust luua Euroopa teadusuuringute infrastruktuuri konsortsium (ERIC), mis käsitleks tervisealast teavet.

E-tervis

Komisjon julgustab liikmesriikide vahelist koostööd e-tervise valdkonnas ja toetab neid kulutõhusate ja koosvõimeliste e-tervise lahenduste loomisel, et parandada tervishoiusüsteemide olukorda²⁶. Nagu on nõutud direktiivis 2011/24, toetab komisjon e-tervise võrgustikku, mille eesmärk on saada kasu Euroopa e-tervise süsteemidest ja teenustest ning koostalitlusvõimelistest rakendustest. E-tervishoiu tegevuskavas 2012–2020 rõhutatakse ka e-tervise teenustest saadavat kasu kodanikele, patsientidele ja tervishoiuteenuste osutajatele ning esitatakse konkreetseid meetmed, millega vähendada takistusi nende teenuste kasutamisel.

On vaja teha täiendavaid jõupingutusi, et arendada välja tõhusad ja koostalitlusvõimelised telemeditsiini teenused. Euroopa tugikeskuste võrgustikud kujutavad endast ideaalset võimalust tutvustada ja katsetada telemeditsiini ELis.

6. Järeldused

2013. aasta majanduskasvu analüüsis on öeldud „seoses demograafiliste probleemide ja survega eaga seotud kuludele tuleks reformida tervishoiusüsteeme, et tagada kulutasuvus ja jätkusuutlikkus, hinnates nende süsteemide toimuvust kaksikeesmärgi – riiklike vahendite tõhusama kasutuse ja kvaliteetse tervishoiuteenuse kättesaadavuse – seisukohast”.

Liikmesriikide tulevane suutlikkus osutada kvaliteetseid tervishoiuteenuseid kõigile sõltub tervishoiusüsteemide paindlikumaks muutmiseks, et need suudaksid toime tulla ees ootavate väljakutsetega. Eesmärk tuleb saavutada nii, et säilib kulutõhusus ja rahaline jätkusuutlikkus.

Kuigi see on peamiselt liikmesriikide ülesanne, tõstetakse käesolevas teatises esile mitmed algatused, mille kaudu EL saab toetada liikmesriikide poliitikakujundajaid. EL peab neid algatusi edasi arendama, et kodanike soov kvaliteetsete tervishoiuteenuste järele oleks täidetud. Tuleb keskenduda meetoditele ja vahenditele, mis võimaldaksid liikmesriikidel saavutada oma tervishoiusüsteemide suurem tulemuslikkus, kättesaadavus ja paindlikkus, järgides soovitusi tervishoiusüsteemide reformimiseks, mis on esitatud liikmesriikidele Euroopa poolaasta raames. Soovituses nimetatud reformide elluviimiseks julgustatakse liikmesriike kasutama ka Euroopa rahastamisvahendeid.

²⁵ Vt e-tervise rakkerühma aruannet „Redesigning health in Europe for 2020”, kus poliitikakujundajaid kutsutakse üles kasutama andmete jõudu: <http://ec.europa.eu/digital-agenda/en/news/eu-task-force-ehealth-redesigning-health-europe-2020>.

²⁶ COM(2012) 736.

ELi tegevuskava tulemuslike, kättesaadavate ja paindlike
tervishoiusüsteemide jaoks

Tulemuslikkuse
suurendamine

Tervishoiusüsteemide
tulemuslikkuse hindamine

Patsiendi ohutus ja ravi
kvaliteet

Ravi integreerimine

Kättesaadavuse parandamine

ELi tervishoiupersonali
planeerimine

Ravimite kulutõhus
kasutamine

Direktiivi 2011/24
optimaalne rakendamine

Paindlikkuse
suurendamine

Tervishoiutehnoloogia
hindamine

Tervishoiu infosüsteem

E-tervis