



EUROPA-
KOMMISSIONEN

Bruxelles, den 4.4.2014
COM(2014) 215 final

MEDDELELSE FRA KOMMISSIONEN

om effektive, tilgængelige og elastiske sundhedssystemer

1. Indledning

Sundhedssystemer¹ spiller en central rolle i det moderne samfund ved at hjælpe mennesker med at opretholde og forbedre deres sundhed. Sundhedssystemer bør kunne sikre, at man ikke blot lever længere, men også bedre.

Sundhedssystemerne i EU's medlemsstater er forskellige og afspejler de forskellige samfundsmæssige valg. Trods organisatoriske og finansielle forskelle bygger de dog på fælles værdier som anerkendt af Rådet (sundhed) i 2006:² universalitet, adgang til pleje af god kvalitet, lighed og solidaritet.

EU's sundhedssystemer indvirker i stadig større grad på hinanden. Ikrafttrædelsen af direktiv 2011/24³ var et vigtigt skridt på vejen til at øge denne indvirkning. Et styrket samarbejde mellem sundhedssystemerne bør hjælpe dem med at fungere bedre, når de står over for den øgede mobilitet hos patienter og sundhedspersonale.

Inden for det seneste årti har de europæiske sundhedssystemer oplevet stadig større fælles udfordringer: Øgede sundhedsomkostninger, en aldrende befolkning med en stigning i kroniske sygdomme og multimorbiditet, hvilket medfører et stadig større behov for sundhedspleje, mangel på og ulige fordeling af sundhedspersonale, uligheder på sundhedsområdet og ulige adgang til sundhedspleje.

Endvidere har den økonomiske krise inden for de seneste år betydet, at der er færre finansielle ressourcer til rådighed, og dermed forværret medlemsstaternes problemer med at sikre sundhedssystemernes bæredygtighed.⁴ Dette går igen ud over medlemsstaternes evne til at yde universel adgang til sundhedspleje af god kvalitet. Sundhedssystemer skal være elastiske: De skal kunne tilpasse sig skiftende miljøer og håndtere betydelige udfordringer med begrænsede ressourcer.

Øget indbyrdes afhængighed og fælles udfordringer kræver tættere samarbejde. I 2006 aftalte medlemsstaterne fælles målsætninger for adgang til og kvalitet og finansiell bæredygtighed af sundhedspleje via den åbne koordinationsmetode for social beskyttelse og social integration⁵. I 2011 iværksatte Rådet (sundhed) en overvejselsesproces på EU-plan, som skulle hjælpe medlemsstaterne

¹ I denne meddelelse defineres sundhedssystemer som de systemer, der har til formål at levere sundhedsydelser til patienter – både forebyggende, diagnostiske, helbredende og palliative – med det primære formål at forbedre deres sundhed.

² Rådets konklusioner om fælles værdier og principper i Den Europæiske Unions sundhedssystemer, EUT C 146 af 22.6.2006.

³ Direktiv 2011/24/EU (EUT L 88 af 4.4.2011).

⁴ Dette fremhæves ligeledes i Rådets konklusioner om den fælles rapport fra Udvalget for Økonomisk Politik (EPC) og Kommissionen om sundhedssystemer i EU (7. december 2010).

⁵ Udtalelse fra Udvalget for Social Beskyttelse/Udvalget for Økonomisk Politik om Kommissionens meddelelse "Man arbejder bedre, når man samarbejder: En ny ramme for den åbne koordinationsmetode for politikkerne vedrørende social sikring og social integration i EU", godkendt af EPSCO den 10. marts 2006.

med at tilbyde moderne, lydhøre og bæredygtige sundhedssystemer.⁶ Rådet anerkendte, at *"det centrale spørgsmål altid har været at sikre lige adgang til sundhedstjenesteydelser af høj kvalitet under omstændigheder med få økonomiske eller andre ressourcer, men at det i øjeblikket er situationens omfang og hastende karakter, som ændrer sig, og som, hvis den forbliver uløst, kan blive en afgørende faktor i EU's fremtidige økonomiske og sociale landskab."*

I december 2013 godkendte Rådet (sundhed) de fremskridt, der er gjort, og opfordrede til at gøre en yderligere indsats på dette område i sine konklusioner om en proces for overvejelser om moderne, lydhøre og bæredygtige sundhedssystemer.⁷

Ifølge den årlige vækstundersøgelse 2014⁸ "er det vigtigste nu at opbygge vækst og konkurrenceevne" for at skabe et varigt opsving. Med dette mål for øje fremhæves det i den årlige vækstundersøgelse, at der er et behov for at gøre sundhedssystemer mere effektive og finansielt holdbare, samtidig med, at de reelt opfylder sociale behov på en tilfredsstillende måde, og de grundlæggende sociale sikkerhedsnet bevares. Endvidere anerkendes sundhedssektorens betydning i forhold til at bekæmpe den økonomiske krises sociale konsekvenser, idet det understreges, at sundhedsydelser er et område, der vil skabe betydelige beskæftigelsesmuligheder i de kommende år. Det anbefales at udarbejde strategier for social inklusion, som omfatter bred adgang til sundhedsydelser af god kvalitet til en rimelig pris.

Det blev tidligere understreget i 2013, da 11 medlemsstater⁹ modtog en henstilling om at reformere deres sundhedssystemer som led i det europæiske semester. De fleste af disse henstillinger fokuserede på sundhedssystemernes bæredygtighed og omkostningseffektivitet og omfattede opfordringer til at reformere hospitalssektoren i forbindelse med prisfastsættelse af sundhedsydelser, ambulant behandling og primær sundhedspleje. Tre henstillinger indeholdt endvidere en opfordring til at opretholde eller forbedre adgangen til sundhedspleje.

Ud over at være en værdi i sig selv er sundhed også en forudsætning for økonomisk fremgang, hvilket anerkendes i arbejdsdokumentet fra Kommissionens tjenestegrene "Investing in health", som indgår i pakken om sociale investeringer.¹⁰ Folks sundhed påvirker de økonomiske resultater med hensyn til produktivitet, arbejdskraftudbud, menneskelig kapital og offentlige udgifter. Sundhedssektoren er i høj grad drevet af innovation og har stor økonomisk betydning: Den udgør 10 % af EU's BNP. Endvidere er det en yderst arbejdsintensiv aktivitet og en af de største sektorer i EU: Sundhedssektorens arbejdsstyrke udgjorde 8 % af alle job i EU i 2010.¹¹

⁶ Rådets konklusioner: mod moderne, lydhøre og bæredygtige sundhedssystemer (6. juni 2011).

⁷ Rådets konklusioner om overvejelser om moderne, lydhøre og bæredygtige sundhedssystemer (10. december 2013).

⁸ COM(2013) 800.

⁹ Bulgarien, Finland, Frankrig, Malta, Polen, Rumænien, Slovakiet, Spanien, Tjekkiet, Tyskland og Østrig.

¹⁰ COM(2013) 83.

¹¹ SWD(2012) 93, som ledsager COM(2012) 173.

Ved at udnytte de seneste års erfaringer og indsats og med henblik på at videreudvikle strategierne på EU-plan er der i denne meddelelse fokus på handlinger, der:

1. effektiviserer sundhedssystemerne
2. øger adgangen til sundhedspleje
3. giver mere elastiske sundhedssystemer.

2. Effektivisering af sundhedssystemerne

Effektivitet, sikkerhed og patienterfaring er vigtige elementer i forhold til at skabe kvalitet i sundhedsplejen og dermed sikre gode resultater i sundhedssystemerne. Der arbejdes løbende med patientsikkerhed på EU-plan,¹² hvorimod patienterfaring er et nøgleområde, som vil kræve yderligere opmærksomhed i fremtiden.

I denne meddelelse fokuseres der på effektivitet: sundhedssystemernes evne til at generere et positivt sundhedsmæssigt resultat, dvs. forbedre befolkningens sundhed.

Det bliver stadig vigtigere at måle sundhedssystemernes effektivitet, især eftersom sundhedssystemer ikke er den eneste faktor i forhold til at forbedre vores sundhed. Selv om der fortsat er store forskelle i den forventede levetid i medlemsstaterne, lever vi generelt længere og sundere end tidligere generationer. Dette skyldes ikke mindst de betydelige resultater, som er opnået inden for folkesundhed og uden for sundhedssystemet. Flere forbedringer kan ventes, f.eks. som følge af færre rygere, et lavere alkoholforbrug, bedre ernæring og større fysisk aktivitet. Der er generel konsensus om, at sundhedssektorens bidrag til en sund befolkning er øget dramatisk inden for de sidste 50-60 år.

Indsamlingen af oplysninger, der gør det muligt at sammenligne sundhedssystemernes forholdsmæssige effektivitet, befinder sig endnu på et tidligt stadium. Nedenstående eksempler viser, på hvilke områder sundhedssystemernes bidrag til at forbedre sundheden er mest tydelig, understøttet af tilgængelige indikatorer for hele EU (dvs. perinatal dødelighed, påvirkelig dødelighed, forekomster af sygdomme, som kan forebygges ved vaccination og kræftscreening). Denne sammenligning afslører store forskelle mellem EU's medlemsstater.

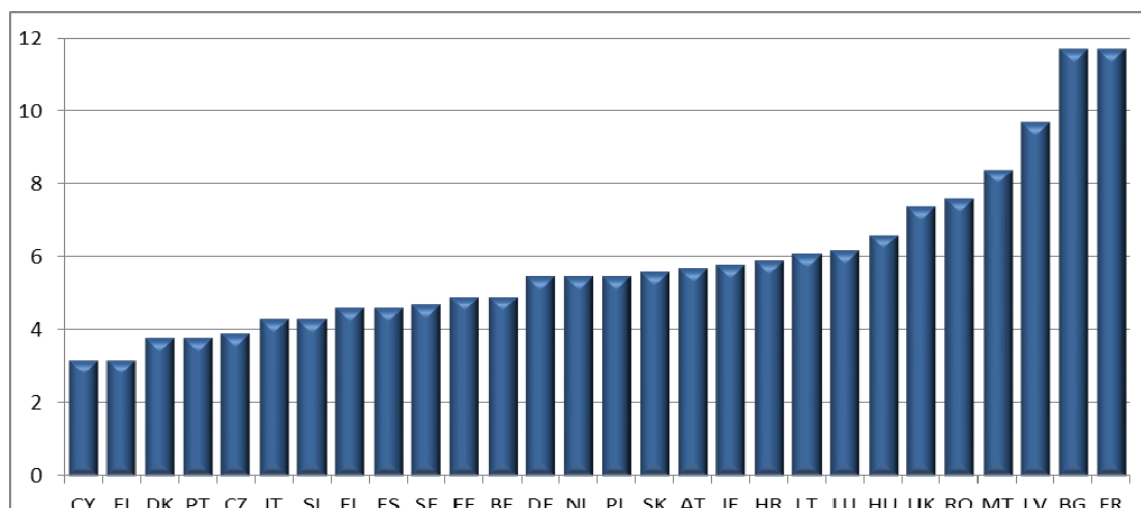
Perinatal dødelighed

Perinatal dødelighed beregnes som summen af sen fosterdødelighed (efter 28 ugers gestation) og tidlig neonatal dødelighed (inden for syv dage efter fødslen). Sammenlignet med spædbørnsdødelighed¹³ hænger det ikke i så høj grad sammen med socioøkonomiske faktorer og er dermed en mere pålidelig indikator for sundhedssystemernes effektivitet.

¹² Rådets henstilling af 9. juni 2009 om patientsikkerhed, herunder forebyggelse og bekæmpelse af infektioner erhvervet i sundhedsvæsenet (EUT C 151 af 3.7.2009).

¹³ Spædbørnsdødelighed er antal dødsfald hos børn inden for deres første leveår pr. 1 000 levendefødte.

Figur 1: Perinatal dødelighed pr. 1000 fødsler i alt (2011 eller nyere data)



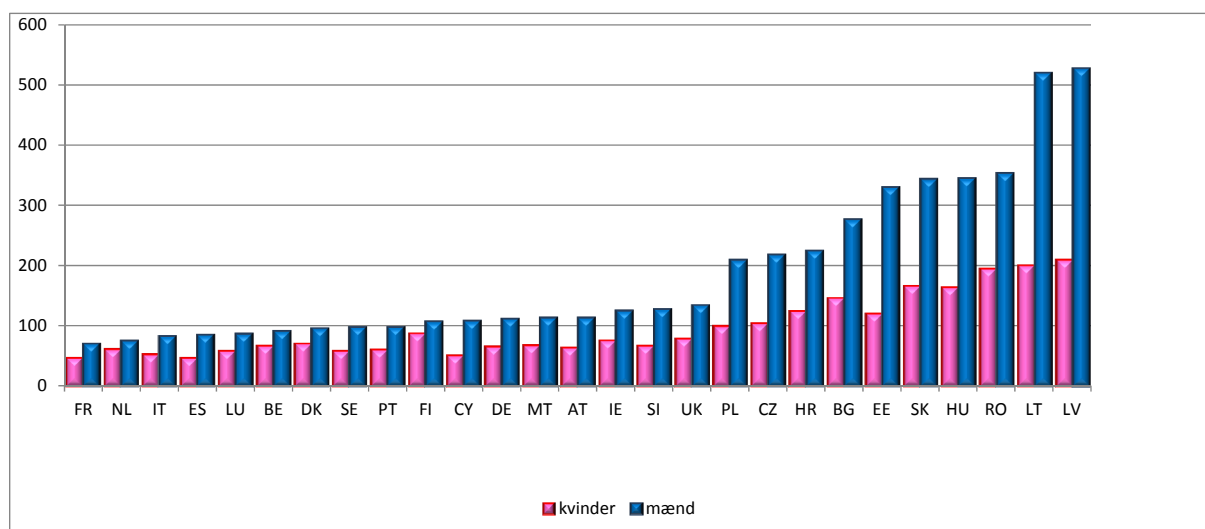
Kilde: Eurostats database, Europeristat-projektet (udviklet af Kommissionens tjenestegrene)

Den perinatale dødelighed er faldet inden for de seneste fem år i de fleste medlemsstater, selv om visse lande oplevede en stigning i denne periode.

Påvirkelig dødelighed

Påvirkelig dødelighed defineres som for tidlige dødsfald, som ikke bør forekomme, hvis der ydes rettidig og effektiv sundhedspleje. Det er en grundlæggende indikator, som anvendes til at udforske sundhedssystemernes bidrag til de sundhedsmæssige resultater.¹⁴ Påvirkelig dødelighed er en kombination af den standardiserede dødelighed for en række udvalgte sygdomme, som sundhedspleje menes at have en direkte indvirkning på.

Figur 2: Påvirkelig dødelighed, standardiserede dødsfald pr. 100 000 indbyggere – 2010



¹⁴ Ved sammenligninger af "påvirkelig dødelighed" skal der tages højde for forekomster af sygdomme og ikke blot dødsfald i forbindelse med de relevante sygdomme. Det kan dog ikke sikres, at der er sammenlignelige data til rådighed.

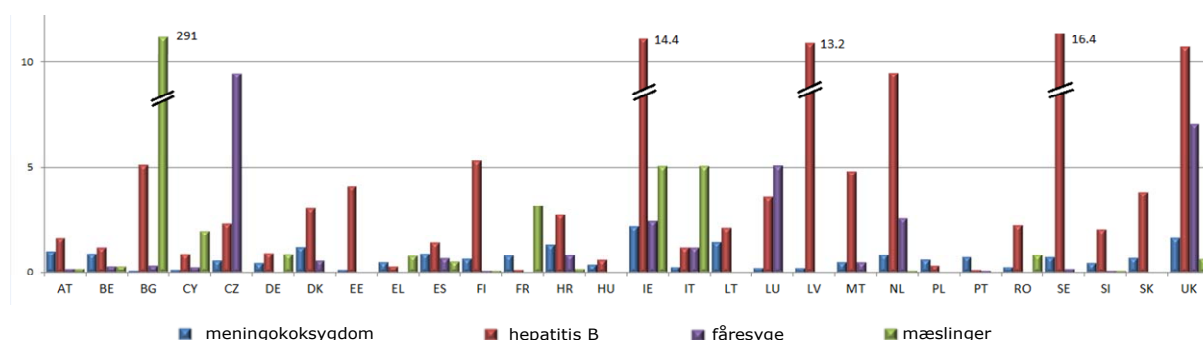
Kilde: Eurostat (data for Grækenland ikke tilgængelige)

Næsten alle medlemsstater har været i stand til at reducere den påvirkelige dødelighed mellem 2000 og 2010, selv om faldet er meget forskelligt fra medlemsstat til medlemsstat.

Overførbare sygdomme

Forekomsten af bestemte overførbare sygdomme påvirkes direkte af, at der tilbydes de rigtige sundhedsydelser. Vaccinationskampagner har reduceret forekomsten af sygdomme, som kan forebygges ved vaccine, betydeligt (selv om der i visse lande er bekymrende tegn på faldende vaccinationstal).

Figur 3: Forekomster af sygdomme, som kan forebygges ved vaccine – bekræftede tilfælde pr. 100 000 indbyggere – 2011



Kilde: ECDC's årlige epidemiologiske rapport 2012

Selv med fokus på en mindre række sygdomme, som kan forebygges ved vaccine (meningokoksygdom, hepatitis B, fåresyge og mæslinger), er der en betydelig forskel i forekomsten på tværs af medlemsstaterne.

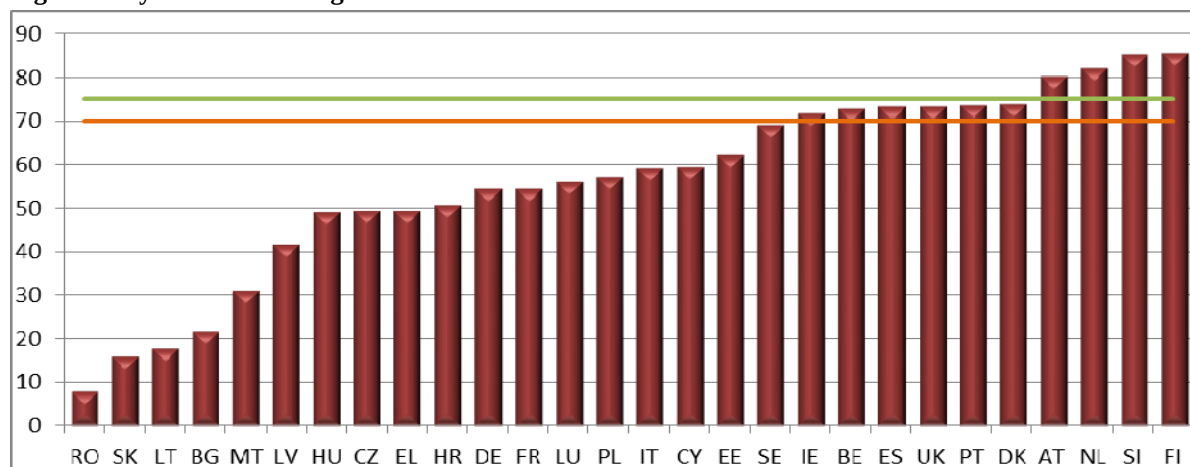
Kræftscreening

Tidlig diagnosticering af tyk- og endetarmskræft, livmoderhalskræft og brystkræft gennem organiserede befolkningsbaserede screeningprogrammer er et godt udtryk for sundhedssystemernes effektivitet i forhold til risikosektorer. Rådet anbefaler at gennemføre disse programmer i overensstemmelse med de europæiske retningslinjer for kvalitetssikring.¹⁵

Brystkræft er det område, hvor der er gjort de største fremskridt. Nationale screeningprogrammer opfylder generelt EU's retningslinjer med hensyn til målgruppe (kvinder i alderen 50-69 år) og de anbefalede tidsintervaller mellem mammografiscreeningerne. Selv om de europæiske retningslinjer identificerer et ønsket screeningmål på mindst 75 % af kvinderne i målgruppen (og et acceptabelt niveau på 70 %), var det kun få medlemsstater, som nåede dette tal i 2010.

¹⁵ Rådets henstilling af 2. december 2003 om kræftscreening (EUT L 327 af 16.12.2003). Se også de europæiske retningslinjer for kvalitetssikring af screening for og diagnosticering af tyk- og endetarmskræft, screening for livmoderhalskræft samt screening for og diagnosticering af brystkræft.

Figur 4: Brystkræftscreening - % af screenede kvinder i alderen 50-69 år



Kilde: OECD's "Health at a glance Europe 2012", national statistik

Vigtigste resultater

Der kan gøres visse indledende iagttagelser i forbindelse med disse særlige indikatorer, selv om de ikke er tilstrækkeligt repræsentative til at understøtte en bred evaluering af sundhedssystemerne. De viser de store forskelle, som findes mellem EU's medlemsstater. De viser også, at de sundhedsmæssige resultater er flerdimensionelle og vanskelige at definere. Generelt er det en vanskelig proces at vurdere effektiviteten af sundhedssystemerne: Virkningerne af sundhedsforanstaltninger ses først efter en længere periode, og dataenes sammenlignelighed og pålidelighed er en udfordring. Der arbejdes imidlertid på at forbedre dette.

Kommissionen har støttet udviklingen af de europæiske centrale indikatorer for sundhed, en række indikatorer, som skal overvåge befolkningens sundhed og sundhedssystemernes resultater. Der er ligeledes udsendt flere rapporter om en vurdering af Europas sundhedssystemer. Blandt de bedste eksempler kan navnlig nævnes den fælles rapport fra EPC og Kommissionen om sundhedssystemer, der blev udgivet i 2010, og serien "Health at a glance", som OECD og Kommissionen har udgivet.

I 2013 blev der taget endnu et vigtigt skridt: Udvalget for Social Beskyttelse udarbejdede en fælles ramme for vurdering af sundhed, der skulle være første trin i en screeningproces for at opdage mulige problemer i medlemsstaternes sundhedssystemer. Denne ramme yder et vigtigt bidrag til den sammenlignende vurdering af sundhedssystemernes resultater under hensyntagen til de tilgængelige data på EU-plan. Endelig finansierede rammeprogrammerne for forskning og teknologisk udvikling flere projekter om udvikling af indikatorer og metoder til vurdering af sundhedssystemers resultater.¹⁶

¹⁶ Se f.eks. projekterne ECHO (<http://www.echo-health.eu>), Eurohope (<http://www.eurohope.info>) og EuroREACH (<http://www.euroreach.net>).

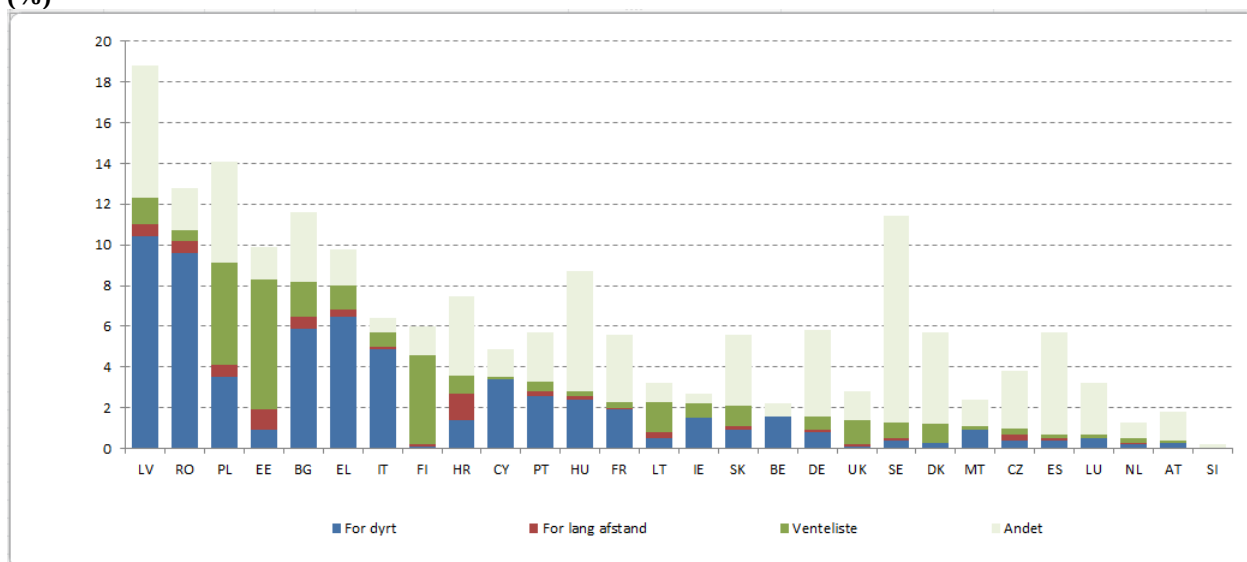
3. Øget adgang til sundhedssystemer

Der skal være adgang til sundhedssystemer. Dette er et af principperne i den europæiske socialpagt,¹⁷ hvor det understreges, at det er vigtigt, at kriterierne for adgang til lægebehandling er gennemsigtige, og at staterne er forpligtede til at tilbyde et passende sundhedssystem, som ikke udelukker dele af befolkningen fra at modtage sundhedsydelser.

Det er imidlertid vanskeligt at måle adgang til sundhedspleje, og der findes ingen detaljeret EU-metode til at overvåge dette og fremme bedste praksis. Det ville være et vigtigt skridt på vejen i forhold til at begrænse uligheder på sundhedsområdet¹⁸.

En ofte anvendt indikator er forskellen på tværs af EU i den procentdel af borgerne, som beretter om problemer med at vurdere lægebehandlingen af årsager, som skyldes¹⁹ adgangen til sundhedssystemerne: ventetid, transporttid og omkostningsdeling. Disse resultater stammer imidlertid fra egne indberetninger og kan derfor være farvet af kulturelle fordomme, når der sammenlignes på tværs af landene.

Figur 5: Egne indberetninger om utilfredsstillende behov for lægehjælp efter årsag, andel af befolkningen (%)



Kilde: Eurostat, statistik over indkomstforhold og levevilkår 2012 (2011-data for AT og IE)

Adgang til sundhedspleje følger af en kombination af forskellige faktorer, herunder sundhedssystemets dækning (dvs. hvem er berettiget til sundhedspleje), dækningens omfang (dvs. hvad er borgerne berettiget til) og sundhedsydelsernes pris og tilgængelighed. Adgang til sundhedspleje påvirkes endvidere direkte af de organisations- og forvaltningsmodeller, som anvendes inden for sundhedssystemerne. Patienterne kan opleve, at det er sværere at få adgang til sundhedsydelser, hvis sundhedssystemerne er komplicerede og uigennemsigtige.

¹⁷ Den reviderede europæiske socialpagt af 3. maj 1996.

¹⁸ KOM(2009) 567.

¹⁹ Bemærk, at klassifikationen af "andre årsager" i denne undersøgelse vedrører årsager, som ikke er knyttet til lokale sundhedssystemer, f.eks. "ikke tid", "bange for lægen" mv.



Befolkningsdækning

Sundhedsydelser finansieres primært af offentlige kilder i næsten alle EU's medlemsstater. Dækningen af sundhedsydelserne er universel eller næsten universel i alle medlemsstaterne, men visse baggrundsmæssigt dårligt stillede personer er stadig udelukket fra at modtage tilstrækkelig dækning.

Dækningens omfang

Offentligt finansierede sundhedsbehandlinger varierer, alt efter hvilket nationalt sundhedssystem der er tale om. Tandlægebehandling, øjenbehandling og visse avancerede behandlinger er kun omfattet i visse medlemsstater. I flere medlemsstaterne findes der ingen udtrykkelig definition af offentligt finansierede behandlinger. Dette gør det vanskeligt at sammenligne behandlinger og foretage analyser, hvilket kunne bidrage til en konsensus om det højeste og laveste behandlingsniveau.

En rimelig pris

Personer, der har brug for behandling, bliver ofte anmodet om selv at bidrage økonomisk i form af omkostningsdeling eller egenbetaling. Dermed kan man sikre, at sundhedsydelserne anvendes ansvarligt, men denne egenbetaling bør på den anden side ikke udgøre en hindring eller ligefrem afholde folk fra at få den behandling, de har brug for. Foranstaltninger til omkostningsbegrænsning i sundhedssystemer, som skal fremme en mere rationel anvendelse af sundhedsplejen, bør ikke begrænse adgangen til sundhedspleje af høj kvalitet unødigt.

Tilgængelighed (arbejdsstyrken i sundhedssektoren, afstand til behandlingssted, ventetider)

Patienter bør have rimelig adgang til sundhedsydelser: De bør ikke have for lang transporttid eller vente for længe på at få adgang til den sundhedsydelse, de har behov for. Dette er navnlig en udfordring i landdistrikter og fjerntliggende områder.

Problemer med afstand bør løses med mere integrerede plejemodeller, som skaber bedre kontakt mellem patienterne og sundhedssystemet, og gennem en bredere anvendelse af e-sundhedsløsninger.

Der findes ingen EU-definition af, hvordan ventetider skal måles, selv om dette er et væsentligt begreb i forordning 883/04²⁰ og direktiv 2011/24. Dette står muligvis over for en ændring, idet

²⁰ Forordning (EF) nr. 883/2004 af 29. april 2004 om koordinering af de sociale sikringsordninger (EUT L 166 af 30.4.2004).

direktiv 2011/24 forbedrer sundhedssystemernes ansvar for adgang til behandling gennem øget gennemsigtighed af begrebet "unødigt forsinkelse", når patienterne venter på behandling.

En aldrende befolkning og stigningen i flere kroniske sygdomme kræver flere forskellige færdigheder, og dette påvirker indholdet af medicinske uddannelsesprogrammer. Opdelingen mellem erhvervsgrupper vil sandsynligvis blive mindre fast med oprettelse af tværfaglige grupper. Efterspørgslen efter færdigheder og kompetencer i sundhedssektoren ændrer sig hele tiden, og de forskellige erhvervsgruppers roller vil sandsynligvis udvikle sig for at opfylde befolkningens behov. I lyset af den omfattende fysiske inaktivitet i EU og de dermed forbundne risikofaktorer for sundheden spiller sundhedspersonale en vigtig rolle i forhold til at rådgive patienterne om betydningen af fysisk aktivitet i samarbejde med andre sektorer som f.eks. sportssektoren.²¹

For at være på forkant med denne udvikling skal planlægningssystemerne til de medicinske uddannelser være mere intelligente, reagere hurtigere og være bedre til at tiltrække studerende til de specialer, hvor der er mest brug for dem.

Derudover viser det sig, at opmærksomheden bør rettes mod lægemidler, eftersom andelen af private udgifter til lægemidler er markant højere end for andre typer offentligt dækkede sundhedsydelser.

Nationale beslutninger om prisfastsættelse og godtgørelse påvirker adgangen til lægemidler både direkte og indirekte i hele EU. Innovative produkter er ikke altid til rådighed på samme tid i alle medlemsstater, og i visse lande fås de måske slet ikke.

Det første skridt til at forbedre dette blev taget som led i processen om virksomhedernes ansvar inden for lægemidler, hvor de kompetente myndigheder med ansvar for prisfastsættelse og godtgørelse og andre interesserede parter blev opfordret til at drøfte dette, ligesom der blev opfordret til åbent at udveksle oplysninger om, hvordan adgangen til lægemidler kunne forbedres.

4. Mere elastiske sundhedssystemer

Moderne sundhedssystemer skal være tilgængelige og effektive og samtidig sigte efter bæredygtighed på langt sigt. For at kunne gøre dette skal de være finansielt bæredygtige. Kommissionen støtter medlemsstaterne i dette arbejde med analyser og prognoser og anbefaler reformer som led i det europæiske semester.

Sundhedssystemer bør ligeledes se på ikke-finansielle faktorer. De skal kunne tilpasse sig et skiftende miljø og identificere og anvende innovative løsninger til at håndtere betydelige udfordringer – mangel på ekspertise/ressourcer på bestemte områder, uventede stigninger i efterspørgslen (f.eks. på grund af epidemier) mv. — med begrænsede ressourcer. De skal med andre ord opbygge og fastholde en vis elasticitet.

EU's sundhedssystemer har ikke alle klaret sig lige godt igennem den økonomiske krise, og nogle har måttet gennemføre store og til tider smertefulde reformer inden for meget kort tid. Ud fra

²¹ Rådets henstilling af 26. november 2013 om fremme af sundhedsfremmende aktiviteter på tværs af sektorer (EUT C 354 af 4.12.2013).

erfaringerne med de seneste reformer har Kommissionen identificeret følgende faktorer vedrørende elasticitet, som har hjulpet visse sundhedssystemer med at sikre tilgængelige og effektive sundhedsydelser til deres befolkning.



Stabile finansieringsmekanismer

Stabile finansieringsmekanismer giver mulighed for effektiv investeringsplanlægning og kontinuitet i ydelserne gennem tilrettelæggelse og forvaltning af den leverede pleje. Sundhedssystemer, hvis finansiering er baseret på mindre stabile indtægtskilder, er mere udsatte for at blive ramt af påvirkninger udefra: De systemer, som er mest afhængige af beskæftigelsesbaserede bidrag som finansiering, er f.eks. mere udsatte for konsekvenserne af stigende arbejdsløshed. Reserver eller andre kontracykliske formler for overførsler fra statsbudgettet kan hjælpe med at sikre stabil finansiering.

Fornuftige risikojusteringsmetoder

Et konsekvent system til risikojustering og risikodeling er et vigtigt instrument til at sikre, at ressourcerne anvendes efter behov. Når flere sygeforsikringsselskaber f.eks. opkræver sociale bidrag eller forsikringspræmier, anvendes en risikovurderings-/risikoudligningsmekanisme for at tage højde for størrelsen, strukturen af alder og køn samt et udtryk for sygelighedsmønstret for de personer, som er forsikret i de enkelte fonde. Formålet med dette er at undgå patientudvælgelse og forskelsbehandling og sikre, at finansieringen modsvarer behovet.

God ledelse

Ledelse i sundhedssystemerne og deres vigtigste bestanddele handler om veldefineret ansvar samt stærkt lederskab, fornuftige ansvarsmekanismer og en tydelig organisationsstruktur. Det betyder, at systemerne hurtigt kan tilpasse sig nye mål og prioriteter og forbedre deres evne til at reagere på store udfordringer ved at identificere og iværksætte de nødvendige foranstaltninger for at understøtte intelligente investeringsbeslutninger.

Informationsstrømme i systemet

Velfunderet viden om styrker og svagheder og evnen til at overvåge oplysninger, herunder om de enkelte patienter eller udbydere af sundhedsydelser, sætter lederne i sundhedssystemerne i stand til at træffe skræddersyede og evidensbaserede beslutninger i bestemte delsektorer.

E-sundhedsbaserede informationssystemer gør det let og fremmer processen med at styrke videnbaserede informationssystemer. Endvidere kan e-sundhed sikre mere personlig sundhedspleje, som er mere målrettet, effektiv og produktiv og hjælper med at minimere fejl og varigheden af indlæggelserne.

Passende prisfastsættelse af sundhedsydelser

For at forstå de komplicerede processer, der fører fra omkostninger til resultater, er det vigtigt at vide, hvordan omkostninger svarer til menneskelige og fysiske ressourcer, hvordan ressourcer bidrager til aktiviteter (f.eks. kirurgiske indgreb, diagnostiske test), hvordan aktiviteter fordeler sig på plejetiltag, og endelig hvordan plejetiltag påvirker sundheden.

Medicinsk teknologivurdering er vigtig for at sikre en fælles metode til at evaluere effektiviteten af tiltagene og en passende prisfastsættelse af ydelserne, så beslutningstagerne kan fordele ressourcerne mest effektivt.

Evnen til at prisfastsætte sundhedsydelserne præcist er ikke kun nødvendig for at kontrollere udgifterne, men også en forudsætning for at kunne træffe effektive beslutninger om investeringer og prioritering.

En sund arbejdsstyrke af tilstrækkelig kapacitet med de rigtige færdigheder

En højt kvalificeret og motiveret arbejdsstyrke af tilstrækkelig kapacitet og med de rigtige færdigheder er afgørende for, at der kan findes innovative løsninger i tilfælde af organisations- og teknologiændringer. En effektiv incitamentsstruktur er vigtig for at kunne forbedre sundhedspersonalets resultater og sikre, at der er fokus på direkte levering af sundhedsydelser.

5. En EU-dagsorden for effektive, tilgængelige og elastiske sundhedssystemer

Det primære ansvar for sundhedssystemerne ligger hos medlemsstaterne. EU har truffet en række foranstaltninger, som kan støtte medlemsstaterne, navnlig retningslinjer samt overvågnings- eller evalueringsværktøjer.

Kommissionen har oprettet et uafhængigt ekspertpanel, som skal rådgive om investeringer i sundhed.²² Panelet vil give Kommissionen analyser og henstillinger om en række af de drøftede emner.

Støtte til mere effektive sundhedssystemer

Vurdering af sundhedssystemernes resultater

Rådet (sundhed) opfordrede medlemsstaterne til at anvende vurderinger af sundhedssystemernes resultater til politiske beslutninger, ansvarlighed og gennemsigtighed og opfordrede Kommissionen til at støtte medlemsstaterne i at anvende disse vurderinger.

Som svar på denne opfordring vil arbejdet med vurderinger af sundhedssystemernes resultater give medlemsstaterne visse værktøjer og metoder, herunder:

- kapitalisering af EU-finansieret forskning i foranstaltninger til og indikatorer for vurdering af resultater
- fastsættelse af kriterier og procedurer for udvælgelse af prioriteringsområder for vurdering af sundhedssystemernes resultater på nationalt plan og EU-plan
- udvikling af et skræddersyet rapporteringssystem og
- intensivering af samarbejdet med internationale organisationer, navnlig OECD og Verdenssundhedsorganisationen (WHO).

Dette samarbejde kan også muliggøre mere målrettet arbejde på EU-plan med henblik på at mindske uligheder ved at yde støtte til de medlemsstater, hvis resultater ligger under EU's gennemsnit, for at hjælpe med at forbedre deres situation. Det kan også være vigtigt i forhold til at hjælpe medlemsstaterne med at opfylde kravene i henhold til direktiv 2011/24 om oplysninger om kvalitet og sikkerhed.

Plejekvalitet, herunder patientsikkerhed

Kommissionen har i foråret 2014 til hensigt at fremlægge sin anden rapport om gennemførelse af Rådets henstilling om patientsikkerhed.²³ På grundlag af resultaterne i denne rapport vil Kommissionen drøfte yderligere foranstaltninger med henblik på at forbedre patientsikkerheden og mindske den utilsigtede forskel i og mellem medlemsstaterne.

Resultaterne af den seneste offentlige høring om patientsikkerhed og plejekvalitet viser, at der er stor interesse i at udarbejde en bredere EU-dagsorden for at tage hånd om de spørgsmål, som påvirker kvaliteten af sundhedsplejen. Kommissionen vil følge behørigt op på dette.

²² Kommissionens afgørelse af 5. juli 2012 om oprettelse af et tværfagligt og uafhængigt ekspertpanel, som skal rådgive om effektive investeringer i sundhed (EUT C 198 af 6.7.2012).

²³ Første rapport blev offentliggjort i 2012: COM(2012) 658.

Integration af pleje

Integration af pleje bør finde sted både mellem forskellige sundhedsplejeniveauer (primær pleje, hospitalspleje mv.) og mellem sundhedspleje og social pleje, navnlig med hensyn til ældre mennesker eller mennesker med kroniske sygdomme.

Medlemsstaternes reformer med henblik på at mindske sundhedssystemernes afhængighed af hospitalsbaseret pleje gennem bedre integration af plejen giver mulighed for at udveksle erfaringer inden for centrale områder og give svar på følgende spørgsmål:

- Hvilke patienter kan behandles bedre eller lige så godt uden for hospitalet?
- Hvordan kan man reducere antallet af unødvendige indlæggelser?

Ekspertpanelet om investeringer i sundhed har offentliggjort en rapport om primær pleje og integration af pleje, som Kommissionen har iværksat en offentlig høring om for at identificere nye områder til overvejelse.

Øget adgang til sundhedspleje

EU's arbejdsstyrke i sundhedssektoren

Der er identificeret store forskelle i medlemsstaternes kapacitet til at planlægge de fremtidige krav til arbejdsstyrkens ressourcer i sundhedssektoren, både i forhold til mængde og sammensætningen af krævede færdigheder, med henblik på at opfylde de forventede behov for sundhedspleje.

Når resultaterne af handlingsplanen for sundhedspersonalesituationen²⁴ foreligger, bliver det lettere at forudsige det fremtidige behov for færdigheder og få et indblik, der gør det muligt at uddanne kommende generationer af sundhedspersonale med de rigtige færdigheder. Ved at forbedre de tilgængelige data og dermed de nationale planlægningssystemer kan der tages hånd om udfordringerne for sundhedspersonalets mobilitet, og der kan findes løsninger, som tager højde for retten til at bevæge sig frit i EU.

Arbejdet med at planlægge arbejdsstyrken i sundhedssektoren bør resultere i bæredygtige løsninger på EU-plan, der sikrer et tilstrækkeligt antal sundhedspersoner med den rigtige uddannelse, som kan yde pleje til alle, der har behov for det. For at undgå fremtidig mangel på og forkert sammensætning af færdigheder vil Kommissionen sammen med medlemsstaterne arbejde videre på at udarbejde henstillinger, fælles værktøjer, indikatorer og retningslinjer og dermed styrke EU's støtte til medlemsstaternes planlægning.

Omkostningseffektiv anvendelse af lægemidler

EU har brug for en konkurrencedygtig lægemiddelindustri. På denne baggrund bør medlemsstaterne og Kommissionen overveje yderligere, hvordan de forener de politiske målsætninger om at sikre tilgængelig sundhedspleje til alle borgerne i EU med behovet for at begrænse omkostningerne. Det bør overvejes at forbedre samarbejdet om at opbygge mekanismer for øget gennemsigtighed og

²⁴ SWD(2012) 93, som ledsager (COM(2012) 173).

bedre samordning for at mindske eventuelle utilsigtede virkninger, som de aktuelle nationale prisfastsættelsessystemer kan have med hensyn til tilgængelighed i hele EU.

Optimal gennemførelse af direktiv 2011/24

Med direktiv 2011/24 udvides patienternes valgmuligheder inden for sundhedspleje, og de undgår unødige forsinkelser i den behandling, de har brug for. Direktivet vil øge gennemsigtigheden ved at stille krav om, at medlemsstaterne skal oprette nationale kontaktpunkter, der kan give patienterne oplysninger, herunder om deres rettigheder og forpligtelser, patientsikkerhed og standarder for plejekvaliteten. Der opfordres endvidere til en bedre forståelse af viften af sundhedsydelser.

Medlemsstaterne bør sikre, at alle direktivets bestemmelser gennemføres behørigt. Kommissionen vil nøje overvåge, hvordan begrebet unødigt forsinkelse anvendes i medlemsstaterne.

Netværk af referencecentre vil fremme samarbejdet mellem højt specialiserede udbydere i alle medlemsstaterne og give patienter med sygdomme med lav prævalens eller komplekse eller sjældne sygdomme adgang til pleje af høj kvalitet. Kommissionen vil indkalde interessetilkendegivelser med hensyn til at blive medlem af europæiske netværk af referencecentre, som også kan tilbyde uddannelse til sundhedspersonale og støtte til at definere fælles krav til kvalitetssikring.

Mere elastiske sundhedssystemer

Der er et hastende behov for at undersøge faktorerne vedrørende elasticitet yderligere i forhold til sundhedssystemer, samt hvordan de opbygges. Medlemsstaterne bør udarbejde bedre analyser af disse faktorer på grundlag af deres nationale erfaring. Dette bør suppleres af EU's arbejde med at dele bedste praksis og udarbejde politiske foranstaltninger. Følgende tilgange vil være nyttige i forhold til at gøre sundhedssystemerne mere elastiske i EU.

Medicinsk teknologivurdering (MTV)

MVT er en videnskabelig tilgang til evaluering af de relative virkninger, en bestemt medicinsk teknologi har på en medicinsk tilstand, med besvarelse af spørgsmål som:

- Er teknologien effektiv?
- Hvem fungerer den for?
- Hvilke omkostninger er forbundet dermed?
- Hvor godt fungerer den sammenlignet med alternative teknologier?

MTV har vist sig at være et effektivt redskab til at forbedre adgangen til innovative teknologier for patienter og til at støtte en mere effektiv fordeling af midlerne.

Medlemsstaterne samarbejder om MTV i et netværk oprettet ved direktiv 2011/24. Kommissionen støtter et ambitiøst mål for MTV-netværket, nemlig at fælles udarbejdede MTV-oplysninger skal genanvendes på nationalt plan. Dette vil mindske forekomsten af dobbeltarbejde for regulatorerne, MTV-organerne og MTV-industrien og vil medføre en fælles forståelse af de medicinske teknologiers kliniske aspekter (dvs. deres relative sikkerhed og effektivitet).

Fremover vil der blive udviklet en mere ambitiøs og stabil struktur til støtte for det videnskabelige samarbejde om MTV. I samarbejde med MTV-netværket arbejder Kommissionen med mulige forslag til dette.

Sundhedsinformationssystem

Ved alle indgreb i forhold til at gøre sundhedssystemet mere elastisk skal der tages højde for selve systemet. Beslutninger om at investere eller fjerne investeringer i bestemte sektorer skal baseres på en forståelse af de processer, som styrer disse sektorer, og indgrebenes indvirkning på sundheds- og økonomiparametre.

Medlemsstaterne bør derfor investere i at udvikle deres informationsstrømme for f.eks. at sikre, at informationsstrømme på patientplan på rette vis kanaliseres til alle de nødvendige udbydere af sundhedsydelser, eller at der ydes støtte til en mere effektiv og bæredygtig reorganisering af sundhedssystemer og -ydelser²⁵.

Kommissionen overvejer at støtte medlemsstaterne i at oprette et bæredygtigt og integreret sundhedsinformationssystem i EU og navnlig udforske mulighederne i et omfattende konsortium for en europæisk forskningsinfrastruktur om sundhedsoplysninger.

E-sundhed

Kommissionen opfordrer i høj grad til, at medlemsstaterne samarbejder om e-sundhed, og støtter dem i at udvikle og gennemføre omkostningseffektive og interoperable e-sundhedsløsninger til forbedring af sundhedssystemerne.²⁶ Som krævet ved direktiv 2011/24 støtter Kommissionen e-sundhedsnetværket, som har til formål at levere bæredygtige fordele fra europæiske e-sundhedssystemer og -tjenester og interoperable anvendelsesmuligheder. I e-sundhedshandlingsplanen for 2012-2020 fremhæves endvidere e-sundhedsydelsernes fordele for borgere, patienter og udbydere af sundhedsydelser, ligesom der foreslås bestemte foranstaltninger til at mindske hindringerne for at anvende disse tjenester.

Der er behov for en yderligere indsats for at udvikle effektive og interoperable telemedicintjenester. Europæiske netværk af referencecentre vil være en ideel mulighed for at indføre og afprøve telemedicin i EU.

6. Konklusioner

I den årlige vækstundersøgelse for 2013 anerkendes det, at "der i lyset af de demografiske udfordringer og presset på de aldersrelaterede udgifter [bør] gennemføres reformer af sundhedssystemerne for at sikre omkostningseffektivitet og bæredygtighed, og det skal vurderes, hvordan disse systemer fungerer i forhold til målet om både at sikre en mere effektiv udnyttelse af de offentlige ressourcer og sikre adgang til sundhedsbehandlinger af høj kvalitet".

²⁵ Se konklusionerne fra taskforcen om e-sundheds rapport med titlen "Redesigning health in Europe for 2020", hvori de politiske beslutningstagere opfordres til at udnytte den magt, der ligger i oplysninger: <http://ec.europa.eu/digital-agenda/en/news/eu-task-force-ehealth-redesigning-health-europe-2020>.

²⁶ COM(2012) 736.

Medlemsstaternes fremtidige evne til at levere pleje af høj kvalitet til alle vil afhænge af, om sundhedssystemerne kan gøres mere elastiske og i højere grad være i stand til at imødekomme de udfordringer, der ligger foran os. Og alt dette skal de opnå, samtidig med at de forbliver omkostningseffektive og skattemæssigt bæredygtige.

Selv om dette primært er en opgave for medlemsstaterne, fremhæves der i denne meddelelse en række initiativer, hvorigennem EU kan støtte medlemsstaternes politiske beslutningstagere. EU skal udvikle disse initiativer og bygge videre på dem for at sikre, at borgernes forventninger om høj kvalitet kan opfyldes. Der skal fokuseres på metoder og redskaber, som gør det muligt for medlemsstaterne at opnå større effektivitet, adgang og elasticitet i deres sundhedssystemer i overensstemmelse med reformhenstillingerne til medlemsstaterne i forbindelse med det europæiske semester. For at gennemføre reformerne i disse henstillinger opfordres medlemsstaterne endvidere til at anvende europæiske finansieringsinstrumenter.

