

Az Európai Gazdasági és Szociális Bizottság véleménye az Európai Bizottság közleményéről a Tanács, az Európai Parlament, az Európai Gazdasági és Szociális Bizottság és a Régiók Bizottsága részére: „A szociális védelem korszerűsítése a magas színvonalú, hozzáférhető és fenntartható egészségügyi ellátás és hosszú távú gondozás kiépítése érdekében: a nemzeti stratégiák támogatása a »nyílt koordinációs módszer« alkalmazásával”

COM(2004) 304 végleges

(2005/C 120/25)

2004. április 20-án az Európai Bizottság úgy határozott, hogy az Európai Közösséget létrehozó szerződés 262. cikke alapján kikéri az Európai Gazdasági és Szociális Bizottság véleményét a fent említett témában.

Az ide vonatkozó munkával megbízott „Foglalkoztatási, szociális és állampolgársági ügyek” szekció véleményét 2004. szeptember 22-én elfogadta. Előadója: **Paolo Braghin**.

Az Európai Gazdasági és Szociális Bizottság 2004. október 28-án megtartott 412. plenáris ülésén 104 szavazattal és 3 tartózkodás mellett az alábbi véleményt elfogadta.

1. A közlemény összefoglalása

1.1 A közlemény célja – ahogyan az a 2004-es Tavaszi jelentés-ben ⁽¹⁾ megfogalmazódik – közös keret meghatározása a tagállamok támogatása érdekében az egészségügyi ellátás és hosszú távú gondozás reformjára és fejlesztésére vonatkozóan a „nyílt koordinációs módszer” felhasználásával.

1.2 Az Európai Bizottság három, a 2002 márciusában megrendezett barcelonai Európai Tanács által jóváhagyott elvet állapított meg ⁽²⁾, melyek a reform alapjául szolgálhatnak: az ellátás elérhetősége mindenki számára a méltányosság és a szolidaritás alapján; magas színvonalú ellátás; az ellátás hosszú távú pénzügyi fenntarthatósága és a rendszer hatékonyabbá tétele.

1.3 Az, hogy a Szerződés az egészségügyet szolgáltatásként határozza meg, az egyenlőtlenségek tartós fennállása és az elérhetőség problémája, néhány esetben a szolgáltatás nem megfelelő minősége és a pénzügyi problémák felszínre hozták a nemzeti politikák koordinálásának szükségességét a szektor korszerűsítése és fejlesztése érdekében, figyelembe véve a népesség elöregedésének a szociális kohézióra és a foglalkoztatásra gyakorolt komplex hatásait is.

1.4 Annak érdekében, hogy ezeknek a kihívásoknak meg tudjunk felelni, szükség van a szociális védőrendszerek integrált és összehangolt reformjára. Az egészségügyi ellátás és a hosszú

távú gondozás olyan szektor, ahol a szociális védelem összehangolásának módszereit „áramvonalasabbá” ⁽³⁾ kell tenni. A nyílt koordinációs módszer alkalmazása ideális ebben az összefüggésben, mert ez olyan rugalmas eszköz, amely tiszteletben tartja az egyes államok adott körülményeit és kompetenciáit ⁽⁴⁾.

1.5 A közlemény az alábbi lépéseket állapítja meg:

- Megállapodás a „2004-re szóló közös célkitűzések”-ről. A tagállamok vállalják, hogy a következő tavaszi csúcstalálkozó előtt „előzetes jelentésben” számolnak be a saját nemzeti rendszerük előtt álló kihívásokról.
- Az egészségügyre és a hosszú távú gondozásra vonatkozó előzetes „fejlesztési és reformstratégiák” felvázolása a 2006-2009 közötti időszakra, melyeket – előreláthatólag 2007-ben – az Európai Bizottság terjeszt elő „A szociális védelemről és a társadalmi integrációról” szóló közös jelentésében.
- Egy „egészségügyi szolgáltatásokkal és orvosi ellátással foglalkozó magas szintű csoport” felállítása munkaprogram elkészítése érdekében a többi kapcsolódó területeken tevékenykedő magas szintű csoportokkal együttműködésben.
- A célkitűzésekre vonatkozó mutatók megállapítása. Hozzájuk kapcsolódnak a 2005 tavaszára elkészülő „időközi jelentések”, amelyek segítségével elkészül a különböző országok helyzetét bemutató előzetes összehasonlító táblázat, és lehetővé válik a célkitűzésekhez képest megvalósult előre lépés értékelése is.

⁽¹⁾ A lisszaboni menetrend végrehajtása – Reformok a kibővített Unióért, COM(2004) 29 végleges.

⁽²⁾ COM(2001) 723 végleges.

⁽³⁾ Az EGSZB véleményt adott ki a korszerűsítés támogatására: HL C 32., 2004.2.5. – előadó: W. Beirnaert

⁽⁴⁾ Az Európai Bizottság Közleménye: „A lisszaboni stratégia szociális dimenzióinak megerősítéséről: a nyílt koordináció racionalizációja a szociális védelem területén” COM(2003)261 végleges.

2. Általános megjegyzések az alapproblémák tekintetében

Az ilyen folyamatok figyelmes elemzést igényelnek az egészségügyi rendszer bármiféle – javító szándékú – átalakítása esetén.

2.1 Társadalmi-gazdasági és demográfiai tényezők

2.1.1 Az EGSZB megerősíti – ahogyan korábbi véleményeiben is –, hogy teljes mértékben támogatja az egészségügyi rendszerek fejlesztésére vonatkozó közös célkitűzéseket. Különösképpen:

- A magas színvonalú egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés biztosítása, melynek alapelvei az elérhetőség mindenki számára, a méltányosság és a szolidaritás; mind a gondozottak, mind családtagjaik védelme a betegség, baleset vagy fogyatékosság okozta szegénység vagy társadalmi kirekesztés ellen.
- A magas színvonalú egészségügyi ellátás biztosítása az emberek egészségi állapotának és életminőségének javítása érdekében.
- A mindenki számára hozzáférhető magas színvonalú ellátás hosszú távú pénzügyi fenntarthatóságának biztosítása.

Az EGSZB egyetért azzal, hogy ezek a célkitűzések egységes és integrált egészet képeznek, s ennek az egésznek a fejlesztése és korszerűsítése olyan hatékony irányítást igényel, melynek alapja az érintett szereplők bevonása és felelősségvállalása, abban a mértékben, amennyiben a szociális partnereknek és a civil társadalom egészének hozzá kell járulniuk a reformerőfeszítésekhez.

2.1.2 Az EGSZB egy nemrégiben készült saját kezdeményezésű véleményében már kifejtette, hogy az, hogy a nemzeti egészségügyi rendszerek mennyire tudják megvalósítani ezeket a célkitűzéseket, számos társadalmi-gazdasági és demográfiai tényezőtől függ, melyeket a probléma összetettségének jobb megértéséhez és az esetleges káros tendenciák megelőzéséhez részletesen vizsgálni szükséges⁽¹⁾.

2.1.3 Ezek a tényezők befolyásolják mind a jelenlegi, mind a jövőbeli igényeket és rendelkezésre álló forrásokat. A hatékonyság elérése az egészségügyi rendszerben ugyancsak létfontosságú, mivel az egészségügy kölcsönhatásban van a szociális háló egyéb alkotóelemeivel: a finanszírozási igények versenyeznek a szociális védelem más területeinek finanszírozásával, problémái pedig érződnek ezeken a területeken és fordítva.

2.1.4 Hasonló versengés a pénzügyi forrásokért, illetve hasonló interaktív folyamatok játszódnak le magán az egészségügyi szektoron belül is. (Például egy szektor kiadásainak racionalizálása a kívánt hatás ellenkezőjét válthatja ki egy másik szektorban, vagy a személyzet átcsoportosítása az egyik szektorból a másikba váratlan minőségi hanyatlást eredményezhet.)

2.1.5 Az EGSZB úgy véli, hogy ha a probléma egyetlen aspektusát a többi aspektusra gyakorolt hatás mérlegelése nélkül próbáljuk megváltoztatni, vagy nem vesszük figyelembe a különböző szektorok közötti kölcsönhatásokat, az torzulásokat eredményezhet a rendszerben, illetve megakadályozhatja a kívánt célkitűzések elérését. Ezért kiáll amellett, hogy a problémákat globális összefüggéseikben, kölcsönhatásaikat és az adódó lehetőségeket egyformán figyelembe véve – a gondok leküzdésére közös stratégiákat létrehozva – kezeljék.

2.1.6 Az egészségügynek jelentős szociális és pszichológiai oldala is van: a betegséggel, a szenvedéssel vagy a halállal szembeesülve az emberek a lehető legjobb minőségű ellátást várják el, és eszükbe sem jut feltenni a gazdaságosság és a fenntarthatóság kérdését. Ebből igen kényes politikai probléma származik: az állam döntéshozóinak a költséghatékonyan fenntartható egészségügyi szolgáltatások biztosítása érdekében meg kell határozniuk a prioritások sorrendjét. Az ilyen választások azonban ágazati érdekekkel és szubjektív szempontokba ütköznek, ami néha megnehezíti a szükséges intézkedések keresztülvitelét a szolgáltatások iránti kereslet, illetve azok kínálatának javítása területén.

2.1.7 Annak biztosítása érdekében, hogy minden átalakítással kapcsolatos intézkedés az egészségügyi szektor korszerűsítésének és hosszabb távú életképességének növelését segítse elő, a költség-haszon arány és a pénzügyi fenntarthatóság kiszámításakor komolyan figyelembe kell venni az emberek egészségüggyel kapcsolatos szükségleteit és elvárásait, beleértve ebbe az életminőség javítása és az emberhez méltó élet iránti vágyat is. Ilyen módon könnyebb lenne elérni azt is, hogy a közszférában hozott döntések meghozatalakor figyelembe vegyék az egész lakosság tényleges szükségletei mellett az olyan betegek szükségleteit is, akiknek különlegesen a szükségleteik.

2.1.8 Az EGSZB megismétli, hogy az egészségvédelem jog és prioritás a közösségi politikában. Azonban fenntartja, hogy annak érdekében, hogy ez a jog hosszú távon megőrizhető legyen, hatékony eszközöket kell találnunk az elfogadható szintű, mindenki számára hozzáférhető és a rendelkezésre álló forrásokkal kompatibilis ellátás biztosítására. Véleménye szerint alapos kutatásokra van szükség annak megállapítása érdekében, hogy a népesség egészségügyi ellátásának és elvárásainak mely része indokolt. Ezen kívül szükség van a felelősséget ösztönző olyan eszközök meghatározására, amelyek hozzájárulnak a források megfelelő felhasználásához és az egészségügyi rendszer hatékonyságához, ezáltal pénzügyi szempontból fenntarthatóvá téve a rendszert.

⁽¹⁾ Az EGSZB véleménye „Az egészségügyi ellátásról”: HL C 234., 2003. 9. 30. – előadó: A. Bedossa

2.2 A népesség elöregedése és az epidemiológia megújulása

2.2.1 A népesség elöregedése többet takar, mint pusztán a 65 év feletti népesség arányának emelkedését, jelenti még a nyolcvan év feletti emberek számának még nagyobb arányú emelkedését, illetve az ehhez kapcsolódó gyakran, de nem szükségszerűen előforduló többszörös patológiai eseteket, amelyek nemcsak az orvosi beavatkozások végtelen sokasodásához vezethetnek, de a személy holisztikusabb kezeléséhez is. A népesség elöregedése olyan problémákat is eredményez, amelyeket néha elhanyagolnak, holott szembe kell néznünk velük:

- A „demográfiai piramis” változásai – a nyugdíjkorhatár módosításának hiányában – a befizetők (a munkaképes korúak) és a kedvezményezettek (elsősorban az idősebbek) kedvezőtlen arányához vezetnek, nemcsak az egészségügyi rendszerben, hanem más szolgáltatások területén is. Eppen ezért rendkívül fontos új megoldásokat találni – a függő helyzetben lévő ⁽¹⁾ (elsősorban az idősebb) népesség számára nyújtott szolgáltatások fedezésének érdekében – specifikus források (át)csoportosítására, anélkül, hogy forrásokat vonnánk el a többi szociális szolgáltatástól.
- A népesség elöregedése nemcsak az előforduló betegségek gyakoriságát, hanem azok fajtáit is megváltoztatja. A korrall járó betegségek gyakran gyógyíthatatlanok, de közép- vagy hosszú távon visszazoríthatók csillapító jellegű gyógyászati vagy sebészi beavatkozással – melyekkel azonban soha nem lehet a beteg korábbi egészségi állapotát visszaállítani. Ehhez olyan új szemléletmódra van szükség az orvosi ellátásban, amely a kezelést és a gondozást egyformán magában foglalja, és amely kiterjed a kutatásra, a gyógyszerelési kérdésekre, a diagnosztikai eszközök és a technológiai lehetőségek felhasználására is. Elmozdulásra van szükség az „akut” betegségektől a „krónikus” betegségek felé (ami a nem gyógyítható orvosi problémák sikeres hosszú távú ellenőrzés alatt tartását jelenti).
- Epidemiológiai szempontból a krónikus, illetve hosszú lefolyású betegségek fokozatos növekedése tapasztalható, ami részben a gyógyászati kezelések hatékonyságának köszönhető: ezek ugyan nem eredményeznek teljes gyógyulást, de jelentősen meghosszabbítják a várható élettartamot. Ennek eredményeképpen egyre emelkedik a fizikai vagy szellemi fogyatékosok gyakorisága, különösen a traumás és neuro-degeneratív betegségek területén, melyeknek kezelése az orvosi és szociális szolgáltatások magasabb szintű integrációját igényli, nem is szólva a gondozás családokra nehezedő súlyos terhérről ⁽²⁾.

⁽¹⁾ A WHO terminológiája szerint függő helyzetűnek tekinthető az a személy, aki szervi, kognitív, viselkedési vagy interperszonális funkcióit részben vagy teljesen képtelen autonóm módon gyakorolni, illetve nem képes a környezetével kölcsönös kapcsolatot kialakítani (lásd: *Funkciók, Fogyatékosok és Egészség – Nemzetközi Besorolás, 2001* (ICF).

⁽²⁾ Európában a függő helyzetű népesség létszáma kb. 60 millió, mely 2003-ra várhatóan eléri a 75 milliót (forrás: EUROSTAT, *Szociális helyzet az Európai Unióban – 2003*, Európai Bizottság, Foglalkoztatási és Szociális Főigazgatóság, 2003).

- Az „egészség” fogalmát nem szabad pusztán a fizikai szempontokra korlátozni, hanem figyelembe kell venni a pszichológiai és szociális szempontokat is, mint ahogyan ez a WHO meghatározásából ⁽³⁾ is kiderül. (Ez a meghatározás feltételezi az idős személy életkörülményeinek, valamint egyéb szükségleteinek figyelembe vételét, mint például a biztonság, az érzelmi igények, a társadalmi kapcsolatok, az önbecsülés és az önmegvalósítás szempontjai.)

2.2.2 A szociális hálót – amely más demográfiai körülmények és szükségletek között jött létre – oly módon kell átgondolni, hogy képes legyen úrrá lenni a szervezetekre, a foglalkozási csoportokra és a kulturális attitűdökre jellemző rugalmatlanságon és a változtatással szembeni ellenállásukon. Az EGSZB úgy véli, hogy ez a feladat elvégezhető a népesség – tagországokként és tagországokon belül is jelentős eltéréseket mutató – egészségi állapotának és szükségleteinek felmérése által, valamint a már folyamatban levő demográfiai változások megfelelő előrejelzésével, amelyek még intenzívebbek lesznek, de jócskán előre láthatók.

2.2.3 Ezen túlmenően megoldást kell találni a szolgáltatások iránti kereslet és a szolgáltatási kínálat jobb kezelésére, javítani kell az ellátáshoz való hozzáféréseken és az igények fogadásán, hozzásegítve a gyengébbeket, hogy igényeik kielégítést nyerjenek, biztosítani kell a szükségletek és a személyre szabott gondozási programok integrált értékelését, a gondozás folyamatosságának és az eredmények rendszeres értékelésének fenntartásával. A koordináció nyílt módszerének szintén tartalmaznia kell ezeket a szempontokat, vagyis elő kell segítenie az egységebb szemléletet és erősítenie kell a szociális kohézió mechanizmusait.

2.2.4 A demográfiai változások Közleményben említett másik vetülete – a család átalakulása és a nők nagyobb arányú munkavállalása – arra utal, hogy a családok egyre kevésbé képesek biztosítani az otthoni gondozást. Ezért szükség van az otthoni ápolási igények átgondolására: nem lehet teljes mértékben csak a hivatásos gondozókra hagyatkozni, egyfelől a gondozó személyzet toborzásának költsége és nehézségei, másfelől a napi 24 órás ápolás biztosíthatóságának megszűnése, illetve sok esetben a gondozás egyéb emberi dimenzióinak figyelembe vétele miatt. Át kell tehát alakítani a családon belüli gondozást megcélzó támogatási politikát, ide értve a családi gondozók javadalmazásának valamilyen formáját, valamint – a gondozás megkönnyítése érdekében – a megfelelő lakás-, közlekedési vagy egyéb lehetőségek biztosítását.

⁽³⁾ Lásd a már idézett *Funkciók, Fogyatékosok és Egészség – Nemzetközi Besorolás, 2001* c. munkát (az ún. ICF-et).

2.2.5 Jelenleg a nemzeti és helyi hatóságok, az egészségpénztáraktól függő szolgáltatók és biztosítási rendszerek, a szociális szolgáltatásokat nyújtó non-profit egyesületek és szervezetek a házi gondozást igen sokféle formában biztosítják. Általában megállapítható, hogy ezek a szolgáltatások számos országban nem eléggé fejlettek, s további fejlesztést igényelnek az elmezavaros állapotok, az neuro-vaszkuláris megbetegedések és általánosabban az autonómia elvesztésével járó – s a 75 év feletti népesség legalább 30 %-át érintő – többszörös megbetegedések okozta megváltozott ellátási szükségletek figyelembe vételének érdekében.

2.2.6 Az EGSZB azt ajánlja, hogy össze kell hasonlítani és részletesen elemezni kell az egyes tagállamokban már folyó kezdeményezéseket, amelyek a nem hivatásos gondozók támogatását célozzák (ilyen eszköz például a gondozónak járó adókedvezmény, a nyugdíj- és társadalombiztosítási jogosultság, szabadság igénybe vételének lehetősége, helyettes biztosítása a pihenőidő idejére, ügylet biztosítása stb.)⁽¹⁾.

2.2.7 Az ilyen típusú megoldások gazdaságosabbnak ítélik a szolgáltatóknak és megnyugtatóbbnak az időskoriak számára, mivel lehetővé teszik a szakmai és a szolidaritásból eredő források egyesítését, miközben jelentősen csökkennek a gondozás költségei. Más szavakkal: mindenki jól jár, mivel a költségek lényegesen magasabbak lennének, ha ugyanilyen szintű gondozást bentlakásos otthonokban nyújtanának, ráadásul az ilyen megoldásoknak köszönhetően fennmaradnak az informális gondozás formái, amelyeknek biztosítására mindenképpen szükség lenne.

2.3 Foglalkoztatás

2.3.1 Az Európai Unióban az egészségügy és a hosszú távú gondozási ágazat foglalkoztatja a munkaerő jelentős százalékát: Ez a második legnagyobb munkahely-teremtő ágazat: 1997 és 2002 között a 15 EU-tagállamot tekintve 1,7 millió munkahely jött létre ebben a szektorban. Ezzel együtt féltő, hogy a gondozói munkaerő elöregedése és a minőségi szolgáltatások biztosításának nehézségei komoly válsághelyzetet eredményeznek.

2.3.2 Ha biztosítani akarjuk nem csak az ellátás minőségét, hanem a szakmabeliek megmaradását is foglalkozásukban, akkor a fellépő új igények kielégítése érdekében a képzés szakmai részét és a továbbképzést is át kell alakítani.

– Az orvosképzésben olyan megközelítést kell meghonosítani, amely nem csak az akut tünetek és állapotok kezelését tartja szem előtt, hanem figyelembe veszi az időskoriak egészségének mindenoldalú szempontjait; a képzést tehát ki kell terjeszteni a geriátriai szakterületre is.

⁽¹⁾ Lásd: „Az időskoriak egészségügyi ellátása és gondozása: a nemzeti stratégiák támogatása a magas szintű szociális védelem biztosítása érdekében”, közös jelentés (COM(2002) 774 végleges, 2003. január 3., 11. o.

– Az ápolói személyzetnek képesnek kell lennie arra, hogy alkalmazkodjék ahhoz az intézményi kerethez, amelyben tevékenykedik, azaz az ellátási rendszer különböző szintjeihez (intenzív ellátás, kórházi gondozás, alap- vagy hosszú távú ellátás, házi gondozás stb.).

– A gondozók képzésében figyelembe kell venni azt az aspektust, hogy az egészségügyi szolgáltatások körébe ezentúl beletartoznak az olyan időskoriaknak nyújtott szociális-egészségügyi szolgáltatások is, akik viszonylag önállóak ugyan, de ellátási szükségleteik vannak – ami azonban nem akadályozhatja emberi méltóságuk tiszteletben tartását.

– A szociális kohézió olyan helyzetekre is vonatkozik, amelyekben az egészségügyi ellátás és a szociális jellegű segítségnyújtás közötti határok elmosódnak. A szakmai szerepeket ezekben az esetekben is hozzá kell majd illeszteni a jelenlegitől igencsak eltérő demográfiai szerkezethez és összetételhez.

2.3.3 Az EGSZB véleménye szerint a gondozásban részt vevők különböző kategóriájának nyújtott képzés – a fenti célkitűzéseknek megfelelő – tökéletesítése mellett az alábbi új képességek fejlesztésére kell helyezni a hangsúlyt:

– az információ gyűjtése, biztosítása és cseréje hálózatokon keresztül, valamint az új informatikai technológiák felhasználásával;

– a csoportmunkára való képesség, amely magában foglalja a más szakmákkal és intézményekkel való kommunikációt, illetve a kapcsolattartás módjait is;

– a megelőzést szem előtt tartó gondozás és a felmerülő szükségletek új megközelítési módjainak elfogadtatása;

– a népesség speciális helyzetű szegmenseit megcélzó projektek végrehajtása, a hagyományos és szűk ágazati határok átlépésével;

– az egészségügyi szolgáltatások gazdasági vonatkozásainak érzékeltetése; az eredmények értékelése a nyújtott szolgáltatás fényében és a források jobb felhasználásának szem előtt tartásával.

2.3.4 Az EGSZB támogatja az Európai Szociális Alap felhasználását a képzés és a végzett munka minőségének javítására az egészségügyi ellátás és a hosszú távú gondozási ágazat területén, a munkaerő idő előtti távozásának megelőzése, a minőség, a rugalmasság, és ebből következően az ellátó rendszer hatékonyságának fokozása érdekében. Ez a szemlélet különösen fontos az új tagországok esetében, ahol a modernizációs folyamat gyorsabb és intenzívebb, és ahol ennek megfelelően a szakképzés szükségessége is nagyobb.

2.3.5 Ha jó eredményeket szeretnénk elérni, az állami és a magánszektor közötti együttműködést pozitív módon át kell gondolnunk. Az együttműködést nem csak azért kell aktívan keresni, hogy megelőzzük a szolgáltatók versenyét egy olyan világban, ahol az előrejelzések szerint a gazdaságilag aktív népesség részaránya folyamatosan csökken (munkaerőhiányt és emelkedő költségeket eredményezve), hanem azért is, hogy az ellátó rendszerekben teljes mértékben megjelenjen a hatékonyság és a szükségletekre való odafigyelés, amelyek jelenleg a két szektorban inkább külön-külön, semmint egymással ötvözve vannak jelen.

2.4 Pénzügyi fenntarthatóság.

2.4.1 Magas minőségű, mindenki számára elérhető egészségügyi ellátás biztosítása továbbra is anélkül, hogy forrásokat vonnánk el más szektoroktól vagy politikai prioritásoktól, az egyik legnagyobb kihívás mind a jelenlegi, mind a jövőbeli tagállamok számára. Olyan stratégiára van szükség, amely figyelembe veszi a hosszú távú tendenciákat, valamint a keresletet és kínálatot egyaránt (azok az intézkedések, amelyek a fenti tényezők közül csak az egyiket célozták meg, nem bizonyultak eredményesnek a költségek középtávú csökkentése tekintetében).

2.4.1.1 A költségvetési megszorítások, amelyek részben a stabilitási paktumból erednek, általában nem teszik lehetővé az egészségügyi kiadások társadalmi elvárásoknak megfelelő növelését. Ettől függetlenül van mód a szolgáltatási kínálat lényeges javítására a meglévő szolgáltatások optimalizálásával – olyan szolgáltatások előtérbe helyezésével, amelyek a múltban hatékonyak bizonyultak –, valamint az egészségügyi szolgáltatások indokolatlan igénybe vételének visszaszorításával. Továbbá egy hatékony egészségügyi politika megvalósításához az egészségügy és a szociális segélynyújtás közötti kölcsönhatás átgondolására van szükség annak érdekében, hogy be lehessen azonosítani az olyan kezelési és szakmai szolgáltatási struktúrákat és típusokat, melyek alkalmasabbak a jelenlegi és jövőbeni környezeti és lakossági szükségletek kielégítésére.

2.4.1.2 A növekedés megfékezése céljából számos próbálkozás történt, ideértve a költségek egy részének a felhasználóra történő áthárítását (ez nemcsak anyagi terhet ró az egyénre, de fékezi a keresletet is), a keresletnek és a kínálatnak az árak és a nagyságrendek ellenőrzése révén történő szabályozását, a források hatékony felhasználására ösztönző reformokat, valamint a kórházi és egészségügyi ellátás forrásainak átirányítását a házi gondozás szférájába.

2.4.1.3 A „nyílt koordináció” módszerének általunk javasolt alkalmazása lehetővé teszi – a szociális védőháló sokféle kiindulási feltételének és a többi szektorra gyakorolt várható hatásának alaposabb ismeretében – annak áttekintését, hogy mely intézkedések bizonyultak eddig a leghatékonyabbnak és mely intézkedéscsomagok hozták eddig a legtöbb eredményt.

2.4.2 Bár a megelőző egészségügyi politika rendkívül fontos és szükséges, sajnos gyakran mégis elhanyagolják. Az egészségügyi ellátás és a hosszú távú gondozás „fejlesztését és reformját

megcélzó stratégiák” keretében a megelőző intézkedésekre vonatkozó – lehetőleg széles területre kiterjedő és globális hatású eszközöket felsorakoztató – konkrét tervnek kellene a legfőbb szerepet játszania. Az elképzelhető konkrét intézkedéseket – különösen azokat, amelyek nemzeti szinten már kiállták a gyakorlat próbáját – a „nyílt koordináció” módszerével kellene igazolni, illetve konkrét akciókat eredményező alapos elemzésnek kellene alávetni. Az EGSZB tisztában van vele, hogy a megelőző intézkedések végrehajtása igen nehéz, mivel olyan politikai koherenciát igényel, amely még messze van a megvalósítástól, ráadásul szükség lenne az egészséges életmód (egészségesebb táplálkozás, intenzívebb fizikai és szellemi tevékenység) és munkavégzési szokások ösztönzését célzó oktatási programokra is. Ezeknek a programoknak a keretében különösen oda kell figyelni a lakosságnak arra részére is, mely több egészségügyi kockázatnak van kitéve és társadalmi-gazdasági szempontból hátrányosabb helyzetben van. Az ilyen intézkedések megvalósítása sok tudatos erőfeszítésbe és időbe kerül, s ugyanakkor semmi sem garantálja sikerességüket.

2.4.3 A kiadások közti differenciálás az ellátási szolgáltatások, a hozzájutás és a kezelések alapján elfogadható módja a költségek visszaszorításának. Minden olyan beruházást, amely által az egészségügy jobban meg tud felelni az igényeknek, vagy amely elősegíti modernizációját, úgy kell kezelni, mint az egészségügy hosszú távú pénzügyi fenntarthatóságának eszközét. Ugyanakkor az ilyen típusú beruházás néha a gazdaság konjunkturális kényszereinek áldozatává válik. Az EGSZB úgy véli, hogy az egészségügy racionalizálási folyamatába történő beruházásokkal párhuzamosan a keresletet és a kínálatot befolyásoló intézkedésekre is szükség van. Ide a következők tartoznak: az előbbi esetben a szakorvosi kezelések feltételeinek megszabása, a szolgáltatások azon költségplafonjának megállapítása, mely fölött a felhasználó fizeti a költségeket, a társadalombiztosítási térítésen felül fizetendő összeg stb.; az utóbbi esetben egészségügyi infrastruktúra, az innovatív technológiák és gyógyszerek költségei, ahol a költség/haszon arány nem mindig egyértelmű, a betegfelvétellel kapcsolatos feltételek és eljárások, az egészségügyi ellátás költségeinek tudatosítása az egészségügy dolgozóiban stb.

2.4.3.1 Az egészségügyi rendszer szerkezetét és működési folyamatait, valamint az egyik szolgáltatási ágából a másikba történő átutalást figyelmesen meg kell vizsgálni a hatékony és eredményes működés és koordináció biztosítása érdekében. A „nyílt koordináció” módszerének mindenekelőtt erre kell kiterjednie.

2.4.3.2 Az új tagállamok nagy erőfeszítéseket tesznek egészségügyi rendszereik korszerűsítése érdekében, és az EGSZB határozottan ajánlja a strukturális alapok, különösen a FEDER és a kohéziós alap felhasználását az egészségügyi rendszerek infrastrukturális és intézményi fejlesztésének támogatására. Ezen túlmenően, az EGSZB úgy véli, hogy a tapasztalatok értékelése a nyílt koordinációs módszer segítségével igen értékes lehet az új tagállamok számára, mivel ez megakadályozhatja, hogy olyan rendszereket alkalmazzanak, amelyek valószínűleg hamar elavulttá válnak.

2.4.4 A jelenleg elszigetelten dolgozó gondozói hálózatok (intenzív ellátás, egészségügyi alapellátás, szociális szolgáltatások) közötti erősebb együttműködés – ahogyan ezt a Közlemény is ajánlja – mindenképpen kívánatos, mivel a függő helyzetben lévők szükségletei általában számos szolgáltatást igényelnek, melyek nem mindegyike orvosi jellegű. A családok, a gondozók és a gyógyászatban dolgozók közötti pozitív együttműködés jobb megoldásokat eredményez a források jobb határfokú felhasználásával. Az EGSZB reméli, hogy a nemrégiben létrehozott, „egészségügyi szolgáltatásokkal és orvosi ellátással foglalkozó magas szintű csoport” egyértelmű megbízást fog kapni, amely – az intézményi feladatok között – magában foglalja azt is, hogy tegyen javaslatokat olyan konkrét eljárásokra, amelyeknek segítségével az együttműködés a gyakorlatban is megvalósítható.

2.4.5 A technológiai haladás és a betegek magasabb fokú tudatossága kétségtelenül pozitív hatással lehet a költségek visszaszorításának szempontjából, és a speciális patológiák esetében mérsékelheti a költségzintet vagy késleltetheti a betegség megjelenését. Ugyanakkor ezek a tényezők új igényeket is ébresztenek, amelyeknek kielégítése természetesen joggá válik. Az eredmény az lesz, hogy felhagynak a jól bevált, költséghatékony és az esetek többségében megfelelő diagnosztikai és terápiás eljárásokkal. Ha ezek az innovatív eljárások nem az időskorúaknak nyújtott speciális egészségügyi ellátás javítását célozzák, akkor hosszú távon inkább negatív, semmint pozitív hatást gyakorolnak az egészségügyi kiadásokra. A népesség iskolázottabb és egészségtudatosabb részének nyomása a hátrányosabb helyzetű csoportoknak nyújtott szolgáltatások további hanyatlásához vezethet, holott ebben a körben az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés most is korlátozott.

3. Külön észrevételek az operatív eljárások tekintetében

3.1 Mivel a közösségi szintű politika az egészségügyi ellátás és a hosszú távú gondozás területén jogilag kivitelezhetetlen, az EGSZB úgy véli, hogy a „nyílt koordináció” módszere kulcsfontosságú a mindenki számára elérhető, fenntartható, minőségi egészségügyi ellátás és hosszú távú gondozás hatékony korszerűsítése és fejlesztése, valamint az egészségvédelem – különböző körülmények között, növekvő nyomás és kihívások ellenében történő – biztosítása érdekében.

3.1.1 Az elemzésnek és a tapasztalatcserének a következőkre kell összpontosítania:

- az egészségügyi rendszerek és intézmények felépítése és koordinációja (az egészségügyi alapellátástól a hosszú távú ellátásig, ide értve a házi ellátást is);
- a szolgáltatás elérése vagy az egyik szolgáltatásból a másik szolgáltatásba történő átutalás eljárása és várakozási ideje;

- belső eljárások és az eredmények (az egészségügyi szolgáltatások minőségének felügyelete és értékelése);
- a szolgáltatások nagyságrendje és típusai, különös tekintettel az új technológiák – racionális – alkalmazására;
- a források hatékonyabb felhasználása érdekében alkalmazott eszközök, valamint a költségek visszaszorításának leghatékonyabb módszerei;
- az orvosok és az egészségügyben dolgozók bevonása a források kezelésébe;
- a betegek jogainak tiszteletben tartása, a betegek hozzáférése az őket érintő információkhoz és terápiás lehetőségekhez, valamint az orvosi anyagukhoz;
- a szolgáltatások átláthatóságának biztosítása.

3.2 A „nyílt koordináció” módszerének alkalmazása maga után vonja olyan mutatók meghatározását, amelyek jelzik a meglévő tudás hiányosságait, s ugyanakkor figyelembe veszik az egészségügy – és elsősorban a hosszú távú gondozás – rendszerét befolyásoló aktuális helyzetet és a széles értelemben vett szociális dinamikát is. A mutatóknak tartalmazniuk kell az összes strukturális szempontot (szolgáltatási ág, berendezésekkel és személyzettel való ellátottság, képzettség és szerzett tapasztalat stb.). Ezen felül tartalmazniuk kell az egészségügy minőségi jellemzőit (a szolgáltatás nyújtásának és a beavatkozások elvégzésének módja, operatív útmutatók, orvosi szabályzatok és gyakorlat, betegjogi védelem stb.). Végül pedig ki kell terjedniük az egészségügyi ellátás konkrét eredményének minőségére az ellátás típusa és a vele kapcsolatos társadalmi elvárások szerint.

3.2.1 Külön erőfeszítéseket kell tenni annak biztosítására, hogy a mutatók különösen lehetővé tegyék az időskorúakhoz, illetve a nekik nyújtott ellátáshoz kapcsolódó dinamika felügyeletét és értékelését, mivel a jelenleg meghatározott vagy használatban lévő mutatók erre nem alkalmasak. A mutatók kidolgozására irányuló munkának együtt kell haladnia a közös célkitűzések pontosításával. Időközben, hasznos lenne áttekinteni a különböző források, mint például a WHO, az OECD és az EHCI (Európai Közösség Egészségügyi Mutatói) által rendelkezésre bocsátott adatokat. A 2004. későbbi szakaszában, az új EU SILC keretében érkező adatokat szintén figyelembe kell venni.

3.3 A Közleményben javasolt „következő lépések” a probléma rendkívül fontos szempontjait érintik, és különösen érdekes területekre terjesztik ki a vitát. A javaslatok azonban általános természetűek, és ebből következően féltő, hogy nem mozdítják elő jelentős mértékben a nyílt koordináció módszerének alkalmazását.

3.3.1 Az EGSZB reméli, hogy még további, pontosabban körülírt „közös célkitűzések” fogalmazódnak meg, valamint hogy azok nem lesznek túlzottan előíró jellegűek és nem befolyásolják hátrányosan a nemzeti rendszerek megszervezését. Továbbá az EGSZB azt is hangsúlyozza, hogy a javasolt előzetes jelentéseknek olyan hasznos eszközökké kell válniuk, melyek nem növelik az adminisztrációs költségeket és terheket, melyek ilyen módon túlterhelnék a tagállamok amúgy is korlátozott forrásait.

3.4 Az EGSZB ezért azt reméli, hogy az Európai Bizottság minél előbb:

- pontosan meghatározza az olyan fogalmakat, mint: szociális védelem, társadalombiztosítás, egészségügyi ellátás, szociális-egészségügyi szolgáltatások, házi gondozás, illetve a Közleményben említett egyéb olyan fogalmakat, amelyeket a különböző tagállamokban – történelmi okokból, valamint a társadalombiztosítási rendszerek működtetésében tapasztalható különbségek miatt – eltérő módon használnak,
- javaslatot tesz az „előzetes jelentések” konkrét mintájára, így gondoskodva arról, hogy a jelentések adatai ugyanazokra a témákra vonatkozzanak, és lehetővé tegyék az összehasonlítást. Nem kell minden egyes konkrét célkitűzésre vonatkozniuk, hanem azokra az intézkedésekre kell összpontosítaniuk, melyek a leginkább segítenek a nemzeti politika vezérelveit és kihívásait beazonosítani és illusztrálni.
- kijelöl egy szakértői csoportot (hasznosítva az intézmények és a nemzeti szervezetek ezen a területen felhalmozott tapasztalatát), amely megjelöli a hosszú távú gondozásra vonatkozó egyedi mutatókat, annak érdekében, hogy biztosítható legyen az egészségügyet és a hosszú távú gondozást befolyásoló makrotársadalmi és makrogazdasági tényezők eredményes értékelése. A szakértői csoportnak képesnek kell lennie rá, hogy átfogó szempontból tudja értékelni a különböző tényezőket, s főleg – egy előrejelzés céljaira használható tanulmány keretében – ezek jövőbeli hatását.

Brüsszel, 2004. október 28.

Az Európai Gazdasági
és Szociális Bizottság Elnöke
Anne-Marie SIGMUND

– kidolgoz egy európai modellt a „szociális-egészségügyi hatás értékelésére”, amely a beruházásra/finanszírozásra (*input*), a strukturált válaszra (*output*) és az intézkedések hatékonyságára (*outcome*) vonatkozó mutatókon alapul. Ez lehetővé tenné – megbízható mutatók révén – az egyes országok szociális védelmi színvonalának összehasonlítását ⁽¹⁾.

– foglalkozni fog a nemekkel kapcsolatos különbségekkel, figyelembe véve azt a tényt, hogy a nők átlagosan több mint öt évvel tovább élnek, mint a férfiak, ami – természetes biológiai és fiziológiai jellemzőikhez járulva – a férfiakétól jelentősen eltérő egészségügyi szükségleteket eredményez.

– megkönnyíti a nem kizárólag gyógyszeres kezelésre vonatkozó, hanem a szociális és szervezeti tényezőket is tartalmazó egészségügyi iránymutatások közös elkészítését, annak érdekében, hogy ezek referenciaként szolgálhassanak az egészségügyi különböző rendszereiben dolgozók számára.

3.5 Különösen fontos és sürgető az egészségügyi dolgozók és szakemberek szakképztségének javítására irányuló tevékenységek ösztönzése, olyan – megfelelően kidolgozott – képzési programok segítségével, amelyek kiterjednek mind az egészségügyi ellátáshoz, mind az ellátási kínálatban megjelenő szociális tevékenységekhez szükséges – közös – szakmai képességekre. Ez a típusú felkészítés túlmutat a tisztán technikai szempontokon, és új szakismeretek megszerzését kívánja meg, így például az információkezelés – különös tekintettel a számítógépes hálózatokra – és a költségek tágabb összefüggésekben való kezelésének területén. Az ilyen új képzési rendszereket a Közösségnek támogatnia és ösztönöznie kellene a „nyílt koordináció” keretében kicserélt tapasztalatok kiaknázása érdekében.

⁽¹⁾ Vö. EGSZB-vélemény, HL C 80., 2004. 3. 30., 4.5.2. pont – előadó: L. Jahier