EUE Vuorinen Sari(UM), Lahtinen Eero 28.09.2015

Asia
EU; Terveys; Epävirallinen terveysministerikokous 24. - 25.9.2015 Luxemburg

Kokous
Epävirallinen terveysministerikokous 24.09.2015 - 25.09.2015

EU:n puheenjohtajamaa Luxemburg järjesti epävirallisen terveysministerikokouksen 24. - 25.9.2015 Luxemburgissa.
Kokouksen keskustelun aiheet olivat dementia, terveys ja eurooppalainen taloudellinen ohjausjakso, maahanmuuton terveysulottuvuus sekä potilasdirektiivin toimeenpano. Lounaalla ministerit keskustelivat transrasvoista.
Dementia-keskustelussa korostettiin sen luomaa sosio-ekonomista haastetta jäsenmaille. Puheenvuoroissa painotettiin varhaista ja oikea-aikaista diagnosointia sekä moniammatillista lähestymistapaa. Terveysministerit pitivät tärkeänä hyvien käytäntöjen vaihtamista mm. hoitokäytäntöjen kehittämiseksi sekä EU- että WHO-foorumeilla. Puheenjohtaja aikoo antaa aiheesta päätelmät neuvoston hyväksyttäväksi.

Maahanmuuton terveysulottuvuus oli yksi ajankohtaisista keskusteluaiheista. Terveysministerit olivat yksimielisiä terveyden paremmasta huomioinnista maahanmuuttokriisissä. Kokouksessa kuultiin vetoomuksia koordinoidusta ja koherentista EU-tason lähestymistavasta. Terveyskomissaari korosti maahanmuuttokriisin ratkaisun olevan prioriteetti EU:ssa, johon tulee löytää ratkaisuja vielä ennen talven saapumista. Euroopan komissio on mobilisoinut toistaiseksi 73 miljoonaa hätärahoitusta vastaanottoon erityisesti jäsenmaille, joihin on saapunut paljon maahanmuuttajia. Lisäksi 23.syyskuuta komissio ilmoitti esittelevänsä lähiaikoina suunnitelman lisätä 100 miljoonaa vuoden 2015 budjettiin.
Luxemburg ehdotti taloudellisessa seurantajaksossa vahvistettaisiin terveysjärjestelmien fiskaalisen tarkastelun rinnalla terveyspalveluiden tulosten arviointia ja terveyspalvelujen saatavuutta. Kokouksessa jäsenmaiden vastaanotto Luxemburgin ehdotukselle oli hyvin varautunut. Useat maat korostivat, että terveyspalvelut ovat kansallisessa toimivallassa ja etteivät ne halua laajentaa seurantajakson fokusta terveyspalvelujen taloudellisesta kestävyydestä ja tehokkuudesta.

Kokouksessa keskusteltiin potilasdirektiivin toimeenpanon tuloksista sekä mahdollisista kansallisista ja EU-tason toimista. Jäsenmaiden puheenvuoroissa korostettiin mm. kansalaisten parempaa informoimista sekä tiivistä yhteistyötä muiden jäsenmaiden kanssa, erityisesti harvinaissairauksien ja eTerveyden osalta. Useissa puheenvuoroissa nostettiin myös esille jännitteet potilasdirektiivin ja EU:n sosiaaliturva-asetuksen 883/2004 välillä.

Yksityiskohtainen käsittely

Kokouksen puheenjohtajana toimi Luxemburgin terveysministeri Lydia Mutsch. Komissiota kokouksessa edusti terveyskomissaari Vytenis Andriukaitis.

Suomea kokouksessa edusti perhe- ja peruspalveluministeri Juha Rehula. Kokouksen yhteydessä ministeri Rehulalla oli kahdenväliset lyhyet tapaamiset terveyskomissaari Vytenis Andriukaitisin, Alankomaiden terveysministeri Edith Schippersin, Norjan terveysministeri Bent Høien sekä Ruotsin terveysministeri Gabriel Wikströmin kanssa.

Dementia

Dementiaan liittyen ministerit keskustelivat yhteistyön prioriteeteista ja yhteistoiminnan lisäämisen tarpeista muistisairauksiin. Puheenjohtaja, ministeri Mutsch esitteli puheenvuorossaan lyhyesti kansallista dementian ehkäisyohjelmaa, joka lanseerattiin Luxemburgissa kesäkuussa 2015. Ohjelman tavoite on erityisesti Alzheimerin tautiin ja vaskulaariseen dementiaan sairastuneiden auttaminen tarjoamalla tehostettua diagnoosin jälkeistä tukea.
Kokouksessa kuultiin professori Tobias Hartmanin (Kansallinen ohjelmakoordinaattori, Universität des Saarland) lyhyt esittely aiheesta. Lisäksi kokouksessa kuultiin puheenvuoro WHO/EURO:n edustajalta, jossa painotettiin mm. yleisten tarttumattomien tautien riskifaktorien olevan samat myös dementiassa.

Jäsenmaiden interventiot ja suhtautuminen olivat hyvin samankaltaisia. Kokouksessa kuultiin, että monilla jäsenvaltioista on olemassa kansallinen dementia-strategia tai ohjelma. Mm. UK, BE ja DK totesivat dementian olevan yksi kansallisista prioriteetteistä. Kokouksessa kuultiin esittelyjä erilaisista kansallisista toimista. Useat jäsenmaat korostivat dementian monisektoraalista luonnetta. Lähes kaikissa puheenvuoroissa korostettiin aikaisen diagnosoinnin merkitystä, tutkimusta ja hyvien käytäntöjen vaihtamista.

Yhteistyötä EU:n tasolla pidettiin kannatettavana. Monissa puheenvuoroissa painotettiin, että EU-maiden välisellä yhteistyöllä ja yhteisillä linjauksilla ja hyvien käytäntöjen levittämisellä on iso merkitys. Mm. yhteistoimintahankkeita pidettiin hyvinä EU-tason yhteistyön välineinä ja niitä kiiteltiin kokouksessa. Keväällä 2014 perustetun dementian EU-asiantuntijaryhmän toimintaan oltiin yleisesti tyytyväisiä. Toisaalta näkemykset yhteisen EU-strategian tarpeen suhteen erosivat jonkin verran mm. DE kannatti yhteistä EU-strategiaa, UK ei pitänyt sitä tarpeellisena.

EU:lta kaivattiin tukea myös muistisairauksien ehkäisyyn ja hoidon tutkimusta. Terveysohjelmaa pidettiin sopivana EU-tason rahoitusinstrumenttina.

Terveys ja taloudellinen ohjausjakso

Puheenjohtaja LU totesi avauspuheessaan, että heidän aloitteensa terveysjärjestelmien toimivuuden arvioinnista osana eurooppalaista seurantajaksoa perustuu siihen periaatteeseen, että jäsenmaiden oikeutta terveyspalvelujen järjestämiseen kunnioitetaan täysin. LU pitää tärkeänä, jäsenvaltiot saavat tukea järjestelmiensä kehittämisessä.

KOM pitää sanoi pitävänsä LU aloitetta tärkeänä. Sosiaalisen dimension korostaminen on tärkeää komissiolle seurantajaksossa. Euroopan tulisi päästä ”sosiaaliseen kolmeen A:han” eli korkeimpaan luottoluokitukseen. Pääsy terveyspalveluihin on tärkeä osa tätä tavoitetta, koska terveyspalvelut vähentävät sairauspoissaoloja ja työkyvyttömyyttä. Pääsy laadukkaisiin terveyspalveluihin

myötävaikuttaa Euroopan sosiaaliseen koheesioon. Terveysjärjestelmien suuri osuus jäsenvaltioiden taloudesta korostaa tarvetta tarkastella niitä syvällisemmin seurantajaksossa, mihin komission terveysjärjestelmiä koskeva tiedonanto antaa suuntaviivoja. Yhteisesti sovitut arvot eivät yksin riitä, on varmistettava järjestelmien rahoituksen kestävyys. Yhtenäisen terveyspalveluihin pääsyn tuomiselle osaksi eurooppalaista seurantajaksoa on siksi komissaarin mukaan hyvät perusteet.

LU aloite ei saanut kannatusta. AT, UK, DK, NL, EE, SE, BE, LV, BG, SL, FR, HU vastustivat erilaisin enemmän tai vähemmän kohteliain sanakääntein. Useat maat korostivat, että terveyspalvelut ovat kansallisessa toimivallassa ja etteivät ne halua laajentaa seurantajakson fokusta terveyspalvelujen taloudellisesta kestävyydestä ja tehokkuudesta. Ei tarvita uutta terveysjärjestelmien ranking-järjestelmää vaan kokemusten jakoa ja yhteistä oppimista niiden pohjalta (AT, NL, SI).

On pysyttävä Eurooppa 2020-strategian puitteissa (EE, BG). EU-tason osoittimet saattavat olla hyödyllisiä jäsenvaltioille, mutta olemassa olevaa terveyspalveluihin pääsyä koskevaa indikaattoria (unmet need) ei voi käyttää vertailuun kulttuurierojen vuoksi (AT, NL, FR). DK peräänkuulutti komissiolta muiden järjestöjen keräämän tiedon parempaa käyttöä. Terveysjärjestelmien vertailu ei sellaisenaan hyödyllistä, mutta HSPA-hanke voi tuottaa yksittäisiä jäsenvartioita hyödyttäviä tietoja (NL,EE, SI, ES). Useat valtuuskunnat korostivat, että terveysministereillä on oltava rooli terveysjärjestelmiä koskevassa keskustelussa eurooppalaisessa seurantajaksossa (erityisesti BE). Samoin haluttiin parempaa yhteistyötä terveyden ja Sosiaalisen suojelun komitean (SPC) välillä. ES peräänkuulutti keskustelua terveyspalveluihin pääsyn (access) käsitteestä. FI ohella vain AT viittasi terveyteen investointina. Vain LT ja LV käyttivät LU ehdotusta jossain määrin tukevat puheenvuorot ja IT puheenvuoron sisältö jäi jossain määrin epäselväksi.

Komissaari Andriukaitis totesi palautteessaan olevansa samaa mieltä BE:n kanssa siitä, että tärkein kysymys terveysministerien rooli makroekonomisessa ohjauksessa. Keskustelu osoittaa, että on paljon kysymyksiä, kuten tarjoaako unmet need –kysymys vertailukelpoista tietoa. Komissaari sanoi, ettei pyrkimyksenä ole lisätä maaspesifien suositusten (country specific recommendations, CSR) lukumäärää vaan ymmärtää paremmin, miten terveysjärjestelmät toimivat. Olisi tarkoituksenmukaista, että myös terveysneuvoston keskusteluilla olisi hyvä tietopohja. Tarvitaan paradigman muutos: terveys tulisi nähdä investointina. Siihen pääseminen on meidän käsissämme. Lopuksi komissaari muistutti palvelujen saatavuudesta yli rajojen ja toisessa jäsenmaassa saatujen terveyspalvelujen korvauksista.

Maahanmuuton terveysulottuvuus

Vakavan maahanmuuttotilanteen johdosta Luxembourg oli nostanut epävirallisen terveysministerikokouksen aiheeksi myös maahanmuuton. Asia on ollut esillä myös edellisillä EU-puheenjohtajuuskausilla. Puheenjohtajan mukaan maahanmuuton terveysulottuvuutta ei ole vielä systemaattisesti ja riittävästi huomioitu EU-tasolla. Ministerit keskustelivat, miten EU:n toimet voivat täydentää jäsenmaiden kansallisia pyrkimyksiä tarjota tarkoituksenmukaista terveydenhuoltoa pakolaisille ja siirtolaisille.

Terveyskomissaari Andriukaitis totesi maahanmuuton olevan testi EU:lle ja sen kapasiteetille. Ratkaisun löytäminen maahanmuuttokriisin on prioriteetti EU:ssa, johon tulee löytää ratkaisuja - vielä ennen talven saapumista. Kokouksessa komissaari ilmoitti tekevänsä kaikkensa ja selvittävänsä edelleen mahdollisuuksia käyttää olemassa olevia EU-rahoitusvälineitä kohdennetusti. Euroopan komissio on mobilisoinut toistaiseksi 73 miljoonaa hätärahoitusta erityisesti vaikeimmassa asemassa olevien maiden tukemiseen. Lisäksi 23.syyskuuta komissio ilmoitti esittelevänsä lähiaikoina

suunnitelman lisätä 100 miljoonaa vuoden 2015 budjettiin. Komissaari muistutti, että jäsenmailla on optio hakea apua myös Euroopan siviilikriisinhallintamekanismista. Toistaiseksi vain HU on hakenut tätä rahoitusta. Nk. ”hot spottien” osalta komissio valmistelee listaa kiireellisestä avusta terveystarkastuksiin (tarttuvat ja ei-tarttuvat taudit sekä rokotteet).

Komissaarin puheenvuorossa korostettiin yhteistä vastuuta ja solidaarisuutta. Terveyskomissaari peräänkuulutti maahanmuuttajille humaaneja olosuhteita ja jäsenmaiden velvoitetta tarjota tarvittavat terveyspalvelut. Komissio on myös rohkaissut muita jäsenvaltiota tarjoamaan vaikeassa asemassa oleville maille mm. lääkkeitä ja terveydenhuollon välineitä. Terveyskomissaari totesi terveysturvakomitean seuraavan aktiivisesti terveystilannetta ja tutkivan ja identifioivan sopivia keinoja. Rokotteiden osalta varastot eivät ole riittävät, joten komitea ehdottanee yhteistoimintaa tietojen vaihtamiseksi.

Terveysministerit olivat kokouksessa yksimielisiä terveyden paremmasta huomioinnista maahanmuuttokriisissä. Kokouksessa kuultiin vetoomuksia koordinoidusta ja koherentista EU-tason lähestymistavasta. Useissa puheenvuoroissa tuotiin esille, että hallitsematon tilanne on iso taakka jäsenmaille. Kansalliset terveysjärjestelmät joutuvat tämänhetkisen pakolais- ja maahanmuuttotilanteen vuoksi vastaamaan poikkeukselliseen haasteeseen. Esimerkiksi Kroatiaan on saapunut noin 60.000 maahanmuuttajaa 40 päivän aikana. Arvion mukaan noin 10% pakolaisista tarvitsee terveyspalveluja, osa myös erityispalveluja kuten raskaana olevat naiset. EL painotti, että näin isot maahanmuuttomäärät ylittävät vastaanottavan jäsenmaan kapasiteetin mm. Kreikan saarilla, joten lisäresursseja tarvitaan kipeästi.

HU korosti olevansa läpikulkumaa. Myös tartuntataudit (mm. polio ja tuberkuloosi) voivat olla vakava riski. Laboratoriokapasiteetti ja rokotteiden määrä on tällä hetkellä rajallinen Unkarissa. Näihin toimiin toivottiin tukea. Tarttuvien tautien lisäksi maahanmuuttajilla on myös kroonisia sairauksia. Terveystarkastukset ovat tarpeen väestön terveyden suojelun varmistamiseksi. BE ehdotti, että nk. ”hot spot” :teja tulisi resurssoida erityisesti terveystarkastuksia varten.

Kokouksessa komissiota kiiteltiin nopeasta reagoinnista. Jäsenmaat olivat tyytyväisiä rahoitusmekanismien kehittämiseen maahanmuuton tuomiin odottamattomiin kustannuksiin. Jäsenmaat pitivät hyvänä terveysturvakomiteassa käynnistynyttä toimintaa EU –tason tilanteen seuraamiseen ja koordinaatioon. Monissa puheenvuoroissa pidettiin tärkeänä päivitetyn tiedon jakamista ja terveysturvakomiteaa sopivana välineenä tähän työhön.

Yhteistyötä muiden kansainvälisten toimijoiden kanssa kuten WHO:n ja IOM:in kanssa pidettiin tärkeänä. Mm. DE ilmoitti kannattavansa yhteisiä tutkimus- ja kehittämishankkeita maahanmuuttajien terveyteen liittyvissä kysymyksissä.

Potilasdirektiivi

Kokouksessa keskusteltiin potilasdirektiivin toimeenpanon tuloksista sekä mahdollisista kansallisista ja EU-tason toimista toimeenpanon tehostamiseksi. Vaikka ko. direktiivi on toimeenpantu jo lähes kaksi vuotta sitten – Eurobarometri 2014:n mukaan yhdeksän kymmenestä eurooppalaisesta ei tunne direktiiviä.

Puheenjohtaja LU:n johdannossa kerrattiin potilaiden liikkuvuuden historia Kohl-Decker –tapauksesta alkaen. Puheenjohtaja korosti direktiivin toimeenpanon käytäntöön olleen hitaampaa kuin toivottiin. Luxemburg on yksi jäsenmaista, josta hakeudutaan runsaasti hoitoon muihin jäsenmaihin. Pj viittasi esimerkkinä tehostetusta järjestelystä Belgian, Ranskan ja Luxemburgin keskinäisen sopimuksen. Pj

pyysi jäsenmaita raportoimaan potilasdirektiivin toimeenpanossa kohtaamistaan haasteista, tiedonvälityksestä ja mahdollisesta jäsenmaiden yhteistyöstä terveyspalvelujen käytössä yli rajojen.

Komissaari totesi, että direktiivi on lähes täysin pantu toimeen, mutta haasteena ovat matalat korvaukset, hallinnolliset kysymykset ja ennakonlupamenettelyn puuttuminen useissa jäsenmaissa. Tiedonvälitys on puutteellista ja potilasjärjestöjen roolia siinä on vahvistettava. Komissaari haluaa saada kokonaisvaltaisenkuvan jäsenmaiden yhteistyössä rajat ylittävässä hoidossa. Direktiivi on tärkeä, koska se on ensi kertaa tuonut EU:n lainsäädäntöön potilaan oikeudet.

Jäsenmaiden puheenvuoroissa korostettiin mm. kansalaisten parempaa informoimista sekä tiivistä yhteistyötä muiden jäsenmaiden kanssa, erityisesti harvinaissairauksien ja eTerveyden osalta. Sosiaaliturva-asetuksen ja direktiivin suhteen nostivat puheenvuoroissaan esille FI:n lisäksi mm. UK, FR, PT, ja ES.

HR toi esille pienen jäsenmaan näkökulman ja toivoi, että selvitetään tarkemmin, missä terveyspalvelukysymyksissä rajat ylittävästä hoidosta on erityistä hyötyä.

IT haluaisi saada tietoja siitä, mitä jäsenvaltiot korvaavat rajat ylittävästä hoidosta potilaille. Terveyspalvelujen laatu on IT huolena. eTerveys ja eResepti voiva helpottaa potilaiden liikkuvuutta.

BE kysyi, mikä olisi potilaiden liikkuvuuden tarkoituksenmukainen taso. Vain pieni osa potilaista pitää omaa terveyspalvelujärjestelmäänsä huonona. Informaation välittäminen ja yhdenmukainen pääsy myös muille kuin hyväosaisille on tärkeää. Laatu ja turvallisuus eivät näytä olevana tärkeitä liikkuvuuden motivaattoreita, mutta kaikki niitä parantavat toimet ovat tärkeitä. Win-win –tilaisuudet tulee ottaa käyttöön kalleissa hoidoissa. Myös uusien lääkkeiden hankinnassa voitaisiin tehdä yhteistyötä. BE ei halua uusia hankkeita liikkuvuudesta, mutta toivoo asiaa koskevaa kirjallisuuskatsausta.

EE:n kokemukset ovat myönteisiä. Ennakkolupia on jokin verran hylätty. Liikkuvuus on vähäinen, mutta nousussa. EE:llä on kaksi erityistä haastetta. Lääkereseptien tunnistamisessa on haasteita ja komission pitäisi tukea tässä. DG kilpailukyky on todennut, että liikkuvuuden rahoitus valtion budjetista saattaa täyttää valtioavun kriteerit. Asia edellyttää lisäselvitystä.

FI totesi, että potilasdirektiivin kansallinen toimeenpano on vahvistanut suomalaisten potilaiden oikeuksia ja edellytyksiä saada hoitoa toisessa EU-maassa. Potilaat ovat direktiivin myötä tulleet tietoisemmiksi oikeuksistaan erilaisissa rajat ylittävän terveydenhuollon tilanteissa ja löytävät helpommin tietoa terveyspalveluiden käyttämisestä ulkomailla. Lähtökohtana tulee edelleen olla, että kunkin jäsenmaan tulee pystyä tarjoamaan riittävät terveyspalvelut omille asukkailleen. Potilaan tulee varmistaa tarpeellisten hoitoa koskevien tietojen siirtymisen asuinmaan ja ulkomailla toimivan hoidonantajan välillä. Sisämarkkinoiden tietojenvaihtojärjestelmä (IMI-järjestelmä) on Suomen kokemusten mukaan toimiva järjestelmä kansallisten yhteyspisteiden välisessä tietojen vaihdossa. Potilasdirektiivin rinnalla sovellettavana on EU:n sosiaaliturva-asetus 883/2004, jossa säädetään sairaanhoito-oikeuksista erilaisissa ulkomailla asumisen ja työskentelyn tilanteissa. Potilasdirektiivi ja asetus koskevat osin myös samoja tilanteita, joka voi aiheuttaa sekaannusta siitä, mitä säännöksiä missäkin tilanteessa sovelletaan. Suomen mielestä tilannetta on seurattava ja pyrittävä esimerkiksi aktiivisella tiedottamisella tai muilla keinoin oikaisemaan väärinymmärryksiä.

DE sanoi, että liikkuvuusdirektiivi ei ole oikeastaan aiheuttanut suurta muutosta, koska liikkuminen on ollut mahdollista jo sosiaaliturvan koordinaatioasetuksen perusteella. DE ei tue laatuvaatimuksia kansallisille yhteyspisteille. Potilasdirektiiviä ei saa käyttää välineenä kansallisten terveysjärjestelmien

harmonisointiin. DE toivoo, että jäsenmaiden ja raja-alueiden yhteistyösopimuksista laadittaisiin raportti.

SE sanoi, että kahden vuoden voimassaoloaika ei ole pitkä nykyisissä poliittisissa järjestelmissä, jotka tarvitsevat vielä paljon aikaa perusteelliseen toimeenpanoon.

PT pitää direktiiviä tärkeänä sekä potilaan ja palvelujärjestelmän näkökulmasta. PT muistutti, että potilaat ovat voineet käyttää palveluita ulkomailla aina, jos palveluita ei ole ollut saatavilla kotimaassa. PT toi esille HTA-kokouksen, joka järjestetään Lissabonissa lokakuussa sekä ES kanssa laaditun yhteistyösopimuksen. Sosiaaliturvan koordinaatioasetuksen ja potiladirektiivin väliset erot tulisi selvittää. PT korosti, että potilaiden liikkuvuuden edistämien ei saa tulla itsetarkoitukseksi.

FR korosti, että liikkuvuus ei ole tärkein tavoite. Osaamisverkostoista saadaan lisäarvoa harvinaissairauksien hoitoon. Samoin tietojen vaihto kehittyy oikeaan suuntaan. FR peräänkuulutti fokusta käytännön kysymyksiin mm. potilaan informointiin ei ole juuri kiinnitetty huomiota.

Transrasvat

Lounaskeskustelun perusteella jäsenmaat ovat jakautuneet transrasvojen osalta niihin jotka haluaisivat EU-tason säätelyä maksimitasoista ja jäsenmaihin, jotka kannattavat vapaaehtoisia keinoja. Terveyskomissaari lupasi komission toimittavan raportin asiasta lähikuukausina. Komission raportti esittelee ja pohtii mahdollisia keinoja jatkoon: pakolliset merkinnät, määritelmän maksimiarvoista sekä vapaaehtoisten keinojen hyödyntäminen.

Suomen edustajat

Perhe- ja peruspalveluministeri Juha Rehula delegaatioineen

Asiakirjat

Puheenjohtajan numeroimattomat tausta-asiakirjat ja ohjelma

Liitteet

Viite

Asiasanat	elintarvikkeet, kansanterveys, maahanmuutto, terveydenhuolto, terveyspolitiikka, tartuntataudit
Hoitaa	**MMM, SM, STM, UM**
Tiedoksi	EUE, EVIRA, OKM, OM, PLM, TEM, TULLI, VM, VNK, YM