

DEPARTAMENTUL DE STUDII PARLAMENTARE ȘI POLITICI UE
DIRECȚIA STUDII ȘI DOCUMENTARE LEGISLATIVĂ

POLITICI EUROPENE ÎN DOMENIUL PREVENȚIEI ÎN SĂNĂTATE

MARTIE 2020

Documentare și sinteză: Laura Robu, consilier parlamentar

Lucrările elaborate în cadrul Direcției studii și documentare legislativă sunt cu caracter documentar și nu reprezintă punctul de vedere al Camerei Deputaților.

* Lucrarea poate fi accesată direct pe Intranet la pagina Direcției studii și documentare legislativă.

CUPRINS

CONSIDERAȚII GENERALE	4
SITUAȚIA ÎN STATELE MEMBRE UE	9

I. Considerații generale

UE vine în completarea politicilor naționale de sănătate, sprijinind guvernele statelor membre să atingă obiective comune, să pună în comun resurse și să depășească provocări comune. UE elaborează norme și standarde europene pentru produse și servicii medicale și oferă finanțare pentru proiecte de sănătate din întreaga Uniune. Sănătatea publică este o competență națională, guvernele statelor membre fiind cele care trebuie să asigure accesul cetățenilor săi la asistență medicală. Competențele Uniunii Europene în acest domeniu sunt restrânse, fiind definite în *Tratatul privind funcționarea Uniunii Europene*¹, articolul 168. Uniunea are astfel rolul de a sprijini, coordona sau completa acțiunile statelor membre. Ducerea la bun sfârșit a obiectivelor comune, punerea în comun a resurselor și sprijinul acordat guvernelor în abordarea provocărilor comune, precum pandemiile, bolile cronice, impactul creșterii speranței de viață asupra sistemelor naționale de sănătate, sunt parte din acțiunile aflate la îndemâna autorităților europene.

Tratatul de la Lisabona² a subliniat importanța politicii de sănătate, stipulând că „în definirea și punerea în aplicare a tuturor politicilor și acțiunilor Comunității se asigură un nivel ridicat de protecție a sănătății umane”. Acest obiectiv urmează să fie realizat cu sprijinul Uniunii acordat statelor membre și prin încurajarea cooperării. Responsabilitatea principală pentru protecția sănătății și, în special, a sistemelor de sănătate, revine în continuare statelor membre. Cu toate acestea, UE joacă un rol important în îmbunătățirea sănătății publice, în prevenirea și gestionarea bolilor, atenuarea surselor de pericol pentru sănătatea umană și armonizarea strategiilor de sănătate între statele membre. UE a aplicat cu succes o politică cuprinzătoare prin intermediul strategiei de sănătate „Sănătate pentru creștere economică”³ și programul său de acțiuni pentru 2014-2020⁴, precum și a unui corp de legislație secundară. Structura instituțională actuală de sprijin a punerii în aplicare include Direcția Generală Sănătate și siguranță alimentară a Comisiei (DG SANTE) și agențiile specializate, în special Centrul European de Prevenire și Control al Bolilor (ECDC) și Agenția Europeană pentru Medicamente (EMA).

Cele trei obiective strategice ale politicii de sănătate a UE sunt următoarele:

- Promovarea unei stări bune de sănătate - prevenirea bolilor și promovarea unor stiluri de viață sănătoase prin abordarea aspectelor legate de nutriție, activitate fizică, consumul de alcool, fumatul și consumul de droguri, riscurile legate de mediu și leziunile. Având în vedere îmbătrânirea populației, nevoile de sănătate specifice ale persoanelor în vârstă impun, de asemenea, mai multă atenție.
- Protejarea cetățenilor împotriva amenințărilor pentru sănătate - îmbunătățirea monitorizării și pregătirii pentru situații de urgență în cazuri de epidemie sau bioterorism, pentru a mări capacitatea de reacție la noi provocări legate de sănătate, cum ar fi schimbările climatice.
- Sprijinirea sistemelor de sănătate dinamice pentru a ajuta sistemele de sănătate ale statelor membre să răspundă provocărilor pe care le reprezintă îmbătrânirea populației, cerințele tot mai mari ale cetățenilor și mobilitatea pacienților și a personalului medical.

¹ https://eur-lex.europa.eu/resource.html?uri=cellar:2bf140bf-a3f8-4ab2-b506-fd71826e6da6.0001.02/DOC_2&format=PDF

² <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/RO/TXT/HTML/?uri=CELEX:12007L/TXT&from=EN>

³ https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/programme/docs/prop_prog2014_ro.pdf

⁴ https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/programme/docs/ev_20141104_co01_en.pdf

Politicile din domeniul sănătății asupra cărora Uniunea Europeană are capacitatea de a acționa sunt (a) **prevenirea**, unde accentul este pus pe stilul de viață, unul care ar trebui să fie mai sănătos și mai activ, (b) **accesul la asistență medicală**, indiferent de venitul financiar, sex, etnie etc., (c) **amenințările la adresa sănătății cetățenilor europeni** prin ralierea statelor membre în jurul unor măsuri comune, (d) **sănătatea persoanelor în vârstă** și (e) **promovarea sistemelor de sănătate sustenabile** și a noilor tehnologii.

În ciuda lipsei unei baze juridice clare, politica de sănătate publică s-a dezvoltat în mai multe direcții înainte de instituirea tratatului actual. Printre acestea se numără:

- **Medicamente:** legislația introdusă din anul 1965 a vizat garantarea unor standarde ridicate în cercetarea și industria farmaceutică, armonizarea procedurilor naționale de acordare a licențelor pentru medicamente și introducerea de norme privind publicitatea, etichetarea și distribuția. Printre altele, „pachetul farmaceutic” privind farmacovigilența, a fost aprobat de Parlament în 2011.
- **Cercetare:** programele de cercetare în domeniul medical și al sănătății publice datează din 1978 și au cuprins aspecte precum problemele de sănătate influențate de vârstă, mediu și stilul de viață, riscuri de iradiere și analiza genomului uman, axându-se mai ales asupra principalelor boli. Aceste aspecte de sănătate și altele pe cale de apariție au fost abordate în cel de-al șaptelea program-cadru. Acțiuni suplimentare au fost desfășurate în cadrul succesorului acestuia, programul Orizont 2020.
- **Asistența reciprocă:** statele membre au convenit să își acorde reciproc asistență în cazul catastrofelor și al bolilor extrem de grave. Multe din problemele de acest fel au ajuns în atenția publicului în cursul ultimelor două decenii, encefalopatia spongiformă bovină (ESB), gripa porcină, gripa H1N1, virusul Zika și altele.
- În 2013, Parlamentul și-a definit poziția în ceea ce privește adoptarea legislației privind asigurarea serviciilor de sănătate transfrontaliere și revizuirea cadrului legal privind dispozitivele medicale și terapiile avansate.

Acțiunile din trecut, care au dus la configurația actualei politici în domeniul sănătății a UE, au luat în considerare mai multe inițiative specifice. Apariția dependenței de droguri, a bolilor precum cancerul și SIDA (printre altele), reprezentând probleme majore pentru sănătate, alături de circulația tot mai liberă a pacienților și a personalului medical în interiorul UE, i-au asigurat sănătății publice un loc și mai important pe agenda UE. Printre inițiativele principale lansate se numără programele „Europa împotriva cancerului” și „Europa împotriva SIDA” (din 1987 și respectiv 1991). În plus, miniștrii sănătății în cadrul Consiliului au adoptat o serie de rezoluții esențiale cu privire la politica de sănătate, sănătatea și mediul, precum și monitorizarea și supravegherea bolilor transmisibile. În 1993, Comisia a publicat o „Comunicare privind cadrul de acțiune în domeniul sănătății publice”⁵, care identifică opt direcții de acțiune, oferind în acest fel baza primului program multianual privind sănătatea publică și succesorii săi:

- **Promovarea sănătății:** un stil de viață sănătos, nutriție, alcool, tutun și droguri și consumul de medicamente.
- **Monitorizarea sănătății:** program bazat pe cooperare, inclusiv un centru pentru colectarea datelor.
- **„Europa împotriva cancerului”:** studii și cercetare în domeniul epidemiologiei.
- **Droguri:** Centrul UE din Lisabona; Convenția ONU; contacte bilaterale cu țări producătoare.
- **SIDA și bolile transmisibile:** informare, educare și măsuri preventive.

⁵ <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/RO/TXT/PDF/?uri=CELEX:32002D1786&from=EN>

- Prevenirea accidentelor: accidentele în timpul liber; atenția acordată copiilor, adolescenților și persoanelor în vârstă.
- Bolile legate de poluare: îmbunătățirea datelor; evaluarea riscurilor; axarea pe afecțiunile respiratorii și alergii.
- Boli rare: baza de date a UE, schimburi de informații și detectarea precoce.

Cele opt programe de mai sus s-au desfășurat între 1996 și 2002. Evaluarea programului a constatat că eficiența limitată a programelor se putea explica prin concepția lor globală, din cauza efectului de diluare al abordării la nivel de boală. S-a ajuns la concluzia că era nevoie de o abordare mai orizontală, interdisciplinară, în care acțiunea UE ar putea aduce o valoare adăugată. Cele opt programe inițiale separate au fost înlocuite în 2003 de un sistem unic, integrat, orizontal, Programul UE pentru sănătate publică 2003-2008, care a fost adoptat cu procedura de codecizie. A doua fază a constat în Programul de acțiune comunitară în domeniul protecției sănătății și a consumatorilor 2007-2013, cu un buget de 312 milioane EUR. Programul actual, care reprezintă cea de-a treia fază, se numește „Sănătate pentru creștere economică” și cuprinde perioada 2014-2020.

În ultimii ani, instituțiile s-au concentrat pe trei dimensiuni-cheie cu implicații directe pentru politicile de sănătate publică.

1. Consolidarea cadrului interinstituțional

Rolul Parlamentului, ca organ de codecizie alături de Consiliu, a fost consolidat în ceea ce privește aspectele legate de sănătate, mediu și protecția consumatorilor. Modul în care Comisia lansează inițiative legislative a fost adaptat, cu proceduri de consultare standardizate între servicii, stabilirea de noi reguli privind comitologia și dialogul cu societatea civilă și experții. În sfârșit, rolul jucat de agenții (EMA, ECDC, EFSA) a fost consolidat, mai exact prin crearea în 2005 a unei Agenții Executive pentru Sănătate și Consumatori (EAHC), care pune în aplicare programul UE pentru sănătate.

2. Necesitatea de a consolida capacitatea de reacție rapidă

Se consideră esențial în ziua de astăzi ca UE să aibă o capacitate de reacție rapidă, care să îi permită să intervină în cazul amenințărilor grave la adresa sănătății într-o manieră coordonată, mai ales având în vedere pericolul bioterorismului și potențialul epidemiilor la nivel mondial, într-o perioadă în care transporturile internaționale rapide facilitează răspândirea bolilor.

3. Necesitatea unei mai bune coordonări a promovării sănătății și a prevenirii bolilor

Scopul acestor acțiuni este abordarea principalelor cauze care stau la baza stării precare de sănătate legate de stilul de viață personal și de factorii economici și de mediu (poluarea din pesticide, metale grele, perturbatori endocrini). Acțiunile vor presupune mai ales coordonarea strânsă cu alte domenii ale politicilor UE, cum ar fi mediul, transporturile, agricultura și dezvoltarea economică. Pe lângă acestea, acțiunile vor implica o consultare mai strânsă a tuturor părților interesate și o mai mare deschidere și transparență în procesul de decizie. O inițiativă majoră este stabilirea unui mecanism de consultare publică privind aspectele de sănătate.

Politica UE în domeniul sănătății se concentrează pe protejarea și îmbunătățirea sănătății populației, pe accesul tuturor europenilor la asistență medicală modernă și eficientă și pe coordonarea reacției la amenințările grave la adresa sănătății care implică mai multe țări din UE. De asemenea, pentru UE sunt importante măsurile de prevenire a bolilor și reacția adecvată la apariția bolilor. Măsurile de prevenire includ, printre altele, vaccinarea, combaterea rezistenței la antimicrobiene, acțiunile împotriva cancerului și etichetarea alimentară responsabilă.

Țările UE dețin responsabilitatea principală pentru organizarea și furnizarea de servicii de sănătate și de îngrijire medicală. Prin urmare, politica UE în domeniul sănătății

este menită să completeze politicile naționale și să asigure protecția sănătății în cadrul tuturor politicilor UE.

Comisia promovează investițiile în sănătate drept mijloc pentru a obține o creștere inteligentă, durabilă și favorabilă incluziunii, prin:

- promovarea unor sisteme de sănătate eficace, accesibile și adaptabile
- investiții în sănătate prin promovarea sănătății și a mijloacelor de prevenire a bolilor
- susținerea acoperirii de sănătate ca modalitate de reducere a inegalităților și de combatere a excluziunii sociale.

Există două agenții create special pentru a sprijini guvernele naționale în chestiuni legate de sănătate. Centrul European de Prevenire și Control al Bolilor evaluează și monitorizează amenințările emergente la adresa sănătății, pentru a coordona reacțiile. Agenția Europeană pentru Medicamente gestionează evaluarea științifică a calității, siguranței și eficienței tuturor medicamentelor din UE.

Structura serviciilor de sănătate publică dintr-o anumită țară este dictată de natura structurilor de guvernare, cum ar fi dacă țara este centralizată sau federalizată și măsura în care responsabilitățile sunt atribuite administrației locale. Se identifica trei moduri principale în care instituțiile care furnizează servicii de sănătate publică, organizate pe verticală, unele dintre ele putând funcționa în paralel într-o țară:

- instituțiile naționale de sănătate publică, în mare parte oferind direcții strategice;
- instituții regionale de sănătate publică, în mare parte axându-se pe coordonarea și planificarea serviciilor;
- instituțiile locale de sănătate publică, implicate în mare parte în furnizarea de servicii.

Cu toate acestea, în mai multe țări, există un al patrulea nivel de servicii sau administrații, astfel încât pot exista, de exemplu, instituții la nivel regional, municipal și local. Existența și gradul de independență acordat birourilor publice locale de sănătate reflectă de obicei structurile politice și administrative din țară și sistemul său de sănătate și gradul de descentralizare. În Suedia, de exemplu, există municipalități autonome, bazate pe o tradiție a democrației locale. Acestea sunt responsabile pentru bunăstarea rezidenților lor, furnizând servicii, cum ar fi casele de bătrâni pentru persoanele în vârstă și bolnave mintal și servicii de sănătate a mediului. În Olanda, sănătatea publică este înțeleasă ca o responsabilitate comună între statul central și administrația locală, iar furnizarea serviciilor de sănătate publică respectă principiul "descentralizare cu excepția cazului în care", transferând echilibrul responsabilităților către municipalitățile țării. În Germania, birourile locale de sănătate publică sunt forma dominantă a furnizării serviciilor de sănătate publică, în special în acele state federale în care nu există birouri de sănătate publică la nivel federal. Acestea sunt responsabile de raportarea sănătății publice, de gestionarea activităților de promovare a sănătății și de furnizarea de activități de prevenire pentru grupurile vulnerabile. În Italia, autoritățile locale de sănătate oferă servicii de sănătate publică legate de protecția și promovarea sănătății⁶.

Majoritatea mecanismelor de stabilire a priorităților politicii de sănătate sunt coordonate de guvernul central. Instituțiile de sănătate publică contribuie adesea la elaborarea planurilor strategice și pot juca, de asemenea, un rol de agenți de punere în aplicare. Cu toate acestea, doar câteva strategii atribuie responsabilități instituționale unor organizații specifice de sănătate publică în ceea ce privește implementarea și monitorizarea. Unele țări, cum ar fi Anglia, Franța, Germania, Italia și Suedia, au extins în ultimii ani rolul agențiilor naționale de evaluare a tehnologiei medicale pentru a evalua eficiența costurilor sau beneficiile intervențiilor de sănătate publică.

⁶ http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0009/383544/hp-series-50-eng.pdf?ua=1

Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică (OCDE), în documentul din 2019, *Health at a Glance*⁷, face o analiză a performanței sistemelor de sănătate a țărilor membre. Cadrul conceptual care stă la baza *Health at a Glance* evaluează performanțele sistemului de sănătate în contextul unei perspective largi asupra factorilor determinanți ai sănătății. Se bazează pe cadrul aprobat de fluxul de lucru al OCDE privind calitatea și rezultatele asistenței medicale, care recunoaște că obiectivul final al sistemelor de sănătate este îmbunătățirea sănătății oamenilor. Mulți factori din afara sistemului de sănătate influențează starea de sănătate, în special venitul, educația, mediul fizic în care trăiește un individ și gradul în care oamenii adoptă stiluri de viață sănătoase. Contextul demografic, economic și social afectează, de asemenea, cererea și oferta de servicii de sănătate și, în final, starea de sănătate. În același timp, performanța unui sistem de asistență medicală are un impact puternic asupra sănătății populației. Atunci când serviciile de sănătate sunt de înaltă calitate și sunt accesibile tuturor, rezultatele sănătății oamenilor sunt mai bune. Atingerea obiectivelor de acces și de calitate și, în cele din urmă, a rezultatelor mai bune pentru sănătate, depinde în mod critic de faptul că există cheltuieli suficiente pentru sănătate. Cheltuielile cu sănătatea plătesc pentru ca angajații din sănătate să ofere îngrijirile necesare, precum și bunurile și serviciile necesare pentru prevenirea și tratarea bolilor. Totuși, aceste resurse trebuie, de asemenea, să fie cheltuite cu înțelepciune, pentru maximizarea conceptului valoare-bani. OCDE arată că factori precum modul în care se organizează și se acordă prioritate între furnizori, costurile de intrare și nevoile populației, toate afectează nivelul cheltuielilor pentru diferite servicii. Cea mai mare pondere a serviciilor de spitalizare și ambulatoriu reprezintă - de obicei aproximativ 60% din totalul cheltuielilor de sănătate din țările OCDE. Bunurile medicale (în mare parte produse farmaceutice) ocupă încă 20%, urmate de o pondere din ce în ce mai mare pentru îngrijirea de lungă durată, care în 2017 a însumat aproximativ 14% din cheltuielile pentru sănătate. Restul administrației și guvernarea sistemului de sănătate, împreună cu îngrijirea preventivă au acoperit restul.

Structura cheltuielilor pentru diferitele tipuri de îngrijiri poate varia considerabil în funcție de țară. Aproximativ 42% din cheltuielile de sănătate din Grecia pot fi atribuite serviciilor de îngrijire internă (curative și de reabilitare). Aceasta este de departe cea mai mare pondere și cu aproximativ 14 puncte procentuale peste media OCDE. La celălalt capăt al scalei, multe dintre țările nordice, dar și Canada și Olanda, au văzut că serviciile de spitalizare reprezintă un sfert sau mai puțin din totalul cheltuielilor. Îngrijirile în regim ambulatoriu, care au vizat consultările generaliste și de specialitate, au fost deosebit de ridicate în Portugalia și Israel, comparativ cu media OCDE de 32%. Grecia și Belgia au cheltuit cea mai mică proporție pentru serviciile de ambulatoriu. Cheltuielile cu bunuri medicale includ a treia categorie ca mărime. În general, prețurile mărfurilor tind să fie mai puțin variabile între țări decât serviciile. Aceasta înseamnă că cheltuielile cu produse farmaceutice și dispozitive medicale reprezintă adesea o pondere mai mare a cheltuielilor pentru sănătate în țările cu venituri mai mici. Ca atare, bunurile medicale reprezentau mai mult de o treime din toate cheltuielile de sănătate din Republica Slovacă. În schimb, în Danemarca, Norvegia, Olanda și Suedia, ponderea a fost mult mai mică, între 10 și 12%. În cazul în care există aranjamente formale pentru îngrijirea vârstnicilor și a populației dependente, cum ar fi în Norvegia, Suedia și Olanda, un sfert sau mai mult din totalul cheltuielilor de sănătate se pot referi la servicii de îngrijire de lungă durată. În țările cu un sector de îngrijire de lungă durată mai informal, cum ar fi în multe țări din sudul, centrul și estul Europei, cheltuielile pentru îngrijirea de lungă durată sunt mult mai mici - aproximativ 5% sau mai puțin în Grecia, Portugalia, Ungaria și Letonia.

⁷ <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4dd50c09-en.pdf?expires=1582617896&id=id&accname=guest&checksum=A1FE1993CB761CF712A10D07EF257DC9>

O componentă vitală a oricărui sistem de sănătate care se întinde pe diferitele tipuri de servicii descrise mai sus este asistența primară. Ca o proxy pentru acest concept complex, îngrijirea primară este definită aici pentru a include o varietate de servicii diferite, cum ar fi îngrijirea generală în ambulatoriu, serviciile de prevenție, serviciile de îngrijire dentară și serviciile curative la domiciliu atunci când sunt furnizate de furnizorii de îngrijiri ambulatorii. Folosind această măsură de reprezentare, asistența primară reprezintă aproximativ 13% din totalul cheltuielilor de sănătate din toată OCDE, variind de la aproximativ 10% în Elveția, Republica Slovacă, Olanda și Austria până la 18% în Australia și Estonia. Creșterea cheltuielilor pentru sănătate a fost reluată în toate domeniile, după încetinirea generală după criza economică. În anii declinului economic, unele guverne au introdus politici de protecție a cheltuielilor pentru asistența primară și serviciile de primă linie, în timp ce încearcă să facă economii de costuri în altă parte din sistemul de sănătate. Reducerea salariilor în spitalele publice, amânarea înlocuirii personalului și amânarea investițiilor în infrastructura spitalelor au fost printre cele mai frecvente măsuri luate în țările OCDE pentru echilibrarea bugetelor de sănătate. În timp ce îngrijirile în ambulatoriu și îngrijirile de lungă durată au continuat să crească anual în perioada 2009 - 2013, cheltuielile pentru îngrijirea și administrarea în regim intern sunt blocate în multe țări și au scăzut pentru servicii farmaceutice și servicii de prevenție. De atunci, aceste reduceri au fost inversate, iar prevenirea a fost cea mai rapidă creștere între 2013 - 2017, cu 3,2% în medie, anual. Rata de creștere a îngrijirii în ambulatoriu a fost mai mult decât dublată (2,8% față de 1,1%), iar îngrijirile pentru pacienți în spital au crescut cu 2,4%. Cheltuielile pentru produse farmaceutice și de administrare au crescut mult mai modest, la 1,6% și, respectiv, 2,0% pe an. În cele din urmă, cheltuielile pentru îngrijirea de lungă durată au continuat să crească în ritm constant din 2003.

II. Situația în statele membre ale Uniunii Europene

AUSTRIA

Comisia Europeană a publicat în 2019 Profilurile de țară din ciclul „*Starea sănătății în UE*” care sunt menite să reprezinte sursa principală de cunoștințe și informații cu privire la sistemul de sănătate al fiecărei țări, din perspectiva unei comparații încrucișate la nivelul U și sunt activitatea comună a OCDE și a Observatorului european pentru sisteme și politici de sănătate, în cooperare cu Comisia Europeană. Potrivit acestui document⁸, sistemul de sănătate din Austria este complex. Guvernul federal este responsabil pentru cadrul legislativ, inclusiv reglementarea asigurărilor sociale de sănătate (SHI). Fondurile SHI au responsabilitatea operațională pentru îngrijirile ambulatorii și de reabilitare (în afara spitalelor) și medicamentele în ambulatoriu și negociază contracte cu furnizorii. Statele (Länder) reglementează asistența spitalicească în jurisdicțiile lor în cadrul definit de legislația federală și sunt responsabile în principal de organizarea și finanțarea îngrijirilor în regim de spitalizare și ambulatoriu în spitale. Finanțarea este mixtă și fragmentată, deoarece fondurile SHI, guvernul federal, landurile și municipalitățile contribuie cu toții la bugetul de sănătate. Fragmentarea organizării și finanțarea au fost abordate într-o oarecare măsură din 2012 prin introducerea noului sistem de „guvernanta bazată pe țintă” într-un cadru de reforme mai ample. Toți actorii importanți - guvernul

⁸ https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_at_english.pdf

federal, fondurile SHI și landurile - sunt acum parte a Comisiei de guvernare bazată pe țintă (B-ZK), organul suprem de luare a deciziilor care definește ținte pentru sistemul de sănătate și negociază acorduri formale între părțile interesate. Aceste acorduri la nivel național sunt obligatorii din punct de vedere juridic și constituie baza acordurilor de guvernanță bazate pe țintă la nivelul landurilor.

Primul acord de guvernanță bazat pe țintă a fost încheiat în 2013 și a prezentat o agendă de reformă pentru o perioadă de patru ani (2013-16). În 2017, B-ZK a încheiat un al doilea acord, care definește obiectivele pentru 2017-2021 (BMASGK, 2018). Aproape toate reformele de sănătate în curs de desfășurare în Austria - cu excepția contopirii fondurilor SHI - sunt legate de aceste acorduri. Primul acord a definit obiective și obiective financiare pentru structurile, procesele și rezultatele asistenței medicale. Obiectivul financiar inițial a fost reducerea creșterii cheltuielilor publice pentru sănătate la 3,6% pe an până în 2016, urmată de o reducere la 3,2% până în 2021 în al doilea acord. O altă țintă importantă a fost dezvoltarea unei noi abordări de asistență medicală primară, care a dus în final la adoptarea Legii pentru îngrijirea medicală primară din 2017. Al doilea acord prevede înființarea a 75 de unități multidisciplinare de asistență medicală primară și se concentrează pe implementare, pe lângă sprijinirea competenței de sănătate și promovarea sănătății.

În plus, o reformă structurală pentru îmbinarea celor 21 de fonduri SHI existente în cinci este în curs de desfășurare. În special, nouă fonduri regionale sunt reunite într-unul, care va acoperi aproape 80% din populația austriacă din ianuarie 2020. Obiectivul principal al noii structuri este alinierea acoperirii asigurărilor și reducerea costurilor administrative. Cu toate acestea, Curtea de Conturi și experții din Austria au exprimat îndoieli dacă fuziunea va duce la reducerea costurilor administrative anunțate de guvern. De asemenea, criticii au subliniat că acoperirea nu va fi aliniată la toate fondurile de asigurare, deoarece fondurile separate vor rămâne, de exemplu, pentru funcționarii publici și pentru angajații independenți.

Cheltuielile pentru sănătate sunt mari în Austria. Cheltuielile curente de sănătate pe cap de locuitor au fost de aproape 3 900 EUR în 2017 (ajustate pentru diferențele de putere de cumpărare), cu aproximativ 1 000 EUR mai mari decât media UE. Creșterea cheltuielilor a fost recent similară mediei UE în termeni absoluți și ca pondere din PIB. După ajustarea inflației, cheltuielile curente pentru sănătate au crescut în medie cu 1,4% pe an între 2009 și 2017 (1,5% în UE). Între timp, ponderea PIB-ului cheltuit pe sănătate a crescut de la 10,2% în 2009 la 10,4% în 2017 (comparativ cu o creștere de la 9,7% la 9,8% în UE). Un plafon bugetar global pentru cheltuielile publice pentru sănătate a fost introdus ca parte a reformelor de guvernanță bazate pe țintă, iar creșterea a fost sub țintă de la introducerea sa. Ponderea plăților neacomportate (19,2% din cheltuielile pentru sănătate în 2017) este mai mare decât media UE (15,8%) - în mare parte legate de medicamente, îngrijire de lungă durată și îngrijire dentară -, dar a rămas stabilă din 2010. Fondurile SHI finanțează cea mai mare pondere a cheltuielilor pentru sănătate (44% în 2017), dar cheltuielile publice directe - în mare parte contribuțiile Lănder pentru îngrijirea pacienților - constituie, de asemenea, o pondere mare (30%). Nu există concurență între fondurile SHI, deoarece acoperirea este determinată de ocupație și / sau locul de reședință. Contribuțiile de asigurare sunt stabilite (pentru majoritatea oamenilor) la 7,65% din veniturile brute, împărțite între angajator și angajat (la o contribuție lunară maximă de 392 EUR în 2018). Toate fondurile SHI acoperă în general aceleași avantaje și au fost făcute mai multe demersuri din 2017 pentru a armoniza beneficiile în continuare, dar rămân diferențe între fondurile pentru profesii specifice - de exemplu, în ceea ce privește tarifele de utilizare sau coplățile pentru dispozitive medicale.

Pe lângă eficientizarea asistenței primare, unul dintre obiectivele Legii privind asistența medicală primară din 2017 a fost asigurarea furnizării și distribuției egale și

durabile a medicilor și a altor profesioniști din domeniul sănătății și realizarea asistenței medicale primare mai atrăgătoare ca o carieră care oferă munca într-o echipă multiprofesională. Începând cu 2017, au fost instituite o serie de politici privind forța de muncă pentru a aborda amestecul de dezechilibru de calificare și pentru a deschide oportunități pentru noi modele de furnizare a serviciilor. Un nou registru de profesioniști din domeniul sănătății a fost înființat în 2018, ceea ce face înregistrarea obligatorie pentru profesioniștii care anterior au fost scutiți, inclusiv asistenții medicali și profesioniștii din domeniul îngrijirii de lungă durată. Datele privind numărul și distribuția asistenților medicali care lucrează în afara spitalelor, care până acum lipseau, sunt așteptate să fie disponibile la începutul anului 2020.

Austria se bazează puternic pe medici și specialiști care oferă îngrijiri în toate domeniile. Cu toate acestea, îmbătrânirea medicilor, numărul scăzut de absolvenți medicali care aleg practica generală și numărul stagnant de medici cu contracte SHI creează o provocare pentru furnizarea de asistență ambulatorie, în special în asistența primară. Legea pentru asistența medicală primară din 2017 a urmărit să depășească aceste dezechilibre prin îmbunătățirea mixului de abilități și consolidarea cooperării structurale între medicii de familie și alți profesioniști din domeniul sănătății. Acesta își propune să înființeze unități multidisciplinare de asistență medicală primară, care vor cuprinde o echipă de bază de medici, asistenți medicali calificați și asistenți de practică, responsabili pentru orientarea pacienților și coordonarea îngrijirii. Unitățile pot include, de asemenea, pediatri și alți profesioniști (fizioterapeuți sau asistenți sociali). Aceștia pot partaja premise fizice sau pot funcționa ca rețele ale mai multor practici distincte, cooperând îndeaproape cu alți furnizori (farmacii, specialiști, spitale, cămine, școli, SHI etc.). Înlocuind practicile individuale cu îngrijirea bazată pe echipă, se preconizează că condițiile de muncă se vor îmbunătăți (ore, flexibilitate, volum de muncă), atrăgând mai mulți profesioniști din domeniul sănătății către asistența medicală primară și furnizarea serviciilor pentru a deveni mai eficiente. O altă inovație a fost introducerea în 2016 a asistenților de nivel secund ca o nouă profesie. Instruirea pentru asistenții medicali calificați va lua forma unei diplome de licență, care va fi introdusă treptat la universitățile de științe aplicate până în 2024.

Cheltuielile pentru sănătate sunt concentrate foarte mult pe îngrijirea pacienților: Austria cheltuiește mai mult de 1 300 EUR pe cap de locuitor, suma ajustată pentru diferențele de putere de cumpărare - cu mult peste media UE (835 EUR) și depășită doar de Luxemburg. Ponderea cheltuită pentru asistența medicală internată (33,8% în 2017) a scăzut doar cu 0,8 puncte procentuale din 2010, în ciuda reformelor în curs de consolidare a asistenței medicale primare și ambulatorii. În schimb, Austria cheltuiește doar 85 EUR pe cap de locuitor pentru prevenire, mai puțin decât media UE.

În timp ce Austria are cheltuieli mari pentru sănătate, doar 2,2% din cheltuielile totale au fost destinate pentru prevenire în 2017, comparativ cu 3,1% în UE. Cu toate acestea, cheltuielile pentru prevenire au crescut în medie cu 1,6% pe an între 2009 și 2017, ușor peste creșterea cu 1,4% a cheltuielilor totale pentru sănătate (în termeni reali).

Sistemul de sănătate austriac se caracterizează prin luarea deciziilor în mod descentralizat și autoguvernarea de către entitățile corporative. Într-o oarecare măsură, provocarea coordonării este abordată de o nouă structură de guvernare din 2013, care reunește cei mai importanți actori - guvernul federal, fondurile de asigurări sociale de sănătate și guvernele regionale. O reformă de reducere a celor 21 de fonduri de asigurări sociale de sănătate la cinci va intra în vigoare în 2020. Se urmărește reducerea costurilor administrative, deși s-au ridicat îndoeli cu privire la acest lucru. Fragmentarea structurală și financiară - de exemplu între spitale și îngrijirile oferite de medicii de la cabinete - continuă să împiedice o mai mare integrare a câștigurilor de asistență și eficiență.

În general, sistemul de sănătate austriac este comparativ costisitor, iar cheltuielile rămân foarte concentrate în îngrijirea pacienților. Unele câștiguri de eficiență pot fi obținute prin reforma asistenței primare, dacă aceasta reduce cu succes utilizarea serviciilor de spitalizare. Limitele bugetare convenite între principalii actori ai noului sistem de guvernare reprezintă în prezent principalul mecanism de control al costurilor. Până în prezent, cheltuielile publice pentru asistența medicală au rămas sub aceste plafoane, în timp ce creșterea cheltuielilor pentru prevenire a fost oarecum accelerată. Cu toate acestea, fără reforme structurale, va fi dificil să se respecte aceste limite de cheltuieli în viitor. Sunt necesare eforturi suplimentare pentru a reduce dependența de spitale și îngrijiri curative costisitoare, îmbunătățind în același timp promovarea și prevenirea sănătății.

Legislația referitoare la sănătate este făcută la nivel federal, inițiată de obicei de Ministerul Federal al Muncii, Afacerilor Sociale, Sănătății și Protecției Consumatorilor (BMASGK). Cele nouă state (Länder) sunt responsabile de asigurarea disponibilității unei capacități spitalicești adecvate, inclusiv de îngrijire în ambulatoriu în spitale și finanțează o parte majoră a serviciilor de îngrijire internă și ambulatorie oferite de spitale.

Numeroase încercări de reformă au vizat îmbunătățirea cooperării și coordonării în sistemul de sănătate. În special, reforma în domeniul sănătății 2013 a dus la apariția unui nou sistem de guvernare a sănătății bazat pe țintă. Cel mai important, a fost creată o Comisie federală de guvernare bazată pe ținte (B-ZK), care reunește nivelul federal, Landurile și fondurile SHI pentru a defini în comun obiectivele financiare și țintele de sănătate pentru țară. Acestea sunt apoi specificate în continuare de comisiile de guvernare bazate pe ținte care reunesc principalii actori la nivelul landurilor. B-ZK a devenit, de asemenea, cel mai important actor pentru planificarea comună a structurilor de asistență medicală prin „Planul structural austriac pentru îngrijirea sănătății”. Acest cadru pentru planificarea integrată a tuturor sectoarelor sistemului de sănătate, incluzând îngrijirile de spital, ambulatoriu și reabilitare, este tradus de landurile și fondurile SHI regionale în (nouă) planuri structurale regionale pentru îngrijirea sănătății. Începând cu 2018, anumite părți ale planurilor structurale austriace și regionale pentru asistența medicală pot fi obligatorii din punct de vedere juridic. În plus, 10 obiective de sănătate austriace au fost elaborate sub implicarea unei game largi de părți interesate. În urma unei abordări privind sănătatea în toate politicile, aceste ținte sunt defalcate pe grupuri de lucru intersectoriale în sub-ținte, indicatori, acțiuni concrete și repere⁹.

În 2012, Parlamentul austriac a adoptat o lege pentru consolidarea e-sănătății în sistemul de asistență medicală din Austria, prin introducerea Registrului electronic de sănătate (ELGA)¹⁰. Implementarea sa înregistrează progrese semnificative împreună cu aplicațiile sale de e-medicamente și e-raportări electronice. Registrul electronic de sănătate (ELGA) este un sistem informațional care oferă date de sănătate personalizate cetățenilor individuali și furnizorilor de servicii de sănătate (spitale, farmacii, medici generaliști, specialiști etc.). Medicii pot accesa examene medicale individuale, rețete și alte informații relevante despre sănătate, independent de locație și timp, pentru a-și susține deciziile și diagnosticările¹¹.

Reforma austriacă în domeniul asistenței medicale din 2013 vizează consolidarea asistenței medicale primare¹². Noul concept de sănătate primară din 2014 a fost urmat de o nouă lege de asistență primară în 2017¹³ care definește unitățile de asistență

⁹ http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/382167/hit-austria-eng.pdf?ua=1

¹⁰ <http://www.elga.gv.at/en/about-elga/>

¹¹ http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/419450/Country-Health-Profile-2019-Austria.pdf?ua=1

¹² <https://www.ris.bka.gv.at/eli/bgb/I/2013/81>

¹³ <https://www.ris.bka.gv.at/eli/bgb/I/2017/131>

medicală primară inter-și multidisciplinară (PCU) ca o nouă structură organizațională. Asistența medicală primară trebuie consolidată pentru a preveni îmbolnăvirile și pentru a asigura un tratament medical îmbunătățit, de înaltă calitate și eficient. De asemenea, este necesar un răspuns mai bun la așteptările pacienților și profesioniștilor din domeniul sănătății, pentru o continuitate sporită a îngrijirii și pentru a face mai atractiv rolul și funcția medicilor de familie (GP).

Noua lege privind asistența medicală primară definește diverse cerințe pentru PCU, cum ar fi:

- echipe inter- și multi-profesionale formate dintr-o echipă de medici generaliști și asistente medicale, precum și alți profesioniști din sănătate, cum ar fi un asistent social sau un psiholog, în funcție de locație și nevoie,
- asigurarea promovării și prevenirii sănătății și
- elaborarea unui concept de îngrijire ca bază pentru furnizarea de servicii care include, printre altele, obiective de îngrijire, gama de sarcini care trebuie furnizate și partenerii de cooperare, cum ar fi comunitățile și farmaciile. De asemenea, oferă baza negocierilor cu finanțatorii.

Până în 2021, 75 de noi unități de asistență medicală primară (PCU) vor fi înființate¹⁴.

Pentru prima dată, promovarea și prevenirea sănătății, prin lege, și alfabetizarea sănătății, printr-un document de politici, sunt definite în mod explicit drept sarcini ale asistenței medicale primare. Promovarea sănătății, bazată pe un concept bio-psiho-social de sănătate, este procesul care permite oamenilor să-și sporească controlul asupra sănătății și să-și îmbunătățească sănătatea¹⁵. Promovarea sănătății în asistența medicală primară nu este adecvată numai datorită utilizării sale ridicate de către o mare parte a populației, ci și datorită funcției sale de gatekeeper către alte servicii.

Prevenirea bolilor are ca scop îmbunătățirea sănătății prin evitarea sau eliminarea riscurilor. Alfabetizarea în sănătate este un factor determinant esențial al sănătății și „implică cunoștințele, motivația și competențele oamenilor pentru a accesa, a înțelege, a evalua și a aplica informații despre sănătate pentru a lua hotărâri și a lua decizii în viața de zi cu zi privind îngrijirea sănătății, prevenirea bolilor și promovarea sănătății pentru a menține sau îmbunătăți calitatea vieții”¹⁶.

În acest context, punerea în aplicare a noilor PCU este o oportunitate unică de a introduce sistematic promovarea globală a sănătății prin intermediul echipelor interprofesionale și multi-profesionale. Este necesară o înțelegere și o viziune comună și cuprinzătoare cu privire la aceste noi sarcini între actorii de asistență medicală primară și factorii de decizie. Mai mult, este necesar să se precizeze modul în care promovarea sănătății și prevenirea bolilor pot fi și ar trebui incluse în practica de zi cu zi a PCU-urilor: și anume, care sunt structurile, procesele și sarcinile necesare și modul în care acestea trebuie implementate. Prin urmare, a fost inițiat un proiect de patru ani pentru reorientarea asistenței medicale primare și implementarea sistematică a promovării, prevenirii și alfabetizării sănătății în noile PCU. Este finanțat de Asociația principală a instituțiilor austriece de securitate socială și Fondul austriac pentru promovarea sănătății și pus în aplicare de Institutul austriac de sănătate publică [Gesundheit Österreich GmbH] și Institutul pentru prevenirea sănătății.

La patruzeci de ani de la Declarația de la Alma-Ata¹⁷ și 30 de ani de la Declarația de la Ottawa, a fost lansată o inițiativă sistematică în Austria pentru alinierea asistenței

¹⁴ <https://www.ris.bka.gv.at/eli/bgbl/I/2017/131>

¹⁵ www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf?ua=1

¹⁶ http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf

¹⁷ https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf

medicale primare la nevoile de promovare a sănătății și alfabetizarea sănătății pentru oameni. Având în vedere creșterea bolilor cronice, oamenii sunt provocați să învețe cum să facă față bolilor lor. PCU pot aduce o contribuție importantă aici, în special pentru persoanele cu nivel scăzut de sănătate. Introducerea perspectivei complementare a sănătății în PCU va avea nevoie de sprijin practic semnificativ pentru profesioniștii din domeniul sănătății și condiții-cadru atractive. Această reorientare fundamentală a asistenței medicale primare spre promovarea sănătății, prevenirea bolilor și alfabetizarea sănătății va dura, dar autoritățile austriece mizează pe această abordare¹⁸.

Strategia Națională de Promovare a Sănătății este o parte a reformei austriece în domeniul sănătății și este aliniată la procesul țintă al sănătății din Austria. Strategia oferă un cadru pentru acțiuni coordonate și finanțare în domeniul promovării sănătății - în special pentru fondurile de promovare a sănătății - (Landesgesundheitsförderungsfonds - un nou sistem financiar înființat prin reforma în domeniul sănătății) și așa-numitul Vorsorgemittel (fonduri de prevenire). De asemenea, definește obiective, criterii de calitate și subiecte prioritare care servesc ca cerințe pentru utilizarea fondurilor disponibile. Una dintre cerințe este ca măsurile, proiectele și strategiile care promovează echitatea în sănătate să fie prioritare.

Strategia de prevenție în sănătate conține prevederi pentru promovarea supraregională și programele de îngrijire a sănătății preventive, finanțate cu 3,5 milioane de euro anual. Este pusă în aplicare în comun de guvernul federal, Landuri și fondurile SHI. Pentru a primi finanțare, măsurile trebuie să se dovedească conforme cu Strategia națională de promovare a sănătății și vizează reducerea inegalităților de sănătate¹⁹.

Pentru a îmbunătăți activitățile de promovare a sănătății și de prevenire a bolilor sunt promovate politici și programe dedicate stilurilor de viață sănătoase și screeningului bolilor, având în vedere factori de risc (fumat, alcool, boli cardiovasculare, etc)

Fondul austriac pentru promovarea sănătății (FGÖ) este un jucător important în Austria pentru promovarea și prevenirea sănătății. În 2015, a finanțat în total 92 de proiecte de promovare a sănătății. Cea mai mare sumă a fost cheltuită pentru implementarea proiectelor pilot de promovare a sănătății inovatoare și prevenire primară în diferite medii (4,8 milioane EUR), urmată de proiecte de promovare a sănătății muncii (1,6 milioane EUR).

Promovarea sănătății este ancorată, de asemenea, într-o serie de strategii (Strategia Națională pentru Sănătatea Copilului și Tineretului, Strategia Națională pentru Demență, Strategia Națională asupra Diabetului), precum și platforma națională privind alfabetizarea sănătății (ÖPGK) și Centrul Național de Intervenții pentru Copilăria Timpurie (NZFH)²⁰.

BELGIA

Autoritățile federale și cele locale au responsabilități diferite. Autoritățile federale sunt responsabile de reglementarea fondului asigurărilor obligatorii de sănătate; bugetul de îngrijire ambulatorie; bugetul spitalelor și standardele de programare; produse farmaceutice și controlul prețurilor acestora; și profesiile de sănătate. Regiunile și comunitățile sunt responsabile pentru promovarea și prevenirea sănătății; organizarea asistenței primare și a îngrijirilor paliative; îngrijirea maternității și sănătății copilului; servicii sociale și îngrijire comunitară; finanțarea investițiilor spitalicești (infrastructură și echipamente medicale grele); și stabilirea standardelor de autorizare a spitalelor.

¹⁸ http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/389645/php-4-4-sc2-eng.pdf?ua=1

¹⁹ http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/382167/hit-austria-eng.pdf?ua=1

²⁰ http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/382167/hit-austria-eng.pdf?ua=1

Conferințele interministeriale sunt organizate în mod regulat pentru a facilita colaborarea dintre autoritățile federale, regiuni și comunități.

Cea mai mare categorie de cheltuieli pentru sănătate în Belgia este îngrijirea în regim intern (de obicei oferită în spitale), care a reprezentat aproape o treime din totalul cheltuielilor de sănătate în 2017 (1 074 EUR pe cap de locuitor), cu o pondere puțin mai mare decât media UE de 29%. Aproximativ un sfert din cheltuielile de sănătate au fost alocate îngrijirii în ambulatoriu (886 EUR pe cap de locuitor). Cheltuielile pentru îngrijirea de lungă durată (componenta de sănătate) au reprezentat puțin mai mult de o cincime din totalul cheltuielilor de sănătate (817 EUR pe cap de locuitor), în timp ce o șesime din cheltuielile de sănătate (577 EUR pe cap de locuitor) au fost alocate pentru produse farmaceutice și dispozitive medicale dispensate în afara spitalelor. Această din urmă categorie nu include cheltuielile farmaceutice din spitale, care sunt raportate în condiții de îngrijire internă sau ambulatorie. Cheltuielile pentru prevenire au reprezentat puțin peste 2% din totalul cheltuielilor pentru sănătate (77 EUR pe cap de locuitor), o pondere mai mică decât media UE de 3,1%, dar aceasta include doar cheltuielile dedicate programelor de prevenire organizată.

Împărțirea responsabilităților pentru programele de sănătate publică și prevenire necesită o colaborare interguvernamentală puternică. În ultimii ani, entitățile federale belgiene au lansat mai multe inițiative pentru consolidarea politicilor de sănătate publică. La nivel federal, au fost luate unele măsuri pentru reducerea consumului de tutun și promovarea unei alimentații sănătoase. Politicile de control al tutunului au inclus remunerarea mai bună a tratamentelor anti fumat. Impozitele pe băuturile îndulcite cu zahăr au fost introduse în 2016 și au crescut în 2018²¹.

Îngrijirile preventive includ două tipuri de intervenții: primul tip de intervenții, denumit și prevenție primară, are ca scop reducerea sau suprimarea apariției unei boli (de exemplu, scopul vaccinării). Cel de-al doilea tip de îngrijire preventivă, denumit și prevenție secundară, are ca scop detectarea apariției unei boli în stadiu incipient, pentru a iniția un tratament cât mai devreme posibil pentru a limita consecințele pe termen de mortalitate și morbiditate / handicap (acesta este scopul de depistare a cancerului sau vizita de control la stomatolog).

Este de remarcat faptul că organizarea intervențiilor preventive este în principal în mâna entităților federate, cu o oarecare implicare a autorităților federale pentru unele rambursări. În funcție de subiecte, programele regionale pot fi destul de asemănătoare în diferite regiuni (cum ar fi vaccinările la copii, screeningul cancerului de sân) sau pot prezenta diferențe mai mult sau mai puțin importante (de exemplu, nu există screeningul organizat al cancerului de col uterin în Valonia și Bruxelles). Din acest motiv, evaluarea performanței ar trebui să se facă și la nivel regional, chiar dacă a fost calculat un nivel național.

Performanța îngrijirii preventive în Belgia este destul de slabă. Doar acoperirea de vaccinare la copiii sugari atinge un nivel acceptabil, chiar dacă ar trebui să se îmbunătățească pentru a atinge țintele definite. Cu toate acestea, vaccinarea împotriva rujeolei la adolescenți este prea mică în Valonia și Bruxelles. Vaccinarea împotriva gripei la vârstnici este prea mică în toate cele trei regiuni²².

În 28 ianuarie 2019, Conferința interdepartamentală privind sănătatea publică (CIM SP) a aprobat Planul de acțiune eHealth 2019-2021. Prin adoptarea acestui plan, cei 8 miniștri ai CIM confirmă și își consolidează angajamentul de a continua transformarea digitală a asistenței medicale în Belgia pe baza unui parteneriat reciproc, dar și cu actori din domeniu. Primul Plan eSănătate a cuprins perioada 2013-2018 și a

²¹ https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_be_english.pdf

²² https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_313C_Performance_Belgian_health_system_Report.pdf

fost actualizat în 2015. Acest plan a cuprins 20 de puncte de acțiune care au vizat autoritățile publice, precum și furnizorii de servicii medicale și pacienți. O evaluare făcută de CIM arată că 72% din obiectivele definite în planul 2013-2018 au fost atinse. Iată o scurtă prezentare generală a realizărilor planului 2013-2018:

- Personal Health Viewer, un portal sigur, orientat către pacient, unde poate găsi informații despre sănătatea sa, a fost proiectat și dezvoltat la fiecare trei luni
- prescripția medicamentelor prin mijloace electronice a apărut și este din ce în ce mai folosită: în noiembrie 2018, 15.934 de medici au prescris 4.388.400 de rețete electronice, sau aproximativ jumătate din toate rețetele.
- Certificarea și facturarea electronică sunt operaționale ca sisteme și sunt folosite din ce în ce mai mult
- din ce în ce mai mulți medici generalişti folosesc schimbul electronic de informații și publică Sumehrs (rezumatul electronic al datelor medicale ale pacienților): 2.685.112 au un Sumehr și 36.200 de medici folosesc hub-uri / metahub-uri pentru a face schimb de informații
- medicii generalişti au acces, de asemenea, la conturile de ESănătate și la informațiile despre pacienți conținute în acestea
- utilizarea tot mai mare a eHealthbox de către medici și stomatologi
- în ceea ce privește sănătatea mobilă (Mobile Health), a fost dezvoltat un sistem de validare în formă de piramidă, bazat pe 24 de proiecte pilot, cu scopul de a clasifica și valida aplicațiile; primele 4 aplicații au fost deja validate
- programul de accelerare pentru înregistrarea computerizată a pacienților (DPI) din spitale a permis ca mai mult de jumătate din spitale generale să inițieze un plan de acțiune pentru realizarea unui dosar informatic al pacientului în conformitate cu criteriile BMUC (Belgian Meaningful Use Criteria)
- 15% din spitalele generale au deja un DPI (aproape) complet integrat
- 75% din spitalele generale utilizează rețetă electronică
- 60% au un dosar de asistență computerizat
- au fost luate măsuri pentru a încuraja medicii generalişti să utilizeze DPI
- Valonia, Bruxelles-ul și Flandra au creat toate o structură care să permită tuturor furnizorilor de servicii medicale să urmeze o formare permanentă în domeniul sănătății electronice
- noua aplicație BelRai, un instrument care susține colaborarea dintre furnizorii de servicii medicale care lucrează cu pacientul, este acum disponibilă pentru toți furnizorii de servicii medicale.

Conferința interministerială privind sănătatea publică salută această dezvoltare, dar în același timp consideră că eforturile trebuie să continue. Acesta este motivul pentru care, în 2018, a decis pregătirea unui nou plan de acțiune²³. O serie de principii și puncte de atenție au servit drept bază pentru pregătirea acestui nou plan:

- continuarea cooperării inter-federale în domeniul strategiei de sănătate electronică și optimizarea suplimentară a modelului de cooperare
- continuarea acolo unde este util, ajustarea dacă este necesar și finalizarea sistematica a proiectelor în derulare și / sau extinderea la noi grupuri țintă sau domenii de aplicare
- consolidarea accentului pe excelența operațională și monitorizarea în vederea îmbunătățirii constante a disponibilității și performanței sistemelor și instrumentelor utilizate de pacient și de furnizorul de îngrijire

²³ https://www.ehealth.fgov.be/file/view/AWjHQ9zDgwvToiwBkf13?filename=Actieplan%202019-2021%20e-Gezondheid_final.pdf

- acordarea unei atenții sporite inițiativelor europene și internaționale în domeniul sănătății electronice²⁴.

BULGARIA

Sănătatea publică din Bulgaria este coordonată de către Ministerul Sănătății, ca autoritatea cea mai competentă, care este responsabilă de planificarea, supravegherea globală, precum și controlul sanitar de stat. Responsabilitățile sunt împărțite între Departamentul de Promovare și Prevenire a Bolilor și Dependențelor (care se ocupă în principal de controlul bolilor și supravegherea bolilor transmisibile) și Departamentul de control al sănătății (responsabil cu prevenirea bolilor, promovarea sănătății și reducerea factorilor de risc pentru bolile netransmisibile) al MS.

Mecanismele de luare a deciziilor pentru dezvoltarea și implementarea politicilor de promovare a sănătății și prevenirii primare în Bulgaria sunt centralizate. Aceste politici sunt inițiate, dezvoltate și aprobate de Ministerul Sănătății. Programele naționale în domeniul promovării sănătății și prevenirii bolilor sunt aprobate de Consiliul Miniștrilor. Realizarea politicilor naționale face parte din sarcinile de la nivel local.

Implementarea este o responsabilitate la nivel local, care face parte și din planurile de acțiune la nivel local. Prin urmare, obligația guvernelor locale este de a îndeplini obiectivele politicilor naționale de sănătate. Finanțarea, furnizată în principal de bugetul principal, este distribuită la nivel național ca finanțare pentru programele naționale, distribuită planurilor de acțiune la nivel local²⁵.

Următoarele politici fac parte dintr-o politică de sănătate extinsă și cuprinzătoare, și anume Strategia națională de sănătate și alte documente strategice naționale specializate pe promovarea sănătății și prevenirea bolilor. Politicile de sănătate legate de bolile cardiovasculare, accidentul vascular cerebral și diabetul de tip 2 fac parte din Programul național de prevenire a bolilor cronice netransmisibile (NCD): Programul național de prevenire a bolilor cronice netransmisibile 2014-2020. Obiectivul strategic al Programului național pentru prevenirea bolilor cronice netransmisibile 2014-2020 este îmbunătățirea sănătății populației bulgare și îmbunătățirea calității vieții prin reducerea mortalității premature, morbiditate și consecințe asupra sănătății (dizabilități) ale NCD-urilor majore (boli cardiovasculare, tumori maligne, boli pulmonare cronice, diabet), care sunt asociate cu factori de risc comportamentali precum fumatul, consumul de alcool, tipare dietetice nesănătoase și inactivitate fizică. Documentul este valabil până la sfârșitul anului 2020 și a fost adoptat prin Decizia nr. 538 a Consiliului de Miniștri din 12.09.2013.

Conceptul "O mai bună asistență medicală" are ca obiective: suspendarea tendințelor negative în creștere și dezintegrarea asistenței medicale; promovarea sănătății publice; atingerea unui grad mai mare de siguranță națională pentru sănătate.

Strategia națională pentru educația fizică și dezvoltarea sportului din Republica Bulgaria 2012-2022 servește ca un document guvernamental cheie în ceea ce privește rolul, locul și funcțiile sociale ale educației fizice și sportului în Bulgaria. Documentul reflectă necesitatea reorganizării de înaltă calitate a sistemului de sănătate fizică și sport din țară, ceea ce îl face un document obligatoriu pentru schimbările politice, economice și sociale din societate. Strategia stabilește abordările principale și performanțele teoretice care identifică obiectivul strategic esențial și orientările generale ale sistemului național de educație fizică și sport. În plus, acesta include principiile pe care este construit

²⁴ <https://www.ehealth.fgov.be/fr/esante/roadmap-30/roadmap-30>

²⁵ https://nacid.bg/sites/qual/att_files/en/LAW_HEALTH.pdf

sistemul - domeniul său de aplicare cu principalele structuri și activități; organizarea și conducerea funcțiilor sale prioritare și de sprijin ale statului și instituțiilor publice; diferite tipuri de asigurare; și criteriile pentru eficacitatea noilor condiții socio-economice. Programul Național pentru Educație Fizică și Dezvoltare Sportivă 2013-2016 a fost adoptat prin rezoluția nr. 523 a Consiliului de Miniștri la 30.08.2013. Documentul este valabil până la sfârșitul anului 2022. Documentul a fost adoptat de Adunarea Națională la 24.11.2011.

Planul național de promovare a îmbătrânirii active în rândul vârstnicilor din Bulgaria 2012-2030 este legat de dezvoltarea condițiilor adecvate și de asigurarea șanselor de trai egale pentru persoanele în vârstă de 50 de ani și peste, cu tendința de a schimba sfera de acțiune între 60 și 70 de ani. Obiectivele strategiei sunt promovarea îmbătrânirii active în rândul vârstnicilor și dezvoltarea îngrijirii pe termen lung și a activității voluntare îndreptate către nevoile persoanelor în vârstă²⁶.

Într-un document al Observatorului european pentru sisteme și politici de sănătate²⁷ se arată că Declarația guvernului din 2017 și Programul președinției UE 2018 au stabilit reforme care vizează îmbunătățirea prevenirii bolilor și creșterea accesibilității produselor farmaceutice. Continuă discuțiile cu privire la posibilele abordări pentru asigurarea stabilității financiare și pentru creșterea eficienței.

O abordare intersectorială a sănătății este inclusă într-o varietate de documente strategice naționale. Programul național de dezvoltare: Bulgaria 2020, adoptat de CoM în 2012, abordează cei mai importanți factori de sănătate, inclusiv dezvoltarea economică, infrastructura de transport, mediul, incluziunea socială și nivelul de viață. Alături de această strategie națională generală, Strategia Națională pentru Sănătate 2020 este special accentul pus pe colaborarea intersectorială și cu sectorul nonguvernamental. Strategia ia în considerare o serie de bune practici, precum Conceptul de dezinstituționalizare a copiilor din case pentru îngrijiri medicale și sociale 2020; Programul național de securitate și sănătate în muncă 2013; Conceptul național pentru promovarea îmbătrânirii active în Bulgaria (2012-2030); și Programul Național de Prevenire a Bolilor Transmisibile (2013-2020).

Toate instituțiile și organizațiile sunt prezentate în Strategia Națională pentru Sănătate, fie ca lideri responsabili pentru activitățile planificate de instituții, fie ca parteneri. De exemplu, Ministerul Finanțelor reglementează și supraveghează finanțele și astfel participă la stabilirea obiectivelor politicii de sănătate. Ministerul Educației, Tineretului și Științei este responsabil pentru introducerea programelor de formare a sănătății privind stilul de viață sănătos și instruirea viitoarei forțe de muncă în domeniul sănătății. Ministerul mediului și apelor și Ministerul Sănătății sunt responsabile în comun pentru un mediu de viață sănătos și pentru protecția împotriva contaminării chimice, fizice și biologice. Ministerul Agriculturii asigură siguranța alimentelor și este responsabil de prevenirea bolilor transmise de animalele domestice (de exemplu, tuberculoza, bruceloza și salmoneloza). Ministerul Muncii și Politicilor Sociale cooperează cu MS cu privire la o politică pentru integrarea sănătății și a serviciilor sociale, condiții de muncă sigure și sănătoase și probleme de asistență socială și protecție socială. Ministerul Transporturilor și Comunicațiilor colaborează cu Ministerul Sănătății pentru prevenirea accidentelor de transport. Ministerul Sănătății participă, de asemenea, la grupuri de lucru comune cu Ministerul Educației, Tineretului și Științei privind educația studenților și pregătirea postuniversitară pentru profesioniștii medicali și la definirea priorităților științei medicale. De asemenea, lucrează împreună cu Ministerul Apărării și Ministerul de Interne la problemele legate de siguranță în timpul crizelor și situațiilor de urgență naționale.

²⁶ <http://www.chrodis.eu/wp-content/uploads/2015/02/Bulgaria-CHRODIS-final-draft.pdf>

²⁷ http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0005/383054/HiT-Bulgaria-2018-web.pdf?ua=1

Ministerul Sănătății colaborează cu Ministerul Turismului la implementarea Strategiei naționale de dezvoltare durabilă a turismului în Republica Bulgaria 2014-2030 în ceea ce privește reabilitarea, dezvoltarea turismului medical și spa.

La nivel operațional, colaborarea intersectorială se realizează prin consilii naționale permanente sau ad-hoc și grupuri de experți, constituite cu sarcini specifice legate de sănătate. Un exemplu de colaborare intersectorială eficientă este prevenirea și controlul programului HIV / SIDA. Acesta cuprinde reprezentanți la nivel înalt din Ministerul de Administrație; Ministerul Muncii și Politicii Sociale; Ministerul Educației, Tineretului și Științei; Ministerul Apărării; Ministerul de Interne; Ministerul Afacerilor Externe; Ministerul Finanțelor; Ministerul Transporturilor; Agenția de Stat pentru Tineret și Sport; instituții academice; opt ONG-uri; și trei organizații internaționale. Cu toate acestea, în unele cazuri, lipsa de integritate în politicile publice poate împiedica inițiativele intersectoriale pentru o mai bună sănătate. În 2015, ministrul Sănătății și ministrul Tineretului și Sportului au anunțat împreună un proiect de lege privind o taxă pentru sănătatea publică, conform căruia alimentele și băuturile care conțin sare, zahăr, grăsimi trans, cafeină și taurină peste cantitatea predefinită ar trebui să fie impozitate. Principalul obiectiv al legii este îmbunătățirea sănătății populației prin obținerea obiceiurilor alimentare și limitarea producției de alimente nesănătoase și economisirea cheltuielilor pentru sănătate pe termen lung. Cu toate acestea, din cauza opoziției puternice, inclusiv a unor reprezentanți guvernamentali, cum ar fi ministrul finanțelor și ministrul economiei, proiectul de lege a fost abandonat.

Ministerul Sănătății, birourile municipale de asistență medicală, furnizorii de asistență medicală și ONG-urile sunt responsabile în comun de furnizarea de informații generale despre sănătate și boli. MS, ISR și NCPHA oferă informații detaliate pentru cetățeni pentru a îmbunătăți alfabetizarea sănătății și a promova stiluri de viață sănătoase. Deși serviciile publice de sănătate, prevenirea și promovarea sănătății sunt recunoscute ca prioritate de către toate autoritățile de sănătate, ponderea lor corespunzătoare din cheltuielile curente de sănătate este mică și a scăzut în continuare la mai puțin de 3% în 2013-2015 (Eurostat, 2018). Cu toate acestea, în valoare absolută, cheltuielile pentru prevenirea și serviciile de sănătate publică au crescut în fiecare an începând cu 2003 (cu excepția anului 2009), atingând apogeul său în 2010. Cheltuielile pentru prevenirea și serviciile de sănătate publică în valoare absolută au fost de aproape două ori mai mari în 2015 decât în 2003 (Eurostat, 2018).

Programele cheie de sănătate publică din Bulgaria (cum ar fi: Programul național pentru reducerea impactului radonului asupra clădirilor, Programul național pentru prevenirea sinuciderilor din Bulgaria, Programul național pentru îmbunătățirea sănătății mamei și copilului, Programul național pentru prevenirea și controlul tuberculozei, etc) sunt dezvoltate de Ministerul Sănătății și aprobate de Consiliul de Miniștri. Programele sunt implementate de diferite instituții publice, municipalități și ONG-uri. De exemplu, instituțiile de învățământ, prin cabinetele medicale din cadrul lor, implementează activități ce țin de promovarea și prevenția sănătății, așa cum este prevăzut și în legea bulgară a sănătății²⁸. De asemenea, municipalitățile adoptă și implementează programe locale de promovare a sănătății și de prevenire a bolilor, finanțate prin bugete independente ale municipalității sau programe de donatori. Serviciile de sănătate publică din Bulgaria sunt furnizate de stat și finanțate în principal din bugetul de stat. În plus, municipalitățile implementează și finanțează programe locale, în timp ce NHIF plătește pentru anumite servicii furnizate de medicii de familie (cum ar fi imunizările și verificările profilactice).

În 2015, 2,55% din cheltuielile totale pentru sănătate din Bulgaria au fost alocate îngrijirii preventive, care s-au apropiat de media UE. În același an, 0,42% din cheltuielile

²⁸ https://nacid.bg/sites/qual/att_files/en/LAW_HEALTH.pdf

de asistență medicală au fost destinate pentru programe de imunizare - printre cele mai înalte niveluri din UE (Eurostat, 2018).

Conceptul „Obiective pentru Sănătate 2020” (2015) prevede consolidarea capacităților de sănătate publică, inclusiv promovarea sănătății și prevenirea bolilor. Furnizorii de asistență medicală primară și dezvoltarea ulterioară a acestora sunt considerate cheia pentru o livrare eficientă a acestor servicii. Conform conceptului, „numărul semnificativ de programe naționale de prevenire deja existente creează duplicarea activităților [...], ceea ce reprezintă o risipă nejustificată de resurse financiare” (Ministerul Sănătății, 2015). Astfel, prioritatea programului național de prevenire a bolilor cronice necomunicabile (2014-2020) este o abordare integrată de reducere a mortalității premature, a morbidității și a consecințelor legate de sănătate. Această abordare este dezvoltată în continuare în Strategia Națională de Sănătate 2020. Strategia prevede intervenții pentru reducerea factorilor de risc, extinderea gamei de servicii spitalicești în domeniul promovării sănătății și prevenirii bolilor, promovarea alimentației sănătoase, îmbunătățirea calității educației și formării în sănătate, coordonarea și sincronizarea politicilor sectoriale și implicarea activă a diferitor părți interesate.

În profilul de țară în domeniul sănătății, realizat de Comisia Europeană²⁹ se arată că deși speranța de viață a bulgarilor s-a îmbunătățit, totuși, este în continuare cea mai scăzută din UE. Acțiunile preventive subdezvoltate și îngrijirile ambulatorii (sau ambulatorii) contribuie la rezultatele slabe din domeniul politicilor de sănătate.

În 2017, produsele farmaceutice și dispozitivele medicale, dar și îngrijirile spitalicești au reprezentat trei sferturi din cheltuielile curente de sănătate ale Bulgariei. Dacă este măsurată ca proporție din totalul cheltuielilor, cheltuielile Bulgariei pentru produse farmaceutice au fost cele mai mari din UE (peste 40%), deși în termeni absoluți (567 EUR de persoană), este doar puțin mai mare decât media UE (522 EUR). Îngrijirile spitalicești au reprezentat 34% din cheltuielile pentru sănătate, reflectând semnificația sectorului spitalicesc din Bulgaria. Cheltuielile pentru îngrijire ambulatorie (sau în ambulatoriu) au crescut substanțial începând cu 2010, dar au fost doar 234 EUR pe cap de locuitor în 2017. În termeni absoluți, Bulgaria cheltuie aproximativ 34 EUR per persoană pentru prevenire, comparativ cu media UE de 89 EUR - care se ridică la 2,6% din cheltuielile pentru sănătate.

Niveluri foarte mari de mortalitate cauzată de accidente vascular cerebral, boli cardiovasculare și cancer pulmonar sunt asociate cu prevalența ridicată a factorilor de risc de comportament. Bulgaria alocă 1% din accizele la tutun și produse alcoolice pentru a finanța programele naționale de prevenire primară. Programul național pentru prevenirea bolilor cronice netransmisibile (2014-20) evidențiază, de asemenea, necesitatea reducerii factorilor de risc, dar impactul acțiunilor concrete este mixt. Legislația pentru atenuarea fumatului include interdicțiile privind fumatul în locuri publice și vânzările către minori, restricțiile privind publicitatea tutunului și avertismente și imagini pe ambalajele de țigări. Cu toate acestea, s-au înregistrat puține progrese în ceea ce privește reducerea ratelor de fumat, în parte datorită aplicării slabe a legislației în domeniul sănătății și lipsei campaniilor de informare.

Eforturile de a combate numărul tot mai mare de copii supraponderali și obezi includ proiectul „Copii sănătoși”, care promovează activitatea fizică și alimentația echilibrată în școlile primare, precum și Strategia națională pentru educația fizică și dezvoltarea sportului 2012-22. De asemenea, guvernul a încercat să introducă o taxă pe alimente și băuturi cu conținut ridicat de sare, trans-grăsimi, zahăr sau cafeină în 2015, dar legislația nu a reușit să câștige sprijinul parlamentului.

²⁹ https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_bulgaria_english.pdf

Conform Legii sănătății (2004), vaccinările împotriva tuberculozei, hepatitei B, difteriei, tetanosului, pertussisului și rujeolei sunt obligatorii pentru copiii din grupe de vârstă definite și eliberate gratuit. Acoperirea prin vaccinare este monitorizată la nivel regional și furnizată de medicii generalisti sau de birourile desemnate din Inspectoratele Regionale de Sănătate. În ciuda sancțiunilor, cum ar fi amenzile pentru părinții neconformi și barierele pentru înscrierea copiilor în îngrijirea de zi publică, ratele de acoperire a vaccinurilor au scăzut. În 2017, 93% dintre copii au fost vaccinați împotriva rujeolei, iar 92% împotriva hepatitei B și a difteriei, tetanosului, respectiv, pertussis, ambele sub nivelul recomandat de OMS de 95%. Vaccinarea antigripală pentru adulți este recomandată și plătită din buzunar, ceea ce duce la cea mai mică acoperire din UE, doar 2% dintre persoanele în vârstă de 65 de ani și peste, au fost imunizate. Aceasta este cu mult sub media UE și ținta de 75% stabilită de Organizația Mondială a Sănătății.

Eficiența serviciilor de sănătate din Bulgaria este slabă și îmbunătățirea calității asistenței medicale a fost lentă. În plus, ratele de spitalizare foarte mari ale Bulgariei se datorează parțial subdezvoltării serviciilor de sănătate preventivă și a sectorului de îngrijire primară. În mod special, Planul Național de Sănătate estimează că aproximativ 20% din procedurile spitalicești ar putea fi implementate în ambulatoriu, în timp ce 10% din spitalizări ar putea fi evitate în totalitate dacă ar fi disponibile îngrijiri mai bune în ambulatoriu. Eforturile de înlocuire a modelului centrat în spital de livrare a îngrijirilor au fost mult întârziate. De exemplu, implementarea unui model integrat de îngrijire pentru copiii cu dizabilități și boli cronice a fost planificată pentru 2016. A implicat înființarea de centre care să ofere o gamă largă de servicii, de la screening, diagnostic, tratamente, reabilitare, îngrijire de lungă durată și îngrijire paliativă. Cu toate acestea, la mijlocul anului 2019, încă nu fusese înființat un astfel de centru.

CEHIA

Schema de asigurări sociale de sănătate din Cehia oferă o acoperire de sănătate universală, un coș de beneficii largi, niveluri ridicate de accesibilitate și o bună protecție financiară pentru cetățenii săi. În general, sistemul de sănătate a reușit să abordeze bolile care pot pune viața în pericol, dar ar putea îmbunătăți răspunsul la boli cronice și să consolideze prevenirea bolilor. Ministerul Sănătății are un rol puternic de reglementare, dar încă trebuie să abordeze problemele cele mai urgente cu care se confruntă sistemul, inclusiv îmbătrânirea populației, investițiile cu capital redus și disparitățile forței de muncă.

Cehia operează un sistem de asigurări sociale de sănătate (SHI) cu un rol puternic de reglementare pentru Ministerul Sănătății. Șapte fonduri de asigurări sociale de sănătate cvasi-publice acționează ca și cumpărători de îngrijiri și negociază anual cu furnizorii de sănătate pentru a stabili prețurile și volumele. Populația se bucură de un pachet larg de beneficii și are acces la un număr mare de spitale, cele mai multe fiind deținute fie de stat (27%), fie de regiuni și municipalități (45%). Fondurile de asigurări de sănătate pot oferi servicii suplimentare asiguratului lor în domeniul prevenirii (de exemplu, vitamine, imunizări voluntare). Cel mai mare fond de asigurări de sănătate (VZP) a asigurat 56% din cehi în 2017.

Per persoană, Cehia cheltuiește cu mult sub media UE în toate categoriile largi de cheltuieli pentru sănătate. Ca o proporție a cheltuielilor curente de sănătate, aproximativ o treime au mers în ambulatoriu în 2017, o pondere mai mare decât media UE (29,7%). Spre deosebire de aceasta, cheltuielile pentru asistența medicală internată au fost de

aproximativ un sfert din cheltuielile pentru sănătate, sub media UE de 28,9%. Aproximativ 20% din cheltuielile de sănătate au fost destinate produselor farmaceutice, care este peste media UE de 18%. Datele naționale arată că ponderea produselor farmaceutice în cheltuielile cu sănătatea a scăzut, ceea ce este de remarcat pe fondul creșterii constante a consumului. Cheltuielile de îngrijire de lungă durată sunt mult mai mari decât în majoritatea statelor membre ale UE, iar creșterea constantă a acestora din ultimii ani reflectă cerințele unei îmbătrâniri a populației și creșterea disponibilității serviciilor. În mod similar, Cehia cheltuiește o pondere mai mare din cheltuielile sale totale pentru sănătate pentru prevenire (3%) decât multe alte state membre și este egală cu media UE. Asistența primară este furnizată de medici generaliști și pediatri. Împreună, aceștia joacă un rol esențial în promovarea și prevenirea sănătății (de exemplu, oferirea de consiliere și imunizări) și sunt adesea primul punct de contact din sistemul de sănătate³⁰.

Prevenirea se împarte în: Primară - se concentrează pe activități pentru menținerea și promovarea sănătății într-un moment în care boala nu a apărut încă. Include activități de sănătate comunitare, educație pentru sănătate, vaccinare obligatorie etc, și prevenire secundară, care se concentrează asupra grupurilor de risc și a persoanelor cu risc de boală. Are caracterul căutării persoanelor pe cale de dispariție și depistarea precoce a bolii. Acestea includ examinări preventive și examene de screening. Prevenirea terțiară se concentrează pe prevenirea complicațiilor, deteriorarea stării bolii care au apărut deja. Acesta include, de exemplu, ajutoare compensatorii sau mijloace preventive de reabilitare și educație.

Prevenția în Republica Cehă include un sistem relativ sofisticat de examinări preventive, care sunt acoperite de asigurarea de sănătate. Acest sistem se bazează pe depistarea precoce a bolilor grave în stadii incipiente care nu sunt la fel de costisitoare ca cazurile descoperite cu întârziere. Pe lângă îngrijirea preventivă în timpul sarcinii și copilăriei, sistemul preventiv include și examinări preventive pentru adulți. Compania de asigurare plătește verificări o dată la doi ani. Aceasta include examinarea hematologică și biochimică, măsurarea și evaluarea funcțiilor fiziologice (tensiunea arterială, pulsul, respirația și EkG), calculul indicelui de masă corporală, examinarea pielii, auzul și examinarea ochilor, mamografie (femei de la 45 de ani), sângerări oculte (de la 50 de ani). Verificările dentare sunt de asemenea incluse în sistemul de examinări preventive. Acestea sunt rambursate de două ori pe an pentru copiii cu vârsta sub 18 ani și o dată pe an pentru adulți. Acestea includ evaluarea stării dentare și a gingiilor, igiena, detectarea anomaliilor dinților. Ultimul domeniu important de îngrijire preventivă îl constituie controlul medicului ginecolog pentru femeile de la vârsta de 15 ani o dată pe an, inclusiv examinări citologice, bacteriologice și virologice³¹.

Institutul Național de Sănătate Publică (NIPH)³² este un centru de îngrijire a sănătății pentru disciplinele de prevenție de bază - igienă, epidemiologie, microbiologie și medicina muncii. Principalele sale sarcini sunt promovarea și protecția sănătății, prevenirea bolilor și urmărirea impactului asupra mediului asupra stării de sănătate a populației. Pregătirea legislației în domeniul protecției sănătății, inclusiv asigurarea legislației ce este în conformitate cu normele Uniunii Europene. În domeniul promovării sănătății și prevenirii bolilor, NIPH se concentrează pe cele mai importante probleme de sănătate - supraveghere epidemiologică a infecțiilor severe (SIDA, hepatită, infecții nou-apărute și reemergătoare) și promovarea unui stil de viață sănătos (prevenirea bolilor cardiovasculare, alimentație sănătoasă, și prevenirea abuzului de droguri). De asemenea, Institutul joacă un rol activ în pregătirea pre și post-universitară a medicilor și

³⁰ https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_cs_english.pdf

³¹ <http://www.project-tnp.eu/cz-2-health-disease-prevention-in-the-czech-republic/>

³² <http://www.szu.cz/index.php?lang=2>

a altor lucrători din domeniul sănătății și oferă consultanța profesioniștilor care lucrează în domeniu.

*Sănătate 2020 - Strategia națională pentru protecția și promovarea sănătății și prevenirea bolilor*³³ se bazează pe principiile Sănătății 2020 - programul Organizației Mondiale a Sănătății, axat pe îmbunătățirea sănătății și bunăstării populației, reducerea inegalităților de sănătate și consolidarea rolului sănătății publice. Obiectivul strategiei este crearea unui sistem de sănătate durabil bazat pe calitatea, disponibilitatea și egalitatea persoanelor care devin parteneri pentru a obține o sănătate mai bună pentru toți.

Strategia națională este un document-cadru care stabilește politica de sănătate în ceea ce privește toate prioritățile esențiale de protecție a sănătății, promovarea sănătății, prevenirea bolilor și dezvoltarea unui sistem integrat de sănătate centrat pe oameni. Stabilirea obiectivelor orizontale ale strategiei naționale definește domenii specifice în care să întreprindă acțiuni care vizează în comun principalele cauze ale îmbolnavirilor și deceselor în rândul populației. Nu mai puțin importante sunt obiectivele verticale, în primul rând îmbunătățirea educației în materie de sănătate și reducerea inegalităților din sănătate. Acestea trebuie luate în considerare la toate măsurile de promovare a sănătății, consolidând astfel rolul indivizilor și comunităților în grija propriei sănătăți. Strategia națională va fi elaborată în continuare prin implementarea documentelor în conformitate cu prioritățile specificate privind starea de sănătate a populației cehe, protecția și promovarea sănătății publice, prevenirea bolilor și alte teme de sănătate publică și asistență medicală. Documentele de punere în aplicare individuale vor specifica mai îndeaproape obiectivele, responsabilitățile, indicatorii și termenele, inclusiv definirea cerințelor pentru acoperirea financiară și nefinanciară a costurilor indispensabile. La sfârșitul anului 2013 a fost creat un grup de lucru ministerial pentru protecția și promovarea sănătății publice, prevenirea bolilor și implementarea programului *Health 2020* în Republica Cehă, ca organism consultativ pentru ministrul sănătății, iar acum coordonează elaborarea documentelor de punere în aplicare conform obiectivelor strategice și domenii prioritare. Îndeplinirea strategiei naționale și a documentelor de punere în aplicare la nivel interministerial este controlată și coordonată de Consiliul Guvernului pentru Sănătate și Mediu.

Principalul obiectiv al strategiei naționale este îmbunătățirea sănătății populației cehe și reducerea incidenței bolilor prevenibile și a deceselor premature. Viziunea sa principală este de a dezvolta în continuare sistemul public de sănătate, de a stabili sistemul de prevenire a bolilor, de protecție și de promovare a sănătății și de a lansa mecanisme eficiente pentru îmbunătățirea sănătății publice, care va fi durabilă pe termen lung.

ESTONIA

Sistemul de sănătate din Estonia este organizat de Ministerul Afacerilor Sociale. Conform Legii Sănătății Publice, cap. II, art.8, ministerul are ca obligații:

- 1) planifică și implementează planuri pentru protecția sănătății, prevenirea bolilor și promovarea sănătății;
- 2) emite proiecte de legi privind protecția sănătății, prevenirea bolilor și promovarea sănătății și alte legislații;

³³Health 2020 – National Strategy for Health Protection and Promotion and Disease Prevention

3) concordă proiectele de legislație referitoare la protecția sănătății, prevenirea bolilor și promovarea sănătății pregătite de alte ministere;

6) planifică și organizează implementarea de programe naționale, proiecte și alte măsuri pentru crearea unui mediu fizic și social care să fie sigur pentru sănătate, prevenirea tulburărilor de sănătate și a bolilor și promovarea sănătății;

7) organizează educație pentru sănătate și activități care vizează crearea unor stiluri de viață sănătoase și aprecieri pentru sănătate și, în cooperare cu Ministerul Educației și Cercetării, organizarea educației pentru sănătate în instituțiile de învățământ;

8) coordonează cercetările privind protecția sănătății, prevenirea bolilor și promovarea sănătății;

9) coordonează supravegherea statului asupra protecției sănătății prin intermediul consiliului de sănătate;³⁴

În cadrul ministerului, numeroase agenții fac parte din sistem, de ex. Consiliul Agenției de Stat pentru Medicamente, Inspectoratul pentru Protecția Sănătății, Institutul Național de Dezvoltare a Sănătății etc. Institutul Național pentru Dezvoltare a Sănătății este un organism de cercetare și dezvoltare instituit de guvern care oferă cercetări publice și de promovare a sănătății, precum și dezvoltarea și implementarea de programe și activități de prevenire a bolilor.

Potrivit Legii sănătății, principalele obiective ale protecției sănătății, prevenirii bolilor și promovării sănătății sunt:

1) să pună în valoare sănătatea persoanelor, familiilor și publicului;

2) să dezvolte, să legifereze și să pună în aplicare măsuri pentru dezvoltarea sănătoasă a copiilor, prevenirea și reducerea bolilor infecțioase, non-infecțioase, profesionale și de altă natură, pentru reducerea incidentelor de deces prematur și dizabilitate, îmbunătățirea calității vieții și extinderea duratei vieții de muncă;

3) să studieze mediul fizic și social și să evalueze factorii de risc ai acestuia și să monitorizeze și să prezică starea sănătății umane în funcție de starea mediului fizic și social;

4) să informeze publicul cu privire la deteriorarea sau pericolul de deteriorare a mediului fizic și social;

5) să reducă disparitățile de sănătate din diferite regiuni ale țării și diferite grupuri de oameni;

6) să elaboreze și să adopte legislația privind protecția sănătății și supravegherea statului cu privire la respectarea acestora.

Conform art. 5 al legii menționate, mijloacele de prevenire a bolilor sunt:

1) examene medicale preventive pentru copii pentru a asigura dezvoltarea sănătoasă a copiilor și depistarea precoce a bolii;

2) implementarea de măsuri pentru prevenirea răspândirii bolilor infecțioase și vaccinarea pentru prevenirea bolilor infecțioase;

3) examinări medicale inițiale și periodice ale sănătății persoanelor care lucrează în locuri de muncă periculoase pentru sănătate, pentru prevenirea și depistarea precoce a tulburărilor de sănătate și a bolilor profesionale care se pot dezvolta din cauza condițiilor de muncă;

4) monitorizarea factorilor de risc pentru prevenirea bolilor cronice netransmisibile și dezvoltarea și implementarea unor astfel de programe de prevenire a bolilor;

5) dezvoltarea de programe pentru depistarea precoce a bolilor și studiul grupurilor de risc

³⁴ <https://www.riigiteataja.ee/en/eli/ee/502122013002/consolide>

Într-un raport de țară al Chrodis³⁵, se arată că la începutul anilor '90, au avut loc reforme fundamentale care au avut ca scop dezvoltarea unui sistem de sănătate modern. În ultimii ani, a fost implementată o ajustare suplimentară a reglementarilor pentru a armoniza cadrul cu legislația UE și pentru a răspunde nevoilor emergente. Estonia are o rețea modernă de furnizori bazată pe medicamente centrate pe familie; servicii moderne de spital; și o concentrare crescută asupra sănătății publice. În ultimii ani, alte sectoare (de exemplu, agricultură, justiție, economie, mediu și transport) au început să se implice mai activ în activitățile sistemului de sănătate datorită dezvoltării și implementării strategiilor intersectoriale de sănătate publică. Perioada din 2005 poate fi caracterizată prin pregătirea, lansarea și punerea în aplicare a diferitelor strategii intersectoriale de sănătate publică (de exemplu, cele care se confruntă cu boli cardiovasculare și HIV / SIDA). În prezent, strategiile de sănătate preventivă la scară mai mică și în mare parte specifice bolilor sunt cuprinse în Planul național de sănătate 2009-2020³⁶. Planul Național de Sănătate 2009 - 2020 a fost implementat la nivel național, regional și local. Politicile sunt inițiate, dezvoltate și aprobate la nivel central, cu aportul autorităților / consiliilor de administrație regionale și locale, precum și al grupurilor de pacienți și al cadrelor didactice cu interes în domeniile în cauză. Implementarea la nivel regional și local este esențială.

Estonia este împărțită în 15 regiuni care sunt subdiviziunile administrative ale țării. Guvernul fiecărei regiuni este condus de un guvernator regional, care reprezintă guvernul național la nivel regional. Toate regiunile din Estonia au propriile lor coalitii oficiale de sănătate, care sunt echipe consultative pentru guvernul regiunii și, de asemenea, ajută la planificarea și implementarea activităților de sănătate publică ale regiunii (Legea Sănătății, cap. II, art 8 și 9). Fiecare regiune este împărțită în continuare în municipii, variind de la 5 la 25 de municipalități pe regiune. Există un număr de 226 de municipalități în Estonia. Începând cu 2008, numeroase instrumente și materiale au fost dezvoltate pentru a construi abilitățile și capacitățile de promovare a sănătății ale guvernelor locale (municipalități). Scopul este de a construi o structură națională puternică pentru promovarea sănătății comunitare, un sistem în care comunitățile sunt capabile și motivate să pună în aplicare politici și planificări bazate pe dovezi. Pentru a ajuta municipalitățile locale să înțeleagă mai bine despre sănătatea în comunitățile lor, Institutul Național de Dezvoltare a Sănătății a început procesul de creare a „Profilurilor de sănătate”. Un profil comunitar de sănătate este un document strategic care mapează indicatorii de sănătate ai comunității și analizează factorii determinanți ai sănătății. Structura sa este construită pe un set de indicatori în șase subiecte diferite. Structura profilului de sănătate s-a bazat pe Planul de sănătate din Estonia 2008-2020. Astfel, fiecare comunitate poate participa activ la atingerea obiectivelor naționale de sănătate.

De asemenea, instituțiile de asistență medicală îndeplinesc obiectivele principale de protecție a sănătății, prevenire a bolilor și promovarea sănătății în funcție de principalele domenii de activitate, conform art. 13, cap II din Legea Sănătății.

Potrivit legii sănătății, cap. II, art 13, instituțiile care îndeplinesc atribuții de protecție a sănătății, de prevenire a bolilor și de promovare a sănătății:

(1) Instituțiile de asistență medicală îndeplinesc obiectivele principale de protecție a sănătății, prevenirea bolilor și promovarea sănătății în funcție de principalele domenii de activitate ale acestora.

³⁵ http://chrodis.eu/wp-content/uploads/2014/10/JA-CHRODIS_Estonia-country-review-in-the-field-of-health-promotion-and-primary-prevention.pdf

³⁶ https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/national_health_plan_2009-2020.pdf

(2) Agențiile de putere executivă, persoanele juridice de drept public și persoanele juridice de drept privat și persoanele fizice organizează punerea în aplicare a cerințelor de protecție a sănătății în funcție de competența lor.

(3) Siguranța obiectelor în mediul fizic și social se evaluează de către oficialii de supraveghere ai consiliului de sănătate.

În ceea ce privește finanțarea, legea sănătății stabilește la art 21, cap IV, că

(1) activitățile agențiilor de supraveghere pentru protecția sănătății sunt finanțate de la bugetul de stat.

(2) programele naționale referitoare la protecția sănătății, prevenirea bolilor și promovarea sănătății sunt finanțate din bugetul de stat.

(3) programele locale privind protecția sănătății, prevenirea bolilor și promovarea sănătății pot fi finanțate parțial sau integral din bugetul de stat.

(4) programele referitoare la protecția sănătății, prevenirea bolilor și promovarea sănătății pot fi finanțate parțial sau integral din bugetul asigurărilor de sănătate.

Cumpărarea serviciilor de sănătate se bazează pe o relație contractuală cu furnizorii, precum și pe stimulente financiare. Asistența primară, impozitarea adaptată vârstei, taxele pentru servicii pentru anumite zone și indemnizațiile de bază au fost completate de un sistem de bonusuri de calitate, implementat în 2006, care are drept scop favorizarea prevenirii bolilor și gestionarea afecțiunilor cronice selectate. Creșterea importanței serviciilor de sănătate publică a condus la dezvoltarea de servicii și standarde, creșterea gradului de conștientizare a populației și, de asemenea, o abordare sporită a sănătății publice în ceea ce privește serviciile de sănătate. Estonia are un potențial ridicat pentru dezvoltarea activităților de prevenire a afecțiunilor la nivelul asistenței medicale primare.

În profilul de țară în domeniul sănătății, realizat de Comisia Europeană³⁷ se arată că Estonia s-a bazat, de-a lungul timpului, doar pe contribuțiile bazate pe salarii pentru a-și finanța sistemul de asigurări de sănătate. Drept urmare, aproape jumătate din populația Estoniei (inclusiv copiii, pensionarii și șomerii) au fost eligibili pentru asigurarea de sănătate fără a contribui la sistem. Multe părți interesate naționale și internaționale, inclusiv Organizația Mondială a Sănătății, erau îngrijorate de faptul că, în timp, aceasta ar putea deteriora sustenabilitatea financiară a sistemului. În 2017, guvernul a adoptat o reformă pentru diversificarea bazei de venituri a sistemului de asigurări de sănătate prin adăugarea unui transfer guvernamental în numele pensionarilor care nu lucrează. Reforma a cuprins, de asemenea, dispoziții pentru creșterea domeniului de aplicare al serviciilor finanțate de Fondul Eston de Asigurări de Sănătate - Estonian Health Insurance Fund (EHIF). Această consolidare are potențialul de a întări achizițiile strategice în sectorul sănătății. Concret, EHIF va deveni responsabil pentru serviciile de sănătate finanțate anterior de stat, inclusiv îngrijirea de urgență a persoanelor neasigurate, tuberculoza și tratamentul HIV pentru îngrijirile neasigurate și serviciile de îngrijire oferite de ambulanță. În plus, serviciile de prevenire - cum ar fi programele descurajarea fumatului și achiziționarea de vaccinuri - vor fi coordonate de EHIF.

Estonia cheltuiește mai puțin pentru asistența medicală decât multe țări din UE - 1 559 EUR de persoană (suma ajustată pentru diferențele de putere de cumpărare), aproximativ jumătate din media UE de 2 884 EUR în 2017. Aceasta se traduce cu 6,4% din PIB, de asemenea considerabil mai mică decât media UE de 9,8%. Trei sferturi din cheltuielile cu sănătatea Estoniei vin din sistemul de asigurări de sănătate cu un singur plătitor, în timp ce 25,3% din cheltuieli sunt din plăți din afara gospodăriei (OOP), în mare parte sub formă de coplăți pentru medicamente și îngrijiri stomatologice. Finanțarea publică provine dintr-o contribuție angajată pe venit de către angajator, bazată pe

³⁷ https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_et_english.pdf

venituri, de 13% și, de la reformarea bazei de venituri pentru finanțarea sistemului de sănătate, a fost transferată la bugetul de stat în numele pensionarilor care nu lucrează. Transferul bugetar a început în 2018 la 7% din totalul rambursărilor de pensii și va crește la 13% în 2022, ceea ce corespunde ratei contribuției din salarii.

Legea privind prevenirea și controlul bolilor transmisibile³⁸ reglementează modul în care este organizat controlul bolilor transmisibile și procedura de furnizare a serviciilor de asistență medicală persoanelor infectate și stabilește obligațiile statului, ale administrațiilor locale, persoane juridice și persoane fizice în prevenirea și combaterea bolilor transmisibile.

Estonia are o bază de date electronică pentru activități de promovare a sănătății³⁹ (creată de Institutul Național pentru Dezvoltarea Sănătății în 2010). Înainte de acea bază de date electronică, Institutul publica anual o carte cu unele dintre cele mai bune practici selectate. Fiecare profesionist și entuziast de promovare a sănătății poate acum să intre în baza de date electronică și să introducă acolo activități de bune practici și, de asemenea, să se uite la ce au organizat și au făcut alții. Activitățile de prevenire trebuie descrise în funcție de țintă, locație, și timp. Activitățile pot fi căutate după un cuvânt cheie sau un filtru de domeniu. Toate activitățile inserate sunt revizuite de specialiștii în promovarea sănătății pentru a evalua baza de dovezi și dacă acțiunea este justificată prin necesitate și metodologie. Este necesar să se elaboreze criterii speciale pentru a evalua „cele mai bune practici” din baza de date.

Pe lângă mijloacele de la bugetul de stat, investițiile în dezvoltarea infrastructurii spitalicești de tratament activ și de asistență medicală au fost susținute din mijloacele Fondului Social European (FSE) și ale Fondului European de Dezvoltare Regională. Fondurile FSE au fost, de asemenea, utilizate pentru îmbunătățirea motivației, capacității și oportunităților guvernelor județene și locale cu privire la promovarea sănătății la nivel local. Planificarea activităților și resurselor pentru perioada bugetară a UE 2014-2020 a continuat, cu accent pe sănătatea publică și dezvoltarea asistenței medicale. În 2013, a fost lansat programul de sănătate publică bazat pe *Mecanismul financiar norvegian* - în cadrul acestui program, în Tallinn va fi înființat un centru de sănătate mintală pentru copii, susținut de dezvoltarea prevenirii comportamentului de risc și a serviciilor de sănătate mintală destinate în special copiilor.

Planul Național de Sănătate eston face parte dintr-un proces mai lung de dezvoltare a sănătății naționale și a politicii de sănătate - documentele existente privind politica de sănătate au fost actualizate în mod constant și documente noi, de viziune, au fost redactate de diferite grupuri de lucru și discuții. De-a lungul anilor, au fost elaborate câteva documente importante de politică și strategie, care oferă soluții și oportunități de prevenire pentru noi sarcini. Aceste documente constituie o bază fără de care nici planul actual de dezvoltare nu ar exista. Crearea prezentului plan de dezvoltare a început atunci când Guvernul Republicii a aprobat propunerea de pregătire a Planului național de dezvoltare a sănătății pentru anii 2008-2015 la 13 octombrie 2006. Elaborarea planului s-a bazat pe documentul de viziune consensuală „Politica de Sănătate Națională „Investiții în sănătate” redactat în același an, care a susținut discuții publice ample în majoritatea municipiilor și în Parlament.

Obiectivul general strategic Planului Național de Sănătate 2009-2020⁴⁰ este o speranță de viață ajustată mai lung la sănătate prin scăderea mortalității premature și a bolilor. Prioritățile pentru îndeplinirea obiectivului general strategic al planului de

³⁸ https://www.riigiteataja.ee/en/compare_original/511112014003

³⁹ <https://www.terviseinfo.ee/et/>

⁴⁰ https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/Aruanded/rta_2009-2020_2012_eng.pdf

dezvoltare și pe baza acestor mijloace au fost împărțite între cinci domenii tematice: coeziune socială crescută și egalitate de șanse, asigurarea unei dezvoltări sănătoase și sigure pentru copii, crearea unui mediu de viață și muncă sănătos, facilitarea unui stil de viață sănătos și asigurarea durabilității sistemului de sănătate. Prioritățile tuturor acestor domenii tematice se bazează pe una sau mai multe valori de bază ale planului de dezvoltare: drepturile omului, responsabilitatea comună pentru sănătate, egalitatea de șanse și justiția, incluziunea socială, bazându-se pe dovezi și luarea în considerare a documentelor internaționale.

Evidențierea coeziunii sociale și a egalității de șanse a societății spune tuturor membrilor societății că sunt bineveniți și așteptați să participe la activitățile și deciziile societății. Asigurarea dezvoltării sănătoase și sigure a copiilor și adolescenților le oferă posibilitatea de a crește sănătos și de a deveni membri activi ai societății. Un mediu de viață sănătos, de lucru și de învățare este la fel de important atât pentru copii, cât și pentru ceilalți membri ai societății. Un mediu curat și sigur este un fundament care permite oamenilor să-și folosească oportunitățile la maxim atât ca indivizi, cât și ca societate, diminuând și eliminând astfel riscurile pentru mediu este de o importanță primară. Dacă esența celor trei domenii de mai sus a fost crearea de premise și oportunități pentru dezvoltarea sănătății, principala întrebare privind stilul de viață sănătos este dacă și cum folosim aceste oportunități. Astfel, pe lângă crearea de oportunități, este necesară creșterea conștientizării oamenilor cu privire la aceste oportunități, comportament sănătos și influență a alegerilor cuiva asupra sănătății cuiva, pentru a trăi o viață mai lungă, mai sănătoasă și mai deplină. Toți factorii care deteriorează sănătatea nu sunt, din păcate, evitabili prin crearea de oportunități și alegeri individuale. Existența unui sistem de îngrijire a sănătății eficient și concentrat asupra pacienților și adaptarea constantă a acestuia la schimbarea bolilor, a oportunităților și a dorințelor pacienților este astfel o parte importantă a Planului național de sănătate.

FINLANDA

Ministerul Afacerilor Sociale și Sănătății direcționează și îndrumă dezvoltarea asistenței medicale la nivel național. Definește cursul principal al politicii sociale și de sănătate, pregătește legislația și reformele cheie și orientează implementarea acestora și gestionează legăturile necesare cu procesul decizional politic. Pe lângă legislație, serviciile de sănătate sunt gestionate de la nivel național prin programe, informații și resurse. Unul dintre cele mai importante instrumente în procesul de coordonare la nivel național este Programul Național de Dezvoltare pentru Asistența Socială și Îngrijirea Sănătății (anterior Planul țintă și de acțiune pentru asistența socială și îngrijirea sănătății), care este întocmit pentru întreaga perioadă de mandat a fiecărui Guvern (de obicei patru ani). Obiectivele generale ale politicii de sănătate și măsurile care vor fi luate pentru îndeplinirea acestor obiective sunt adoptate în acest document. Programul ar putea fi descris ca un plan de cooperare între municipalități și stat. Comitetul consultativ pentru asistența socială și asistența medicală este responsabil pentru pregătirea, implementarea și monitorizarea acestuia. În plus, există cinci grupuri de direcție regionale. În legătură cu acest program, statul finanțează proiecte de dezvoltare locală în sectoarele sociale și de sănătate (în valoare anuală de aproximativ 25 de milioane de euro).

De asemenea, Guvernul a pus în aplicare o măsură majoră de orientare a asistenței medicale în 2001, prin inițierea „Proiectului național pentru asigurarea viitorului

asistenței medicale”, propus de primul ministru și ministrul serviciilor sociale și de sănătate la acea vreme. Acesta a fost un răspuns la dezbaterea de câțiva ani cu privire la diverse probleme în accesul la serviciile de îngrijire medicală. Un alt exemplu de direcție a programelor guvernamentale este „Sănătate 2015”, un program de sănătate publică creat în 2001, care prezintă obiectivele politicii naționale de sănătate a Finlandei pentru următorii 15 ani. Principalul obiectiv al strategiei este promovarea sănătății și dezvoltarea sistemului de asistență medicală. În plus, Ministerul are o mare varietate de alte proiecte pentru dezvoltarea asistenței medicale, de exemplu pentru dezvoltarea rețetelor electronice și a sistemelor electronice de înregistrare a pacienților la nivel național.

Municipalitățile au un grad semnificativ de libertate de a planifica și conduce serviciile de îngrijire a sănătății. Legislația națională prevede doar un cadru pentru furnizarea de servicii de sănătate la nivel municipal. Există două acte principale care stabilesc acest cadru (Legea privind asistența medicală primară, 1972 și Legea privind îngrijirile medicale de specialitate, 1991). Legislația suplimentară include, de exemplu, decrete guvernamentale care definesc în mod explicit care sunt vaccinările (Decretul privind vaccinările și screeningurile bolilor transmisibile în timpul sarcinii) și ce proiecții (Decretul privind screeningurile) municipalitățile trebuie să ofere gratuit. Legislația definește, de asemenea, timpurile de așteptare maxime explicite (Legea privind asistența medicală primară și Legea privind îngrijirile medicale de specialitate) și taxele maxime de utilizator (Legea privind taxele de utilizator în îngrijirile sociale și de sănătate și Decretul privind taxele de utilizare în asistența socială și de sănătate) pentru servicii municipale⁴¹.

Conform Legii sănătății⁴², capitolul II, secțiunea 12-13: Autoritățile locale monitorizează sănătatea și bunăstarea rezidenților lor și orice factori care stau la baza fiecărui grup de populație, precum și orice măsuri luate cu privire la serviciile autorităților locale care vizează satisfacerea nevoilor de bunăstare a rezidenților. Rapoartele cu privire la sănătatea și bunăstarea rezidenților, precum și orice măsuri luate trebuie să fie realizate pentru oraș sau consiliul municipal o dată pe an, pe lângă care se va face o revizuire mai cuprinzătoare a bunăstării pentru oraș sau consiliul municipal o dată pe parcursul fiecărui mandat. În planurile lor strategice, autoritățile locale identifică obiectivele pentru promovarea sănătății și a bunăstării pe baza condițiilor locale și a cererii și a măsurilor pentru îndeplinirea acestor obiective, utilizând indicatorii locali de bunăstare și sănătate. Autoritățile locale numeste coordonatori pentru promovarea sănătății și a bunăstării. Diferitele departamente ale autorităților locale colaborează pentru promovarea sănătății și a bunăstării. Mai mult, autoritățile locale vor coopera cu alte organizații publice cu sediul în autoritatea locală, precum și cu întreprinderi private și organizații non-profit. În cazurile în care serviciile sociale și asistența medicală sunt furnizate în comun de mai multe autorități locale, zona de cooperare acționează ca expert în orice cooperare a diferitelor sectoare implicate și contribuie la evaluarea efectelor asupra bunăstării sociale și sănătății în autoritățile locale participante. Autoritățile locale vor oferi un serviciu de consiliere pentru sănătate pentru a sprijini sănătatea și a promova bunăstarea în rândul rezidenților și pentru a preveni îmbolnăvirile. Furnizarea de consiliere medicală se încorporează în toate serviciile de asistență medicală. Autoritățile locale asigură toate controalele de sănătate necesare pentru monitorizarea și promovarea sănătății și bunăstării în rândul rezidenților. Serviciul de consiliere în domeniul sănătății și controalele de sănătate trebuie să vizeze menținerea capacității funcționale și a capacității de muncă, până la prevenirea bolilor și la promovarea unor

⁴¹ <https://www.who.int/health-laws/countries/fin-en.pdf>

⁴² https://www.finlex.fi/fi/laki/kaannokset/2010/en20101326_20131293.pdf

abilități de sănătate mintală și de viață mai bune. Consilierea în domeniul sănătății și controalele de sănătate vor fi, de asemenea, puse la dispoziția tinerilor și a persoanelor cu vârsta de muncă care nu sunt acoperite de asistența medicală a studenților sau de îngrijirea sănătății în muncă. Autoritățile locale oferă, de asemenea, rezidenților lor sfaturi de planificare familială și alte servicii care pledează pentru o mai bună sănătate sexuală și reproductivă. Serviciile de consiliere medicală și controalele de sănătate sunt coordonate cu alte servicii ale autorităților locale.

Comisia Europeană, notează în raportul de țară dedicat Finlandei⁴³ că serviciile de ambulatoriu ocupă cea mai mare pondere a cheltuielilor de sănătate (37%), urmate de îngrijirea de pacienți (25%) și îngrijirea de lungă durată (19%). Produsele farmaceutice și dispozitivele medicale reprezintă 15%, deși acestea nu le includ pe cele utilizate în spitale (care sunt raportate ca îngrijire internă sau ambulatorie). Includerea acestor cheltuieli spitalicești ar crește suma totală cu o cincime. Doar aproximativ 4% din cheltuielile pentru sănătate sunt alocate programelor de prevenire, deși acestea sunt puțin mai mari decât media UE de 3%.

Asistența primară oferă o serie de servicii în centrele de sănătate și în unitățile de sănătate profesională. Acestea includ prevenirea și îngrijirile ambulatorii, îngrijirea stomatologică, maternitatea și îngrijirea sănătății copilului. De asemenea, centrele de sănătate adesea au unități de internat conduse de medici generaliști pentru pacienții cu boli cronice care necesită îngrijire de lungă durată. Îngrijirile secundare (ambulatoriu de specialitate și ambulatoriu) sunt, de obicei, furnizate de spitale regionale, în timp ce îngrijirea terțiară este oferită în cinci spitale universitare. Pacienții au nevoie de o sesizare pentru a accesa îngrijiri de specialitate, dar nu pentru cazuri de urgență.

După eșecul propunerii de reformă în domeniul sănătății și asistenței sociale, între 2015 și 2019, noul program guvernamental după alegerile generale din aprilie 2019 include câteva reforme ale sănătății și serviciilor sociale, cu scopul de a reduce inegalitățile în sănătate și bunăstare, asigurând servicii de sănătate și servicii sociale egale și de înaltă calitate pentru toți finlandezii, asigurând accesul la o forță de muncă calificată și reducând creșterea costurilor. Noul program de reformă 2019-2023 va reuni organizarea serviciilor de asistență socială și de sănătate în zone de autoguvernare. Vor fi 18 astfel de județe care se auto-guvernează, iar activitățile, finanțele și administrația lor vor fi reglementate de o lege separată. Luarea deciziilor în județe va intra în responsabilitatea consiliilor alese, iar implicarea democratică a rezidenților va fi consolidată. Spre deosebire de propunerea de reformă anterioară, care prevedea un rol mai mare pentru furnizorii privați, majoritatea serviciilor vor continua să fie furnizate de furnizorii publici. Sectoarele private pentru profit și non-profit vor continua să fie furnizori de servicii complementare. Rolul organizațiilor neguvernamentale în promovarea sănătății și bunăstării va fi consolidat, în timp ce capacitatea organizațiilor de a furniza aceste servicii va fi asigurată. Finanțarea județeană se va baza în principal pe finanțarea statului, dar guvernul va începe să pregătească implementarea impozitelor județene.

FRANȚA

Strategia națională de sănătate⁴⁴ stabilește prioritățile de sănătate ale guvernului pentru o perioadă de cinci ani. Obiectivul său este de a acorda coerență acțiunii colective a tuturor ministerelor în domeniul sănătății. Ea permite definirea unei viziuni împărtășite

⁴³ https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_fi_english.pdf

⁴⁴ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf

de toți actorii și orientarea progresului proiectelor prioritare. De asemenea, aceasta își propune să stabilească un curs, care să ghideze implementarea politicilor de sănătate și dezvoltarea de măsuri concrete.

La nivel național, strategia constituie firul comun al tuturor măsurilor și al tuturor planurilor și programelor viitoare. De exemplu, în ceea ce privește prevenirea, un plan național de sănătate publică ofera coerență și lizibilitate planurilor existente. Strategia națională de sănătate corespunde unei noi faze, propune o definiție a politicii de sănătate care include furnizarea de îngrijire, sănătatea publică și protecția socială împotriva bolilor. Aceasta este o dezvoltare majoră în concepția politicii de sănătate.

Dezvoltarea și implementarea unei strategii naționale de sănătate au fost anunțate în 2012 de către guvern cu scopul principal de a combate inegalitățile sociale și teritoriale de sănătate, reducerea mortalității premature și îmbunătățirea speranței de viață. Ministrul Afacerilor Sociale și Sănătății a însărcinat, la 8 februarie 2013, un comitet pentru a propune liniile de desfășurare a acestei strategii naționale de sănătate cu un calendar indicativ și principalele etape ale implementării. În raportul⁴⁵ acestei Comisii se prezintă prioritățile de acțiune și programare, precum și 19 recomandări care vizează definirea unui cadru pentru acțiunea publică pentru anii următori. Printre propunerile sale: crearea unui serviciu de informare publică pentru sănătate și a unui organism reprezentativ al asociațiilor de utilizatori ai sistemului de sănătate, optimizarea locului spitalului pe teritoriul sănătății, îmbunătățirea îngrijirilor acordate bolnavilor cronici.

Pe baza recomandărilor din raport, o foaie de parcurs⁴⁶ prezentată pe 23 septembrie 2013 încheie primul pas în elaborarea strategiei naționale de sănătate și pregătește pentru implementarea acesteia. Sunt stabilite trei obiective:

- alegerea prevenției și acționarea din timp asupra factorilor determinanți ai sănătății;
- organizarea îngrijirii în jurul pacienților și garantarea accesului egal la îngrijire;
- dezvoltarea drepturilor pacientului.

La sfârșitul unui proces marcat în același timp de reflecții și propuneri formulate de Întâlnirea Consiliu al Sănătății Publice, consultarea cu actorii din domeniul sănătății și toate ministerele în cauză și consultarea cu publicul, Strategia națională de sănătate (2018-2022) a fost adoptată oficial în decembrie 2017.

Strategia națională de sănătate (2018-2022) a identificat patru axe principale care vizează: implementarea unei politici de promovare a sănătății, inclusiv prevenirea în toate domeniile și de-a lungul vieții; lupta împotriva inegalităților sociale și teritoriale în accesul la sănătate; garantează calitatea, siguranța și relevanța îngrijirii în fiecare etapă a parcursului de sănătate; și inovare pentru a transforma sistemul de sănătate reafirmând locul utilizatorilor. În cadrul acestor patru axe, a determinat 11 domenii prioritare de acțiune, defalcate în 43 de obiective naționale pentru îmbunătățirea sănătății și protecției sociale împotriva consecințelor bolilor, accidentelor și handicapului. Pentru acest program mai mult decât substanțial, există o secțiune care specifică șapte priorități specifice politicii de sănătate pentru copii, adolescenți și tineri, 2 obiective specifice pentru Corsica, precum și 14 obiective specifice altor regiuni.

Guvernul a făcut public, în urma Consiliului de sănătate interministerial din 26 martie 2018, un Plan național de sănătate publică, intitulat „Prevenirea, o prioritate”⁴⁷, prezentat ca unul dintre cei patru piloni ai strategiei naționale de sănătate.

Dorința de a transforma sistemul de sănătate a avut ca rezultat o activitate legislativă semnificativă, dezvoltări instituționale majore (crearea agențiilor de sănătate,

⁴⁵ <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/134000632.pdf>

⁴⁶ <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/SNS-version-longue.pdf>

⁴⁷ http://www.deux-sevres.gouv.fr/content/download/25485/203572/file/180326-dossier_de_presse_priorite_prevention_0.pdf

agenții de sănătate regionale) și o proliferare de obiective sau planuri. Necesitatea de a adapta sistemul la provocările majore ale sănătății publice printr-o nouă strategie motivează alegerea autorităților publice.

Strategia, cu noua formulare a articolului L.1411-1 din Codul de sănătate publică⁴⁸, propune să reunească diferitele aspecte ale acțiunii publice în domeniul sănătății (sănătate publică, securitate sanitară, asistență medicală) într-o întreg omogen cu sprijinul unei proceduri pentru elaborarea politicii de sănătate clarificată și completată.

Legile privind sănătatea adoptate din 2004 favorizează consolidarea actorilor statului în guvernarea sistemului de sănătate și mai pe larg în sistemul obligatoriu de protecție a sănătății:

- Legea nr. 806 din 9 august 2004 privind politica de sănătate publică⁴⁹;
- Legea nr. 879 din 21 iulie 2009 privind reformarea spitalului și referitoare la pacienți, sănătate și teritorii⁵⁰;
- Legea din 26 ianuarie 2016 referitoare la modernizarea sistemului de sănătate⁵¹ a consacrat conceptul Strategiei naționale de sănătate.

Strategia națională de sănătate stabilește prioritățile de sănătate ale guvernului pentru o perioadă de cinci ani. Obiectivul său este de a oferi vizibilitate și coerență acțiunii colective a tuturor ministerelor (educație, sport, justiție, apărare etc.) în domeniul sănătății. Pentru a face acest lucru, se bazează pe mai multe organizații și instrumente de sprijinire a deciziilor. Conferința națională de sănătate (CNS) este un organism consultativ pe langa ministrul sănătății. Loc al consultării cu privire la problemele de sănătate, permite părților interesate din sistemul de sănătate să-și exprime punctele de vedere asupra politicilor de sănătate, pentru a transmite cererile și nevoile populației și pentru a promova dialogul între utilizatori, profesioniști, lideri politici și alți actori din lumea sănătății și medico-socială.

Înaltul Consiliu al Sănătății Publice (Haut Conseil de la santé publique -HCSP) este un organism responsabil pentru furnizarea asistenței de luare a deciziilor ministrului sănătății, prin pregătirea rapoartelor de sănătate în Franța și formularea de recomandări. HCSP are următoarele misiuni:

- să contribuie la elaborarea, monitorizarea anuală și evaluarea multianuală a strategiei naționale de sănătate;
- să furnizeze autorităților publice, în colaborare cu agențiile de sănătate, expertiza necesară pentru gestionarea riscurilor pentru sănătate, precum și pentru conceperea și evaluarea politicilor și strategiilor de prevenire și securitate a sănătății;
- să furnizeze autorităților publice reflecții și sfaturi privind problemele de sănătate publică;
- să contribuie la elaborarea unei politici cuprinzătoare și concertate de sănătate a copilului.

Planul național de sănătate publică (PNSP) constituie coloana vertebrală a implementării componentei de prevenire și promovare a sănătății din strategia națională de sănătate. Acesta va oferi o viziune globală asupra acțiunilor desfășurate în domeniul prevenirii sănătății, de către Ministerul Solidarității și Sănătății, precum și de celelalte ministere implicate în efortul de prevenire (Educația Națională; Învățământ Superior, Cercetare și Inovare, Justiție ...)

⁴⁸<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000033865687&cidTexte=LEGITEX T000006072665&dateTexte=20180813&oldAction=rechCodeArticle&fastReqId=774468782&nbResultRech=1>

⁴⁹ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787078>

⁵⁰<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&dateTexte=20180809>

⁵¹<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&dateTexte=20180809>

Comisia Europeană⁵² este de părere că din punct de vedere istoric, Franța a rămas în urma altor țări din vestul Europei în ceea ce privește investițiile în promovarea sănătății și prevenirea bolilor. Aproximativ o treime din toate decesele din 2017 pot fi atribuite unor factori de risc comportamentali, cum ar fi fumatul de tutun, riscurile alimentare, consumul de alcool și activitate fizică scăzută.

Sistemul de sănătate francez oferă, în general, un acces bun la îngrijiri de înaltă calitate, dar principalele provocări sunt consolidarea prevenirii pentru îmbunătățirea sănătății și reducerea inegalităților în sănătate și transformarea sistemului de sănătate pentru a răspunde mai bine nevoilor numărului tot mai mare de persoane cu afecțiuni cronice.

Sistemul de sănătate din Franța se bazează în principal pe un sistem de asigurări sociale de sănătate (SHI), cu un rol tradițional puternic pentru stat. Sistemul cu un singur plătitor se bazează tot mai mult pe veniturile bazate pe taxe pentru a se asigura sustenabilitatea financiară a fondurilor de asigurări de sănătate. În ultimele două decenii, statul s-a implicat mai mult în controlul cheltuielilor pentru sănătate finanțate de sistemul SHI. Începând cu 2009, agențiile regionale de sănătate au jucat un rol în expansiune în gestionarea serviciilor de asistență medicală la nivel local. Strategia națională de sănătate 2018-22, adoptată în 2017, stabilește obiective ambițioase care acoperă atât prevenirea cât și îngrijirea sănătății.

Strategia națională de sănătate a Franței 2018 - 2022 oferă o politică cadru pentru îmbunătățirea sănătății publice și a sistemului de sănătate și pentru reducerea inegalităților în domeniul sănătății. Este structurată în jurul a patru mari priorități:

- o mai mare concentrare pe promovarea sănătății și pe politicile de prevenire de-a lungul vieții și în toate grupurile socio-economice;
- abordarea inegalităților sociale și geografice în accesul la asistență medicală;
- asigurarea calității, siguranței unei asistenței medicale adecvate;
- crearea unui teren nou în transformarea sistemului de sănătate, reafirmând rolul utilizatorilor săi.

Cea mai mare categorie de cheltuieli pentru sănătate în Franța o reprezintă asistența oferită în spitale publice și private, care au reprezentat aproximativ o treime din totalul cheltuielilor de sănătate în 2017, o pondere mai mare decât media UE de 29%. Peste o pătrime din cheltuielile de sănătate au fost alocate îngrijirii în ambulatoriu, inclusiv asistenței primare, îngrijirilor de specialitate și îngrijirii stomatologice. Produsele farmaceutice de vânzare cu amănuntul și dispozitivele medicale au constituit aproape o cincime din cheltuielile pentru sănătate și îngrijirile pe termen lung peste o a șaptea. Cheltuielile pentru prevenire au reprezentat mai puțin de 2% din totalul cheltuielilor pentru sănătate, o pondere mai mică decât media de 3,1% a UE, dar aceasta include doar cheltuielile dedicate programelor de prevenire organizată.

Prima prioritate a Strategiei Naționale de Sănătate 2018-22 este să puna mai mult accent pe promovarea și prevenirea sănătății la toate vârstele și la toate grupurile socio-economice printr-o gamă largă de intervenții. În cadrul Strategiei Naționale de Sănătate 2018-22, guvernul a alocat 400 de milioane EUR pe cinci ani pentru a sprijini programele de prevenire pentru toate vârstele. Unele politici au avut deja un impact pozitiv în reducerea factorilor de risc importanți: rata fumatului și consumul de alcool au scăzut în ultimul deceniu, rămânând totuși peste media UE. Pentru a îmbunătăți nutriția și a reduce obezitatea, în 2017 a fost elaborată o etichetă alimentară „nutriscore” pentru a ajuta oamenii să facă alegeri mai sănătoase. Ca răspuns la scăderea ratelor de vaccinare în rândul copiilor, guvernul a făcut încă opt vaccinări obligatorii în 2018 (pentru un total de 11 vaccinări obligatorii). De asemenea, au fost lansate campanii de sensibilizare publică

⁵² https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_fr_french.pdf

pentru a restabili încrederea publicului în beneficiile vaccinării. Dovada preliminară sugerează că aceste măsuri au dus cu succes la creșterea ratelor de vaccinare la copii.

GERMANIA

În Germania, „serviciul de sănătate publică” (Öffentlicher Gesundheitsdienst, ÖGD) este alcătuit din departamente de sănătate de stat și locale, anumite instituții de inspecție veterinară și alimentară și autorități de sănătate la nivel național, de stat și municipalitate, inclusiv organele lor subordonate. În centrul serviciului de sănătate publică se află autoritatea locală de sănătate (Gesundheitsamt) sau departamentul de sănătate publică (Fachbereich sau Fachdienst Gesundheit) al municipalității orașelor și administrațiilor districtului rural. Serviciile de sănătate publică sunt furnizate de aproximativ 400 de birouri de sănătate publică din Germania, care variază foarte mult ca mărime, structură și sarcini.

Structura federală a Germaniei asigură că anumite domenii de politică cheie, precum sănătatea, educația și afacerile culturale, intră în responsabilitatea statelor federale (landurile). Acestea prezintă condițiile generale, parametrii legali, responsabilitățile și, într-o anumită măsură, modul de înființare și funcționare a autorităților sau departamentelor locale de sănătate publică din orașe și raioane rurale. În primele decenii ale istoriei Republicii Federale, landurile și-au apărut responsabilitatea pentru serviciile de sănătate publică împotriva mai multor încercări ale guvernului federal de a-și extinde influența în acest sector. Cu toate acestea, în același timp, un număr tot mai mare de servicii de prevenire individuale, cum ar fi imunizările și educația și consilierea pentru sănătate, au fost transferate de la serviciul public de sănătate la medici în practică privată.

Ministerul Federal al Sănătății este responsabil de controlul și prevenirea bolilor infecțioase, de îngrijirea sănătății preventive, de prevenirea dependenței de stupefiante și de alte substanțe și de politicile de prevenire, reabilitare și dizabilitate. De asemenea, este responsabil pentru politica europeană și internațională de sănătate. Portofoliul Ministerului Federal al Sănătății conține următoarele instituții guvernamentale: Institutul Federal pentru Droguri și Produse Medicale; Centrul Federal pentru Educație pentru Sănătate (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung); Institutul German de Documentare și Informații Medicale; Institutul Paul-Ehrlich (Institutul Federal pentru Vaccinuri și Biomedicine); și Institutul Robert Koch (Institutul Federal pentru Boli Transmisibile și NeTransmisibile). Institutul Federal pentru Droguri și Aparate Medicale și Institutul Robert Koch au fost anterior (în 1952–1994) parte a Oficiului Federal de Sănătate, alături de Institutul Federal pentru Protecția Sănătății Consumatorilor și Medicină Veterinară, care a fost transferat Institutului Federal de Evaluare a Riscurilor în 2002. Oficiul Federal pentru Protecția Consumatorilor și Siguranța Alimentelor a făcut parte și din Oficiul Federal al Sănătății, dar acum este o autoritate din portofoliul Ministerului Federal al Alimentației și Agriculturii. Autoritățile locale de sănătate și serviciile de sănătate publică au o serie de responsabilități, inclusiv:

- protecția sănătății;
- prevenire, îngrijire socială și educație pentru sănătate; și
- conform articolului 28 din legea de bază a Germaniei (Grundgesetz), organizarea condițiilor de viață locale, inclusiv asigurarea condițiilor de viață sănătoase, intră în competența municipalității.

Aceasta înseamnă că dezvoltarea politicilor locale de sănătate este una dintre sarcinile municipalității. Prin urmare, autoritățile locale de sănătate sau secțiile de

sănătate publică nu sunt doar un serviciu medical special al municipalității, ci au și o responsabilitate politică pentru sănătatea populației din comunitate. Într-adevăr, în 1991, Conferința miniștrilor sănătății din statele federale a declarat că „serviciul public de sănătate în promovarea sănătății, îngrijirea sanitară preventivă și depistarea precoce a bolii este o funcție importantă de coordonare și gestionare a măsurilor comunitare” de gestionare a sănătății, de calitate asigurare și comunicare. Municipalițiile sunt singurii actori din sectorul sănătății locale care au o obligație explicită în ce privește bunăstarea publică și, prin urmare, sunt obligați să se concentreze asupra sănătății populației. Conform legislației statului, municipalitățile sunt responsabile de conducerea autorităților locale de sănătate sau a serviciilor de sănătate publică, deoarece guvernul federal nu are competența de a atribui sarcinile direct municipalităților. De fapt, cel mai relevant cadru de politică pentru serviciul de sănătate publică german este la nivelul raionului urban și rural, deoarece departamentele locale de sănătate sunt o parte organizatorică a municipalităților. De asemenea, raioanele sunt responsabile de punerea în aplicare a sarcinilor guvernamentale federale și de stat care sunt înrădăcinate în dreptul european (de exemplu, reglementările privind apa potabilă) în serviciile publice de sănătate publică.⁵³

Nevoia unei legi de prevenire în domeniul sănătății a fost discutată în Germania încă din 2005. Primele proiecte au fost prezentate parlamentului în 2005 și 2008, dar ambele au eșuat. După mai bine de 10 ani de dezbateri politice, în 2015, „Legea pentru consolidarea promovării și prevenirii sănătății” (Legea prevenirii)⁵⁴ a fost adoptată definitiv de parlamentul federal. Aceasta își propune să consolideze promovarea sănătății în mediul de viață și să consolideze cooperarea între instituțiile de securitate socială, guvernele naționale și locale. În octombrie 2015 a fost stabilită o Conferință Națională de Prevenire, cu accent pe cooperarea orientată spre obiective a părților interesate pentru prevenire și promovarea sănătății. Conferința a fost dominată de fondurile legale de asigurări de sănătate care stabilesc obiective și o abordare comună, cu participarea guvernului federal, a statelor federale, a municipalităților, a agenției federale pentru ocuparea forței de muncă și a partenerilor sociali. În februarie 2016, conferința a emis Recomandări-cadru federale, definind trei obiective principale:

- (1) creșterea sănătoasă;
- (2) viață și muncă sănătoase; și
- (3) sănătoși la bătrânețe

Principalele obiective ale Legii sunt:

- să consolideze prevenirea și promovarea sănătății în toate domeniile vieții, inclusiv centre de zi, școli și cămine;
- să consolideze promovarea sănătății la locul de muncă și să o integreze mai bine cu securitatea și sănătatea în muncă,
- îmbunătățirea cooperării între instituțiile de asigurări sociale, statele federale și autoritățile locale prin acorduri-cadru obligatorii la nivel de stat cu obiective uniforme de sănătate și
- îmbunătățirea screeningului depistării timpurii și creșterea ratelor de vaccinare.

Legea privind asistența medicală preventivă se adresează tuturor instituțiilor de asigurări sociale; cu toate acestea, acestea sunt afectate în diferite grade. Nu există modificări ale mandatului legal al asigurării germane de accidente sociale ci doar câteva aspecte noi. Asigurarea germană pentru accidente sociale este implicată în special în primele două obiective ale Legii. Primul obiectiv vizează copiii, adolescenții, ucenicii,

⁵³ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507327/>

⁵⁴ https://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p_lang=en&p_isn=101578

cursanții și studenții universitari. Asigurarea germană pentru accidente sociale are un mandat de susținere aici. În ceea ce privește instituțiile de învățământ, accentul său este pus pe: prevenirea accidentelor, sănătatea mintală, prevenirea violenței, promovarea exercițiilor fizice, jocului și sportului și predarea competențelor de sănătate și siguranță. Al doilea obiectiv „să trăiești și să lucrezi sănătos” face parte din mandatul de bază al asigurării germane de accidente sociale, și anume să utilizeze toate mijloacele adecvate pentru a preveni accidentele de muncă, bolile profesionale și pericolele pentru sănătate. Acest lucru ia în considerare, de asemenea, obiectivele stabilite pentru asigurarea de accidente sociale germane în contextul Strategiei comune germane de securitate și sănătate în muncă. Al treilea obiectiv se adresează persoanelor care nu mai lucrează. Strategia națională de prevenire va fi implementată la nivel de stat. Acest lucru se va face prin acorduri-cadru de stat care vor fi încheiate de instituțiile de asigurări sociale și de statele federale. Un obiectiv esențial al Legii privind îngrijirile medicale preventive este acela de a avea legături mai strânse între securitatea și sănătatea în muncă și promovarea sănătății la locul de muncă. Aceasta necesită o cooperare și mai mare între fondurile de asigurări de sănătate și instituțiile de asigurări sociale pentru accidente⁵⁵.

În viitor, asigurarea de accidente sociale germane va fi implicată în elaborarea unei strategii naționale de prevenire. Această strategie va fi coordonată de nou-înființată Conferință Națională de Prevenire (NPK). NPK este formată din reprezentanți ai guvernului federal, landurilor (state federale), autorităților locale, partenerilor sociali și instituțiilor de asigurări sociale. Sarcina NPK este să elaboreze recomandări-cadru naționale unificate pentru promovarea și prevenirea sănătății și să elaboreze un raport de prevenire la fiecare patru ani⁵⁶.

În profilul de țară⁵⁷ în domeniul sănătății, realizat de Comisia Europeană, se notează că pe cap de locuitor, toate categoriile de cheltuieli pentru sănătate sunt peste mediile UE, iar cheltuielile cu produse farmaceutice și dispozitive medicale cu aproape 60% mai mari decât media. În ultimii ani, cheltuielile cu îngrijirea pe termen lung au crescut mai puternic decât toate celelalte categorii de cheltuieli. Reforma recentă a îngrijirii pe termen lung este probabil să crească în continuare cheltuielile, deoarece coșul de beneficii și criteriile de eligibilitate au fost extinse și cererea de servicii a crescut. Mai mult, cheltuielile pentru prevenire au crescut din 2015, datorită obligației legale pentru fondurile de sănătate și fondurile de îngrijire de lungă durată de a investi mai mult în promovarea și prevenirea sănătății.

Germania a recunoscut importanța politicilor de sănătate preventivă prin Legea pentru consolidarea și prevenirea sănătății din 2015. Această lege propune măsuri și sprijin financiar pentru a combate sarcina în creștere a factorilor de risc comportamentali. Folosind o abordare pe principiul continuității, obiectivul este de a sprijini populația în contextul vieții lor de zi cu zi (de exemplu, în spații de zi, școli, mediu de lucru) pentru a dezvolta moduri de viață pentru promovarea sănătății. Cu toate acestea, politici mai puternice de prevenire și eforturi mai mari de sănătate publică ar putea contribui la reducerea mortalității prevenibile.

În special, Legea pentru consolidarea promovării și prevenirii sănătății a fost adoptată cu scopul de a consolida prevenirea și promovarea sănătății, printre altele prin reglementarea politicilor de imunizare și extinderea controalelor de sănătate. Aceste activități sunt desfășurate în cadrul unei abordări de configurare, cu promovarea sănătății orientată către facilitățile de zi pentru copii, școli, mediul de muncă și facilități de îngrijire

⁵⁵https://www.dguv.de/medien/inhalt/praevention/themen_a_z/praevg/nat_praevkon/bundesrahm/bundesrahmeneng_lisch.pdf

⁵⁶ http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/380329/php-4-3-pp3-eng.pdf

⁵⁷ https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_de_english.pdf

de lungă durată. Această inițiativă va fi susținută de o investiție anuală de 500 de milioane de euro din fonduri de îngrijire medicală și de lungă durată și reprezintă o oportunitate importantă pentru sănătatea publică din Germania. Cu toate acestea, rolul serviciului public de sănătate în punerea în aplicare a Legii rămâne neclar, fondurile legale de asigurări de sănătate rămânând principalul actor și factorul de decizie în ceea ce privește activitățile de promovare a sănătății și alocarea resurselor. Îmbunătățirea rolului serviciului public de sănătate în punerea în aplicare a actului de prevenire rămâne astfel o provocare-cheie pentru viitor⁵⁸.

Începând cu 2016, fondurile de asigurări de sănătate sunt obligate să cheltuiască 7 € pe persoană asigurată (aproximativ 500 de milioane EUR) pentru prevenirea și promovarea sănătății, din care 2 EUR fiecare se îndreaptă către servicii în setări în afară de locul de muncă și către servicii de promovare a sănătății la locul de muncă (fiecare însumând aproximativ 140 m €)⁵⁹.

GRECIA

Sistemul național de sănătate grec oferă prestații / servicii medicale de îngrijiri primare, spitalicești și ambulatorii, printr-o rețea de furnizori publici / de stat și furnizori privați contractați, cu scopul de a asigura prevenirea bolilor și promovarea, conservarea, îmbunătățirea, recuperarea și protecția sănătății. Sistemul este finanțat din bugetul de stat, contribuții de asigurări sociale și plăți private. Organizația Națională pentru Furnizarea Serviciilor de Sănătate (acronim grecesc EOPYY) negociază contracte și remunerează profesioniștii din domeniul sănătății pe baza unui Regulament privind prestațiile de sănătate (acronimul grecesc EKPY) care prescrie coșul de beneficii pentru beneficiarii sistemului⁶⁰.

Istoric, sistemul de sănătate s-a bazat pe îngrijiri spitalicești și îngrijiri de specialitate în detrimentul îngrijirii primare complete. În 2017, după o serie de încercări nereușite, accentul reformei asistenței primare s-a transformat în asigurarea accesului la servicii esențiale și de calitate pe termen scurt. Construirea unui sistem puternic de îngrijire primară cu o funcție eficientă de gatekeeper⁶¹ este obiectivul pe termen lung. Infrastructura și forța de muncă sunt acum înființate pentru a consolida serviciile de prevenire și a trata pacienții în medii mai adecvate⁶².

Ministerul Sănătății este responsabil să asigure obiectivele generale și principiile fundamentale ale sistemului național de sănătate, cum ar fi accesul gratuit și echitabil la servicii de sănătate de calitate pentru toți cetățenii. Ministerul ia decizii cu privire la problemele politicii de sănătate și planificarea generală și implementarea strategiilor naționale de sănătate. Stabilește priorități la nivel național, definește finanțarea pentru activitățile propuse și alocă resurse relevante, propune modificări în cadrul legislativ și angajează implementarea legilor și reformelor. Ministerul este, de asemenea,

⁵⁸ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507327/>

⁵⁹ https://eurohealthnet.eu/sites/eurohealthnet.eu/files/publications/3-2%20Birgit%20Cobbers_German%20Prevention%20Act%20and%20increase%20in%20funding%20dedicated%20to%20health%20promotion%20and%20addressing%20HI.pdf

⁶⁰ <https://eu-healthcare.eopyy.gov.gr/en/Home.aspx>

⁶¹ Rolul de gatekeeper a fost și rămâne un mecanism de reglare al accesului la servicii medicale, prin care medicul de familie autorizează accesul la consultații de specialitate, investigații și spital. Serviciile medicale au costuri, iar ele sunt într-o continuă creștere, astfel încât sistemele de sănătate, în general, caută soluții prin care să se evite risipa. Rolul nu este intrinsec specialității de medicină de familie, ci îi este atribuit de către politica sanitară

⁶² https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_gr_english.pdf

responsabil pentru cadrele medicale și coordonează angajarea de personal nou pentru îngrijirea sănătății, sub rezerva aprobării de către Cabinetul ministerial. Organizația Națională de Furnizare a Serviciilor de Sănătate (EOPYY) este administrată ca o entitate publică autonomă și funcționează sub supravegherea Ministerului Sănătății. Funcționează ca monopsonie⁶³, deoarece este singurul cumpărător al serviciilor de sănătate, stabilind condițiile prealabile necesare angajamentelor contractuale cu furnizorii de servicii medicale.

Rolul guvernelor regionale și locale în planificarea, organizarea și furnizarea serviciilor de sănătate a fost limitat; încercările de delegare a mai multor responsabilități către municipalități nu au fost niciodată puse în aplicare pe deplin. Guvernele regionale și locale au jucat un rol secundar datorita lipsei de putere și resurse economice pentru implementarea politicilor de sănătate la nivel regional.

Pentru sistemul de sănătate foarte specializat în Grecia, dezvoltarea asistenței primare a devenit o condiție prealabilă pentru îmbunătățirea eficienței și accesului și principalul obiectiv al reformelor în furnizarea serviciilor. De la sfârșitul anului 2017, un sistem integrat de asistență primară cu un eventual rol de gardă a fost treptat dezvoltat, prin înființarea de unități de sănătate locale mai mici și centre mai mari de sănătate. Împreună oferă o gamă cuprinzătoare de servicii, inclusiv asistență primară, servicii de ambulatoriu și diagnostice de specialitate, îngrijire dentară, îngrijire maternă și copilă, îngrijire de bază de urgență și activități preventive. În vara anului 2019, aproximativ jumătate din numărul de facilități planificate funcționau, în principal în zonele urbane sau semi-urbane. Cea mai mare provocare în acest moment este de a atrage suficienți medici generaliști pentru a menține expansiunea. Recomandarea către un specialist nu este încă obligatorie, iar oamenii pot accesa în continuare serviciile de specialitate direct, indiferent de a fi înregistrat la un medic. Accesul direct la specialiști va fi eliminat treptat, cu așteptarea ca medicii generaliști să devină primul punct de contact pentru toți locuitorii.

Din 2010, eforturile începute în cadrul Programului de ajustare economică au fost consolidate. Grecia pune în aplicare un set ambițios de reforme pentru îmbunătățirea eficienței sistemului de sănătate și reducerea deșeurilor. Probleme precum fragmentarea beneficiilor și acoperirea, cheltuielile farmaceutice excesive, achizițiile ineficiente și asistența primară slabă au fost sau sunt în curs de abordare. Altele, cum ar fi prevenirea, implicarea pacienților și cetățenilor și a unor mecanisme de responsabilitate și transparență semnificative, au fost vizate prin măsuri specifice, dar sunt necesare eforturi suplimentare.

Toate unitățile de asistență medicală primară / ambulatorie din cadrul EOPYY, centrele de sănătate din mediul rural și intervențiile chirurgicale ale acestora, precum și centrele medicale urbane sunt accesibile în mod gratuit. O gamă largă de proceduri și teste preventive este disponibilă fără costuri pentru pacient în scopul diagnosticării precoce și al prevenirii bolilor. Acestea includ vaccinările; examene la sugari și analize de sânge și teste ADN fetale; teste de prevenire a cancerului pentru diagnosticarea precoce a cancerului de sân, col uterin, colon și prostată; prevenirea bolilor de inimă, obezității și infecțiilor cu transmitere sexuală; servicii de renunțare la fumat.

Responsabilitatea operațională pentru serviciile de sănătate publică se încadrează pe o grilă de actori la nivel regional și local. La nivel regional, direcțiile de sănătate publică din cadrul autorităților regionale includ departamente de prevenire și promovare a sănătății, cu competențe precum implementarea de programe de imunizare și medicamente preventive, îngrijirea mamei și a copilului, afecțiuni cronice și activități de educație pentru sănătate. La nivel local, municipalitățile sunt responsabile de

⁶³ Situație în care pe piață există o singură firmă, care monopolizează cumpărarea unei mărfi

derularea mai multor programe de prevenire și promovare în cadrul îngrijirii primare prin clinici de sănătate municipale, centre de îngrijire pentru vârstnici și centre publice de îngrijire a copiilor și copiilor; ele oferă, de asemenea, îngrijiri pentru grupurile de populație vulnerabile⁶⁴.

Derularea asistenței primare începând cu 2017 a avut un ritm relativ bun, cu puțin peste jumătate (127) din unitățile de îngrijiri primare planificate care funcționează în vara anului 2019. Acestea acoperă acum aproximativ o cincime din populație, asigurând asistență preventivă, asistenta primară și unele servicii de specialitate, în special în zonele rurale. Progresele suplimentare privind această consolidare majoră a asistenței primare depind în mare măsură de disponibilitatea medicilor - deoarece numărul medicilor generalisti atinge pragul de capacitate maximă și mulți medici care lucrează în sectorul privat sunt reticenți să se înscrie. Finanțarea adecvată este, de asemenea, o condiție prealabilă.

În 2017, cheltuielile publice pentru sănătate au fost sub 5% din PIB. Cu toate acestea, valoarea reală a provizioanelor publice este mai mare decât cea captată de cifrele oficiale - reprezentând încă 1% din PIB-ul cheltuielilor publice pentru sănătate. Acest lucru se datorează mecanismului de restituire, care se aplică majorității bugetului EOPYY (National Organization for the Provision of Health Services), prin care plătitorul public poate furniza mai multe bunuri și servicii pentru a satisface nevoile, cu costuri care depășesc plafoanele de cheltuieli recuperate de la furnizori. Sprijinul financiar acordat de Fondurile structurale și de investiții europene (ESIF) și Fondul european de dezvoltare regională (FEDR) a jucat un rol foarte important în sectorul sănătății. În runda de finanțare 2014-2020, s-au pus la dispoziție 545 de milioane EUR pentru a realiza reforme în sectorul asistenței medicale, fiind cheltuite jumătate pentru dezvoltarea asistenței primare. În 2017, cea mai mare parte a cheltuielilor (42%) a constituit-o asistența în spital, urmată de produsele farmaceutice (31%) și îngrijirile în ambulatoriu (22%). Grecia cheltuiește relativ puțin pentru îngrijirea preventivă, doar 20 de euro de persoană (față de media UE de 89 EUR) sau 1,3% din cheltuielile pentru sănătate, ceea ce o plasează, împreună cu Cipru și Slovacia, printre cele trei state membre de jos din clasament⁶⁵.

ITALIA

Italia are un Serviciu Național de Sănătate (Servizio Sanitario Nazionale), care oferă acoperire universală pentru prestațiile spitalicești și medicale, cu toate acestea aproximativ 30% din populație a contractat o asigurare de sănătate privată suplimentară.

Sistemul de asistență publică italian este descentralizat și se bazează pe trei niveluri: statul, regiunea și consiliile locale de sănătate. Statul este responsabil pentru emiterea liniilor directoare generale ale sistemului, stabilirea contractelor de muncă, gestionarea relațiilor internaționale și finanțarea spitalelor de cercetare. Cele 20 de regiuni din Italia controlează funcționarea serviciilor de sănătate în domeniile lor de jurisdicție și finanțează spitale independente. În cele din urmă, unitățile locale de asistență medicală asigură administrarea zilnică a serviciilor și finanțează spitale publice și private sub contract cu regiunile. Restul spitalelor private sunt finanțate de pacienții lor.

Ministerul este sprijinit în îndatoririle sale de mai multe agenții guvernamentale permanente. CCM⁶⁶ (Centrul Național pentru Prevenirea și Controlul Bolilor) a fost

⁶⁴ http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/373695/hit-greece-eng.pdf

⁶⁵ https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_gr_english.pdf

⁶⁶ <http://www.ccm-network.it/home.html>

înființat pentru a face legătura între Ministerul Sănătății și guvernele regionale în ceea ce privește supravegherea, prevenirea și răspunsul în caz de urgență pentru sănătate. De-a lungul anilor, rolul său s-a extins, incluzând proiectarea strategiilor naționale bazate pe dovezi pentru prevenirea bolilor, promovarea sănătății și echitatea accesului la îngrijire. Oferă asistență grupurilor de lucru tehnice regionale în cadrul programelor de sănătate publică și menține relații cu mari epidemiologie internaționale și rețele de sănătate publică.

Sistemul național de sănătate italian a fost înființat la 23 decembrie 1978, aprobat cu un vot de 85% în Parlament prin Legea nr. 833/78. Baza esențială a sistemului italian este reprezentată de acoperirea universală, finanțarea socială din impozitarea generală și accesul nediscriminatoriu la serviciile de asistență medicală. Sistemul oferă asistență medicală gratuită în mare parte la punctul de livrare. Este axat pe regiuni, cu un guvern central responsabil pentru acestea.

Organizația Mondială a Sănătății și Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică, împreună cu diverse entități internaționale, au considerat Sistemul național de sănătate italian ca având puteri considerabile de-a lungul anilor. Unul dintre cele mai detectabile instrumente de planificare a sănătății este reprezentat de pachetul de beneficii esențiale, așa-numitul nivel esențial de îngrijire (Livelli essenziali di assistenza, LEA)⁶⁷, care trebuie furnizat în mod uniform în toată țara.

Odată cu redistribuirea competențelor, Guvernul (adică Ministerul Sănătății) este responsabil pentru implementarea acțiunilor centrale pentru susținerea proiectelor regionale de prevenire. În ceea ce privește prevenirea, principalul instrument de politică și planificare în Italia este Planul Național de Prevenire⁶⁸ (PNP). Acesta, prin intermediul planurilor regionale de prevenire, reprezintă un exemplu unic de planificare și implementare a activităților de prevenire în Europa. Este livrat la fiecare 3-5 ani. Planul are un număr limitat de obiective comune statului și regiunilor, astfel încât să permită planificării regionale să definească populația țintă și acțiunile necesare pentru atingerea obiectivelor asociate. Planul național de prevenire este o parte integrantă a Planului național de sănătate, tratează aspecte legate de promovarea sănătății și prevenirea bolilor și prevede că fiecare regiune pregătește și aprobă propriul plan de prevenire. Obiectivele PNP actuale sunt în concordanță cu macro-zonele identificate și sunt reprezentate de:

- Reducerea morbidității, mortalității și handicapului care pot fi evitate din boli care netransmisibile;
- Prevenirea consecințelor tulburărilor neurosenzoriale;
- Promovarea sănătății mintale la copii, adolescenți și tineri;
- Prevenirea dependenței de substanțe;
- Prevenirea accidentelor de circulație și reducerea gravității rezultatelor acestora;
- Prevenirea accidentelor la domiciliu;
- Prevenirea accidentelor și bolilor profesionale;
- Reducerea expunerilor de mediu potențial dăunătoare;
- Reducerea frecvențelor bolilor infecțioase;
- Consolidarea alimentației și sănătății publice veterinare prin activități de prevenire a siguranței.

Odată ce obiectivele principale sunt identificate la nivel național, este importantă contextualizarea acestor obiective în contextul epidemiologic regional. Mai mult, pentru

⁶⁷http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=1300&area=programmazioneSanitariaLea&menu=lea.

⁶⁸ http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2285_allegato.pdf

a transpune orientările naționale în activități, este necesară adoptarea de acțiuni strategice axate pe medicina bazată pe dovezi și conceptul de calitate a îngrijirii.

Un alt instrument fundamental al politicii și planificării prevenirii în Italia este reprezentat de Planul național de prevenire prin vaccinare⁶⁹. Principiul din spatele planului de vaccinare este standardizarea strategiilor de vaccinare pe întreaga țară, pentru a garanta că populația are acces la beneficiile complete ale vaccinării, destinată ca instrument de prevenire individuală și colectivă, indiferent de reședință, venit și nivel socio-cultural. Strategia italiană de vaccinare face parte din Planul european de acțiune pentru vaccin 2015-2020 și Planul global de acțiune pentru vaccin 2011-2020 implementat de OMS. Din cauza reducerii acoperirii vaccinurilor italiene, Ministerul Sănătății a adoptat, în iulie 2017, o lege pentru creșterea numărului de vaccinări obligatorii de la patru la zece pentru minori până la 16 ani.

După o reducere de peste 10% între 2011 și 2016, Italia raportează a doua cea mai mică rată de mortalitate prevenibilă din UE după Cipru. Nivelurile scăzute ale deceselor prevenibile din Italia pot fi explicate cel puțin parțial prin politici solide de sănătate publică, puse în aplicare în urmă cu aproximativ un deceniu. Interzicerea fumatului la nivel național în locuri publice și la locurile de muncă au fost implementate în 2005 și au fost aplicate creșteri succesive ale prețurilor țigărilor. În 2013, au fost introduse reguli mai stricte privind accesul la tutun în rândul tinerilor: vârsta minimă de cumpărare a fost crescută la 18 ani, amenzile mai mari au fost impuse retailerilor de tutun care vindeau țigări minorilor, sisteme automate de detectare a vârstei au fost instalate în distribuitorii de tutun, o interdicție de fumat a fost extinsă în spațiile exterioare ale școlilor și a fost pusă în aplicare interdicția de vânzare a țigărilor electronice către minori. În plus, în 2016, o nouă lege reglementa combinarea de imagini și avertismente pe pachetele de țigări și a introdus interdicția de fumat în mașini (în prezența femeilor însărcinate și a minorilor) și în spațiile exterioare ale spitalelor. Reducerea remarcabilă a consumului de alcool din ultimele decenii poate fi explicată în mare parte de diverși factori sociodemografici și economici, și mai precis de urbanizare. În plus, politicile de control al alcoolului, precum reglementările privind consumul de băuturi, restricțiile de vânzare în timpul evenimentelor publice în anii 2000 și creșterea limitei de vârstă de cumpărare a alcoolului la 18 ani în 2012, au contribuit la reducerea consumului de alcool. „Câștigarea sănătății: simplificarea alegerilor sănătoase” este un program național de lungă durată, aprobat inițial în 2007 și încă implementat și astăzi în cooperarea cu regiunile și provinciile autonome. Obiectivul său principal este de a aborda, în mod coordonat, patru factori cheie de risc modificabili pentru sănătatea populației de toate vârstele: alimentația slabă, inactivitatea fizică, fumatul și consumul de alcool. Aceste probleme sunt abordate nu numai din perspectiva sectorului sănătății, ci și dintr-o perspectivă socială și de mediu mai largă, prin acțiuni intersectoriale bazate pe principiile „Sănătate în toate politicile”. Bazându-se pe acest program de lungă durată, în februarie 2019, miniștrii Sănătății și Educației au adoptat un nou set de orientări politice pentru promovarea unei nutriții, a unei activități fizice și a altor activități de promovare a sănătății în școli.

Rata internării în spital - pentru boli cronice, cum ar fi astmul, boala pulmonară obstructivă cronică și diabetul - din Italia este printre cele mai scăzute din UE. Aceasta reflectă un sistem puternic de îngrijire primară, în care medicii de familie acționează ca gardieni ai sănătății și un număr tot mai mare de echipe multidisciplinare oferă îngrijiri acute și cronice, precum și servicii preventive pentru întreaga populație.

Cheltuielile cu sănătatea pe cap de locuitor în Italia au fost de 2 483 EUR în 2017, cu aproximativ 15% sub media UE de 2 884 EUR. Cheltuielile pentru sănătate au început să crească din nou în ultimii ani, dar cu un ritm mai lent decât în majoritatea țărilor UE.

⁶⁹ <http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=58185&completo=true>

Ca pondere din economie, cheltuielile pentru sănătate au reprezentat 8,8% din PIB în 2017, cu un punct procent sub media UE de 9,8%. Aproape trei sferturi din cheltuielile pentru sănătate sunt finanțate public, restul plăindu-se în principal prin plăți din buzunar⁷⁰.

OLANDA

Arhitectura instituțională a sănătății publice din Olanda este reglementată prin Legea privind sănătatea publică⁷¹ (2008), pe baza principiului responsabilității statului pentru prevenirea colectivă. Din ce în ce mai mult, responsabilitățile pentru sănătatea publică sunt stabilite la nivelul municipalităților, ceea ce face ca Serviciile Comunitare de Sănătate (CHS) să fie pilonul central al organizării sistemului de sănătate publică olandeză. De la nivel național, municipalitățile și CHS-urile lor sunt susținute de un Institut Național de Sănătate Publică și mai multe institute de promovarea sănătății. Punerea în aplicare a intervențiilor la nivel local este orchestrată de către CHS și necesită cunoștințe ample și abilități organizaționale pentru a colabora cu un număr mare de părți interesate, cum ar fi școlile și asistența medicală primară pentru efecte pozitive asupra factorilor de risc pentru sănătate / factorilor de sănătate. În plus, municipalitățile influențează acei factori de risc pentru sănătate / factorii determinanți de sănătate cu politicile lor locale de sănătate și CHS cu sarcinile lor de sănătate publică, precum îngrijirea sănătății tinerilor, controlul bolilor infecțioase, vaccinarea și promovarea sănătății. Politica actuală este alinierea sănătății publice la vindecare, îngrijire și bunăstare socială pentru prevenire, precum și sănătate și acțiune socială pe binecunoscutele lance ale stilului de viață precum fumatul, consumul dăunător de alcool și excesul de greutate.

Din ce în ce mai mult, responsabilitățile pentru sănătatea publică sunt stabilite la nivelul municipalităților, aproape 400, cu aproximativ 17.000.000 de locuitori în total. Așa cum se spune în Legea privind sănătatea publică, municipalitățile au sarcina de a proteja, monitoriza și promova sănătatea cetățenilor. De aceea, ei trebuie să dezvolte politica locală de sănătate. Din patru în patru ani trebuie să elaboreze un plan de politici de sănătate pentru a demonstra angajamentul, rezultatele, obiectivele și acțiunile lor (paragraful 4). Municipalitățile sunt de drept, Legea privind sănătatea publică (2008), responsabile pentru implementarea mai multor sarcini colective-preventive. Prin urmare, acestea sunt obligate să utilizeze, prin urmare, serviciile unui serviciu comunitar de sănătate inter-municipal (CHS). Istoric, CHS reprezintă un pivot al sistemului de sănătate publică olandez la nivel local, dar a trecut mult timp în secolul trecut până când s-a ajuns la o acoperire națională cu 54 de CHS în 1997. Politica națională a cerut o astfel de acoperire națională și ulterior extinderea la scară în 25 de regiuni. A fost nevoie de peste 400 de municipalități până în 2015 care au ajuns la acest număr, prin comasarea CHS-urilor lor. Aceștia sunt autoritatea de supraveghere a CHS. În afară de municipalități există finanțare din partea Bugetului național și din așa-numitele sarcini ale pieței, de exemplu vaccinarea călătorilor. CHS trebuie să răspundă în fața Consiliului municipal⁷².

Profilul de țară, publicat de Comisia Europeană în 2019⁷³ arată că sistemul de sănătate olandez cuprinde o combinație de asigurări competitive pentru îngrijirile

⁷⁰ https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_it_english.pdf

⁷¹ http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_127977.pdf

⁷² https://www.researchgate.net/publication/301771305_Organization_of_Public_Health_in_the_Netherlands

⁷³ https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_nl_english.pdf

curative, un sistem unic de plătitor pentru îngrijire de lungă durată și sisteme de finanțare fiscală organizate local, în care guvernul joacă un rol puternic. Legislația garantează un acces universal și egal la o îngrijire de calitate, acoperind aproximativ 99,9% din populație. De la mijlocul anilor 2000, sistemul a trăit două reforme majore în asigurarea de îngrijire curativă și îngrijirea de lungă durată.

Prevalența mai mare a factorilor de risc printre grupurile defavorizate social contribuie la inegalități în sănătate și speranța de viață. Politicile care doresc să reducă inegalitățile socioeconomice în materie de sănătate la nivel individual și al populației sunt în agenda Olandei încă din anii '80. Inițiativele recente încearcă să abordeze explicit inegalitățile la nivel local, un exemplu fiind programul național Sănătate în oraș (2014), care face parte din Programul național de prevenire.

În 2011, un document de politică națională („Health Nearby”) a identificat un indice de masă corporal ridicat, fumatul și consumul nociv de alcool drept factorii de risc comportamentali cei mai răspândiți în Olanda și a analizat politicile pentru a combate impactul lor negativ asupra sănătății oamenilor. Programul Național de Prevenire vizează toate aceste domenii și urmărește încetinirea creșterii numărului bolilor cronice, reducând în același timp disparitățile sociale.

Cheltuielile pentru sănătate în Olanda sunt relativ mari. Cheltuielile pe cap de locuitor în 2017 au fost de 3.791 EUR, comparativ cu media UE de 2.884 EUR. Ponderea publică a cheltuielilor totale pentru sănătate (81,5%) este peste media UE, în timp ce cheltuielile din buzunar (11,1%) sunt comparativ scăzute, parțial pentru că un mare sector de asigurări de sănătate voluntară ajută la limitarea acestor cheltuieli. Olandezii cheltuiesc cea mai mare parte din toate țările UE pentru îngrijiri de lungă durată.

Analizând modelul cheltuielilor, Olanda cheltuiește peste media UE în fiecare categorie, în afară de produsele farmaceutice și dispozitivele medicale. Cheltuielile generale ridicate se datorează în primul rând unui sector extins de îngrijire pe termen lung, care absoarbe mai mult decât dublul mediei UE. Cheltuielile pentru produse farmaceutice și dispozitive medicale sunt cu mult sub media UE și reflectă o lungă istorie a controlului prețurilor și volumelor farmaceutice. Olanda are printre cele mai mari cheltuieli pentru prevenire, la 127 EUR per persoană, comparativ cu media de 89 EUR în UE.

În ianuarie 2014, Ministerul Sănătății, Bunăstării și Sportului din Olanda a lansat Programul Național de Prevenire (NPP). Acest program este un efort comun al șase ministere, municipalități, întreprinderi și organizații ale societății civile. NPP acoperă cinci domenii: școală, muncă, mediu de viață, asistență medicală și protecția sănătății. Înglobează o gamă largă de activități în aceste domenii, de la promovarea sănătății și prevenirea bolilor la domiciliu, școală și muncă, precum și prevenirea mai importantă în îngrijirea sănătății, până la menținerea nivelului actual ridicat de protecție a sănătății. Se urmărește reducerea bolilor cronice, prin inversarea tendințelor din șase priorități de sănătate publică (fumatul, abuzul de alcool, diabetul, obezitatea, depresia și activitatea fizică) și stoparea disparităților tot mai mari de sănătate. Programul constă din legi și reglementări, diverse programe de sănătate (finanțate de guvern) și o mișcare socială „Tot despre sănătate” (Alles este Gezondheid / AaH). Programele de sănătate ale NPP sunt finanțate parțial de guvernul olandez. Municipalitățile sunt încurajate să extindă abordările pentru a îmbunătăți sănătatea persoanelor vulnerabile. Școlile sunt încurajate să devină o „Școală sănătoasă”, rezultând astfel rate mai mici de obezitate la copii, mai puțini adolescenți care fumează sau beau și mai mulți tineri care să facă efort fizic. NPP vizează și locul de muncă; garantarea faptului că angajații sunt în formă și rămân sănătoși se poate realiza, de exemplu, prin creșterea gradului de conștientizare a sănătății și securității în muncă. Pentru a menține nivelul ridicat actual de protecție a sănătății și a fi în alertă cu privire la noi riscuri, Planul Național de Prevenire cuprinde, de

asemenea, probleme precum rezistența antimicrobiană, zoonozele (boli ale animalelor care pot infecta și oamenii), modificări ale programului național de imunizare, siguranța alimentelor și leziuni auditive. Pentru a monitoriza progresul și rezultatele Planului Institutul Național de Sănătate și Mediu a dezvoltat un set de treizeci de indicatori de proces, care se concentrează pe progresul programelor de sănătate (inclusiv mediul școlar, locul de muncă, mediul de viață, îngrijirea și protecția sănătății) și focalizarea privind progresul mișcării sociale AaH. Din 2014, indicatorii au fost actualizați de două ori pe an și fiecare actualizare a fost publicată online⁷⁴.

Acordul Național de Prevenire⁷⁵ (2019) este un pas important spre realizarea unei Olande mai sănătoase. În acest Acord național de prevenire, s-a optat pentru o abordare bazată pe trei subiecte precise: fumatul, consumul problematic de alcool și excesul de greutate, deoarece acestea sunt, de departe, cea mai mare cauză a bolii în Olanda, cu 35.000 de decese și 9 miliarde €. cheltuieli pentru sănătate. Cu motive temeinice, în cadrul celor mai recente alegeri, multe partide au insistat asupra unui angajament mai mare pentru prevenire, pentru o Olandă mai sănătoasă și pentru un acord de prevenire cu o largă coaliție de partide sociale și comunitatea de afaceri. Acest Acord de Prevenire a fost ulterior inclus în acordul de coaliție al guvernului și, după discuțiile exploratorii cu mai mult de șaptezeci de părți, negocierile au început pe 20 aprilie 2018. Obiectivul: încheierea unor acorduri obligatorii între ele. Nu este o sarcină ușoară, deoarece interesele diferitelor părți nu sunt adesea aceleași. Dar rezultatul este impresionant: un pachet coerent de măsuri care, împreună, vor contribui la îmbunătățirea sănătății Olandei.

Focalizând Acordul pe temele fumatului, obezității și consumului de alcool, s-a gasit un punct de plecare imediat pentru a ajunge mai eficient la persoane cu venituri structurale scăzute și niveluri scăzute de educație. Acestea sunt aceleași priorități ca cele propuse de Consiliul științific olandez pentru politica guvernamentală (WRR) pentru a maximiza câștigurile de sănătate. Adoptând măsuri pentru creșterea gradului de ocupare a celor mai puțin educați și abordând datoriile problematice, se poate începe o inversare a tendințelor negative. Oamenii vor trăi apoi mai mult, se vor bucura de mai mulți ani de sănătate, vor folosi mai puțin îngrijirile medicale, vor munci mai mult și vor oferi copiilor lor un început mai bun în viață. Câștigurile potențiale de sănătate pentru societate sunt considerabile. Folosind Acordul național de prevenire, guvernele, comunitatea de afaceri și sectoarele de asistență medicală, bunăstare, educație și știință pot asuma aceste provocări prin parteneriate public-private, acorduri obligatorii și adoptarea de inovații. De-a lungul anilor s-au desfășurat diferite tipuri de lucrări diferite pentru a obține o Olanda mai sănătoasă și mai sunt multe de urmărit și de construit, dacă ambițiile stabilite în acord vor fi realizate. De la programul asistenților medicali la domiciliu, care a făcut din Olanda cea mai sănătoasă țară din lume în anii '50, prin programul național de imunizare, care a salvat multe vieți, până la programe guvernamentale actuale, cum ar fi Sănătos în oraș (Gezond in de Stad), Totul este sănătate (Alles este Gezondheid), Școli sănătoase (Gezonde School) și Greutate sănătoasă pentru tineri (Jongeren Op Gezond Gewicht), acorduri de cooperare precum Îngrijire durabilă inovativă și inițiative sociale precum Generația fără fum și Generația sănătoasă: de-a lungul anilor, s-au pus bazele solide pentru dezvoltarea unei noi politici de prevenire comunală. Implementarea Acordului național de prevenire se va baza astfel pe toate aceste realizări.

⁷⁴ <http://eurohealthnet-magazine.eu/monitoring-the-dutch-national-prevention-program/>

⁷⁵ <https://www.government.nl/ministries/ministry-of-health-welfare-and-sport/documents/reports/2019/06/30/the-national-prevention-agreement>

Angajamentele locale de combatere a fumatului, a consumului problematic de alcool și a excesului de greutate vor fi adaptate și vor avea nevoie de o abordare integrată și coerentă, care să vizeze prevenirea orientată către sănătate chiar în contextul local.

Acesta este motivul pentru care Asociația municipalităților olandeze se angajează în acest sens. Aceste municipalități vor acționa în calitate de coordonatori și vor adopta această abordare cu partenerii sociali pe baza unei analize a problemelor de sănătate locale. A avea o astfel de abordare locală înseamnă cele mai mari câștiguri posibile în materie de sănătate. Municipalitățile vor lucra la acest lucru, de exemplu, prin realizarea de parteneriate cu alte agenții pentru crearea unui fond de prevenire. Acolo unde este posibil, acordurile de cooperare existente în domeniile sănătății și asistenței medicale vor fi legate de programele existente. În plus, se vor face legături cu Acordul național pentru sport și îngrijirea regională. Se vor stabili noi acorduri.

Dezvoltările tehnologice oferă o altă oportunitate. Sănătatea electronică, cum ar fi aplicațiile pentru sănătate, oferă date despre comportamentul nostru și poate ajuta oamenii să ducă viața mai sănătoasă. Cu informații din aplicații, oamenii pot înregistra detalii despre mediul personal de sănătate, iar acest lucru le va oferi informații despre datele lor medicale. Este o veste bună că diverse sectoare de top din industrie au decis să ia parte la Acordul național de prevenire. Se poate profita din plin de puterea inovatoare a comunității de afaceri și a instituțiilor de cercetare și academice în următorii ani. Și nu în ultimul rând este poate cea mai importantă oportunitate: societatea pare pregătită pentru asta. Aceasta înseamnă că nu trebuie doar luate măsuri „blânde” prin convingerea oamenilor și oferirea de alegeri ușoare, dar și măsuri „mai grele” care implică ordine și interdicții. Cu această combinație, se pot realiza progrese reale.

Agenda de cunoaștere a prevenției, care este derivată din Agenda științifică națională și din Parcursul de cercetare, prevenire și tratament în domeniul sănătății, arată clar că există, de asemenea, multe întrebări care trebuie răspuns pe tema prevenirii și promovării sănătății. Legarea cercetărilor cu temele fumatului, supraponderalității și consumului de alcool înseamnă că evoluțiile și cunoștințele sociale se pot consolida reciproc.

Programul de prevenire 2019 - 2022, care este condus de Organizația Olandeză pentru Cercetare și Dezvoltare în Sănătate și are un buget de 38 de milioane de euro, include, printre altele, Agenda de cunoștințe și temele din Acordul național de prevenire în domeniul său. Programul - al șaselea de acest gen - se concentrează pe utilizarea cunoștințelor, pe cercetarea eficienței și pe inovație. Pe lângă finanțarea din partea guvernului, cercetarea este plătită și de comunitatea de afaceri și organizațiile sociale, cum ar fi fondurile (sănătate), asigurătorii de sănătate și industriile din sectorul de top.

Problemele complexe necesită adesea o mare varietate de măsuri și abordări. Prevenirea nu face excepție. De la măsuri foarte simple, cum ar fi exerciții în grădina pentru vârstnici, până la cele mai complexe care pot avea un impact structural, există multe posibilități. Poate fi realizată indirect, într-un mod integrat, ajutând oamenii să-și găsească un loc de muncă, de către asigurătorii de sănătate care ajută la restructurarea datoriilor și prin crearea unui mediu mai ecologic (deci mai sănătos). Sau se poate face mai direct, cu reglementări sau programe special destinate tinerilor (cum ar fi Greutatea sănătoasă pentru tineri și Școlile sănătoase) și programe care se concentrează pe factori de ciclu de viață și evenimente de viață. Cheia este o abordare integrată a problemei, cu o strânsă cooperare între guverne, comunitatea de afaceri, organizațiile societății civile și persoanele în cauză - o abordare în care există, de asemenea, loc de învățare, susținută de o cooperare activă cu instituțiile științei și cunoașterii. Acordul național de prevenire conține o gamă largă de măsuri precum acestea. Toate acestea vor duce la un Acord Național de Prevenire eficient care va produce rezultate concrete și va face

Olanda mai sănătoasă. Când acest lucru se va întâmpla, acest acord ambițios, dar realist, va avea un mare succes.

Părțile care participă la unul sau mai multe dintre acordurile parțiale au declarat că se identifică cu conținutul acordului parțial relevant și și-au exprimat angajamentul de a atinge obiectivele formulate. Principiul călăuzitor este acela că ambițiile trebuie urmărite și obiectivele atinse. În acest sens, părțile la prezentul acord național de prevenire vor aplica o serie de reguli fundamentale. Institutul Național pentru Sănătate Publică și Mediu (în consultare cu Statisticii Olanda, Serviciul Municipal de Sănătate, Organizația Intraregională de Asistență Medicală, Pharos, Institutul Trimbos și Biroul Olandez pentru Analiza Politicii Economice) vor raporta anual progresele care sunt realizate în implementarea măsurilor și vor prezenta o serie de indicatori de stil de viață relevanți care se referă la cele trei teme. Institutul Național pentru Sănătate Publică și Mediu va completa raportul de progres la fiecare patru ani cu o prognoză cu privire la fezabilitatea ambițiilor prevăzute pentru 2040. Raportul de progres al Institutului Național pentru Sănătate Publică și Mediu va fi discutat cu părțile participante care au semnat acordul. Se pot adăuga noi măsuri în consultarea părților implicate, dacă se potrivesc viziunii și ambițiilor. Noii parteneri se pot alătura dacă consonează la ambițiile din prezentul acord și sunt dispuși să contribuie la realizarea lor. La urma urmei, prevenirea este o activitate pe termen lung, care necesită eforturi consistente pe parcursul a câtorva ani de multe părți care lucrează în strânsă cooperare. Acesta este motivul pentru care se respectă obiectivele pe termen lung și există flexibilitate în ceea ce privește modalitățile de colaborare pentru atingerea lor. Președinții vor discuta progresul cu secretarul de stat și vor prezenta propuneri de modificări. Secretarul de stat va discuta periodic progresele cu Consiliul consultativ de prevenire, care este prezidat de președintele Consiliului social și economic. Din perspectiva unei reprezentări sociale largi, Grupul consultativ de prevenire reflectă conținutul Acordului de prevenire și procesele pe care le implică, acordând o atenție deosebită problemelor de sănătate care stau la baza și coerenței dintre abordările acestor probleme, care includ cele din munca și din jurul acesteia, domeniul social, datorile și inegalitățile socio-economice de sănătate.

POLONIA

Sistemul de sănătate din Polonia este descris prin două acte de bază. Detaliile privind funcționarea sistemului general de asigurări de sănătate sunt definite prin Legea din 27 august 2004 privind serviciile de asistență medicală finanțate din fonduri publice. Asiguratorul este Fondul Național de Sănătate (NHF). Normele referitoare la activitatea terapeutică în Polonia sunt reglementate prin Legea din 15 aprilie 2011 privind activitatea terapeutică. Actul definește regulile pentru activitatea terapeutică, în special condițiile pe care trebuie să le îndeplinească entitățile care desfășoară activitate terapeutică, precum și categoriile de entități și tipurile de activitate terapeutică. Centrul de monitorizare a calității asistenței medicale oferă acreditare independentă pe baza unui set de standarde publicat. Cerințele de calitate, orientările și standardele naționale sunt elaborate pe baza expertizei independente. Alte scheme includ dezvoltarea unui sistem mai bun de evaluare a serviciilor. Utilizarea evaluării tehnologiei este în creștere, ceea ce duce la contractarea serviciilor bazată pe dovezi. Agenția pentru Evaluarea Tehnologiei Sănătății și Sistemul Tarifar a fost înființată în 2005 ca organism consultativ pentru Ministerul Sănătății. Este responsabilă de pregătirea rapoartelor de evaluare a tehnologiei medicale, de culegere a informațiilor despre rezultatele și metodologiile evaluării

tehnologiei medicale. Sănătatea publică a dobândit un impuls important în 2015. Parlamentul a adoptat legea privind sănătatea publică (din 11 septembrie), care a intrat în vigoare în decembrie 2015. În conformitate cu această legislație, există noi mecanisme de guvernare, coordonare interministerială și finanțare. Legea promovează sănătatea și îmbunătățește activitățile de prevenire a bolilor. Punctul de bază pentru implementarea acestor sarcini este Programul național de sănătate. De asemenea, Ministerul Sănătății a pregătit o hartă regională a nevoilor de asistență medicală a Poloniei pentru a analiza tendințele demografice actuale și proiectate și starea de sănătate a societății. Analiza a fost realizată la nivel regional în ceea ce privește resursele și infrastructura de asistență medicală disponibile, identificând nevoile pentru reforma politicii. Hartile regionale privind nevoile medicale din Polonia sunt create pentru fiecare voievodat și includ proiecții ale nevoilor de asistență medicală ale societății la nivel de județ și voievodat. Aceste documente constituie baza pentru Harta Necesarităților de Sănătate din Polonia, care conține suplimentar analiza asistenței medicale oferite la nivel național (ex.: transplantologie). Prioritățile identificate pentru politica de asistență medicală la nivel regional și Hartile privind nevoile regionale de asistență medicală ale Poloniei ar trebui luate în considerare de Fondul Național de Sănătate la procesul de contractare a furnizorilor de servicii medicale. Acest lucru ar trebui să conducă la o finanțare mai rațională a investițiilor în sănătate și a sistemului de sănătate, să scadă riscul deciziilor strict arbitrare și să crească transparența sistemului⁷⁶.

Observatorul european pentru sisteme și politici de sănătate notează într-o analiză din 2019⁷⁷ că până la adoptarea Legii privind sănătatea publică în 2015, nu a existat un act legislativ unic care să reglementeze în mod cuprinzător serviciile de sănătate publică în Polonia. Reglementările au fost împrăștiate pe o serie de acte care reglementează probleme specifice de sănătate publică, precum controlul consumului de alcool și droguri, controlul și prevenirea bolilor infecțioase, controlul condițiilor igienice și sanitare și acte care stabilesc sarcinile instituțiilor de sănătate publică. Legea privind sănătatea publică își propune să crească recunoașterea importanței sănătății publice, care a fost în mod tradițional scăzută, și să contribuie la o abordare sistematică și multidisciplinară a politicii publice în acest domeniu. Legea a schimbat accentul strategic al Programelor Naționale de Sănătate de la prevenirea bolilor la combaterea factorilor de risc și a alocat (pentru prima dată) finanțare separată pentru punerea în aplicare a acesteia. Din 2017 încoace, Fondul Național de Sănătate a fost obligat să cheltuiască 1,5% din bugetul său total pentru servicii de prevenire. Pentru a explica acest lucru, cheltuielile pentru prevenire au reprezentat 0,2% din bugetul total al Fondului în 2016. Ministrul Sănătății, susținut de Departamentul de Sănătate Publică al Ministerului, este responsabil pentru gestionarea serviciilor de sănătate publică și coordonarea activităților de sănătate publică. Legea a instituit, de asemenea, un Consiliu de Sănătate Publică ca un organism consultativ pentru ministrul Sănătății. Autoritățile locale finanțează programele de politici locale de sănătate și pot decide în mod independent modul de cheltuire a bugetelor lor, în funcție de nevoile locale. Programele de politici locale de sănătate sunt de obicei derulate de furnizorii de servicii de sănătate deținute de autoritățile locale. Principalele excepții sunt programele de control al consumului de alcool și droguri ilicite care sunt puse în aplicare de către entitățile autorităților locale. În 2017, măsurile de control asupra alcoolului au reprezentat cea mai mare parte (68,3%) din cheltuielile de asistență medicală ale municipalităților și a doua cea mai mare parte (25,6%) din cheltuielile de îngrijire a sănătății orașelor cu statut de județ. În ceea ce

⁷⁶ https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip105_en.pdf

⁷⁷ <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325143/18176127-eng.pdf?sequence=1>

privește numărul de programe de politici locale de sănătate, majoritatea (de exemplu, în 2018, 108 din 352 de programe din noiembrie 2018) au fost legate de vaccinări.

Sistemul de sănătate al Poloniei se bazează pe asigurări sociale de sănătate (SHI). Ministerul Sănătății împărtășește guvernanta și responsabilitatea pentru îngrijirile de sănătate cu trei niveluri de guvernare teritorială: municipalitățile (gmina) sunt responsabile de asistența primară, județele (powiat) sunt responsabile pentru (deseori) spitale județene mai mici și raioanele (voievodatele) în general. spitale raionale mai mari. Ministerul Sănătății este fondatorul institutelor naționale de sănătate și are un rol de supraveghere asupra clinicilor universitare medicale. Facilitățile private oferă în principal îngrijiri ambulatorii, în timp ce majoritatea spitalelor sunt publice. Această diversitate de competențe prezintă provocări considerabile pentru coordonarea eficientă a activităților din sistemul de sănătate. Există deja numeroase programe pentru îmbunătățirea coordonării asistenței pentru anumite condiții sau grupuri de populație, cum ar fi bolnavii de cancer, iar noi programe sunt pilotate, de exemplu în domeniul îngrijirii psihiatrice. Coordonarea asistenței la diverși furnizori este stimulată financiar (prin plata pentru performanță) și tratamentul preferențial în procesul de contractare. În 2017, legislația a consolidat coordonarea asistenței primare prin introducerea unor echipe multidisciplinare de asistență primară pentru coordonarea căilor de îngrijire, inclusiv tratament post-spital și reabilitare. Coordonarea îngrijirii va acoperi, de asemenea, activitățile din domeniile promovării și prevenirii sănătății. Acest model este pilotat și, de la sfârșitul anului 2020, va introduce elemente de plată pentru performanță.

La 1.507 EUR de persoană, cheltuielile cu sănătatea sunt reduse în comparație cu alte țări din Europa, iar acest decalaj nu pare să se închidă. În 2017, Polonia a cheltuit 6,5% din PIB-ul său pentru sănătate, comparativ cu o medie de 9,8% în toată UE. Aproape 70% din aceste cheltuieli provin din surse publice, o pondere mai mică decât media pentru UE (79%). Restul este plătit predominant din buzunar de către gospodării, în primul rând pentru medicamente în ambulatoriu. În 2017, peste o treime (34%) din cheltuielile de sănătate au fost destinate pentru îngrijirea pacienților, a treia cea mai mare din UE după Grecia și România. Cheltuielile pentru spitalizări au fost stabile de-a lungul anilor, ceea ce indică faptul că eforturile care vizează transferul gestionării cazurilor mai puțin grave către serviciile ambulatorii (cu mai puține resurse) nu au avut succes. Modificările introduse în cadrul reformei „Rețeaua spitaliceasca” ar trebui să consolideze furnizarea de îngrijiri ambulatorii în secțiile de ambulatoriu spitalicesc. Pe cap de locuitor, cheltuielile atât pentru îngrijire internă, cât și pentru ambulatoriu sunt sub media UE. Cheltuielile pe cap de locuitor pentru îngrijirea de lungă durată sunt, de asemenea, foarte mici și reprezintă 6% din cheltuielile curente (media UE depășește 16%), situând Polonia în primii zece cheltuitori din UE. Cheltuielile pentru promovarea sănătății și prevenirea bolilor sunt reduse: este în concordanță cu media UE atunci când este măsurată ca pondere a cheltuielilor curente de sănătate, dar cheltuielile de îngrijire preventivă pentru fiecare persoană în Polonia se ridică la mai puțin de jumătate din media UE (34 EUR comparativ cu EUR 89). Un audit național al activităților de prevenire între 2012 și 2015 a confirmat în plus că finanțarea prevenirii a fost insuficientă și neadecvată alocată.

Polonia a găzduit un schimb voluntar privind soluționarea deficiențelor critice de forță de muncă în mai 2018. Ministerul Sănătății polonez a găzduit un dialog politic privind soluționarea deficiențelor de forță de muncă din sănătate, optimizând rolurile lucrătorilor din sănătate și implementând politici eficiente de păstrare. Întâlnirea a reunit aproximativ 30 de părți interesate la nivel național la nivel național. Experții naționali au arătat că inițiativele utile s-ar putea concentra pe mixul de abilități pentru construirea de echipe

multidisciplinare de îngrijire primară, capabile să ofere îngrijiri complexe personalizate și să ofere un mix optim de servicii preventive și curative⁷⁸.

PORTUGALIA

În Portugalia, există un drept fundamental la protecția sănătății, specificat în capitolul dedicat drepturilor fundamentale din Constituția Republicii Portugheze⁷⁹. Dreptul la protecția sănătății trebuie să fie garantat: (1) printr-un serviciu de sănătate național universal și general, care, în special în ceea ce privește condițiile economice și sociale ale cetățenilor care îl utilizează, va tinde să fie gratuit; și (2) prin crearea unor condiții economice, sociale, culturale și de mediu care să garanteze în special protecția copiilor, a tinerilor și a vârstnicilor; îmbunătățirea sistematică a condițiilor de viață și de muncă și promovarea formei fizice și a sportului în școli și în rândul populației generale; și dezvoltarea educației pentru sănătate și igienă a publicului și a practicilor sănătoase de viață. Pe lângă cele declarate în Constituția Republicii Portugheze cu privire la dreptul la protecția sănătății, liniile directoare generale privind sectorul sănătății din Portugalia sunt stabilite în Legea de bază nr. 48/90 din 24 august, cu modificările ulterioare (Legea asistenței medicale de bază).

Profilul de țară, publicat de Comisia Europeană în 2019⁸⁰ arată ca Serviciul Național de Sănătate, finanțat din impozite, din Portugalia oferă acoperire universală și o gamă largă de beneficii. Există o partajare a costurilor, cheltuielile din buzunar fiind mai mari în general decât media UE, deși mai mult de jumătate din populație este scutită. În ianuarie 2019, unele municipalități au preluat noi competențe în asistența primară ca prim pas către o mai mare descentralizare. Alte reforme s-au concentrat pe îmbunătățirea accesului la îngrijiri și combaterea deficiențelor în forța de muncă din domeniul sănătății.

Deși cheltuielile s-au redresat de la criza economică, în 2017 Portugalia a cheltuit 2 029 EUR pe cap de locuitor pentru îngrijirea sănătății (9% din PIB), care este cu aproximativ o treime mai mică decât media UE (2 884 EUR). Plățile din buzunar au devenit a doua cea mai mare sursă de venit, ajungând la 27,5% din cheltuielile totale pentru sănătate. Ca parte a eforturilor de consolidare a asistenței primare, guvernul ia măsuri pentru a aduce mai mulți medici generalisti (GP) în sistem, pentru a stimula înregistrările de pacienți la medicii de familie și pentru a da municipalităților un rol mai mare în planificarea și managementul asistenței primare. Ministerul Sănătății concentrează cele mai multe planificări și reglementări la nivel central, în timp ce cele cinci administrații regionale de sănătate gestionează Serviciul Național de Sănătate la nivel local. Serviciul Național de Sănătate coexistă, de asemenea, cu „subsistemele de sănătate” - scheme speciale de asigurări de sănătate care oferă acoperire pentru profesii sau sectoare particulare, fie în sectorul public sau privat (de exemplu, sistemul pentru funcționari publici și, respectiv, sectorul bancar). În ultimul deceniu, sistemul de sănătate portughez a suferit reforme importante.

Cea mai mare pondere a cheltuielilor pentru îngrijirea sănătății în Portugalia este pentru asistența ambulatorie, iar 994 EUR per persoană în 2017, a fost mult peste media UE (858 EUR). În schimb, cheltuielile pentru îngrijirea pacienților (520 EUR) și asistența farmaceutică (382 EUR) au fost considerabil sub mediile UE (835 EUR, respectiv 522 EUR). Aceasta reflectă eforturile concertate făcute în ultimii ani pentru creșterea

⁷⁸ https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_poland_english.pdf

⁷⁹ <https://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>

⁸⁰ https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_pt_english.pdf

eficienței sistemului de sănătate. Portugalia cheltuie, de asemenea, mai puțin decât multe alte țări europene pentru îngrijiri preventive, cu aproximativ 36 EUR de persoană (1,8% din cheltuielile totale pentru sănătate, comparativ cu 3,2% în UE) cheltuiti în 2017.

Portugalia raportează o rată mai mică a mortalității prevenibile decât media UE, cu 140 la 100 000 din populației în 2016, în scădere față de 149 în 2011. Acest rezultat reflectă eforturile guvernului de a îmbunătăți serviciile preventive. În ianuarie 2019, guvernul a descentralizat unele competențe la nivel municipal. Consiliile locale de sănătate sunt de așteptat să joace un rol primordial în definirea politicii locale de sănătate, în elaborarea de programe responsabile de promovare a sănătății și în promovarea cooperării între toate organismele relevante.

Ministerul Sănătății stabilește strategia națională a politicii de sănătate, definind prioritățile de sănătate publică și politici, specificând cadrul de reglementare, definind organigrama sistemului și asigurând managementul general al sistemului de sănătate. "Administrația Centrală a Sistemului de Sănătate" (ACSS) pune în aplicare deciziile Ministerului Sănătății sub supravegherea sa. Coordonează, monitorizează și controlează alocarea și utilizarea resurselor Strategiei Naționale de Sănătate, politicile de resurse umane și gestionarea facilităților de sănătate. ACSS este responsabilă de definirea alocării bugetare pe regiuni și domenii de aprovizionare pentru definirea capacității spitalului și a rețelei de servicii (de exemplu, definirea centrelor de sănătate și a zonelor de colectare a spitalelor și a serviciilor furnizate de diferite spitale) și pentru dezvoltarea procedurilor de contractare în cadrul sectorului. ACSS este, de asemenea, responsabilă pentru definirea țințelor financiare și de activitate și pentru monitorizarea fluxurilor financiare și de activitate din sistem. Împreună cu „Servicos Partilhados do Ministerio da Saúde” (SPMS), este responsabil pentru dezvoltarea sistemelor de informații care susțin monitorizarea, evaluarea și implementarea politicilor în sistem. Există, de asemenea, cinci autorități regionale de sănătate care sunt responsabile de punerea în aplicare a obiectivelor de sănătate publică și de achiziționarea de îngrijiri primare, de specialitate și spitalicești pentru populația respectivă, în cadrul definit de ACSS. Cu toate acestea, procesul de luare a deciziilor rămâne extrem de centralizat (ceea ce poate de fapt a contribuit la implementarea politicilor de conservare a costurilor în ultimii ani).

Planul național de sănătate⁸¹ (2012-2016), care a fost prelungit până în 2020, este un element de bază în definirea politicilor de sănătate în Portugalia și oferă principalele strategii de acțiune în domeniul sănătății publice care urmează să fie implementate în următorii ani. Principalele obiective ale Planului pentru următorii ani sunt scăderea mortalității premature cu 20%, creșterea speranței de viață sănătoasă la 65 de ani cu 30%, reducerea fumatului în populația de peste 15 ani și eliminarea expunerii la fumul de mediu, precum și controlul incidenței și prevalenței obezității la tineri și școlari (fără obiectiv cantitativ atașat). O altă schimbare recentă în ceea ce privește promovarea sănătății a fost încetarea în 2012 a celor patru programe naționale verticale privind HIV / SIDA, boli oncologice, boli cardiovasculare și sănătate mintală, care au fost înlocuite cu programe prioritare de sănătate. Pentru anul 2020, guvernul a stabilit programe prioritare de sănătate în următoarele domenii: boli cronice; alimentație sanatoasă; promovarea activității fizice; prevenirea diabetului; boli cerebrale și cardiovasculare; boli oncologice; afecțiuni respiratorii; boli transmisibile; controlul rezistenței antimicrobiene; și sănătate mintală.

SLOVENIA

⁸¹ <https://pns.dgs.pt/pns-revisao-e-extensao-a-2020/>

În Slovenia, o nouă paradigmă pentru îngrijirea primară se caracterizează printr-o schimbare către integrarea prevenției și coordonării, în locul îngrijirilor acute și cronice. Efectuată de implementarea practicilor modelului de medicină generală și de reformele din Planul național de îngrijire a sănătății din Slovenia (2016-25), strategiile includ integrarea centrelor de promovare a sănătății în centrele de îngrijire primară, începând cu 25 de centre până în 2020 și ulterior să includă toate centrele de asistență medicală primară până în 2025.

În Slovenia, medicii generaliști sunt recunoscuți ca actori importanți în furnizarea serviciilor de sănătate publică. Există, de asemenea, ONG-uri care oferă servicii de sănătate publică specializate în diferite domenii ale sănătății publice. Politica privind asistența medicală primară accentuează acum prevenirea și nu tratamentul, inclusiv depistarea precoce a bolilor, iar asistența primară a devenit un partener în implementarea serviciilor de depistare a cancerului în ultimul deceniu. Stimulentele financiare au facilitat adoptarea unor sarcini suplimentare de prevenire, cum ar fi verificările. Un nou cadru de medicină de familie introdus în 2011 a pus accentul pe prevenirea și monitorizarea celor mai răspândite boli netransmisibile. Un nou model de centre de promovare a sănătății a fost pilotat în trei centre de asistență medicală primară între 2013 și 2016, cu planuri pentru o derulare până în 2020. Slovenia menține nouă instituții regionale de sănătate publică, care au responsabilități pentru coordonarea și furnizarea serviciilor publice de sănătate, în special promovarea sănătății și prevenirea bolilor. Cu o nouă legislație adoptată în 2013, aceștia raportează direct la Institutul Național de Sănătate Publică⁸².

Într-un document de bune practici al Organizației Mondiale a Sănătății⁸³ se arată că Centrele de promovare a sănătății au fost create în 2002 în toate cele 61 de centre de asistență medicală primară din Slovenia. Rolul lor principal a fost să ofere intervenții în stilul de viață împotriva factorilor cheie de risc pentru bolile necomunicabile (NCD) prin combinarea abordărilor populației și individual. Centrele de promovare au integrat activitățile anterior dispersate în centrele de asistență medicală primară, inclusiv asistența medicală comunitară. Între 2013 și 2016, o nouă paradigmă a fost pilotată pentru a asigura integrarea a diferite servicii care vizează grupuri vulnerabile. Noul rol al Centrelor de promovare a sănătății a fost să creeze parteneriate cu părțile interesate cheie, inclusiv serviciile sociale și organizațiile neguvernamentale (ONG-uri), pentru a îmbunătăți sănătatea la nivelul comunității. Au fost create echipe de promovare a sănătății pentru a pregăti strategii și planuri de acțiuni locale, care să răspundă nevoilor diferitelor grupuri de populație și să identifice și să reducă inegalitățile de sănătate. Echipele multidisciplinare din Centrele de promovare au un spectru larg de competențe și abilități pentru a oferi programe de promovare a sănătății și de prevenire a bolilor. Cooperarea intersectorială bazată pe o abordare bazată pe comunitate este de o importanță crucială pentru echitatea în sănătate.

Declanșat de raportul privind inegalitățile în materie de sănătate în Slovenia din 2011 și de o analiză detaliată a sistemului de sănătate realizat în 2015, Parlamentul a adoptat decizia de a aborda mai bine nevoile populațiilor vulnerabile și de a reduce inegalitățile prin consolidarea capacităților Centrelor de asistență medicală primară. Pentru a asigura o abordare bazată pe comunitate, care se concentrează pe factorii determinanți de sănătate, promovarea sănătății și prevenirea bolilor, s-au întreprins demersuri pentru consolidarea Centrelor de promovare a sănătății ca parte integrantă a Centrelor de asistență medicală primară, care să integreze asistența primară și serviciile de sănătate publică și să se angajeze cu alte sectoare și părți interesate.

⁸² http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/383544/hp-series-50-eng.pdf?ua=1

⁸³ http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/377428/hss-ncd-policy-brief-slovenia-eng.pdf?ua=1

Centrele de asistență medicală primară au o lungă tradiție în Slovenia și prezintă primul punct de contact pentru pacienți, cu un bun acces la servicii curative și preventive. Cu o gamă largă de medici care oferă asistență medicală la nivel primar (medici generaliști), pediatri, ginecologi, asistente comunitare, moașe, stomatologi pentru adulți și copii, farmaciști, kinetoterapeuți, psihologi și alți profesioniști din domeniul sănătății), au un rol de gate-keeping în sistemul de sănătate.

În 2002, la câteva luni după ce Slovenia a adoptat programul național de prevenire a bolilor cardiovasculare, Centrele de promovare a sănătății au fost introduse în rețeaua puternică a Centrelor de asistență medicală primară (61 de centre). În practica medicilor generaliști a intrat oferirea de controale preventive și trimiterea pacienților cu risc la Centrele de promovare a sănătății pentru cursuri gratuite de stil de viață sănătoasă. Fondul Național de Asigurări de Sănătate a furnizat finanțare și au fost introduse stimulente financiare pentru practicile de medicină generală care ating valori țintă pentru verificările preventive. În același timp, introducerea Centrelor de promovare a sănătății a reprezentat o oportunitate de a angaja mai mulți asistenți medicali și alți profesioniști de promovare a sănătății și un stimulent pentru managementul Centrelor de asistență medicală primară pentru a-și extinde profilul sarcinii și ofertelor de servicii. O nouă inițiativă de modernizare a Centrelor de promovare existente a început în 2013. Utilizând *Norwegian Funding Mechanism*, a fost pilotat un proiect „Spre o sănătate mai bună și reducerea inegalităților în sănătate” în trei centre de promovare din diferite părți din Slovenia. În cadrul acestui proiect, au fost investiți 2,2 milioane de euro pentru a rezolva creșterea decalajului inegalităților, inclusiv în domeniul sănătății, prin reducerea afecțiunilor cronice legate de stilul de viață. Proiectul-pilot încheiat în 2016 cu planurile de a introduce noul model în cel puțin 25 de Centre de promovare suplimentare până în 2020. Guvernul Sloveniei a alocat 15 milioane de euro suplimentar din fondurile de coeziune ale Uniunii Europene în acest scop.

Planul național de îngrijire a sănătății 2016-2025, care acordă prioritate egalității drepturilor și accesului la servicii de sănătate ca valori fundamentale pentru dezvoltarea sistemului de sănătate din Slovenia, garantează durabilitatea realizărilor. Centrele de Promovare a Sănătății și noul model pentru promovarea sănătății și prevenirea bolilor vor fi sistematic amplasate la toate centrele de asistență medicală primară:

- prin integrarea completă a finanțării în cadrul asigurărilor obligatorii de sănătate, prin creșterea plăților per capita și stimularea performanței serviciilor preventive; și
- prin încorporarea sistematică a activităților de consolidare a capacității dezvoltate în cadrul acestor programe în programele educaționale ale sănătății și ale altor profesioniști.

Următoarea fază va pune accent pe lucrul în comunitate, oferind sprijin inițiativelor și abordărilor locale. Astfel, NIPH, centrele PHC și administrația municipalității vor conduce procesul de creare a unui grup de acțiune locală pentru promovarea sănătății prin utilizarea unei abordări comunitare pentru identificarea nevoilor locale de sănătate și crearea de soluții.

Deși, în termeni absoluți, Slovenia a cheltuit mai puțin pentru prevenire pe cap de locuitor decât media UE (62 EUR, respectiv 89 EUR) în 2017, aceasta a reprezentat 3,0% din cheltuielile totale pentru sănătate, ceea ce este în conformitate cu media UE (3,1%). Cu toate acestea, cheltuielile pentru îngrijirea de lungă durată, care sunt deosebit de importante atunci când se confruntă cu o populație care îmbătrânește rapid, reprezintă în continuare o pondere limitată (9,8%) și reprezintă mai puțin de jumătate din cheltuielile medii ale UE⁸⁴.

⁸⁴ https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_sl_english.pdf

SPANIA

Sistema Nacional de Salud (Sistemul Național de Sănătate – SNS) este un sistem național de sănătate bazat pe principiile universalității, accesului liber, echității și corectitudinii finanțării și este finanțat în principal din taxe. Este organizat pe două niveluri - național și regional - reflectând diviziunea administrativă a țării. Competențele în materie de sănătate sunt transferate către cele 17 Comunități Autonome, la nivel național răspunzând, sub conducerea Consiliului Interteritorial pentru SNS, pentru anumite domenii strategice, precum și pentru coordonarea generală a sistemului de sănătate și a nivelului național monitorizarea performanței sistemului de sănătate. În 2012, a fost emisă o nouă legislație care reglementează condițiile de acoperire, pachetul de beneficii și participarea pacienților la finanțarea SNS. În ciuda constrângerilor bugetare legate de încetinirea creșterii economice, sistemul de sănătate rămâne aproape universal, acoperind 99,1% din populație. Asistența primară rămâne un element de bază al sistemului de sănătate, echipele de asistență medicală primară constituind baza SNS. Asistența primară este asigurată în esență de furnizorii publici, de medicii de familie specializați și de asistenții medicali, care oferă servicii de prevenire copiilor, femeilor și pacienților vârstnici și de îngrijire pentru boli acute și cronice.

Noua legislație s-a concentrat pe sustenabilitatea sistemului de sănătate din 2010. În plus, alte texte legislative majore includ: Legea 42/2010, extinderea prevederilor Legii „anti-tutun” din 2005 (Legea 28/2005); Legea 33/2011 privind sănătatea publică, o dispoziție generală care nu a fost încă dezvoltată pe deplin; și, transpunerea Directivei privind îngrijirea transfrontalieră, cu impact limitat asupra cetățenilor spanioli din 2009.

În contextul dezvoltării locale a Strategiei de promovare și prevenire a sănătății⁸⁵, aprobată în 2013, Consiliul Interteritorial al SNS a aprobat în ianuarie 2015 Ghidul pentru implementarea locală a Strategiei SNS pentru promovarea și prevenirea sănătății⁸⁶ ai cărei piloni principali sunt conducerea municipalităților și acțiunea lor intersectorială. Din 2013, Strategia de Promovare și Prevenire a Sănătății își propune să fie baza pentru Strategia Națională de Sănătate Publică.

Strategiile pentru îmbunătățirea sănătății și prevenirea bolilor se bazează pe eficacitate și cinci abordări importante necesare pentru a obține cele mai bune rezultate: o abordare a ciclului vieții, care utilizează abordări specifice pentru medii specifice, o abordare a populației, o abordare pozitivă și o abordare holistică. Viziunea acestei strategii este de a promova o societate în care indivizii, familiile și comunitățile sunt capabile să își atingă potențialul maxim în ceea ce privește dezvoltarea, sănătatea, bunăstarea și autonomia și unde munca pentru sănătate este asumată ca o sarcină împărtășită de toată lumea. Liniile strategice abordate sunt: consolidarea sănătății publice, coordonarea și guvernarea teritorială, echitatea în sănătate, reorientarea serviciilor de sănătate, intersectorialitatea în sănătate, abilitarea sănătății, medii sănătoase și sigure și participarea și acțiunea comunității. Această strategie este dezvoltată într-un curs de acțiune tridimensional: de către populații, medii și factorul de abordat. În prima etapă, două populații au fost priorizate pentru acțiune: copii (mai mici de 15 ani) și persoanele cu vârsta de 50 de ani și mai mari. În cadrul intervențiilor adresate prevenirii și promovării sănătății, este important să se acționeze într-un mod incluziv. Nu numai că se abordează principalii factori de sănătate / risc și interacțiunile lor împreună, dar și

⁸⁵ <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/ExecutiveSummary.pdf>

⁸⁶ https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Guia_implementacion_local.pdf

diferitele medii de viață ale fiecărei populații. Prin urmare, pentru populația cu vârsta mai mică de 15 ani, au fost identificate medii prioritare de intervenție, pe lângă mediul de sănătate, educația și mediul comunitar. Pentru populația cu vârsta de peste 50 de ani, abordările medicale și comunitare sunt vizate. Factorii abordați în această strategie sunt cei mai importanți în combaterea bolilor cronice: alimentația sănătoasă, activitatea fizică, consumul de tutun și riscul consumului de alcool, pe lângă bunăstarea emoțională și un mediu sigur pentru prevenirea rănilor neintenționate. În prima etapă a acestei strategii, obiectivele specifice sunt:

1. Încurajarea stilurilor de viață sănătoase, precum și a mediilor și comportamentelor sigure între copii, prin coordonarea intervențiilor holistice în domeniile de sănătate, familie, comunitate și educație.

2. Încurajarea stilurilor de viață sănătoase în timpul sarcinii și alăptării.

3. Încurajarea bunăstării emoționale în rândul copiilor.

4. Încurajarea îmbătrânirii active și sănătoase a populației în vârstă de peste 50 de ani, prin integrarea cuprinzătoare a stilurilor de viață sănătoase și a comportamentelor sigure.

5. Prevenirea deficienței funcționale și promovarea sănătății și bunăstării emoționale a populației cu vârsta de peste 70 de ani, favorizând coordonarea intervențiilor cuprinzătoare în asistența medicală, serviciile sociale și domeniile comunitare.

Intervențiile sunt:

- Consiliere cuprinzătoare despre stilurile de viață în asistența medicală primară, legate de resursele comunitare din grupa de vârstă a copiilor

- Consiliere cuprinzătoare despre stilurile de viață în asistența medicală primară legată de resursele comunitare din grupa de vârstă peste 50 de ani.

- Depistarea fragilității și atenția multi-factor pentru vârstnici, ceea ce va duce la planuri de intervenție preventivă și monitorizare individualizată, în conformitate cu planurile de acțiune ale Parteneriatului european pentru inovație pentru îmbătrânire activă și sănătoasă (EIP-AHA). Intervențiile medicale primare vor fi consolidate, precum și promovarea sănătății; aceste intervenții în asistența medicală primară vor fi consolidate la nivel global. Intervențiile comunitare și coordonarea acestora în diferite medii (asistență medicală, socială, educație și comunitate) vor fi încurajate, întotdeauna pe baza principiilor directe de integritate, dovezi științifice, coeziune, participare, evaluare, sănătate în toate politicile și echitatea.

Pe parcursul procesului de implementare eficientă a Strategiei, acestea sunt principalele linii de acțiune în desfășurare:

- Dezvoltarea operațională a intervențiilor cuprinzătoare care vor intra în detaliu în aspectele comune și replicabile legate de cele mai bune practici identificate pentru a le va ușura globalizarea și va promova o coordonare eficientă între structurile de sănătate publică și asistență medicală primară pentru a asigura echitatea în implementarea lor

- Elaborarea unui plan de formare profesională axat pe metodologia schimbării și educarea stilurilor de viață sănătoase, care includ consiliere scurtă, educație intensivă individuală / de grup și educație comunitară. Activitățile de consolidare a capacității se vor baza fundamental pe metodologia on-line.

- Instruirea populației prin proiectarea unei platforme web legate de stiluri de viață sănătoase.

- Crearea de parteneriate, care includ un Plan de dezvoltare locală pentru care s-au pus deja în aplicare lucrări bilaterale. Unul dintre elementele cheie ale acestui Plan va fi crearea de hărți on-line care să adune resurse comunitare pentru prevenirea și promovarea sănătății la nivel local.

În legătură cu munca comună în mediul educațional, scopul este de a consolida intervențiile în mod armonizat în două domenii specifice: activitatea fizică și alimentația sănătoasă, sănătatea și bunăstarea emoțională. Acesta include, de asemenea, colaborarea cu sectoarele sportive în două linii de acțiune: dezvoltarea operațională a programelor de formare a activității fizice pentru sănătate, destinate profesioniștilor din domeniul sănătății, educației și comunității; și sprijin pentru toate acele intervenții din strategie folosind activitatea fizică ca instrument de îmbunătățire a sănătății. Această acțiune între sectoare permite consolidarea sănătății publice și principiul director „sănătate în toate politicile”⁸⁷.

Îngrijirea primară rămâne un aspect central al sistemului de sănătate spaniol. Medicii generaliști și asistenții medicali oferă îngrijiri pentru boli acute și cronice întregii populații și oferă, de asemenea, servicii specifice de prevenire și promovare a sănătății care vizează copiii, femeile și persoanele în vârstă. Medicii generaliști au rol de gatekeepers către îngrijiri mai specializate și joacă un rol crucial în continuitatea îngrijirii între nivelurile primare și secundare. Îngrijirea secundară are forma de îngrijire specializată în ambulatoriu, îngrijire internă, îngrijire de zi sau îngrijire de urgență. Toți profesioniștii din domeniul sănătății din sistemul național de sănătate sunt salariați.

Un nou cadru strategic pentru îngrijirea primară și comunitară a fost adoptat în aprilie 2019, incluzând un set de obiective ambițioase, însă bugetul pentru sprijinirea implementării nu a fost încă alocat.

Cheltuielile cu sănătatea pe cap de locuitor în 2017 au ajuns la 2 371 EUR (ajustate pentru puterea de cumpărare), cu peste 15% sub media UE de 2 884 EUR. În urma crizei economice din 2009, cheltuielile pentru sănătate au rămas plane sau chiar au scăzut în câțiva ani, dar au început să crească din nou din 2014. Cheltuielile cu sănătatea au reprezentat 8,9% din PIB în 2017, sub media UE de 9,8%. Asistența primară rămâne un element central al sistemului de sănătate spaniol. Îmbătrânirea populației și încărcarea din ce în ce mai mare a condițiilor cronice pun cereri suplimentare pentru îngrijirea primară. În ciuda acestei presiuni crescânde, cheltuielile publice pentru spitale reprezintă o pondere din ce în ce mai mare din cheltuielile publice, în timp ce cota alocată asistenței primare stagnează, potrivit Comisiei Europene.. Ca răspuns la provocările cu care se confruntă sistemul de îngrijiri primare, în aprilie 2019 a fost adoptat un nou cadru strategic pentru îngrijirea primară și comunitară. Unele comunități autonome au implementat reforme structurale și organizaționale în ultimii ani pentru a consolida îngrijirea integrată. De exemplu, Țara Bascilor a dezvoltat noi organisme administrative (cunoscute sub denumirea de organizații integrate de asistență medicală), constând în spitale colaboratoare și centre de asistență primară. În Andaluzia, 14 zone de gestionare a asistenței medicale (care acoperă o parte din teritoriu) gestionează în comun atât serviciile de îngrijire primară, cât și cele de spital. În Catalonia, zonele de integrare a asistenței medicale urmăresc să ofere îngrijire cuprinzătoare întregii populații dintr-un anumit teritoriu

Spania primește fonduri considerabile pentru modernizarea sistemului său de sănătate prin intermediul Fondurilor structurale și de investiții ale UE. În perioada 2014-2020, Spania va primi puțin peste 500 de milioane de euro pentru a investi în sistemul său de sănătate. Cea mai mare parte a acestei finanțări este alocată dezvoltării de sănătate electronică (257 milioane EUR), infrastructurii de sănătate (177 milioane EUR) și îmbunătățirii accesului la servicii de sănătate și servicii sociale (67 milioane EUR)⁸⁸.

⁸⁷ http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/378620/hit-spain-eng.pdf?ua=1

⁸⁸ https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_es_english.pdf

Organizația Mondială a Sănătății analizează într-un document un exemplu de bună practică a sistemului din Catalonia⁸⁹, care propune echipe de îngrijire primară multiprofil. Echipele multiprofil oferă servicii de asistență medicală primară în Spania. Acest model de îngrijire a fost conceput în Legea privind reforma medicală primară din 1985, care a fost inspirată de principiile Declarației OMS de Alma-Ata. Implementată și operaționalizată în comunitățile autonome în diferite etape, reforma urmărește să crească capacitatea receptivă a serviciilor de îngrijire primară, să asigure un acces egal și să îmbunătățească eficiența întregului sistem de sănătate prin extinderea sferei de servicii furnizate de noile echipe multidisciplinare. În Catalonia, o nouă generație de medici de familie - instruiți recent în noua specialitate medicală de medicină de familie și comunitară înființată în 1978 - a fost pionieră în procesul de reformă cu sprijinul Societății Științifice Catalane de Medicină de Familie. Deși beneficiile noului model au depășit costurile sale, finalizarea procesului de reformă a durat 22 de ani. Din 1985, noi modele de îngrijiri primare au apărut valorificând rolul asistenților medicali și a sistemelor informaționale, precum și îmbunătățirea integrării cu spitalele comunitare și alți furnizori de servicii de sănătate.

Echipele de îngrijire primară servesc o zonă de sănătate de bază, o nouă distribuție geografică bazată pe oameni. Aceste bazine demografice au ajutat la implementarea reformei de îngrijire primară, punând accentul pe orientarea comunității și răspunderea asistenței primare pentru populațiile desemnate. O zonă medie de sănătate de bază acoperă aproximativ 20 000 de persoane. Fiecare cetățean este repartizat automat într-o echipă de asistență primară, cu un medic de familie și o asistentă medicală ca profesioniști referenți. Alegerea cetățenilor a evoluat de-a lungul timpului, permițând pacienților să își schimbe medicul și asistenta medicală cel puțin o dată pe an. Echipele de îngrijire primară sunt formate din medici de familie, pediatri, medici stomatologi, asistenți medicali primari, asistenți medicali, asistenți sociali și personal administrativ din domeniul sănătății pentru a servi în colaborare o zonă de sănătate de bază. O echipă de îngrijire primară cuprinde:

- un medic de familie și o asistentă medicală (1: 2000 adulți);
- asistent pediatru și asistent pediatric (1: 1500 copii sub 14 ani);
- medic stomatolog (1: 15000 persoane);
- asistent social (1 pe echipă); și
- asistenți medicali și personal administrativ de sănătate.

Munca în echipă este favorizată prin partajarea îngrijirii între medici și asistenți medicali și prin rezervarea unei ore pe zi pentru activitățile echipei, cum ar fi sesiunile clinice, de formare sau coordonare. Membrii echipei împărtășesc roluri și responsabilități, unde asistenții medicali au un rol cheie în prevenirea bolilor, promovarea sănătății și educația pentru sănătate. În aceste echipe de pionierat, asistenții medicali reprezintă primul punct de îngrijire pentru situații de urgență care rezolvă peste 70% din cazurile acute și extind capacitatea oferită de noua specializare în asistență medicală de familie și comunitară.

Noua specializare în medicină de familie și rolul asistenților medicali au contribuit la extinderea sferei serviciilor către o abordare preventivă. Comprehensibilitatea și capacitatea de reacție au crescut semnificativ în ultimele decenii, odată cu adoptarea tehnicilor și tehnologiilor, care odată au fost efectuate doar la nivel de spital. CatSalut este responsabil de contractarea echipelor de servicii de sănătate și de asistență primară bazate pe cap de locuitor, care a evoluat, adaptându-se de la variabilele demografice, socioeconomice și geografice la un indice de morbiditate și echitate care vizează redistribuirea resurselor, reducerea inegalităților de sănătate și recunoaște complexitatea

⁸⁹ http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0009/366498/HSS-NCDs-Policy-brief-cat.pdf?ua=1

îngrijirii măsurată cu un instrument de stratificare a riscului pentru sănătate, care cântărește 30% din totalul finanțării pe cap de locuitor. Dezvoltarea echipelor multiprofil de asistență primară a îmbunătățit progresiv satisfacția, calitatea și eficiența serviciilor de îngrijiri primare din Catalunya. Din 2003 până în 2015, scorurile de satisfacție și încredere la nivel global au crescut constant, cu note remarcabile, respectiv 7,94 din 10 și 88,9%. Atât pacienții, cât și medicii percep pozitiv continuitatea și coordonarea asistenței dintre asistența primară și cea secundară în ceea ce privește transferul de informații, consecvența și accesibilitatea la îngrijirile secundare în urma unei sesizări. Activitățile preventive și un management adecvat al pacienților cronici favorizează calitatea asistenței medicale atunci când profesioniștii din asistența primară lucrează eficient în echipe.

SUEDIA

Suedia este împărțită în 290 de municipalități și 21 de comitate. Asistența medicală suedeză este descentralizată - responsabilitatea revine comitatelor și, în unele cazuri, consiliilor locale sau guvernelor municipale. Aceasta este reglementată de Legea sănătății și a serviciilor medicale. Rolul guvernului central este să stabilească principii și orientări și să stabilească agenda politică pentru sănătate și îngrijiri medicale. Politica suedeză prevede că fiecare comitat trebuie să ofere rezidenților servicii de sănătate și îngrijiri medicale de bună calitate și să lucreze pentru a promova o sănătate bună pentru întreaga populație. Începând cu anul 2019, comitatele acoperă și costurile de îngrijire stomatologică pentru rezidenții locali până la vârsta de 23 de ani. Îngrijirea stomatologică începând cu vârsta de 24 de ani este subvenționată de stat. Municipalitățile din Suedia sunt responsabile pentru îngrijirea acasă a persoanelor în vârstă sau în spații de cazare speciale. Atribuțiile lor includ, de asemenea, îngrijirea persoanelor cu dizabilități fizice sau tulburări psihologice și furnizarea de sprijin și servicii pentru persoanele eliberate din îngrijirea spitalului, precum și pentru asistența medicală școlară. Agenția de Sănătate Publică din Suedia are responsabilitatea națională pentru problemele de sănătate publică și lucrează pentru a asigura o bună sănătate publică. De asemenea, agenția lucrează pentru a asigura protejarea populației împotriva bolilor transmisibile și a altor amenințări pentru sănătate.

În 2016, Suedia a adoptat o strategie globală pentru alcool, stupefiante, dopaj și tutun pentru anii 2016-2020. Bazându-se pe strategia anterioară pentru 2011-2015, obiectivul general al noii strategii este o societate lipsită de droguri ilicite, cu un prejudiciu redus de alcool și consum redus de tutun. În cadrul emiterii Stării de sănătate din ciclul UE, Ministerul suedez al sănătății și afacerilor sociale și Consiliul național pentru sănătate și bunăstare au găzduit un seminar pentru a discuta despre revitalizarea promovării și prevenirii sănătății în sistemul de sănătate suedez la Stockholm în iunie 2018. Principalul său obiectiv a fost mobilizarea actorilor suedezi din domeniul sănătății pentru a pune accentul pe reînnoirea promovării și prevenirii sănătății. Schimbul voluntar a reunit aproximativ 70 de decidenți, părți interesate și experți din Suedia, precum și din Belgia, Franța, Irlanda și Regatul Unit. OCDE și Observatorul european privind sistemele și politicile de sănătate au facilitat discuțiile. Seminarul a identificat câteva etape practice următoare pentru a depăși unele dintre principalele bariere în acțiune și pentru a permite un angajament mai mare pentru promovarea și prevenirea sănătății. Societatea suedeză de medicină a subliniat importanța punerii mai mult pe promovarea sănătății în programele de educație și formare medicală. Pentru mai multe boli transmisibile sau

cronice, internarea la spital poate fi evitată prin prevenirea bine organizată și asistența primară.

Suedia a alocat 11,0% din PIB-ul său pentru cheltuielile cu sănătatea în 2017, a treia pondere cea mai mare dintre țările UE și cu mult peste media UE de 9,8%. Suedia are, de asemenea, cea de-a treia cea mai mare cheltuială în materie de sănătate pe persoană dintre țările UE, la 3 872 EUR în 2017 (ajustată pentru diferențele de putere de cumpărare). Cea mai mare categorie de cheltuieli pentru sănătate în Suedia este asistența ambulatorie (inclusiv îngrijirea la domiciliu), care a reprezentat puțin peste o treime (34%) din totalul cheltuielilor de sănătate în 2017. Cheltuielile pentru îngrijirea de lungă durată au reprezentat puțin mai mult de un sfert (27%) din totalul cheltuielilor pentru sănătate, care este de peste două ori mai mare decât media UE. Îngrijirile pentru pacienți (de obicei furnizate în spitale) au reprezentat 22% din totalul cheltuielilor de sănătate, o pondere mai mică decât acum un deceniu și mai mică decât media actuală a UE (aproape de 30%). Aproximativ 3% din cheltuielile pentru sănătate sunt alocate programelor de prevenire⁹⁰.

ANGLIA

Îngrijirea medicală în Regatul Unit este oferită prin Serviciul Public de Sănătate (NHS).

Aceasta cuprinde două părți:

- Îngrijire medicală primară - tratamentul de bază, oferit de către un medic local, un medic de familie sau un farmacist
- Îngrijire medicală secundară - tratamentul de specialitate, oferit în spitale.

În momentul lansării, Sistemul Național de Sănătate sau NHS s-a bazat pe trei principii fundamentale:

- 1. Oferirea serviciilor medicale în mod nediscriminatoriu
- 2. Oferirea de servicii medicale se bazează pe nevoia și nu pe abilitatea de plată a asiguratului
- 3. Întotdeauna pune accent pe nevoile pacienților

Aceste trei principii de bază au condus la dezvoltarea Sistemului Național de Sănătate, care în prezent gestionează un număr de peste 64,6 milioane de pacienți.

Începând cu anul 2011, Sistemul Național de Sănătate al Angliei sau NHS are la bază un număr de șapte principii fundamentale după care își ghidează drumul spre o dezvoltare progresivă și sigură.

1. NHS oferă servicii medicale în mod nediscriminatoriu (se aplică indiferent de sex, rasă, handicap, vârstă, orientare sexuală, religie, credință, starea civilă).
2. Oferirea de servicii medicale se bazează pe nevoia și nu pe abilitatea de plată a asiguratului
3. NHS aspiră la cele mai înalte standarde de excelență și profesionalism în furnizarea serviciilor medicale de înaltă calitate, în management, dezvoltare și educație.
4. NHS trebuie să reflecte necesarul și preferințele pacienților
5. NHS funcționează și peste limitele organizaționale, având parteneriate și cu alte organizații, în interesul pacienților și comunității.
6. NHS se angajează să gestioneze eficient și să ofere cea mai bună valoare resurselor financiare provenite de la contribuabili.

⁹⁰ https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_sv_english.pdf

7. NHS este un serviciu național finanțat prin impozitarea națională fiind răspunzător față de public, comunitate și pacienții pe care îi servește.

Cadrul actual de strategie din Anglia este determinat de Cartea albă din 2010 „Vieți sănătoase, oameni sănătoși: strategia noastră pentru sănătatea publică în Anglia”, care subliniază rolul guvernelor locale și al comunităților în protejarea sănătății populației, adoptând o abordare a ciclului de viață care presupune reducerea inegalităților de sănătate și îmbunătățirea sănătății populației.

În Anglia, Consiliile de sănătate și bunăstare au fost stabilite prin Health and Social Care Act 2012, ca mijloc de coordonare a serviciilor de prevenire și curative. Consiliile de administrație sunt instituite de autoritățile locale și includ reprezentanți ai Serviciului Național de Sănătate, instituțiilor de sănătate publică, îngrijirilor sociale și copiilor. Prin Legea din 2012 privind sănătatea și asistența socială, coordonarea, planificarea și punerea în funcțiune a serviciilor publice de sănătate au fost delegate autorităților locale, în principal pentru că nu mai exista un loc pentru sănătatea publică în legislația menită să extindă piața concurențială pentru îngrijirea sănătății. Cei care doresc să justifice această decizie au susținut că ar putea spori colaborarea și parteneriatele intersectoriale. În acest scop, autoritățile locale au fost obligate să înființeze Consilii de sănătate și bunăstare cu scopul de a reuni Serviciul Național de Sănătate, sănătatea publică, servicii de îngrijire socială pentru adulți și servicii pentru copii, pentru a planifica modalitățile cele mai bune de a răspunde nevoilor populației locale și pentru a face față inegalităților locale în domeniul sănătății⁹¹.

Guvernul a publicat o Carte verde a prevenției care stabilește modul în care intenționează să încorporeze principiul „prevenirea este mai bună decât vindecarea” în întreaga societate. Cartea verde „Avansarea sănătății noastre: prevenirea în anii 2020”⁹² oferă următoarea oportunitate de a galvaniza în continuare o mutare a atenției de la vindecare la prevenire. Timp de zeci de ani Guvernul și NHS au acordat prioritate îngrijirii noastre atunci când suntem bolnavi. Această Carte verde înseamnă o schimbare de la a considera cât de important este cât timp trăiesc oamenii, la o măsură și mai importantă cum este: cât timp trăiesc oamenii în sănătate bună. Prevenirea trebuie să fie în fruntea tuturor politicilor naționale și locale, structurată în planuri pentru toate, de la sănătate și îngrijire socială la planificare urbană, locuințe și transporturi.

“Prevenirea este mai bună decât vindecarea: viziunea noastră de a vă ajuta să trăiți bine mai mult timp”⁹³. Acest document stabilește viziunea guvernului de a pune prevenirea în centrul sănătății națiunii. Documentul prezintă viziunea guvernului pentru:

- oprirea problemelor de sănătate să apară în primul rând
- sprijinirea oamenilor pentru a-și gestiona problemele de sănătate atunci când apar

Obiectivul este de a îmbunătăți speranța de viață sănătoasă cu cel puțin 5 ani în plus, până în 2035 și de a închide decalajul dintre cei mai bogați și cei mai săraci.

Serviciul național de sănătate (NHS) a fost fondat în 1948 în locul fricii - teama că mulți oameni nu au putut să-și permită îngrijirea pentru ei înșiși și familiile lor. Și a fost fondat într-un spirit de optimism - într-un moment de mare incertitudine, care a venit la scurt timp după sacrificiile războiului. În maximum său, serviciul național de sănătate este expresia practică a unui angajament comun al britanicilor. Dar, pe măsură ce medicina

⁹¹ http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/383544/hp-series-50-eng.pdf?ua=1

⁹² https://www.gov.uk/government/consultations/advancing-our-health-prevention-in-the-2020s/advancing-our-health-prevention-in-the-2020s-consultation-document?_cldee=Y2hhcmxpZS5jYW1wYmVsEBhYmkub3JnLnVr&recipientid=contact-c4fcaa02ad24e51194290050569a433f-9d9d1b1fb8a494da78ed566e1d081f8&esid=28028fe4-19ac-e911-80eb-000d3a290f8f

⁹³ https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/753688/Prevention_is_better_than_cure_5-11.pdf

avansează, nevoile de sănătate se schimbă, iar societatea se dezvoltă, Serviciul de Sănătate trebuie să avanseze continuu. *Planul pe termen lung*⁹⁴ al NHS arată cum se va face acest lucru.

O acțiune mai largă de prevenire va ajuta oamenii să rămână sănătoși. Acțiunea NHS este o completare a rolului important al indivizilor, al comunităților, al guvernului și al întreprinderilor în formarea sănătății nației. Majoritatea contactelor medicale inițiale cu NHS apar atunci când un pacient apelează la NHS 111 sau 999 sau își vizitează farmacistul, cabinetul de medicină generală, A&E sau Centrul de tratament urgent (UTC). În acel moment, răspunsul NHS intră în acțiune. Dar, din ce în ce mai mult, se dorește trecerea la „managementul sănătății populației”, folosind prevenirea predictivă (legată de noi oportunități de screening personalizat, depistarea cazurilor și diagnosticul precoce) pentru a sprijini mai bine oamenii să rămână sănătoși și să evite complicațiile bolii. De asemenea, se urmărește o oferta mai diferențiată de sprijin pentru indivizi. Acest lucru este necesar dacă NHS va face progrese suplimentare în domeniul prevenirii, al reducerii inegalităților și al receptivității la diversele persoane care utilizează și finanțează serviciile de sănătate. Preferințele individuale privind tipul și locația îngrijirii diferă destul de mult. Cu sprijinul adecvat, oamenii de toate vârstele pot și doresc să preia mai mult controlul modului în care își gestionează bunăstarea fizică și mentală. Nu există nicio contradicție între acțiunea colectivă mai largă asupra factorilor determinanți de sănătate și recunoașterea faptului că diferite persoane vor beneficia diferit de prevenirea adaptată. Într-adevăr, serviciile statutare unice se potrivesc de multe ori cu persoanele cele mai nevoiașe, ceea ce duce la inegalități în acces și în rezultat.

În conformitate cu media UE, serviciile de sănătate sunt finanțate preponderent din impozitarea generală, iar în 2017, 78,8% din cheltuielile totale pentru sănătate provin din surse publice. Asigurările de sănătate voluntare joacă un rol marginal, suplimentar în sistem (3,1% din cheltuielile totale pentru sănătate), iar cheltuielile din buzunar sunt scăzute (16%) în comparație cu majoritatea celorlalte țări ale UE. Protecția financiară este mai puternică în Regatul Unit decât în multe alte țări ale UE, deoarece majoritatea serviciilor Sistemului National de Sanatate sunt gratuite la punctul de utilizare pentru rezidenții legali. Taxele fixe se aplică îngrijirii stomatologice și medicamentelor eliberate pe bază de rețetă, deși sunt scutite mai multe grupuri (cum ar fi copii, femei însărcinate, persoane cu venituri mici și altele). Cele mai multe cheltuieli pentru servicii de sănătate sunt destinate îngrijirii în ambulatoriu (31%), dar aceasta este urmată îndeaproape de serviciile de internare (29%), ambele comparabile cu mediile UE. Per persoană, cheltuielile farmaceutice se situează sub media la nivelul întregii UE, deoarece o pondere mai mare a cheltuielilor farmaceutice este pentru generice, în timp ce se cheltuiește mult mai mult pentru servicii preventive decât în alte țări (165 EUR sau peste 5% din cheltuielile pentru sănătate în 2017, comparativ cu 3% în țările UE).

Deși reducerile la bugetele administrațiilor locale au avut un impact negativ asupra finanțării sănătății publice în Anglia, cheltuielile globale pentru serviciile de prevenire în Regatul Unit sunt cele mai mari din UE ca proporție din cheltuielile totale pentru sănătate. Au fost necesare eforturi suplimentare pentru a încerca să îndeplinească obiectivele recomandate de OMS pentru vaccinare - 95% pentru vaccinările copiilor și 75% pentru vaccinurile antigripale pentru persoanele în vârstă⁹⁵.

⁹⁴ <https://www.longtermplan.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/08/nhs-long-term-plan-version-1.2.pdf>

⁹⁵ https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_uk_english.pdf