

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

SISTEME DE SĂNĂTATE ÎN UNELE STATE MEMBRE UE
CU PRECĂDERE DIN SPAȚIUL EX-COMUNIST

APRILIE 2021

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	7
BULGARIA	7
CEHIA	10
LETONIA	16
LITUANIA	22
POLONIA	27
SLOVACIA	31
SLOVENIA	34
UNGARIA	38

I. Considerații generale

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. Politicile și acțiunile UE în materie de sănătate publică vizează:

- protejarea și îmbunătățirea sănătății cetățenilor UE;
- furnizarea de sprijin pentru modernizarea infrastructurii de sănătate;
- îmbunătățirea eficienței sistemelor de sănătate.

Aspectele sanitare strategice sunt discutate în cadrul unui grup de lucru la nivel înalt privind sănătatea publică, format din reprezentanți ai autorităților naționale și ai Comisiei Europene. Instituțiile UE, țările membre, autoritățile locale și regionale și alte grupuri de interes contribuie la punerea în aplicare a strategiei UE în domeniul sănătății.

Rolul Comisiei Europene este de a sprijini eforturile depuse de statele membre pentru a proteja și îmbunătăți sănătatea cetățenilor lor și pentru a asigura accesibilitatea, eficacitatea și reziliența sistemelor lor de sănătate. Acest lucru se realizează prin diverse mijloace, cum ar fi:

- formularea de propuneri legislative;
- furnizarea de sprijin financiar;
- coordonarea și facilitarea schimbului de bune practici între țările UE și experți din domeniul sănătății;
- organizarea de activități de promovare a sănătății.

Sistemele de sănătate trebuie să fie accesibile, eficace și capabile să se adapteze la schimbări și provocări viitoare. Toate se confruntă cu aceleași presiuni care le obligă să evolueze, să se modernizeze și să se adapteze la un mediu în continuă schimbare, ceea ce poate avea un efect negativ asupra cheltuielilor de sănătate. Aceste presiuni asupra cheltuielilor pot fi rezultatul a diverși factori, printre care:

- o schimbările demografice (îmbătrânirea populației);
- o modificările epidemiologice (impactul crescut al bolilor cronice);
- o noile tehnologii (și interoperabilitatea și standardizarea pe care le implică);
- o responsabilizarea pacienților;
- o penuria de forță de muncă;
- o repartizarea inegală a personalului medical;
- o inegalitățile în materie de sănătate.

Politica UE în domeniul sănătății urmărește să promoveze o stare bună de sănătate, să protejeze cetățenii de amenințările la adresa sănătății și să sprijine sisteme de sănătate dinamice. Aceasta este pusă în aplicare în principal prin programele de acțiune ale UE, în prezent cel de-al treilea program de sănătate (2014-2020). Printre provocări se numără abordarea nevoilor în materie de sănătate ale populației în curs de îmbătrânire și reducerea incidenței bolilor cronice care pot fi prevenite. Începând cu 2014, s-au înregistrat progrese în mai multe domenii, inclusiv în ceea ce privește rezistența la antimicrobiene, obezitatea infantilă, sistemele sanitare, dispozitivele medicale și vaccinarea.

În 2014, strategia UE privind sistemele de sănătate a fost lansată pentru a elabora acțiuni coordonate la nivelul UE cu scopul de a îmbunătăți eficacitatea, accesibilitatea și capacitatea de adaptare a acestor sisteme.

Politica de sănătate a UE se concentrează pe obiective strategice, inclusiv:

- pe promovarea unei stări bune de sănătate: pentru a preveni bolile și a promova un stil de viață sănătos prin abordarea unor factori de risc, cum ar fi fumatul, consumul de alcool, regimul alimentar nesănătos și lipsa de activitate fizică, precum și efectele nocive asupra sănătății ale consumului de droguri și riscurile legate de mediu, acordându-se o atenție deosebită menținerii unei stări bune de sănătate a persoanelor în vârstă;
- pe protejarea cetățenilor împotriva amenințărilor transfrontaliere grave la adresa sănătății: pentru a ameliora supravegherea și pregătirea pentru epidemii și bioterorism și pentru a crește capacitatea de a răspunde noilor provocări din domeniul sănătății;
- pe sprijinirea unor sisteme sanitare dinamice: pentru a contribui la sisteme de sănătate inovatoare, eficiente și durabile și pentru a sprijini sistemele de sănătate ale statelor membre să răspundă provocărilor reprezentate de îmbătrânirea populației, de creșterea așteptărilor cetățenilor și de libera circulație a pacienților și a cadrelor medicale, inclusiv prin dezvoltarea de noi instrumente, cum ar fi evaluarea tehnologiilor medicale;
- pe facilitarea accesului cetățenilor UE la o asistență medicală mai bună și mai sigură: pentru a sprijini crearea unor rețele europene de referință, care cooperează la nivel transfrontalier în scopul combaterii bolilor rare, și adoptarea unor măsuri privind, de exemplu, siguranța pacienților și prevenirea rezistenței la antimicrobiene.

În conformitate cu principiul subsidiarității, potrivit căruia UE acționează doar în domeniile care depășesc capacitatea guvernelor naționale, UE are competențe de sprijin în domeniul sănătății. Temeiul juridic al politicii de sănătate a UE este articolul 168 din Tratatul privind funcționarea Uniunii Europene (TFUE)¹, în care se stipulează că ar trebui asigurat un nivel ridicat de protecție a sănătății umane în toate politicile și activitățile Uniunii. Acțiunea Uniunii completează politicile naționale și încurajează cooperarea între statele membre, respectând în același timp responsabilitatea guvernelor naționale în ceea ce privește definirea politicii lor de sănătate și organizarea și furnizarea de servicii de sănătate și îngrijire medicală, care include gestionarea serviciilor de sănătate și îngrijire medicală și alocarea resurselor care le-au fost destinate. Uniunea dispune de o colecție cuprinzătoare de legi și standarde la nivelul UE care protejează cetățenii, atât în ceea ce privește produsele și serviciile de sănătate (medicamente², dispozitive medicale³ sau e-sănătate⁴, de exemplu), cât și pacienții (cum ar fi Directiva privind drepturile

¹ <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/RO/TXT/?uri=CELEX%3A12012E%2FTXT>

² https://ec.europa.eu/health/human-use/legal-framework_ro

³ https://ec.europa.eu/health/md_sector/overview_en

⁴ <https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/policies/75992/3553>

pacienților în cadrul asistenței medicale transfrontaliere⁵, care încurajează, de asemenea, cooperarea între sistemele naționale de sănătate).

Începând cu mijlocul anului 2014, s-au evidențiat o serie de aspecte și s-au obținut rezultate în mai multe domenii, inclusiv:

- Accesul la medicamente: accesul prompt și la prețuri rezonabile al pacienților la medicamente inovatoare, sigure, eficace și de calitate s-a aflat în centrul concluziilor Consiliului⁶ din iunie 2016 privind restabilirea echilibrului dintre autorizarea noilor medicamente și inovare, piața farmaceutică și abordările naționale privind stabilirea prețurilor, rambursarea și evaluarea medicamentelor în UE. În același sens, Rezoluția Parlamentului⁷ din martie 2017 referitoare la opțiunile UE pentru îmbunătățirea accesului la medicamente s-a concentrat pe piața farmaceutică, concurență, stabilirea prețurilor și transparență, cooperarea în cadrul UE, proprietate intelectuală și cercetare și dezvoltare;

- Sisteme de sănătate: măsuri de sprijinire a reformării sistemelor de sănătate din statele membre, inclusiv cele prevăzute în Comunicarea Comisiei⁸ din 2014 privind sistemele de sănătate eficiente, accesibile și reziliente și inițiativa „Starea sănătății în UE”⁹, lansată în 2016, pentru a consolida cunoștințele specifice din fiecare țară și de la nivelul UE și pentru a examina modul în care sistemele de sănătate pot să rămână adecvate obiectivului urmărit, ajutând oamenii să-și îmbunătățească sănătatea. Pilonul social recunoaște că toată lumea are dreptul de a avea acces la o asistență medicală la prețuri accesibile, de bună calitate și furnizată la timp. Comunicarea Comisiei¹⁰ din aprilie 2018 privind transformarea digitală a serviciilor de sănătate și de asistență stabilește planuri de consolidare a digitalizării sectoarelor de sănătate și de îngrijire, în interesul capacității cetățenilor și al îngrijirii centrate pe persoană.

Comisia Europeană a publicat la 2 mai 2018 propunerea¹¹ referitoare la noul cadru financiar multianual (CFM) pentru perioada 2021-2027 și la noul sistem de resurse proprii. În cadrul noii propuneri, Fondul social european Plus (FSE+)¹² ar servi drept principalul instrument financiar al UE pentru punerea în aplicare a Pilonului social și ar concentra investițiile în educație, ocuparea forței de muncă și incluziunea socială, inclusiv asistența medicală. FSE+ ar trebui să îmbine FSE existent, Inițiativa privind ocuparea forței de muncă în rândul tinerilor, FEAD, EaSI și programul de sănătate. Comisia propune alocarea a 101,2 miliarde de euro în prețuri curente (89,7 miliarde de euro în prețuri constante în 2018) din bugetul UE către FSE+.

Programul actual de sănătate va fi încorporat în FSE+ drept „componenta sănătate”, cu o finanțare dedicată de 413 milioane de euro. Potrivit Comisiei, se preconizează ca integrarea sănătății în FSE+ să completeze alte activități FSE+ care abordează provocările identificate în semestrul european și să conducă la sinergii cu

⁵ <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/RO/TXT/?uri=CELEX%3A32011L0024>

⁶ <https://www.consilium.europa.eu/ro/press/press-releases/2016/06/17/epsco-conclusions-balance-pharmaceutical-system/>

⁷ https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-8-2017-0061_RO.html?redirect

⁸ https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/healthcare/docs/com2014_215_final_en.pdf

⁹ https://ec.europa.eu/health/state/summary_ro

¹⁰ <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/RO/TXT/?uri=COM%3A2018%3A233%3AFIN>

¹¹ <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/RO/TXT/?uri=CELEX%3A52018PC0322>

¹² <https://ec.europa.eu/esf/main.jsp?catId=67&langId=ro&newsId=9118>

celelalte componente ale Pilonului social. Finanțarea pentru activitățile legate de sănătate ar fi, de asemenea, disponibilă prin intermediul altor instrumente financiare ale UE, în special Orizont Europa (în cadrul clusterului „sănătate”), programul Europa digitală (în unul dintre cele cinci domenii prioritare), Fondul european de dezvoltare regională (FEDR), programul InvestEU și ajutorul de urgență (rescEU). Potrivit Comisiei, componenta de sănătate a FSE+ va oferi mijloace pentru a testa soluții inovatoare într-o abordare transfrontalieră. Se va concentra asupra acelor domenii în care cooperarea UE are beneficii dovedite: îmbunătățirea pregătirii și a capacității de reacție în situații de criză pentru a proteja cetățenii împotriva amenințărilor transfrontaliere la adresa sănătății; consolidarea sistemelor de sănătate prin sprijinirea autorităților din domeniul sănătății în transformarea digitală a sectorului sănătății și asistenței medicale și în procesele naționale de reformă; sprijinirea legislației UE în materie de sănătate, inclusiv în ceea ce privește medicamentele, evaluarea tehnologiilor medicale, tutunul și îngrijirile transfrontaliere; și sprijinirea activității integrate, de exemplu, în ceea ce privește bolile rare (prin intermediul rețelelor europene de referință) sau punerea în aplicare a celor mai bune practici de promovare a sănătății și prevenire a bolilor¹³.

Înainte de toate: sistemele de sănătate trebuie să fie eficace - să dea rezultate, adică să îmbunătățească efectiv sănătatea populației. Dar eficacitatea singură nu este de ajuns. Sistemele de sănătate trebuie să fie și accesibile: persoanele cu venituri reduse au dreptul să beneficieze de servicii medicale atunci când au nevoie. Și, nu în cele din urmă, aceste sisteme trebuie să fie flexibile, adică să se poată adapta la schimbări rapide, răspunzând numeroaselor nevoi cu resurse limitate.

II. Situația în unele state membre ale Uniunii Europene

BULGARIA

În ciuda faptului că s-au dublat din 2005, cheltuielile pe sănătate pe cap de locuitor, la 1 311 EUR, au fost al patrulea cel mai mic din UE în 2017. Aceasta reprezintă 8,1% din PIB, sub media UE de 9,8%, dar mai mare decât în țările vecine. Cheltuielile din buzunar (out-of-pocket OOP) în 2017 au fost cele mai mari din UE (46,6%, comparativ cu 15,8% în medie) și sunt determinate în principal de coplăți pentru produse farmaceutice și îngrijiri ambulatorii. Prevalența plăților informale se adaugă și la costurile gospodăriei pentru îngrijirea sănătății.

Sustenabilitatea financiară a sistemului de sănătate este provocată de o mare dependență de cheltuielile private, precum și de scăderea populației cu vârsta de muncă, care contribuie la baza veniturilor asigurărilor sociale de sănătate. Eforturile de îmbunătățire a eficienței prin reorientarea furnizării serviciilor și a resurselor în afara spitalelor s-au dovedit dificile.

¹³ https://www.what-europe-does-for-me.eu/data/pdf/focus/focus09_en.pdf

Bulgaria are un sistem obligatoriu de asigurări sociale de sănătate (SHI), cu un rol mic în asigurarea voluntară de sănătate (VHI). Ministerul Sănătății este responsabil pentru reglementarea și coordonarea sistemului de sănătate, precum și pentru autorizarea unei rețele dense de furnizori de servicii medicale, inclusiv spitale. În cadrul SHI, Fondul Național de Asigurări de Sănătate (NHIF) și sucursalele sale regionale sunt cumpărătorii principali de servicii de sănătate. În iulie 2019, ministrul sănătății a propus o reformă a SHI pentru a permite asigurătorilor privați să concureze cu NHIF în oferirea pachetului de beneficii publice, dar o astfel de modificare se află încă în primele etape ale discuției. În special, ultimii ani au fost marcați de provocări în implementarea politicilor și de influența crescândă a instanțelor naționale în acest domeniu.

În 2017, Bulgaria a cheltuit 1 311 EUR pe cap de locuitor (ajustat pentru diferențele de putere de cumpărare) pentru sănătate, care este al patrulea cel mai mic din UE. Cheltuielile pentru sănătate pe persoană s-au dublat între 2005 și 2017, cu o rată medie anuală de creștere de 5,3% din 2009, depășind rata de creștere a tuturor celorlalte state membre ale UE, cu excepția României.

Cheltuielile cu sănătatea continuă să crească: bugetul pentru 2019 este cu 24% mai mare decât în 2017. Ca proporție din PIB, Bulgaria a cheltuit 8,1% pentru sănătate în 2017, sub media UE de 9,8%, dar mai mare decât în țările vecine.

Mai multe reforme au vizat densitatea mare și activitatea spitalelor, cu intenția de a reduce cheltuielile aferente. Municipality-urile dețin majoritatea spitalelor publice generale și de specialitate care au scăzut de la 281 la 234 din 2000. Capacitatea paturilor din spitalele publice a scăzut, dar paturile din sectorul privat continuă să crească. A existat o încercare de a introduce Harta Națională a Sănătății ca instrument pentru contractarea selectivă între Fondul Național de Asigurări de Sănătate și spitale; cu toate acestea, punerea în aplicare a acestui aspect al legislației a fost oprită de instanțe în 2016. Noi planuri de contact selectiv au fost introduse în 2018, dar până în prezent nu s-au realizat progrese semnificative. Cu toate acestea, bugetul și alte legislații din 2019 au introdus proceduri mai stricte de acordare a licențelor pentru noile spitale și a interzis contractarea Fondului Național de Asigurări de Sănătate cu acestea.

Finanțarea publică a sistemului de sănătate a reprezentat 52,1% din totalul cheltuielilor cu sănătatea în 2017, care este a doua cea mai mică din UE după Cipru. Acesta este, de asemenea, cel mai scăzut nivel înregistrat pentru Bulgaria de la introducerea asigurărilor sociale de sănătate în 1998. Contribuțiile la asigurări sunt făcute de persoane fizice și angajatori - iar statul contribuie cu taxe pentru copii, pensionari, săraci și alții. Alte venituri finanțate din impozite sunt alocate prin bugete anuale către Ministerul Sănătății și municipalități.

Plățile din buzunar (Out-of-Pocket) au reprezentat 46,6% din cheltuielile cu sănătatea în 2017, cea mai mare pondere din UE. Motorii cheltuielilor OOP sunt plăți pentru servicii care nu sunt acoperite de pachetul de beneficii (incluzând mai ales îngrijiri dentare și îngrijiri pe termen lung), precum și partajarea costurilor pentru o serie de servicii și medicamente eliberate pe bază de rețetă. Se estimează că plățile informale reprezintă o pondere considerabilă din toate cheltuielile OOP pentru sănătate și se adaugă la presiunea asupra cheltuielilor gospodăriilor private.

Deși legislația asigurărilor sociale de sănătate prevede că ar trebui să existe o asigurare medicală universală, o proporție semnificativă a populației este neasigurată. Estimările Ministerului Finanțelor indică faptul că un total de 719 000 de persoane (10,2% din populație) nu aveau asigurări de sănătate în 2017. Împreună cu plățile OOP ridicate, numărul mare de persoane neasurate pune preocupări serioase pentru accesibilitatea asistenței medicale.

Serviciile de îngrijire pe termen lung sunt excluse din pachetul de beneficii. În timp ce mulți oameni în vârstă sunt îngrijiți în mod informal de către membrii familiei, cei care au nevoie de îngrijire rezidențială sunt fie plasați în puținele paturi de îngrijire pe termen lung desemnate în îngrijire internă, fie în centre de îngrijire rezidențială finanțate prin asistență socială municipală. Populația bulgară îmbătrânește mai rapid decât în multe alte state membre ale UE

Îngrijirea pe termen lung va deveni o provocare cheie. Strategia națională pentru îngrijirea pe termen lung (2014) și planul de acțiune însoțitor pentru implementare (emis în 2018) nu au avut încă niciun impact substanțial.

Trecerea cu succes a mai multor servicii spitalicești la îngrijirea ambulatorie (acolo unde este adecvat din punct de vedere clinic) va fi posibilă dacă este asigurată disponibilitatea medicilor de familie, a specialiștilor și a asistenților medicali în îngrijirea primară. În 2015, a fost elaborată o Hartă Națională a Sănătății care detaliază numărul minim de furnizori necesari pentru îngrijirile ambulatorii și spitalicești pe district. Aceste niveluri minime au fost calculate ținând seama de nevoile regionale de sănătate ale populației și de obiectivele naționale în domeniul sănătății (de exemplu, în materie de sănătate maternă și infantilă). Metodologia bazată pe nevoi a fost confirmată în 2018, iar Harta Națională a Sănătății ar putea fi folosită acum ca instrument pentru planificarea și distribuirea forței de muncă. Cu toate acestea, nu este un instrument destinat să abordeze calitatea îngrijirii acordate sau cum să facă posturile de medic și asistență medicală mai atractive ca și cariere.

Strategia națională de sănătate 2020 își propune să stimuleze convergența principalilor indicatori de stare a sănătății populației din Bulgaria cu mediile UE. De asemenea, cuprinde numeroase programe naționale specifice bolilor și acțiunilor și obiective pe termen lung, cum ar fi implementarea sistemului național de informații despre sănătate. Cu toate acestea, rămâne de văzut dacă Strategia Națională poate fi un instrument eficient pentru schimbarea direcției.

Schimbarea frecventă a conducerii politice a fost un obstacol major în implementarea reformelor în ultimii ani și subminează continuitatea și coerența în procesul de elaborare a politicilor. Aproape toate inițiativele de reformă care vizează creșterea eficienței în sectorul spitalicesc, de exemplu, au fost oprite de instanțele administrative și constituționale după ce au fost contestate. Construirea unei coaliții între părțile principale interesate din sistemul de sănătate ar putea fi un instrument cheie pentru construirea consensului. De exemplu, în trecut, „Parteneriatul pentru sănătate”, un

organism consultativ prezidat de ministrul sănătății, a fost folosit pentru a ajuta la introducerea HTA (Evaluarea Tehnologiei Sanitare)¹⁴.

CEHIA

Sistemul ceh de asigurări sociale de sănătate oferă o acoperire universală de sănătate, un coș larg de beneficii, niveluri ridicate de accesibilitate și o bună protecție financiară cetățenilor săi. În general, sistemul de sănătate a reușit să abordeze bolile care pun viața în pericol, dar ar putea îmbunătăți răspunsul său la bolile cronice și ar trebui să consolideze domeniul prevenirii bolilor. Ministerul Sănătății are un rol de reglementare puternic, dar încă nu a abordat cele mai presante probleme cu care se confruntă sistemul, inclusiv îmbătrânirea populației, investițiile scăzute de capital și disparitățile de forță de muncă.

Speranța de viață la naștere a crescut cu patru ani între 2000 și 2017 (de la 75,1 la 79,1 ani) și este printre cele mai înalte dintre cele mai noi state membre ale UE.

Cehia operează un sistem de asigurări sociale de sănătate (SHI) cu un rol de reglementare puternic pentru Ministerul Sănătății. Șapte fonduri de asigurări de sănătate cvasi-publice acționează ca și cumpărători de îngrijire și negociază anual cu furnizorii de sănătate pentru stabilirea prețurilor și a volumelor. Populația se bucură de un pachet larg de beneficii și are acces la un număr mare de spitale, dintre care majoritatea sunt 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% dintre cehi în 2017.

Fiecare cetățean ceh este obligatoriu asigurat cu unul dintre cele șapte fonduri de asigurări de sănătate. Din 2006, formula de redistribuire a acestor fonduri s-a ajustat în funcție de vârstă și sex și a inclus o compensație parțială ex-post pentru cazurile costisitoare. Din 2018, redistribuirea fondurilor ar trebui să țină cont mai bine de pacienții cu boli cronice prin adăugarea a 25 de grupuri de costuri farmaceutice ca ajustatori de risc și consolidarea compensării ex-post a cazurilor costisitoare. Speranța este că o remunerație mai bună pentru acești pacienți va stimula dezvoltarea programelor de gestionare a bolilor și a acordurilor de îngrijire centrate pe pacient. Până la sfârșitul anului 2018, toate fondurile de asigurări de sănătate au acumulat rezerve în cadrul noilor acorduri, în special VZP (960 milioane EUR).

În 2017, Cehia a cheltuit 2 096 EUR pe locuitor (ajustat pentru diferențele de putere de cumpărare) pentru sănătate, care a fost cu 788 EUR sub media UE. Cheltuielile cu sănătatea ca pondere din PIB (7,2%) sunt cu mult sub media UE de 9,8%. Ponderea ridicată a finanțării publice (82%), care este o caracteristică tradițională a sistemului, este cea mai mare dintre cele mai noi state membre ale UE și peste media UE (79%).

¹⁴ <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/34781ac1-en.pdf?expires=1618168322&id=id&accname=guest&checksum=F82AE65FDDADD4E26935DE7460212C66>

Veniturile publice pentru sănătate sunt majorate prin contribuții alocate, legate de salarii, contribuții legate de venit de la lucrătorii independenți, precum și contribuții de stat (finanțate din impozite generale) în numele diferitelor grupuri inactive din punct de vedere economic. Definițiile juridice largi ale acestor grupuri garantează o acoperire completă a populației.

Cheltuielile cu sănătatea privată s-au ridicat la 18% din totalul cheltuielilor cu sănătatea în 2017, care este sub media UE de 21% și constă în principal în partajarea costurilor, de exemplu, coplăți pentru produse farmaceutice prescrise, plăți directe pentru medicamente fără prescripție medicală precum și coplăți pentru articole precum dispozitive medicale și tratamente spa. Este probabil să se reducă în continuare cheltuielile private ca urmare a scăderii plafoanelor de coplată, care au fost introduse în 2018.

Cehia raportează o densitate de medici similară cu media UE (3,7 medici la 1000 locuitori comparativ cu 3,6) și o densitate de asistență medicală ușor mai mică (8,1 asistenți la 1 000 locuitori față de 8,5). Numărul medicilor a crescut în ultimul deceniu, iar o creștere medie cu 8% a salariilor pentru toți profesioniștii din domeniul sănătății în 2017 ar trebui să promoveze această tendință.

Cu toate acestea, disparitățile regionale existente în distribuția medicilor s-au adâncit.

Depășirea acestor disparități a fost o provocare. Din 2013, fondurile de asigurări de sănătate au fost obligate legal să contracteze o capacitate suficientă în fiecare specialitate și regiune pentru a garanta accesibilitatea îngrijirii. Totuși, acestea au instrumente limitate de atragere a furnizorilor în zone insuficient deservite, cum ar fi condiții contractuale speciale și bonusuri, care ar putea să nu fie suficiente pentru a atrage profesioniștii din domeniul sănătății să lucreze în afara zonelor urbane mai dorite. Mai mult, Ministerul Sănătății nu a dezvoltat un instrument pentru a monitoriza respectarea obligației contractuale.

Conform legislației cehice, furnizorii de asistență medicală primară ar trebui să fie disponibili în termen de 35 de minute de călătorie, iar fondurile de asigurări de sănătate ar trebui să contracteze suficienți furnizori pentru a atinge acest obiectiv. Cu toate acestea, o forță de muncă îmbătrânită în sănătate, în special medicii de familie, poate compromite disponibilitatea viitoare a asistenței medicale primare. În 2019, aproximativ jumătate din regiunile țării sunt listate de Ministerul Sănătății ca având posturi vacante pentru medicii de îngrijire primară. Pentru a aborda această problemă în anumite regiuni, Ministerul Sănătății a promovat posturile vacante pentru medicii de familie și pediatri într-un mod mai vizibil și oferă subvenții pentru echiparea practicilor.

Pacienții pot consulta specialiștii în mod direct și, în general, se confruntă cu puține bariere, ceea ce explică numărul comparativ ridicat de consultații ambulatorii (11 contacte per persoană comparativ cu 7,5 pentru UE).

Datorită acoperirii universale a populației, a unui coș larg de beneficii, a partajării reduse a costurilor și a unei densități mari de furnizori, există doar nevoi marginale nesatisfăcute de îngrijire medicală. Datele EU-SILC arată că doar 0,5% din populația

chestionată a raportat nevoi nesatisfăcute de îngrijire medicală din cauza costurilor, distanței sau timpilor de așteptare în 2017, cu variații mici între grupurile de venituri.

Acoperirea de către SHI este legată de reședința permanentă: oricine locuiește în Cehia este asigurat automat. Cetățenii cehi care lucrează și cetățenii rezidenți ai UE care sunt angajați sau independenți plătesc contribuții la SHI. Toți cetățenii cehi rămași sunt fie beneficiari „asigurați de stat”, fie trebuie să plătească o contribuție lunară minimă. Cu toate acestea, acoperirea SHI nu depinde de contribuțiile plătite efectiv - chiar dacă contribuțiile restante nu sunt decontate, oamenii continuă să fie acoperiți în totalitate.

În general, sistemul de îngrijire a sănătății asigură îngrijiri accesibile și la prețuri accesibile, care se reflectă și în nivelul scăzut al nevoilor raportate nesatisfăcute din motive financiare (care sunt doar puțin mai mari pentru îngrijirea dentară).

Plățile din buzunar (OOP), care s-au situat la 14,8% în 2017, sunt ușor sub media UE (15,8%). Cheltuielile OOP constau din plăți directe pentru produse farmaceutice fără prescripție medicală, coplăți pentru medicamente eliberate pe bază de rețetă și ajutoare medicale, plată directă pentru îngrijirea dentară dincolo de pachetul standard, taxe de utilizare (3,60 EUR) pentru îngrijirea ambulatorie care se livrează în afara orelor de birou standard și plăți directe pentru îngrijiri excluse din acoperirea SHI (de exemplu, chirurgie plastică din motive non-medicale). Există plafoane anuale pentru coplățile pentru medicamentele prescrise (5 000 CZK sau 200 EUR), cu plafoane semnificativ mai mici pentru cei cu vârsta sub 18 ani și peste 65 de ani (40 EUR) și cei cu vârsta peste 70 de ani (20 EUR), precum și un scutire integrală de taxele de utilizare pentru grupurile vulnerabile. Nu există plafoane pentru îngrijirea dentară.

Inițiativa FAAP (Fair And Affordable Pricing), înființată în martie 2017, este o platformă regională de colaborare inter-statală pentru îmbunătățirea accesului la medicamente pentru cetățenii țărilor membre. Acest proiect a fost stabilit în cadrul Grupului Visegrad (Cehia, Ungaria, Polonia și Slovacia), iar Cehia s-a alăturat inițiativei în mai 2019. Au fost organizate mai multe întâlniri regionale și consultări tehnice. Proiectul este conceput ca o platformă complementară care permite o pregătire mai bună și proactivă a deciziilor naționale de rambursare și de stabilire a prețurilor. Se desfășoară o negociere pilot comună pentru definirea posibilelor mecanisme pentru viitoarele strategii regionale de negociere.

S-au înregistrat doar progrese marginale în dezvoltarea infrastructurii informaționale pentru sistemul de sănătate, cum ar fi implementarea Strategiei naționale e-sănătate (2016-2020), care ar trebui să includă în cele din urmă o platformă de informare partajată pentru furnizori și fonduri de asigurări de sănătate.

Din ianuarie 2018, medicii din Cehia trebuie să elibereze toate rețetele în format electronic. Perioada de implementare (planificată inițial pentru 2015) a trebuit să depășească numeroase provocări, inclusiv stabilirea standardelor de date și a unei platforme de schimb de informații. Sistemul actual se bazează pe expertiza din strategiile (precedente) naționale și cele la nivelul UE. Prescripția electronică își propune să ofere niveluri mai ridicate de siguranță la eliberarea medicamentelor în farmacii. Identificatorul unic al rețetei poate fi înmănat unui pacient în mai multe formate, inclusiv pe hârtie, e-mail, mesaj text (SMS) sau printr-un telefon mobil sau o aplicație de site web. Pentru

reînnoirile de rutină a prescripției medicale, pacienții nu trebuie să viziteze medicul care le prescrie (dacă este aprobat de medic), economisind timp și resurse. Se așteaptă în curând ca sistemul să ajute și la prevenirea polifarmaciei și a interdependențelor farmaceutice pentru pacienți și poate fi folosit ca instrument pentru a stimula în continuare utilizarea medicamentelor generice.

Unele dintre provocările cu care se confruntă sistemul de sănătate sunt bine cunoscute, cum ar fi impactul potențial al unei populații îmbătrânite, cu nevoi medicale mai mari, baza de venituri vulnerabile și necesitatea dezvoltării unei viziuni strategice pe termen lung pentru planificarea viitoare a serviciilor de sănătate.

Deși Ministerul Sănătății își păstrează un rol puternic în coordonarea și formularea politicilor, reformele au reușit doar atunci când părțile interesate cheie (cum ar fi fondurile de asigurări, regiunile, furnizorii și asociațiile profesionale) au fost implicate în planificare. Mai multe reforme de sus în jos din ultimul deceniu au întâmpinat o puternică opoziție, în timp ce alte reforme au fost amânate deoarece responsabilitățile părților interesate relevante din sistemul de sănătate nu erau clare. Prin urmare, consolidarea și promovarea implicării părților interesate este un element crucial pentru găsirea unor soluții politice de succes la problemele urgente. Un exemplu pozitiv este restabilirea Consiliului Pacientului ca organism consultativ al ministrului sănătății în 2019¹⁵.

Într-un Raport comun privind asistența medicală și sistemele de îngrijire pe termen lung și sustenabilitatea fiscală, publicat în iunie 2019, pregătit de serviciile Comisiei Europene (Direcția Generală Afaceri Economice și Financiare) și Comitetul de politică economică¹⁶, se arată că sunt în curs de desfășurare multe reforme, care vizează în principal o eficiență îmbunătățită a sistemului de sănătate prin limitarea costurilor și soluții mai orientate spre piață, iar rezultatele acestora nu au fost încă evaluate. Principalele provocări pentru sistemul de sănătate ceh sunt următoarele:

- Să continue să crească eficiența cheltuielilor pentru asistență medicală pentru a răspunde în mod adecvat la creșterea cheltuielilor pentru asistență medicală în deceniile următoare, ceea ce reprezintă un risc pentru sustenabilitatea pe termen lung a finanțelor publice.
- Să definească în mod clar un pachet de bază al serviciilor de îngrijire a sănătății care sunt acoperite de asigurarea generală (adică să aibă o definiție mai explicită a prestațiilor SHI).
- Dezvoltarea unei strategii cuprinzătoare de resurse umane care să abordeze disparitățile spațiale/regionale în accesibilitatea asistenței medicale (densitatea medicilor, timpii de așteptare).
- Sporirea ofertei de îngrijire primară și abordarea utilizării excesive a îngrijirilor de specialitate și a spitalului, în special printr-un sistem de trimitere la îngrijirea de specialitate fie prin stimulente financiare, fie prin obligativitate; să promoveze utilizarea serviciilor medicilor de familie, prin consolidarea stimulentele organizaționale și financiare atât pentru medici, cât și pentru pacienți; să încurajeze coordonarea îngrijirii

¹⁵ <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/058290e9-en.pdf?expires=1619077955&id=id&accname=guest&checksum=5DB524DEBFC5CAA62E788E9630FD7FF7>

¹⁶ https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/joint-report_cz_en.pdf

între asistența primară, secundară și spitalicească pentru a reduce examenele medicale redundante și duplicate și teste de laborator, vizite la medic și rețete medicale inutile; să monitorizeze impactul eliminării repartizării costurilor pacienților la diferite niveluri de îngrijire, în special în ceea ce privește utilizarea evitabilă a serviciilor.

- Pentru a îmbunătăți eficiența costurilor în cadrul spitalelor, asigurându-se că asistența este furnizată în cel mai adecvat punct de vedere clinic și cel mai eficient din punct de vedere al costurilor, prin implementarea noului sistem de finanțare bazat pe DRG (diagnosis-related groups), prin creșterea proporției de îngrijiri electivă oferite în fiecare zi și internări în ziua operației; să ia în considerare reducerea numărului mare de paturi pentru îngrijirea acută.

- Implementarea integrală a instrumentului de rețetă electronică pentru produse farmaceutice, îmbunătățirea prescripției raționale și utilizarea medicamentelor și îmbunătățirea accesului la medicamente eficiente din punct de vedere al costurilor, generând în același timp economii pentru plătitori.

- Introducerea unui sistem de indicatori de calitate pentru compararea și publicarea calității asistenței medicale în unitățile individuale de îngrijire a sănătății, care ar trebui să fie accesibilă pacienților și medicilor.

- Să încurajeze utilizarea procedurilor de achiziții centralizate pentru produse farmaceutice, dar și pentru alte bunuri medicale și nemedicale, generând economii pentru plătitori, asigurând în același timp accesul la produse de înaltă calitate în sistemul de sănătate.

- Încurajarea activităților de promovare a sănătății și de prevenire a bolilor, promovarea stilurilor de viață sănătoase și a screening-ului bolii, având în vedere tiparul factorilor de risc (fumat, alcool, obezitate, boli ale sistemului circulator).

GRECIA

În ultimii zece ani, sistemul de sănătate al Greciei a suferit o transformare majoră, trecând încet către un sistem mai modern, eficient și durabil. După un accent inițial pe reforme structurale care îmbunătățesc eficiența și reducerea costurilor, eforturile mai recente s-au concentrat, de asemenea, pe introducerea și consolidarea mecanismelor pentru a obține rezultate mai bune. Acum există o acoperire cuprinzătoare de asigurări de sănătate pentru toți rezidenții, iar Grecia lucrează la stabilirea unui sistem funcțional de îngrijire primară.

Politicile care vizează reducerea deșeurilor și creșterea eficienței au contribuit la o scădere rapidă a cheltuielilor cu sănătatea în timpul crizei economice, nivelurile de cheltuieli stabilizându-se din 2015. În 2017, Grecia a cheltuit 1 623 EUR pe persoană pentru asistență medicală, cu mult sub media UE de 2 EUR 884. Acest lucru echivalează cu 8% din PIB, de asemenea sub media UE (9,8%). Peste o treime din cheltuielile cu sănătatea provin din gospodării (inclusiv plăți informale), una dintre cele mai mari rate din UE și se datorează cheltuielilor mari din buzunar pentru produse farmaceutice, îngrijiri ambulatorii (sau ambulatorii) și servicii spitalicești.

Sistemul de îngrijire a sănătății din Grecia foarte fragmentat a suferit o transformare enormă în ultimii ani. În 2011, a fost înființată Organizația Națională pentru Furnizarea de Servicii de Sănătate (EOPYY) pentru a gestiona un singur fond unic de asigurări de sănătate și pentru a acționa ca singurul cumpărător pentru serviciile de sănătate finanțate public furnizate de Sistemul Național de Sănătate. Furnizorii privați sunt, de asemenea, contractați de EOPYY, în principal pentru a oferi servicii de îngrijire primară și ambulatorie și de diagnostic. Ministerul Sănătății este responsabil pentru reglementarea extinsă a întregului sistem. Se așteaptă ca autoritățile regionale să joace un rol din ce în ce mai mare în coordonarea asistenței medicale primare.

În 2017, Grecia a dedicat 8% din PIB sănătății. Acest lucru se traduce la 1 623 EUR pe persoană (ajustat pentru diferențele de putere de cumpărare) - mult sub media UE de 2 884 EUR. După ce a atins punctul culminant la 2 267 EUR pe persoană în 2008, cheltuielile cu sănătatea au scăzut cu aproape o treime în următorii cinci ani.

O politică a Programului de ajustare economică (EAP) care să cuprindă cheltuielile publice pentru sănătate, precum și o reducere substanțială a cheltuielilor din buzunar (OOP), au contribuit la acest declin. În special, cheltuielile irosite pentru produse farmaceutice, care în 2009 se aflau pe locul cel mai înalt din UE, au scăzut cu o treime, realizând reduceri în acest domeniu de peste 2 miliarde EUR între 2011 și 2014.

Criza economică și o serie de programe de ajustare economică (PAE) între 2010 și 2018 au impus punerea în aplicare a unor ample reforme structurale și orientate spre eficiență în Grecia. O reformă care a schimbat jocul a fost înființarea EOPYY ca asigurător unic și cumpărător. De asemenea, au fost implementate măsuri extinse în sectorul farmaceutic, transformând achizițiile, prețurile și rambursările, precum și metode și linii directe de prescriere. Recent a fost înființată o nouă agenție de evaluare a tehnologiei sănătății (HTA), iar sistemul de plată bazat pe cazuri pentru spitale va fi lansat în următorii cinci ani. O reformă extinsă a îngrijirii primare este de asemenea în curs de desfășurare.

În 2017, cheltuielile publice pentru sănătate au fost puțin sub 5% din PIB. Cu toate acestea, valoarea reală a furnizării publice este mai mare decât cea surprinsă de cifrele oficiale - reprezentând încă 1% din PIB din cheltuielile publice pentru sănătate. Acest lucru se datorează mecanismului de recuperare, care se aplică pentru o mare parte din bugetul EOPYY, 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 din partea fondurilor structurale și de investiții europene și a Fondului european de dezvoltare regională a jucat un rol foarte important în sectorul sănătății. În runda de finanțare 2014-2020, aproximativ 545 milioane EUR au fost puse la dispoziție pentru realizarea reformelor din sectorul sănătății, jumătate fiind cheltuite pentru dezvoltarea asistenței primare.

Din punct de vedere istoric, sistemul de sănătate se bazează pe îngrijirea spitalicească și îngrijirea de specialitate în detrimentul îngrijirii primare complete. În 2017, după o serie de încercări nereușite, accentul reformei asistenței primare s-a mutat pe furnizarea accesului la servicii esențiale și de calitate pe termen scurt. Obiectivul pe

termen mai lung este crearea unui sistem puternic de asistență primară. Infrastructura și forța de muncă sunt acum puse în aplicare pentru a consolida serviciile de prevenire și pentru a trata pacienții într-un cadru mai adecvat.

Capacitatea de a monitoriza diferite părți ale performanței sistemului de sănătate în Grecia a fost consolidată în ultimii ani. Instrumentele multiple și cerințele de raportare privind reformele mandatate de EAP au îmbunătățit transparența și responsabilitatea în domenii precum achizițiile farmaceutice și spitalicești. Cu toate acestea, Grecia rămâne în urma multor țări europene pe alte domenii, inclusiv implicarea pacienților și monitorizarea rezultatelor legate de sistemul de sănătate.

Un alt domeniu care merită mai multă atenție este planificarea strategică. Reformele majore au avut loc în sistemul de sănătate într-un timp relativ scurt, iar un plan global la nivel înalt ar permite arhitecților viitoarelor reforme să facă bilanțul realizărilor de până acum și să se bazeze pe ele în mod eficient. Guvernanța ar putea fi, de asemenea, consolidată printr-o definiție mai clară a obiectivelor strategice bazate pe dovezi și prin îmbunătățirea expertizei tehnice. Un plan național cuprinzător ar lua în considerare nevoile curente și viitoare de sănătate a populației, ar contura strategiile pentru alocarea și distribuirea adecvată a resurselor în toată țara și ar permite monitorizarea continuă a schimbărilor și a efectelor acestora.

Începând din 2017, autorităților regionale li s-au acordat responsabilități și finanțări mai largi pentru a pune în aplicare reforma asistenței medicale primare, a oferi asistență medicală și a construi capacități în cadrul rețelei de asistență primară. În vara anului 2019, peste jumătate (127) din cele 239 de unități locale de sănătate planificate erau operaționale în toată țara și acopereau 2 milioane de locuitori, o cincime din întreaga populație. Acest lucru se apropie de pragul de capacitate maximă a stocului actual de medici generalişti din sectorul public. Se așteaptă ca progresele suplimentare în ceea ce privește extinderea numărului de medici angajați în unitățile de asistență medicală primară să fie lente, deoarece mulți medici de familie care lucrează în sectorul privat consideră că sunt mai puțin favorabile condițiile contractuale din cadrul EOPY¹⁷.

LETONIA

Deși speranța de viață a populației letone a crescut semnificativ începând cu anul 2000, ea rămâne a doua cea mai scăzută din UE, iar diferențele majore persistă în funcție de sex și de statutul socio-economic. Rezultatele slabe asupra sănătății sunt în mare parte produsul prevalenței comportamentelor nesănătoase, precum și a nivelurilor scăzute ale cheltuielilor pentru sănătate. Letonia se confruntă, de asemenea, cu provocări importante în controlul bolilor transmisibile, cu o incidență crescândă a cazurilor de HIV. Sistemul de sănătate este subfinanțat și, în ciuda progreselor recente, rămâne excesiv de centrat în spital. Starea de sănătate a populației ar putea fi îmbunătățită prin

¹⁷ <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/d87da56a-en.pdf?expires=1619087519&id=id&accname=guest&checksum=D2DA35CE68DA440B689716BEFA9CE4CB>

reducerea plăților din buzunar și trecerea accentului pe prevenire, îngrijire primară, îngrijire la domiciliu și servicii comunitare.

Letonia are un sistem de servicii naționale de sănătate cu acoperire universală a populației, asistență medicală generală finanțată de impozite, o divizare cumpărător-furnizor și o combinație de furnizori publici și privați. Sistemul de servicii naționale de sănătate a fost înființat în 2011, reușind 20 de ani de experimentare cu asigurările sociale de sănătate după ce Letonia și-a recăpătat independența.

În 2017, guvernul a adoptat o lege pentru a introduce un nou sistem obligatoriu de asigurări de sănătate, cu scopul de a crește veniturile pentru sănătate. În cadrul acestui sistem, dreptul la coșul complet de beneficii ar fi fost legat de plata contribuțiilor de asigurări sociale de sănătate. Cu toate acestea, în 2019 reforma a fost anulată, pe motiv că ar submina echitatea și accesibilitatea.

Ministerul Sănătății este responsabil pentru definirea politicilor și reglementărilor naționale de sănătate și pentru organizarea și funcționarea generală a sistemului de sănătate. Ministerul reglementează, de asemenea, activitățile de sănătate publică, în timp ce Centrul de Prevenire și Control al Bolilor coordonează și implementează activități la nivel național și local în domeniile promovării sănătății și prevenirii bolilor. Municipality-urile au un rol limitat, dar sunt responsabile pentru asigurarea accesului la serviciile de sănătate a populației lor, implementarea activităților de promovare și prevenire a sănătății și organizarea și furnizarea de servicii de îngrijire pe termen lung. NHS este principalul cumpărător de servicii de sănătate finanțate public din Letonia și este responsabil pentru implementarea politicilor elaborate de Ministerul Sănătății.

Serviciile de îngrijire primară comandate de NHS sunt furnizate în mare parte de medici de familie privați (medici de familie) care lucrează ca profesioniști independenți. Medicii de familie sunt plătiți printr-un mix de capitație, taxă pentru servicii, indemnizații fixe pentru practică și, din 2013, un sistem de plăți de calitate. Medicii specialiști practică fie ca profesioniști independenți, fie ca angajați în ambulatorii și spitale. Specialiștii în ambulatoriu sunt rambursați la un tarif fix pe episod de boală.

Majoritatea spitalelor sunt proprietate publică. Transparența sistemului de plăți în spitale este destul de limitată; în 2015 a fost introdus un sistem de plată pentru spital bazat pe grup de diagnostic, dar implementarea sa a fost întârziată, iar sistemul este utilizat în prezent doar pentru a informa procesul de stabilire a bugetului global.

În ciuda unei creșteri de 45% din 2010, cheltuielile cu sănătatea pe cap de locuitor din Letonia rămân a doua cea mai mică din UE după România, la 1 213 EUR în 2017. Proporția din PIB cheltuit pentru sănătate a crescut din 2014, dar la 6,0% în 2017 rămâne foarte scăzut în comparație cu media UE (9,8%) și cu 0,5 puncte procentuale sub cea a celorlalte state baltice. Mai mult decât atât, doar 57,3% din cheltuielile cu sănătatea au provenit din surse de finanțare publică în 2017 - a treia cea mai mică proporție din UE și considerabil sub cea a țărilor vecine (66,5% în Lituania și 74,7% în Estonia).

Reforme recente au vizat concentrarea îngrijirilor de specialitate în mai puține spitale, prin crearea unui sistem „pe nivele” în cadrul căruia NHS contractează mai puține servicii spitalicești pentru a promova o schimbare a utilizării de la internare la ambulatoriu sau la îngrijirea de zi.

În aceeași perioadă, serviciile de sănătate oferite în asistența medicală primară au crescut substanțial: numărul instituțiilor de îngrijire a sănătății care oferă servicii ambulatorii a crescut de la 1127 la 3667, numărul cabinetelor de asistență medicală primară (medic generalist, pediatri, interniști) a crescut de la 361 la 1 239, iar numărul altor instituții de asistență medicală ambulatorie a crescut de la 75 la 956.

În 2017, aproximativ 31% din bugetul Letoniei pentru îngrijirea sănătății a fost absorbit de costul medicamentelor și dispozitivelor medicale - o proporție mult mai mare decât media UE de 18%. Cu toate acestea, în termeni absoluți, cheltuielile farmaceutice din Letonia au fost cu o treime sub media UE (378 EUR de persoană, comparativ cu 522 EUR în UE). În timp ce cotele cheltuielilor de sănătate destinate îngrijirilor spitalicești și ambulatorii au fost similare cu mediile UE (aproape de 30% fiecare în 2017), proporția cheltuită pentru îngrijirea pe termen lung a fost semnificativ mai mică (5% față de 16% în UE).

Cheltuielile din buzunar (Out-of-pocket - OOP) pentru sănătate sunt foarte mari în Letonia, reprezentând 41,8% din totalul cheltuielilor de sănătate în 2017 - aproape de trei ori media UE. Această dependență relativ mare de cheltuielile OOP pentru finanțarea sistemului de sănătate poate fi explicată prin subfinanțarea semnificativă a acestuia, precum și prin sfera limitată a pachetului de beneficii. În timp ce majoritatea cheltuielilor spitalicești sunt finanțate din fonduri publice, acoperirea publică pentru îngrijiri medicale ambulatorii, produse farmaceutice, dispozitive medicale și îngrijire dentară este mult mai limitată decât în alte țări ale UE. În consecință, pacienții trebuie să contribuie cu o proporție substanțială din costurile serviciilor de sănătate, inclusiv vizitele de specialitate, internările în spital și medicamentele eliberate pe bază de rețetă.

În Letonia, lucrătorii din domeniul sănătății sunt foarte concentrați în zonele urbane, ceea ce dă naștere la probleme de echitate și accesibilitate pentru rezidenții care locuiesc în zonele rurale. Mai mult, în timp ce numărul medicilor practicanți din Letonia este ușor sub media UE, la 3,2 medici la 1000 de locuitori, numărul asistenților medicali este mai puțin de jumătate din media UE.

În timpul crizei economice din 2008-2009, constrângerile bugetare severe au dus la reduceri ale salariilor lucrătorilor din domeniul sănătății și reduceri ale locurilor de muncă pentru medici și asistente medicale. În ultimii ani, autoritățile au luat măsuri pentru a reduce aceste penurii. Acestea includ o creștere a salariilor medicilor în 2018 și o creștere suplimentară de 20% în fiecare an pentru 2019-21. Măsurile suplimentare planificate includ sprijin pentru educația medicală continuă, pentru a permite practicienilor medicali nepracticanți să revină la forța de muncă și compensații suplimentare pentru programul prelungit de lucru al personalului medical. De asemenea, din 2018, un proiect finanțat de UE a oferit stimulente financiare pentru a atrage medicii să lucreze în regiuni din afara Riga. Începând cu iulie 2019, 315 medici au primit un astfel de sprijin financiar. Beneficiarii includ medici de diferite specialități, precum și asistenți medicali, moașe și kinetoterapeuți.

Furnizarea de servicii generale de sănătate este reglementată în principal prin contracte semnate între furnizorii de servicii medicale și NHS. Pentru îngrijirea spitalizată, NHS are un sistem de cote, achiziționând doar un anumit număr de servicii pe an, în

funcție de bugetul disponibil. Există un sistem de îngrijire parțială, cu pacienții care necesită trimeri de la medicii de familie pentru a accesa majoritatea serviciilor ambulatorii și de spitalizare secundare, cu unele excepții (de exemplu, pentru ginecologie).

Dezechilibrele geografice semnificative în distribuția serviciilor publice de asistență medicală, timpii lungi de așteptare și ratele ridicate de coplată au dus la o extindere substanțială a unui sector paralel al asistenței medicale private. Numărul paturilor de spital private, cu scop lucrativ, a crescut de la 3,3% la 10% din numărul total între 2000 și 2016.

În timp ce Letonia a înregistrat progrese în îmbunătățirea eficienței sistemului său de sănătate prin concentrarea serviciilor în mai puține spitale de calitate superioară și reducerea capacității excesive de paturi, o serie de reforme suplimentare ar permite sistemului să reducă risipa și să îmbunătățească raportul calitate-preț. Sectorul spitalelor letone are două tipuri de proprietate publică cu condiții de reglementare diferite. Spitalele deținute de guvernul central funcționează în condiții financiare stricte și nu pot suporta deficitele la sfârșitul anului fiscal. În schimb, spitalele municipale au condiții de funcționare mai puțin stricte și iau decizii autonome de achiziții și investiții de capital. Din păcate, acest sistem creează stimulente pentru spitalele municipale pentru a cumpăra echipamente scumpe, cum ar fi RMN și scanere CT, a căror utilizare este apoi finanțată de NHS. Acest lucru poate explica parțial de ce Letonia raportează una dintre cele mai mari rate de scanări CT la un milion de locuitori din UE (36 vs. 22 în UE, în ansamblu) - cu mult peste ratele raportate în celelalte state baltice. Mutarea proprietății și a guvernării funcționale a tuturor spitalelor la nivel central ar putea reduce astfel de ineficiențe.

Introducerea recentă a grupurilor legate de diagnostic este un alt pas către promovarea unei utilizări mai eficiente a resurselor spitalului. Cu toate acestea, spitalele nu au stimulente suficiente pentru a promova calitatea serviciilor. NHS ar putea lua în considerare aranjamente contractuale mai strategice pentru a stimula calitatea și eficiența. Ar putea, de exemplu, să consolideze monitorizarea și evaluarea activităților spitalicești și să contracteze selectiv cu spitale cu performanțe mai bune pentru a stimula îmbunătățirea calității. În plus, întrucât majoritatea serviciilor sunt încă rambursate în baza unei taxe pentru servicii, mecanismele de plată alternative ar putea reduce stimulentele pentru volum, mai degrabă decât calitatea serviciilor.

În ultimii ani, Letonia și-a consolidat infrastructura de informații privind sănătatea și a creat instrumente pentru accesul la date de înaltă calitate ale sistemului de sănătate. Mai multe instituții naționale, inclusiv CDPC, Biroul Central de Statistică și NHS colectează și raportează informații despre sistemul de sănătate referitoare la cheltuieli, activități de îngrijire a sănătății și calitate în îngrijirea primară și secundară.

Letonia a introdus, de asemenea, un sistem de e-sănătate în 2015. Toți furnizorii și pacienții sunt așteptați să împărtășească date despre diagnostice, servicii de îngrijire a sănătății și tratamente. Pe termen lung, introducerea sistemului e-Health ar trebui să contribuie la îmbunătățirea calității și eficienței îngrijirilor și la reducerea duplicării testelor de diagnostic. În prezent, însă, persistă lacune importante în informațiile privind calitatea

asistenței medicale în asistența primară și secundară. În general, este necesară o monitorizare și o evaluare mai sistematică a performanței furnizorului de sănătate și a rezultatelor pacienților. În acest scop, a fost întocmit un cadru de indicatori pentru evaluarea performanței sistemului de sănătate și, în cele din urmă, va sprijini evaluarea comparativă la nivelul furnizorilor de sănătate, la nivel regional și internațional. Măsurile timpurii luate până acum includ educarea personalului medical în problemele de siguranță a pacienților și o mai bună aplicare și evaluare a ghidurilor clinice. În prezent, utilizarea evaluării tehnologiei sănătății (HTA) este axată în principal pe evaluarea medicamentelor și a unor dispozitive medicale. Extinderea HTA pentru a sprijini prețurile și achizițiile, selectarea tehnologiilor non-medicamentoase, dezvoltarea de orientări clinice și evaluarea intervențiilor de sănătate publică ar putea contribui la obținerea unei eficiențe mai mari în mai multe domenii importante de cheltuieli¹⁸.

Strategia de sănătate publică 2014-2020, care actualizează Strategia de sănătate publică 2011-2017, este o reformă cheie. Acesta își propune să contribuie la îmbunătățirea stării de sănătate a populației și se axează pe creșterea anilor de viață sănătoși, precum și pe reducerea numărului de ani de viață potențial pierduți. O evaluare intermediară a strategiei a constatat că problemele identificate în strategie sunt încă relevante, iar direcțiile strategice propuse trebuie consolidate. Principalele obiective ale strategiei sunt:

- 1) creșterea numărului de ani de viață sănătoși ai locuitorilor Letoniei (atingerea a 57 de ani pentru bărbați și 60 de ani pentru femei în 2020); și
- 2) reducerea indicatorului potențialilor ani de viață pierduți cu 11%.

O evaluare intermediară (în 2017) a implementării Strategiei de sănătate publică 2014-2020 a constatat că direcțiile strategice privind promovarea sănătății, prevenirea bolilor și accesul la serviciile de sănătate trebuie consolidate. În consecință, prioritățile sectorului sănătății continuă să fie promovarea stilurilor de viață sănătoase și active, calitatea și eficiența serviciilor de îngrijire a sănătății, accentul pus pe o abordare a asistenței medicale centrată pe persoană și dezvoltarea asistenței medicale integrate, precum și îmbunătățirea accesibilității și reducerea inegalității în sănătate. Sectorul sănătății joacă un rol cheie în Planul Național de Dezvoltare 2021–2027 (PND 2027), în prezent în curs de dezvoltare, care definește obiectivele naționale de dezvoltare, prioritățile și direcțiile de acțiune. Scopul general al planului este creșterea calității vieții pentru toți cetățenii. NDP 2027, aprobat de Consiliul Național de Dezvoltare, Cabinetul de Miniștri și Parlament, acordă prioritate „familiilor puternice, oameni sănătoși și activi” și stabilește condițiile prealabile pentru o viață mai lungă, mai incluzivă și activă. Principalele domenii de acțiune sunt: nașterea și sprijinul familiei; stiluri de viață sănătoase; calitate; acces; eficacitatea serviciilor de îngrijire a sănătății; incluziunea socială prin intermediul serviciilor sociale; și asistență socială pentru grupurile vulnerabile. Mai multe dintre aceste domenii cheie sunt reflectate în Declarația noului guvern, un document privind implementarea activităților intenționate ale Cabinetului pe

¹⁸ <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/b9e65517-en.pdf?expires=1619115824&id=id&accname=guest&checksum=D96D831C5917B50901970AE0296CB0D6>

tot parcursul mandatului guvernamental, care stabilește următoarele priorități pentru sectorul sănătății:

- Îmbunătățirea accesului la serviciile de îngrijire a sănătății prin dezvoltarea unui model de finanțare durabil, definirea unui coș de servicii de sănătate unificat bazat pe dovezi furnizat tuturor rezidenților din Letonia, reducerea listelor de așteptare, asigurarea concurenței libere și loiale pe piața farmaceutică, îmbunătățirea accesului și reducerea prețurilor produse farmaceutice.

- Țintirea managementului și a calității prin consolidarea activității medicilor de familie, extinderea rolului asistenței medicale primare, îmbunătățirea calității asistenței medicale primare și a managementului instituțiilor medicale de stat și municipale, introducerea unei selecții bazate pe dovezi a tehnologiilor medicale, îmbunătățirea evaluării calității, ajustarea tarifelor la sănătate la costurile lor reale, asigurarea dezvoltării și utilizării sistemului unificat de e-sănătate.

- Creșterea sprijinului pentru grupuri țintă specifice; de exemplu, îngrijirea maternă și a copilului și sănătatea mintală. Planul pentru îmbunătățirea sănătății mamei și a copilului vizează îmbunătățirea îngrijirii materne și a copiilor prin promovarea sănătății și măsuri preventive, îmbunătățirea îngrijirii prenatale și postnatale, îngrijirea copiilor prematuri și a copiilor cu boli cronice, îmbunătățirea serviciilor de ambulatoriu pentru copii prin servicii de screening mai bune și examinări suplimentare și posibilități de reabilitare medicală. În domeniul sănătății mintale, scopul Planului de îmbunătățire a accesului la îngrijirea sănătății mintale pentru 2019-2020 este de a oferi cetățenilor asistență pentru îngrijirea sănătății mintale bazată pe dovezi, de înaltă calitate și receptivă. Planul include o serie de inițiative cu accent pe patru domenii principale: prevenirea și diagnosticarea precoce, îngrijirea centrată pe pacient și coordonarea îngrijirii, promovarea sănătății mintale și asigurarea resurselor umane suficiente în psihiatrie. Consolidarea tratamentului ambulatoriu va fi susținută prin noi centre ambulatorii regionale, echipe multidisciplinare, screeningul dezvoltării mentale pentru copii (1,5-5 ani), creșterea nivelului de rambursare farmaceutică și dezvoltarea unui program de reducere a depresiei și sinuciderii pentru tineri. Promovarea sănătății mintale este subliniată cu scopul de a reduce stigmatul și de a crește gradul de conștientizare a sănătății mintale în rândul populației. Planul include, de asemenea, o creștere a salariilor pentru personalul medical și recalcularea tarifelor pentru îngrijirea psihiatrică.

O prioritate importantă de urmărit se referă la produsele farmaceutice. Potrivit unei analize NHS din 2017, doar 35% dintre pacienți utilizează cele mai ieftine produse de referință, alții folosesc produse la prețuri mai mari în cadrul aceluiași grup de substanțe terapeutice sau active eligibile pentru coplată suplimentară. Astfel, în 2017, pacienții au plătit peste 25 de milioane de euro pentru medicamente rambursabile. Ar fi putut economisi o mare parte din această sumă cumpărând medicamente mai ieftine, cu eficiență echivalentă. Pentru a îmbunătăți disponibilitatea medicamentelor rambursabile, la 16 iulie 2019, guvernul a aprobat modificările la Regulamentul Cabinetului de Miniștri privind rambursarea medicamentelor și dispozitivelor medicale (Regulamentul Cabinetului de Miniștri nr. 899, 31 octombrie 2006, Proceduri de rambursare de cheltuieli pentru achiziționarea de produse medicamentoase și dispozitive medicale destinate

tratamentului medical ambulatoriu), inițiat de MS. Modificările vizează, de asemenea, reducerea costurilor medicamentelor și a coplăților pacienților pentru medicamentele rambursabile. Începând cu 1 aprilie 2020, în conformitate cu modificările aprobate la Regulamentul Cabinetului de Miniștri privind rambursarea medicamentelor și dispozitivelor medicale, coplățile pacienților pentru medicamentele rambursabile vor fi reduse prin următoarele măsuri:

- Diferența de preț dintre cele mai ieftine și cele mai scumpe medicamente cu eficacitate terapeutică echivalentă atunci când sunt listate de NHS nu trebuie să depășească pragul de 100%.

- În plus, prețul de referință extern va fi aplicat în continuare prețului din fabrică (sau prețului cu ridicata) cu scopul de a nu depăși al doilea preț cel mai mic din Cehia, Danemarca, Polonia, România, Slovacia și Ungaria și de a nu depăși cel mai mic preț în Estonia și Lituania.

- Medicii ar trebui să prescrie prin substanță activă (INN). Un medic poate folosi numele de marcă numai atunci când există afecțiuni medicale, cum ar fi apariția justificată a efectelor secundare de la cel mai ieftin echivalent sau, de exemplu, atunci când prescrie un medicament cu indice terapeutic îngust. INN-ul produsului trebuie prescris în cel puțin 70% din suma totală a prescripțiilor rambursabile pe parcursul anului, pe medic.

- Dacă există două sau mai multe medicamente rambursabile cu eficacitate terapeutică echivalentă cu cel mai mic preț, farmaciei i se cere să păstreze toate cele mai ieftine medicamente în stoc, îmbunătățind astfel alegerea pacientului dintre cele mai ieftine produse.

În cele din urmă, planurile viitoare prevăd, de asemenea, introducerea unui sistem național de calitate a asistenței medicale pentru a impune criteriile de calitate în selectarea furnizorilor de asistență medicală, o abordare a sistemului de plăți bazat pe rezultate și introducerea unei evaluări cuprinzătoare a tehnologiilor medicale pentru a stimula transparența și eficiența în sistem¹⁹.

LITUANIA

Speranța de viață a crescut în ultimii ani în Lituania, dar rămâne printre cele mai scăzute din UE. Ratele mortalității cauzate atât din prevenire, cât și din cauzele tratabile sunt cu mult peste media UE. Țara se confruntă, de asemenea, cu provocări legate de sănătatea mintală și controlul tuberculozei. Deși s-au înregistrat unele progrese în ultimii ani, consumul de alcool rămâne o preocupare majoră pentru sănătatea publică. Reducerea plăților din buzunar, revizuirea sectorului spitalicesc, consolidarea în continuare a asistenței medicale primare și extinderea măsurilor de prevenire ar contribui la îmbunătățirea stării de sănătate a populației, dar nivelul actual al cheltuielilor pentru asistență medicală rămâne prea scăzut pentru a aborda toate provocările în curs în mod eficient.

¹⁹<https://www.hspm.org/countries/latvia08052014/livinghit.aspx?Section=6.2%20Future%20developments&Type=Section>

Sistemul de sănătate lituanian este organizat în jurul unui fond unic de asigurare care asigură acoperirea sănătății aproape pentru întreaga populație (98% în 2018). Ministerul Sănătății, care guvernează Fondul Național de Asigurări de Sănătate (NHIF), formulează politica și reglementările în domeniul sănătății și este responsabil pentru acordarea de licențe pentru furnizorii și profesioniștii din domeniul sănătății, precum și pentru aprobarea investițiilor de capital în instituțiile de sănătate. Cele două surse principale de venit ale NHIF constau într-o contribuție alocată obligatorie din salarii și transferuri directe de la stat pentru a acoperi (în cea mai mare parte) grupuri de populație inactive din punct de vedere economic, precum copiii, studenții, pensionarii și șomerii.

NHIF achiziționează servicii de sănătate prin intermediul a cinci sucursale regionale. Administrațiile locale (60 de municipalități) joacă un rol important în furnizarea de servicii, deoarece dețin o mare parte din centrele de îngrijire primară (în special policlinici) și din spitalele mici și mijlocii. De asemenea, oferă unele servicii de sănătate publică. Sectorul privat joacă, de asemenea, un rol în furnizarea de asistență medicală primară și dentară, iar NHIF contractează din ce în ce mai mulți furnizori privați pentru o serie de servicii de îngrijire specializată ambulatorie.

Acoperirea prin NHIF este obligatorie și, în teorie, oferă servicii pentru toți rezidenții, sub rezerva statutului de asigurare confirmat. Persoanele neasigurate au dreptul în mod oficial la asistență de urgență gratuită.

În decembrie 2018, aproximativ 2% din populație nu era asigurată. Acestea pot fi persoane care nu au un loc de muncă, care nu au reușit să facă contribuții legale sau persoane înregistrate ca rezidenți, dar care locuiesc în străinătate.

În sistemul lituanian, îngrijirea primară acționează în mod obișnuit ca un prim punct de contact cu sistemul de sănătate pentru pacienți. Se livrează în centre publice sau private de îngrijire a sănătății, unde medicii generalişti (medici de familie) practică adesea alături de alți specialiști în asistență medicală primară, cum ar fi pediatri, ginecologi și psihiatri. Medicii de îngrijire primară joacă o funcție de întreținere la niveluri mai intensive de îngrijire; cu toate acestea, pacienții pot ajunge direct la specialiști care practică în medii finanțate public. Îngrijirea ambulatorie specializată este furnizată de secțiile ambulatorii ale spitalelor sau policlinicilor, precum și de furnizorii privați.

Cheltuielile Lituaniei pentru îngrijirea sănătății sunt printre cele mai scăzute din UE. În 2017, cheltuielile curente cu sănătatea au reprezentat 6,5% din PIB, al cincilea cel mai mic din UE și substanțial mai mic decât media UE de 9,8%. În ceea ce privește cheltuielile per persoană, în 2017 Lituania a cheltuit 1 605 EUR (ajustat pentru diferențele de putere de cumpărare) - puțin mai mult de jumătate din media UE de 2 884 EUR pe persoană. În plus, doar aproximativ două treimi (67%) din cheltuielile cu sănătatea sunt finanțate din fonduri publice, o pondere semnificativ mai mică decât media UE (79%). Plățile din buzunar (Out-of-pocket OOP) acoperă treimea rămasă din cheltuielile cu sănătatea - una dintre cele mai mari cote din UE.

În plus, fondurile structurale și de investiții ale UE joacă un rol important în finanțarea proiectelor legate de asistența medicală în Lituania, în valoare de 238 milioane EUR în 2007-13 și 131 milioane EUR pentru 2014-2020.

Cheltuielile pentru îngrijirea spitalizată au fost cel mai mare element de cost în 2017, reprezentând 30% din bugetul total al asistenței medicale. O pondere similară a fost cheltuită pe produse farmaceutice și dispozitive medicale (29%). Această alocare a resurselor sistemului de sănătate diferă substanțial de cea a majorității țărilor UE: procentul cheltuit pentru produse farmaceutice și dispozitive medicale este mult mai mare în Lituania (29% față de 18% în UE), în timp ce cheltuielile pentru îngrijirea pe termen lung este mult mai mică (8% vs. 16%). Se pot observa și variații importante atunci când se compară date din țări cu niveluri similare de cheltuieli de sănătate pe cap de locuitor: în timp ce modelele de cheltuieli între funcțiile de asistență medicală din Lituania sunt foarte similare cu cele din Letonia, ele diferă substanțial de cele din Estonia, care alocă relativ mai mult resurse pentru îngrijiri ambulatorii și mai puține pentru produse farmaceutice și îngrijiri spitalicești.

Pachetul de beneficii NHIF nu este definit în mod explicit, dar acoperă o gamă relativ largă de servicii de sănătate. Toți rezidenții permanenți au dreptul la îngrijiri de urgență gratuite, chiar dacă nu sunt asigurați. Produsele farmaceutice ambulatorii și îngrijirea dentară sunt principalii factori principali ai cheltuielilor OOP (din buzunar) pentru sănătate. Ministerul Sănătății a definit o listă pozitivă pentru medicamentele eliberate pe bază de rețetă ambulatorie însoțite de un sistem complex de coplată, care este în prezent în curs de revizuire. Adulții nu au acoperire pentru îngrijirea dentară, care este oferită gratuit numai copiilor și persoanelor care beneficiază de sprijin pentru venit.

Lituania are un număr mare de medici comparativ cu media UE (4,6 față de 3,6 la 1000 de populații în 2017), dintre care puțin peste o cincime sunt medici de familie. În același timp, numărul asistenților medicali este ușor mai mic decât media UE (7,7 vs. 8,5).

În ultimii 20 de ani, oferta de medici a crescut, în timp ce numărul de asistenți medicali practicanți a rămas stabil, ducând la o reducere a raportului asistent-medic de la 2,1 în 2000 la 1,7 în 2016. Strategia națională de sănătate 2014-25 își propune să restabilească raportul asistent-medic la 2,0 până în 2020, deși datele recente sugerează că nu s-au înregistrat încă progrese în această direcție. Strategia intenționează, de asemenea, să documenteze și să abordeze alte preocupări crescânde cu privire la oferta actuală și viitoare de forță de muncă din domeniul sănătății în Lituania, inclusiv lipsa de specialiști medicali în afara orașelor mai mari, fluxurile migratorii în curs de desfășurare a medicilor mai tineri și a altor profesioniști din domeniul sănătății și consecințele îmbătrânirii practicanților din prezent. Această ultimă problemă este în special demnă de atenția guvernului pe termen scurt, întrucât 39% dintre medici aveau vârsta peste 55 de ani în 2017, sugerând că mulți se vor retrage în următorii zece ani. Pentru a atrage medicii de îngrijire primară pentru a practica în zonele periferice, NHIF a introdus o plată de capitație mai mare pentru pacienții care trăiesc în mediul rural. Spitalele situate în aceste locuri au început, de asemenea, să ofere salarii crescute medicilor (+28%) și asistenților medicali (+30%). Împreună cu municipalitățile, guvernul a instituit recent, de asemenea, subvenții pentru studenții la medicină care doresc să lucreze în zone îndepărtate.

Cu toate acestea, coordonarea între diferiți furnizori de servicii medicale rămâne o problemă majoră. Disponibilitatea serviciilor de sănătate mintală și de îngrijire primară

nu se traduce în mod sistematic într-o abordare funcțională a echipei, cu mecanisme eficiente de depistare precoce a bolii și satisfacerea nevoilor pacienților. Coordinarea dintre îngrijirile spitalicești și ambulatorii este, de asemenea, insuficientă. Acest lucru poate explica, cel puțin parțial, de ce rata sinuciderilor după spitalizare la pacienții diagnosticați cu o tulburare mintală este printre cele mai mari raportate în UE.

În 2017, Biroul Național de Audit a solicitat eforturi reînnoite pentru a identifica și a sprijini persoanele cu risc de probleme de sănătate mintală și pentru a asigura sprijin imediat și continuu persoanelor care au încercat să se sinucidă, subliniind necesitatea schimbului de informații între instituții.

Un recent ordin ministerial prevede că, din noiembrie 2019, vor fi furnizate noi servicii de îngrijire a sănătății copiilor și adolescenților în instituțiile de îngrijire a sănătății mintale. În plus, rețeaua de instituții care oferă îngrijiri psihiatrice de zi pentru copii și adolescenți se va extinde de la cinci instituții la zece.

Din 2019, Ministerul a început, de asemenea, să finanțeze birourile municipale de sănătate publică pentru a promova prevenirea sănătății mintale în școli. Obiectivele acestui program sunt de a spori competențele personalului școlar în detectarea și abordarea problemelor de sănătate mintală și îmbunătățirea alfabetizării generale în domeniul sănătății mintale.

În 2016, Agenția de Stat de Acreditare a Sănătății - organismul public responsabil cu acordarea de licențe pentru organizațiile de asistență medicală și pentru majoritatea profesioniștilor - a lansat un program de acreditare cu scopul de a îmbunătăți calitatea prestării serviciilor de sănătate. Cu toate acestea, doar un număr limitat de organizații de îngrijire primară au trecut prin acest proces, în ciuda stimulentei financiare dezvoltate de către autorități.

Medicii de asistență medicală primară din Lituania sunt plătiți utilizând o combinație între o taxă de capitație și o componentă de plată pentru performanță. În prezent, facilitățile primesc o rată de capitație ajustată în funcție de sex și de locație (reprezentând aproximativ trei sferturi din veniturile facilităților) asociată cu plăți pe activități pentru o listă de servicii specifice, cum ar fi imunizarea sau monitorizarea femeilor însărcinate. Elementul final al remunerației este o plată bazată pe rezultate legată de o listă de indicatori de performanță, care reprezintă aproximativ 10% din venituri. Indicatorii utilizați în prezent includ, de exemplu, ratele de acoperire a screening-ului cancerului și recomandările de spitalizare pentru afecțiuni cronice, cum ar fi diabetul. În ultimii ani, ponderea capitației în veniturile totale pentru furnizorii de asistență medicală primară a scăzut în favoarea componentei bazate pe performanță. Această plată bazată pe performanță pare să fie bine concepută și monitorizată, iar unii indicatori (cum ar fi ratele de screening) arată îmbunătățiri. Cu toate acestea, schema actuală ar putea fi îmbunătățită prin includerea altor indicatori, cum ar fi indicatorii de proces.

Ministerul Sănătății a emis aproximativ 120 de protocoale de diagnostic și tratament pentru a promova îngrijiri mai adecvate și mai eficiente (în cardiologie, oncologie, neurologie, traumatologie și pediatrie).

Proporția lituanienilor care raportează nevoi nesatisfăcute pentru examinare și tratament medical este relativ mică. Doar 1,5% din populație a raportat bariere în accesul

la îngrijire în 2017 din cauza timpului de așteptare, a costurilor sau a distanței de parcurs. În plus, diferența între grupurile de venituri a fost relativ mică. Cu toate acestea, nivelurile de nevoi nesatisfăcute sunt mai ridicate pentru servicii care sunt mai puțin acoperite, cum ar fi îngrijirea dentară.

Oamenii din Lituania au tendința de a consulta serviciile de sănătate mai frecvent decât alți cetățeni ai UE. În 2016, lituanienii au consultat medicii în medie de peste nouă ori, ceea ce este cu 20% peste media UE. În același an, numărul persoanelor internate și externate din spital a fost al patrulea cel mai mare dintre țările UE. Aceste rate ridicate de utilizare sugerează că accesul la medici și spitale este bun, cu avertizarea că astfel de măsuri trec cu vederea elemente importante care sunt, de asemenea, aspecte ale accesibilității (de exemplu, calitatea).

Deși puțini lituanieni au raportat nevoi nesatisfăcute de îngrijire medicală din motive financiare, plățile OOP au reprezentat aproape o treime (32%) din cheltuielile de sănătate din Lituania - mai mult de două ori decât media UE. Majoritatea cheltuielilor OOP sunt folosite pentru a plăti produse farmaceutice, dar îngrijirea dentară reprezintă, de asemenea, o pondere considerabilă din cheltuielile OOP.

Deși nu există taxe oficiale de utilizare pentru îngrijirea primară, ambulatorie și internată, până de curând, pacienții se confruntau cu rate de coplată substanțiale pentru medicamentele ambulatorii. O serie de măsuri au fost luate începând cu 2017 pentru a reduce nivelul plăților OOP la medicamente. Acestea includ adăugarea a 45 de molecule noi în lista de rambursare, o creștere a nivelurilor de rambursare și plafoane pentru diferențele de preț între prețurile plătite la nivel de farmacie și prețurile de rambursare de referință. Ca urmare, co-plata medie pe rețetă a scăzut de la 3,4 EUR în 2017 la 2,3 EUR în 2019, iar ponderea cheltuielilor OOP cu medicamente rambursabile a scăzut de la 21,2% în 2016 la 6,8% în primele două luni ale anului 2019. În plus, începând din aprilie 2019, toate coplățile pentru medicamentele incluse pe lista A au fost reduse substanțial. Dezvoltarea unui model separat de rambursare a medicamentelor pentru persoanele cu venituri mici este, de asemenea, în discuție. Autoritățile iau în considerare măsuri suplimentare pentru promovarea utilizării medicamentelor generice și a colaborării internaționale.

Sănătatea este o prioritate intersectorială importantă în principalele documente de planificare strategică ale Lituaniei. Un număr mare de strategii interconectate și planuri de acțiune conexe conturează strategia țării în ceea ce privește sănătatea. „Sănătatea pentru toți” este una dintre cele trei priorități orizontale ale strategiei naționale de dezvoltare a țării, Lituania 2030. Implementarea acestei priorități orizontale este prevăzută într-un plan de acțiune intersectorial specific, coordonat de Ministerul Sănătății și care implică alte nouă ministere, care sunt însărcinate cu dezvoltarea și finanțarea propriilor planuri de acțiune conexe. Un alt set de strategii și planuri interministeriale include, printre altele, acțiuni privind controlul și prevenirea consumului de droguri, alcool și tutun²⁰.

²⁰ <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/35913deb-en.pdf?expires=1619188776&id=id&accname=guest&checksum=201905E39A0EC303518CBB4145BE0367>

POLONIA

Populația poloneză are una dintre cele mai scăzute speranțe de viață din Europa. Sistemul de asigurări sociale de sănătate oferă acces la o gamă largă de beneficii, dar există lacune importante de acoperire, în special pentru medicamentele ambulatorii. Sistemul de sănătate tinde să se bazeze excesiv pe îngrijirile spitalicești și se confruntă cu lipsa de lucrători din domeniul sănătății, în special cu medicii primari. Prioritățile actuale de reformă includ îmbunătățirea coordonării îngrijirilor, raționalizarea îngrijirilor spitalicești și consolidarea furnizării de îngrijiri ambulatorii.

Sistemul de sănătate al Poloniei se bazează pe asigurări sociale de sănătate (SHI). Ministerul Sănătății împarte guvernanta și responsabilitatea pentru îngrijirea sănătății cu trei niveluri de guvernare teritorială: municipalitățile (gmina) sunt responsabile de îngrijirea primară, județele (powiat) sunt responsabile pentru spitalele județene (adesea) mai mici și districtele (voievodate) pentru 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 (sau ambulatorii), în timp ce majoritatea spitalelor sunt publice. Această diversitate de competențe prezintă provocări considerabile pentru o coordonare eficientă a activităților din sistemul de sănătate.

Din 2003-2004, Fondul Național de Sănătate (NHF) a fost singurul cumpărător în sistemul SHI prin intermediul celor 16 sucursale de district, care gestionează funcția de cumpărare în districtele respective. În ultimii ani, influența NHF asupra contractelor a fost oarecum slăbită de rolul crescând al agenției de evaluare a tehnologiei sănătății (HTA), care în 2015 a devenit responsabilă de stabilirea tarifelor pentru serviciile de sănătate SHI, precum și de introducerea rețelei de spitale.

În 2017, Polonia a introdus o inițiativă „rețea de spitale” pentru a sprijini integrarea îngrijirilor ambulatorii și a celor de spitalizare. Spitalele incluse în această rețea trebuie să înființeze clinici ambulatorii specializate care să acopere atât îngrijirea în internare, cât și ambulatorie, în schimbul unei finanțări forfetare.

Ponderea din PIB pe care Polonia o dedică sănătății este semnificativ mai mică decât media UE (9,8%), cu 6,5% alocată sănătății în 2017. Pe persoană, cheltuielile cu sănătatea s-au ridicat la 1 507 EUR (ajustat pentru diferențele de putere de cumpărare), al șaselea cel mai mic din UE. Majoritatea cheltuielilor de sănătate sunt finanțate din contribuțiile de asigurări de sănătate printr-un impozit pe salariu alocat. În general, ponderea publică a cheltuielilor pentru sănătate a fost de aproximativ 70% în 2016, sub media UE de 79%. Cheltuielile din buzunar (OOP - Out-of-pocket) au reprezentat 23% din toate cheltuielile pentru sănătate, cea mai mare parte fiind cheltuite pe medicamente ambulatorii. Aproximativ 6% din cheltuielile de sănătate sunt asigurate voluntar de sănătate.

Sprijinul financiar din fondurile structurale și de investiții europene este o sursă importantă de finanțare externă pentru sistemul de sănătate. În perioada de finanțare 2014-20, Poloniei i s-au alocat aproximativ 2,8 miliarde EUR pentru a se concentra

asupra programelor de sănătate publică, dezvoltând soluții de e-sănătate și îmbunătățind calitatea îngrijirii. Din 2016, planurile pentru noi investiții care necesită cofinanțare publică, inclusiv din partea UE, trebuie să fie supuse unei evaluări formale pentru a se asigura că sunt rentabile și reflectă nevoile locale. Ambele obiective au fost recunoscute recent la nivelul UE, cu rapoarte care subliniază că ineficiențele în cheltuieli trebuiau soluționate și că investițiile în îngrijirea sănătății ar trebui să țină seama de disparitățile regionale.

Există deja numeroase programe de îmbunătățire a coordonării asistenței medicale pentru anumite condiții sau grupuri de populație, cum ar fi pacienții cu cancer, iar noi programe sunt în curs de pilotare, de exemplu în domeniul îngrijirii psihiatrice. Coordonarea îngrijirii între diferiți furnizori este stimulată financiar (prin plata pentru performanță) și un tratament preferențial în procesul de contractare. În 2017, legislația a consolidat coordonarea asistenței primare prin introducerea unor echipe multidisciplinare de asistență primară pentru a coordona căile de îngrijire, inclusiv tratamentul post-spital și reabilitarea. Coordonarea îngrijirii va acoperi, de asemenea, activitățile din domeniile promovării și prevenirii sănătății. Acest model este în curs de pilotare și, de la sfârșitul anului 2020, va introduce elemente de plată pentru performanță.

Sistemul polonez de îngrijire a sănătății este afectat de dezechilibre mari în furnizarea de servicii, cu o infrastructură prea mare în sectorul spitalicesc, furnizarea insuficientă de îngrijiri ambulatorii (inclusiv acces slab la diagnosticare) și îngrijire pe termen lung și o coordonare slabă între internare și îngrijire ambulatorie. Numărul paturilor de spital este ridicat, cu 6,6 paturi la 1000 de locuitori în 2017, comparativ cu media UE de 5,0, și sunt distribuite inegal în toată țara. Acest lucru contribuie la formarea inegalităților în accesul la îngrijire. Lipsa inițiativelor de reducere a numărului de paturi se datorează în parte naturii extrem de fragmentate a proprietății spitalului.

Planificarea strategică generală a forței de muncă din domeniul sănătății nu este încă bine dezvoltată în Polonia, ducând la lipsa de profesioniști din domeniul sănătății și dificultăți în accesarea serviciilor de îngrijire. Lipsa forței de muncă din domeniul sănătății a devenit și mai acută de la aderarea Poloniei la UE în 2004, ceea ce a facilitat un flux mare de profesioniști din domeniul sănătății din țară.

Numărul de medici la 1000 de locuitori (2,4) este cel mai mic dintre toate țările din UE. Vârsta medicilor exacerbează îngrijorările privind viitorul, întrucât aproximativ un sfert dintre medicii practicanți depășesc vârsta de pensionare - o pondere de aproape 40% pentru unele specialități, cum ar fi chirurgia generală. Numărul asistenților medicali (5,1 la 1000 de locuitori) este, de asemenea, unul dintre cele mai scăzute din UE.

Numărul medicilor generaliști (medicii de familie), ca pondere a tuturor medicilor, este al doilea cel mai mic din UE (9% față de media UE de 23%). Pentru a compensa consecințele negative ale acestui deficit, Polonia permite specialiștilor în medicină internă și pediatriilor să lucreze ca medici de familie.

Au fost introduse măsuri în ultimii ani pentru a îmbunătăți accesul la îngrijire și pentru a reduce gradul de nevoie medicală nesatisfăcută. O inițiativă majoră în 2016 a introdus accesul gratuit (scutirea de la partajarea tuturor costurilor) la o gamă largă de medicamente pentru persoanele cu vârsta de peste 75 de ani. La sfârșitul anului 2016,

1,6 milioane de persoane în vârstă au putut accesa medicamente în cadrul noului program, iar cheltuielile lor din buzunar pentru medicamentele rambursate au scăzut comparativ cu 2015.

Din 2017, Polonia a participat, de asemenea, la platforma „Prețuri corecte și accesibile”, care vizează îmbunătățirea accesului la medicamente.

Din 2015, au fost introduse o serie de programe integrate de îngrijire pentru a îmbunătăți accesul și calitatea asistenței medicale pentru anumite grupuri de populație, inclusiv pacienții cu cancer, femeile însărcinate (din 2017) și copiii sub 18 ani cu anumite condiții de sănătate (din 2017). Noile programe coordonate de îngrijire sunt în curs de pilotare, inclusiv pentru pacienții care necesită îngrijire psihiatrică și pacienții cu scleroză multiplă. Cu toate acestea, rezultatele acestor măsuri privind îmbunătățirea calității generale și a accesibilității îngrijirilor sunt mixte. De exemplu, mai mult de jumătate dintre pacienții cu cancer suspectat au primit acces rapid la alte proceduri de diagnostic și tratament necesar. Pe de altă parte, în timp ce limitele scanărilor RMN și CT au fost ridicate în 2018, timpul de așteptare pentru aceste beneficii este încă lung, probabil datorită prioritizării pacienților cu acces mai rapid garantat.

Accentul crescând asupra îngrijirii coordonate din Polonia a dus indirect la unele noi responsabilități pentru profesiile din domeniul sănătății. Din 2015, asistenților medicali și moașelor cu pregătire relevantă li s-a permis să prescrie anumite medicamente și teste de diagnostic, iar din 2016 personalul ambulanței a câștigat noi competențe, cum ar fi lucrul în secțiile de spital alături de asistenți medicali. Cel mai recent, în 2018, Ministerul Sănătății a propus creșterea numărului de secretare medicale în ambulatoriu pentru a ajuta la ameliorarea poverii administrative a medicilor și, în 2019, responsabilitățile kinetoterapeuților au fost extinse.

Astfel de schimbări sunt susceptibile de a sprijini politici mai recente care se așteaptă ca medicii să ofere îngrijiri coordonate anumitor tipuri de pacienți și / sau afecțiuni, prin distribuirea sarcinilor îndeplinite în mod tradițional de către medici către alți profesioniști din domeniul sănătății. Aceste așteptări nu sunt definite în mod formal și, prin urmare, încurajează inițiativele ascendente care permit schimbarea mixului de competențe să se dezvolte „la locul de muncă”. De exemplu, legislația care a introdus îngrijiri oncologice coordonate nu specifică cine ar trebui să facă coordonarea și, în practică, în multe spitale acest rol a fost asumat de asistenți medicali fără nicio pregătire suplimentară.

O îmbunătățire a utilizării soluțiilor IT și e-Health are potențialul de a îmbunătăți în continuare eficiența. Deși aceasta a fost o prioritate a politicii de sănătate de peste un deceniu, progresul a fost lent până recent. În prezent, toate farmaciile și un număr din ce în ce mai mare de furnizori de servicii medicale sunt conectate la serviciul ePrescription, care este obligatoriu începând cu 2020. Un pilot de eReferrals este în curs de desfășurare și se așteaptă o lansare națională în 2021. Utilizarea soluțiilor mHealth este scăzut și exemplele se limitează la sectorul privat, deși prescripțiile pentru utilizarea dispozitivelor mobile pentru monitorizarea inimii au fost acoperite de SHI de câțiva ani.

Medicii polonezi nu au bugete de distribuire și nu există prescriere pe ingrediente active/Denumire internațională neproprietară (INN) sau linii directoare privind prescrierea

rentabilă. Cu toate acestea, marjele farmaciei sunt conținute de limitele de preț stabilite pentru anumite grupuri de medicamente, mai degrabă decât de prețul unui anumit medicament, pentru a descuraja farmaciștii să vândă medicamente mai scumpe din același grup.

Farmaciștii sunt, de asemenea, obligați din punct de vedere legal să informeze pacienții cu privire la echivalente generice mai ieftine și să stocheze astfel de produse. Astăzi, cota de piață a medicamentelor generice din Polonia este printre cele mai mari din Europa - în 2017, 89% din medicamentele eliberate pe bază de rețetă eliberate în spitale și 76% distribuite în farmaciile ambulatorii erau generice. Legislația introdusă în 2012 a îmbunătățit concurența prețurilor pe piața produselor generice. Cu toate acestea, deoarece se aplică numai medicamentelor care au intrat pe piață din 2012, persistă diferențe majore de preț pentru medicamentele care au intrat pe piața farmaceutică poloneză înainte de 2012²¹.

În august 2018, președintele a semnat modificarea Legii privind serviciile de îngrijire a sănătății finanțate din surse publice. Conform acestui amendament, cheltuielile publice pentru îngrijirea sănătății vor fi crescute treptat până la 6% din PIB în 2024. Salariile medicilor rezidenți care urmează specializare vor fi, de asemenea, majorate: cu 600 PLN pe lună pentru specializări în domenii neprioritare și de 700 PLN pentru specializări în domenii prioritare. Salariile de bază ale medicilor care au finalizat pregătirea de specializare vor fi, de asemenea, majorate dacă se angajează să lucreze într-o entitate terapeutică care primește finanțare publică (timp de 2 ani în primii 5 ani după finalizarea formării de specializare). Obiectivul principal al acestor schimbări este creșterea accesului la serviciile de îngrijire a sănătății și îmbunătățirea calității acestora²².

SLOVACIA

Sănătatea generală a populației slovace a crescut substanțial în ultimii 15 ani, iar sectorul sănătății a suferit reforme majore. Cei mai mulți indicatori ai stării de sănătate a populației rămân însă sub media UE, cu toate acestea, și există diferențe substanțiale în rezultatele sănătății populației între grupurile etnice și socio-economice. În plus, în ciuda nivelurilor scăzute actuale ale cheltuielilor pentru sănătate, sectorul asistenței medicale se confruntă cu provocări de durabilitate fiscală pe termen lung, care vor necesita îmbunătățiri continue ale eficienței sistemului de sănătate.

Trei companii de asigurări de sănătate (una publică și două private) operează sistemul de sănătate obligatoriu în Slovacia, stabilind contracte cu furnizorii de sănătate și negociază calitatea, prețurile și volumele în mod individual. Aceste companii concurează pentru a înscrie oamenii în principal pe baza unor timpi de așteptare mai reduși și a unor servicii suplimentare. Autoritatea de supraveghere a asistenței medicale

²¹ <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/297e4b92-en.pdf?expires=1619195469&id=id&accname=guest&checksum=573AD2B388C9EB5FE0900397DC79F577>

²² <https://www.hspm.org/countries/poland27012013/livinghit.aspx?Section=6.2%20Future%20developments&Type=Section>

servește ca un organism independent de monitorizare pentru piețele de asigurări de sănătate, asigurări și achiziții. Ministerul Sănătății funcționează ca principalul organism de reglementare din cadrul sistemului de sănătate. Este, de asemenea, acționarul unic al celei mai mari companii de asigurări de sănătate (VšZP), acoperind puțin peste 60% din populație. Egalizarea riscurilor a fost implementată pentru a redistribui veniturile companiei de asigurări de sănătate, pentru a compensa diferențele socio-economice, demografice și de stare generală de sănătate dintre cei asigurați.

Furnizarea de servicii este descentralizată și oferită de un mix de furnizori publici și privați. Furnizorii de servicii medicale publice și private semnează contracte cu companiile de asigurări de sănătate pentru a fi eligibili pentru rambursare. Medicii generalişti (medici de familie) și specialiștii din serviciile de ambulatoriu pot fi furnizori independenți, privați sau publici. Proprietatea și gestionarea majorității spitalelor publice sunt descentralizate la nivel regional, chiar dacă guvernul central își păstrează responsabilitatea pentru gestionarea unei treimi din spitalele publice. Companiile de asigurări de sănătate au contracte cu spitale și, uneori, chiar direct cu secții, pentru diferite tipuri și volume de servicii de sănătate.

În teorie, toți rezidenții trebuie să fie acoperiți de una dintre cele trei companii de asigurări de sănătate. În practică, o mică parte a populației (5% în 2017) nu plătește contribuții de asigurări de sănătate și, prin urmare, nu este acoperită. Majoritatea acestor persoane își au reședința legală în Slovacia, dar locuiesc și lucrează în străinătate și, prin urmare, pot fi acoperite de sistemul de sănătate din țara gazdă. Ca urmare, proporția populației care nu este acoperită în practică este semnificativ sub 5%.

În 2017, Slovacia a cheltuit 1 600 EUR de persoană pe sănătate (ajustat pentru diferențele de putere de cumpărare), care este cu peste 40% mai mică decât media UE. În ciuda unei creșteri substanțiale în termeni absoluți în ultimul deceniu, cheltuielile cu sănătatea ca pondere din PIB au rămas stabile, reprezentând 6,7% din PIB în 2017 - o pondere mult mai mică decât media UE de 9,8%.

Majoritatea cheltuielilor pentru sănătate sunt finanțate public (80% în 2017). Sursele de venituri sunt în principal contribuțiile salariale plătite de angajatori și angajați, reprezentând puțin mai mult de două treimi din cheltuielile publice totale pentru sănătate. Cealaltă treime din total provine din venituri fiscale generale pentru a plăti contribuții pentru unele categorii subvenționate ale populației, cum ar fi membrii familiei dependenți, studenți și pensionari.

Plățile din buzunar (OOP - Out-of-pocket) în Slovacia corespund în principal plăților oficiale coproduse pentru medicamente ambulatorii prescrise și taxelor de utilizare pentru serviciile de sănătate sau bunurile care nu sunt acoperite de companiile de asigurări de sănătate. În 2015, guvernul a adoptat o lege pentru reglementarea acestor taxe de utilizare; de exemplu, interzicerea plăților pentru programări la o anumită oră. Cu toate acestea, companiile de asigurări au reușit să ocolească această legislație și să dezvolte noi mecanisme de coplată. Estimările cheltuielilor sugerează, de asemenea, existența unei probleme persistente referitoare la plățile informale în Slovacia.

Puțin peste o treime din cheltuielile curente cu sănătatea (560 EUR de persoană, ajustate pentru diferențele de putere de cumpărare) au fost alocate produselor

farmaceutice și dispozitivelor medicale în 2017. Doar o țară (Bulgaria) a dedicat o parte mai mare din cheltuielile sale de sănătate acestei categorii de cheltuieli. Chiar dacă ponderea ridicată poate fi atribuită dimensiunii reduse a bugetului pentru sănătate din Slovacia (având în vedere că cererea de medicamente este mai degrabă inelastică), cheltuielile pentru produse farmaceutice depășesc media UE de 519 EUR. Acesta este un semn că sectorul ar putea să fie mai bine reglementat și că, controlul nivelului ridicat al cheltuielilor cu produse farmaceutice a fost o provocare de lungă durată în Slovacia.

Îngrijirea ambulatorie a absorbit o altă treime din cheltuielile curente de sănătate, iar îngrijirea din cadrul spitalelor peste un sfert. Ponderea cheltuielilor pentru îngrijirea preventivă este cea mai mică din UE, reprezentând doar 1% din totalul cheltuielilor pentru sănătate în 2017, comparativ cu media UE de 3%. Câștiguri semnificative în materie de sănătate ar putea fi obținute în Slovacia dacă s-ar dedica mai multe fonduri și atenție politică pentru îngrijirea preventivă.

În 2017, Slovacia avea o densitate de medici apropiată de media UE (3,4 medici la 1000 locuitori vs. 3,6), dar numărul asistenților medicali era sub media UE. Țara este una dintre puținele care raportează o reducere a numărului de asistenți medicali între 2000 și 2017 atât în cifre absolute, cât și pe bază de locuitor.

În principiu, medicii de familie acționează ca gardieni ai sistemului de sănătate, dar acest rol nu este bine pus în aplicare, iar pacienții adesea văd specialiști direct. Chiar dacă cele opt regiuni autonome sunt obligate să asigure un raport minim medic de familie-populație, accesibilitatea asistenței medicale primare variază și este raportată a fi problematică în mai multe regiuni. Fondurile structurale europene au jucat un rol în abordarea acestei provocări, oferind finanțare în perioada 2014-2020 pentru înființarea sau renovarea „centrelor integrate de îngrijire” în întreaga țară.

Toate instituțiile de sănătate sunt responsabile pentru propria investiție de capital, însă pozițiile lor financiare nu le-au permis să investească substanțial în ultimii ani. Spitalele administrate de guvernul central au acumulat datorii substanțiale în ultimii ani (728 milioane EUR în 2017). Acest lucru a necesitat mai multe runde de salvare din partea guvernului central. În consecință, fondurile UE au fost principalul motor al investițiilor de capital în sectorul asistenței medicale, iar fondurile structurale pentru perioada 2014-2020 au oferit sprijin pentru 28 de spitale începând din 2016.

Din punct de vedere istoric, Slovacia a rămas în urma multor alte state membre ale UE în ceea ce privește investițiile în promovarea sănătății și prevenirea bolilor. În 2017, doar 1% din cheltuielile curente cu sănătatea au fost alocate prevenirii, o pondere mult mai mică decât media UE (3%). În ciuda adoptării unui program național de promovare a sănătății în 2014, implementarea unor acțiuni concrete pentru reducerea factorilor de risc precum consumul de tutun și alcool și pentru prevenirea obezității rămâne limitată. În 2018, guvernul a inițiat o discuție cu privire la posibilitatea introducerii de noi impozite pe băuturi răcoritoare și țigări electronice, dar acest proiect a fost abandonat în 2019.

Un sector de îngrijire primară mai puternic ar putea facilita gestionarea sarcinii tot mai mari a bolilor cronice. Admiterile spitalicești potențial evitabile pentru astm și boli pulmonare obstructive cronice, diabet și insuficiență cardiacă congestivă sunt mult mai

mari în Slovacia decât în majoritatea celorlalte țări ale UE care raportează aceste date. Aceste rezultate pot fi explicate parțial prin numărul redus de medici de familie și funcția lor slabă de întreținere, în ciuda încercărilor recente ale guvernului de a aborda această problemă. Unele responsabilități specifice au fost transferate de la specialiști la medicii de familie, iar guvernul discută în prezent o schimbare a schemei de remunerare a medicilor către un sistem de plată „pe episod”. Astfel de reforme ar putea reduce trimerile inutile către specialiști și spitale.

„Centrele de îngrijire integrată” sunt, de asemenea, în curs de dezvoltare. Se așteaptă ca 88 dintre acestea să se deschidă în următorii ani cu sprijin din fonduri UE. Aceste centre își propun să adune specialiști și medici de familie într-o singură locație, pentru a îmbunătăți coordonarea și calitatea îngrijirilor. Acestea vor fi înființate în toată țara, permițând mai mult de 70% din populație să ajungă la un centru în 20 de minute cu mașina.

O infrastructură de informație digitalizată care asigură schimbul de informații clinice și de altă natură în timp util și fiabil este o opțiune pentru îmbunătățirea rezultatelor sănătății și a eficienței sistemului de sănătate. După aproape zece ani de dezvoltare și cu sprijin financiar oferit de UE, Slovacia și-a lansat sistemul public de e-sănătate în ianuarie 2018. Acest lucru permite medicilor și altor profesioniști din domeniul sănătății să-și înregistreze acțiunile și alte informații legate de pacienți - cum ar fi istoricul medical - în format electronic. Datorită lipsei unei soluții publice de e-sănătate înainte de aceasta, un sistem dezvoltat privat a câștigat popularitate și este încă utilizat pe scară largă de către practicieni, chiar dacă a devenit obligatoriu ca practicienii să treacă la sistemul public de e-sănătate începând cu 2018. Per total, 90% din medicii primari foloseau un sistem electronic de evidență medicală în 2018²³.

SLOVENIA

Speranța medie de viață în Slovenia a crescut rapid în ultimul deceniu, dar morbiditatea și mortalitatea din cauza factorilor de risc comportamentali sunt în creștere. Asigurarea socială de sănătate este obligatorie cu un singur sistem de plată și acoperă practic toți rezidenții permanenți. Slovenia ia măsuri pentru a-și pregăti sistemul de sănătate pentru a răspunde nevoilor unei populații care îmbătrânește rapid și a unui număr tot mai mare de persoane cu afecțiuni cronice, îmbunătățind promovarea sănătății și coordonarea îngrijirii. Crearea unui sistem puternic de îngrijire primară a fost un accent major pentru reformele politicii de sănătate.

Slovenia are asigurări sociale de sănătate (SHI) obligatorii operate de un singur cumpărător, Institutul de asigurări de sănătate din Slovenia (HIIS). Practic fiecare rezident este acoperit de sistemul unic de asigurare obligatorie. Aproximativ 95% din populație achiziționează, de asemenea, asigurări de sănătate voluntare complementare (VHI), în principal pentru a acoperi coplățile, care reprezintă cea mai mare pondere din UE. Există

²³ <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/c1ae6f4b-en.pdf?expires=1619198616&id=id&accname=guest&checksum=9EEB1552B652B93A0ACBE0B9CEAF27BB>

o dezbatere în curs cu privire la sustenabilitatea fiscală pe termen lung a sistemului de sănătate, având în vedere că Slovenia se bazează aproape exclusiv pe contribuțiile salariale pentru a-și finanța sistemul, dar are una dintre populațiile care îmbătrânesc cel mai rapid din UE.

Sistemul de sănătate este relativ centralizat, iar Ministerul Sănătății este responsabil pentru legislația, planificarea, implementarea și reglementarea în domeniul sănătății. Municipality-urile sunt responsabile de organizarea și furnizarea asistenței medicale primare, dar joacă un rol limitat în luarea deciziilor în sistemul de sănătate. Statul deține aproape întreaga capacitate spitalicească, cea mai mare parte a sectorului ambulatoriu de îngrijire de specialitate și întregul sector de îngrijire terțiară.

În conformitate cu creșterea economică generală, cheltuielile cu sănătatea au crescut încet în Slovenia. La 2 060 EUR, cheltuielile de sănătate pe cap de locuitor în 2017 au fost cu aproximativ 25% mai mici decât media UE. Cheltuielile cu sănătatea ca pondere din PIB au fost de 8,2%, de asemenea sub media UE (9,8%). Cu toate acestea, cheltuielile cu sănătatea ca pondere din PIB, precum și pe cap de locuitor, au fost mai mari în Slovenia decât majoritatea statelor membre care au aderat la UE în 2004 și ulterior, inclusiv în țările vecine Croația și Ungaria.

Creșterea ponderii finanțării publice pentru îngrijirea sănătății este o prioritate majoră pe agenda guvernului. Deși ponderea publică a cheltuielilor pentru sănătate a crescut încet din 2014, ajungând la 72,2% în 2017, este sub media UE (79,3%). Sursele private de finanțare a asistenței medicale au reprezentat 27,8% din cheltuielile totale pentru sănătate, comparativ cu 20,7% în UE. Cu toate acestea, aproximativ jumătate din cheltuielile private provin din VHI, care reprezintă 14,3% din cheltuielile curente cu sănătatea, cea mai mare pondere din UE. Alte cheltuieli private provin aproape în totalitate din cheltuieli din buzunar (12,3%), care este una dintre cele mai scăzute din Europa.

Practic, fiecare rezident permanent din Slovenia este acoperit de sistemul unic de asigurare obligatorie, iar renunțarea nu este permisă. Conform Raportului anual de afaceri al HIIS, la sfârșitul lunii decembrie 2018, 3 430 de persoane erau neasigurate (0,17%), în principal din cauza statutului de ședere neclar sau a asigurării de sănătate neplătite pentru mai mult de două luni. Populația asigurată are dreptul la un pachet de beneficii care include servicii primare, secundare și terțiare, produse farmaceutice, dispozitive medicale, concediu medical care depășește 30 de zile și costuri de deplasare la cele mai apropiate unități de sănătate.

Principalele categorii de cheltuieli pentru sănătate în 2017 au fost îngrijirile ambulatorii și cele spitalizate. Din 2010, au existat stimulente financiare (cum ar fi plățile bazate pe cazuri pentru procedurile chirurgicale administrate în îngrijiri ambulatorii) pentru a încuraja trecerea de la îngrijirea internată la chirurgia de zi sau îngrijirea ambulatorie. În consecință, îngrijirea internată ca pondere a cheltuielilor curente în sănătate a scăzut cu aproape 3 puncte procentuale în 2017 comparativ cu 2010, în timp ce îngrijirile ambulatorii au crescut cu aproape 5 puncte procentuale în aceeași perioadă, rezultând cote (29,4% pentru pacienții internați și 32,1% pentru ambulatoriu) care sunt similare cu mediile UE (28,9% și 29,7%). Deși, în termeni absoluți, Slovenia a cheltuit mai

puțin pentru prevenirea pe cap de locuitor decât media UE (62 EUR, respectiv 89 EUR) în 2017, aceasta a reprezentat 3,0% din cheltuielile totale de sănătate, ceea ce este în concordanță cu media UE (3,1%). Cu toate acestea, cheltuielile pentru îngrijirea pe termen lung, care sunt deosebit de importante atunci când se confruntă cu o populație care îmbătrânește rapid, reprezintă încă o pondere limitată (9,8%) și reprezintă mai puțin de jumătate din cheltuielile medii ale UE. Cheltuielile pentru îngrijirea pe termen lung sunt finanțate în principal din buzunar de către utilizatori, iar astfel de cheltuieli sunt în creștere.

Numărul medicilor din Slovenia (3,1 la 1 000 de locuitori) este cu mult sub media UE. Pacienții raportează dificultăți de înregistrare la un medic de familie (GP), chiar și în zonele urbane dense. Aceste probleme au crescut după un acord cu Ministerul Sănătății de a adopta o sarcină de muncă mai mică pe medic, care a dezvăluit un deficit de aproape 400 de medici (o treime din forța de muncă totală). Specialitatea de medicină generală nu a fost o alegere populară din cauza unei scheme de remunerare anterioare pentru salarii și pensii legate de ani de formare (patru ani pentru medicii de familie, spre deosebire de șase ani pentru alte specialități). Această problemă a compensației a fost abordată acum și în prezent sunt instruiți mai mulți medici de familie.

Centrele de educație pentru sănătate (HEC) funcționează din 2002 și utilizează o abordare, specifică contextului, multidisciplinară a programelor de promovare a sănătății și de prevenire a bolilor în mediul comunitar. În timp ce inițial HEC-urile s-au concentrat pe furnizarea de intervenții privind stilul de viață pentru pacienții cu risc de boli netransmisibile, programul a evoluat pentru a consolida accentul pe inegalități și și-a extins domeniul de aplicare pentru a include populația sănătoasă. Există planuri de mărire a HEC-urilor, transformarea lor în centre de promovare a sănătății (HPC) și extinderea noului model de promovare a sănătății și prevenirea bolilor la toate centrele de asistență medicală primară, cu sprijin din fondurile structurale și de investiții europene.

Alte inițiative pentru îmbunătățirea coordonării și integrării asistenței medicale includ practica modelului medicilor de familie, care a permis, de asemenea, stabilirea unor protocoale pentru gestionarea pacienților, registre cronice ale pacienților și dezvoltarea de indicatori pentru monitorizarea calității.

Implementarea infrastructurilor de sănătate electronică este unul dintre principalele obiective pe termen lung ale sectorului public sloven și joacă un rol important în consolidarea asistenței medicale primare. Proiectul eHealth al Sloveniei constă din 20 de soluții, prescripția electronică fiind una dintre cele mai implementate. De la lansarea sa națională la începutul anului 2016, calitatea operațiunilor sale s-a îmbunătățit constant, iar numărul de utilizatori se ridică acum la 90% din toți furnizorii de servicii medicale. Serviciul eAppointment se bazează pe recomandări electronice și stabilește programări de la nivelul asistenței medicale primare la nivelul asistenței medicale secundare/terțiare, oferind o imagine de ansamblu a perioadelor de așteptare. În ciuda unor probleme tehnice de la introducerea sa în 2016, eAppointment a cunoscut îmbunătățiri recente și este în prezent una dintre principalele priorități eHealth ale țării, deoarece are implicații semnificative pentru monitorizarea și gestionarea timpilor de așteptare²⁴.

²⁴ <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/79ba70a2-en.pdf?expires=1619203962&id=id&accname=guest&checksum=6459E853F8CF52B8EE7265050B7DD5F4>

După o perioadă pregătitoare îndelungată, Parlamentul sloven a adoptat noua lege privind serviciile de sănătate în noiembrie 2017. Legea abordează o varietate de probleme, care au stârnit dezbateri de sănătate publică în ultimele decenii.

Noua lege definește în mod clar că serviciile de sănătate sunt servicii publice, deoarece sunt activități non-comerciale și non-profit. Acesta reglementează faptul că profiturile lor trebuie reinvestite în furnizarea de îngrijiri și dezvoltarea serviciilor.

Legea prevede în plus că fiecare furnizor de servicii medicale trebuie să desemneze o persoană care este responsabilă de organizarea, structurarea, controlul și monitorizarea serviciilor și calitatea serviciilor. Acest lucru este deosebit de important pentru furnizorii privați care deseori au externalizat aceste sarcini către subcontractanți. Legea reglementează, de asemenea, proceduri mai transparente pentru acordarea de concesiuni furnizorilor de servicii medicale private. Actualul principiu „primul venit, primul servit”, conform căruia furnizorii privați au fost incluși în rețeaua furnizorilor finanțată public, va fi înlocuit cu licitații publice care vor fi o condiție prealabilă pentru alocarea concesiunilor. Concesiunile vor fi acordate pentru maximum 15 ani cu posibilă reînnoire (până acum, nu au existat limitări). Ofertele vor fi deschise și publicate numai dacă furnizorii publici nu pot furniza anumite servicii de sănătate.

Până de curând, numai serviciile de sănătate furnizate în instituțiile de asistență socială și de îngrijire pe termen lung finanțate de HHS erau supuse reglementărilor de calitate. Ca urmare, sfera și calitatea majorității serviciilor de sănătate au fost dependente de deciziile furnizorilor, ceea ce a dus la diferențe de îngrijire primite între instituții. Noua lege prevede o reglementare sistematică a calității și definirea serviciilor de sănătate furnizate în aceste instituții.

Cel mai important impuls pentru stabilirea agendei de reformă a fost dezvoltarea și aprobarea parlamentară (în martie 2016) a noului plan național de sănătate 2016–2025, care nu numai că stabilește obiectivele și valorile sistemului de sănătate, ci și indicatoare domeniile prioritare pentru dezvoltarea politicilor în următorii 10 ani. Planul național de sănătate este un cadru strategic pentru gestionarea și dezvoltarea sistemului de îngrijire a sănătății din Slovenia și baza pentru elaborarea și adoptarea legilor relevante în domeniul asigurărilor de sănătate și al activităților medicale. Prezintă, de asemenea, condițiile prealabile pentru atragerea resurselor UE în cadrul Programului Operațional pentru Implementarea Politicii de Coeziune în 2014-2020 și al treilea program al UE în domeniul sănătății (2014-2020). Planul național de sănătate poate fi, de asemenea, considerat ca unul dintre instrumentele de implementare a strategiei de dezvoltare mai extinse a țării, „Viziunea Sloveniei 2050”, care este în prezent în curs de consultare cu diferiți reprezentanți ai părților interesate. Strategia Viziunea Sloveniei 2050 ia în considerare obiectivele de dezvoltare durabilă ale Națiunilor Unite, în special îmbunătățirea sănătății și bunăstării tuturor și reducerea inegalităților.

După cum este subliniat în Planul național de sănătate, valorile de bază ale sistemului de îngrijire a sănătății din Slovenia sunt universalitatea, solidaritatea, egalitatea, echitatea finanțării, accesibilitatea și calitatea și siguranța asistenței medicale. Patru domenii prioritare de acțiune sunt prevăzute în Planul național de sănătate:

1. promovarea sănătății, prevenirea bolilor și protecția sănătății;

2. optimizarea prestării serviciilor de sănătate;
3. îmbunătățirea performanței sistemului de sănătate în ceea ce privește calitatea și siguranța, guvernanta și gestionarea, achiziționarea și plata serviciilor și planificarea resurselor umane; și
4. finanțare durabilă.

Implementarea Planului Național de Sănătate se va baza pe cooperarea cu toate părțile cheie interesate, inclusiv utilizatorii / grupurile de pacienți, iar progresul va fi monitorizat prin procese selectate și indicatori de rezultat.

Prioritățile cheie ale reformei imediate sunt asigurarea sustenabilității finanțării sistemului de sănătate, restructurarea fundamentală a finanțării și acordării de îngrijiri pe termen lung, îmbunătățirea eficienței sistemului de sănătate prin reforma sistemelor de achiziție și de plată a furnizorilor și consolidarea îngrijirii primare cu continuarea evoluția mecanismelor de coordonare și integrarea asistenței medicale, în special pentru pacienții care trăiesc cu boli cronice.

Având în vedere dependența sa aproape exclusivă de impozitele pe salarii (adică contribuțiile forței de muncă pentru asigurarea obligatorie de sănătate), principala provocare pentru finanțarea sistemului de sănătate din Slovenia este diversificarea bazei de resurse pentru a susține nivelurile de cheltuieli actuale și viitoare, păstrând în același timp pachetul de beneficii și calitatea îngrijirilor.

Primul obiectiv strategic este asigurarea veniturilor HHS. În prezent, veniturile din sectorul sănătății sunt foarte susceptibile la fluctuațiile pieței muncii. Aceasta va deveni o provocare și mai mare în viitor pe măsură ce vârsta populației și raporturile de dependență se schimbă. În pofida îmbunătățirilor economice începând cu 2014, se prezintă o serie de opțiuni politice:

- reexaminarea și revizuirea ratelor de contribuție solidare ale diferitelor grupuri care contribuie în prezent la asigurarea obligatorie de sănătate;
- creșterea ratelor de contribuție a grupurilor care au rate de contribuție la asigurarea obligatorie de sănătate acoperită pentru acestea de alte fonduri de asigurări sociale (de exemplu, pensionari, șomeri); și
- luarea în considerare a introducerii de contribuții pentru copii și acoperirea acestora în numele lor prin transferuri bugetare directe²⁵.

UNGARIA

În ciuda îmbunătățirilor din 2000, rezultatele în domeniul sănătății din Ungaria rămân în continuare în urmă față de majoritatea celorlalte țări ale UE, reflectând atât stilurile de viață nesănătoase, cât și eficacitatea limitată a furnizării de asistență medicală. Nivelurile consumului de tutun, consumului excesiv de alcool și obezitatea sunt printre cele mai ridicate din UE, contribuind la rate ridicate de mortalitate cardiovasculară și cancer. Cheltuielile publice pentru îngrijirea sănătății sunt considerabil sub media UE, iar

²⁵<https://www.hsppm.org/countries/slovenia25062012/livinghit.aspx?Section=6.2%20Future%20developments&Type=Section>

un număr mare de maghiari se bazează pe plăți din buzunar pentru a avea acces la îngrijire, ceea ce subminează echitatea. Sistemul de sănătate rămâne excesiv de centrat în spital, cu accent insuficient pe îngrijirea primară și prevenire. Sunt necesare reforme și investiții suplimentare pentru a reduce decalajele de performanță cu restul UE.

Sistemul de sănătate din Ungaria este organizat în jurul unui fond unic de asigurări de sănătate care oferă acoperire de sănătate pentru aproape toți rezidenții. Finanțarea provine din contribuțiile salariale de la angajatori și angajați și din transferuri directe ale guvernului. Fondul este administrat de Institutul Național de Administrare a Fondului de Asigurări de Sănătate (NEAK), care este o organizație guvernamentală aflată în prezent sub supravegherea Ministerului Capacităților Umane.

În urma unei serii de reforme inițiate în 2011, sistemul de sănătate din Ungaria a devenit extrem de centralizat. Guvernul național este acum responsabil pentru stabilirea direcției strategice, controlul finanțării, emiterea și aplicarea reglementărilor, precum și furnizarea celor mai mulți specialiști ambulatori și de îngrijire internă.

Ministerul Capacităților Umane administrează sistemul de sănătate prin Centrul Național al Serviciilor de Sănătate (ÁEEK), ale cărui responsabilități includ coordonarea îngrijirii, planificarea și gestionarea spitalelor și acordarea de licențe medicale. ÁEEK servește, de asemenea, ca organizație umbrelă pentru agențiile regionale și locale ale sistemului de sănătate. Guvernul central a reluat controlul spitalelor locale din guvernele județene și municipale în 2012 (ÁEEK servește ca autoritate de gestionare care conduce aceste spitale de stat). În 2018, a fost adoptat Programul Național de Sănătate; aceasta definește principalele priorități guvernamentale în domeniul sănătății în domeniul bolilor cardiovasculare, oncologice și reumatologice, precum și al sănătății mintale și a copilului.

Sistemul de sănătate din Ungaria este subfinanțat cronic. Cheltuielile pentru asistență medicală sunt de 1 468 EUR pe cap de locuitor (ajustat pentru diferențele de putere de cumpărare), care este printre cele mai scăzute din UE. Cheltuielile cu sănătatea pe cap de locuitor au crescut cu aproximativ aceeași rată ca PIB din 2010, astfel încât cheltuielile cu sănătatea ca pondere din PIB au rămas relativ stabile, fluctuând între 7,5% în 2010 și 6,9% în 2017, încă mult sub media UE. Ponderea publică a cheltuielilor de sănătate reprezintă doar puțin mai mult de două treimi din cheltuielile totale de sănătate în 2017, în timp ce cheltuielile din buzunar (OOP) reprezintă 27%, aproape de două ori media UE de 16 %.

Parlamentul ungar este responsabil pentru determinarea mărimii bugetului asigurărilor de sănătate - stabilirea ratei contribuției, acceptarea transferurilor directe ale guvernului către fond și impunerea de impozite pentru a crește veniturile necesare. Deoarece impozitul pe contribuția socială (plătit de angajatori) finanțează nu numai sistemul de sănătate, ci și pensiile, suma alocată sănătății a fost supusă fluctuațiilor bazate pe prioritățile guvernului. Drept urmare, cheltuielile cu sănătatea din Ungaria au un nivel de instabilitate, chiar și într-un singur exercițiu financiar, guvernul schimbând uneori alocările dintre fondul de securitate a pensiilor și fondul de asigurări de sănătate pe măsură ce anul progresează.

În asistența medicală primară, medicii generaliști (medici de familie) sunt plătiți per capita (reprezentând aproximativ 70% din venitul din practică), cu o sumă alocată pentru

fiecare persoană înscrisă, indiferent dacă solicită sau nu îngrijire, deși cu unele ajustări pentru vârstă și calificările medicului. Acest lucru este completat de alte surse de venituri: o componentă de plată pentru performanță și unele alocări fixe bazate pe locație, ambele reprezentând restul de 30%. Specialiștii în ambulatoriu sunt plătiți în baza unei taxe pentru servicii: fiecărei proceduri i se atribuie un număr de puncte, iar furnizorii solicită plata punctelor lor direct de la fondul de asigurări de sănătate. Fondul de asigurări de sănătate plătește serviciile de spitalizare în funcție de grupurile legate de diagnostic (DRG - diagnosis-related groups) pentru îngrijirea acută și zilele de spital pentru îngrijirea cronică, cu excepția câtorva intervenții specifice.

Guvernul controlează bugetele pentru ambulatorii și pacienții internați prin intermediul așa-numitei „limite de volum de performanță”. La începutul fiecărui an, această limită este definită pentru fiecare furnizor de servicii de sănătate, pe baza datelor din anii precedenți. Cu toate acestea, sectorul sănătății se luptă să funcționeze în cadrul acestor constrângeri bugetare, ducând deseori la creșterea datoriei spitalicești și la alte dificultăți în plățile furnizorilor.

Constituția maghiară prevede că toți cetățenii maghiari au dreptul să aibă acces necondiționat la îngrijirea serviciilor de salvare de urgență, servicii care previn daune grave sau permanente pentru sănătate și reducerea durerii și suferințelor. Accesul la toate celelalte servicii de sănătate este supus participării la sistemul legal de asigurări de sănătate. Din 2007, furnizorii finanțați public sunt obligați să verifice statutul de drept al fiecărui pacient utilizând un sistem online. În 2017, aproximativ 6% din populație avea statutul de asigurări sociale de sănătate neclarificat, în majoritate cetățeni maghiari care lucrează în străinătate în alte state membre ale UE și acoperiți de țara lor de reședință. Unii maghiari care locuiesc în țară nu sunt asigurați, deoarece nu au o adresă fixă. În practică, însă, niciunui rezident maghiar nu i se refuză accesul la servicii la punctul de îngrijire. Unele grupuri de străini din afara UE se pot alătura voluntar la sistem pentru o primă fixă. Ei au dreptul la un pachet cu beneficii limitate, care exclude îngrijirea dentară, tratamentul transfrontalier și transplantul.

În comparație cu media UE, Ungaria are mai puțini medici (3,3 față de 3,6 la 1000 de locuitori) și mai puține asistente medicale (6,5 față de 8,5). Lipsa forței de muncă a fost agravată de îmbătrânirea forței de muncă din domeniul sănătății și de emigrația multor medici (mai ales specialiști), care s-au accelerat după aderarea țării la UE în 2004. Aproape 5 500 de medici au părăsit țara pentru a lucra în alte țări ale UE sau în altă parte între 2010 și 2016. Emigrarea asistentelor medicale a fost, de asemenea, substanțială în ultimii ani.

Ca răspuns, guvernul maghiar a majorat salariile profesioniștilor din domeniul sănătății, inclusiv o creștere fără precedent cu 19,4% a salariilor pentru paramedici în mai 2018. Ca urmare, plecarea profesioniștilor din domeniul sănătății a încetinit în ultimii ani, chiar dacă salariile medii actuale pentru sănătate profesioniștii rămân scăzuți în comparație cu majoritatea celorlalte țări din UE. Distribuția medicilor este, de asemenea, neuniformă între regiuni, ceea ce limitează și mai mult accesul la îngrijire - în special pentru populațiile deja defavorizate și care trăiesc în zonele rurale mai sărace.

În ciuda unei reduceri a numărului de paturi de spital începând cu anul 2000, în 2017 Ungaria a avut al patrulea cel mai mare număr de paturi de spital pe cap de locuitor din UE. Ratele ridicate de externare și durata medie de ședere indică, de asemenea, o puternică dependență de îngrijire spitalicească.

Transferul controlului spitalelor condus anterior de autoritățile locale în direcția managementului național a făcut ca guvernul național să fie principalul furnizor atât de servicii de spitalizare cât și de ambulatoriu (ambulatoriu) (deoarece 70% din serviciile ambulatorii sunt încă furnizate de spitale), deși câteva localități guvernele dețin încă facilități ambulatorii cu mai multe specialități (policlinici).

Fondurile structurale ale UE au sprijinit îmbunătățirea infrastructurii în spitalele regionale. În 2017, a fost înființat și Programul Healthy Budapest pentru modernizarea spitalelor din capitală. Aceasta are ca scop reducerea numărului total de facilități din capitală, asigurând în același timp că fiecare dintre ele este mai bine echipat și dotat cu personal.

Ungaria a primit fonduri considerabile pentru modernizarea sistemului său de sănătate prin fondurile structurale și de investiții ale UE. În perioada 2014-2020, Ungaria va primi 483 milioane EUR, împărțite între finanțarea infrastructurii de sănătate (253 milioane EUR), accesul la servicii sociale și de sănătate (215 milioane EUR) și dezvoltarea eHealth (15 milioane EUR)²⁶.

²⁶ <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4b7ba48c-en.pdf?expires=1619093648&id=id&accname=guest&checksum=294121B5E6DE9A8DC0E316C642342BF9>