



TEMATSKI INFORMATIVNI ČLANAK O EUROPSKOM SEMESTRU

ZDRAVSTVENI SUSTAVI

1. UVOD

Zdravstveni sustavi država članica EU-a ključan su dio visokih razina socijalne zaštite i kohezije u Europi.

Zdravstveni sustavi u EU-u različiti su i u njima se odražavaju različiti društveni odabiri. Unatoč organizacijskim i financijskim razlikama, utemeljeni su na sljedećim zajedničkim vrijednostima koje je 2006. priznalo Vijeće ministara zdravstva¹: univerzalnost, pristup kvalitetnoj skrbi, jednakost i solidarnost.

Prepoznata je i potreba za fiskalnom održivosti zdravstvenih sustava uz istovremeno očuvanje tih vrijednosti za buduća razdoblja².

Posljednje desetljeće europski zdravstveni sustavi suočavaju se sa sve ozbiljnijim zajedničkim poteškoćama:

- europsko stanovništvo sve je starije i izloženije mnogim kroničnim bolestima što uzrokuje rast potražnje za zdravstvenom skrbi i sve veći fiskalni pritisak
- troškovi inovativnih tehnologija i lijekova rastu i opterećuju javne financije
- zdravstveni djelatnici neravnomjerno su raspoređeni te ih u nekim područjima skrbi nedostaje i
- pristup zdravstvenoj skrbi nije jednako dostupan, što dovodi do nejednakosti u zdravstvenim ishodima u društvu.

U Komunikaciji Komisije o učinkovitim, pristupačnim i otpornim zdravstvenim sustavima³ definira se strateški program za zdravstvene sustave u EU-u.

¹ Zaključci Vijeća o zajedničkim vrijednostima i načelima u zdravstvenim sustavima Europske unije (2006/C 146/01): <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2006:146:0001:0003:EN:PDF>.

² Zaključci Vijeća o zdravstvenim sustavima i fiskalnoj održivosti (8. studenoga 2016.): <http://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-14182-2016-INIT/hr/pdf>.

³ COM(2014) 215 final: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/com2014_215_final_hr.pdf.

Važni doprinosi tom programu proizašli su iz Zajedničkog izvješća o sustavima zdravstvene zaštite i dugotrajne skrbi i fiskalnoj održivosti, koje su pripremili Europska komisija i Odbor za ekonomsku politiku⁴.

U načelu 16. europskog stupa socijalnih prava donesenog u travnju 2017. utvrđeno je da svaka osoba ima pravo pravovremenog pristupa kvalitetnoj preventivnoj i kurativnoj zdravstvenoj skrbi po povoljnim cijenama.

Pravovremeni pristup znači da svatko može pristupiti zdravstvenoj skrbi kada mu je potrebna. Preduvjet za to su uravnotežena zemljopisna raspodjela zdravstvenih ustanova i zdravstvenih djelatnika te politike kojima se skraćuju duga razdoblja čekanja.

Cjenovno pristupačna zdravstvena skrb znači da ljudima ne bi smjelo biti onemogućeno korištenje zdravstvenom skrbi zbog troška.

Kvalitetna zdravstvena skrb znači da ona treba biti odgovarajuća, primjerena, sigurna i učinkovita.

Među zdravstvenim sustavima EU-a u sve većoj mjeri dolazi do interakcije. Direktiva o primjeni prava pacijenata u prekograničnoj zdravstvenoj skrbi⁵ bila je prekretnica u uspostavi pravnog okvira i instrumenata politike za tu suradnju. Konkretno, ta direktiva pacijentima pruža jasne i pouzdane informacije o pristupu i naknadi troškova za zdravstvenu skrb koju su primili u drugoj državi članici EU-a.

2. IZAZOVI

2.1. Zdravstveni sektor važan je izvor zapošljavanja

U sektoru „zdravstvene zaštite i socijalne skrbi” došlo je do najvećeg rast zaposlenosti posljednjih godina, s više od 2,6 milijuna novih radnih

mjesta (od prvog tromjesečja 2009. do prvog tromjesečja 2017.). U tom je sektoru povećanje broja radnih mjesta raspodijeljeno na sljedeći način:

- u podsektoru „zdravstvene zaštite ljudi”: 960 500 novih radnih mjesta, koja čine 36 % svih novih radnih mjesta otvorenih u cijelom sektoru
- u podsektoru „institucijske skrbi”: 946 500 novih radnih mjesta, odnosno 35 % ukupnog broja, i
- u podsektoru „neinstitucijske socijalne skrbi”: 776 700 novih radnih mjesta, odnosno 29 % ukupnog broja.

U „sektoru zdravstvene zaštite ljudi i socijalne skrbi” u prvom tromjesečju 2017. zaposleno je 24 014 500 osoba. Većina njih, odnosno 13 601 700 osoba zaposleno je u podsektoru „zdravstvene zaštite ljudi”. U podsektoru „institucijske skrbi” zaposleno je 5 066 800 osoba, dok je 5 346 000 osoba zaposleno u „djelatnostima socijalne skrbi bez smještaja”.

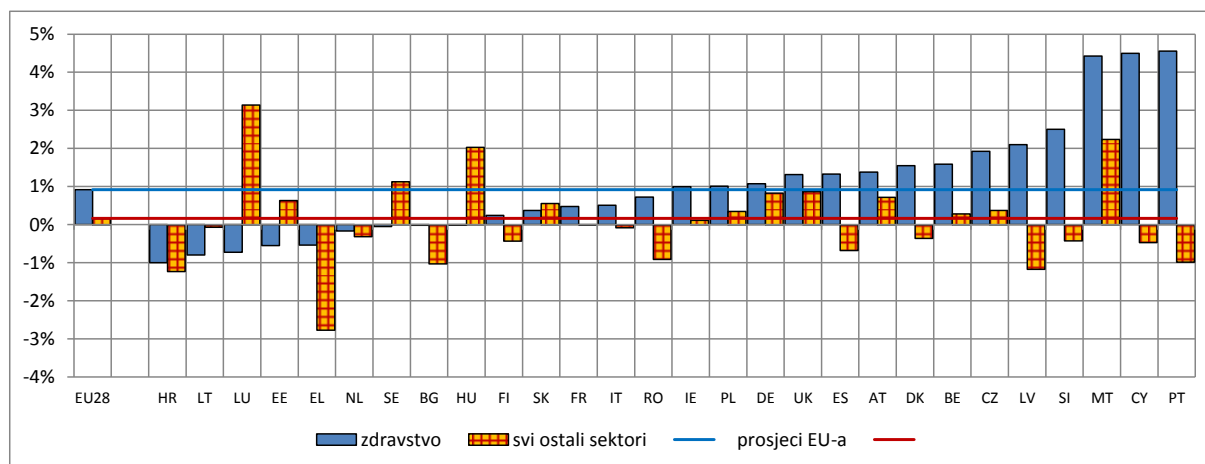
No nisu sva nova radna mjesta posljedica nove potražnje za zdravstvenom skrbi. Za sve starije europsko stanovništvo potrebne su različite vještine i različiti načini djelovanja među sektorima i disciplinama radi pružanja učinkovite skrbi.

Među zdravstvenim djelatnostima dolazi do neusklađenosti u vrstama vještina i njihovoj raspodjeli. Novi oblici pružanja skrbi koji uključuju prebacivanje zadaća (npr. s liječnika na medicinske sestre) i bolja integracija mogli bi osigurati sigurniju i učinkovitiju skrb s nižim troškovima.

⁴ European Economy, Institutional Paper br. 37, listopad 2016.: https://ec.europa.eu/info/publications/economy-finance/joint-report-health-care-and-long-term-care-systems-fiscal-sustainability-0_en.

⁵ Direktiva 2011/24/EU o primjeni prava pacijenata u prekograničnoj zdravstvenoj skrbi; SL L 88, 4.4.2011.

Grafikon 1 – Kretanje zapošljavanja u zdravstvenom sektoru i u svim ostalim sektorima



Prosječne godišnje promjene u zapošljavanju od 2009. (prvo tromj.) do 2017. (prvo tromj.) u zdravstvenom sektoru i u svim ostalim sektorima

Izvor: Eurostat, anketa o radnoj snazi.

Razina obrazovanja radnika zaposlenih u sektoru zdravstvene zaštite i socijalne skrbi značajno je veća od prosjeka svih ostalih sektora. Kao što je prikazano u Prilogu, broj visokoobrazovanih radnika (tj. s diplomom sveučilišta ili druge visokoškolske ustanove) redovito je veći u sektoru zdravstvene zaštite i socijalne skrbi od onog u cijelom gospodarstvu.

U 2016. 33,9 % svih radnika u EU-u bilo je visokoobrazovano, dok je u sektoru zdravstvene zaštite i socijalne skrbi taj udio iznosio 43,4 %. Postotak radnika sa srednjoškolskim obrazovanjem ili obrazovanjem nakon sekundarnog iznosio je 48 % za cijelo gospodarstvo i 45 % u sektoru zdravstvene zaštite i socijalne skrbi. Uz to, 17,9 % svih radnika imalo je samo osnovno obrazovanje, dok je taj postotak iznosio samo 11,5 % u sektoru zdravstvene zaštite i socijalne skrbi⁶.

Sektor zdravstvene zaštite i socijalne skrbi i dalje je izrazito pristran prema ženskoj radnoj snazi: četiri od pet radnika u ovom sektoru su žene, u razmatranom razdoblju taj postotak ostao je uglavnom nepromijenjen.

Učinkovit i pristupačan sektor zdravstvene skrbi i neizravno pridonosi gospodarskom rastu i napretku: ljudima pomaže u

postizanju i održavanju dobrog zdravlja i time jamči veće sudjelovanje u radnoj snazi i višu produktivnost.

2.2. Fiskalna održivost zdravstvenih sustava

Javni sektor ima važnu ulogu u financiranju zdravstvenih usluga: u dvije trećine država članica javni sektor financira više od 70 % rashoda za zdravstvo. To potencijalno predstavlja problem za održivost javnih financija, posebno u kontekstu sve starijeg stanovništva.

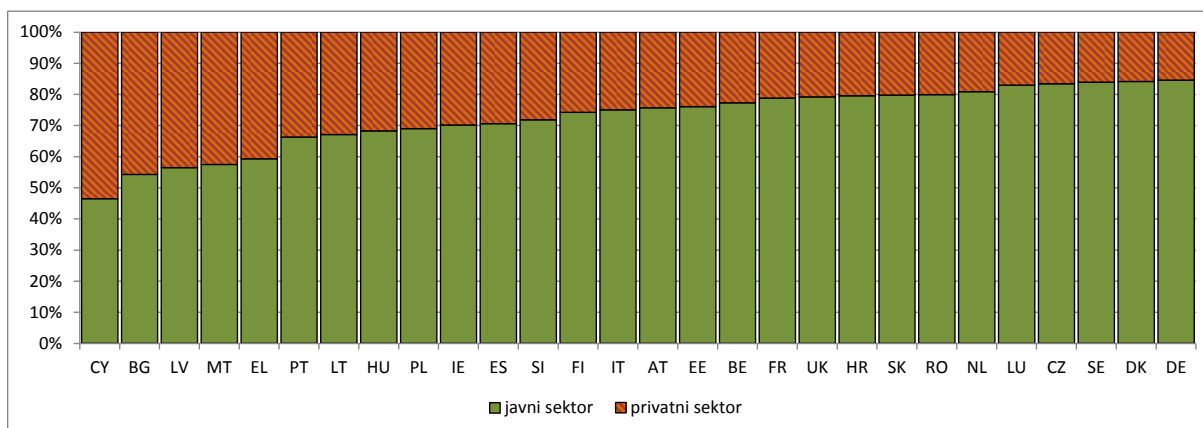
Grafikon 2 prikazuje udio javnog i privatnog financiranja sustava zdravstvene skrbi u državama EU-a. Države članice s relativno visokim udjelom privatnih rashoda za zdravstvo su Bugarska (46 % od ukupnih izdataka za zdravstvo), Grčka (više od 41 %), Cipar (54 %), Latvija (44 %), i Malta (43 %)⁷.

Države članice s najvišim udjelom rashoda za zdravstvo koje financira država su Češka (83 %), Danska (84 %), Njemačka (85 %), Luksemburg (83 %), Nizozemska (81 %) i Švedska (84 %).

⁶ Tercijarno obrazovanje odgovara razinama 5 i 6 prema ISCED-u. Sekundarno obrazovanje odgovara razinama 3 i 4 prema ISCED-u. Osnovno obrazovanje odgovara razinama 0, 1 i 2 prema ISCED-u.

⁷ Privatni udio može biti posljedica potražnje potaknute ponudom te njezinim utjecajem na odabire pacijenta. Moguće je da se zbog toga precjenjuju stvarne potrebe za financiranjem.

Grafikon 2 – Financiranje zdravstva



Rashodi za zdravstvo prema izvoru financiranja — Izvor: OECD, Eurostat, Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) — 2016. ili najnoviji podaci

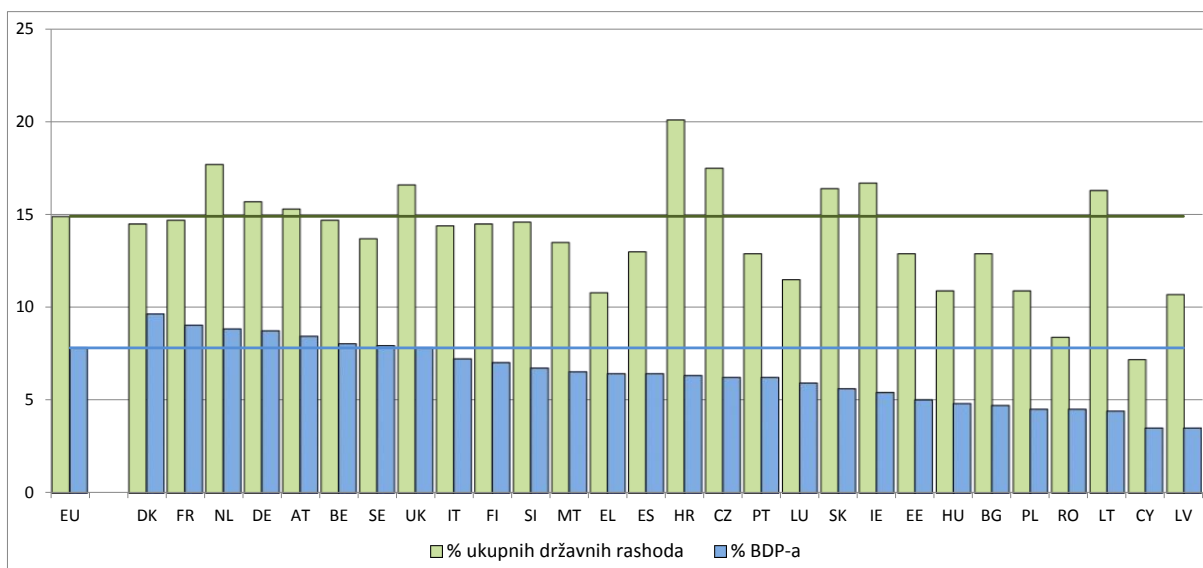
Grafikon 3 prikazuje razine javnih rashoda za zdravstvo u državama članicama EU-a koje su prikazane kao postotak BDP-a i kao postotak ukupnih rashoda opće države.

Javni rashodi za zdravstvo u 2015. iznosili su 7,8 % BDP-a u EU-u u cijelosti. Osam država članica ima omjer udjela rashoda u BDP-u koji je jednak ili veći od ponderiranog prosjeka EU-a: Belgija, Danska, Njemačka, Francuska, Nizozemska, Austrija, Švedska i Ujedinjena Kraljevina. Države članice s najnižim udjelom rashoda za javno zdravstvo bile su Cipar i Latvija (3,5 %), a

manje od 5 % imale su Bugarska, Estonija, Litva, Mađarska, Poljska i Rumunjska.

U prosjeku, javni rashodi za zdravstvo iznosili su do 15 % ukupnih državnih rashoda u EU-u u 2015. Države članice koje su trošile više od iznosa EU-a bile su Češka, Njemačka, Hrvatska, Irska, Litva, Nizozemska, Austrija, Slovačka i Ujedinjena Kraljevina. Države članice s najnižom potrošnjom bile su Cipar (7,2 %) i Rumunjska (8,4 %), nakon kojih slijede Grčka, Latvija, Mađarska, Poljska (sve ispod 11 %) i Luksemburg (11,5 %)⁸.

Grafikon 3 – Rashodi za javno zdravstvo

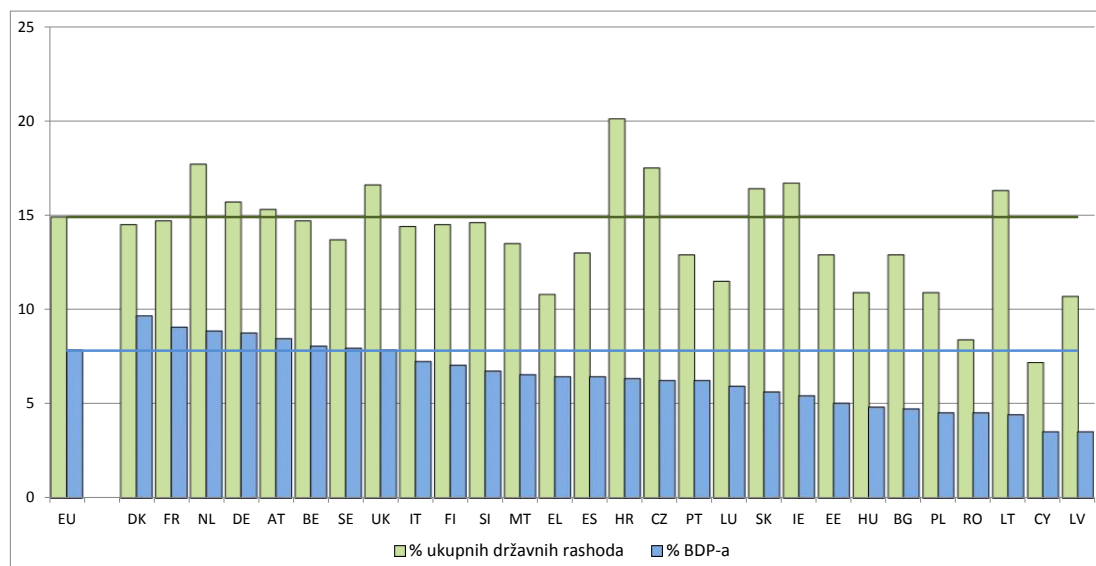


Rashodi za javno zdravstvo kao % ukupnih državnih rashoda i BDP-a

⁸ Međutim, neke države imaju sustav naknadnog povrata novca u mnogim područjima rashoda za zdravstvo. To znači da zabilježene razine javnih rashoda možda podcjenjuju stvarne razine.

Izvor: Eurostat, Statistički odjel Ujedinjenih naroda; 2013. ili najnoviji podaci — izračuni službi Komisije

Grafikon 3 – Rashodi za javno zdravstvo



Rashodi za javno zdravstvo kao % ukupnih državnih rashoda i BDP-a

Izvor: Eurostat, Statistički odjel Ujedinjenih naroda; 2013. ili najnoviji podaci — izračuni službi Komisije

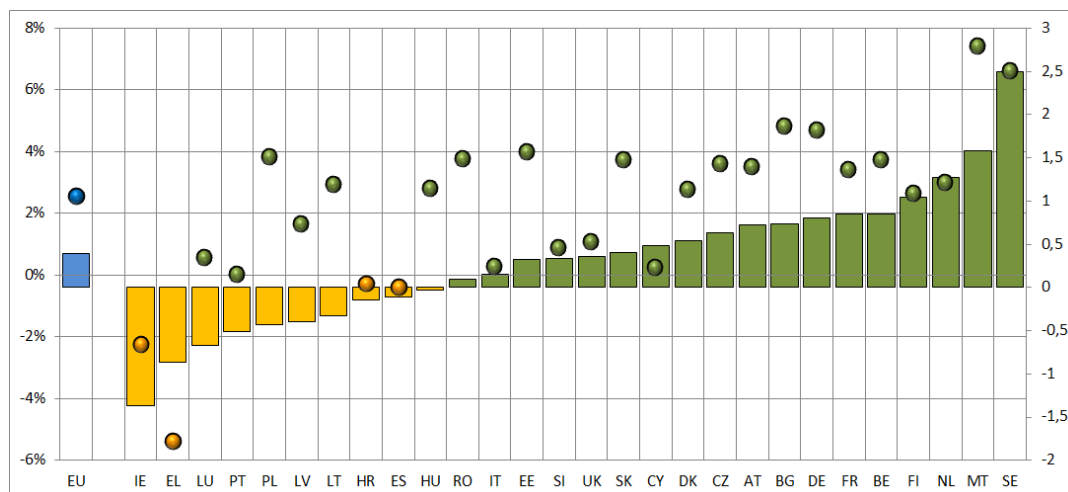
Rashodi za javno zdravstvo jedna je od najvećih i najbrže rastućih stavki potrošnje za vlade. Grafikon 4 prikazuje povećanje rashoda za javno zdravstvo kao postotak BDP-a u razdoblju između 2008. i 2014. (u postotnim bodovima). Isti grafikon prikazuje prosječni godišnji porast realnih rashoda za javno zdravstvo po glavi stanovnika tijekom istog razdoblja, prikazan krugovima.

Kombinacija tih dviju mjera omogućuje bolje razumijevanje rashoda za javno zdravstvo. Varijacije razina rashoda za zdravstvo u BDP-u zapravo su rezultat kombinacije trenda rashoda za javno zdravstvo i trenda BDP-a.

Relativno povećanje rashoda za zdravstvo kao postotka BDP-a zapravo može biti neto učinak smanjenja obiju mjera, pri čemu se BDP smanjuje više od rashoda (i obrnuto). Vrijednosti po glavi stanovnika stoga pružaju dodatne informacije za procjenu trendova: ako se rashodi za zdravstvo povećaju kao udio BDP-a i smanje po glavi stanovnika, vjerojatno je da BDP države pada brže od rashoda za zdravstvo.

Putanje rasta treba analizirati zajedno s početnom vrijednosti. Početna točka s vrijednosti nižom ili višom od prosječne može rezultirati drugačijim tumačenjem povećanja i smanjenja rashoda za zdravstvenu skrb.

Grafikon 4 – Rast rashoda za javno zdravstvo kao % BDP-a i po glavi stanovnika



Povećanje rashoda za javno zdravstvo kao % BDP-a (2008.-2014., u postotnim bodovima, lijeva os) i prosječno godišnje povećanje rashoda za javno zdravstvo po glavi stanovnika (krugovi, 2008.-2014., desna os)
Izvor: Baza podataka Svjetske zdravstvene organizacije „Zdravlje za sve” – izračuni službi Komisije.

Pritisak za veću potrošnju za zdravstvo nastaviti će se. Prema Izvješću o starenju stanovništva iz 2015., od sad do 2060. očekuje se dodatno povećanje udjela rashoda za javno zdravstvo u BDP-u. Glavni pokretači ovog povećanja su sljedeći:

- rastući prihodi i rastuća očekivanja o visokokvalitetnim zdravstvenim uslugama
- sve starije stanovništvo, i
- tehnološka postignuća.

Prema referentnom scenariju Radne skupine za starenje stanovništva (AWG), do 2060. rashodi za javno zdravstvo u EU-u porasti će za 0,9 postotnih bodova BDP-a. (Grafikon 5). U AWG-ovu scenariju rizika procjenjuje se povećanje rashoda od 1,6 postotnih bodova BDP-a do 2060. (Prilog).

Ključni cilj EU-a jest osigurati održivost javnih financija, uključujući u srednjoročnoj i dugoročnoj perspektivi. Za mnoge države EU-a, rizici u pogledu održivosti javnih financija znatno su povezani s predviđenim utjecajem javne potrošnje povezane sa starenjem stanovništva

na zdravstvenu skrb i dugotrajnu skrb.

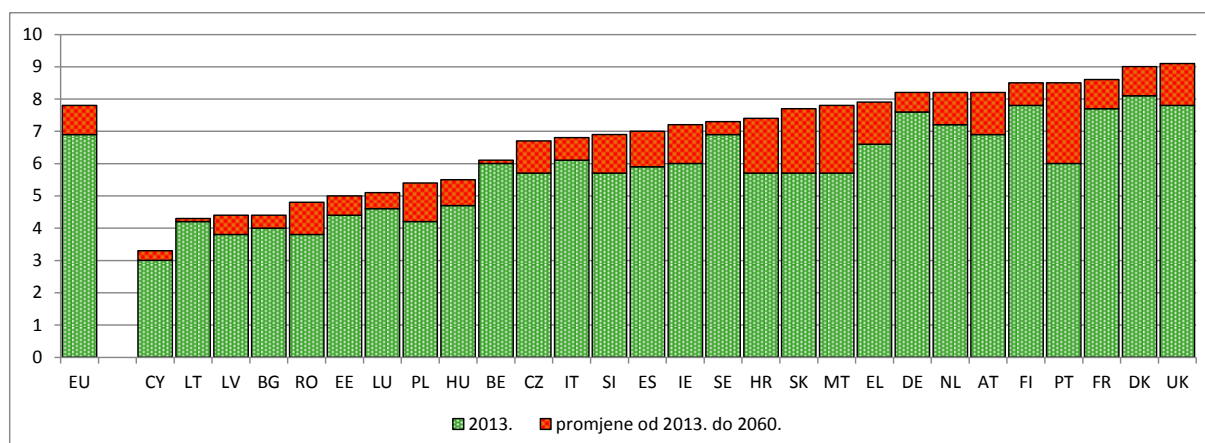
Uz fiskalne izazove, sustavi zdravstvene i dugotrajne skrbi često se nose sa zajedničkim strukturnim problemima povezanim s neučinkovitom raspodjelom i uporabom sredstava u funkcionalnim područjima potrošnje. OECD procjenjuje da jedna petina rashoda za zdravstvo doprinosi malo ili nikako poboljšanju zdravlja ljudi. U nekim slučajevima uzrokuje čak i lošije zdravstvene ishode. Države bi potencijalno mogle trošiti znatno manje na zdravstvenu skrb bez pogoršanja učinkovitosti zdravstvenog sustava ili zdravstvenih ishoda⁹.

Dodatni izazovi su:

- nejednak pristup zdravstvenoj skrbi
 - česta prekoračenja proračuna
 - konkurentski fiskalni pritisci iz raznih ministarstava
 - promjena političkih prioriteta
 - prevara ili korupcija, i
- manjak informacija o isplativosti ulaganja u sustave zdravstvene zaštite i dugotrajne skrbi.

⁹ OECD; „Tackling Wasteful Spending on Health” (Smanjivanje rasipanja novca na zdravstvo); siječanj 2017. – <http://www.oecd.org/health/tackling-wasteful-spending-on-health-9789264266414-en.htm>.

Grafikon 5 – Osnovna situacija i predviđeni rashodi za zdravstvenu zaštitu država EU-a u razdoblju 2013.-2060., referentni scenarij AWG-a



Izvor: Temeljeno na Izvješću o starenju stanovništva iz 2015. — Službe Komisije.

2.3. Pristup učinkovitim zdravstvenim sustavima doprinosi socijalnoj koheziji

Najčešće prepreke pristupu zdravstvene skrbi uzrokovane su nemogućnošću i/ili nesprennošću pacijenta da plati za medicinske proizvode i usluge. U nekim zemljama problem su vrijeme čekanja ili udaljenost. Vrijeme čekanja produljuje se zbog mnogih razloga uključujući nedostatnu odnosno neodgovarajuću raspodjelu sredstava ili svjesne upravljačke odluke kreatora politika zdravstvenog sustava.

Pristup zdravstvenoj skrbi isto tako može biti otežan zbog

nedovoljne dostupnosti zdravstvene infrastrukture i zdravstvenih djelatnika.

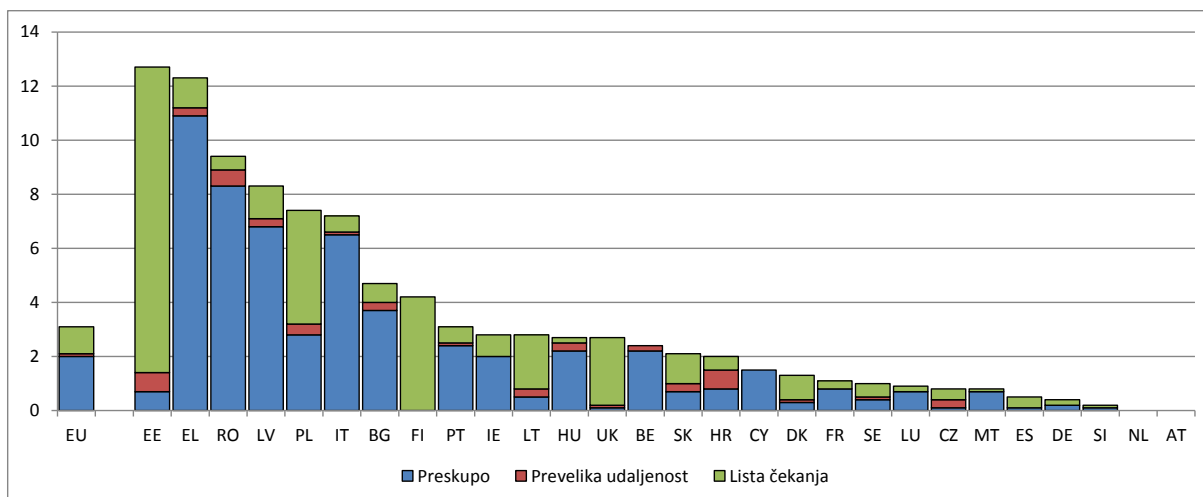
Pokazatelj koji se često upotrebljava kako bi se prikazale prepreke pristupu zdravstvenoj skrbi su samoprijavljene nezadovoljene potrebe pacijenata¹⁰. Taj pokazatelj uključen je u pregled socijalnih pokazatelja koji je dio socijalnog stupa.

U četiri od pet europskih zemalja manje od 5 % stanovništva prijavilo je razine nezadovoljenih potreba za liječničkim pregledima. No u nekim je zemljama nezadovoljene potrebe prijavio znatno veći udio ljudi¹¹.

Grafikon 6 – Samoprijavljene neispunjene potrebe za liječničkim pregledima zbog troškova, vremena čekanja i udaljenosti

¹⁰ Samoprijavljene neispunjene potrebe za zdravstvenom skrbi odnose se na procjenu pojedinca o tome je li mu liječnički pregled bio potreban ili liječenje u okviru određene vrste liječničke skrbi koje mu nije pruženo ili ga nije zatražio zbog sljedeća tri razloga: „financijski razlozi”, „lista čekanja” i „prevelika udaljenost”. Problemi o kojima osobe izvješćuju kad je riječ o dobivanju zdravstvene skrbi u slučaju bolesti često su odraz znatnih prepreka za dobivanje skrbi.

¹¹ Potrebno je posebno spomenuti Grčku, u kojoj je zbog drastičnog smanjenja plaća i porasta nezaposlenosti u rascjepkanom sustavu zdravstvenog osiguranja sa slabom preraspodjelom došlo do znatnog smanjenja broja osoba koje imaju pristup sustavu javnog zdravstva i pravo koristiti se uslugama tog sustava. Iako postoje dokazi o tome da su se u Grčkoj zdravstvene usluge prije krize koristile prekomjerno (što je vidljivo iz visoke razine neposrednih plaćanja), dolaskom krize to više nije bilo moguće. Univerzalno zdravstveno osiguranje uvedeno je naknadnim je reformama provedenima 2014. i 2016. Iz dostupnih podataka još nije vidljiv učinak tih reformi na neispunjene potrebe.



Izvor: Istraživanje EU-a o dohotku i životnim uvjetima (EU-SILC) (2015.)

Nedostaci u samoprijavljenom pristupu kvalitetnoj zdravstvenoj skrbi mogu se pronaći u cijelom EU-u iako su se države članice usuglasile o zajedničkom načelu pravednosti zdravstvenih sustava. Prepreke jednakom pristupu zdravstvenoj skrbi mogu biti višestruke te uključivati financijske, administrativne, zemljopisne, pravne, kulturološke i organizacijske čimbenike.

Samoprijavljene neispunjene medicinske potrebe trebalo bi isto tako razmatrati u kontekstu objektivnih kriterija uporabe i rashoda za zdravstvenu skrb. Na primjer, razina javne, privatne i neposredne potrošnje na zdravstvenu skrb¹², što isto tako pruža informacije koje se odnose na financijsku zaštitu stanovništva od opasnosti lošeg zdravlja, i trenutačna upotreba zdravstvenih usluga.

Pružanje održivog univerzalnog pristupa visokokvalitetnoj skrbi zahtijeva povećanu učinkovitost i djelotvornost u području zdravstvene potrošnje u kontekstu rasta potražnje i ograničenih resursa. Potrebno je prepoznati ekonomične načine financiranja, organiziranja i pružanja skrbi

radi postizanja boljih zdravstvenih ishoda racionalnijim korištenjem dostupnih resursa.

Sveobuhvatna smanjenja potrošnje s ciljem kratkoročne uštede koja nisu usmjerena na ekonomičnost sustava mogla bi dovesti do većih rashoda u srednjoročnom i dugoročnom razdoblju.

Konkretno, mnoge države članice poboljšanje pristupa cjenovno pristupačnim lijekovima smatraju problematičnim. Tijekom idućih godina očekuje se plasiranje velikog broja novih lijekova na tržište, što će stvoriti veće potrebe za financiranjem u usporedbi s prošlim desetljećem.

Priroda novih lijekova postupno se mijenja: inovacije su temeljene na složenim i skupim biofarmaceuticima te su sve više usmjerene na manje skupine stanovništva. Javni i privatni platitelji za zdravstvenu skrb sve se više suočavaju s problemom plaćanja za mnoge takve lijekove.

Brojne smrti u Europi još uvijek nastupaju prerano. U EU-u u 2014. umrlo je 1,69 milijuna ljudi mlađih od 75 godina. Od tog broja, oko 562 034 smrti smatraju se preuranjenima. Te smrti mogle su biti izbjegnute uporabom aktualnih medicinskih spoznaja i tehnologije. Srčani i moždani udari uzrok su gotovo polovine tih smrtnih slučajeva koje je posve moguće izbjeći.

Koncept smrtnosti koja se može izbjeći uz odgovarajuću zdravstvenu skrb temelji se na ideji da se određen broj smrti (za

¹² Neposredna se potrošnja odnosi na izravna plaćanja robe i usluga iz primarnog dohotka ili uštede u kućanstvu, pri čemu korisnik robu plaća odmah ili koristi usluge ili bez nadoknade troškova ili dijeleći troškove unutar organiziranog programa. Na taj pokazatelj mogu utjecati i odluke pacijenta. Usporedivosti podataka među zemljama trenutačno je ograničena zbog razine preciznosti primjene SHA 2011 (Sustava zdravstvenih računa) u državama EU-a.

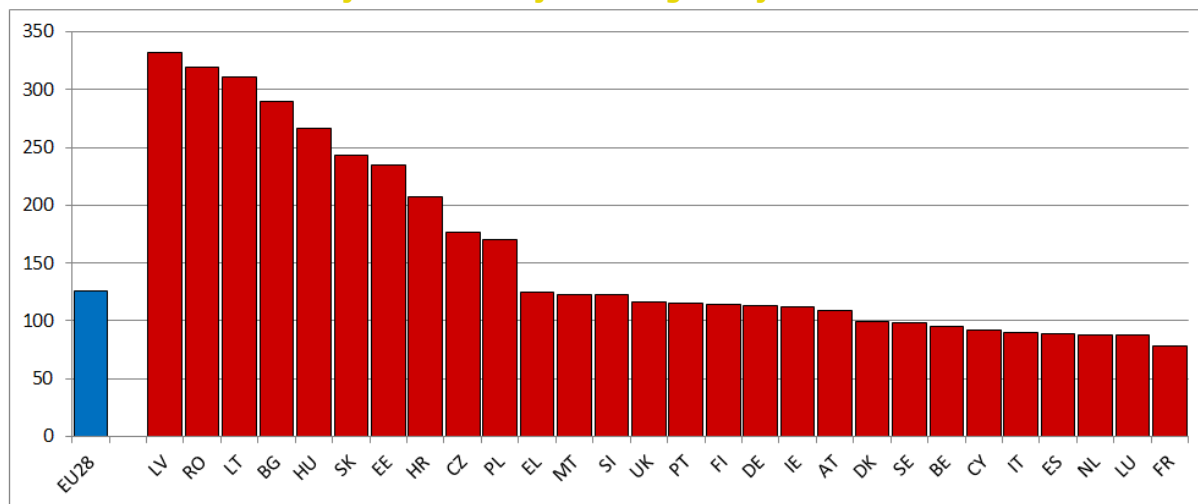
određene dobne skupine i od određenih bolesti) može „izbjeći”. Drugim riječima, u tom stadiju do nekih smrti ne bi došlo da se primijenila pravovremena i učinkovita zdravstvena skrb.

Taj pokazatelj smrtnosti koja se može izbjeći uz odgovarajuću zdravstvenu skrb koristi se u globalnom kontekstu procjenjivanja učinkovitosti zdravstvenih sustava radi pružanja nekih pokazatelja

kvalitete i učinkovitosti zdravstvenih politika.

Udio smrti koje se mogu izbjeći pomoću optimalne zdravstvene skrbi u svim smrtima ljudi mlađih od 75 u 2013. znatno varira među državama EU-a.

Grafikon 7 – Smrtnost koja se može izbjeći uz odgovarajuću zdravstvenu skrb



Izvor: Baza podataka EUROSTAT-a (2014.)

3. IDENTIFICIRANJE ODGOVARAJUĆIH ODGOVORA POLITIKE NA IZAZOVE

Komunikacijom Komisije o učinkovitim, pristupačnim i otpornim zdravstvenim sustavima predlaže se program EU-a s nizom mehanizama suradnje koji će podržavati nacionalne reforme. Cilj je poboljšati učinkovitost zdravstvenih sustava u EU-u. Mehanizmi uključuju ocjenjivanje tehnologija u zdravstvu (HTA), e-zdravlje i digitalno zdravstvo, procjenu učinkovitosti zdravstvenih sustava, planiranje potreba za radnom snagom, europske referentne mreže, itd¹³.

Svrha ove suradnje poboljšanje je učinkovitosti i djelotvornosti zdravstvenih sustava radi osiguravanja fiskalne održivosti i pristupa kvalitetnim zdravstvenim uslugama za sve.

U zajedničkom izvješću Europske komisije i Odbora za ekonomsku politiku o sustavima zdravstvene zaštite i dugotrajne skrbi iz 2016. identificiraju se brojna područja u kojima bi poboljšanja mogla povećati ekonomičnost zdravstvenih sustava u srednjoročnom i dugoročnom razdoblju te njihovu dugoročnu održivost.

Odgovarajući odgovori politike uključuju sljedeće:

Poboljšanje upravljanja sustavima.

1. Jačanje suradnje između tijela fiskalne i zdravstvene politike te primjena velikog broja alata za proračunsko planiranje radi podupiranja učinkovitosti, transparentnosti i odgovornosti

2. Uspostavljanje strategija upravljanja informacijskom tehnologijom i podacima za potporu nadzora i upravljanja te jačanje borbe protiv korupcije, prevare i zlorabe javnih sredstava

¹³ https://ec.europa.eu/health/home_en.

3. Sustavna i formalizirana procjena reformi *ex ante* i *ex post* koja se temelji na dokazima i provedba procjene učinkovitosti zdravstvenih sustava

4. Jasno definiranje uloge javnih tijela u području usluga dugotrajne skrbi s ciljem integriranja zdravstvenih i socijalnih usluga putem pravnog okvira te poboljšanja administrativne učinkovitosti

5. Poboljšanje primjerenosti i kvalitete ljudskih resursa u zdravstvenom sektoru prilagodbom planiranja potrebama, prilagodbom poticaja, istraživanjem mogućnost zapošljavanja liječnika iz drugih država i dugoročnim planiranjem

Promicanje održivosti i učinkovitosti financiranja i rashoda

6. Osiguranje da se paketi javnih naknada temelje na kriterijima ekonomičnosti i pravednosti i da se sustavima podjele troškova podupire ograničavanje javne potrošnje uz istodobno osiguravanje pristupa

7. Koncipiranje nadnica i mehanizama kupovine za promicanje učinkovitosti i pravednosti

8. Odmicanje zdravstvenih sustava od tradicionalnog modela s bolnicom u središtu jačanjem selekcijske uloge i upućivanjem na primarnu skrb i promicanjem koordinacije i integracije skrbi

9. Jačanje održivosti bolničke skrbi poboljšanjem aranžmana financiranja, smanjenjem operativnih troškova i poboljšanjem usporedbe učinkovitosti bolnica i ocjenjivanjem istoga prema referentnim vrijednostima

10. Jačanje ekonomične uporabe i cjenovne pristupačnosti lijekova promicanjem javne nabave te uloge generičkih i biosličnih lijekova¹⁴, odgovarajućih politika kontrole cijena i

promicanjem razumnog korištenja lijekova.

11. Daljnje istraživanje mehanizama prekogranične suradnje u svrhu rješavanja pitanja dostupnosti i pristupačnosti medicinskih proizvoda u državama EU-a. To treba uključivati odgovarajuće regulatorne mehanizme na razini EU-a i sporazume o zajedničkoj nabavi

12. Omogućavanje donošenja ekonomičnih odluka o zdravstvenom pokriću u kontekstu ocjenjivanja novih i postojećih tehnologija u zdravstvu, uključujući kroz suradnju država članica

Poboljšavanje pristupa, kvalitete i učinkovitosti skrbi

13. Jačanje politika za promicanje zdravlja i sprečavanje bolesti: promicanje kampanja o rizičnim čimbenicima, razvoj integriranih višesektorskih inicijativa s više dionika te usklađivanje financijskih planova s rokovima politika

14. Povećavanje dostupnosti kvalitetne skrbi smanjenjem vremena čekanja i financijskog opterećenja kućanstva zdravstvenim rashodima, uključujući neformalnim plaćanjima

15. Vođenje računa o potrebama ranjivih skupina, posebno putem mjerodavnih fiskalnih politika i politika socijalne zaštite, međusektorske suradnje u pružanju usluga skrbi, kulturno osjetljivih usluga

16. Pružanje odgovarajuće razine zaštite onima kojima je potrebna promicanjem i procjenjivanjem kvalitete i djelotvornosti

17. Promicanje samostalnog života i podupiranje pružanja usluga zdravstvene zaštite i dugotrajne skrbi kod kuće i u zajednici umjesto u ustanovama, kada je to primjereno

18. Promicanje zdravog starenja i sprečavanje tjelesnog i mentalnog propadanja osoba koje boluju od kroničnih bolesti.

¹⁴ *Generički lijek* farmaceutski je proizvod koji je jednak već odobrenom lijeku („referentni lijek“). Sadržava jednaku aktivnu tvar /jednake aktivne tvari kao i referentni lijek. *Biosličan lijek* vrlo je sličan u svim bitnim aspektima već odobrenom biološkom lijeku.

4. USPOREDNA ANALIZA POSTOJEĆEG STANJA

Više država članica uvelo je i provelo značajne mjere radi poboljšanja pristupa zdravstvenim uslugama uz istovremeno održavanje kvalitete i održivosti sustava.

Bugarska, Estonija, Malta, Austrija i Poljska donijele su opsežne reforme za jačanje primarne skrbi i bolju koordinaciju s bolničkom i specijaliziranom skrbi. Uz to, Švedska je dodijelila dodatna sredstva za poboljšanje dostupnosti usluga zdravstvene skrbi.

Cipar je počeo s redizajnom svojeg zdravstvenih sustava s ciljem omogućavanja pristupa zdravstvenoj skrbi cjelokupnom stanovništvu i smanjenja neposrednih plaćanja.

Portugal je proveo značajne reforme u 2016. i 2017. s ciljem pružanja univerzalne zdravstvene skrbi.

Bugarska je poduzela mjere za povećanje izvanbolničke skrbi u slučajevima kada loše pokriće izvanbolničkim medicinskim uslugama pojedincima u toj državi otežava pristup zdravstvenoj skrbi.

Austrija je uvela novi sustav plaćanja ambulantne skrbi u bolnicama temeljen na dijagnostičko-terapijskim skupinama kako bi se smanjio pritisak na sektor bolničke skrbi i potaklo korištenje usluga dnevnih bolnica i ambulantnih usluga.

Latvija i Poljska pokrenule su reforme kako bi se povećao broj zdravstvenih djelatnika.

Mađarska i Rumunjska poduzela su prve mjere za povećanje nadnica zdravstvenim djelatnicima.

Latvija, Poljska, Portugal i Rumunjska najavili su mjere za privlačenje liječnika i medicinskih sestara u prigradska ili ruralna područja.

Latvija i Malta smanjile su vrijeme čekanja, dok je Rumunjska reorganizirala dijelove sustava ambulantne skrbi.

Italija, Malta, Portugal i Slovenija razvijaju i provode rješenja temeljena na informacijskoj i komunikacijskoj tehnologiji kako bi se vrijeme čekanja za usluge zdravstvene skrbi skratilo.

Španjolska, Italija, Portugal i Slovačka provode reforme kao što je centralizacija nabave, povećanje upotrebe generičkih lijekova i razvoj tijela za ocjenjivanje tehnologije u zdravstvu. Krajnji je cilj povećati pristup lijekovima i osigurati da se koriste na ekonomičan način.

Latvija i Rumunjska pokrenule su planove za jačanje mehanizama odgovornosti i transparentnosti u zdravstvenom sustavu.

U Ciklusu o stanju zdravlja u EU-u¹⁵ iznose se dokazi o zdravstvenim politikama u Europi. Konkretno, profili zdravlja država članica sadrže detaljnije analize trenutnog stanja politika u svakoj od njih.

Popratno izvješće nadovezuje se na zaključke profila država s naglaskom na međusektorske utjecaje politika.

Datum: 26. rujna 2017.

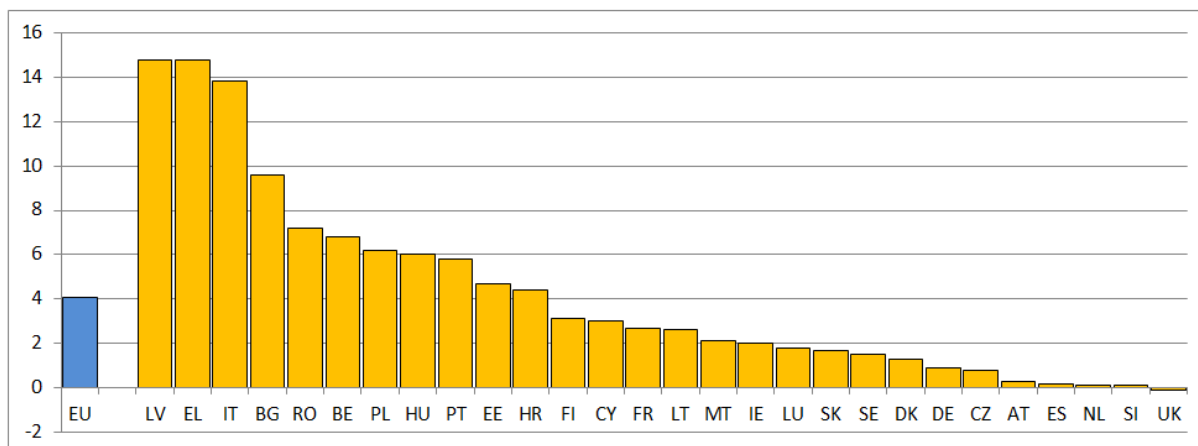
¹⁵ https://ec.europa.eu/health/state/summary_hr.

5. KORISNI IZVORI

- Komunikacija Komisije o učinkovitim, pristupačnim i otpornim zdravstvenim sustavima (COM(2014) 215 final)
https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/com2014_215_final_hr.pdf
- Zajedničko izvješće o sustavima zdravstvene i dugotrajne skrbi te fiskalnoj održivosti — European Economy, Institutional paper br. 37, listopad 2016.; Glavna uprava za gospodarske i financijske poslove, i Odbor za ekonomsku politiku
https://ec.europa.eu/info/publications/economy-finance/joint-report-health-care-and-long-term-care-systems-fiscal-sustainability-0_en
- Stanje zdravstva u EU-u: Profili zdravlja država članica
https://ec.europa.eu/health/state/country_profiles_en
- Ukratko o zdravlju: Europa 2016. – ciklus o stanju zdravlja u EU-u, OECD Publishing, Pariz
https://ec.europa.eu/health/state/glance_hr
- Tematski informativni članak o europskom semestru o održivosti javnih financija
- Baza podataka Svjetske zdravstvene organizacije „Zdravlje za sve”
- Baza podataka OECD-a o zdravlju
- Alat Europske komisije s podacima o ključnim europskim pokazateljima zdravlja
https://ec.europa.eu/health/indicators/indicators_en
- Mišljenje stručnog povjerenstva o učinkovitim načinima ulaganja u zdravlje u „Tipologija reformi zdravstvene politike i okvir za procjenu učinaka reforme”
https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/013_healthpolicyreforms_reformeffects_en.pdf
- Mišljenje stručnog povjerenstva o učinkovitim načinima ulaganja u zdravlje u „Pristup zdravstvenim uslugama u Europskoj uniji”
https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/015_access_healthservices_en.pdf
- Mišljenje stručnog povjerenstva o učinkovitim načinima ulaganja u zdravlje u „Utvrđivanje referentnog okvira u pogledu primarne zdravstvene zaštite s posebnim naglaskom na sustavima financiranja i sustavima upućivanja”
https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/004_definitionprimarycare_en.pdf
- Izvješće stručne skupine EU-a za ocjenu učinkovitosti zdravstvenih sustava „Kako dalje? Strategije u Europi za procjenu kvalitete skrbi”
https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/sowhat_en.pdf
- Izvješće stručne skupine EU-a za procjenu učinkovitosti zdravstvenih sustava „Blokovi: Alati i metodologije za procjenu integrirane skrbi u Europi”
https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/2017_blocks_en_0.pdf

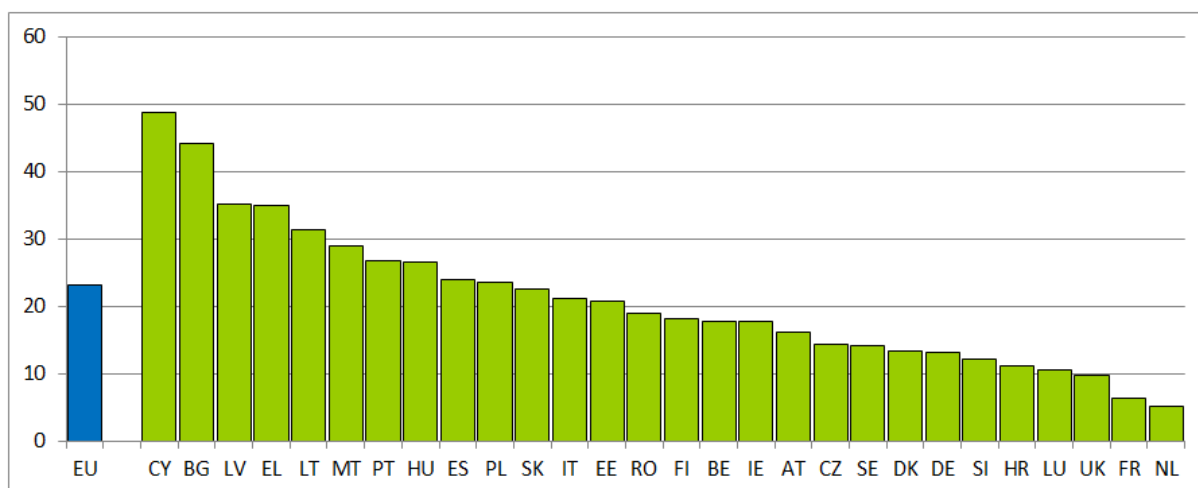
PRILOG

Grafikon A: Razlike između dohodovnih kvintila¹⁶ za samoprijavljene neispunjene potrebe u pogledu zdravstvene skrbi, 2015.



Izvor: Eurostat, Istraživanje EU-a o dohotku i životnim uvjetima (EU-SILC). Napomene: svi razlozi; razlika izražena u postotnim bodovima.

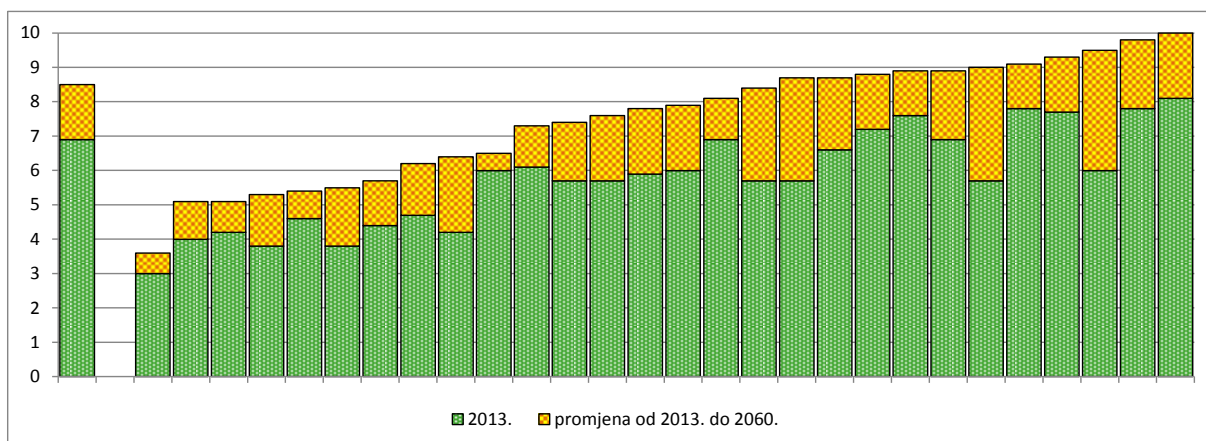
Grafikon B: Privatni neposredni rashodi kućanstva kao % ukupnih tekućih rashoda za zdravstvo, 2014. ili najnoviji dostupni podaci



Izvor: Baza podataka Svjetske zdravstvene organizacije „Zdravlje za sve” (WHO HFA-DB)

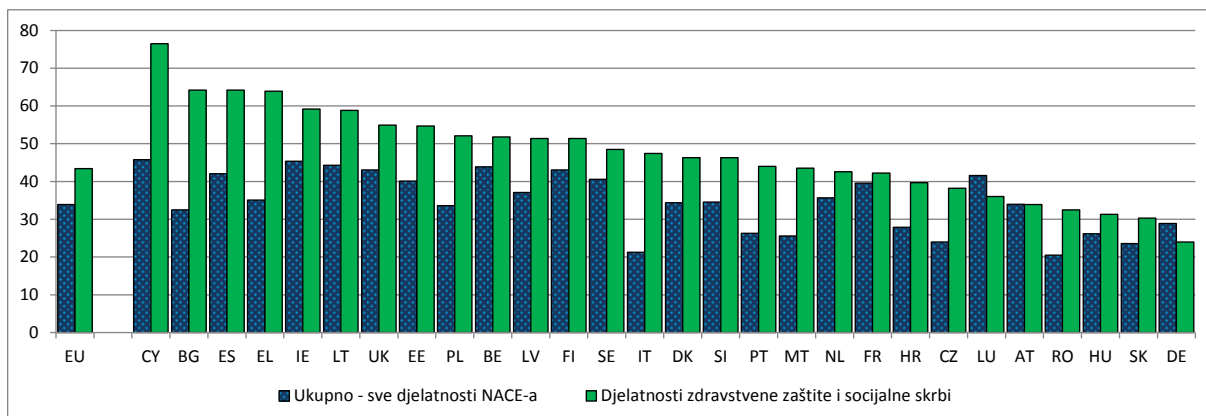
¹⁶ Razlika između postotka stanovništva na dnu (q1) i vrhu (q5) dohodovnog kvintila sa samoprijavljenim neispunjenim potrebama u pogledu zdravstvenih pregleda tijekom prethodnih 12 mjeseci. Prva kvartilna skupina predstavlja 20 % stanovništva s najnižim dohotkom, a peta kvartilna skupina predstavlja 20 % stanovništva s najvišim dohotkom.

Grafikon C: Predviđeni rashodi za zdravstvenu skrb u državama EU-a u razdoblju 2013.-2060., AWG-ov scenarij rizika



Izvor: Temeljeno na Izvješću o starenju stanovništva iz 2015. — Službe Komisije.

Grafikon D: Razina obrazovanja radne snage



Zapošljavanje radnika koji imaju završeno tercijarno obrazovanje kao postotak ukupnog broja zaposlenih u sektoru zdravstvene zaštite i socijalne skrbi i u svim sektorima, 2016. — Izvor: Eurostat