



ЕВРОПЕЙСКИ СЕМЕСТЪР

ТЕМАТИЧЕН ИНФОРМАЦИОНЕН ДОКУМЕНТ

СИСТЕМИ ЗА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

1. ВЪВЕДЕНИЕ

Системите за здравеопазване на държавите — членки на ЕС, са основна част от високите нива на социална закрила и сближаване в Европа.

Системите за здравеопазване в ЕС са разнообразни и отразяват различни обществени решения. Въпреки различията по отношение на организацията и финансирането те са изградени на основата на общи ценности, както бе отчетено и на Съвета на министрите на здравеопазването през 2006 г.¹: общовалидност, достъп до качествени здравни услуги, равнопоставеност и солидарност.

Освен това е широко разпространено мнението, че е необходимо системите на здравеопазване да станат фискално устойчиви по начин, който защитава тези ценности в бъдеще².

През последното десетилетие европейските системи за здравеопазване бяха изправени пред засилващи се общи предизвикателства:

- Населението на Европа застарява и хората по-често страдат от няколко хронични заболявания едновременно. Това води по-голямо търсене на здравни грижи и увеличаване на данъчната тежест,
- разходите за иновативни технологии и лекарства растат и се превръщат в тежест за публичните финанси,
- медицинските специалисти са неравномерно разпределени, а в някои сектори за полагане на грижи е налице недостиг, както и
- достъпът до здравеопазване не е равномерно разпределен и води до ситуации на неравнопоставеност по отношение на здравеопазването в цялото общество.

В Съобщението на Комисията относно ефективни, достъпни и устойчиви системи на здравеопазване³ е определена стратегическа програма за системите на здравеопазване в ЕС.

¹ Заключение на Съвета относно общите ценности и принципи в системите на здравеопазване в Европейския съюз (2006/С 146/01): <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2006:146:0001:0003:EN:PDF>.

² Заключение на Съвета относно системите за здравеопазване и фискалната устойчивост (8.11.2016 г.): <http://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-14182-2016-INIT/bg/pdf>.

³ COM(2014) 215 окончателен: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/com2014_215_final_bg.pdf.

Важен принос за тази програма бе получен по линия на Съвместния доклад относно системите за здравеопазване и дългосрочни грижи и фискалната устойчивост, изготвен от Европейската комисия и Комитета за икономическа политика⁴.

В принцип 16 от Европейския стълб на социалните права, приет през април 2017 г., се посочва, че всеки има право на навременен достъп до достъпни, превантивни и лечебни здравни грижи с добро качество.

Навременният достъп означава, че всеки има достъп до здравни грижи, когато има нужда от такива. За това е необходимо балансирано географско разполагане на здравни заведения и медицински специалисти, както и политики за свеждане до минимум на дългите периоди на чакане.

Под достъпни здравни грижи се разбира, че хората не трябва да се лишават от необходимите грижи поради цената.

Здравно обслужване с добро качество означава, че то трябва да е целесъобразно, подходящо, безопасно и ефективно.

Наблюдава се все по-голямо взаимодействие между системите на здравеопазване в ЕС. Директивата за правата на пациентите при трансгранично здравно обслужване⁵ бе важна стъпка в осигуряването на правна рамка и инструменти на политиката за това сътрудничество. По-специално, с директивата се предоставят ясни правила и надеждна информация на пациентите относно достъпа и възстановяването на разходи за здравно обслужване в друга държава от ЕС.

2. ИДЕНТИФИЦИРАНЕ НА ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВОТА

2.1. Секторът на здравеопазването е важен източник на заетост

Секторът на здравеопазването и социалните дейности е сектора с най-голям ръст на заетостта през последните години с над 2,6 милиона нови работни места (между

първата четвърт на 2009 г. и първата четвърт на 2017 г.). В рамките на здравния и социалния сектор увеличаването на заетостта бе разпределено, както следва:

- в подсектор „човешко здраве“: 960 500 нови работни места, което възлиза на 36 % от създадените нови работни места в целия сектор;
- в подсектор „медико-социални грижи с настаняване“ 945 500 нови работни места, 35 % от общия брой; и
- в подсектор „социални дейности без настаняване“ 776 700 нови работни места, 29 % от общия брой;

През първото тримесечие на 2017 г. в сектора „човешко здраве и социални дейности“ бяха заети 24 014 500 души. Повечето от тях — 13 601 700 души, бяха заети в подсектора „човешко здраве“. В подсектор „медико-социални грижи с настаняване“ бяха заети 5 066 800 души, докато 5 346 000 бяха заети в „социална работа без настаняване“.

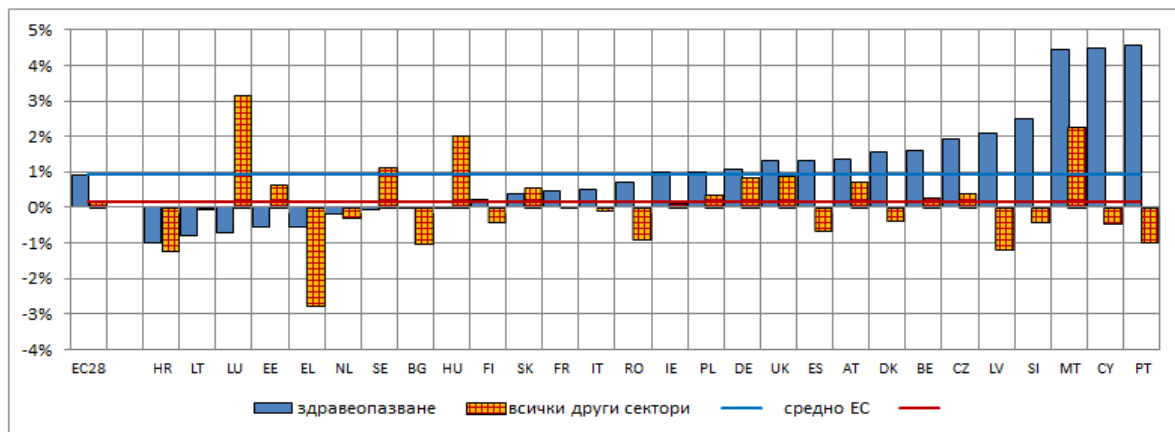
Не всички нови работни места обаче съответстват на новото търсене на здравни грижи: Застаряването на населението на Европа изисква различни комбинации от умения и различни начини на работа в отделните сектори и дисциплини с цел предоставянето на ефективни грижи.

Налице са несъответствия между търсените и предлаганите умения както по отношение на естеството, така и на разпределението на уменията, във всички професии в областта на здравеопазването. Развитието на нови форми на предоставяне на грижи, които водят до прехвърляне на задачи (например от лекари към медицински сестри), и по-добрата интеграция, могат да осигурят по-безопасни и по-ефективни грижи при по-ниски разходи.

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

⁵ Директива 2011/24/ЕС за упражняване на правата на пациентите при трансгранично здравно обслужване, ОВ L 88, 4.4.2011 г.

Фигура 1 – Развитие на работните места в областта на здравеопазването и във всички други сектори



Средните годишни промени в работните места между 2009 г. (първо тримесечие) и 2017 г. (първо тримесечие) в сектора на човешкото здраве и във всички други сектори

Източник: Евростат, Изследване на работната сила.

Работниците в сектора на здравеопазването и социалните дейности са с равнище на образование, което е много над средното за всички сектори. Както е посочено в приложението броят на работниците с висше образование (т.е. диплома от университет или друго висше учебно заведение) е значително по-голям в сферата на здравеопазването и социалния сектор, отколкото в икономиката като цяло.

През 2016 г. в ЕС 33,9 % от всички работници притежаваха диплома за висше образование; в сектора на здравеопазването и социалните дейности делът им беше 43,4 %. Процентът на работниците с висше образование или такова след завършено средно образование бе 48 % за цялата икономика и 45 % в сектора на здравеопазването и социалните дейности. За да се допълни представата 17,9 % от всички работници бяха с не по-високо от прогимназиално образование, докато делът им в сектора на здравеопазването и социалните дейности бе само 11,5 %⁶.

Секторът на здравеопазването и социалните дейности продължава да е подчертано ориентиран към женската работна сила: четирима от всеки пет работещи в този сектор са жени, и този процент остава по същество непроменен през разглеждания период.

Ефективният и достъпен здравен сектор косвено допринася също така за

икономическия растеж и благоденствието: той помага на хората да постигат и поддържат добро здравословно състояние и по този начин гарантира по-широко участие в пазара на труда и по-висока производителност.

2.2. Фискална устойчивост на системите за здравеопазване

Публичният сектор играе основна роля във финансирането на здравните услуги: в две трети от държавите членки над 70 % от разходите за здравеопазване се финансират от публичния сектор. Тази ситуация има тежки последици върху устойчивостта на публичните финансови, особено в контекста на процеса на застаряване на населението.

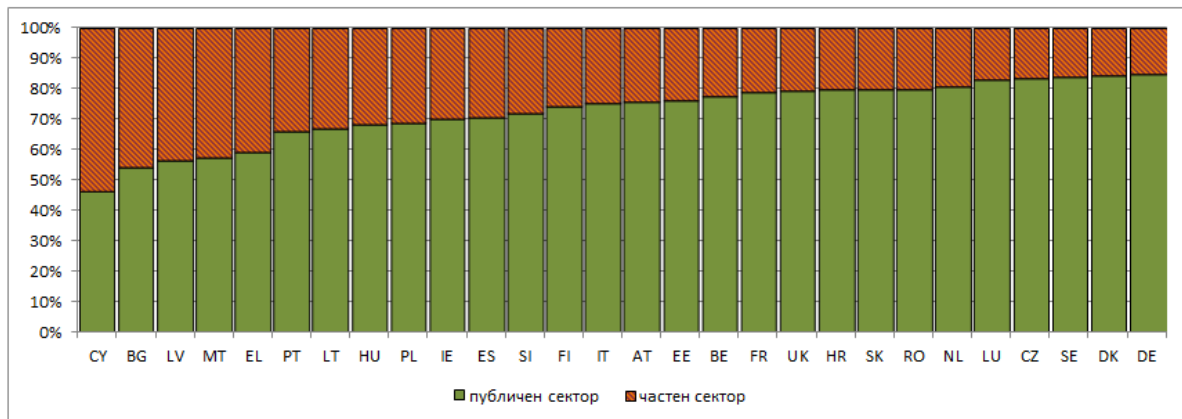
Фигура 2 показва дела на публичното и частното финансиране на системите за здравеопазване в държавите от ЕС. Държави членки с относително висок дял на частните разходи за здравеопазване са България (46 % от общия разход за здравеопазване), Гърция (над 41 %), Кипър (54 %), Латвия (44 %) и Малта (43 %)⁷.

Държавите членки с най-висок дял на финансирани от държавата разходи за здравеопазване са Чешката република (83%), Дания (84%), Германия (85%), Люксембург (83%), Нидерландия (81%) и Швеция (84%).

⁶ Висшето образование съответства на нива 5 и 6 по ISCED. Гимназиалното образование съответства на нива 3 и 4 по ISCED. Прогимназиалното образование (и по-ниско) съответства на нива 0, 1 и 2 по ISCED.

⁷ Частният елемент може да е задвижван от търсенето, породено от предлагането и от начина, по който това влияе на избора на пациентите. Поради това е възможно действителните нужди от финансиране да са надценени.

Фигура 2 - Финансиране на здравеопазването



Разходи за здравеопазване по финансираща институция - Източник: ОИСР, Евростат, СЗО — 2016 г. или по-скорошни данни

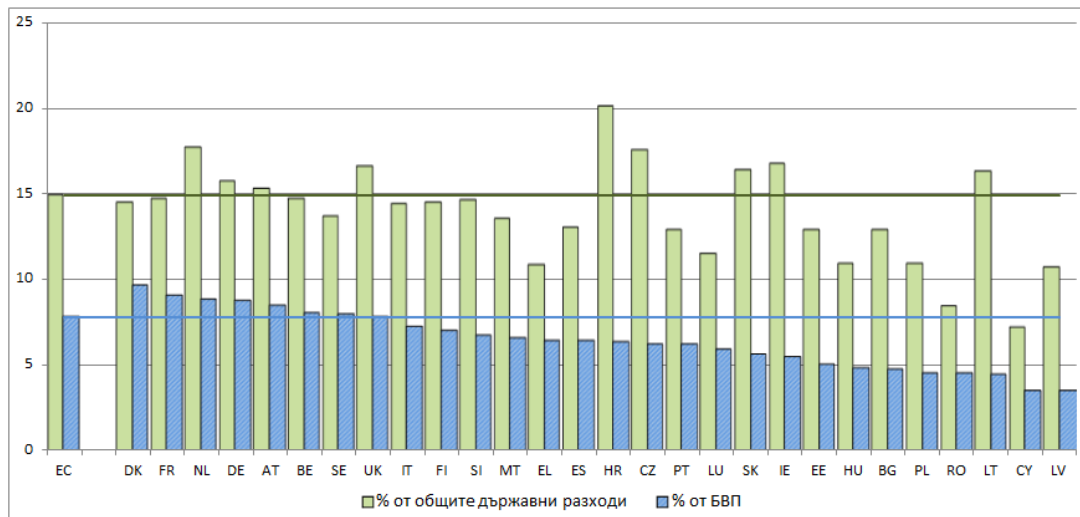
Фигура 3 показва нивата на публичните разходи за здравеопазване в държавите — членки на ЕС, изразени както като процент от БВП, така и като процент от общия размер на разходите на сектор „Държавно управление“.

През 2015 г. публичните разходи за здравеопазване възлизаха на 7,8 % от БВП в ЕС като цяло. В осем държави членки съотношението между разходите за здравеопазване и БВП е равно или надвишава претеглената средна стойност за ЕС: Австрия, Белгия, Дания, Германия, Нидерландия, Обединеното кралство, Франция и Швеция. Държавите членки с най-нисък дял на публичните разходи за здравеопазване бяха Кипър и Латвия (3,5 %), а под

5 % бяха България, Естония, Литва, Унгария, Полша и Румъния.

Средно през 2015 г. в ЕС публичните разходи за здравеопазване възлизат на 15 % от общите държавни разходи. Държавите членки, които бяха над стойността за ЕС, бяха Чешката република, Германия, Хърватия, Ирландия, Литва, Нидерландия, Австрия, Словакия и Обединеното кралство. Държавите членки с най-ниски стойности бяха Кипър (7,2 %), Румъния (8,4 %), следвани от Гърция, Латвия, Унгария, Полша (всички под 11 %) и Люксембург (11,5 %)⁸.

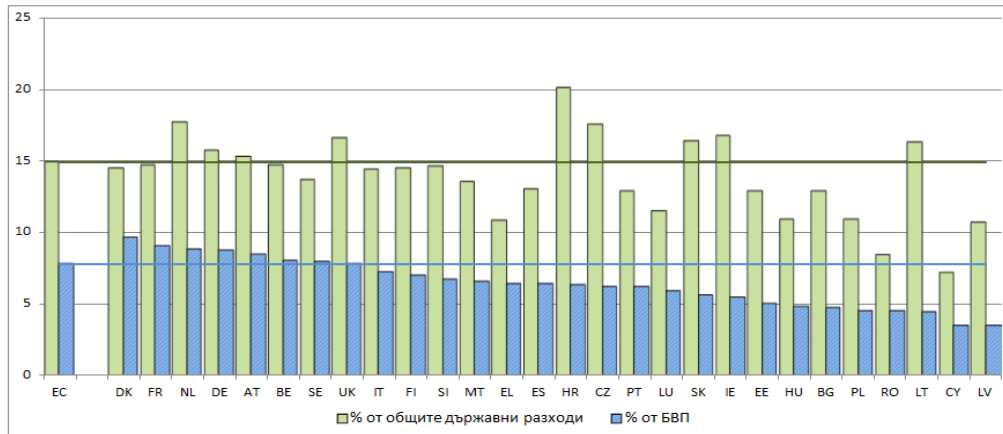
Фигура 3 - Публични разходи за здравеопазване



Публични разходи за здравеопазване като процент от общите държавни разходи и БВП
Източник: Евростат, Статистически отдел на ООН; 2013 г. или по-нови данни - Изчисления на службите на Комисията

⁸ Някои държави обаче разполагат със система за възстановяване на предоставените средства в много области на разходи за здравеопазване. Това означава, че отчетеното ниво на публични разходи може да подценява реалното ниво.

Фигура 3 - Публични разходи за здравеопазване



Публични разходи за здравеопазване като процент от общите държавни разходи и БВП

Източник: Евростат, Статистически отдел на ООН; 2013 г. или по-нови данни - Изчисления на службите на Комисията

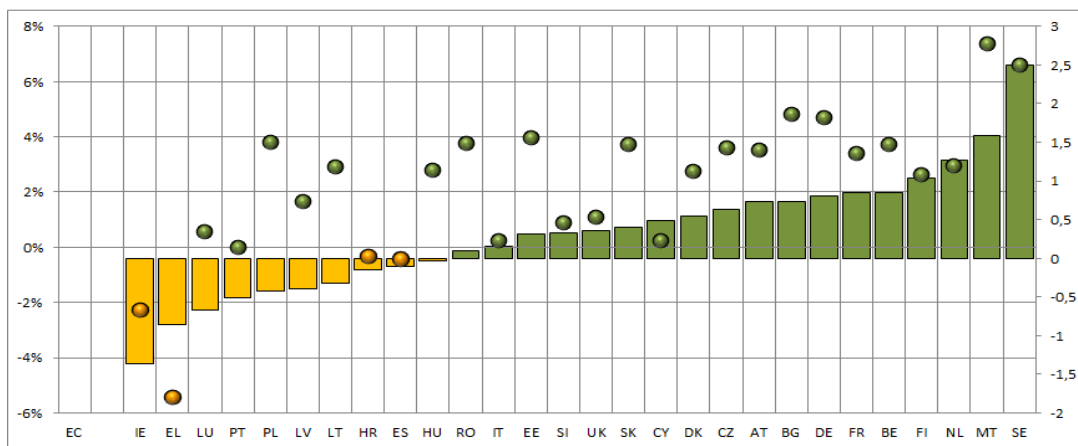
Публичните разходи за здравеопазване са сред най-значителните и най-бързо растящите разходни пера за правителствата. Фигура 4 показва увеличението на публичните разходи за здравеопазване като процент от БВП между 2008 и 2014 г. (в процентни пункта). Същата фигура показва средното годишно увеличение на публичните реални разходи за здравеопазване на глава от населението през същия период, изразено с кръгове.

Комбинацията от тези две мерки позволява по-добро разбиране на публичните разходи за здравеопазване. Разликите в нивата на разходи за здравеопазване като процент от БВП са всъщност резултат от комбинираните тенденции на публичните разходи както върху здравеопазването, така и върху БВП.

Относителното нарастване на публичните разходи като процент от БВП може да бъде всъщност нетният ефект от намаляването и на двете мерки, като БВП намалява в по-голяма степен от разходите (и обратно). Затова стойностите на глава на населението предоставят допълнителна информация за оценяване на тенденциите: ако разходите за здравеопазване нарастват като дял от БВП и намаляват, когато са изразени спрямо населението, вероятно БВП на държавата намалява по-бързо от разходите за здравеопазване.

Кривите на растеж следва да се анализират заедно с първоначалната стойност. Отправната точка, която е по-ниска или по-висока от средната стойност, може да доведе до различно тълкуване на увеличенията или намаляванията на разходите за здравеопазване.

Фигура 4 - Растеж на публичните разходи за здравеопазване като процент от БВП и на глава от населението



Увеличаването на публичните разходи за здравеопазване като процент от БВП (2008-2014 г., процентни пункта, дясна скала) и средногодишно увеличение на реалните разходи за здравеопазване на глава от населението (кръгове, 2008-2014 г., лява скала)

Източник: База данни на МЗО "Здравеопазване за всички" - изчисления на службите на Комисията.

Натискът за увеличаване на разходите за здравеопазване ще се запази. Съгласно доклада от 2015 г. относно застаряването на населението в периода до 2060 г. се очаква допълнително увеличение на дела на публичните разходи за здравеопазване от БВП. Основните причини за това увеличение са:

- нарастващите доходи и очаквания за висококачествени здравни услуги;
- застаряващото население: както и
- технологичния напредък.

В референтния сценарий на работната група по въпросите на застаряването (AWG) публичните разходи за здравеопазване в ЕС ще нараснат с 0,9 процентни пункта от БВП до 2060 г. (Фигура 5). Съгласно рисковия сценарий на (AWG) средното увеличение на разходите с 1,6 процентни пункта от БВП до 2060 г. (приложение).

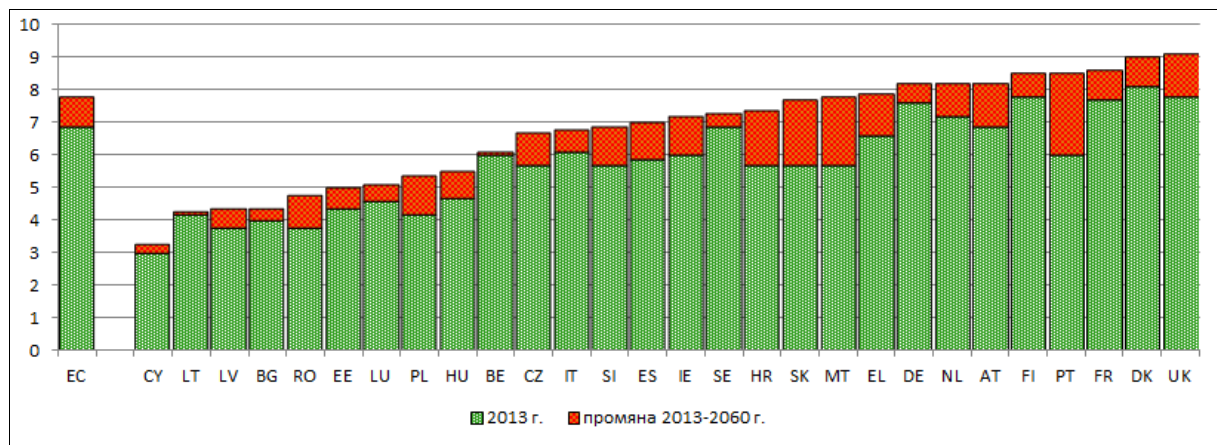
Основната цел на ЕС е да осигури устойчивост на публичните финанси, включително в средносрочна и дългосрочна перспектива. За много държави на ЕС рисковете за устойчивостта за публичните финанси са свързани в значителна степен с очакваното въздействие на свързаните със застаряването публични разходи

за здравеопазване и дългосрочни грижи. Освен фискалните затруднения системите за здравеопазване и дългосрочни грижи често са изправени пред общи структурни проблеми, които са свързани с неефикасното разпределяне и използване на ресурсите между различните функционални области на разходи. ОИСР изчислява, че една пета от разходите за здравеопазване, допринася в малка степен или не допринася за подобряване на здравето на хората. В някои случаи то дори води до по-лоши резултати в областта на здравеопазването. Потенциално държавите могат да изразходват по-малко за здравеопазване без същевременно това да води до влошаване на резултатите на здравната система или на резултатите в областта на здравеопазването⁹.

Други трудности са:

- неравнопоставения достъп до здравни грижи;
- често превишаване на бюджета;
- конкурентен фискален натиск от различни министерства;
- смяна на приоритетите на политиката;
- измами или корупция както и липсата на информация относно икономическата изгодност на инвестициите в системите за здравеопазване и за дългосрочни грижи.

Фигура 5 - Изходен сценарий и прогнозиран разходи в здравеопазването в държавите на ЕС за периода 2013- 2060 г., референтен сценарий на AWG



Източник: Въз основа на доклада от 2015 г. за застаряването на населението - службите на Комисията.

⁹ ОИСР; Справяне с разхитително изразходване на средства в сферата на здравеопазването (Tackling Wasteful Spending on Health); януари 2017 г. – <http://www.oecd.org/health/tackling-wasteful-spending-on-health-9789264266414-en.htm>.

2.3. Достъпът до ефективни системи на здравеопазване допринася за социалното сближаване

Най-честите бариери за достъп до здравеопазване са в резултат от неспособността и/или нежеланието на пациентите да плащат за медицински стоки и услуги. В някои държави проблем бяха времето за чакане и разстоянието. Времето за чакане може да възникне поради различни причини, включително причини, които са свързани с недостатъчно или неадекватно разпределяне на ресурси или с активни управленски избори, направени от вземащите решения в системата за здравеопазване.

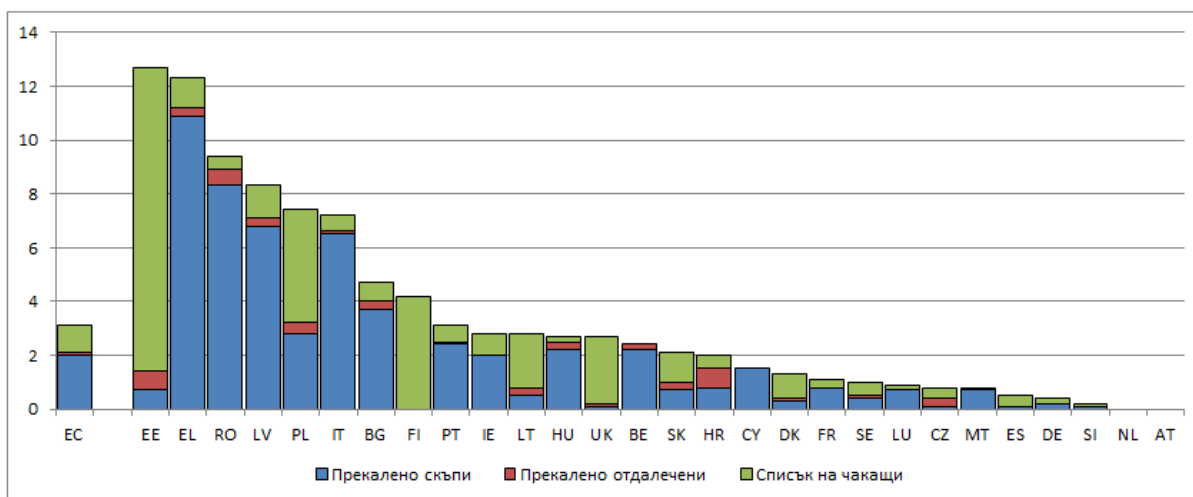
Достъпът до здравеопазване също може да бъде затруднен

поради недостатъчната наличност на здравна инфраструктура и работна ръка в областта на здравеопазването.

Често използваният показател, с който да се покажат пречките по отношение на достъпа до здравеопазване са изразените от пациента неудовлетворени нужди¹⁰. Понастоящем този показател е приет в набор от социални показатели, който е част от социалния стълб.

В четири от пет европейски държави по-малко от 5% от населението е докладвало за нива на неудовлетворени нужди от медицински преглед. В някои държави обаче делът на хората, докладващи за неудовлетворени нужди, е значително по-висок¹¹.

Фигура 6 - Неудовлетворени по собствена преценка потребности от медицински преглед поради цена, време на чакане и разстояние



Източник: EU-SILC (2015 г.)

¹⁰ Понятието „неудовлетворени по собствена преценка потребности от медицински грижи“ се отнася за собствената преценка на дадено лице дали се е нуждаело от преглед или лечение за конкретен вид медицински грижи, но не ги е получило или не ги е потърсило поради следните три причини: „финансови причини“, „списък на чакащите“ или „прекалено далече“. Проблемите, които хората съобщават при получаването на грижи, когато са болни, често отразяват съществените пречки пред получаването на грижи.

¹¹ По-специално, по отношение на Гърция драматичното намаляване на заплатите и ръстът на безработицата в една фрагментирана система за здравно осигуряване със слабо преразпределение причиниха значителен спад в обхвата и допустимостта на общественото здравеопазване. Макар да има доказателства за прекомерно потребление на здравни услуги преди кризата в Гърция (както се вижда от високото ниво на преките плащания), с кризата това вече не беше възможно на достъпни цени. Универсално покритие беше въведено с последващите реформи през 2014 и 2016 г. Въздействието на тези реформи върху незадоволените потребности все още не е отразено в наличните данни.

Пропуски, съобщавани по собствена преценка, по отношение на достъпа до качествени здравни грижи могат да бъдат открити в целия ЕС, въпреки че държавите членки са съгласни да изпълняват общия принцип за равнопоставеността на системите на здравеопазване. Пречките пред равнопоставеността в достъпа до здравни грижи са много и включват финансови, административни, географски, правни, културни и организационни фактори.

Неудовлетворените по собствена преценка медицински потребности следва също така да бъдат разгледани на фона на обективни мерки за ползването на здравни грижи и за разходите за тях. Например, нивото на публичните, частните и „преките разходи“ за здравеопазване¹², което предоставя също така информация, свързана с финансовата защита на населението срещу рискове от здравословни проблеми, както и настоящото използване на здравни услуги.

Предоставянето на устойчив достъп до висококачествени грижи изисква по-голяма ефикасност и ефективност на разходите за здравеопазване на фона на нарастващото търсене и на ограничените ресурси. Предизвикателството е да бъдат установени икономически ефективни начини за финансиране, организиране и предоставяне на грижи с цел по-добри резултати в областта на здравеопазването, като се използват по-рационално наличните ресурси.

¹² „Преките разходи“ се отнасят за директните плащания за стоки и услуги от първичните доходи или спестявания на домакинствата, когато плащането е направено от потребителя по време на покупката на стоките или при ползването на услугите без възстановяване на платените суми или като споделени разходи с организирана схема; Този показател е също така потенциално повлиян от избора на пациентите. Понастоящем съпоставимостта на данните между различните държави е ограничена поради равнището на точност, с която Системата на здравни сметки (SHA) от 2011 г. е била приложена в държавите от ЕС.

Всеобхватното намаляване на разходите има за цел постигането на краткосрочни икономии, които ако не са насочени към постигане на икономическа ефективност на системите, може да доведат до по-големи разходи в краткосрочен и дългосрочен план.

По-специално, много държави членки го възприемат като предизвикателство за подобряване на достъпа до достъпни лекарствени продукти. Всъщност през следващите години се очаква да бъдат пуснати на пазара голям брой нови лекарства, което ще доведе до по-големи нужди от финансиране в сравнение с миналото десетилетие.

Естеството на новите лекарства се променя постепенно: иновациите се основават на сложни и скъпи биофармацевтични продукти и са насочени към по-малки групи от населението. Публични и частни платци за здравеопазването все повече да се борят с това как да плащат за тези лекарствени продукти.

В Европа все още част от смъртните случаи настъпват прекалено рано. В ЕС през 2014 г. 1,96 милиона души са починали на възраст под 75 години. От тях около 562 034 смъртни случая могат да бъдат сметени за преждевременни. Тези смъртни случаи биха могли да бъдат избегнати предвид наличните познания и технологии в медицината. Общо сърдечните удари и инфарктите представляват почти половината от тези предотвратими смъртни случаи.

Понятието за смъртност, причинявана от подлежащи на лечение заболявания, се основава на идеята, че някои смъртни случаи (за конкретни възрастови групи и причинени от конкретни заболявания), биха могли да бъдат предотвратени. С други думи някои смъртни случаи е нямало да се случат на този етап, ако е имало навременни и ефективни здравни грижи.

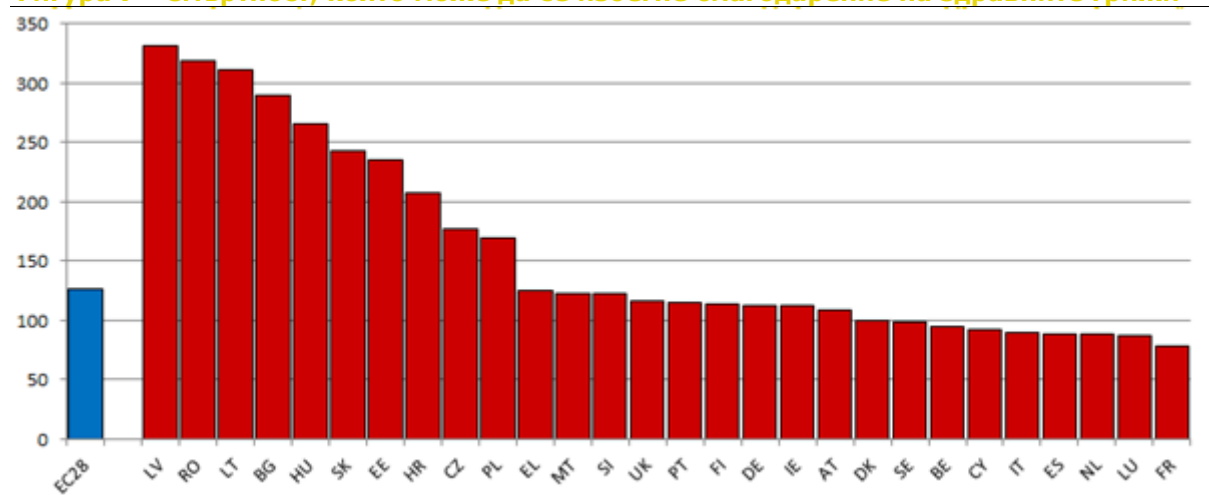
Показателят за смъртност, причинявана от подлежащи на лечение заболявания, се използва в световния контекст на оценяване на ефективността на системите за здравеопазване, за да даде някаква индикация за качеството и

ефективността на политиките за здравеопазване.

Процентът на смъртните случаи, които са могли да бъдат избегнати благодарение на оптимални здравни

грижи, спрямо всички смъртни случаи при лицата на възраст под 75 години през 2013 г., варира в значителна степен между държавите - членки на ЕС.

Фигура 7 - Смъртност, която може да се избегне благодарение на здравните грижи



Източник: базата данни на Евростат, (2014 г.)

3. ИДЕНТИФИЦИРАНЕ НА ПОДХОДЯЩИ ПОЛИТИКИ ЗА СПРАВЯНЕ С ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВОТА

Съобщението на Комисията относно „Ефективни, достъпни и устойчиви системи на здравеопазване“ предлага програма на ЕС, включваща редица механизми за сътрудничество в подкрепа на националните реформи. Целта е да се подобри ефективността на системите за здравеопазване в ЕС. Механизмите включват ОЗТ, електронно здравеопазване и цифрово здравеопазване, оценка на функционирането на системите за здравеопазване, планиране на работната сила, европейски референтни мрежи и др.¹³

Това сътрудничество има за цел подобряване на ефективността и ефикасността на системите за здравеопазване, за да се осигури фискална устойчивост и достъп до доброкачествени здравни услуги за всички.

В съвместния доклад на Европейската комисия и на Комитета за икономическа политика относно системите за здравеопазване и за дългосрочни грижи (2016 г.) се посочват редица области, в които подобренията биха могли да увеличат икономическата ефективност на системите за здравеопазване в средносрочен и дългосрочен план, както и тяхната дългосрочна устойчивост.

Целесъобразните лостове на политиката включват:

Подобрение на управлението на системите.

1) Укрепване на сътрудничеството между органите в сферата на фискалната и на здравната политика и използване на широк набор от инструменти за бюджетно планиране, за да се съдейства за постигането на ефективност, прозрачност и отчетност;

2) Изготвяне на стратегии за информационните технологии и управлението на данни в подкрепа на дейностите за наблюдение и ръководство и засилване на борбата с корупцията, измамите и злоупотребата с публични средства;

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

3) Предварителна и последваща оценка на реформите по систематичен и регламентиран начин, основан на доказателства, и прилагане на оценяване на функционирането на системите;

4) Ясно определяне на ролята на публичните органи по отношение на услугите за дългосрочни грижи, с цел интегриране на здравните и социалните услуги посредством правна рамка и подобряване на административната ефективност;

5) Подобряване на адекватността и качеството на човешките ресурси в сектора на здравеопазването чрез адаптиране на планирането към потребностите, адаптиране на стимулите, проучване на възможността за наемане на лекари в трансграничен план, и планиране в дългосрочен план;

Насърчаване на устойчивостта и ефикасността на финансирането и разходите

6) Гарантиране, че пакетите от социални придобивки, които се изплащат от държавата, се основават на критерии за ефективност на разходите и за справедливост, и че схемите за поделяне на разходите съдействат за ограничаване на публичните разходи, като същевременно бъде запазен достъпа;

7) Проектиране на механизми за определяне на заплатите и за закупуване с цел насърчаване на ефективността и на справедливостта;

8) Преминаване към нови системи за здравеопазване, различни от традиционния модел, съсредоточен върху болниците, като се подсили ролята им за контрол и предоставяне на направления за първични медицински грижи, и се насърчи координирането и интегрирането на грижите;

9) Подобряване на устойчивостта на болничните грижи чрез подобряване на механизмите за финансиране, намаляване на оперативните разходи и подобряване на сравняването на

резултатите и показателите между болниците;

10) Укрепване на ефективното използване и достъпността на лекарствените продукти чрез насърчаване на обществените поръчки и повишаване на ролята на генеричните и биоподобните лекарства¹⁴, подходящи политики за контрол на цените и насърчаване на рационалното използване на лекарства.

11) Допълнително проучване на механизми на междудържавно сътрудничество за справяне с проблемите на наличност и достъпност на лекарствените продукти в държавите от ЕС. Това следва да включва подходящи регулаторни механизми на равнище ЕС и споразумения за съвместно възлагане на обществени поръчки;

12) Предоставяне на възможност ОЗТ да вземат ефективни по отношение на разходите решение за обхвата във връзка с нови и съществуващи технологии, включително посредством сътрудничество между държавите членки;

Подобряване на достъпа, качеството и ефективността на здравните грижи

13) Укрепване на политиките за насърчаване на здравето и превенция на заболяванията: насърчаване на кампании относно рисковите фактори, разработване на интегрирани многосекторни и включващи широк кръг от заинтересовани страни инициативи и привеждане в съответствие на финансовите планове с графика на политиките;

14) Увеличаване на достъпността до висококачествено обслужване, като се

¹⁴ Генеричният лекарствен продукт е лекарствен продукт, който е същият като лекарствен продукт, който вече е получил разрешение („референтен лекарствен продукт“). Той съдържа същото активно (и) вещество (а), както и референтни лекарствен продукт. Биоподобният лекарствен продукт е много сходен по отношение на всички съществени аспекти с вече одобрен биологичен лекарствен продукт.

намали времето за чакане и финансовата тежест на разходите за здравеопазване за домакинствата, включително неофициалните плащания;

15) Вземане под внимание на нуждите на уязвимите групи, по-специално чрез съответните фискални политики и политики за социална закрила, междусекторно сътрудничеството в предоставянето на съобразени с културата услуги;

16) Предоставяне на подходящи равнища на грижи на нуждаещите се посредством насърчаване и оценка на качеството и ефективността;

17) Насърчаване на независимия живот и подпомагане на предоставянето на здравни услуги и дългосрочни грижи у дома и в общността, вместо в институционални структури, когато това е целесъобразно;

18) Насърчаване на остаряването в добро здраве и предотвратяването на влошаването на състоянието на хората с хронични заболявания.

4. КРЪСТОСАН ПРЕГЛЕД НА АКТУАЛНОТО СЪСТОЯНИЕ НА ПОЛИТИКАТА

Няколко държави членки са въвели и прилагат съществени мерки за подобряване на достъпа до здравни услуги, при запазване на качеството и устойчивостта на системата.

България, Естония, Малта, Австрия и Полша започнаха съществени реформи за укрепване на първичните медицински грижи и по-добрата координация с болничните и специализираните грижи. Освен това Швеция предостави повече средства за подобряване на достъпа до здравни услуги.

Кипър предприе реформа на системата си за здравеопазване, за да се даде право на достъп до здравеопазване на цялото население и да се намали високото равнище на преките плащания.

Португалия направи значителни реформи през 2016 г. и 2017 г., за да

гарантира всеобщо здравно осигуряване.

България предприе стъпки за увеличаване на извънболничните грижи, там където слабия обхват на извънболничните медицински услуги прави достъпа на някои граждани до здравно обслужване труден.

Австрия въведе нова система за хомогенни групи от болни (diagnosis-related-groups) за плащания за болнично амбулаторно обслужване с цел да се облекчи натиска върху извънболничната помощ и да се насърчат дневните клинични и амбулаторни услуги в болниците.

Латвия и Полша започнаха реформи с цел увеличаване на предлагането на работна ръка в областта на здравеопазването.

Унгария и Румъния предприеха първи действия за увеличаване на заплатите на здравните специалисти.

Латвия, Полша, Португалия и Румъния обявиха мерки за привличане на лекари и медицински сестри за работа в крайградските или селските райони.

Латвия и Малта намалиха времето за чакане, докато Румъния реорганизира части от системата за извънболнични грижи.

Италия, Малта, Португалия и Словения разработиха и приложиха решения за ИКТ с цел намаляване на времето за чакане за здравни услуги.

Испания, Италия, Португалия и Словакия провеждат реформи като централизиране на възлагането на обществени поръчки, навлизането на генерични лекарства и създаването на органи за ОЗТ. Крайната цел е да се подобри достъпа до лекарства и да се гарантира икономически ефективното им използване.

Латвия и Румъния въвеждат планове за укрепване на механизмите за отчетност и прозрачност в системата на здравеопазването.

Цикъла, свързан със състоянието на здравеопазването в ЕС¹⁵ предоставя данни относно политиките за здравеопазване в Европа. По-специално, здравните профили на отделните държави предоставят по-подробни анализи на актуалното състояние на политиката във всяка държава членка.

Придружаващият доклад се основава на констатациите на профилите на държавите и подчертава хоризонталното отражение на политиката.

Дата: 26.9.2017 г.

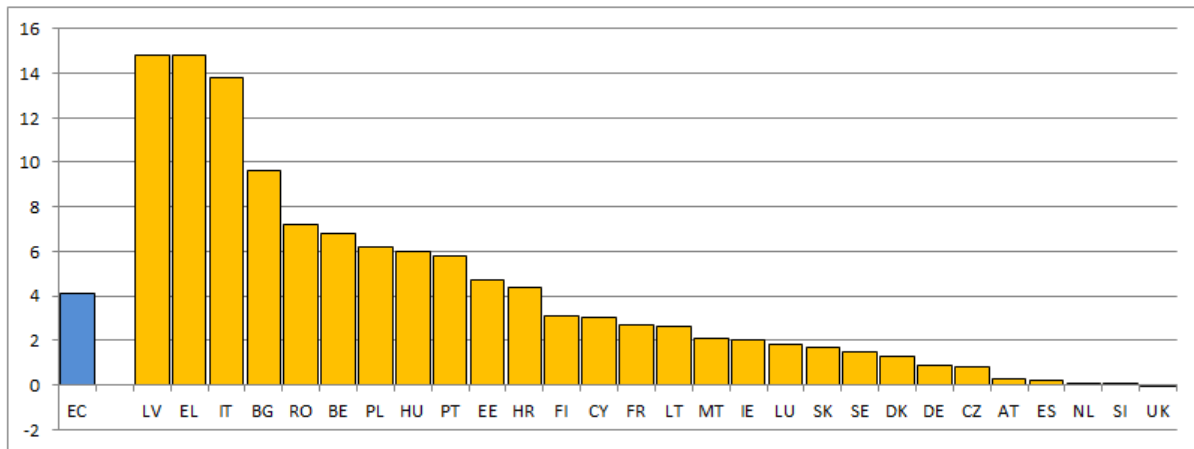
¹⁵ https://ec.europa.eu/health/state/summary_bg.

5. ПОЛЕЗНИ ИЗТОЧНИЦИ

- Съобщение на Комисията относно ефективни, достъпни и устойчиви системи на здравеопазване (COM(2014) 215 final)
https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/com2014_215_final_bg.pdf
- Съвместен доклад за системите за здравеопазване и дългосрочните грижи и фискалната устойчивост — European Economy, институционален документ 37, октомври 2016 г.; ГД „Икономически и финансови въпроси“ и Комитета за икономическа политика
https://ec.europa.eu/info/publications/economy-finance/joint-report-health-care-and-long-term-care-systems-fiscal-sustainability-0_en
- Състояние на здравеопазването в ЕС: Здравни профили на отделните държави
https://ec.europa.eu/health/state/country_profiles_bg
- Здравето накратко: „Европа 2016 — Състояние на здравеопазването в ЕС“, OECD Publishing, Париж
https://ec.europa.eu/health/state/glance_bg
- Европейски семестър, тематичен информационен документ относно устойчивостта на публичните финанси
- База данни на МЗО Здравеопазване за всички
- База данни на ОИСП за здравеопазването
- Европейска комисия, инструмент за данни - Европейски основни здравни показатели (ECHI)
https://ec.europa.eu/health/indicators_data/indicators_bg
- Становище на експертната група относно ефективните начини за инвестиране в здравеопазване относно „Типология на реформите на здравната политика и рамка за оценяване на ефекта от реформите“
https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/013_healthpolicyref_orms_reformeffects_en.pdf
- Становище на експертната група относно ефективните начини за инвестиране в здравеопазване относно „Достъп до здравни услуги в Европейския съюз“
https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/015_access_healthservices_en.pdf
- Становище на експертната група относно ефективните начини за инвестиране в здравеопазване относно „Определение за референтна рамка във връзка с първичните медицински грижи със специален акцент върху финансовите системи и системите за даване на направления“
https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/004_definitionprimarycare_en.pdf
- Доклад на експертната група по оценяване на функционирането на здравните системи „И сега какво? Стратегии в Европа за оценка на качеството на здравните грижи“
https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/sowhat_en.pdf
- Доклад на експертната група по оценяване на функционирането на здравните системи „Блокове: Инструменти и методологии за оценяване на интегрираните грижи в Европа“
https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/2017_blocks_en_0.pdf

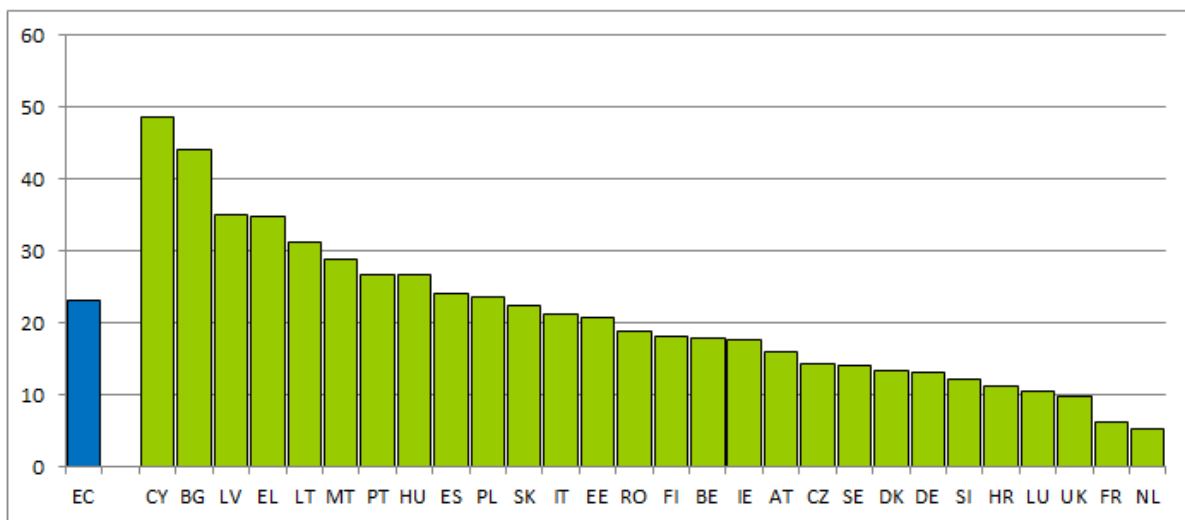
ПРИЛОЖЕНИЕ

Фигура А: Различия в доходите (между квинтилите)¹⁶ за неудовлетворени по собствена преценка потребности от медицински грижи, 2015 г.



Източник: Евростат, статистика на ЕС за доходите и условията на живот (EU-SILC). Забележки: всички причини; разлика, изразена в процентни пункта.

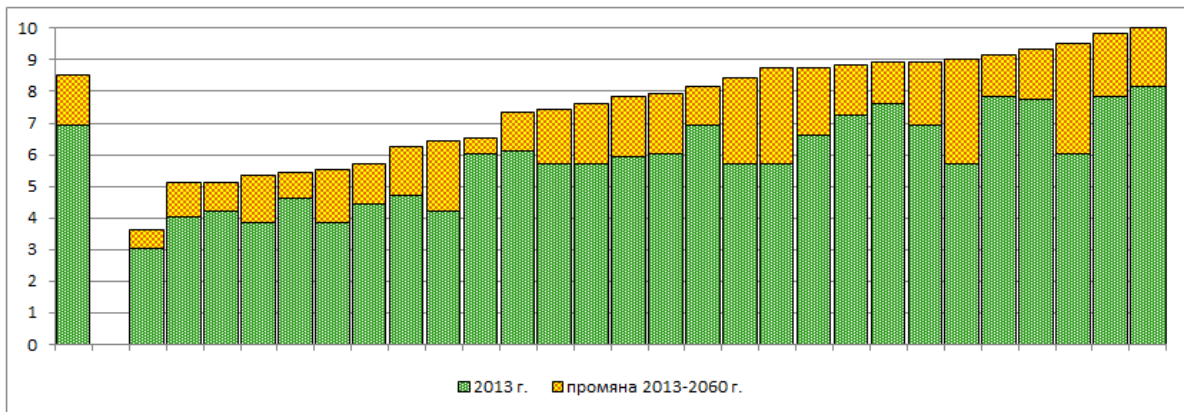
Фигура Б: Преки разходи на домакинствата като % от общия размер на текущите разходи за здравеопазване, 2014 г. или последните налични данни



Източник: СЗО „Здраве за всички“ (HFA-DB)

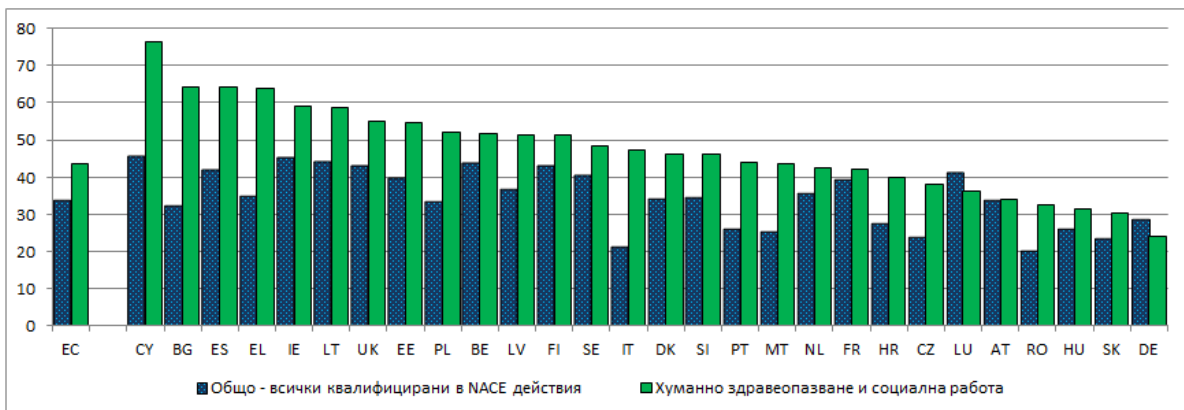
¹⁶ Разликата между процента на населението от 1-ви квинтил и от 5-ти квинтил и общия процент на неудовлетворени по собствена преценка потребности от медицински преглед през предходните 12 месеца. Групата от 1-ви квинтил на доходи представлява 20-те % от населението с най-ниски доходи, а групата от 5-ти квинтил на доходи представлява 20-те % от населението с най-високи доходи.

Фигура В: Прогнозирани разходи в здравеопазването в държавите на ЕС за периода 2013- 2060 г., рисков сценарий на AWG



Източник: Въз основа на доклада от 2015 г. за застаряването на населението - службите на Комисията.

Фигура Г: Образователното равнище на работната сила



Наемане на работа на работници, притежаващи диплом за висше образование като процент от общата заетост в сферата на здравеопазването и социалните дейности и във всички сектори, 2016 г. — Източник: Евростат