



Silvia Guarducci

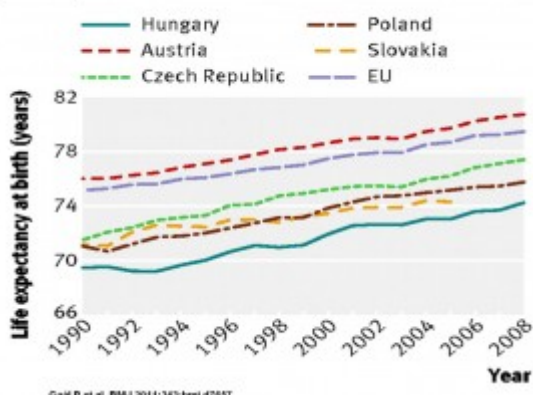
Tagli alla spesa sanitaria pubblica, fuga all'estero dei medici, cattivi indicatori di salute. L'Ungheria sta attraversando una delle più gravi crisi dalla caduta del regime sovietico.

**In un recente articolo del BMJ[1] vengono illustrati gli effetti delle recenti riforme in campo sanitario e discusse le sfide che il sistema sanitario ungherese dovrà affrontare.**

Nonostante negli ultimi anni si sia verificato un sostanziale aumento nell'aspettativa di vita sia nei maschi che nelle femmine, molti indicatori sullo stato di salute rimangono scadenti, collocando **l'Ungheria fra le nazioni con il peggior stato di salute e i più alti tassi di mortalità evitabile dell'Unione Europea** (l'aspettativa di vita alla nascita è inferiore di 5,1 anni alla media EU27 nel 2009 - **Figura 1**).

### Figura 1. Speranza di vita alla nascita. Paesi selezionati. 1990-2008

Figura 1. Speranza di vita alla nascita. Paesi selezionati. 1990 - 2008.



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

**Il finanziamento pubblico del sistema sanitario, da sempre insufficiente, è in ulteriore diminuzione, le spese *out of pocket* (OOP) sono molto alte e il sistema incoraggia i pagamenti informali.**

Nel contempo a causa della migrazione di professionisti qualificati, il personale sanitario sta diminuendo, mettendo a rischio la sostenibilità del sistema.

Gli stili di vita, specialmente la dieta non salutare tipica ungherese, il consumo di alcol e il fumo, giocano un ruolo molto importante nel determinare lo stato di salute della popolazione (ad esempio, il 31,5% dei giovani sotto i 15 anni fuma regolarmente e non sorprende che nel 2009 i morti per patologie correlate a fumo e alcol siano in Ungheria il doppio della media europea).

La situazione è decisamente migliore per il settore materno infantile, grazie al mantenimento del sistema di prevenzione dell'era comunista (ad esempio, la copertura delle vaccinazioni dell'infanzia arriva praticamente al record del 100%).

### **Breve storia del sistema**

Durante l'era comunista, il sistema sanitario ungherese, basato sul **modello Semashko** fortemente centralizzato e finanziato dalla tassazione generale, era incentrato prevalentemente sulle cure specialistiche e ospedaliere, con un ruolo secondario delle cure primarie, medici poco pagati e pagamenti informali molto diffusi.

**Nel 1989** è stato introdotto **un sistema di assicurazioni sociali, sul modello Bismarck**, con contributi obbligatori versati dai lavoratori, amministrati dal "*National Health Insurance Fund Administration*" (NHIFA), unico soggetto pagante gli erogatori di servizi, con i quali tuttora contratta le tariffe e rimborsa gli ospedali in base ai DRG, la lungodegenza in base ai giorni di ricovero pesati, gli specialisti in base alle prestazioni, le cure primarie a quota capitaria aggiustata per età.

Dalla metà degli anni '90 il Governo ha acquisito progressivamente maggior controllo sull'NHIFA e il finanziamento attraverso la tassazione generale ha assunto sempre maggiore importanza fino a diventare la maggiore fonte di finanziamento del sistema, oggi diventato un ibrido fra il modello di assicurazioni sociali e il modello inglese

I governi locali sono i responsabili dell'erogazione delle cure e possiedono la maggior parte delle strutture sanitarie, anche se dal 2011, il nuovo governo ha deciso di rilevarli insieme a

tutti i policlinici.

I medici di medicina generale sono per lo più liberi professionisti e le farmacie sono tutte private.

La funzione di “*gatekeeper*” dei medici di famiglia non è particolarmente efficace (fra il 1995 e il 2008, è quasi triplicato il ricorso ai medici specialisti e sono aumentati del 66.5% i ricoveri), nè assoluta (i pazienti possono rivolgersi direttamente a diversi specialisti, fra cui dermatologi, otorinolaringoiatri, ginecologi, oculisti, oncologi, urologi e psichiatri; ogni persona nel 2009, ha almeno il doppio di visite specialistiche rispetto alla media EU).

### Effetti delle severe misure di contenimento dei costi

Gli sforzi dei vari governi che si sono succeduti di tenere il deficit di budget sotto controllo, hanno determinato nel settore della salute l'alternarsi di periodi di contenimento dei costi a periodi di aumento di spesa pubblica, rendendo difficili sia la programmazione sia gli investimenti a lungo termine.

Contrariamente a quanto accaduto in molte altre nazioni europee, questo ha anche determinato **un calo complessivo della spesa pubblica in campo sanitario, scesa dal 7.1% del PIL del 1994 al 5.2% del 2009 (Figura 2)**, facendo sorgere notevoli preoccupazioni sulla sostenibilità della copertura universale (già allo stato attuale non è chiara la situazione di copertura del 4% della popolazione).

### Figura 2. Spesa sanitaria pubblica come % del PIL. Paesi selezionati. 1994 -2009

Figura 2. Spesa sanitaria pubblica come % del PIL. Paesi selezionati. 1994 -2009.



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

**Tutti i risparmi derivanti dal miglioramento dell'efficienza del settore sanitario**

**sono stati investiti in altri ambiti. Il “pacchetto di austerità”, emanato nel 2008 prima dell’attuale crisi economica allo scopo di rientrare nei criteri di Maastricht per l’ingresso nell’Unione Europea, non ha migliorato la situazione.** Il tasso di disoccupazione, passato dal 7,1% del 2007 al 11,6% del 2011, ha comportato un’ulteriore riduzione dei contributi con conseguenti tagli alla spesa pubblica. Alla luce dello sfavorevole clima macroeconomico, nonostante dichiarazioni contrarie del governo, non pare possibile ipotizzare un aumento della spesa pubblica nel settore sanitario.

Per attuare la diminuzione della spesa pubblica, è stato ridotto il pacchetto di prestazioni rimborsate, **facendo così salire le spese OOP dal 16% del 1994 al 25,2% del 2008**, dovute a farmaci, franchigie su visite e esami diagnostici, percentuali di tariffe non rimborsate dall’NHIFA o ticket sui farmaci rimborsati.

Una parte considerevole delle spese OOP comprende **i pagamenti informali**, per lo più ai medici, per prestazioni che dovrebbero essere gratuite, retaggio di vecchie usanze del regime comunista, nonostante numerosi tentativi di contrastarle. Tali pagamenti rendono conto in media del 66-250% del salario dei medici (quasi tutti nelle branche chirurgiche e osteriche), giustificati come “mance per gratitudine” nonostante esistano forti evidenze su pressioni interne e esterne che costringono i pazienti a pagare.

### **La crisi del personale sanitario**

I duri programmi di contenimento dei costi messi in atto dalla metà degli anni '90 hanno avuto ripercussioni dirette sul personale del settore sanitario, quasi totalmente costituito da impiegati pubblici. I tagli ed il congelamento dei salari hanno reso meno attraente lavorare in sanità (nel 2009 i salari dei medici erano 1,5 volte inferiori alla media EU) non sorprende pertanto che i medici ungheresi cerchino sempre di più lavoro all'estero (principalmente in UK, Germania, Italia ed Austria).

I bassi stipendi, la migrazione, la diminuzione delle capacità e l'invecchiamento dei professionisti sanitari (l'8,2% dei medici attivi in Ungheria ha più di 61 anni) hanno portato ad una diminuzione della forza lavoro, attualmente inferiore alla media EU, anche se la principale preoccupazione non è data dal numero assoluto, bensì dal trend in diminuzione, specialmente nelle zone rurali e remote, che potrebbero aggravare le già esistenti disparità esistenti fra le Regioni.

**In controtendenza il numero di dentisti che è aumentato del 56%** dal 2000 al 2008, grazie al forte sviluppo del settore privato legato soprattutto al “turismo sanitario” di

pazienti stranieri (molti gli italiani) che si rivolgono alle più convenienti cure dentali ungheresi.

Silvia Guarducci, Dipartimento di sanità pubblica, Università di Firenze

### **Bibliografia**

1. P. Gaál et al. Major challenges ahead for Hungarian healthcare, *BMJ* 2011;343:d7657  
doi: 10.1136/bmj.d7657
2. Vedi anche: Gaál P, Szigeti S, Csere M, Panteli D, Gaskins M. Hungary: health system review. *Health Systems in Transition* 2011;13:1-266.