

# TÁJÉKOZTATÓ ORSZÁGTANULMÁNY LETTORSZÁG EGÉSZSÉGÜGYÉRŐL

---



**GYEMSZI**

Gyógyszerészeti és Egészségügyi  
Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet

---

Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság  
Rendszerelemzési Főosztály

2014. június

## Tartalom

Gazdasági-politikai háttér .....	2
Demográfia-epidemiológia .....	2
Egészségügyi rendszer .....	3
Finanszírozás .....	4
Egészségügyi szolgáltatások.....	9
Egészségügyi dolgozók .....	11
Gyógyszerügy.....	12
Reformok .....	13
Irodalomjegyzék.....	18

Készítette: GYEMSZI Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság,  
Rendszerelemzési Főosztály

2014. június

## **Gazdasági-politikai háttér**

A Lett Köztársaságot 1918. november 18-án alapították. 1945-től szovjet fennhatóság alatt állt, 1991. augusztus 21-én deklarálta függetlenségét. Államformája parlamentáris köztársaság. A törvényhozó hatalmat az egykamarás Parlament (szejm) képviseli, melynek 100 tagját általános, egyenlő, közvetlen, titkos és arányos választási rendszerben négy évre választják. A Parlament választja az elnököt négy éves periódusra, aki legfeljebb egyszer újraválasztható. Az elnök reprezentatív szerepet tölt be, valamint kinevezi a miniszterelnököt. 2011. június 2. óta az elnöki tisztséget Andris Bērziņš tölti be.

A végrehajtó hatalmat a kormány gyakorolja. 2011. szeptember 17-én előrehozott választásokat tartottak, melyek eredményeképpen jobboldali koalíció (Reform Párt, Egység Párt, Nemzeti Szövetség) került hatalomra, Valdis Dombrovskis miniszterelnök vezetésével. A kormányfő azonban 2013 novemberében lemondott. Az immáron négy párt (az előző három kormánypárt, valamint a Zöldek és Földművesek Szövetsége) alkotta új kormánykoalíció 2014. január 22-én kezdte meg működését Laimdota Straujuma (Lettország első női miniszterelnöke) vezetésével. Az új kormányfő a szigorú költségvetési fejelem és a gazdasági stabilitás fenntartására kíván törekedni.

Az ország fő természeti erőforrását az erdők képezik. A rendszerváltást követően a korábban jelentős iparral rendelkező gazdaság fő mozgatórugójává a szolgáltató szektor (szállítás, telekommunikáció, pénzügyi szolgáltatások, kereskedelem) gyors fejlődése vált. Egy meglehetősen hosszú, stabil fejlődési periódust (8-10 százalékos gazdasági növekedés) követően a válság Lettországot erőteljesen sújtotta: 2008-ban 2,8 százalékkal csökkent a GDP, majd 2009-ben elérve a mélypontot 17,7 százalékkal esett vissza. 2008-2011 folyamán különböző intézkedéseket vezettek be, melynek köszönhetően példaértékű gyorsasággal sikerült kilábalnia a válságból. Ezek közé tartozott az áfa növelése, a közigazgatás reformja, a szociális és egészségügyi kiadások csökkentése, valamint az export növelése. Ennek következtében 2010-ben a gazdasági recesszió mérséklődött (-1,3 százalék), 2011-ben már 5,3 százalékos, 2012-ben 5,2 százalékos növekedés volt tapasztalható. A 2013-2015 közötti időszakra 4-4,2 százalékos növekedést jeleztek előre. Az infláció mértéke 2012-ben 2,3 százalék. A munkanélküliségi ráta 2013 szeptemberében 12 százalék. A költségvetési deficit 2009 óta folyamatosan mérséklődött, 2012-ben 1,3 százalék, az államadósság 2007 óta növekedett, 2012-ben 40,6 százalék. (Eurostat)

2004. május 1. óta tagja az Európai Uniónak. 2014. január 1-én vezette be az eurót.

## **Demográfia-epidemiológia**

Lettország lakosság száma 2013. január 1-én 2 023 825 fő. A népsűrűség 31 fő/km<sup>2</sup> (az egyik legalacsonyabb az EU-ban). A lett lakosság elöregedő. 2012-ben a 65 év fölötti lakosság aránya a teljes lakosságon belül 18,66 százalék, a 0-14 év közöttiek aránya 14,37 százalék. (Statistical Yearbook of Health Care, 2012)

2011-ben az élveszületések száma 1000 főre 8,96, halálozások száma 1000 főre 13,43 (2010). A teljes termékenységi arányszám 1,34. (WHO-HFA 2013)

A csecsemőhalálozás 2001 óta (11,1 ezrelék) folyamatosan és jelentős mértékben csökkent az elmúlt években, 2012-ben 6,4 ezrelék. (Statistical Yearbook of Health Care, 2012)

2012-ben a leggyakoribb halálokat a keringési betegségek képezték (100 ezer főre 801,9), az összes halálozás több mint felét okozták. Ezt követik a daganatos betegségek (100 ezer főre 295,7), majd a külső okok (100 ezer főre 92,8) (nyers adatok). Miközben 2007 óta a keringési betegségeknek, ill. a külső okoknak betudható halálozás gyakoriságában csökkenés következett be, a daganatos betegségek okozta halálozás gyakorisága növekedett. A daganatos betegségek új eseteinek száma is folyamatosan növekedett az elmúlt években: 2000-ben 100 ezer főre vetítve 373,3-ról 2012-ben 567-re.

A keringési megbetegedések kockázati tényezői, így a dohányzás, az egészségtelen táplálkozás, a mozgáshiány, valamint a magas testtömeg-index gyakorisága továbbra is magas Lettországban, a diabétesz új eseteinek száma pedig 2000 és 2010 között megduplázódott. A diabétesz gyakorisága 2012-ben 100 ezer főre 3909,5. (HiT Latvia 2012, Statistical Yearbook of Health Care, 2012)

A tuberkulózis új eseteinek száma, valamint a tuberkulózis okozta mortalitás a '90-es évek közepén a gazdaság visszaesése következtében jelentősen megnövekedett, 1998 óta viszont számottevő javulást sikerült elérni mind az új esetek száma (1998-ban 75,5, 2012-ben 43,3 100 ezer főre), mind a halálozási ráták terén (1998: 15,2-ről 2012: 2,9-re 100 ezer főre). (Statistical Yearbook of Health Care, 2012)

A HIV/AIDS okozta halálozás Európában Lettországban a harmadik legmagasabb (Portugália és Észtország után), és 2000 óta folyamatosan növekszik. A HIV új eseteinek gyakorisága 2003-2012 között 100 ezer főre 300-400 közötti. (Statistical Yearbook of Health Care, 2012)

## **Egészségügyi rendszer**

Lettország egészségügyi rendszere az elmúlt 20 évben számos reformon ment keresztül, melyek során egy korábban egészségbiztosítás alapú rendszerből adóalapú, állami egészségügyi rendszert (NHS-t) hoztak létre. A jelenlegi rendszer erősen központosított, az állami funkciók néhány intézmény kezében összpontosulnak. Az ellátórendszerben a hangsúly az alapellátásra helyeződik.

Az egészségügyi rendszer főszereplői a Parlament, az Egészségügyi Minisztérium és az NHS. A központi kormány adókat vet ki az egészségügyi rendszer finanszírozására. A Parlament hagyja jóvá az NHS költségvetését, és a pénzüsszeget a Pénzügyminisztérium az Államkincstáron keresztül az NHS-hez utalja. Az NHS államilag működtetett, az Egészségügyi Minisztérium ellenőrzése alatt álló szervezet, amely szerződést köt a szolgáltatókkal, és biztosítja azok finanszírozását. Állami és magán szolgáltatók egyaránt szerződhetnek az NHS-szel.

Az Egészségügyi Minisztérium felelős az egészségügyi rendszer tervezéséért és szabályozásáért, kidolgozza az egészségpolitikát, és felügyeli annak végrehajtását. Irányítja a népegészségügyi tevékenységeket, koordinálja a helyi önkormányzatok egészségfejlesztési és betegségmegelőzési tevékenységeit. Megteremti a költséghatékony egészségügyi ellátás feltételeit, biztosítja a szolgáltatások elérhetőségét és minőségét. Emellett az orvosi képzésért is felelős.

2007-2011 között, az egészségügyi rendszer újjászervezése során számos állami intézményt összevontak, ill. bezártak. Az Egészségügyi Minisztérium tevékenységét jelenleg az alábbi országos intézmények segítik:

- *Betegségmegelőzési és Ellenőrzési Központ:* az Egészségügyi Minisztérium közvetlen ellenőrzése alá tartozó, országos népegészségügyi intézmény együttműködik a WHO-val és más nemzetközi népegészségügyi intézményekkel. Gyűjti, összegzi és elemzi az egészséggel

kapcsolatos információkat, regisztereket működtet különböző betegségekre vonatkozóan, járványok kitorésését vizsgálja, monitorozza a népegészségügyi programokat, megtervezi és szabályozza a védőoltás-programokat, és népegészségügyi felméréseket végez.

- *Egészségügyi Felügyelőség*: szabályozza az egészségügyi ellátás szakmai minőségét, ellenőrzi a gyógyszerek gyártásának, beszerzésének és elosztásának folyamatait. Értékeléseket végez az épületekről, felszerelésekről, személyzetről és a dokumentációról, hogy azok megfelelnek-e a kormányzati szabályozásoknak. Szabályozza a gyógyszerek reklámozását, és kezeli a betegpanaszokat.
- *Állami Gyógyszerügynökség*: működteti az emberi felhasználásra szánt gyógyszerek regiszterét, felelős a gyógyszerpiaci engedélyezésért, a gyógyszerek minőségének, biztonságának és hatékonyságának értékeléséért.
- *Állami Sürgősségi Orvosi Szolgálat*: 2009-ben hozták létre 39 helyi önkormányzat sürgősségi szolgálatainak összeolvadásával. Korábban mindegyik önkormányzat különálló struktúrával rendelkezett a sürgősségi ellátásra, amelyeket egy központi igazgatású intézménybe vontak össze, az Egészségügyi Minisztérium felügyelete alatt.

Az Egészségügyi Minisztérium közvetlen ellenőrzése alá tartozó NHS biztosítja az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférést. Főbb feladatai közé tartozik az állam pénzügyi erőforrásainak igazgatása, a gyógyszerek pozitív listájának meghatározása, az e- egészségügyi rendszer működtetése, új finanszírozási mechanizmusok kidolgozása, klinikai irányelvek és orvosi technológiák regisztrálása. Az NHS egy központi irodából és öt területi egységből épül fel. A központi hivatal közvetlenül szerződik a fekvőbeteg ellátást nyújtó kórházakkal. A területi egységek alárendelt szervek, melyek az alapellátókkal (általában házi orvosok), járóbeteg szolgáltatókkal, valamint a pozitív listán szereplő gyógyszereket árusító gyógyszertárakkal való szerződéskötésért felelősek. Az öt területi egység nem rendelkezik saját költségvetéssel, és a gyógyszerek támogatását közvetlenül az NHS központi irodája biztosítja.

## Finanszírozás

### Egészségügyi kiadások

2011-ben az összes egészségügyi kiadás a GDP 6,2 százalékát tette ki, ami a többi EU-tagországhoz képest meglehetősen alacsony. Az egy főre jutó egészségügyi kiadások mértéke 1178,68 amerikai dollár vásárlóerő-paritáson. (WHO-HFA 2013)

### Forrásgyűjtés

Az összes egészségügyi kiadás 58,46 százalékát az állami kiadások tették ki, a háztartások out-of-pocket (készpénz) kiadásai 39,62 százalékát alkották. Az out-of-pocket kiadások szintje az EU-ban itt az egyik legmagasabb, és a válságot követően emelkedett. Az önkéntes magánbiztosítás az egészségügyi kiadások kevesebb, mint 1 százalékát teszi ki. (WHO-HFA 2013, HiT Latvia 2012)

A lett egészségügyi rendszer garantálja az alap egészségügyi szolgáltatáscsomaghoz való hozzáférést minden lettországi állandó lakhellyel rendelkező lakos, az EU és EGT-tagországok, ill. Svájc Lettországból tartózkodó állampolgárai, valamint a harmadik országok Lettországból állandó tartózkodási engedéllyel rendelkező polgárai és a menekültek számára. A foglalkozási státusz, a

jövedelem, az etnikai hovatartozás, ill. a lakóhely nem befolyásolja a lefedettséget. Az összes lettországi lakos, azok is, akik nem rendelkeznek lett állampolgársággal (a lakosság mintegy 14,6 százaléka) ugyanolyan hozzáféréssel rendelkezik az egészségügyi ellátás szolgáltatásaihoz. A lefedettség csak azokra a külföldiekre és hontalanokra nem terjed ki, akiknek az útlevele nem tartalmaz személyazonosító számot, ill. akik nincsenek regisztrálva a Lakossági Regiszterben. Az állami egészségügyi rendszer csak azokat a szolgáltatásokat fedi le, amelyeket az NHS-szel szerződésben álló szolgáltatók biztosítanak. Minden, az állami egészségügyi rendszerben biztosított szolgáltatás (háziorvosi, járóbeteg szakorvosi, kórházi, ill. gyógyszerellátás) esetében önrészt kell fizetni.

Az egészségügyi rendszer fő bevételi forrásai az adók (jövedelemadó, áfa, stb.), habár az egészségügyre fordított állami kiadások aránya a válság begyűrését követően csökkent. A második legfontosabb forrást a háztartások készpénzkiadásai képezik, melyeken belül az alábbi csoportok különböztethetők meg:

- felhasználói díjak minden államilag finanszírozott szolgáltatás esetében (bizonyos csoportok mentességet élveznek);
- közvetlen kifizetések az államilag nem finanszírozott szolgáltatások esetében (pl. felnőttek fogászati ellátása, plasztikai sebészet), illetve a normál kezelési útvonalakon kívül igénybevett szolgáltatások esetében (pl. a várólisták megkerülése esetén);
- informális kifizetések.

A **felhasználói díjaknak** különböző típusai vannak Lettországban. Az egyik a *co-payment*: ezt a fix összegű díjat pl. a háziorvosi vizit, kórházi tartózkodás, fekvőbeteg sebészeti beavatkozás, vagy 100 százalékos támogatottságú receptköteles gyógyszer esetében kell megfizetni. A másik a *társ-biztosítás* (co-insurance): a receptköteles gyógyszerek vagy orvostechnikai eszközök költségének fix aránya (25 vagy 50 százalék).

Különböző mechanizmusokat vezettek be az out-of-pocket kiadások túlzottan nagy terhének elkerülésére. Ez magában foglalja bizonyos lakossági csoportok, ill. az alacsony jövedelmű háztartások mentességét, és a felhasználói díjak plafonját. A plafon az egész lakosságra kiterjed. Az egy beteg által a járóbeteg és fekvőbeteg egészségügyi szolgáltatásokért fizetett önrész mértéke éves szinten nem lépheti túl a 400 lett latot (570 EUR), valamint kórházi epizódonként a 250 lett latot (356 EUR). Amennyiben a beteg igazolni tudja az illetékes NHS hivatalban, hogy elérte a plafont, az NHS erről egy tanúsítványt állít ki, és megtéríti a plafon fölötti összes felhasználói díjat. Ugyanakkor a plafon nem vonatkozik a gyógyszerek és orvostechnikai eszközök önrészére.

A 18 év alattiak mentességet élveznek minden állami szolgáltatáscsomagba tartozó ellátás önrésze alól. Mentessülnek továbbá a terhes nők a szülést követő 42. napig, a rokkantsággal élők, tuberkulózis betegek, mentális betegek és egyéb csoportok (pl. csernobili katasztrófa, ill. politikai elnyomás áldozatai, nemzeti ellenállási mozgalom résztvevői). A 2009 októberében bevezetett Szociális Biztonsági Háló jelentősen bővítette a mentességet élvezők körét (az egy főre jutó havi 120 lett lat alatti jövedelemmel rendelkező háztartások mentességét, az egy főre jutó havi 150 lett lat alatti jövedelemmel rendelkező háztartások pedig 50 százalékos kedvezményt kaptak a felhasználói díjak alól), de 2012-től ismét szűkítették a mentességet élvezők körét azokra a háztartásokra, ahol az egy főre jutó havi jövedelem 90 lett lat alatt van. A mentességet élvező betegek esetében az NHS (vagy az Egészségügyi Minisztérium a saját finanszírozású programjaiból) fizeti meg a co-paymentet a szolgáltatóknak. Emellett a felhasználó díjak önkéntes magán egészségbiztosításból is fedezhetők.

A **közvetlen kifizetéseket** Lettországban gyakran alkalmazzák, és ezek mértékét maguk a szolgáltatók határozzák meg. A közvetlen kifizetések az alábbi három esetben fordulnak elő.

1. A betegnek közvetlenül kell fizetnie azokért az egészségügyi termékekért és szolgáltatásokért, amelyek nem szerepelnek az államilag finanszírozott szolgáltatáscsomagban (pl. felnőttek fogászati ellátása, pszichoterápia, a rehabilitációs és fizioterápiás szolgáltatások többsége, NHS által nem támogatott gyógyszerek).
2. A betegeknek közvetlenül kell kifizetnie az ellátás költségét, abban az esetben, ha bizonyos egészségügyi szolgáltatásokat a standard betegúton kívül vesz igénybe. Például ha a beteg egy alap szolgáltatáscsomagba tartozó kezelést beutaló nélkül vesz igénybe, vagy előrébb akar kerülni a várólistán bizonyos NHS által lefedett, de elsőbbséget nem élvező kezelések esetében, mint pl. nem sürgős ellátás, elektív sebészet, krónikus betegségek kezelése. Ezeket a szolgáltatásokat a szolgáltatók gyakran későbbre halasztják, habár részét képezik az alap szolgáltatáscsomagnak. A NHS monitorozza a szerződött szolgáltatóknak történő közvetlen kifizetéseket, és felmondhatja a szerződést abban az esetben, ha a szolgáltató szándékosan későbbre halasztja a kezelést annak érdekében, hogy közvetlen kifizetést számolhasson fel.
3. A betegnek közvetlenül kell fizetnie minden olyan szolgáltatás esetében, amelyet az NHS-szel nem szerződött ellátónál vesz igénybe, függetlenül attól, hogy az igénybevett szolgáltatás szerepel-e az alap szolgáltatáscsomagban vagy sem.

Az alábbi táblázat az egészségügyi szolgáltatások önrészeinek különböző típusait, valamint az önrészfizetés alóli mentességeket foglalja össze.

**1. tábla: Az egészségügyi felhasználói díjak típusai és védelmi mechanizmusok, 2012.**

Egészségügyi szolgáltatás	A felhasználói díj típusa	Mentességek	A felhasználói díjak plafonja	Egyéb védelmi mechanizmusok
Háziorvosi vizit	Betegdíj (co-payment) 1 lett lat (1,43 EUR)	A 18 év alatti gyermekek, terhes nők a gyermek születését követő 42. napig, politikai elnyomás áldozatai, a nemzeti ellenállási mozgalom résztvevői, egyéb csoportok mentességet élveznek a „Miniszteri Kabinet Egészségügy Finanszírozására vonatkozó Szabályozásai” alapján	A járóbeteg és fekvőbeteg ellátások co-paymentjének plafonja személyenként évente 400 lett lat (570 EUR), a kórházi epizódonkénti felső határ 250 lett lat (356 EUR)	A Szociális Biztonsági Háló értelmében a 90 lett lat (128 EUR) alatti egy főre jutó havi jövedelemmel rendelkező háztartások mentesülnek a felhasználói díjak alól
Diagnosztikai szolgáltatások	Különböző mértékű betegdíj (co-payment), szolgáltatási egységenként max. 25 lett latig (35,64 EUR), nincs felhasználói díj a beutalóval igénybevett laboratóriumi tesztek esetében			
Járóbeteg szakorvosi vizit	Betegdíj (co-payment) 3 lett lat (4,28 EUR)			
Nappali kórházi ellátás	Betegdíj (co-payment) 5 lett lat (7,13 EUR) naponta			
Fekvőbeteg ellátás	Betegdíj (co-payment) 9,5 lett lat (13,54 EUR) (az aktív ellátás utáni ellátást biztosító, „gondozó” kórházakban 5 lett lat (7,13 EUR) naponta a második naptól kezdődően, és a fekvőbeteg sebészeti beavatkozások esetében 30 lett lat (42,77 EUR) összegű co-payment			

Egészségügyi szolgáltatás	A felhasználói díj típusa	Mentességek	A felhasználói díjak plafonja	Egyéb védelmi mechanizmusok
Járóbeteg gyógyszerek és orvostechikai eszközök	Receptenként 0,5 lett lat (0,71 EUR) összegű co-payment a 100%-osan támogatott gyógyszerek esetében, 25 vagy 50 százalékos co-insurance, referencia-árazás	18 év alatti gyermekek, 3 lett lat-nál (4,28 EUR) alacsonyabb árú gyógyszerek teljes mértékben mentesülnek, a 24 hónap alatti gyermekek esetében és terhes nők (a szülést követő 42. napig) 50%-os támogatást kapnak a receptköteles gyógyszerekre (még akkor is, ha nem szerepelnek a pozitív listán)	Nincs plafon	
Fogászati ellátás	Közvetlen kifizetés	A 18 év alatti gyermekek esetében teljes mértékben támogatottak a kezelések, a csernobili katasztrófa áldozatai esetében a fogászati kezelések 50 százalékban, a protézisek 100 százalékban támogatottak		

Forrás: HiT Latvia, 2012.

Az **informális kifizetések** magukba foglalják azokat a nem hivatalos kifizetéseket, melyeket a betegek az egyébként ingyenes és államilag finanszírozott egészségügyi szolgáltatásokért fizetnek ki, illetve azokat a hivatalos kifizetéseket, amelyek esetében a szolgáltatók nem adnak számlát. Az informális kifizetések mértékéről pontos információ nem áll rendelkezésre, megszüntetésük a politikai napirend egyik érzékeny témája.

### Forrásallokáció

Az egészségügyi szolgáltatások vásárlója az NHS. Az NHS állami és magán szolgáltatókkal egyaránt szerződést köthet. Költségvetéséről a Parlament dönt: a Parlament által jóváhagyott egészségügyi költségvetés nagy részét (2010-ben 78 százalékát) allokalják az NHS-nek, a fennmaradó részt (kb. 22 százalék) az Egészségügyi Minisztérium használja föl, pl. a népegészségügy, Állami Sürgősségi Egészségügyi Szolgálat, egészségügyi oktatás stb. finanszírozására.



Az **alapellátás finanszírozása** alapvetően három elemből tevődik össze, ami önkéntesen kiegészíthető egy negyedik komponenssel:

1. *Fejkvóta finanszírozás*, melynek mértéke 2012-ben egy betegre havonta átlagosan 0,63 lett lat (0,9 EUR). A teljes fejkvóta-alapú költségvetést kiigazítják az adott háziiorvosnál regisztrált betegek kormegoszlása szerint. A fejkvóta egy részét (13 százalékát) azzal a feltétellel biztosítják, ha az adott praxis meghatározott strukturális vagy folyamatalapú minőségi kritériumoknak meg tud felelni.
2. *Szolgáltatásonkénti díjazás* bizonyos számú beavatkozás vagy eljárás esetében (pl. sebvarrás, húgyhólyag katéterezés), amelyre vonatkozóan megállapított díjszabás van érvényben. A háziiorvosok által biztosított szolgáltatások mennyiségére vonatkozóan nincs plafon érvényben.
3. *Fix kifizetések*: fix összegű (240 lett lat/342 EUR) havi támogatás minden praxis esetében, ill. havi 100 lett lat (143 EUR) összegű támogatás minden további szolgáltatási pont esetében (ugyanabban a térségben további rendelő, ahol a háziiorvos heti pár napot rendel). Emellett van egy fix támogatás is, amely évente 180-480 lett lat közötti, népsűrűségtől és a legközelebbi kórháztól való távolságtól függően. Ezen felül további kifizetések vannak a krónikus betegek, hivatalvezető/recepció, alapellátó nővér foglalkoztatására, és bizonyos feltételek mellett a minimálisan előírt rendelési időn túli rendelés esetében óránként 7,58 lett lat fix összegű kifizetés.
4. *Önkéntes teljesítmény alapú rendszer*: a háziiorvosok csatlakozhatnak az önkéntes minőségértékelési programhoz, amely pótlólagos kifizetéseket biztosít az elért minőségpontok alapján. A minőségpontok hozzá vannak rendelve bizonyos pótlólagos betegellátási kritériumokhoz (pl. azon betegek aránya, akik megelőző vizsgálatokon, vagy a dohányzás ártalmairól való tájékoztatáson részt vettek, vagy egy meghatározott vérnyomás küszöbérték alatt lévő és ellenőrzött koleszterinszinttel rendelkező szívkoszorúér-betegek aránya stb.). 2011-ben például egy háziiorvos sem teljesítette a meghatározott minőségi kritériumokat, így egyikük sem részesült pótlólagos kifizetésben.

A háziiorvos járóbeteg szakorvosi szolgáltatásokat is nyújthat. Ebben az esetben a kifizetéseket ugyanúgy kalkulálják, ahogyan a járóbeteg szakorvosok esetében, és plafon van érvényben azokra a kifizetésekre vonatkozóan, amelyeket a háziiorvos az elvégzett szakorvosi járóbeteg szolgáltatásokért kap (ezt az NHS-szel kötött szerződésben rögzítik).

A **járóbeteg ellátás finanszírozása** három komponensből tevődik össze. Az egyik komponens a *betegségépizódonkénti átalánydíj*. Hét különböző epizódot különböztetnek meg (pl. akut megbetegedéshez vagy traumához kötődő epizód, a krónikus megbetegedés első diagnózisához kötődő epizód, preventív epizód). Minden járóbeteg csoportnak saját epizódrátái vannak, amelyeket az NHS a fix és a változó költségek alapján kalkulál. Egy epizódalapú kifizetés az egy szakorvos által egy hónapban nyújtott összes vizitet/szolgáltatást fedezi. A hosszabb epizódok esetében (pl. krónikus betegségeknél) minden hónapot új epizódnak tekintenek. A másik komponens a *szolgáltatás szerinti díjazás* bizonyos preventív, diagnosztikai, kezelési és rehabilitációs beavatkozások esetében, ahol az egyes beavatkozásokra fix árat állapítanak meg (nem pontrendszer alkalmaznak). A szolgáltatók epizódalapú és szolgáltatásonkénti költségvetésére vonatkozóan plafont állapítanak meg. A harmadik rész egy havi *fix összegű praxistámogatás* bizonyos szakterületek (pl. pszichiátria, kábítószer-függőség kezelése, tüdőgyógyászat) esetében, amelyek magukban foglalják a személyzet kereseteit (orvosok, nővérek), valamint a szolgáltatások működtetésének költségét. A praxistámogatásra jogosult szakterületek esetében a támogatást az epizódalapú és szolgáltatásonkénti díjazás mellett fizetik.

A házi orvosok és a járóbeteg szakorvosok költségvetéssel rendelkeznek a diagnosztikai szolgáltatások elrendelésére. Ezt a költségvetést a betegenkénti vagy epizódokénti országos átlagos költség alapján kalkulálják, amelyet a házi orvosok esetében a betegek kormegoszlása alapján, a szakorvosok esetében szakterületenként kiigazítanak.

A nappali kórházakban végzett preventív, diagnosztikai, kezelési és rehabilitációs beavatkozásokat szolgáltatásonkénti díjazással finanszírozzák, egy, az NHS-szel kötött szerződésben meghatározott költségvetésen belül.

2010-ben a **kórházfinanszírozásban** ex ante fix költségvetést vezettek be a költségek kontrollja céljából (korábban fekvőbeteg felvételek mintegy fele esetében esetalapú kifizetéseket, másik fele esetében pedig kórházi napok szerinti finanszírozást alkalmaztak). Az ex ante fix költségvetés mértékét az egyes „egészségügyi programokon belül” várható betegszám (az előző évben kezelt betegek száma bizonyos kiigazításokkal) és az ehhez kapcsolódó díjnak a szorzatával kalkulálják, majd összegzik az eredményeket. Minden egyes egészségügyi programot egy vagy több kórház biztosít (a kórházak specializáció és funkció szerint 12 csoportba sorolhatók). Az egészségügyi programok díjszabás szerint négy csoportba sorolhatók:

1. A felcímkézett szolgáltatásokra vonatkozó díjcsoporthoz 55 felcímkézett szolgáltatásprogramot és hozzájuk kapcsolódó díjakat foglal magába, egyeseknek alprogramjai is vannak.
2. Az egyéb szolgáltatásokra vonatkozó díjcsoporthoz, amely kórházcsoportonként különbözhet, és egyes kórházakban tovább van bontva egyéb sebészeti beavatkozásokra vonatkozó, ill. egyéb terápiás beavatkozásokra vonatkozó díjszabásokra.
3. A gondozó kórházakban (alacsony intenzitású, pl. kórház utáni ellátást nyújtó fekvőbeteg intézmények) egységes tarifát állapítottak meg, melynek mértéke 2012-ben betegenként 93 lett lat volt.
4. A mesterségesen lélegeztetett betegekre vonatkozóan egységes napi tarifát állapítottak meg.

## Egészségügyi szolgáltatások

### Alapellátás

Az alapellátást elsősorban alapellátó orvosok (családorvosok/házi orvosok) biztosítják. Az alapellátó orvosok házi orvosi, belgyógyász vagy gyermekgyógyász szakvizsgával rendelkeznek, és szerződésben állnak az NHS-szel az alapellátásba tartozó szolgáltatások nyújtására. A házi orvosok mintegy 93 százaléka önfoglalkoztatott egyéni praxisban, 7 százaléka egészségügyi központokban vagy kórházakban dolgozik alkalmazottként. Az önfoglalkoztatott házi orvosokkal az NHS közvetlenül szerződik, az alkalmazottként dolgozó házi orvosok esetében az NHS a kórházzal vagy egészségügyi központtal köt szerződést.

A házi orvosok alapvető vizsgálatokat, diagnosztikát és kezeléseket végeznek a gyermekek, felnőttek és idősek akut és krónikus betegségei esetében. Felelősek a pozitív listán szereplő gyógyszerek felírásáért, és járóbeteg sebészeti beavatkozásokat végeznek. Családtervezési, prevenciós (szűrés, védőoltás), egészségfejlesztési és egészségnevelési szolgáltatásokat is nyújtanak.

A betegek szabadon választhatják meg házi orvosukat, és bármikor válthatnak házi orvost. Ugyanakkor minden házi orvosra vonatkozóan meghatározzák a vonzáskörzetet, és ha az adott házi orvos regisztrált

betegeinek száma felnőttek esetén a 2000-et, gyermekek esetén a 800-at meghaladja, nem köteles elvállalni egy másik házi orvos vonzáskörzetébe tartozó beteget (kivéve, ha a beteg családtagjai nála vannak regisztrálva). A házi orvosnál történő regisztráció önkéntes, ennek ellenére 2010-ben a lakosság 96 százaléka regisztrálva volt házi orvosnál. 2010-ben egy házi orvos praxisában átlagosan 1564 beteg szerepelt, de ez földrajzi területenként változó, a vidéki területeken, ahol kevesebb a házi orvos, akár 2000 fő fölötti, városi területeken, ahol nagyobb a házi orvosok koncentrációja, 1000 fő alatti.

A házi orvosok kapuőri szerepet látnak el, beutalót adnak a betegnek a járóbeteg és fekvőbeteg szakellátási szolgáltatásokhoz. A beutalóval rendelkező betegek szabadon választhatnak bármely NHS-szel szerződött járóbeteg vagy fekvőbeteg intézmény közül. Habár a házi orvos által kiadott beutalók száma nincs korlátozva, az elrendelt diagnosztikai vizsgálatok teljes (pénzügyi) volumene korlátozott. A korlátot az egy betegre jutó országos átlagos diagnosztikai költség alapján becsülik meg, és a regisztrált betegek kormegoszlása alapján kiigazítják.

A házi orvosok mellett 162 felcser/szülésznő pont is működik Lettországban, többnyire a vidéki területeken, amelyek 2011 végén még mindig az alapellátás jelentős részét biztosították, különösen a prevenció és a krónikus ellátás terén. A felcserek középszintű egészségügyi képzettséggel rendelkeznek, és több felelősségük van, mint a nővéreknek. Amennyiben szükséges, a házi orvoshoz utalják a beteget. A felcser/szülésznő pontok többsége (86) a helyi önkormányzat tulajdonában és finanszírozása alatt működik, és nem áll szerződésben az NHS-szel, 66 pont szintén önkormányzati tulajdonban van, de szerződésben áll az NHS-szel, néhány 10 pedig a vidéki területeken lévő házi orvosok szatelit irodájaként működik, ahol a legközelebbi városban lévő házi orvos heti 1-2 napot rendel. Néhány felcser és szülésznő a házi orvosi praxisok alkalmazásában áll, és heti 5 napon át, napi 8 órában alapellátató szolgáltatásokat biztosít. Részt vesznek minden betegcsoport kezelésében és prevenciójában, egyszerű diagnosztikai tesztek (pl. vérvétel), egészségfejlesztési tevékenységet végeznek.

## Járóbeteg-ellátás

A járóbeteg szakorvosi ellátást elsősorban (önfoglalkoztatott) orvosból álló, független praxisban nyújtják. A praxisok többsége az általában helyi önkormányzatok (vagy ritkábban a helyi önkormányzat és az orvosok vegyes tulajdonában) tulajdonában lévő egészségügyi központokban működik. Emellett jelentős számban biztosítanak szakorvosi ellátást a kórházak járóbeteg osztályain, illetve az egészségügyi központokban alkalmazottként dolgozó szakorvosok. Az egészségügyi központokban dolgozó szakorvosok száma eltérő, a kisebb vidéki központokban 3-5 szakorvos dolgozik, miközben a nagy fővárosi egészségügyi központokban akár 100 szakorvos is működhet. Emellett jelentős számú diagnosztikai központ is van, melyek vizuális diagnosztikát (radiológia), laboratóriumi vizsgálatokat, funkcionális diagnosztikát (pl. endoszkópia) stb. nyújtanak. Számos szakorvos több helyen is dolgozik párhuzamosan (pl. több klinikán és/vagy egészségügyi központban, vagy magánpraxist is működtet), mivel a költségvetési plafon megakadályozza, hogy teljes munkaidős állást vállaljanak. Az államilag finanszírozott szolgáltatások mellett a szakorvosok nyújthatnak olyan szolgáltatásokat is, amelyeket a betegeknek out-of-pocket kiadásokból (vagy önkéntes magán egészségbiztosításból) kell finanszírozniuk. Ezen szolgáltatások némelyike benne van az NHS által finanszírozott, alap szolgáltatáscsomagban, de jelentős várólisták vannak az adott szolgáltatásra. A hónap vagy az év végén a szolgáltatók túlléphetik azt a meghatározott kezelésszámot, amelyekre vonatkozóan az NHS szerződéssel rendelkezik, ilyen esetben a betegeknek a szolgáltatás teljes költségét out-of-pocket kell kifizetniük.

Egyes járóbeteg szakorvosi kezelésekhöz nem szükséges beutaló. A betegek szabadon választhatnak bármely, az NHS-szel szerződésben álló szakorvos közül.

2010-ben mintegy 14 millió járóbeteg vizitre került sor, ezen belül a háziorvosi vizitek száma mintegy 6,7 millió, a szakorvosi viziteké 3,2 millió, a diagnosztikai vizsgálatoké 4,1 millió.

## Fekvőbeteg ellátás

Lettországban minden állami kórházi ellátást az NHS finanszíroz a kórházakkal kötött szerződések alapján. A lett kórházak tulajdoni szerkezet és jogi státusz alapján a következő csoportokba sorolhatók: állami kórházak (a központi kormány tulajdonában vannak, és az Egészségügyi Minisztérium által elszámoltathatóak), önkormányzati/városi kórházak, magánkórházak. A magánkórházak is szerződhetnek az NHS-szel, bár ez a gyakorlat nem igazán jellemző.

Az állami kórházak állami részvénytársaságokként, az önkormányzati kórházak kft. formában működnek. A kisebb (helyi) kórházak és néhány nagyobb (regionális) kórház a helyi önkormányzatok tulajdonában van, a nagyobb, tercier ellátást biztosító kórházak (egyetemi kórházak) és a specializált (egyprofilú) kórházak (pl. pszichiátriai kórházak) az Egészségügyi Minisztérium tulajdonában vannak.

Az egyes kórházak által biztosított szolgáltatások alapján az alábbiak szerint kategorizálhatók a kórházak:

1. többprofilú kórházak (legalább két specializált osztállyal) országos (egyetemi kórházak), regionális és helyi szinteken (a regionális és helyi kórházak közötti különbséget az határozza meg, hogy hány szakterületen biztosítanak éjjel-nappal ügyeletet: a helyi kórházakban legalább három, a regionális kórházakban legalább hét szakterületen kell biztosítani);
2. egyprofilú, specializált (pszichiátriai, narkológiai, anyasági ellátást biztosító, traumatológiai és rehabilitációs) kórházak;
3. gondozó kórházak, amelyek alacsony intenzitású, nem specializált fekvőbeteg ellátást nyújtanak.

2010-ben összesen 67 fekvőbeteg kórház működött Lettországban (vö: 2008-ban 88). Ezek közül 16 állami, 32 önkormányzati és 19 magán tulajdonban. Összesen 39 kórház állt szerződésben az NHS-szel, melyek közül 21 többprofilú sürgősségi kórház (3 országos/egyetemi, 7 regionális, 11 helyi), 6 gondozó kórház, 12 egyprofilú fekvőbeteg intézmény. A kórházi ágyak száma 2011-ben 100 ezer főre 588,4 (vö. 2007-ben 757,1). Az aktív ágyak száma 2011-ben 100 ezer főre 361,4 (2007-ben 525,3). A magánkórházak az összes ágy mintegy 10 százalékát biztosítják. (HiT Latvia 2012, WHO-HFA 2013)

## Egészségügyi dolgozók

Lettországban az orvosok száma a '90-es évek elején jelentősen csökkent (1990-ben 9440 orvos dolgozott), majd 2000 körül stabilizálódott (2005-ben 6600), 2008 után ismét csökkent (2010-ben 6520). Az orvosok számának csökkenése a kilencvenes években számos tényezővel magyarázható, pl. a kórházak és kórházi ágyak számának csökkentésével, az alacsony presztízzsel és keresetekkel. Az orvosok lakosságszámra vetített aránya továbbra is viszonylag alacsony az uniós átlaghoz viszonyítva (2011-ben 313,7, vö. EU-átlag: 346,1).

A házi orvosok számában jelentős növekedés tapasztalható a '90-es évek óta. 2009-ben 100 ezer főre 58 házi orvos jutott, ami azonban továbbra is az EU-átlag (79) alatt van.

A nővérek aránya nagyon alacsony az EU-átlaghoz viszonyítva: 2011-ben 100 ezer főre 515,6 (vö. EU-átlag: 835,5). 2009-ben nagyon erőteljes csökkenés volt tapasztalható, amikor jelentős megszorításokra került sor az egészségügyben, beleértve a keresetek csökkentését, kórházbezárásokat. 2010-ben egy orvosra 2,1 középfokú egészségügyi végzettséggel rendelkező szakember (nővérek, asszisztensek, szülésznő) jutott, ami rendkívül alacsony, és arra utal, hogy az orvosok a nővérek bizonyos feladatait is ellátják, ami mind az orvosok munkáját, mind a betegellátást kedvezőtlenül érinti.

A fogorvosok aránya a kilencvenes évek elején 30 százalékkal csökkent, majd folyamatosan növekedett, ami annak tudható be, hogy a fogorvosi rendelők privatizációja következtében megnőtt a szakma jövedelmezősége, ezáltal vonzereje is. 2010-ben a fogorvosok 100 ezer főre vetített aránya 70,74 volt, ami megfelel az EU-átlagnak.

## Gyógyszerügy

A gyógyszerekkel kapcsolatos törvények és politikák kialakítása az Egészségügyi Minisztérium feladata. Emellett két intézmény játszik szerepet a gyógyszerek szabályozásában.

- Az *Állami Gyógyszerügynökség* felelős a gyógyszerpiaci engedélyezésért, emellett értékeli a gyógyszerek minőségét, biztonságát és hatékonyságát. Működteti az emberi felhasználásra szánt gyógyszerek regiszterét, a gyógyszereket vényköteles és nem vényköteles kategóriákba sorolja, monitorozza az árakat, gyógyszerfogyasztási statisztikákat készít, gyógyszerfelügyeletet lát el, kezeli a káros eseményekről szóló jelentéseket. Engedélyeket ad ki a gyártók számára, és felügyeli a gyártási, értékesítési, valamint export-import folyamatokat. Felelős a klinikai kísérletek engedélyezéséért és monitorozásáért. Értékeli és monitorozza a gyógyszerreklámok állami követelményeinek megfelelését.
- Az *NHS* felelős a gyógyszerek támogatására és árazására vonatkozó döntésekért. Az NHS klinikai (a betegség terhe, a gyógyszer terápiás értéke) és gazdasági (az egészségügyi költségvetésre gyakorolt hatása, a költség-hatékonysági értékelés eredménye) kritériumok alapján dönt a támogatásról.

A támogatott (pozitív) listán szereplő gyógyszereken belül a támogatás mértéke szerint három kategóriát különböztetnek meg: 100, 75, 50 százalékos támogatottság, betegségtípustól függően. A pozitív listán belül a gyógyszereket három alcsoportba sorolják:

- *A-lista*: az egymással helyettesíthető, hasonló kémiai/terápiás jellemzőkkel rendelkező gyógyszer-csoportok referenciaár-listája. 2012 előtti szabályozások értelmében az egy csoportba tartozó gyógyszerek esetében az NHS ugyanazt a „referenciaárát” fizette. A gyógyszerész vagy a beteg az ugyanabba a referenciacsoportba tartozó gyógyszerek közül bármelyiket választhatta, de amennyiben a választott termék ára a referenciaárnál magasabb volt, a beteg kifizette a referenciaár és a választott gyógyszer ára közti különbséget out-of-pocket kiadásként (a szokásos gyógyszer co-payment mellett). A 2012-ben bevezetett új szabályozások értelmében a recepteken fel kell tüntetni az aktív hatóanyagot, és a gyógyszerésznek azt kell kiadnia, amelyik a legolcsóbb a referenciacsoportban (minden referenciacsoportban csak egy, a legolcsóbb gyógyszer kaphatja meg a „referencia-gyógyszer” státuszt). Ha a beteg más terméket választ, akkor annak teljes árát out-of-pocket módon kell megfizetnie. (2012-ben 1092 elemet tartalmazott a lista)

- *B-lista*: egymással nem helyettesíthető terméket tartalmaz (2012-ben 327 elem).
- *C-lista*: olyan gyógyszereket tartalmaz, melyek éves költsége meghaladja a 3000 lett latot (4300 EUR). Ezen gyógyszerek esetében a támogatásról évente döntenek, a rendelkezésre álló költségvetéstől és a támogatást igénylő betegek számától függően (2012-ben 30 elem).

Egyedi esetekben az NHS támogatást nyújthat olyan gyógyszerekre is, amelyek nem szerepelnek a pozitív listán, amennyiben egy orvosokból álló eseti bizottság úgy dönt, hogy az adott gyógyszer (melynek ára nem lépheti túl a 10 000 lett latot) a beteg számára életmentő.

2012-ben a 24 hónaposnál fiatalabb gyermekek esetében 50 százalékos, a terhes nők esetében (a szülést követő 42. napig) 25 százalékos támogatást vezettek be minden országosan regisztrált, vényköteles gyógyszerre (a pozitív listán szereplőkön felül).

A 2012-es reformok ösztönzik a gyógyszercégek közötti versenyt, mivel azoknak gyorsan csökkenteni kell árait, hogy termékeik „referencia-gyógyszernek” minősüljenek.

A gyógyszer forgalmazásának megkezdése előtt a forgalomba hozatali engedély jogosultjainak be kell jelenteniük az Állami Gyógyszerügynökségnek a termék gyári árát. A nem támogatott gyógyszerek esetében az árak a szabályozatlan gyártói áron alapulnak, korlátozott haszonkulccsal a nagykereskedők és gyógyszertárak számára. A pozitív listán szereplő gyógyszerek esetében az árak az NHS és a forgalomba hozatali engedély jogosultja közötti tárgyalások eredményeképpen jönnek létre. Az NHS egyik fő alapelve, hogy az árak nem léphetik túl a másik két balti államban alkalmazott árakat, illetve a többi EU-tagállamban alkalmazott harmadik legalacsonyabb árat. Emellett az NHS által végzett gazdasági értékelés is befolyásolja az árat. Amennyiben a gazdasági értékelés eredménye szerint egy termék esetén a járulékos költséghatékonyság arány egy bizonyos küszöbérték fölött van, az NHS megkéri a gyógyszerceget, hogy csökkentse az árat a küszöbérték alá. Emellett az NHS visszafizetési rendszert alkalmaz, melynek esetében a gyógyszercegek (piaci részarányuktól függően) kompenzálniuk kell az NHS-t, amennyiben az éves gyógyszerköltségvetés túllépi a keretet.

Az NHS negyedévente monitorozza az orvosok gyógyszerfelírási gyakorlatát, és jelentést küld a szolgáltatóknak, ha az adott intézményben dolgozó valamely orvos által felírt gyógyszerek átlagosan 30 százalékkal drágábbak, mint a hasonló diagnózisokra felírt gyógyszerek országos átlaga. Az információt az NHS az Egészségügyi Felügyelőségnek is továbbítja, amely megvizsgálja, hogy a drágább gyógyszer felírása az egyes esetekben orvosi szempontból indokolt volt-e. Szigorú büntetés hiányában ugyanakkor a rendszer nem működik elég hatékonyan.

## Reformok

Lettország 1991-es függetlenné válása óta az ország egészségügyi rendszere több egymást követő átalakuláson ment keresztül. Az 1990-es években, illetve a 2000-es évek elején végrehajtott reformok az egészségbiztosítási rendszer decentralizációjára, majd újbóli centralizációjára irányultak. Az utóbbi években lezajlott reformok két fő periódusra bonthatók, a válságot megelőző és a válságot követő időszakra. A reformok első szakaszában (2007-2008) között egy folyamatos intézményi centralizáció ment végbe, valamint lassú elmozdulás a kórházi ellátásról a járóbeteg ellátás felé. A második szakaszban (2009-2012) sokk-típusú reformot hajtottak végre, amely a kórházak számának drasztikus csökkentését, valamint az egészségügyi adminisztratív intézmények messzemenő átalakítását foglalta magába. Emellett bevezették a Szociális Biztonsági Háló Stratégiát az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés kiterjesztésére. Összességében véve, a 2007-2012 közötti időszak fontosabb

reformterületei a következők voltak: 1. elmozdulás a kórházi ellátás felől az ambuláns és otthoni ellátás felé; 2. az egészségbiztosítási rendszerről az NHS-típusú rendszerre való áttérés; 3. az állami funkciók néhány intézménybe való összevonása, az adminisztratív személyzet számának csökkentése; 4. az NHS által finanszírozott gyógyszerellátás racionalizálása. Mindemellett fontos lépést jelentett a hosszú távú tervezés felé a „Népegészségügyi Stratégia 2011-2017” elfogadása, amely számos stratégiai célt tűz ki az egészségügyi rendszer fejlesztésére vonatkozóan. Más ágazatok minisztériumai, valamint a helyi önkormányzatok aktívan közreműködtek a stratégia kidolgozásában, megerősítve az „egészség minden szakpolitikában” megközelítéshez való politikai elköteleződést.

## **A 2007-2012 közötti időszak főbb reformintézkedései**

### **Elmozdulás a kórházi ellátás felől az ambuláns és otthoni ellátás felé**

A kórházi ellátásról a járóbeteg ellátás felé való elmozdulás már a reformok első szakaszában kezdetét vette, amikor fejlesztették a nappali kórházi ellátásokhoz és járóbeteg szakorvosi ellátásokhoz való hozzáférést, és növelték a járóbeteg ellátás finanszírozását. Ugyanakkor a kórházi ellátás megnövekedett intenzitása miatt a fekvőbeteg ellátásra fordított összegeket továbbra sem csökkentették. A kórházi szektor tervezett átszervezését, beleértve a kórházak számának csökkentését, valamint az egyprofilú kórházak általános kórházakba tömörítését azonban nem sikerült véghezvinni, a helyi közösségek, valamint politikai viták miatt. 2009-ben a drasztikus költségvetési megszorítások miatt szükségessé vált a kórházi ágyak számának jelentős csökkentése, számos helyi kórház esetében a kevésbé intenzív és kevésbé költséges gondozó kórházakká való átalakítás járóbeteg és egynapos ellátási részlegekkel, vagy csak járóbeteg ellátóvá alakítás, illetve a kórházak bezárása vagy fúziója. Egy kivételével az összes rehabilitációs kórházat járóbeteg ellátóvá alakították, egyes szolgáltatóknál nappali ellátási részlegekkel kiegészítve. Az egynapos műtétek számának növelésével kompenzálták a fekvőbeteg sebészeti aktivitás csökkentését.

A 2009 októberében elfogadott *Szociális Biztonsági Háló Stratégia* egy nagyobb reformcsomag részét képezte, melyet a lett kormány a Világbank, az EU és az IMF támogatásával dolgozott ki a gazdasági válság kezelésére, és a szociális – ezen belül egészségügyi – szektor középtávú fejlesztésére. A stratégia keretében számos intézkedést vezettek be az egészségügyben, melyek egy része szintén a kórházi ellátás tehermentesítését célozta. Így például a krónikus betegségben szenvedők számára otthonápolási szolgáltatásokat, a mentális betegek számára pedig nappali ellátási központokat alakítottak ki. A háziorvosok munkaterhének csökkentése érdekében forrást biztosítottak egy pótlólagos nővér foglalkoztatására, kezdetben csak a vidéki, majd 2010-től a városi praxisok esetében is. 2011-től telefonos tanácsadó szolgáltatást léptettek életbe, amely rendelési időn túl és hétvégéken biztosított egy háziorvossal való telefonos kapcsolatfelvételt. A szolgáltatás célja az volt, hogy 0-24 óras (telefonos) hozzáférést vezessenek be az alapellátáshoz az egész országban, melynek segítségével az egyszerűbb eseteket költséghatékonyan meg lehet oldani, elkerülve ezáltal a szükségtelen mentőhívásokat, ill. sürgősségi kórházi viziteket.

Az intézkedések további része a szociálisan érzékeny csoportok egészségügyi ellátáshoz való hozzáféréseinek növelésére irányult. 2009 októberétől a rászorultak (havi 90 lett lat alatti jövedelemmel rendelkezők), valamint 2010. februártól 2011. decemberig az alacsony jövedelműek (havi 120 lett lat alatt) mentesültek az egészségügyi felhasználói díjak alól, a havi 120-150 lett lat közötti jövedelemmel rendelkezők esetében pedig 50 százalékos kedvezményt vezettek be a fekvőbeteg és járóbeteg felhasználói díjakra. A rászorultak és alacsony jövedelműek mentesültek a kórházak hotelköltségei alól, amelynek célja az volt, hogy megspórolja számukra a hosszú utazásokat a járóbeteg vagy nappali kezelések igénybevétele esetében. Ezek a mentességek, ill. kedvezmények jelentős mértékben



növelték a hátrányos helyzetű csoportok egészségügyi ellátáshoz való hozzáférését. 2012-től azonban már csak a havi 90 lett lat alatti jövedelemmel rendelkezők mentességei maradtak érvényben.

2011 végéig a Szociális Biztonsági Háló intézkedéseit Világbank kölcsönökből biztosították. 2012-től egyes elemeket belefoglaltak a költségvetésbe, de másokat meg kellett szüntetni. 2013-tól kezdődően a fennmaradó intézkedéseket az állami költségvetésből finanszírozzák, amely azonban nem elegendő minden intézkedésre.

### **Az egészségbiztosítási rendszerről az NHS-típusú rendszerre való áttérés**

Az 1990-es évek végétől kezdődően Lettország fokozatosan mozdult el az egészségbiztosítási rendszerről az NHS-típusú rendszer kialakításának irányába. A területi pénztárakat először nagyobb egységekbe szervezték, majd függetlenségüket csökkentették. 1996-ban országos ügynökséget hoztak létre Központi Elszámolási Alap néven, amelyet később Kötelező Állami Egészségbiztosító Ügynökségnek neveztek el, és a korábban önálló pénztárak ennek alpénztáraivá váltak. 2005-ben megszüntették a személyi jövedelemadó egy részének egészségügyi célra való elkülönítését. Ennek eredményeképpen egy vegyes rendszer jött létre: általános adózásból finanszírozott, állami egészségügyi ellátás, egészségbiztosítási struktúrában.

Az egészségbiztosítási rendszer maradványait ezt követően felszámolták, habár a reform elsődleges célja nem ez volt, és továbbra is fennmaradt a vásárlói és szolgáltatói funkció elkülönülése. 2009 októberében sor került a finanszírozási rendszer reformjára. Két új intézményt hoztak létre: az Egészségügyi Kifizetési Központot, amely a Kötelező Állami Egészségbiztosító Ügynökség vásárlási és pooling funkcióit vette át, valamint az Egészség-gazdaságtani Központot, amely a korábbi Állami Gyógyszerár- és támogatási Ügynökség feladatait, ill. a Kötelező Állami Egészségbiztosító Ügynökség egyes funkcióit (díjak kiszámítása, új kifizetési rendszerek kifejlesztése) vette át. Az eredeti reformelképzelés az volt, hogy két önálló intézményt hoznak létre, az egyiket a vásárlás, a másikat a gazdasági elemzések céljából, de a két intézmény felelősségi körében voltak átfedések (pl. a gyógyszerek értékelése, valamint a szolgáltatások díjainak kiszámítása terén), ami gyakran vitákhoz, a folyamatok elakadásához vezetett. Az e-egészségügyi alkalmazások kidolgozása pedig szoros együttműködést igényelt a két intézmény között. 2011-ben ezért a két intézmény fúziójával létrehozták az NHS-t. A reform eredményeképpen jelenleg az NHS az egészségpolitika végrehajtásának legfőbb országos intézménye, amely adminisztrálja az állami pénzügyi erőforrásokat, meghatározza a szolgáltatáscsomag tartalmát, szerződést köt a szolgáltatókkal, végrehajtja az e-egészségügyi rendszer kialakítását, valamint regisztrálja a klinikai irányelveket és egészségügyi technológiákat.

### **Az állami intézmények koncentráció, a népegészségügyi intézmények átszervezése**

A reformok első fázisában az volt a cél, hogy csökkentsék a túlzott intézményi fragmentációt, és növeljék a népegészségügy hatékonyságát. A Népegészségügyi Ügynökséghez több intézmény (AIDS Megelőzési Központ, Narkológiai Állami Ügynökség, Mentális Egészségügyi Állami Ügynökség, Egészségfejlesztési Ügynökség) feladatkörét hozzárendelték. 2009-2012 között az adminisztratív kiadások csökkentése lett az intézményi reformok fő motivációs tényezője, melynek következtében mind az Egészségügyi Minisztérium alkalmazottainak létszámát, mind ügynökségeinek számát drasztikusan (mintegy 55 százalékkal) csökkentették. Ez esetenként kaotikus állapotokat eredményezett, ugyanis nem dolgoztak ki világos tervet arra vonatkozóan, hogy a bezárásra kerülő intézmények feladatkörét mely intézmény veszi át. A megerősített Népegészségügyi Ügynökséget is bezárták, aminek következtében szinte minden népegészségügyi feladatkör három évig felelős nélkül maradt. Végül 2012-ben létrehozták a Betegségmegelőzési és Ellenőrzési Központot, mint új országos népegészségügyi intézményt, mely átvette a korábbi Infektológiai Központ monitoring és ellenőrzési



feladatait (miközben a fertőző betegségek kezelésének feladatát a Kelet-Rigai Egyetemi Kórház vette át). Emellett a Betegségmegelőzési és Ellenőrzési Központ számos népegészségügyi feladatot ellát, melyek korábban a Népegészségügyi Ügynökség feladatkörébe tartoztak, például statisztikák fenntartása, elemzése, népegészségügyi felmérések készítése, függőségek és mentális egészség monitoringja. Emellett fontos szerepet szánnak a Központnak a fertőző és nem fertőző betegségek megelőzése, valamint az egészségfejlesztés terén is.

A sürgősségi egészségügyi szolgáltatások reformjára is sor került. A 39 helyi önkormányzat saját struktúrával rendelkező sürgősségi szolgáltatását egy, az Egészségügyi Minisztérium felügyelete alá tartozó Állami Sürgősségi Egészségügyi Szolgálatba szervezték. A reform eredményeképpen a sürgősségi ellátás hozzáférhetősége és minősége az egész országban javult, és az egyenlőtlenségek is csökkentek e téren.

### **A gyógyszerellátás racionalizációja**

2012-ben elhúzódó viták után sor került az NHS által biztosított gyógyszerellátás racionalizálására. A korábbi referenciaárzási rendszer értelmében a referencialistán (A-lista) szereplő gyógyszereket hasonló kémiai/terápiás jellemzők alapján referencia-csoportokba sorolták. A gyógyszerészek vagy a betegek választhattak egy terméket a referenciacsoportból, és amennyiben a termék ára a referenciaárnál magasabb volt, a betegeknek ki kellett fizetniük a referenciaár és az aktuális out-of-pocket ár közti különbséget (a szokásos gyógyszer co-payment mellett). A 2012-ben bevezetett új szabályozások értelmében a recepteken fel kell tüntetni az aktív hatóanyagot, és a gyógyszerésznek azt kell kiadnia, amelyik a legolcsóbb a referenciacsoportban. Ha a beteg más terméket választ, akkor annak teljes árát out-of-pocket kell megfizetnie. Az új rendszer ösztönzi a gyógyszercégek közötti versenyt, mivel gyorsan csökkenteni kell árait, hogy termékeik referenciatermékek minősüljenek. A gyógyszergyártók és az egészségügyi szakemberek ugyanakkor elleneztek a reformot arra hivatkozva, hogy az korlátozza a betegek választási szabadságát.

### **Jelenlegi és jövőbeni reformok, fejlesztési irányok**

A Népegészségügyi Stratégia 2011-2017 fontos referenciapontként szolgál a lett egészségügyi rendszer fejlesztésében. A stratégia elmozdulást jelent egy olyan integrált megközelítés felé, amely a népegészségügyi ellátást, az alap-, járóbeteg és fekvőbeteg ellátást, valamint a sürgősségi szolgáltatásokat is magában foglalja. A speciális területekre irányuló stratégiák az anya- és gyermekegészségügy, a nem fertőző betegségek prevenciója, a fertőzés-ellenőrzés, az egészséges és biztonságos környezet, valamint az egészségügyi rendszer menedzsmentje fejlesztését célozzák. Az újonnan létrehozott Betegségmegelőzési és Ellenőrzési Központ kulcsszerepet játszik a népegészségügyi fejlesztési folyamatok monitorozásában és kiértékelésében.

A lett egészségpolitikusok tervezik a kormányzati egészségügyi kiadások növelését (2014-től a GDP 4,5 százalékára), mivel a jelenlegi finanszírozás gyakran nem elegendő a lakossági igények kielégítésére. A finanszírozási hiányok miatt az out-of-pocket kifizetések magasak, a várólisták pedig növekednek, ami növeli az egészségügyi rendszerrel szembeni elégedetlenséget. Az Egészségügyi Minisztérium a forrásbővítést a kötelező egészségbiztosítás ismételt bevezetése, vagy legalábbis az egészségügyi szolgáltatások igénybevételére szóló jogosultságnak a felcímkezett jövedelemadó befizetéséhez történő kapcsolása révén kívánja elérni. A lakosság jelentős aránya ugyanis egyáltalán nem, vagy nem elegendő mértékben fizet jövedelemadót. A finanszírozási rendszer átalakításától azt várják, hogy a jogosultság járulékfizetéshez kötése növeli a lakosság hajlandóságát az egészségügyi rendszer finanszírozásához történő hozzájárulásra. Ugyanakkor a jogosultság járulékfizetéshez kapcsolása

---

elmozdulást jelent az általános lefedettség felől, amit nagyon körültekintően kell végrehajtani a káros hatások elkerülése céljából.

Az egészségügyi rendszer finanszírozásának fenntarthatóvá tétele további strukturális reformok végrehajtását igényli, melyek a kórházi ellátás igénybevételének optimalizálására, a járóbeteg kapacitások bővítésére, valamint az újonnan bevezetett otthonápolási rendszer kiterjesztésére irányulnak. Tárgyalások folynak egyes kórházak fúziójáról (pl. a pszichiátriai kórházak általános kórházakba integrálásáról), valamint a kórházi ellátás kevesebb számú, nagyobb egységekbe történő koncentrálásáról, egyes helyi kórházak bezárásával. Fejleszteni kívánják az Állami Sürgősségi Egészségügyi Szolgálat, a házi orvosok és az otthoni ápolási rendszer közötti együttműködést.

Az egészségpolitika fontos prioritása a minőségmenedzsment rendszer és a minőségi standardok fejlesztése. 2009-ben ugyan az egészségügyi intézmények kötelező akkreditációját megszüntették, de 2010-2011 folyamán önkéntes és kötelező minőségösztönzési rendszereket vezettek be a házi orvosok számára. A kötelező ösztönzési rendszer számos kritériumot állít fel, melyet a házi orvosoknak teljesíteniük kell ahhoz, hogy részesüljenek a teljes fejkvóta-költségvetésből. Az önkéntes rendszer az ellátás minőségének fejlesztésére ösztönzi a házi orvosokat annak érdekében, hogy több finanszírozásban (teljesítmény alapú díjazás formájában) részesüljenek. A minőségi kritériumok a betegségmegelőzés és egészségfejlesztés javítását célozzák, és az Egyesült Királyságban alkalmazott Minőség és Eredmények Keret (Quality and Outcomes Framework) inspirálta bevezetésüket. 2012-ben azonban csak a házi orvosok 8,6 százaléka vett részt az önkéntes programban, mivel a minőségi kritériumokat meglehetősen nehéz elérni (2011-ben senkinek sem sikerült teljesíteni), és az elérhető finanszírozás is meglehetősen alacsony (2012-ben egy házi orvos sem részesült pótlólagos kifizetésben az önkéntes ösztönző rendszer alapján). Jelenleg vita folyik egy fejlettebb minőségbónusz-rendszer kialakításáról.

2012-ben döntést hoztak a Nord-DRG rendszer bevezetéséről a kórházakban, amely a NOMESCO osztályozási rendszert is magában foglalja. Az NHS felelős a Nord-DRG rendszer bevezetéséért, amely a kísérleti bevezetést 2013-ban kezdte meg, és a teljes bevezetés 2014-ben várható. A Nord-DRG bevezetésétől a fekvőbeteg ellátás hatékonyságának növekedését várják, mind a teljesítmény (lehetővé teszi a különböző intézményekben kezelt betegek komplexitásának kiértékelését), mind a forrásallokáció terén (a forrásokat a betegek száma, valamint a betegségek típusa szerint fogják allokálni). Ez előnyt jelent a jelenlegi kifizetési rendszerrel szemben, ahol a forrásallokáció nem mindig racionális kritérium szerint történik.

Az ellátás, valamint a jelentések minőségének fejlesztését célozza az e-egészségügyi rendszer kialakítása is. 2010-ben kezdték meg egy olyan rendszer bevezetését, mely lehetővé teszi, hogy a betegek Interneten keresztül szerezzenek információt minden általuk igénybevett, NHS által finanszírozott egészségügyi ellátásról. A rendszer gyorsan népszerűvé vált, és az egészségügyi szakemberek egyre nagyobb figyelmet fordítanak a jelentésekre. 2012-ben kezdődött az e-egészségügyi rendszer kísérleti projektjeinek bevezetése, amely végső formájában tartalmaznia fogja az e-receptet, az e-egészségügyi rekordokat, az elektronikus időpontfoglalást és az e-portált.

A gyógyszerek állami finanszírozásának átalakítása, az egészségügyi humán erőforrás fejlesztése (képzés, pályán maradás, új kereseti politika), a krónikus betegek számára betegségmenedzsment programok kidolgozása, valamint az EU Strukturális Alapjainak hatékony felhasználása szintén szerepel az egészségpolitikai napirenden.

## ***Irodalomjegyzék***

- A lett Egészségügyi Minisztérium honlapja: <http://www.vm.gov.lv/en/ministry/>
- Asisp Annual National Report 2012 Latvia.  
[http://socialprotection.eu/files\\_db/1261/asisp\\_ANR12\\_LATVIA.pdf](http://socialprotection.eu/files_db/1261/asisp_ANR12_LATVIA.pdf)
- Eurostat: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>
- Latvia.eu: [www.latvia.eu](http://www.latvia.eu)
- Latvian Political System: <http://www.latvia.lv/library/latvian-political-system>
- Statistical Yearbook of Health Care Latvia 2012.: <http://www.spkc.gov.lv/statistics/>
- WHO –European Observatory on Health Systems and Policies: Health Care Systems in Transition (HiT) Latvia, 2012.  
[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/186072/e96822.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/186072/e96822.pdf)
- WHO-HFA 2013