

TÁJÉKOZTATÓ ORSZÁGTANULMÁNY BELGIUM EGÉSZSÉGÜGYÉRŐL



GYEMSZI

Gyógyszerészeti és Egészségügyi
Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet

Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság
Rendszerelemzési Főosztály

2014. június

Tartalom

Gazdasági-politikai környezet	2
Demográfia	2
Az egészségügyi rendszer általános jellemzői.....	3
Finanszírozás	3
Egészségügyi szolgáltatások.....	6
Minőségügy	8
e-Egészségügy	9
Egészségügyi dolgozók	9
Egészségügyi reformok – legutóbbi reformok.....	10
Források	10

Gazdasági-politikai környezet

Alapvető gazdasági indikátorok (Eurostat):

A GDP növekedési rátája az előző évhez képest:

2010: 2,3 százalék

2011: 1,8 százalék

2012: -0,1 százalék

2013: 0,2 százalék

2014: 0,8 százalék (előrejelzés)

Inflációs ráta, 2013: 1,2

Munkanélküliségi ráta, százalék, 2013: 8,4

Államháztartási egyenleg a GDP százalékában, 2013 -1,5

Államadósság a GDP százalékában, 2013 101,5 (Eurostat)

Belgium modern piacgazdasága az ország fejlett infrastruktúráján és jó földrajzi elhelyezkedésén alapul. Bár az ország természeti kincsekkel - a ma már kitermelés alatt nem álló szénen kívül - nem rendelkezik, ipara az acélgyártástól kezdve az elektronikus iparig rendkívül szerteágazó. Külkereskedelme a gazdasági válság hatására 2009-ben erősen visszaesett, és bár GDP-je 2010-ben 2,3 százalékkal nőtt, 2012-ben már csökkent (-0,1), és 2013-ban, a bankoknak nyújtott kormányzati támogatás révén emelkedett ismét kis mértékben (2013-ban 0,2 százalékkal). A munkanélküliség ugyanebben az évben 8,4 százalék körül alakult.

Belgium államformája alkotmányos monarchia, a végrehajtó hatalmat az uralkodó, II. Philippe a miniszterelnökkel közösen gyakorolja. Az ország politikai berendezkedését három kormányzati szint jellemzi: a szövetségi, a regionális és a nyelvi közösségen alapuló szint. A kétkamarás törvényhozást a Képviselők Kamarája és a Szenátus alkotja, és mind a Flamand Régióknak, mind a Vallon Régióknak, mind Brüsszelnek saját regionális parlamentje van.

A legutóbbi választásokat 2014. május 25-én tartották. Ezen a szavazatok többségét az Új Flamand Szövetség elnevezésű párt szerezte meg, megelőzve a vallon Szocialista Pártot, melynek vezetője, Elio Di Rupo 2011. december 6. óta töltötte be a miniszterelnöki tisztséget. Az új kormányfő felkérésére és a leendő kormány megalakítására a következőkben kerül majd sor.

Demográfia

Belgium lakossága 2012-ben 11 123 ezer fő volt. (WHO-HFA). 2005-től az ország lakossága folyamatosan növekszik, és ez többek között a bevándorlásnak is tulajdonítható.

A születési arány 2010-ben 12, 2012-ben 11,5/1000 fő¹ volt, a halálozási ráta 2010-ben 9,7/1000-es értéken állt. A termékenységi arány 1,7 volt 2012-ben. Mint az európai országok többségében, a 65 éven felüliek száma folyamatosan nő, így lakossághoz viszonyított arányuk 2010-ben már 17,2 százalékra emelkedett.

A születéskor várható élettartam 2010-ben 80,3 év volt, ez nemek szerint 77,5 (férfiak) és 83,0 (nők) évet jelentett. A halálozás okai közül vezető helyen a daganatos betegségek állnak, ezt követik a keringési rendszer betegségei és a légzőszervi betegségek, valamint számottevő még a külső okok miatt bekövetkező mortalitás. 2010-ben az anyai halálozás 6,2/100 ezer, a csecsemőhalálozás 1000 élveszületésre 3,6 volt.

A klinikailag diagnosztizált AIDS incidenciája 2012-ben 0,74/100 000 volt, a tuberkulózis incidenciája 5,85/100 000-es értéket mutatott.

Az egészségügyi rendszer általános jellemzői

Belgium egészségügyi rendszere az állami irányítás alatt álló kötelező egészségbiztosítás és a privát praxis együttesén alapul. Az egészségügy szövetségi szintű hatóságai az egészségügyet és a szociális ügyet felügyelő miniszter, valamint az országos szintű szervezési és finanszírozási feladatokat ellátó intézmények, közöttük a társadalombiztosítással kapcsolatos jogalkotásért felelős Szövetségi Társadalombiztosítási Szolgálat (FPS Social Security), a Szövetségi Egészségügyi, Élelmiszerbiztonsági és Környezetvédelmi Szolgálat és a biztosítási járulékokat begyűjtő Országos Társadalombiztosítási Hivatal (NSSO). Az egészségbiztosító pénztárak legfőbb hatósága az Országos Egészség- és Rokkantsági Biztosító Intézet (NIHDI), mely a kötelező biztosítás által nyújtott támogatásokról rendelkezik. Az egészségpolitikai irányítás felügyelete szövetségi, regionális és közösségi szinten (a flamand, vallon és a németajkú lakosok közössége szintjén) történik.

Szövetségi hatáskör a kötelező egészségbiztosítás felügyelete, a kórházak akkreditációja, a különböző szakmai kvalifikációkkal kapcsolatos jogalkotás, valamint a gyógyszerek regisztrálása és árszabályozása.

2011. október 11-én egyezmény született az ország közigazgatásában szerepet játszó intézmények reformjáról, melyet 2014. január 6-án iktattak törvénybe. A rendelkezés keretében 2014 júliusától megerősítést nyer a régiók és a közösségek szerepe a források biztosításában.

Finanszírozás

Egészségügyi kiadások

Az egészségügyi kiadások GDP-hez viszonyított aránya 2012-ben 10,8 százalék volt (WHO HFA). Az egy főre jutó egészségügyi kiadás vásárlóerő-paritáson számítva 2012-ben 4320 US\$.

¹ WHO, HFA 2014

Forrásgyűjtés

Az egészségügyi kiadások finanszírozásában az állami szektor részvétele 76 százalékos (WHO HFA becslés), a magánkiadások aránya (hivatalosan megállapított pénzbeli hozzájárulások, támogatás alá nem eső egészségügyi szolgáltatások, gyógyszerek, segédeszközök költségei stb.) 2012-ben 24 százalék volt, és ezen belül a háztartások out-of-pocket kiadásai 92 százalékot tettek ki.

Az állami finanszírozás 43 százalékban adózáson, 57 százalékban jövedelemtől függő biztosítási járulékokon alapul.

A társadalombiztosítási járulékok és a szövetségi kormány által nyújtott támogatások jelentik

a kötelező egészségbiztosításon alapuló rendszer legfőbb anyagi forrásait. 2009-ben a kötelező egészségbiztosítás anyagi erőforrásait 66 százalékban a biztosítási járulékok, tíz százalékban az állami támogatások, 14 százalékban (a főként a közvetett adóbevételeken alapuló) alternatív finanszírozás és tíz százalékban egyéb bevételek képezték. (HIT)

A kötelező egészségbiztosítási rendszer lakosság közel 99%-a számára nyújt fedezetet.

A biztosítási alapon működő rendszer járuléka az Országos Társadalombiztosítási Hivatalhoz (NSSO) folynak be, és itt kerülnek további elosztásra a társadalombiztosítás különböző ágazataiért felelős kormányhivatalok között. Az egészségügyben a felelős országos hatóság a betegek és a fogyatékossgal élők biztosítását átfogó NIHDI, mely az anyagi erőforrások biztosítók közötti elosztásáról rendelkezik, illetve meghatározza és felügyeli az egészségbiztosítási költségvetést.

Bár a NIHDI gyakorol felügyeletet a kötelező egészségbiztosítás teljes szervezete felett, konkrét biztosítást a biztosító pénztárak nyújtanak, melyek anyagi erőforrásaikat a NIHDI-től kapják. A biztosító pénztárak közérdekű feladatokat ellátó nonprofit magánszervezetekként játszanak aktív szerepet a NIHDI végrehajtó és tanácsadó bizottságaiban. Az egészségügyi szolgáltatások auditálása is feladatkörükbe tartozik: ellenőrzik, hogy a szolgáltatásokat valóban végrehajtották-e, és hogy a felszámított díjtételek megfelelnek-e az előírásoknak. A betegbiztosító pénztárak öt országos szövetségbe csoportosulnak: a Keresztény Mutuellek Országos Szövetsége (NACM), a Semleges Mutuellek Országos Szövetsége (NUNM), a Szocialista Mutuellek Országos Szövetsége (NUSM), a Liberális Mutuellek Országos Szövetsége (NULM) és a Szabad és Hivatás alapú Mutuellek Országos Szövetsége (NUFPM). 2009-ben többségében a NACM és a NUSM biztosítópénztárakhoz tartozott a biztosítási terület nagy része, a NACM a lakosság 42,0 a NUSM 28,1 százalékának nyújtott biztosítási fedezetet. Ezek mellett semleges állami szervezatként működik a Kiegészítő Alap, mely azoknak a lakosoknak nyújt biztosítást – a biztosítottaknak mindössze 0,7 százalékának 2008-ben – akik nem akarnak egyik biztosítóhoz sem feliratkozni.

A betegbiztosítás átfogó ellenőrzését a Betegbiztosító Pénztárak Országos Szövetségeinek és a Betegbiztosító Pénztáraknak a Felügyeleti Hatósága látja el. Ez az állami hivatal a Szövetségi Társadalombiztosítási Szolgálat fennhatósága alatt folytatja tevékenységét 1990 óta. A Felügyeleti Hatóság tekinti át a betegbiztosító pénztárak és szövetségeik szolgáltatásait és tevékenységét biztosítva ezzel, hogy megfeleljenek a Betegbiztosító Pénztárakra vonatkozó Törvény előírásainak, és betartásra kerüljenek az adminisztrációra, az elszámolásra és a pénzügyi vonatkozásokra szóló előírások.

Minden egészségbiztosítási fedezetre jogosultnak fel kell iratkoznia egy betegbiztosítóhoz. A biztosítópénztárak szabadon választhatóak, kivéve a vasúti dolgozók esetében, akik az általános

rendszer biztosítottjainak 1,1 százalékát tették ki 2009-ben, és akik számára a Belga Vasúttársaság egészségbiztosítási alapja nyújt fedezetet.

A betegek önrészesedést fizetnek a társadalombiztosítás által fedezett szolgáltatások költségeinek bizonyos részéért, valamint a támogatás nélküli szolgáltatások költségeiért (egyes gyógyszerek, alternatív medicina, plasztikai sebészet, stb.). Az extra igények – pl. komfortosabb elhelyezés – teljesítésének fedezésére régebben kiegészítő magánbiztosítás volt köthető. 2013 januárjától nem igényelhető extra térítés a fekvőbeteg-intézményben ápolott betegektől.

Az önrészfizetésben 2007 közepéig kedvezményeket kaptak a fogyatékkal élők, a nyugdíjasok, az özvegyek, az árvák, a fogyatékos gyermeket nevelő családok, az 50 év feletti munkanélküliek, a foglalkozási ártalmaktól szenvedők és a balesetet elszenvedettek. 2007 júliusától a kedvezmények igénybevételének feltételét e mellett a jövedelemhatár is képezhetette, és az ily módon kiterjesztett kedvezményezett kör - azon családok, ahol az éves adóköteles jövedelem bizonyos határ alatt maradt, illetve nem haladta meg ennek az összegnek az eltartottak száma szerint megemelt értékét- is jogosult lett a támogatásra. 2014-től a kedvezményre jogosító két státusz egybeolvadt, és ezzel egyszerűsödött az egészségügyi szolgáltatások igénybevételének kedvezményes támogatása, mely a jogosultak számára automatikusan jár. A gyógyszerekre, az orvosi konzultációkra és a kórházi ellátás költségeire 50 százalékos költségcsökkentést alkalmazó támogatás 16 965,47 eurós bruttó adózó jövedelem plusz az eltartott hozzátartozókra fejenként járó 3140,77 eurós járandóság alatti jövedelem alapján illeti meg a jogosultakat.

Forrásallokáció

A régiók és közösségek a számukra kijelölt feladatokhoz állami támogatást kapnak. Várhatóan 2014 júliusától fog érvénybe lépni a Speciális Finanszírozásra vonatkozó új Törvény, mely rendelkezik a szövetségi kormány, a régiók és a közösségek költségvetési allokációinak megoszlásáról. A jövőben a régiók és a közösségek nagyobb autonómiával fognak rendelkezni és feladatkörük is kibővül. Ez különösen az egészségügyi szektor és a hosszú távú ellátás következő területeit érinti: infrastruktúra-fejlesztés, nagyberendezések vásárlása, geriátriai szolgáltatások, fogyatékossgal élő idősök ellátása, immunizálás, szűrés, táplálkozással kapcsolatos intézkedések, dentálhigiéné és dohányzásról való leszokás segítése, addikciókkal szembeni fellépés, a mentális betegek ellátásának, elhelyezésének támogatása, alapellátás támogatása, hosszú távú ellátás.

A gyógyszerkiadásokhoz és az egészségügyi szakemberek szolgáltatásainak díjtételeihez nyújtott allokáció továbbra is szövetségi hatáskör marad.

A járóbeteg-ellátás igénybevételéért a betegeknek elvben meg kell előlegezniük a teljes árat, (ez alól az alacsony jövedelműek kivételt képezhetnek), amelyet, vagy amely egy részét utólag kaphatják vissza biztosító pénztáruktól. A fekvőbeteg-ellátásért és a gyógyszerekért járó díjtételre harmadik személy általi fizetés érvényes, a betegeknek csak felhasználói díjat kell fizetniük. A harmadik fél általi fizetésnek a járóbeteg-ellátásra való kiterjesztése napirenden lévő kérdés.

2013 májusától minden egészségház finanszírozására átalánydíjat számítanak fel az egészségházhoz tartozó betegkör egészségi állapota és szociális helyzete szerint. A beteg, az egészségház és a beteg mutuelle biztosítója által kötött megállapodás keretében a mutuelle közvetlenül az egészségháznak fizet havonta egy fix összeget minden egyes biztosítottja után. Az átalánydíj az igénybevett szolgáltatásoktól függetlenül kerül folyósításra. Az önállóan praktizáló orvosok, fogorvosok, fizioterapeuták szolgáltatásonkénti díjazásban részesülnek.

A kórházak finanszírozását 75%-ban a kötelező egészségbiztosítás, 25%-ban pedig a szövetségi kormány támogatása nyújtja.

Eddig a belga kórházak finanszírozása rendkívül bonyolult szabályokat követett:

Az állami és a magánkórházak finanszírozásának legfőbb forrását az állami biztosítás pénzalapjai képezik. Az orvosi tevékenységek (közvetlenül vagy közvetve az egészségügyi szolgáltatáshoz kapcsolódó költség) biztosítók által nyújtott díjazása szolgáltatásokon alapul, a biztosító többnyire közvetlenül az orvosnak téríti, aki aztán a kórházmenedzsmenttel való megállapodás alapján a díj egy részét a kórháznak utalja. A nem orvosi tevékenység (főként a hotelszolgálat és az ápolás) költségeire napi díj volt érvényben 1995-ig, ez után normát állapítottak meg a kórházi napok számára annak érdekében, hogy csökkenést érjenek el az ápolási időben és ösztönözzék a nappali kórházi ellátást. Jelenleg nagyrészt esetátalány jellegű (patológia szerint súlyozott ápolási idő) a finanszírozás ezen része. (Minden kórház esetében a case mixet a patológia csoportok országos átlagos ápolási idejével szorozva határozzák meg az elfogadott („igazolt”) betegnapok számát. Az igazolt betegnapokat részlegenként a normatív kapacitáskihasználással osztják.)

A belga kórházfinanszírozás komplexitásának egyszerűsítésére reformfolyamatok bevezetését tervezik.

Egészségügyi szolgáltatások

Népegészségügy

Belgiumban a nyelvi szempontok alapján kialakult közösségek feladatkörébe tartozik a betegségmegelőzés és az egészségmegőrzés, ugyanakkor számos népegészségügyi döntést (pl. a dohánytermékek és a szeszes italok adószintjének meghatározása) közvetlenül a szövetségi kormány hoz. A központi kormány és a közösségek rendszeresen együttműködnek az egészségügyi stratégiák (pl. emlőrákszűrés, poliomyelitis és hepatitis B elleni immunizálás stb.) koordinálásában és finanszírozásában.

A közösségek lakosságának egészségmegőrzésében a közösségi kormányok népegészségügyi főhatóságai – az Egészségmegőrzés és a Betegségmegelőzés Flamand Intézete(VIGez), a Francia közösség Minisztériumának Egészségügyi Főigazgatósága, a németajkú közösségben az Egészségmegőrzés Tanácsa – , valamint helyi szervezeti egységeik révén vesznek részt.

A közösségek akciótervei között szerepelt a HIV-elleni fellépés, az idősek igényeit figyelembe vevő több szektort átfogó szociális és egészségügyi ellátás, a fertőző betegségek megelőzése az iskolákban, a szövetségi szűrőprogramokban való részvétel és önálló szűrőprogramok indítása.

Alapellátás/Járóbeteg-ellátás

Belgiumban alapellátást többnyire a magánszektorhoz tartozó, egyedül tevékenykedő általános-, illetve szakorvosok nyújtanak, bár egyre nagyobb számban alakul – főként az ország vallon közösségénél – több területet átfogó csoportpraxis is. Az integrált ellátást nyújtó csoportpraxisba általában több háziorvos, adminisztratív dolgozók, nővérek, fizioterapeuták és pszichoterapeuták tartoznak. A nővérek és a fizioterapeuták szerepe egyre hangsúlyosabb a lakosság és különösen a krónikus betegek ellátásában. Az ország vidéki területein 52 egészségháznak is nevezett csoportpraxis működik a lakosság mintegy öt százalékos lefedettségét biztosítva, de a megfelelő ellátáshoz, háromszor ennyi egészségháza lenne szükség.

A betegek szabadon választhatják meg kezelőorvosukat. Minthogy nincs beutalási rendszer, a betegek panasz esetén sokszor a járóbeteg-ellátásban privát praxist folytató vagy kórházban dolgozó szakorvossal találkoznak először. Az országban viszonylag magas az orvoshoz fordulás, de elterjedt gyakorlat a betegek otthonukban való felkeresése is.

Fekvőbeteg-ellátás

Belgiumban a kórházi ágyak nagy részét non-profit szervezetek által működtetett magán intézmények tartják fenn, ezek aránya az állami kórházakhoz képest körülbelül 70-30%. Az állami kórházak fenntartója többségében az önkormányzat, a tartomány vagy egy több önkormányzatot is átfogó társaság. Léteznek ugyan nyereségorientált magánkórházak is az országban, számuk azonban elenyészően csekély.

A 80-as évek óta tartó fuzionálási folyamatoknak tulajdoníthatóan a kórházak száma 2010-ben 200 alá csökkent. 2012-ben az ország 192 kórházzal rendelkezett, 1000 lakosra 6,3 kórházi ágy jutott. A betegek szabadon választhatják meg a fekvőbeteg-ellátó létesítményt, amelyben kezeltetni kívánják magukat. A szabad orvos- és kórházválasztásnak tulajdoníthatóan a belga kórházügyre nem jellemzők a várólisták.

Az utóbbi időben a lakosság ellátásának gyakorlatában bevezették az „ellátási program” és az „ellátási funkció” koncepciót. A program egy jól körvonalazott célcsoport számára nyújtandó szolgáltatáscsomagként kerül először meghatározásra a kezelt esetek és a kezelés típusa szerint, majd a továbbiakban választják ki az ehhez szükséges infrastruktúrát, és rögzítik az előírt tevékenységi szintet, szolgáltatói létszámot. A ritkábban előforduló esetekre vonatkozó speciális programok nem lesznek elérhetőek minden kórházban. Az „ellátási funkció” olyan kórházi szolgáltatásokat jelent, melyek nem kifejezetten egy speciális betegcsoport kezelésére szolgálnak, és a kórház minden programjában és szolgáltatásában fellelhetőek.

Az új elgondolás alapelve az, hogy a kórházi tevékenység alap-programok és alapvető funkciók egész sorából, valamint néhány speciális funkcióból és programból álljon minden kórházban. Az alapvető funkciók közül, az általános kórházaknak biztosítaniuk kell a felnőtt betegek számára a belgyógyászati, ezen belül a kardiológiai, gasztroenterológiai és endokrinológiai ellátást, a szülészeti és az intenzív osztályok tevékenységét, valamint a gyermekek és az idősek ellátását. Jelenleg már működnek kardiológiai, onkológiai, gyermekgyógyászati, geriátriai és a reprodukív medicinát képviselő programok.

(HSPM)

Az onkológiai, pediátriai és a geriátriai ellátás tekintetében az utóbbi időben jelentős tért hódít a nappali ellátás.

Idősek ellátása és hosszú távú ellátás

Az idősek ellátása Belgiumban intézményes keretek között nyújtott rövid és hosszú távú ellátást, kórházi, gondozóotthoni ellátást és közösségi szolgáltatásokat tartalmaz. Az intézményes ellátás keretében az idősek egészségügyi szolgáltatást nyújtó otthonokban, gondozóotthonokban részesülnek ellátásban. Az országban elterjedt a lakóhelyen nyújtott szolgáltatások biztosítása, és számos rövid távú és ideiglenes ellátást nyújtó intézmény áll az idősek rendelkezésére

A Belga Egészségügyi Kutatóközpont a krónikus betegek ellátásának javítására 2012-ben állásfoglalást dolgozott ki, melyben a következőket jelölte meg kiemelten kezelendő feladatként:

- a beteg igényeinek megfelelő ellátás,
- egyénekre lebontott kezelési tervek felállítása,
- a szükségtelen hospitalizáció és beavatkozások elkerülése,
- a színvonalas ellátás biztosítása magasan képzett szakemberekkel,
- az informális gondozók szerepének támogatása,
- minőségi indikátorok alkalmazása
- új finanszírozási mechanizmusok bevezetése.

A krónikus betegségek ellátásának felügyeletére új hivatal alakult (Observatory of Chronic Diseases), mely a továbbiakban monitorozni fogja az ajánlások gyakorlatba való átültetését.

Gyógyszerek

Belgiumban a gyógyszerészek, az egészségügyi szakemberek többségéhez hasonlóan önálló vállalkozóként dolgoznak, a gyógyszerforgalmazáshoz szükséges engedélyezés szigorúan ellenőrzött állami feladat.

A kötelező biztosítás a gyógyszereket a támogatás szerint különböző kategóriákra (A, B, C, Cs, Cx, D, F). osztja. Az A, B, C besorolású medicinákra szükségességük szerint fizet támogatást a biztosító, a D kategória patikaszerei nem esnek támogatás alá. Az F kategóriába tartozó termékek támogatása kezelésenkénti átalány formájában történik,

A generikumok alkalmazásának ösztönzésére referenciaár-meghatározáson alapuló térítési rendszert állítottak fel. A gyógyszerek árát különböző kategóriák szerint határozzák meg aszerint, hogy

- a már forgalomban lévő hasonló szereknél hatásosabbak-e,
- azonos határfok esetén létezik-e generikum-verziójuk,
- generikus formában is elérhetőek-e.

Az utóbbi időben számos intézkedés született a gyógyszerkiadások csökkentésére. 2012 áprilisa óta a gyógyszertáraknak a gyógyszerhatóanyag (INN) szerinti gyógyszerrendelésre a legkedvezőbb áru gyógyszert kell kiszolgáltatniuk. 2013-tól a gyógyszerárak meghatározásához hat ország (Németország, Franciaország, Hollandia, Finnország, Ausztria és Írország) gyógyszerárait veszik alapul.

2013 áprilisától a gyógyszertárságok választhatnak a közül, hogy 1,95 százalékos lineáris csökkentést vezetnek-e be minden termékükre vagy bizonyos termékek esetében hajtanak végre rugalmas árcsökkentést. Megtakarítások várhatóak a 12/15 éve forgalomban lévő gyógyszerek árának és alkalmazásának korlátozásától is.

Minőségügy

A Szövetségi Egészségügyi, Élelmiszerbiztonsági és Környezetvédelmi Szolgálat 2007-ben indította a belga kórházak betegbiztonsági és minőségbiztosítási tevékenységének előmozdítását szolgáló projektjét.

A projektben aktív ellátást, hosszú távú ellátást és pszichiátriai ellátást nyújtó intézmények egyaránt részt vettek, és tájékoztatást adtak a következőkről:

- 1) a kórház feladatai és minőséggel és betegbiztonsággal kapcsolatos célkitűzései
- 2) a kórház minőségügyi és betegbiztonsági rendszerei
- 3) a betegek körében végzett felmérés a betegbiztonságot szolgáló intézkedésekről
- 4) a fellépő események jelentése és elemzése
- 5) minőségügyi programok bevezetése (gazdasági teljesítmény, kapacitás és innováció, klinikai teljesítmény és betegbiztonság területeken)
- 6) bizonyos, benchmark-ként szolgáló indikátorokkal kapcsolatos speciális kérdések (csak az aktív ellátást nyújtó kórházak esetében)

A 2008-2012-es terv a kórházak számára struktúrával, folyamatokkal és eredménnyel kapcsolatos feladatokat tűzött ki az alábbiak szerint: betegbiztonságot kezelő rendszerek kialakítása, a folyamatok elemzése és sokdimenziós indikátor-készletek felállítása. A projektben 164 kórház vett részt. (HIT)

e-Egészségügy

Belgiumban egy 2008-as törvény rendelkezett az eHealth digitális platform felállításáról, melynek megvalósításával – az elgondolások szerint – a jövőben lehetőség nyílik az egészségügy minden szolgáltatója számára a biztonságos adatcserében való részvételre. A társadalombiztosítás állami intézményeként működő platform feladatául tűzték ki, hogy egyetlen közös portálon keresztül nyújtson digitális hozzáférést minden egészségügyi információhoz és alkalmazáshoz, szervezett elektronikus információcserét biztosítson az egészségügyi szakemberek között, egyben a betegek biztonságát és adatvédelmét is szolgálja.

A platformmal kapcsolatos célkitűzések között szerepel az egészségügyi ellátás minőségének és folyamatosságának előmozdítása, a betegbiztonság optimálissá tétele, az adminisztratív eljárások egyszerűsítése és az egészségpolitikai intézkedések támogatása. A Belga Egészségügyi Telematikai Bizottság bizonyos feladatai – mint pl. a standardok meghatározása és az egészségügyi software egyöntetűvé tétele – szintén a platformmal kapcsolatos célkitűzések közé tartozik.

2012. december 20-án akcióttervet hoztak nyilvánosságra a betegek ellátásában szerepet játszó online egészségügyi szolgáltatások alkalmazásának széles körűvé tételére 2018-ig. A terv öt alaptényezője a következő:

- 1) az egészségügyi szolgáltatók közötti adatcsere azonos alapokra helyezése
- 2) az e-egészségügy fokozottabb elfogadása és ismerete a betegek által
- 3) referenciaként szolgáló terminológia kialakítása
- 4) az adminisztratív feladatok egyszerűsítése és hatékonyabbá tétele
- 5) rugalmas és átlátható irányítási struktúra kialakítása minden szakember és hatóság részvételével. (HSPM)

Egészségügyi dolgozók

Belgiumban 2011-ben 32 182 orvos dolgozott, és ezzel a lakosság orvosokkal való ellátottsága 291/százézer fő volt. Míg az orvosok, nővérek számában az ezredforduló óta folyamatos növekedés tapasztalható, a házi orvosok számát ez alatt az idő alatt állandó csökkenés jellemezte. Így a házi orvoshiány megelőzésére 2008 júniusában döntés született a 2015-2018-as időszakban folytatandó

továbbképzések létszámkeretének növeléséről, ugyanekkor a kormány a háziiorvosi hivatás és az ápolói tevékenység vonzóbbá tétele érdekében is hozott intézkedéseket. Ennek tulajdoníthatóan növekedés indult meg mindkét terület szakembereinek létszámában. 2013 decemberében jóváhagyást nyert az a rendelettervezet, mely megszüntette az orvoshiánnyal küzdő szakterületeket választó orvostanhallgatók képzésének 2004 óta tartó korlátozását, ennek pozitív hatása később jelentkezhet.

Egészségügyi reformok – legutóbbi reformok

Belgiumban 2007 és 2010 között számos intézkedést hoztak az egészségügyi rendszer teljesítményének növelésére, és fontos célkitűzésként jelölték ki az egészségügyi ellátáshoz való egyenlő hozzáférés biztosítását.

2008 januárjában egységessé tették a kötelező biztosítás lakossági fedezetét. A preventív intézkedések keretében a gyermekek fogászati ellátása 15 éves korig ingyenessé vált. Mindenki számára lehetővé tették külön díjszabás felszámítása nélkül, hogy komfortosabb kórházi ellátásban részesüljön. Az idősek ellátásához a betegek igényeit figyelembe vevő innovatív projekteket indítottak, a krónikus ellátás gyakorlatának monitorozására új hivatalt állítottak fel. A nővéri hivatást vonzóbbá tevő intézkedések mellett, célul tűzték ki az informális gondozók tevékenységének támogatását is.

Jövőbeli fejlesztések

2011 októberében intézményi reformmal kapcsolatos megállapodás aláírására került sor az országban. A megállapodás a szövetségi állam régióinak és közösségeinek szerepét és felelősségi körét megerősítő irányelveket fektetett le. Lépéseket tettek egy, a költségvetési allokációkat meghatározó, speciális finanszírozást szolgáló új törvény megalkotására és új kompetencia megosztására a szövetségi kormány és a szövetséget alkotó egységek között. A megállapodás 2014 júliusában lép életbe. A szövetségi egységek nagyobb autonómiával fognak rendelkezni, és a szolgáltatások finanszírozásában betöltött hatáskörük is nagymértékben kibővül a jövőben. Az államreform hatást gyakorolhat a szövetségi állam és a szövetségi egységek közötti együttműködés előmozdítására, s az ezt szolgáló dialógusban a Parlamenti Konzultációs Bizottság kap központi szerepet.

A kórházfinanszírozás reformjának előkészítésére a Szövetségi Egészségügyi Szolgálat, a NIHDl Egészségbiztosító és a Belga Egészségügyi Kutatóközpont munkatársai 2014 szeptemberéig folytatnak konzultációkat.

Források

- Belgium. In: Health Systems in Transition, vol. 12. no. 5., Copenhagen, 2010, European Observatory on Health Systems and Policies:
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0014/120425/E94245.PDF
- Bim : l'intervention majorée nouvelle est arrivée! OMNIMUT, Mutualité Libre de Wallonie:
<http://www.omnimut.be/fr/bim-l-intervention-majorée-nouvelle-est-arrivee.html?IDC=53&IDD=1162>
- Devlies, J. et al.: eHealth Strategies. Country Brief. Belgium. European Commission, 2010:
http://ehealth-strategies.eu/database/documents/Belgium_CountryBrief_eHStrategies.pdf

-
- Eurostat.European Commission 2014:
<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/>
 - Gerkens,S.: Action plan 2013-2018 on eHealth. The Health Systems and Policy Monitor:
<http://hspm.org/countries/belgium25062012/livinghit.aspx?Section=4.1%20Physical%20resources&Type=Section#55Actionplan2013-2018oneHealth>
 - Gerkens,S.: The 6th Institutional Reform. The Health Systems and Policy Monitor:
[http://www.hspm.org/countries/belgium25062012/livinghit.aspx?Section=2.1%20Overview%20of%20the%20health%20system&Type=Section#81The6thinstitutionalreform\(LawofJanuary2014\)](http://www.hspm.org/countries/belgium25062012/livinghit.aspx?Section=2.1%20Overview%20of%20the%20health%20system&Type=Section#81The6thinstitutionalreform(LawofJanuary2014))
 - Introduction to the Belgian Healthcare System: http://www.niaz.nl/copy_of_niaz-officieel/officiële-documenten-1/presentatie-belgian-healthcare-system
 - La ministre veut plus de maisons médicales dans les campagnes. RTL.be, 2014.02.07.:
<http://www.rtl.be/info/belgique/politique/1067616/la-ministre-veut-plus-de-maisons-medicales-dans-les-campagnes>
 - Le financement hospitalier prochainement réformé. Dhnet-be, 2013.10.25.:
<http://www.dhnet.be/actu/belgique/le-financement-hospitalier-prochainement-reforme-5269e7ec35708def0d935183>
 - MISSOC – comparative tables – Belgium:
http://www.missoc.org/MISSOC/INFORMATIONBASE/COMPARATIVETABLES/MISSOCDATA/BASE/comparativeTablesSearchResult_PREVIOUS.jsp
 - Portail Belgium. Service Public Fédéral Belge, 2012:
http://www.belgium.be/fr/sante/cout_des_soins/remboursements_specifiques/
 - Social security Programs Throughout the World, 2012:
<http://www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/2012-2013/europe/belgium.html>

(Letöltések ideje: 2014. május)