

TÁJÉKOZTATÓ ORSZÁGTANULMÁNY ÍRORSZÁG EGÉSZSÉGÜGYÉRŐL



GYEMSZI

Gyógyszerészeti és Egészségügyi
Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet

Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság
Rendszerelemzési Főosztály

2014. január

Tartalom

Gazdasági-politikai háttér	2
Demográfia	2
Az egészségügyi rendszer jellemzői	3
Finanszírozás	3
Egészségügyi szolgáltatások	5
Egészségügyi dolgozók	7
Minőségügy	7
e-egészségügy	7
Egészségügyi reformok	8
Források	10

Gazdasági-politikai háttér

Alapvető gazdasági indikátorok¹:

A GDP növekedési rátája az előző évhez képest:

2014: 1,7 (előrejelzés)

2015: 2,5 (előrejelzés)

Inflációs ráta (HICP), 2012: 1,9

Munkanélküliségi ráta, százalék, 2013: 12,3

Államháztartási egyenleg a GDP százalékában, 2012: -8,2

Államadósság a GDP százalékában, 2012: 117,4

Írország 1973-ban csatlakozott az EU-hoz, és sokáig a leggyorsabban fejlődő tagállamnak számított. A „kelta tigris” jelzővel fémjelzett években (1995–2007) erőteljes növekedésnek indult, azonban a 2008-ban kezdődő pénzügyi válság hatására az állami költségvetési hiány megnövekedett, a részvény index esett, a bankok hitelképtelenné váltak, az ingatlan piac összeomlott és számos vállalkozás tönkrement. Becslések szerint az ír gazdaság 2010-re 14 százalékkal esett vissza. A bankrendszer tőkepótlására és a költségvetés finanszírozására Írország 2010 novemberében 85 milliárd eurós nemzetközi (EU, IMF) hitelfelvételre kényszerült. A gazdaság 2010-től kezdődően növekedni kezdett. 2012-ben az egy főre jutó GDP 44 077 USD volt PPP-ben kifejezve², Luxemburg után a második legmagasabb az EU tagországok között. Az infláció 2012-ben 1,9 százalék, a munkanélküliség 2013-ban 12,3 százalék volt. Írország 1973 óta tagja az EU-nak, 1999-ben lépett be az euró monetáris rendszerbe.

Írország demokratikus köztársaság, ahol a hatalmat a kétkamarás parlament és a miniszterelnök gyakorolja. Jelenleg (2011-től) a Fine Gael nevű jobb-közép párt a Munkáspárttal koalícióban kormányoz. A képviselőház tagjait általános választással jelölik ki, míg a szenátus tagjait szűkebb körű választással, vagy a miniszterelnök jelölésével határozzák meg.

Demográfia

Írország lakossága 2012-ben 4,57 millió fő volt³. A termékenységi ráta több évtizede csökkenőben van, de még így is 2,04 volt 2011-ben. A születési arány a kilencvenes években valamelyest csökkent, azonban továbbra is a legmagasabb a nyugat-európai országok között (2011-ben 1000 lakosra 16,32). A nyers halálozási arány az alacsonyabbak közé tartozik Európában (2010-ben 1000 lakosra 6,08), s ebből következik, hogy itt a legmagasabb a természetes szaporodás. Ennek ellenére sem várható nagyfokú növekedés a lakosságszámban, mivel továbbra is jellemző a kivándorlás. A születéskor várható átlagos élettartam az utóbbi évtizedekben gyorsabb ütemben növekedett, mint az EU átlag,

¹ Eurostat

² OECD Statistics

³ WHO HFA

azonban így is egyike a legalacsonyabbaknak az EU országok hasonló statisztikái között (2010-ben 80,8 év – férfiaknál 78,5, nőnél 83,03). A lakosság korösszetételére több évtized óta jellemző volt a 0-14 évesek magas aránya (21,03 százalék 2010-ben), ez azonban az utóbbi években csökkenni kezdett. A 65 éven felüli lakosság aránya folyamatosan növekszik (11,1 százalék 2010-ben). A vezető halálokok a keringési rendszer betegségei és a daganatok, amelyek az összes halálozás 65 százalékáért felelősek.

Az egészségügyi rendszer jellemzői

Írországban az egészségügyi szolgáltatásokhoz való jogosultság a tartózkodási hely és a lakos jövedelmi viszonyain alapul. A 2004-es egészségügyi törvény által szabályozott állami egészségügyi szolgálat két jogosultsági kategória rendszerére épül (Citizens Information, 2014). Az I. kategóriába a szociálisan rászorult, alacsony jövedelmű személyek és a 70 éven felüli nyugdíjasok tartoznak. (2013-ban 1,8 millió fő, a lakosság 40 százaléka). Ők az egészségügyi kártya (Medical Card) tulajdonosai, és térítésmentes általános orvosi és fogorvosi kezelésre, valamint kórházi ápolásra és gyógyszerekre jogosultak. A II. kategóriába tartozók (a lakosság 60 százaléka) csak bizonyos szolgáltatásokra jogosultak térítésmentesen. Egyes krónikus betegségek kezeléséhez szükséges gyógyszerek mindenki számára ingyenesek, és ugyancsak állampolgári jogon jár az anyasági és a csecsemőellátás. Akik jövedelmük alapján nem jogosultak egészségügyi kártyára, viszont magas a háziorvosi ellátásra fordított kiadásuk, 2005 óta háziorvosi vizit kártyát (GP Visit Card) kérvényezhetnek, ami lehetővé teszi számukra a térítésmentes háziorvosi látogatást. Ez olyan helyzetekben fordulhat elő, amikor valakinek olyan betegsége van, amely pénzügyi nehézségeket okozó rendszeres orvosi kezelést igényel. 2013-ban kb. 128 000 GP Visit Card tulajdonos volt Írországban. Összességében kb. 2 millió lakos rendelkezik egészségügyi kártyával vagy háziorvosi vizit kártyával. 2014-ben minden öt év alatti gyermekre kiterjesztik az ingyenes háziorvosi ellátást. (Department of Health Press Office, 2013) Fejlett a magánszektor, melyet magán biztosítási fedezet vagy készpénz fizetés útján lehet elérni.

Az egészségügy fő irányító szerve az Egészségügyi és Gyermekvédelmi Minisztérium (Department of Health and Children), amely a tervezésben, a költségvetésben és a koordinációban játszik szerepet, és közvetlenül nem avatkozik bele a szolgáltatások nyújtásába. A Minisztérium határozza meg a lakosság egészségének javulását szolgáló intézkedéseket, dönt a prioritások kérdésében és az erőforrások elosztásáról, valamint folyamatos értékelés alapján rövid és hosszú távú programokat készít. 2005-ig az egészségügyi ellátás a nyolc regionális egészségügyi testület (Regional Health Boards,) feladata volt, mely 200.000-1,23 millió lakost szolgált. 2005-ben ezt egy országos hatáskörű hatóság, a Health Service Executive (HSE) váltotta fel.

Finanszírozás

Egészségügyi kiadások

2011-ben Írországban az összes egészségügyi kiadás a GDP 9,38 százaléka volt.

Forrásgyűjtés

2011-ben az egészségügyi kiadások 70,42 százalékát finanszírozta az állam.

Az állami kiadások több mint 80 százalékát jövedelemadózásból fedezik, a fennmaradót pedig vámokból, mezőgazdasági adókból, tőkejövedelmekből és ingatlan eladási illetékekből finanszírozzák. Magánbiztosításból fedezett a kiadások 9,2 százaléka, a fennmaradó rész a lakosság közvetlen kifizetése. A magánkiadások kb. 40 százaléka háziiorvosi konzultációkat, 25-30 százaléka pedig kórházi tartózkodást fedez. A HSE 2014-ben 13,12 milliárd EUR összegű költségvetéséből gazdálkodik az államilag nyújtott egészségügyi ellátás finanszírozására (HSE, 2014).

Az I. kategóriában a háziiorvosi ellátás, az állami kórházak szolgáltatásai, a gyógyszerek (kivéve a havi korlátos összegű receptdíjat), a fogászati kezelés számára nincs önrészfizetés. A II. kategóriában a háziiorvosi ellátás fizetendő, ennek értéke 50-80 EUR vizitenként. A járóbeteg szakellátás háziiorvosi beutalóval térítésmentes, háziiorvosi beutaló nélkül 100 EUR. A sürgősségi ellátás díja 100 EUR háziiorvosi beutaló nélkül. A kórházi kezelés 75 EUR/éjszaka, az éves küszöbérték 750 EUR. (Citizens Information, 2014).

Magánbiztosítás

Írországban jelenleg a lakosság közel fele (46 százaléka) részesül magán egészségbiztosítási fedezetben. Ez a magas arány annak tudható be, hogy az állampolgárok úgy gondolják, a magánbiztosítás gyorsabb hozzáférést és jobb szolgáltatást nyújt az állami egészségügyi rendszerhez képest. A magán egészségbiztosítás egyrészt kiegészíti az állami egészségügyi rendszert, és visszatérítést nyújt a Medical Card nélküli betegek számára az alap és szakellátásban fizetendő díjakra. Másrészt lehetőséget nyújt az állami egészségügyi rendszer várólistáinak megkerülésére és az állami intézményekben magánágyak igénybevételére, vagy a magánszektorban történő teljes ellátásra.

A magánbiztosítás piaca három pilléren nyugszik: közösségi díjszabás, nyitott feliratkozás és életre szóló fedezet. A közösségi díjszabás értelmében a biztosítók nem vehetik tekintetbe az életkort, nemet, egészségi állapotot vagy bármilyen más kockázati tényezőt a díjak vagy a juttatások meghatározásában. A nyitott feliratkozás azt jelenti, hogy a biztosítók nem tagadhatják meg a fedezetet senkitől, bár várakozási időszakokat elrendelhetnek. Az életre szóló fedezet kiköti, hogy ha egy lakos szerződött egy magánbiztosítónál, a fedezetet megújíthatja, és csak igen korlátozott esetekben tagadhatja meg ezt tőle a biztosító. A biztosítóváltás káros anyagi következmények nélkül lehetséges. A három pillér követelményén felül a jogszabályok meghatároztak egy minimum juttatási csomagot is.

A piacon három biztosítótársaság dominál: a Quinn Healthcare, a VHI és a VIVAS Health – 20 százalékos, 73 százalékos és 7 százalékos piaci részesedéssel. Mivel a VHI több, mint 40 éves monopóliumot mondhat magának, jelentős tagságot épített fel még a biztosítási piac deregulációja előtt és az ügyfelek többsége nem vándorolt el a verseny bevezetése után sem. Az egészségbiztosítási piac független szabályozója az Egészségbiztosítási Hatóság (Health Insurance Authority), mely monitorozza az üzleti tevékenységet és tanácsot nyújt az egészségügyi miniszternek.

Forrásallokáció

A háziiorvosokat a betegek kora, neme és tartózkodási helye szerinti fejkvóta alapján finanszírozzák, amihez speciális szolgáltatásokért egyéb díjak is társulnak, mint pl. a rendelési idő utáni otthoni vizit és az influenza elleni oltás beadása.

Az állami kórházak egyösszegű éves fizetésben részesülnek a betegellátás finanszírozására. Emellett az Országos Casemix Programban résztvevő kórházak (55-ből 38) költségvetését a DRG-alapú tevékenység szerint is igazítják. Az állami és non-profit (felekezeti, jótékonyági) kórházakban dolgozó

szakorvosok alkalmazotti státuszban vannak, akik kiegészítő jövedelemre tehetnek szert a magánpraxisban. A magánszektorban a szakorvosokat fee-for-services alapján fizetik.

Egészségügyi szolgáltatások

Népegészségügy

A népegészségügyi és egészségfejlesztési szolgáltatások a HSE Népegészségügyi Igazgatóságának feladatát képezik. Az Igazgatóság felelős az egész ország egészségének védelméért és fejlesztéséért, és bizonyos célcsoportok esetén az egyenlőtlenségek kiküszöböléséért. Emellett felelős még a védőoltás programokért, a fertőzés kontrollért és a környezet egészségügyért. A Népegészségügyi Igazgatóság hat részlegről áll: Stratégiai Tervezés, Egészségügyi Hírszerzés, Egészségfejlesztés, Sürgősségi Tervezés, Környezet egészségügy, Egészségvédelem. Az Igazgatóság részét képezi még az Ongyilkosság Megelőzés Országos Irodája, az Egészségvédelmi Felügyeleti Központ, a Népegészségügyi Osztály és az Egészségfejlesztési Osztály. A népegészségügyi és egészségfejlesztési kezdeményezések között található közösség alapú dohányzás-megszüntető programok, egészségfejlesztő iskolai programok, szívegészség fejlesztési regionális csapatok, sport partnerségek és mentális egészségfejlesztés.

Alapellátás, járóbeteg-szakellátás

Az egészségügyi alapellátást a General Medical Service (Általános Orvosi Szolgálat) nyújtja. Ez a szervezet tömöríti az általános orvosokat, és lehetővé teszi a szabad orvosválasztást. A házi orvosok vállalkozó orvosok, akik egyéni vagy csoportpraxisban működnek. A legtöbb házi orvos a magán és az állami szektorban is lát el betegeket. A házi orvosok a szakorvosi és kórházi szolgáltatások igénybevétele során kapuőrként működnek. Az I. kategóriába tartozó betegeknek választaniuk kell egy házi orvost a résztvevő orvosok listájából. A házi orvosi szolgáltatások ezután ingyenesen elérhetők számukra és hozzátartozójuk számára. A II. kategóriába tartozó betegek, akiknek fizetniük kell a szolgáltatásokért, szabadon választhatnak bármilyen házi orvost vagy szakorvost.

Az egészségügyi ellátás irányítására és szolgáltatására 2005-ben létrejött Health Service Executive az alapellátás reformját a multidiszciplináris alapellátási csoportok létrehozásával kezdte. A betegek szükségleteire alapozva ezeket a csoportokat 8-10 ezer ember kiszolgálására tervezték, a csoportok magukba foglalják a házi orvosokat, logopédusokat, fizioterapeutákat, ápolókat és szociális munkásokat), akik megosztják egymással az információkat és a betegek szükségletei szerint működnek együtt. 2013 végére a HSE 485 alapellátási csoport szükségességét állapította meg. 2013 novemberében 423 csoport működött 2492 egészségügyi dolgozóval. Az alapellátási csoportok támogatására 2011 májusától 27 alapellátási központ nyílt meg, számuk folyamatosan bővül (Department of Health Press Office, 2013).

A járóbeteg szakellátást szakorvosok nyújtják a kórházak ambuláns osztályain.

Fekvőbeteg-ellátás

Az ír egészségügyi rendszer jellemző vonása, hogy nagy súllyal szerepel a kórházi ellátás. 2012-ben 55 kórház (9927 ágy) nyújtott aktív ellátást állami finanszírozással. Némelyek regionális vagy országos szintű szakellátást, mások helyi ellátást nyújtanak. Az államilag finanszírozott kórházak részben állami

tulajdonban vannak, egyharmaduk egyházak vagy más önkéntes szervezetek kezelésében levő nem profit-orientált kórház. 21 magánkórház működik Írországban, amelyek az Independent Hospital Association of Ireland nevű szövetség tagjai. Becslések szerint Írországban a kórházi tevékenység 10 százalékát végzik magánkórházakban. Az ezekben az intézményekben történő ellátásért a betegek készpénzben vagy magánbiztosítás révén fizetnek. A kórházakban elegendik a magán- és a közellátás, a szolgáltatók egyszerre mindkét területen tevékenykedhetnek. Az állami kórházak legtöbb szakorvosa (90 százalék felett) a magánpraxisban is működhet.

A fekvőbeteg-ellátásban jellemzőek a várólisták, ezek felszámolása a célkitűzések között szerepel. A National Treatment Purchase Fund (NTPF) szolgáltatás-vásárló pénztárat azon betegek számára alapították, akik 3 hónapnál hosszabb ideje várnak állami kórházakban nyújtott ellátásra. Az NTPF lehetővé teszi az állami várólistán levő betegek számára, hogy térítésmentes kezelésben részesüljenek Írország vagy az Egyesült Királyság magánkórházaiban, vagy szükség esetén más országok magánkórházaiban. Az NTPF program által rendelkezésre álló kezelések közül megemlíthető a szívműtét, a csípőprotézis, a visszértágulat és a szürkehályog műtét. Az országos várakozási időkről 2005-ben indítottak el online nyilvántartást (Patient Treatment Register), amely valamennyi írországi állami kórházat tartalmazza.

Rehabilitáció és hosszú távú ellátás

Hosszú távú intézményi ellátás több környezetben is rendelkezésre áll mind az állami, mind a magán szektorban, bár az állami rendszerben a helyek korlátozott számban érhetők csak el (közösségi ápoló egységek, közösségi kórházak, specializált dementia egységek). Az intézményi férőhelyek közvetlen szolgáltatása mellett a HSE magánotthonokkal és magán ápolóotthonokkal is szerződik. A hosszú távú ellátás több mint 50 százalékát az önkéntes vagy a magán szektor nyújtja. A HSE fedezheti az egyén teljes vagy részleges költségeit, a támogatás mértéke az egyén vagyoni helyzetétől függ. A HSE számos szolgáltatást nyújt a fogyatékkal élő emberek számára is, fő célja az önálló élet lehetőség szerinti támogatása. Az egész országban léteznek programok, hogy intézményi környezet helyett megfelelőbb közösségi környezetben foglalkozzanak a fogyatékkal élőkkel (otthoni támogatás, nappali ellátás, bentlakásos szolgáltatások, rehabilitáció és védett műhelyfoglalkozások). A szolgáltatásokhoz való hozzáférés igényfelmérésen alapul, a fő cél a rehabilitáció és az önállóság ösztönzése. A 2016-ban bevezetendő univerzális egészségbiztosítási rendszer (lásd Reformok fejezet) nem terjed ki a szociális és hosszú távú ellátásra, amelyet továbbra is az állam finanszíroz majd adóbevételekből (Department of Health, 2014).

Gyógyszerek

A gyógyszerek engedélyezését az Ír Gyógyszerügyi Hivatal (Irish Medicines Board) végzi. Az OTC készítmények szabadárak, míg a vényköteles készítmények árrendszerének az Egészségügyi és Gyermekvédelmi Minisztérium és az Ír Gyógyszerész Szövetség (Pharmaceutical Society of Ireland) közötti megállapodást kell követnie. 2011-ben a teljes gyógyszer-kiadás az összes egészségügyi kiadás 17,5 százaléka volt. Írországban a gyógyszerárak magasabbak, mint más EU-s országban. Ez részben annak tudható be, hogy a gyógyszeripar jelentősen hozzájárul a gazdaság teljesítményéhez (Írország a 10 legnagyobb gyógyszer előállító ország egyike), részben pedig annak, hogy árait a szomszédos Nagy-Britanniához is kapcsolja, ahol a gyógyszerárak szintén viszonylag magasabbak az európai átlagnál. Az utóbbi években egy szélesebb európai összehasonlítást vezettek be az ír piacra bekerülő

gyógyszerárak meghatározásában, és a következő országok nagykereskedelmi árát veszik alapul: Dánia, Franciaország, Németország, Hollandia, Nagy-Britannia.

Az egészségügyi kártya nélküli lakosok és családjuk, ha gyógyszertámogatási kártyát (Drugs Payment Scheme Card) kérvényeznek, havi 144 eurónál nem fizethetnek többet gyógyszerekért és gyógyászati segédeszközökért. A kártyát bárki igényelheti, aki tartózkodási engedéllyel rendelkezik Írországban, nemzetiségtől vagy pénzügyi helyzetétől függetlenül. Az egészségügyi kártyával rendelkező lakosok 2,5 euró receptdíjat fizetnek tételenként, havonta maximum 25 euró összegéig. A krónikus betegségben szenvedők díjmentesen juthatnak hozzá a gyógyszerekhez és gyógyászati segédeszközökhöz.

Egészségügyi dolgozók

2013 végén kb. 100 000 fő dolgozott az állami egészségügyben. Írországban aránylag alacsony az orvosok száma, az európai átlag alatt van: 2012-ben 100 000 lakosra számítva 272 volt, míg az EU-ban 346. Ellenben az ápolók aránya magas: 100 000 lakosra 1215, míg ez az arány 835 volt az EU-ban.

Írországban főleg a házi orvosokból van hiány. Az ír kormány és a Health Service Executive adatai szerint az elkövetkezendő hét évben a házi orvosok akár 50 százaléka hagyhatja el a szakmáját nyugdíjazás miatt. A házi orvosok többsége jelenleg heti 70 órát dolgozik. Az Ír Orvosszövetség szerint pár éven belül nem lesz elegendő házi orvos az országban, és azt követelik a kormánytól, hogy jelentősen növelje a házi orvosi képzés kapacitását.

Minőségügy

Írországban 2007-től az Egészségügyi Információs és Minőségügyi Hatóság (HIQA) felügyeli az egészségügyi és szociális ellátás minőségét és biztonságát, határoz meg standardokat és valósít meg országos minőségbiztosítási programokat. A HIQA szakértő csoportjai minimum standardokat dolgoznak ki egy adott szolgáltatás minőségére és biztonságára, a kiválóság elérésének támogatására pedig fejlesztési standardokat határoznak meg. A standardok használatát szakértőkből és laikusokból álló multidiszciplináris csoportok monitorozzák, hogy azonosíthassák a javulásra szoruló területeket és elismerjék a jó gyakorlatokat. Mindezt nagyfokú átláthatóság kíséri, a jelentések és ajánlások a HIQA webhelyén elérhetők. Az egészségügyi és szociális ellátás legtöbb akkreditációs mechanizmusa szintén a HIQA hatáskörébe tartozik. A betegeknek és a szolgáltatások felhasználóinak is nyílik lehetőségük arra, hogy részt vegyenek a HSE magas szintű szervezési és tervezési folyamataiban a tanácsadó csoportokon belül (HSE Expert Advisory Groups). A csoportok egyik célja az, hogy a betegek és a fogyasztók beleszólhassanak a döntéshozatali folyamatokba, bár a csoportok összetételében erősen a szakemberek dominálnak. A HIQA felelős a betegelégedettség felméréseért és a kérdőívek kidolgozásáért is.

e-egészségügy

Az ír Egészségügyi Minisztérium 2013 decemberében tette közzé az eHealth Stratégiát, amely a következő területek fejlesztésére összpontosít: e-recept, online beutalás és ütemezés, távegészségügy (főleg a krónikus betegségek menedzselésére) és összefoglaló betegnyilvántartás. Ezek a fejlesztések lehetővé teszik a költségek csökkentését, a gyógyszeresedés előírásainak betartását és az

előjegyzések menedzselésének felgyorsítását. Az eHealth Ireland nevű szervezet vezényli az eHealth Stratégiát, amely kezdetben a HSE védnöksége alá kerül. Mindezzel együtt az IT költségvetés is növekedni fog és összhangba kerül az európai arányokkal – az egészségügyi kiadások jelenlegi 0,85 százalékaról 2-3 százalékára. A kormány eHealth Stratégiájának központi eleme az egészségügyi azonosítókról szóló törvénytervezet (Health Identifiers Bill 2013), amely jogi alapot nyújt az azonosítók alkalmazására a szolgáltatók és a szolgáltatások felhasználói számára. Az azonosítókat az egészségügy valamennyi környezetében (magán és állami egyaránt) használni fogják annak biztosítására, hogy az ellátás helyén a megfelelő információ a megfelelő egyénhez kapcsolódjon.

Egészségügyi reformok

Az ír egészségügyi rendszer jelentős szerkezeti átalakításon ment keresztül az utóbbi években. A 2001-ben létrehozott stratégiai dokumentum (National Health Strategy) 121 konkrét célt tűzött ki az egészségügyi szolgáltatások megreformálására, amelyek megvalósítása 7-10 éves periódust ölel fel. 2003-ban kezdtek el az elmúlt 30 év legátfogóbb egészségügyi reform programját (Health Service Reform Programme). A program fő célja a betegközpontú rendszer megvalósítása és a betegellátás színvonalának javítása, olyan lépéseket tartalmaz, amelyek az egészségügyi rendszer minden részére hatással vannak. A célkitűzések között található az alapellátás erősítése, az aktív kórházi rendszer fejlesztése, a finanszírozás javítása és az egészségügyi munkaerő tervezése, képzése. A reformokat részben az tette lehetővé, hogy Írországban erőteljes gazdasági növekedés történt az 1990-es évek végén és a 2000-es évek elején. Mindez elősegítette az egészségügyi rendszer finanszírozásának növekedését. A 2000–2006-os Országos Fejlesztési Terv (NDP) 3,3 milliárd eurót allokált egészségügyi befektetésekre, benne 1300 új fekvőbeteg és nappali ellátási férőhely létesítésével és aktív mentális egészségügyi kórterem létrehozásával az általános kórházakban. A 2007-2013-as NDP 4,9 milliárd eurót allokált egészségügyi projektekre. Ebből 2,1 milliárd euróval támogatták az alapellátás infrastruktúrájának fejlesztését és az idősök közösségi szolgáltatásának bővítését. 2,4 milliárd eurót fektettek be a kórházi infrastruktúra fejlesztésébe (sürgősségi osztályok, akut ágykapacitások, gyermekkórház létesítése).

A reformok a következő intézkedéseket tartalmazták:

- A fennálló egészségügyi szervezetek racionalizálása, a regionális egészségügyi testületek (Regional Health Boards) felszámolásával
- Az egészségügyi szolgáltatásokért felelős hatóság (Health Service Executive) létrehozása – az első olyan egyedülálló országos hatóság, melynek feladata az ellátás irányítása és szolgáltatása
- Az Országos Kórházi Hivatal (National Hospitals Office) létrehozása a kórházi ágazat reformjára
- A kórházon kívüli ellátások számára létrehozott főigazgatóság (Primary, Community and Continuing Care Directorate) 4 regionális és 32 helyi hivatallal
- Az Egészségügyi és Gyermekvédelmi Minisztérium átalakítása a jobb egészségpolitika kidolgozására, a szolgáltatások ellenőrzésére és értékelésére

- Az Egészségügyi Információs és Minőségi Hatóság létrehozása (Health Information and Quality Authority) annak biztosítására, hogy a minőséget és a hatásosságot az egész rendszerben javítsák
- A költségvetés decentralizációja azon szervezetek irányába, akik felelősek az ellátás nyújtásáért
- A várakozási idők maximum 3 hónapra csökkentése az állami szektorban nyújtott elektív kezelésekre
- Az alapellátás kapacitásának fejlesztése. Az alapellátásnak kell az egészségügyi rendszer központjává válni, ahol az egészségügyi és szociális szolgáltatási szükségletek 90-95 százalékát ki tudják elégíteni.

Az ír kormány 2012-ben fogadott el egy stratégiai dokumentumot az egészségügyi szolgálat hároméves reformjáról (Future Health: A Strategic Framework for Reform of the Health Service 2012-2015). Ebben felvázolják az egypilléres egészségügyi rendszer bevezetésének tervét, amelyet az univerzális egészségbiztosítás alapoz meg és amely révén megszűnik a jelenlegi, állami egészségügyből és magán egészségbiztosításból álló kétpilléres rendszer. A teljes lefedettségű egészségügyi szolgálat a társadalmi szolidaritáson fog alapulni, ahol az ellátás szükséglet és nem fizetőképesség szerint történik. A 2016-ban bevezetendő rendszerben minden beteg fedezetben részesül majd és az ellátást ugyanazon módon finanszírozzák. Az egészségügyi szolgáltatásokra való jelenlegi, jövedelmi viszonyokon alapuló jogosultságot a kötelező egészségbiztosítási rendszer váltja fel, ahol minden lakos részesül majd egy standard csomagban az alap- és a kórházi ellátás fedezetére. Az univerzális házi orvosi ellátás térítésmentessé válik mindenki számára, a kórházi ellátást független, non-profit trösztök és magánkórházak nyújtják. Az egészségügyi rendszer többfizetős modellen alapul majd egymással versenyző biztosítókkal. A több-biztosítós modellben nem lesz különbség állami és magán betegek között. A szociális szolgáltatások (idősek, rokkantak, mentális betegségben szenvedők ellátása) nem képezik az univerzális egészségbiztosítás részét, azokat továbbra is adózásból fogják finanszírozni.

2013 áprilisában az ír kormány jóváhagyta a jelenleg fennálló szigorú abortusz törvény liberalizációját célzó törvénytervezetet. A történelmi jelentőségű jogalkotás korlátozott abortuszjogokat tesz lehetővé az országban azon nők számára, akik életveszélyes állapotban vannak, vagy akiknél öngyilkossági kockázat áll fenn.

2013 novemberében az Egészségügyi és Gyermekvédelmi Minisztérium „A pénz követi a beteget” címen (Money Follows the Patient, MFTP) tett közzé szakpolitikai dokumentumot, amely az aktív kórházi szolgáltatások finanszírozásának igazságosabb és átláthatóbb rendszerét kívánja megalapozni. Az MFTP az állami kórházi ellátás finanszírozásának új modelljét képviseli és a jelenlegi részbeni, kevésbé hatékony "blokk költségvetést"⁴ váltja fel egy olyan rendszerrel, ahol a kórházakat az elvégzett valós teljesítmény szerint fizetik. Az új modell szerint az ellátókat teljes mértékben a nyújtott szolgáltatások mennyisége és minősége alapján térítik. A kórházak fizetése országos áruk alapján

⁴ Az állami kórházak egyösszegű éves fizetésben részesülnek a betegellátás finanszírozására. Emellett az Országos Casemix Programban részvevő kórházak (55-ből 38) költségvetését a DRG-alapú tevékenység szerint is kiigazítják. Ezekben a kórházakban az MFTP fizetést fokozatosan vezetik be.

történik. A tevékenység koordinálására Országos Információs és Árazási Hivatal jön létre. A Hivatal költség és tevékenység adatokat használ az országos árak meghatározására, melyeket a miniszter hagy jóvá és tesz közzé az országos szolgáltatási célkitűzésekkel együtt.

Az MFTP megvalósítása 2014-ben kezdődik. A modell a fekvőbeteg és az egynapos ellátást fogja finanszírozni DRG esetalapú térítési rendszer szerint, később azonban tervezik a járóbeteg ellátás bevonását is. A sürgősségi ellátás, a támogató szolgáltatások, az oktatás és a kutatás a modell hatókörén kívül esik.

A Health Service Executive 2014-re vonatkozó tervéből (Health Service – National Service Plan 2014) az egészségügyi szolgáltatások reformjai és prioritásai közül a következők emelhetők ki:

- A minőségre és a megbízhatóságra helyezett hangsúly a szolgáltatások nyújtása és vásárlása terén egyaránt, a Patient Safety Agency hivatal létrehozása.
- Integrált ellátási modellek kidolgozása az egészségügyi szolgálat különböző részein belül és azok között – fő prioritás az aktív ellátástól az alapellátás felé történő elmozdulás, elsősorban a krónikus betegség menedzsment terén.
- Kórházi csoportok (Hospital Groups) létrehozása, amelyek idővel független trösztökké válnak (Independent Trusts). (A kórházi csoportok az állami aktív kórházak non-profit kórházakká alakításával jönnek létre.)
- Áttérés a szolgáltatás-vásárlási modellre – a HSE hatóságon belül létrejön egy önálló szolgáltatás-vásárló hivatal Healthcare Commissioning Agency néven, amely felelős lesz a kórházi irányító testületekkel kötendő, a nyújtott szolgáltatások mennyiségére és minőségére vonatkozó teljesítmény szerződésekre vonatkozó megállapodásokért és a Hospital Groups felé történő fizetésekért.
- A pénz követi a beteget – a kórházi szolgáltatások finanszírozásának átalakítása
- ICT stratégia – azonosítók létrehozása a betegek, egészségügyi szervezetek és szakemberek számára (HSE, 2014).

Források

- Citizens Information – Health <http://www.citizensinformation.ie/categories/health>
- Department of Health and Children <http://www.dohc.ie>
- Department of Health: The Path to Universal Healthcare - Preliminary Paper on Universal Health Insurance <http://health.gov.ie/blog/publications/the-path-to-universal-healthcare-preliminary-paper-on-universal-health-insurance/>
- Department of Health: The Path to Universal Healthcare, White Paper on Universal Health Insurance, 2014. <http://health.gov.ie/wp-content/uploads/2014/04/White-Paper-Final-version-1-April-2014.pdf>
- Department of Health Press Office: Speech by Minister White's at the National Primary Care Conference 2013 <http://healthcsere.gov.ie/news-room/speech-by-minister-white%E2%80%99s-at-the-national-primary-care-conference-2013.html>

-
- eHealth Strategy for Ireland http://health.gov.ie/wp-content/uploads/2014/03/Ireland_eHealth_Strategy.pdf
 - Future Health: A Strategic Framework for Reform of the Health Service 2012-2015 http://www.dohc.ie/publications/pdf/Future_Health.pdf
 - Health Care Systems in Transition, Ireland 2009 http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/85306/E92928.pdf
 - Health Service Executive <http://www.hse.ie/eng/>
 - Health System Achievements http://www.dohc.ie/publications/health_system_achievements_oct_2005.html
 - HSE: Health Service - National Service Plan 2014 <http://www.hse.ie/eng/services/Publications/corporate/serviceplan2014/nationalserviceplan2014.pdf>
 - Irish Medicine Board <http://www.imb.ie>
 - National Health Strategy (Quality and Fairness: a health system for you) http://www.dohc.ie/publications/fulltext/quality_and_fairness/
 - Pharmaceutical Society of Ireland <http://www.pharmaceuticalsociety.ie>
 - Protection of Life During Pregnancy Bill http://www.dohc.ie/publications/protection_life_pregnancy.html
 - The Health Systems and Policy Monitor. WHO, 2014 <http://www.hspm.org>