

TÁJÉKOZTATÓ ORSZÁGTANULMÁNY ÉSZTORSZÁG EGÉSZSÉGÜGYÉRŐL



GYEMSZI

Gyógyszerészeti és Egészségügyi
Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet

Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság
Rendszerelemzési Főosztály

2014. június

Tartalom

| | |
|--|----|
| Gazdasági-politikai háttér | 2 |
| Demográfia | 2 |
| Az egészségügyi rendszer jellemzői | 3 |
| Finanszírozás | 4 |
| Egészségügyi szolgáltatások | 6 |
| Egészségügyi dolgozók | 12 |
| Minőségügy | 13 |
| e-egészségügy | 15 |
| Egészségügyi reformok | 16 |
| Források | 21 |

Gazdasági-politikai háttér

Észtország a legkisebb balti ország (területe 45 227 km²), mely először 1920-ban lett független állam, majd a bő fél évszázados szovjet megszállást követően 1991-ben nyerte el újból függetlenségét. A gyors gazdasági és társadalmi reformokat követően 2004-ben csatlakozott az EU-hoz és a NATO-hoz, 2010-ben pedig az OECD-hez.

Észtország a kilencvenes évek elejétől konzervatív fiskális politikát folytat, amely a liberális gazdaságpolitikával (mely lehetővé teszi például a profit újbóli adómentes befektetését), egyszerű, átlátható adórendszerrel (egykulcsos személyi jövedelemadó és világos levonási mechanizmusok), valamint egy éves szinten kiegyensúlyozott költségvetéssel kedvező és stabil környezetet nyújt a gazdasági fejlődéshez. A 2004-es EU-csatlakozás szintén hozzájárult a fellendüléshez. Ugyanakkor a válság Észtországot is erőteljesen sújtotta: miközben 2000-2007 között átlagosan 8,8 százalékos gazdasági növekedés volt tapasztalható, 2008-ban 4,2 százalékkal, 2009-ben pedig 14,2 százalékkal esett vissza a GDP. Ezt követően viszonylag gyorsan megélenkült a gazdaság: 2010-ben már 2,6 százalékos, 2011-ben pedig 9,6 százalékos növekedés volt megfigyelhető. 2012-ben a növekedés üteme 3,9 százalékra, 2013-ban 0,8 százalékra mérséklődött. 2013-ban az infláció 3,2 százalék. A munkanélküliség szintje 2014. februárban 7,8 százalék. Az államháztartási egyenlege 2013-ban mérsékelte 0,2 százalékos hiányt mutatott, az államadósság GDP-n belüli mértéke 10 százalék, ami az EU-ban a legalacsonyabb (EU-28 átlag: 87,1 százalék). (Eurostat)

Az észt többségi kormányt a Reform Párt és a Szociáldemokrata Párt alkotja. A jelenlegi kormány Andrus Ansip korábbi miniszterelnök 2014. március 26-i lemondását követően alakult meg. Toomas Hendrik Ilves államfő Taavi Rõivas-t, a Reform Párt tagját nevezte ki miniszterelnöknek, aki ezt követően koalíciós kormányt alakított.

Demográfia

Észtország lakosság száma 2014. január 1-én 1 315 819 fő. (Statistics Estonia) Az észt lakosság elöregedő tendenciát mutat: 2011-ben a 14 év alattiak aránya a lakosságon belül 15,42 százalék, a 65 év fölöttiek aránya 17,1 százalék. (WHO-HFA 2014. április)

2012-ben az élveszületések aránya 10,89 ezrelék, a nyers halálozási ráta 2011-ben 11,35 ezrelék. A teljes termékenységi arányszám 2012-ben 1,59. 2011-ben a csecsemőhalandóság 2,38 ezrelék, ami az EU-átlag (4) alatti. (WHO-HFA 2014. április)

A felnőtt lakosság körében a keringési megbetegedések okozzák a legtöbb halálozást: 2012-ben a férfiak esetében a halálozások 46, a nők esetében 62 százalékáért voltak felelősek. A kardiovaszkuláris betegségek okozta halálozások aránya lassú növekedést mutat, miközben a teljes mortalitás tendenciája csökkenő, a várható élettartam pedig növekszik. A második fő halálokozót a daganatos betegségek képezik (2012-ben a halálozások 24 százalékát okozták). 2012-ben a férfiak körében a daganatos okozta halálozás majdnem 1,4-szer magasabb volt a férfiak, mint a nők körében. A daganatos halálozásokon belül 2012-ben a férfiak esetében a légzőszervrendszer daganatos megbetegedései és a prosztatarák okozták a legtöbb halálozást, a nők körében pedig a mellrák és a légzőszervi daganatok. A légzőszervi daganatok szoros összefüggésben állnak az életmóddal, a dohányzás tekinthető a legfőbb rizikófaktornak. A férfiak esetében a daganatos okozta halálozás nagyon lassú csökkenést mutat, és 2010-ben is mintegy 50 százalékkal magasabb volt, mint az EU-

átlag. A nők esetében az összes daganatos betegség okozta halálozás terén csökkenés mutatkozik, kivéve a tüdőrák okozta mortalitást, amely lassan növekszik. A harmadik leggyakoribb halálokot a külső okok (sérülés, mérgezés, öngyilkosság) jelentik: 2012-ben a halálozások 7 százalékát okozták. (Statistics Estonia, 2013; HiT, 2013)

Észtországban a mozgásszervi betegségek és a mentális egészségügyi problémák is egyre nagyobb terhet jelentenek. A morbiditásban való változások jelentős mértékben betudhatók a mortalitás csökkenésének, a várható élettartam növekedésének, valamint a fejlődő poszt-szovjet országból egy magas jövedelmű európai országgá való átalakulásnak. A betegségek közül a krónikus betegségek fokozatosan előtérbe kerülése figyelhető meg. (HiT, 2013)

A fertőző betegségek tendenciája más fejlett országokhoz hasonlóan csökkenő, de a HIV-AIDS, valamint a tuberkulózis továbbra is aggodalomra ad okot. A HIV új eseteinek száma jelentősen csökkent a járvány Észtországban való megjelenése óta: 2001-ben 100 ezer főre 108,1 új esetről 2012-ben 23,5-re. A HIV/AIDS az intravénás drogfogyasztók körében kezdett terjedni az ország északkeleti részén, és továbbra is elsősorban a lakosság e csoportjára koncentrálódik. 2012 év végén a HIV-pozitív diagnózissal rendelkezők száma 8377 volt, az összes eset számát az UNAIDS program 2011-ben 9900-ra becsülte. A tuberkulózis új eseteinek száma 1998-ban volt a legmagasabb: 100 ezer főre 59,2, 2012-re 13,7-re csökkent. A tuberkulózis leginkább a 45-64 év közötti férfi lakosságot veszélyeztet. A tuberkulózissal kapcsolatban két tendencia figyelhető meg: az egyik a többfajta gyógyszerrel szemben rezisztens esetek magas aránya, amely 2011-ben az új tuberkulózis esetek 23,4 százalékát tette ki, a másik a HIV-pozitívak növekvő aránya a tuberkulózisban szenvedők között. (Statistics Estonia, 2013; HiT, 2013)

Az észt lakosság egészséggel kapcsolatos magatartása jelentősen befolyásolja az egészségi állapotot. Az egy főre jutó alkoholfogyasztás mértéke jelentősen növekedett az elmúlt években: 1995-ben 5,6 literrel 2011-ben 11,6 literre. 2008-2009 folyamán számos intézkedést hoztak az alkoholfogyasztás visszaszorítására, így például korlátozták a reklámozást, az értékesítés idejét, növelték az alkohol jövedéki adóját. Habár 2010-ben tapasztalható volt ezen intézkedések, valamint a gazdasági válság következtében az alkoholfogyasztás visszaesése, 2011-től ismét növekedés figyelhető meg. A dohányosok körében folyamatos csökkenés mutatkozik: 1994-ben a felnőtt lakosság 34 százaléka dohányzott napi rendszerességgel, 2012-ben a 26 százaléka (férfiak 36, nők 18 százaléka). A dohányzás visszaszorulása elsősorban annak tudható be, hogy a férfiak körében csökkent a dohányzók aránya. Az észt lakosság meglehetősen mozgásszegény életmódot folytat: az észtek 43 százaléka hetente egyszer sem sportol. A fizikailag aktív lakosok közül 21 százalék heti 2-3 alkalommal végez testmozgást. 2012-ben az észt felnőttek közel 30 százaléka volt túlsúlyos, 17 százaléka elhízott. A túlsúly és az elhízás növekedése a fiatal felnőttek körében a leggyakoribb. (WHO-HFA 2014. április; HiT, 2013)

Az egészségügyi rendszer jellemzői

Az észt egészségügyi rendszer kötelező, szolidaritáson alapuló egészségbiztosítási rendszeren és általános hozzáféréseken alapul. Az egészségügyi rendszer irányítása (tervezés és szabályozás) és felügyelete, valamint az egészségpolitika kialakítása a Szociális Ügyek Minisztériumának és az alá tartozó ügynökségeknek a feladata. E minisztérium és ügynökségei felelősek a népegészségügy finanszírozásáért és menedzsmentjéért, valamint a mentők finanszírozásáért. A helyi önkormányzatoknak kisebb, elsősorban önkéntes szerepük van az egészségügyi szolgáltatások

megszervezésében és finanszírozásában. Az Egészségügyi Tanács felelős az ellátás minőségének biztosításáért. Feladatai közé tartozik az egészségügyi szolgáltatók engedélyezése, regisztrációja és felügyelete, a betegpanaszok kivizsgálása, a fertőző betegségek felügyelete és az egészségvédelmi törvények végrehajtása. Az Országos Egészségfejlesztési Intézet a népegészségügy területén lát el kutatás-fejlesztési feladatokat. Az egészségügy finanszírozásáért a független Észt Egészségbiztosítási Alap (Haigekassa) a felelős, amely regionális irodáin keresztül látja el tevékenységét (finanszírozási források gyűjtése és elosztása, egészségügyi szolgáltatókkal való szerződés-kötés, a szolgáltatások minőségének ellenőrzése, táppénz kifizetése). Az e-Egészségügy Alapítvány működteti az országos e-Egészségügy rendszert, amely az összes szolgáltatót összekötő információcsere platformként működik, és lehetővé teszi a különböző adatbázisok közötti adatcserét. A platform minden beteg számára hozzáférést nyújt egészségügyi adataikhoz.

2003-ban fogadták el a Kórházfejlesztési Tervet, amely 19 állami kórházat foglal magába, meghatározva azok befektetési szükségleteit az épületek felújítására és a szolgáltatások átszervezésére vonatkozóan.

Az észt egészségügyi rendszert a szakmai szervezetek erőteljes részvétele jellemzi. Észtország nemzetközi elismerésben részesült az egészségügyi reformok gyors végrehajtása, valamint az ennek hatására elért hatékonyság-nyereség miatt, de továbbra is vannak kihívások a hozzáférés, az ellátás minősége, a megbízhatóság, a betegek ellátásba való bevonása, valamint az egészségügyi rendszer hosszú távú fenntarthatósága terén.

Finanszírozás

Egészségügyi kiadások

Észtországban az egészségügyi kiadások aránya meglehetősen alacsony: 2012-ben a GDP 5,94 százaléka volt. (WHO-HFA 2014. április)

Forrásgyűjtés

Az államilag finanszírozott egészségügyi kiadások aránya relatíve magas: 2012-ben 79,9 százalék. Az egészségügy finanszírozása elsősorban szolidaritáson alapuló, kötelező egészségbiztosítási járulékokból történik, ami az összes egészségügyi kiadás mintegy kétharmadát teszi ki. A Szociális Ügyek Minisztériuma felelős a sürgősségi ellátás finanszírozásáért a biztosítással nem rendelkezők számára, valamint a mentők és a népegészségügyi programok finanszírozásáért, általános adókon keresztül. A helyi önkormányzatok hozzájárulásai az összes egészségügyi kiadás alig több mint 1 százalékát teszik ki. A helyi önkormányzatok felelőssége az egészségügyi finanszírozásban nincs definiálva, ezért a finanszírozási gyakorlat is meglehetősen eltérő. A magán egészségügyi kiadások az összes egészségügyi kiadás mintegy 20 százalékát alkotják. A magánkiadások jelentős részét a gyógyszerekre fordított (out-of-pocket) készpénzkiadások és a fogászati ellátás teszi ki. Az egészségügyre fordított magánkiadások aránya részben a válság, részben a generikus helyettesítés bevezetésének hatására csökkent. Az egészségügyre fordított külső források (pl. EU-támogatások) aránya az összes egészségügyi kiadásokon belül alig több mint 1 százalék, elsősorban a tőkebefektetések és a népegészségügy terén játszanak szerepet.

Az egészségbiztosítási rendszer a lakosság 95 százalékát fedi le. A járulékfizetés foglalkoztatáshoz kapcsolódik, de a járulékot nem fizetők (gyermekek és nyugdíjasok) aránya a biztosítottak majdnem felét képezi. Hosszú távon ez veszélyeztetheti az egészségügyi rendszer pénzügyi stabilitását, mivel a bevételi alap jelenleg meglehetősen szűk, és a lakosság elöregedése is súlyosbítja a helyzetet. A gazdasági válság hatására megszorításokat vezettek be, mely magában foglalta a juttatások és egészségügyi szolgáltatások árainak csökkentését, a fekvőbeteg ápolás önrészének emelését, a várakozási idők meghosszabbítását, a gyógyszerek áfájának növelését. Az Észt Egészségbiztosítási Alap a korábban felhalmozott pénzügyi tartalékok felhasználásával tudta kezelni a visszaesést.

Co-paymentet csak bizonyos szolgáltatások esetében kell fizetni. A családorvosi vizit esetében nem kell önrészt fizetni, de a családorvos által nyújtott otthoni vizit díja maximum 5 euró (2013 előtt maximum 3,20 euró volt). Az Észt Egészségbiztosítási Alappal szerződött járóbeteg ellátók maximum 5 eurót számolhatnak fel a vizitért (2013 előtt maximum 3,20 eurót), de nem kell co-paymentet fizetni, ha a beteget ugyanazon intézményen belül utalták be, vagy az adott szakterületen utalták másik szakorvoshoz. A kórházak maximum 2,50 euró napidíjat számolhatnak fel (2013-ig maximum 1,60 eurót) legfeljebb 10 napon keresztül egy betegség-epizód esetében. A receptköteles járóbeteg gyógyszerek esetében receptenként 3,19 eurót kell fizetni. A gyógyszerek árát általában a gyógyszerár (minusz co-payment) 50 százalékáig térítik. A krónikus betegségek kezelésére szolgáló gyógyszereket azonban 75 százalékban támogatják, és az önrész mértéke is alacsonyabb (1,27 euró). A 75 százalékos támogatottsági kategóriába eső gyógyszerek közül 90 százalékos a támogatást kapnak a 4-16 év közöttiek, a rokkantsági vagy öregségi nyugdíjban részesők, valamint a 63 éven felüliek. (Asisp, 2013)

Forrásallokáció

Az egészségügyi szolgáltatások legfőbb vásárlója a biztosítottak esetében az Észt Egészségbiztosítási Alap. Az alapellátásban kor szerint kiigazított fejkvóta finanszírozást, egyes területeken szolgáltatás alapú díjazást, valamint alaptámogatást alkalmaznak, amit 2006 óta minőségbónusz rendszer egészít ki. Ez utóbbi a prevenciót, valamint az egyes krónikus megbetegedések menedzsmentjét célozza. A járóbeteg ellátásban (laboratóriumi tesztek, radiológia stb.) szolgáltatás alapú díjazást alkalmaznak. A kórházak finanszírozására 2004 óta DRG-csoportokat alkalmaznak, a szolgáltatás alapú díjazás, valamint az ágynapok szerinti finanszírozás kiegészítésére. A DRG-rendszer ma már benchmarking és elemzési célokat is szolgál. A nem szerződött szolgáltatók esetében az ellátásokat a betegek finanszírozzák.

Az Észt Egészségbiztosítási Alap szelektíven szerződik a szolgáltatókkal. Az Alap a Kórházfejlesztési Tervben szereplő 19 kórházzal 5 évre köt szerződést, más szakellátókkal, ápolási szolgáltatókkal és fogászati ellátókkal meghatározott kritériumok alapján, minimum 3 évre. 2013-ban összesen 167 szakellátóval (a Kórházfejlesztési Tervben szereplő 19 kórházat beleértve), 338 fogászati és 60 ápolási szolgáltatóval kötött szerződést. (www.hspm.org)

A beruházásokat elsősorban az EU Strukturális Alapjaiból finanszírozzák.

Egészségügyi szolgáltatások

Népegészségügy

Észtországban a népegészségügy fokozatosan elmozdult a központosított, elsősorban az ellenőrzésre fókuszáló közegészségügyi-járványügyi rendszer felől egy decentralizáltabb, több érdekeltet bevonó rendszer felé, amely a hangsúlyt a betegségmegelőzésre, egészségfejlesztésre és az egészséget meghatározó tényezőkre helyezi. A reform az 1995-ös Népegészségügyi Törvénnyel vette kezdetét, amely meghatározta a népegészségügyi feladatokat és felelősségeket. A Törvényt azóta már többször módosították, jelenleg is továbbfejlesztés alatt áll a feladatkörök tisztázása és a felelősségi körök fragmentációjának megszüntetése céljából.

A népegészségügy irányításáért a Szociális Ügyek Minisztériuma felelős, de a népegészségügyi feladatok ellátásában több intézmény, illetve ágazat is részt vesz, így az Egészségügyi Tanács, az Országos Egészségfejlesztési Intézet, az Észtt Egészségbiztosítási Alap, a Munkaügyi Felügyelőség, a Környezetvédelmi Minisztérium és a Környezetvédelmi Felügyelőség, valamint a Mezőgazdasági Minisztérium alá tartozó Állategészségügyi és Élelmiszerügyi Tanács. Megyei szinten a népegészségügyi tevékenységeket egy egészségfejlesztési szakember koordinálja, aki a megye és a helyi önkormányzatok közötti kapcsolattartást biztosítja. A helyi önkormányzatoknak kell gondoskodniuk saját területükön az egészségvédelmi törvények végrehajtásáról és érvényesüléséről, valamint koordinálják az egészségfejlesztési és betegségmegelőzési feladatokat. Népegészségügyi területen a legfőbb tervezési és irányítási dokumentum a 2008-ban elfogadott Népegészségügyi Terv, mely 2020-ra célul tűzte ki, hogy a férfiak esetében a várható élettartam érje el 75 évet, a nők esetében pedig 84 évet. Az egészségben eltöltött évek életévekre vonatkozóan is célkitűzést határozott meg: a férfiak esetében 60, a nők esetében 65 évet. E célkitűzéseket öt különböző területen – társadalmi kohézió, gyermekek és fiatalok egészsége, környezet, egészséges életmód és egészségügy – végrehajtott intézkedésekkel kívánják megvalósítani. (Estonia National Health Plan 2009-2020)

2014 év elején az észtt kormány három multiszektorális politikát fogadott el a főbb népegészségügyi kihívások leküzdésére. A Belügyminisztérium a Kormány Kábítószer-prevenációs Bizottságával együttműködésben készítette el a drogfogyasztás csökkentésére irányuló Fehér Könyvet, mely stratégiai célokat tűz ki, és iránymutatást biztosít a releváns tevékenységek tervezéséhez. A Dohányzásra, valamint az Alkoholfogyasztás ellenőrzésére vonatkozó Zöld Könyvet a Szociális Ügyek Minisztériumának multiszektorális munkacsoportjai fejlesztették ki. Ezek politikai iránymutatást biztosítanak az említett területeken, melyek alapján konkrét törvényi módosításokat fognak kidolgozni. Egyes intézkedésekre már sor került: az észtt parlament módosította a szeszes italok és dohánytermékek jövedéki adójáról szóló törvényt. A változtatások értelmében az alkohol jövedéki adója 2015-ben 15 százalékkal fog növekedni (a korábban tervezett 5 százalék helyett), amelyet 2018-ig évi 10 százalékos növekedés fog követni. A dohánytermékek jövedéki adója 2016-2018 között évi 5 százalékkal fog növekedni, és úgy alakítják ki, hogy az olcsóbb dohánytermékek esetén nagyobb növekedést eredményezzen. (www.hspm.org)

Alapellátás

A kilencvenes évek elején végrehajtott reformok családorvos-központú alapellátást alakítottak ki, és elismerték a családorvoslást önálló orvosi szakterületként. 2001-ben az Egészségügyi Szolgáltatások Törvény az alapellátást az egészségügyi rendszerrel való elsődleges kapcsolatfelvétellel ismerte el,

melyet független családorvosok nyújtanak. Minden családorvos saját ellátási körzettel rendelkezik (az adott helyi önkormányzat területén belül), amelyet az Egészségügyi Tanács (2013 előtt a megyei kormányzó) határoz meg, és praxislistát működtet. Törvény, valamint a Szociális Ügyek Minisztériuma által hozott rendeletek határozzák meg a családorvosok és az alapellátásban dolgozó (körzeti) nővérek felelősségi körét. A családorvosok magánpraxist működtetnek, és szerződést köthetnek az Észt Egészségbiztosítási Alappal. Magánvállalkozókként vagy cégekként tevékenykedhetnek, de a cégek csak olyan más cégekkel olvadhatnak össze, amelyek alapellátást nyújtanak (szakellátást nyújtó cégekkel nem). 2008 óta a helyi önkormányzat partner vagy résztulajdonos lehet az alapellátást nyújtó társaságban.

A legtöbb, praxislistával rendelkező családorvos szerződésben áll az Észt Egészségbiztosítási Alappal. 2011-ben 802 praxislista működött Észtországban. Az utóbbi időben megfigyelhető a csoportpraxisok számának növekedése, ami összhangban van más fejlett országok gyakorlatával, ahol a családorvoslás szerepe túlmutat a kapuőri funkción, és a betegellátás menedzsmentjét és koordinációját is magában foglalja. 2011-ben az egyéni praxisok aránya 44 százalék volt.

A földrajzi megoszlást tekintve, a családorvosok 77 százaléka városi, 23 százaléka vidéki területeken tevékenykedik.

A praxislistán minimum 1200, maximum 2000 fő szerepelhet (átlagosan 1750 fő). Ugyanakkor 2011-ben a praxislisták mintegy 24 százalékán 2000 főnél többen szerepeltek (ez az arány évek óta változatlan). Amennyiben a listán szereplők száma eléri a 2000 főt, egy helyettes orvost kell biztosítani annak érdekében, hogy mindenki számára biztosítsák az alapellátáshoz való megfelelő hozzáférést. Helyettes orvosként bármilyen orvos felkérhető, nem szükséges családorvosi szakvizsgával rendelkeznie. A betegeknek bármikor joguk van arra, hogy családorvost váltsanak, ehhez írásos kérelmet kell benyújtani az új családorvoshoz. Akkor is írásos kérelmet kell benyújtani, ha a beteg le akar jelentkezni a listáról. Egyes esetekben a családorvos visszautasíthatja a beteg felvételét a listára: ha a listán szereplők száma túllépi a 2000 főt, vagy ha a beteg lakóhelye nem a családorvos ellátási területén van. Ez alól kivételt jelent, ha a kérelmező beteg valamely családtagja már szerepel az adott családorvos listáján, mert akkor regisztrálni kell (pl. amikor valaki az újszülött gyermekét regisztráltatja).

Minden családorvosnak legalább egy körzeti nővért kell foglalkoztatnia – amit nehezít, hogy hiány van szakképzett nővérekből. Ennek ösztönzése érdekében az Észt Egészségbiztosítási Alap a nővér nélkül dolgozó családorvosok (2011-ben 802 családorvosból 5) számára a fejkvóta alapú finanszírozásnak csak a 80 százalékát bocsátja rendelkezésre. 2013 óta az Észt Egészségbiztosítási Alap finanszírozza a második körzeti nővér foglalkoztatását abban az esetben, ha elkülönült helyiséget biztosítanak számára.

Az Észt Egészségbiztosítási Alap és a Családorvosok Észt Szövetsége állapodnak meg az a szerződésekre vonatkozó feltételekben. A naptári év megkezdése előtt az Észt Egészségbiztosítási Alap szerződést köt a családorvosokkal. A szerződés pénzügyi részét évente négyszer felülvizsgálják a regisztrált betegek számában történt esetleges változások miatt. A családorvosokat kor szerint súlyozott fejkvóta (regisztrált biztosítottak alapján havi kifizetés), havi alaptámogatás, egyes ellátások esetében szolgáltatásonkénti díjazás, a legközelebbi kórháztól való távolság alapján kiegészítő támogatások, valamint teljesítmény alapú díjazás szerint finanszírozzák.

A családorvosok kapuőri funkcióval rendelkeznek, a legtöbb szakorvosi kezeléshez beutaló szükséges. Egyes esetekben viszont a krónikus betegek közvetlen hozzáféréssel rendelkeznek a szakorvosi ellátáshoz. Elmozdulás figyelhető meg a szekunder ellátás felől az alapellátás irányába, amelyben szerepet játszik a családorvosok számára 2006-ban bevezetett minőség bónusz rendszer is. Azon

családorvosok, akik részt vesznek a minőségbónusz rendszerben, több preventív szolgáltatást nyújtanak, és a krónikus betegségek rendszeres monitorozását is ellátják. Ennek eredményeképpen több krónikus beteget kezelnek az alapellátásban, nő a konzultációk száma, miközben a beutalások és kórházi felvételek száma csökkenést mutat. 2011-ben a családorvosi konzultációk az összes járóbeteg vizit mintegy felét tették ki.

A körzeti nővér egyre fontosabb szerepet kap az alapellátáson belül. A felelősség egyes esetekben a családorvosról a körzeti nőverre helyeződik át, így pl. a krónikus betegek kezelése, terhes nők és egészséges újszülöttek gondozása esetében. 2007-ben bevezettek a minőségbónusz rendszerbe olyan indikátorokat is, amelyek a körzeti nővér diabétesszel és magas vérnyomással kapcsolatos tanácsadását értékelik. A körzeti nőverek a betegség korai stádiumában tanácsot nyújthatnak a betegnek, amivel a betegség további kimenetelét pozitívan befolyásolhatják.

A Szociális Ügyek Minisztériuma, az Egészségügyi Tanács és az Észtt Egészségbiztosítási Alap monitorozza az alapellátás minőségét és elérhetőségét. A családorvosoknak hetente legalább 20 órát kell rendelniük. A körzeti nővernek 2013 óta szintén 20 órán keresztül kell fogadnia a betegeket. Az akut állapotú beteg számára a kapcsolatfelvétel napján kell időpontot biztosítani, nem akut esetben 5 napon belül. 2011-ben az akut betegek 99,5 százaléka számára biztosítottak a családorvosok ugyanazon a napon időpontot, a családorvosok saját beszámolója alapján. A krónikus betegek esetében átlagosan a páciensek 99 százaléka számára sikerült időpontot biztosítani 5 munkanapon belül.

2005 óta a Családorvosi Forró Vonal 24 órás hozzáférést biztosít az alapellátáshoz, az év 365 napján, heti 7 napon keresztül. Orvosi tanácsadást nyújt, amikor a családorvosi rendelők zárva vannak, és csökkenti a sürgősségi ellátás és a mentők terhet. A szolgáltatás mindenki számára elérhető, lakóhelytől, ill. biztosított státusztól függetlenül.

Az alapellátás fő kihívását az infrastruktúra alulfejlettsége, valamint a humán erőforrás hiány jelenti, mind a családorvosok, mind a nőverek esetében, és különösen a vidéki területeken van súlyos szakemberhiány.

Járó- és fekvőbeteg szakellátás

A kilencvenes évek előtt poliklinikák kiterjedt hálózata jellemezte az észtt egészségügyi rendszert, amely elsősorban a gyógyító ellátásokra fókuszált, és többnyire szekunder ellátási struktúrában szerveződött. A kilencvenes évek elején a szakellátás terén jelentős reformok történtek. 1992-ben az egészségbiztosítási rendszer bevezetésével és az autonóm szolgáltatók létrehozásával az egészségügyi szakemberek közalkalmazotti státuszát munkajogi szabályozások szerinti foglalkoztatás váltotta fel.

A kórházhálózat reformjának fő ösztönzői az aktív ágyak többletkapacitása, az alacsony ágyfoglaltsági arány, a járóbeteg ellátások alacsony aránya (beleértve az egynapos ellátást), és az aktív fekvőbeteg ellátásban aránytalanul hosszú tartózkodási idő voltak. A kórház- engedélyezési rendszer bevezetése a kilencvenes évek közepén, a 1999 óta történt kórház összeolvadások és a Kórházfejlesztési Terv elfogadása az aktív ágyak számának csökkentéséhez vezetett.

2001 óta a kórházak tulajdonosi és jogi státusza, irányítása világosan definiált. A kórházszektorban többnyire állami kórházak tevékenykednek, melyek tulajdonosa az állam, a helyi önkormányzatok vagy közjogi szervek. Sok esetben a kórházaknak több tulajdonosa is van, pl. az állam és az önkormányzatok közös tulajdonosai egy kórháznak. Minden kórház kötelezően magánjogi formában működik, részvénytársaságként vagy alapítványként.

Az észt kórházak regionális, központi, általános, helyi, speciális, rehabilitációs és ápolási kategóriákba sorolhatók az ellátott területtől, a nyújtott szolgáltatásoktól és a kórház elhelyezkedésétől függően. A kórházak földrajzi elhelyezkedését úgy alakították ki, hogy mindenki számára elérhetővé tegyék a kezelést 70 km-en belül vagy autóval 60 percen belül. Minden kórház típusra vonatkozóan követelményeket határoztak meg, így pl. a nyújtandó szolgáltatások listáját, a kórtermekre, orvosi felszerelésekre és az orvosi személyzetre vonatkozó standardokat.

A regionális kórházak számos egészségügyi ellátást biztosítanak. A központi kórházak nyújtják a legtöbb szolgáltatást, kivéve a szívsebészetet, idegsebészetet és bizonyos onkológiai szolgáltatásokat. Az általános kórházak heti 7 napon át, 0-24 órás sürgősségi ellátást, valamint intenzív ellátást és néhány sebészeti és szakellátást biztosítanak. A helyi kórházak 24 órás orvos-alapú sürgősségi ellátást nyújtanak, de műtéteket nem végeznek.

Járóbeteg szakellátást az egészségügyi központok, a kórházak járóbeteg részlegei és önállóan praktizáló szakorvosok biztosítanak. A járóbeteg szakellátók részvénytársaságként vagy magán vállalkozóként működnek. Az állami és magán szolgáltatók egyaránt szerződhetnek az Észt Egészségbiztosítási Alappal, amelynek lehetősége van szelektíven szerződni a szolgáltatókkal, de a Kórházfejlesztési Tervben résztvevő kórházakkal kötelező a szerződéskötés. A szerződések a kiválasztott szolgáltatókkal 3 évre szólnak, a Kórházfejlesztési Tervben résztvevő kórházakkal 5 évre. A szerződések pénzügyi függelékét évente megtárgyalják. A kórházak járóbeteg részlegein, valamint a fekvőbeteg intézményekben dolgozó egészségügyi szakemberek alkalmazottak. 2011-ben 167 járóbeteg, ill. fekvőbeteg szolgáltató (beleértve az egynapos ellátást is) szerződött az Észt Egészségbiztosítási Alappal. A nem szerződött szolgáltatók esetében a betegnek kell fizetnie az igénybevett szolgáltatás teljes költségét out-of-pocket módon.

A betegeknek a legtöbb szakorvosi ellátás, valamint a nem sürgősségi fekvőbeteg ellátás igénybevételéhez beutalót kell kérniük a családorvosuktól. 2012 előtt a beteg, ha egyszer már beutalót kapott a családorvosától, akárhányszor felkereshette a szakorvost. 2012 óta csak a speciális monitorozást igénylő, súlyos betegek látogathatják folyamatosan, újabb beutaló nélkül a szakorvost.

A beutalóköteles szakrendelésekre beutaló nélkül érkező betegek a kezelés teljes költségét kell fizetnie. Nem szükséges beutaló a szemészetre, a bőr- és nemi beteg gondozói, a nőgyógyászati, pszichiátriai, fogorvosi és pulmonológiai szakrendelésekre (tuberkulózis esetén), valamint trauma esetén bármely szakorvosi ellátáshoz.

2011 év végén 58 kórház működött Észtországban 7165 ágygal. Ebből 19 magán kórház 761 kórházi ágygal. 2011-ben a kórházi ágyak száma 100 ezer főre 530,9 (EU-átlag: 542), az aktív ágyak száma 100 ezer főre 349,5 (EU-átlag 384,5). (Statistical Yearbook of Estonia, 2013, WHO-HFA 2014. április)

Rehabilitáció és hosszú távú ellátás

A rehabilitáció Észtországban a szakellátás részét képezi. A rehabilitációt az Egészségügyi Tanács által engedélyezett egészségügyi szolgáltatók nyújtják. A rehabilitációs osztályok járóbeteg és fekvőbeteg rehabilitációs ellátást biztosítanak a kórházakban vagy egészségügyi központokban. Az Észt Egészségbiztosítási Alap olyan rehabilitációs szolgáltatásokat finanszíroz, amelyeket egy terápiás és rehabilitációs orvos ír föl, és a kezeléseket fizioterapeuta vagy más szakember nyújtja, a beteg állapotának megfelelően. A Társadalombiztosítási Tanács által finanszírozott rehabilitációs szolgáltatások a rokkantsággal élők számára biztosított szociális szolgáltatásokat foglalják magukba.

Ezeket a szolgáltatásokat csak az a személy veheti igénybe, akinek a rokkantsági állapotát a Tanács súlyosnak ítélte meg. A Tanács szerződést köt a rehabilitációs ellátást nyújtó szolgáltatókkal. Emellett különböző gyógyhelyek is biztosítanak rehabilitációt Észtországban, ugyanakkor az általuk nyújtott szolgáltatásokat készpénzkiadásokkal (out-of-pocket) finanszírozzák, ezeket az Észt Egészségbiztosítási Alap, valamint a Társadalombiztosítási Tanács általában nem támogatja. A rehabilitációs szolgáltatásokhoz való hozzáférést a megfelelő képzettséggel rendelkező fizioterapeuták és foglalkozás-terapeuták hiánya nehezíti. A nagyobb városokban élő betegek majdnem kétharmadával több rehabilitációs ellátást vesznek igénybe, mint a vidéki területek élők. Ugyanakkor a rehabilitációt igénylő betegeknek csak mintegy ötöde részesül ellátásban, és a részesülőknek is csak a fele kapja meg az ellátást az orvosilag elfogadható határidőn belül.

Az Ápolási Ellátási Hálózat Fejlesztési Terv 2004-2015 célja, hogy biztosítsa az ápolási ellátás célkitűzéseinek az Észt Kórházfejlesztési Terv 2015-ben szereplő kórházi célkitűzésekhez történő igazítását. A Kórházfejlesztési Terv főbb ajánlásai között szerepel, hogy a kis kórházakat alakítsák át ápolási otthonokká, és fejlesszék azokat a nem intézményi jellegű ápolási szolgáltatásokat, amelyek otthonápolást és nappali gondozást nyújtanak. Habár az otthonápolási és nappali gondozási szolgáltatások volumene évről évre nő, még mindig nem tudja kielégíteni a keresletet. Az ápolási ellátást általában az Egészségügyi Tanács által engedélyezett egészségügyi szolgáltatók nyújtják. Az ápolási ellátás minősége nem felel meg az igényeknek és elvárásoknak, a helyiségek nem megfelelő állapota és a képzett ápolási szakemberek hiánya miatt. Számos ápolási kórház ágyhiánnyal küzd. Az utóbbi időben valamelyest javult a helyzet, EU-s támogatásokkal fejlesztették az ápolási intézményeket. Az egészségügyi és szociális ellátást Észtországban egymástól elkülönítve szervezik meg és finanszírozzák, ami akadályozza az egyéni igényeken alapuló ellátást. Az egészségügyi ellátást az észt Egészségbiztosítási Alap finanszírozza, a szociális jóléti rendszert pedig állami költségvetés, valamint az önkormányzatok finanszírozzák. A forráshiány ugyanakkor korlátozza az ápolási szolgáltatások elérhetőségét és minőségét. A szociális otthonokban élők közül is sokan igényelnek ápolási ellátást, de az ellátás mennyiségét az önkormányzati költségvetés, valamint a készpénzkiadások nagysága korlátozza.

Az Észt Egészségbiztosítási Alap az ápolási ellátás jelentős részét finanszírozza, beleértve (2003 óta) az otthonápolást, a geriátriai értékelést, a daganatos betegek otthoni ellátását és a fekvőbeteg ápolási ellátást. A geriátriai értékelés célja a beteg szükségleteinek, igényeinek felmérése, és a megfelelő ellátások biztosítása. A fekvőbeteg ápolási ellátás 24 órás hosszú távú ápolást jelent, amelyet elsősorban ápolók nyújtanak, célcsoportját általában a krónikus betegségben szenvedő betegek jelentik.

2010 óta a fekvőbeteg ápolási ellátás költségeinek 15 százalékát a beteg fizeti.

2012-2013-ban létrehoztak egy több szakmára kiterjedő munkacsoportot az egészségügyi és a szociális jóléti ellátás integrációjára vonatkozó stratégiák kidolgozására. Folyamatban van a sikeres implementációhoz szükséges törvényi változtatások előkészítése. Változtatásokra van szükség a szolgáltatások finanszírozási terheinek megoszlásában (az Észt Egészségbiztosítási Alap, önkormányzatok és egyének között), valamint az ápolási és szociális szolgáltatások minimumkövetelményeinek és minőségi előírásainak megfogalmazásában is.

Gyógyszerek

A lakosság számára csak magántulajdonban lévő gyógyszertárak értékesíthetnek gyógyszereket. A kórházi gyógyszertárak csak kórházi használatra biztosíthatnak gyógyszereket. Az utóbbi időben a gyógyszertárak száma növekedett annak ellenére, hogy 2005 óta az új gyógyszertár alapítása az adott település lakosságától függ. 2010-ben 2800 főre jutott egy gyógyszertár.

2010-ben az engedélyezett gyógyszer-nagykereskedők száma 44 volt, de a három legfőbb nagykereskedő a gyógyszerpiac közel 90 százalékát lefedi. A gyógyszer-nagykereskedőket az Észt Gyógyszer-nagykereskedők Szövetsége tömöríti, amelynek célja a politikai döntéshozók befolyásolása elsősorban a törvénykezés, engedélyezés és gyógyszer-értékesítés terén. A gyógyszertár láncok foglalják magukba a gyógyszertárak 80 százalékát. Ezeket a láncokat a legfőbb nagykereskedők szigorúan ellenőrzik, mivel nincsenek hatékony korlátozások az egy jogi entitás tulajdonában lévő gyógyszertárak számára vonatkozóan. 2013 áprilisa óta a gyógyszertárak az Interneten keresztül is értékesíthetnek gyógyszereket. A nem vényköteles termékek gyógyszertáron kívüli árusításáról tárgyalások folynak.

A kilencvenes évek közepe óta a gyógyszerfogyasztást az Állami Gyógyszerügynökség monitorozza. Minden gyógyszer-nagykereskedő negyedéves értékesítési jelentést tesz az Állami Gyógyszerügynökségnek, amely ezeket a statisztikákat a weboldalán publikálja. Az értékesítési adatokat volumenben (meghatározott napi dózis 1000 lakosra évente), egységekben (doboz) és költségben mérik, ami részletes adatokat biztosít az országos gyógyszerfogyasztási mintákra és trendekre. 2010-ben a gyógyszer-értékesítés nagykereskedelmi áron 194 millió eurót tett ki, ami 2005-höz képest 50 százalékos, 2000-hez képest pedig 169 százalékos növekedést jelent.

A gyógyszerköltségek növekedésének több oka is van. Egyrészt a régebbi gyógyszereket hatékonyabb, ugyanakkor drágább gyógyszerek váltották fel, másrészt olyan betegségek kezelésére is kifejlesztettek gyógyszereket, amelyekre korábban nem volt elérhető orvosi kezelés. Harmadrészt a gyógyszerek volumene növekedett. Így például a kardiovaszkuláris betegségek modern gyógyszeres terápiájának elérhetősége 2001-2010 között elérte az északi országok szintjét. A HIV kezelésére szolgáló, antiretrovirális gyógyszerek fogyasztása 2005 óta 10-szeresére növekedett, aminek oka, hogy az EU-n belül Észtországban az egyik legmagasabb a HIV új eseteinek száma.

A gyógyszereszektorban történt legjelentősebb változás a közelmúltban az e-recept 2010-es bevezetése volt, amely magában foglalja a digitális gyógyszerfelírást, valamint a gyógyszertárak elektronikus megrendelési és kiszállítási rendszerét.

Miközben 1992-ig a legfőbb problémát a hatékony gyógyszerek hiánya jelentette, a kilencvenes évek végétől a gyógyszerköltségek növekedése jelenti a fő nehézséget. A gyógyszerköltségek minden más tételnél gyorsabban növekedtek az egészségbiztosítás költségvetésén belül, és túllépték a fogyasztói árindexet is az egészségügyi szektorban. A 2002-es Egészségbiztosítási Törvénnyel bevezetett költségcsökkentő intézkedések ellenére a gyógyszerköltségek 2003-at követően is növekedtek. 2003-ban bevezették a referenciaárarázást. Habár ideiglenes költségmegerősítést sikerült elérni az egészségbiztosítási kasszában, a betegek által fizetett önrész mértéke növekedett, ami jelentős hátrányt okozott a krónikus betegséggel küzdő, alacsony jövedelmű lakossági csoportok számára.

Az észt betegek jelenleg a vényköteles gyógyszerek összes költségének 40 százalékát fizetik, amely az EU-ban a második legmagasabb. A betegek gyógyszerekre fordított készpénzkiadásai az utóbbi időben csökkentek: 2011 végén a biztosítottak 10 százalékkal kevesebbet fizettek a készpénzkiadásokat

tekintve, valószínűleg azért, mert a betegek a generikus felírás bevezetése következtében az olcsóbb terméket választják.

Az Észti Állami Számvevőszék 2012-es jelentése szerint az állam nem megfelelően alakítja ki a gyógyszer-támogatási rendszert. A következő főbb problémákat azonosították: számos gyógyszert márkanéven írnak fel, a gyógyszerek drágábbak, mint sok más országban, és a betegek önrésze a gyógyszerek esetében Európában az egyik legmagasabb. Ennek okai a gyógyszerpiacon tapasztalható elégtelen verseny, az orvosok vonakodása, hogy az aktív hatóanyag alapján írják fel a receptet, valamint az orvosok és gyógyszerészek tevékenységének nem hatékony felügyelete. Habár az Észti Egészségbiztosítási Alap és az Állami Gyógyszerügynökség mind az orvosokat, mind a gyógyszertárakat felügyelik, a gyógyszerfelírásban nem tapasztalható jelentős fejlődés, és nem a referenciaáras gyógyszereket árusítják a gyógyszertárakban. Az Egészségügyi Tanács ténylegesen nem ellenőrzi a receptfelírási gyakorlatot annak ellenére, hogy ez is a kötelességei közé tartozik. A gyógyszerek drágák, a választék azonban kisebb, mint más hasonló piacokon. A gyógyszerek felvétele a támogatott gyógyszerek közé a megengedettnél tovább tartó folyamat. A felírt gyógyszereknek csak 45 százalékát írták fel az aktív hatóanyag alapján az audit évben (az auditot követő évben viszont nőtt az aktív hatóanyag alapján való felírás). A széles körben alkalmazott aktív hatóanyaggal rendelkező, 75-100 százalékos támogatási körbe tartozó gyógyszerek mintegy egyharmada a referenciaárnál magasabb árnál vásárolható meg. Számos gyógyszert oly módon írtak föl, hogy a betegek nem tudtak olcsóbb gyógyszert vásárolni, és az olcsóbb gyógyszerek gyakran a gyógyszertárakban nem is voltak elérhetők. A támogatási rendszer átalakításának költségsökkentést, valamint a készpénzkiadások csökkenését kellene eredményeznie. Egyszerűsíteni kellene a támogatási rendszert, biztosítani az árkontrollt minden támogatott gyógyszerre, elősegíteni egyes csoportok (krónikus betegek, alacsony jövedelműek) védelmét a magas pénzügyi kockázattal és a hozzáférési nehézségekkel szemben.

Egészségügyi dolgozók

A kilencvenes évek elején túlkínálat volt orvosokból, bár ez nem minden szakterület esetében volt jellemző. Az ápolók elégtelen számára akkor még nem figyeltek föl, és az utóbb években az ápolóhiány súlyosbodott. 1991 és 2000 között az orvosok száma 108 százalékkal csökkent, az ápolók száma pedig 12 százalékkal. Azóta az orvosok 100 ezer főre vetített száma lassan növekedett, 2011-ben 326,3 volt, ami nagyjából megfelel az EU-átlagnak (345,8). Az ápolók 100 ezer főre vetített száma azonban stagnál (2011-ben 646,6), sőt 2008 óta inkább kismértékű csökkenés figyelhető meg, és jóval az EU-átlag (835,9) alatt van. A fogorvosok száma 100 ezer főre 2011-ben 88, ami az EU-átlag (67) fölötti. (WHO-HFA 2014. április)

Az ápolók száma csökkenésének egyik oka a külföldi munkavállalás, amelyet elsősorban gazdasági okok motiválnak, és kormányzati politikákkal nehéz leküzdeni. A másik oka a kormány kilencvenes években folytatott politikája volt, ami az orvostudományi, ápolóképzési szakokra való felvételek számának csökkentésére irányult. A kilencvenes években a más ágazatokban (pl. gyógyszereszektor, szépségipar) tapasztalható jobb keresetek miatt a pályaelhagyás is kihívást jelentett az egészségügyi személyzet megtartására.

Észtország 2003-ban kezdte formálisan regisztrálni az egészségügyi szakembereket. 2004 óta az Egészségügyi Tanács gyűjt információt az orvosok, ápolók és más egészségügyi szakemberek számáról, valamint a külföldön munkát vállalni szándékozókról. A regisztrált egészségügyi szakemberek kérésére az Egészségügyi Tanács tanúsítványt ad ki a tanulmányok másik EU-tagállam munkáltatóinak

vagy országos szabályozó szerveinek való megfelelésével kapcsolatban. Az Egészségügyi Tanács adatai szerint a válság hatására 2009-ben növekedett a külföldön munkát vállalni szándékozók száma. Ugyanakkor egy nemrégiben készült tanulmány arra mutatott rá, hogy a 2004-2011 között külföldi munkavállaláshoz tanúsítványt kért orvosok és ápolók mintegy fele továbbra is Észtországban dolgozik. Ez egy szokatlan helyzetet teremtett, ugyanis számos orvos és ápoló dolgozik részmunkaidőben Észtországban, valamint szintén részmunkaidőben az egészségügyi munkaerőhiánnyal küzdő, szomszédos Finnországban. A Finnországban való részmunkaidős munkavállalásnak elsősorban gazdasági okai vannak, mivel a keresetek akár négyszer magasabbak az észtországi kereseteknél. Ugyanakkor a kulturális környezet és a nyelv hasonló. További előny, hogy az orvosok rezidensképzés nélkül is önállóan dolgozhatnak Finnországban, miközben Észtországban nem.

Jelenleg nincsenek megfelelő ösztönzők az egészségügyi dolgozók külföldi munkavállalásának lassítására. Emellett a külföldi egészségügyi dolgozók beáramlása sem jellemző, mivel Észtország a külföldiek munkavállalására szigorú feltételeket szab, például az észt nyelvtudást. Eddig elsősorban Oroszországból, Ukrajnából és a korábbi Szovjetunió más országaiból érkezett néhány egészségügyi dolgozó. Az észt egészségügyi szakemberek csökkenő tendenciája miatt szükséges lenne az elkövetkezendő években a szigorú bevándorlási politika újragondolása.

Minőségügy

Az ellátáshoz való hozzáférést az Szociális Ügyek Minisztériumának rendelete szabályozza, amely a maximális várakozási időről is rendelkezik. A járóbeteg szakorvosi, egynapos és fekvőbeteg ellátásokra való várakozási idő célkitűzéseket először 2001-ben határozták meg. 2002 óta az Észt Egészségbiztosítási Alap Felügyelő Tanácsa határozza meg, és rendszeresen felülvizsgálja e célkitűzéseket. A legutóbbi, 2009-es módosítás megnövelte a várakozási időt egy nagyobb, költségcsökkentő csomag részeként, amelyet a gazdasági válság miatt vezettek be. A maximális várakozási idő jelenleg 6 hét a járóbeteg ellátás, 8 hónap a fekvőbeteg ellátás és az egynapos sebészet esetében. Néhány beavatkozásra hosszabb maximális várakozási idő érvényes, így pl. a szürkehályog műtétekre 1,5 év, a nagy ízületi protézisekre 2,5 év, a fül-orr-gégészeti műtétekre 2 év a 18 év alatti gyermekek esetében, 1 év a cochleáris implantátumokra, 8 hónap a szívsebészeti műtétekre.

A várólisták megfelelő menedzselése növeli a biztosítottak hozzáférést az egészségügyi ellátáshoz. Az Észt Egészségbiztosítási Alap szolgáltató szintű adatokat gyűjt a várakozási időről szakterületenként (bizonyos esetekben eljárásonként) negyedévente (a Kórházfejlesztési Tervben résztvevő kórházak esetében havonta). A várakozási időre vonatkozó adatokat az Észt Egészségbiztosítási Alap regionális irodái monitorozzák, és a szerződés-volumen kiigazítják, ha vannak olyan biztosítottak, akiket nem kezelnek a meghatározott időkereteken belül. 2006, 2007 és 2011 folyamán például extra forrásokat allokáltak a várólisták rövidítésére a problémás földrajzi területeken, ill. szakterületeken. A pótlólagos források várakozási időre gyakorolt hatása azonban időleges volt, és nem javította jelentősen az ellátáshoz való hozzáférést. 2012-ben a szakorvosi kezelésre a betegek 22 százalékának kellett 2 hónapnál tovább várakoznia, miközben 2011-ben 14 százalék, 2010-ben pedig 11 százalék volt ez az arány.

Az Észt Egészségbiztosítási Alap által 2011-ben és 2012-ben készített felmérések szerint egyes területeken sokkal inkább az orvoshiány, mint a pénzügyi erőforrások szűkössége képezi a fő akadályt az ellátáshoz való időbeni hozzáférésnek. Egy 2012. szeptemberi felmérés szerint a járóbeteg szakellátások közül a neurológia, bőr- és nemibeteg gyógyászat, urológia és fül-orr-gégészet terén

jelentkeztek nagyobb problémák a hozzáférésben. Az egyes kórházak között jelentős különbségek tapasztalhatók. Mivel a várólisták adatait rendszeresen fejlesztik, a betegek szabadon átjelentkezhetnek abba a kórházba, ahol rövidebb a várakozási idő.

Az Észt Egészségbiztosítási Törvény alapján az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést minden régióban egyenlő mértékben kell biztosítani. Ez az elv képezi az alapját az Észt Egészségbiztosítási Alap szolgáltatásvásárlási politikájának. Az ellátáshoz való hozzáférést az időbeni és térbeli dimenzió alapján monitorozzák. A várakozási időben mért időbeni hozzáférést az Észt Egészségbiztosítási Alap havonta nyomon követi. Ugyanakkor a térbeli elérhetőségre vonatkozóan (azaz, hogy mely szolgáltatásokat mely földrajzi helyszíneken kell biztosítani) az Észt Egészségbiztosítási Alap nemrégiben dolgozta ki a kritériumokat, melyek a szolgáltatókkal történő szelektív szerződéskötés alapjául szolgálnak. Először a járóbeteg szakellátás földrajzi elérhetőségének kritériumai kerültek meghatározásra. A betegek elhelyezkedése, mobilitása, valamint a szolgáltatások korábbi igénybevételi adatai alapján négy hozzáférési szintet határoztak meg a járóbeteg szakellátásra. Az első szinten vannak azok a szolgáltatások (pl. szervtranszplantáció), amelyeket egy helyen (Tallinban vagy Tartuban) kell biztosítani. A második szinten lévő ellátásokat két helyen (Tallinban és Tartuban) kell nyújtani (pl. onkológia, szívsebészet, idegsebészet, érsebészet). A harmadik szinten olyan ellátások vannak, amelyek elérhetőségét a négy legnagyobb megyében (Tallin, Pärnu, Tartu és Ida-Viru) kell biztosítani (pl. urológia, endokrinológia, gasztro-enterológia, kardiológia, reumatológia, neurológia, ortopédia, pulmonológia). A negyedik szint tartalmazza a szolgáltatások legszélesebb körét, melyeket megyei szinten kell elérhetővé tenni (pl. általános sebészet, fül-orr-gégészeti, szemészet, nőgyógyászat, pszichiátria stb.) Ezeket a földrajzi hozzáférési kritériumokat 2014 első negyedévében már minden járóbeteg szakellátást biztosító szolgáltatóra alkalmazták a szolgáltatásvásárlás folyamatában. Hasonló kritériumokat terveznek kidolgozni az egynapos és a fekvőbeteg ellátásra is.

Az egészségügyi szolgáltatók és szolgáltatások minőségének monitorozásáért az Egészségügyi Tanács és a szakmai szövetségek felelősek. Az Észt Egészségbiztosítási Alap rendszeresen végez auditot és randszerű ellenőrzést az ellátásra és a klinikai gyakorlatra vonatkozóan, a releváns törvényeknek, klinikai irányelveknek való megfelelés és a legjobb gyakorlat kiértékelése céljából. Az audit eredményeit a szolgáltatók, a Minisztérium és más releváns szervezetek képviselői vitatják meg. A biztonság és hatékonyság értékelésére a kórházak munkacsoportok hoztak létre az Észt Egészségbiztosítási Alap támogatásával. Ezek a munkacsoportok mérhető indikátorokat fejlesztenek ki, amelyek lehetővé teszik a belső monitoringot, valamint a más észt vagy nemzetközi kórházakkal való összehasonlítást egyaránt.

A Szociális Ügyek Minisztériuma felelős az észt egészségügyi információs rendszer irányításáért. A minisztériumon belül az Egészségügyi Információs és Elemzési Főosztály feladata az egészségügyi információs rendszer infrastruktúrájának és az egészségügyi indikátoroknak a kialakítása, valamint elemzések készítése.

Egészségügyi adatok gyűjtésével és elemzésével számos intézmény foglalkozik, így pl. az Észt Egészségbiztosítási Alap, az Országos Egészségfejlesztési Intézet, az Egészségügyi Tanács, a Szociális Ügyek Minisztériuma, az Állami Gyógyszerügynökség és az Észt e-Egészségügyi Alapítvány. Az Észt Egészségbiztosítási Alap az egészségügyi szolgáltatásokra vonatkozóan gyűjt adatokat, melynek részét képezik a minőségre és várólistákra vonatkozó adatok is, emellett a gyógyszer-támogatásra és táppénzre vonatkozóan is gyűjt adatokat. Emellett éves lakossági felméréseket készít a Szociális Ügyek Minisztériumával együtt, az egészségügyi szolgáltatások

elérhetőségére, megfizethetőségére és az egészségügyi ellátással kapcsolatos elégedettségre vonatkozóan.

Az Országos Egészségfejlesztési Intézet országos egészségügyi statisztikákat, valamint adatokat gyűjt az egészségügyi munkaerőről, az egészségügyi ellátás igénybevételéről és más egészségügyi erőforrásokról. Felelős az Országos Egészségügyi Számlákra vonatkozó információk gyűjtéséért és elemzéséért. Emellett rendszeres felméréseket végez a lakosság egészségi állapotával és a kockázati tényezőkkel kapcsolatban, az általa készített felméréseket és értékeléseket az egészségpolitika kialakításához is felhasználják. Az Országos Egészségfejlesztési Intézet regionális egészségügyi profilokat készít, és a helyi önkormányzatok számára adatokat, információt biztosít. Emellett a halálozással, abortusszal és születéssel, a daganatos betegségekkel és tuberkulózissal kapcsolatos adatokat kezeli. A daganatos betegségek szűrésére vonatkozó regiszter fejlesztése 2012-ben vette kezdetét.

Az Egészségügyi Tanács feladata egyrészt a közvetlenül az egészségügyi szolgáltatóktól érkező, fertőző betegségekre vonatkozó értesítési adatok gyűjtése és elemzése, másrészt az engedélyezett orvosokra, valamint egészségügyi szolgáltatókra vonatkozó adatbázisok fenntartása.

A regiszterek menedzsmentje az Egészségügyi Tanács és az Országos Egészségfejlesztési Intézet hatáskörébe tartozik.

e-egészségügy

Az e-egészségügyi rendszer napi menedzsmentjéért és fejlesztéséért az Észt e-Egészségügyi Alapítvány felelős, amely a Szociális Ügyek Minisztériuma felügyelete alá tartozó, független intézményként működik. A személyes egészségügyi adatok gyűjtését, kezelését és elemzését a Személyes Adatok Védelmére vonatkozó Törvény szabályozza. Az adatvédelmi szabályok meglehetősen szigorúak, minden egészségügyi információs rendszer számára a legmagasabb szintű adatbiztonságot írják elő. Az Észt Adatvédelmi Felügyelőség felelős az adatvédelmi szabályok végrehajtásáért. A Személyes Adatok Védelmére vonatkozó Törvény lehetővé teszi az egyének számára a személyes adatok feldolgozásának leállítását, a személyes adatok zárolását és törlését.

2014 elején az Észt Számvevőszék jelentést tett közzé az e-egészségügyi programok észtországi helyzetéről. Az észt e-egészségügyi projektek négy téma köré csoportosulnak: e-recept, elektronikus betegrekord, elektronikus regisztráció, digitális képek. Az e-recept az egyetlen megvalósult program, a megvalósításért az Észt Egészségbiztosítási Pénztár volt felelős (a másik három projekt kifejlesztéséért az Észt e-Egészségügyi Alapítvány felelős). Az elektronikus betegrekord (elektronikus betegnyilvántartás - EHR) nem valósult meg a tervezettek szerint, bár már 2008-ban jogszabály rögzítette a használatát. 2012-ben a szakorvosi ellátást nyújtók (beleértve a kórházakat és a fogorvosokat) 92 százaléka nem küldött adatot az EHR rendszerbe, akik pedig küldtek, azok fele mindössze a szükséges adatok negyedét juttatta el. A szükséges adatok hiányában a rendszer nem használható a mindennapos ellátásban. Bár 2013-ban, a számvevőszéki audit ideje alatt javult a helyzet, a Számvevőszék kifogásolta, hogy a minisztérium a nem jelentő szolgáltatókat semmilyen módon nem szankcionálja. Az elektronikus regisztrációs rendszer a gyakorlatban nem működik. Nincs olyan központi előjegyzési rendszer, amelyben a beteg a kórházi orvosokhoz időpontot foglalhatna. A Számvevőszék az egészségügyi szolgáltatók érdekeltségének hiányát fogalmazta meg okként. A digitalizált képek téra egy olyan hely, amelyben a képek (képalkotók által készített felvételek) elérhetősége megtalálható, maguk a felvételek nem láthatók. A tárhelybe nem minden szolgáltató küld

elérhetőséget, amelyben az is közrejátszik, hogy időközben két regionális kórház is saját kép-bank rendszert fejlesztett ki, amelyben az Észtországban készített felvételek 80 százaléka megtalálható. A Számvevőszék javasolja, hogy a programokat a jövőben az állam és a társadalom érdekeihez igazítva fejezzék be, a szolgáltatóktól pedig követeljék meg a rendszerek használatát. A Szociális Ügyek Minisztériuma ígéretet tett arra, hogy részletes tevékenység leírást készítenek a programok teljesítéséhez, és a Számvevőszék javaslata alapján az Egészségbiztosítási Pénztárral közösen megfontolják, hogy az e-egészségügyi rendszerek használatát a szolgáltatók finanszírozásával is összekapcsolják (a használat elősegítése érdekében). Hasonlóképpen célként tekintik a rendszerek felhasználóbarát módjának javítását. (Észt Állami Számvevőszék, 2014, a-b)

A négy projekt mellett további e-egészségügyi projektek is indultak, köztük a rövidesen befejeződő, a mentést korszerűsítő informatikai projekt, vagy az e-konzultáció, amelyen keresztül 2013 tavasza óta a családorvos két szakmában szakorvoshoz tudja utalni betegét. (Észt Állami Számvevőszék, 2014, a-b)

Az észt kormány szektorokon átívelő e-Egészségügyi Munkacsoportot hozott létre, melynek 2015 novemberében kell jelentést tennie. A munkacsoport egy 2014-2015-re vonatkozó kormányzati program részét képezi, melyet az OECD 2011-es jelentése javasolt. A munkacsoport feladata, hogy kidolgozza az észt e-egészségügyi rendszer 2025-ig terjedő fejlesztésének irányait, elkészítse a 2020-ig terjedő fejlesztési tervet, és a 2015-2017-es időszakra vonatkozó megvalósítási tervet. A megvalósítási tervnek az irányításra és finanszírozásra vonatkozó ajánlásokat is tartalmaznia kell.

Egészségügyi reformok

Az 1990-es években végrehajtott reformok elősegítették az egészségügyi rendszer elmozdulását a központilag finanszírozott és menedzselt rendszer felől egy decentralizált, társadalombiztosításon alapuló rendszer felé. Ezt követte 2000-2003 között egy törvényi felülvizsgálat, amely az egészségügy finanszírozására, az ellátásra és a különböző szereplők (betegek, szolgáltatók, vásárlók) közötti szabályozásra helyezte a hangsúlyt. 2004-től az EU-szabályozással kapcsolatos harmonizációt hajtották végre, valamint a felmerülő igényekre kerestek megoldást. A kilencvenes évek decentralizációja azonban nem eredményezte az egészségügyi szolgáltatások nagyobb hatékonyságát és elérhetőségét, és az utóbbi évtizedben ismét elmozdulás figyelhető meg a központosított tervezés és szabályozás irányába.

Az utóbbi időszak legfőbb kihívása a 2008-as gazdasági válságból származó problémák kezelése volt. Célul tűzték ki a lakosság pénzügyi védelmének fenntartását a juttatáscsomag jelentős megnyirbálása nélkül. Az Észt Egészségbiztosítási Alap a gazdasági növekedés éveiben felhalmozott tartalékokat sikeresen használta föl arra, hogy ellensúlyozza a bevételek csökkenését. Az EU Strukturális Alapjaiból származó támogatások szintén elősegítették az állami egészségügyi források és a tőkebefektetések kiegészítését. Ugyanakkor megszorító intézkedésekre is szükség volt ahhoz, hogy elkerüljék hosszú távon az adósság felhalmozását. Csökkentették a juttatásokat. 2009. július óta a betegség első 3 napjára (korábban csak az elsőre) nem jár táppénz, a munkáltatók fizetik a táppénzt a negyedikről a nyolcadik napig, az Észt Egészségbiztosítási Pénztár pedig a kilencedik naptól (korábban a második naptól). A táppénz mértékét is csökkentették a keresetek 80 százalékaról 70 százalékára. Ezek a változtatások mintegy 10 százalékos megtakarítást eredményeztek az egészségbiztosítás számára. 2009 óta a 19-63 év közötti biztosítottak már nem jogosultak az éves szintű, 19,18 euró összegű fogászati ellátásra. Ezt a támogatást már csak a terhes nők, az 1 év alatti gyermekkel rendelkező nők, a hátrányos helyzetűek, a 63 év fölöttiek és a munkaképtelenek vehetik igénybe. Ugyanakkor az

egészségbiztosítási jogosultságot kiterjesztették a hivatalosan regisztrált munkanélküliekre, akik aktív munkaerőpiaci programban vesznek részt (korábban csak a munkanélküliség első 2 hónapjára terjedt ki). Mindazonáltal a lakosság lefedettsége csökkent 2008-ban 96 százalékról 2011-ben 94,5 százalékra.

Csökkentették a szolgáltatások árát, és növelték egyes szolgáltatások önrészét. A fekvőbeteg ápolási ellátásra 15 százalékos co-paymentet vezettek be. A kórházi ellátás napidíját 1,6 euróról 2,5 euróra emelték, és a krónikus betegségek járóbeteg ellátására vonatkozóan 5 eurós vizitdíjat vezettek be 2013-tól. Az alapellátásra vonatkozóan végül nem vezettek be vizitdíjat az Észt Családorvosok Szövetségének erőteljes nyomásgyakorlása következtében.

A nem akut járóbeteg ellátások esetében a várakozási időt 4 hétről 6 hétre növelték. Emelték a gyógyszerekre és gyógyászati segédeszközökre kivetett áfát (5 százalékról 9 százalékra), ösztönözték a gyógyszerek racionális felhasználását. Az ellátórendszer terén az alapellátás és járóbeteg szakellátás megerősítésére fókuszáltak a kórházi ellátás tehermentesítése céljából. A rendelkezésre álló források csökkenése miatt a keresetek is csökkentek az egészségügyi szektorban.

A 2000-es évek óta a legfőbb egészségpolitikai kezdeményezés a Népegészségügyi Program elfogadása volt 2008-ban. A program végrehajtását azonban a gazdasági válság némiképp hátráltatta, mivel 2009-ben a HIV/AIDS, az illegális drogfogyasztás, a kardiovaszkuláris betegségek és a daganatos betegségek megelőzésére fordított támogatást egyaránt csökkentették.

2012 októberében az orvosok és ápolók országos sztrájkba kezdtek, amely oka a keresetekkel való elégedetlenség, a kollektív béregyezmény hiánya és a túlzott munkateher voltak. A sztrájkolók azzal is érveltek, hogy a kormánynak évek óta nem sikerült végrehajtania a legfőbb strukturális reformokat, mint pl. az ellátás szerkezetének átalakítása és az egészségügyi rendszer fenntarthatóvá tétele. A sztrájk egy 2012. decemberi megállapodással ért véget, melynek sikerült beazonosítania az egészségügyi rendszer fenntarthatóságának problématerületeit, és ütemtervet alakítottak ki az intézkedések végrehajtására. 2013-ra a válságot sikerült átvészelnii, és az Észt Egészségbiztosítási Alapnak némi tartaléka is maradt a későbbi visszaesések ellensúlyozására.

A hatékonyság és teljesítmény fejlesztése

A hatékonyság és a teljesítmény fejlesztése az észt egészségügyi rendszer hosszú távú célja. 2008 óta számos kezdeményezést indítottak ennek érdekében, például az e-egészségügyi rendszer fejlesztése és az e-recept bevezetése, a mentők átalakítása, a generikus helyettesítés ösztönzése, az alapellátás megerősítése és a távoli területeken lévő orvosok támogatása, az aktív ellátás és az ápolás intézmények modernizációja (elsősorban az EU Strukturális Alapjainak támogatásával). 2010-ben az Egészségügyi Tanácsba beolvasztották az Egészségügyi Felügyelőséget és a Kemikáliák Értesítési Központját, amely az intézményi hatékonyságot, és az együttműködés elősegítését célozta. Az Egészségügyi Tanács felügyeleti és menedzsment feladatokat is ellát. Tevékenysége kiterjed az egészségügyi szolgáltatások, a járványügy, a környezet-egészségügy, a kémiai biztonság és az orvosi műszerek biztonsága területekre. Emellett napirenden szerepel a kezelési irányelvek elfogadása, a bizonyíték alapú orvoslás bevezetése, az egészségügyi technológiaértékelés, valamint az ellátás minőségének fejlesztése.

Az alapellátás megerősítése

Az alapellátás fejlesztése hosszú távú prioritás, különös tekintettel a krónikus betegségek menedzsmentjére, az ellátás folytonosságára és az ellátáshoz való hozzáférésre. Ez a célkitűzés a 2009-ben elfogadott Alapellátás Fejlesztési Tervben is tükröződik. Ezt követően az alapellátás menedzsment funkcióit a megyei kormányzóktól az Egészségügyi Tanácshoz központosították, az

Egészségügyi Ellátásszervezésre vonatkozó Törvény 2013-ban hatályba lépett módosításával. Az alapellátás teljesítményének javítását a szükséglet alapú tervezés bevezetésével, az erőforrás-felhasználás optimalizálásával kívánják elérni, a vidéki területeken pedig ösztönzőket vezetnek be az alapellátáshoz való hozzáférés javítása céljából. Emellett központi helyettesítési rendszert dolgoznak ki a családorvosok és ápolók (körzeti nővérek) számára a szabadságok vagy felmondások miatti munkaerőhiány leküzdése érdekében. Az Egészségbiztosítási Törvény 2012-es módosítása az alapellátás kapuőri funkciójának megerősítését célozza, a közvetlenül hozzáférhető szakellátások számának csökkentésével. Ezen intézkedés további célja, hogy fejleszti a családorvosok krónikus betegségek menedzsmentjében betöltött szerepét, és csökkenti a várakozási időt a járóbeteg szakellátásban. 2012-ben a korkiigazított fejkvótát vezettek be annak érdekében, hogy ösztönözzék a családorvosokat a krónikus betegséggel küzdők kezelésére.

2013-ban bevezették az elektronikus konzultációt és beutalást a családorvosok esetében. Ez lehetővé teszi a családorvosok számára, hogy az e-egészségügyi rendszeren keresztül konzultáljanak a szakorvosokkal, és fejlesszék ellátásukat. 2013-ban két szakterületet (urológia és endokrinológia) integráltak a rendszerbe, és 2014-ben tovább bővítik a rendszert. A cél a családorvosok szerepének növelése az ellátás menedzsment terén, valamint a szakorvosi vizitek számának csökkentése.

Az elmúlt években a körzeti nővérek feladatkörét kibővítették. 2010 óta a körzeti nővérek konzultációt tarthatnak és tanácsadást nyújthatnak egyes csoportoknak, pl. a krónikus betegeknek, terhes nőknek és egészséges újszülöttekkel rendelkező családoknak. 2013 óta az egészségbiztosítás praxisonként további egy nővér foglalkoztatását is finanszírozza. 2010 óta az iskolai nővérek biztosítják az összes iskolaegészségügyi szolgáltatást, beleértve a védőoltásokat is, a szülésznőknek pedig lehetőségük van egyéni praxist működtetni, és bizonyos esetekben receptet is felírhatnak (ez utóbbi célja a nőgyógyászok munkaterhének csökkentése). Az egyik legnagyobb kihívás azonban, hogy ki tudják elégíteni ezen speciális nővérek iránti megnövekedett igényt.

2014 elején az Észt Egészségbiztosítási Alap lakossági felvilágosító kampányba kezdett, mellyel azt kívánják tudatosítani, hogy bármely egészségügyi probléma megoldását a családorvos felkeresésével kell kezdeni. A kampányt követően végzett felmérés azt mutatta, hogy a lakosság 89 százaléka bízik a családorvosban és a körzeti nővérben, 72 százalék pedig megerősítette, hogy a családorvos a legtöbb betegséget képes megfelelően diagnosztizálni. Az Észt Egészségbiztosítási Alap fókuszcsoportos interjúkat tervez lefolytatni azokkal, akik bizalma a családorvos iránt alacsony szintű.

A mentési ellátás reformja

Észtországban az Egészségügyi Tanács 3-5 éves szerződésekkel központilag vásárol mentési szolgáltatásokat a független szolgáltatóktól. A 2013-as szerződéskötési periódust a mentési ellátás reformja kísérte, melynek célja az ellátáshoz való hozzáférés, valamint az ellátás hatékonyságának növelése. A reform magában foglalja a mentési szolgáltatók számának csökkentését, a mentőcsapatok számának növelését, valamint a mentőcsapatokban dolgozók képzésének szabályozását. A szolgáltatók ellátási területeit oly módon kívánják átalakítani, hogy jobban illeszkedjen a lakosság megoszlásához, és biztosítani tudják a mentési ellátáshoz való egyenlő hozzáférést, kiegyensúlyozva a reakcióidőben tapasztalható különbségeket. Az ellátási területek számát 24-ről 10-re csökkentik, ezzel az intézkedéssel a nagyobb mentési egységek kialakítását akarják ösztönözni. Jelenleg 24 szolgáltatóból 14 csak 1-2 mentőcsapatot működtet, további négy 3-4 mentőcsapattal működik. A több mentőcsapatot működtető szolgáltatók várhatóan gyorsabban tudnak reagálni a hívásokra. A nagyobb szolgáltatók szükség esetén további csapatokat is mozgósíthatnak, hatékonyabban fogják tudni koordinálni a regionális vagy országos sürgősségi helyzeteket. A mentőcsapatok számát 90-ről

fokozatosan 117-re kívánják növelni. 2014-ben 12 új mentőcsapatot állítottak fel. A mentőcsapatok elhelyezkedését egyes városokban a kórházakból (melyek gyakran a külterületeken találhatóak) a sűrűbben lakott városközpontokba helyezik át. A mentőcsapatok szakmai összetételét meghatározzák, megkülönböztetve az orvos által vezetett csapatokat az ápoló által vezetett csapatoktól, a hatékonyabb erőforrás-allokáció és a sürgősségi orvosok egyenletesebb regionális eloszlása érdekében. Korábban nem volt egységes szabályozás a mentőcsapatok személyzetére vonatkozóan. Egyes mentőcsapatokban voltak ugyan orvosok, de a legtöbb csapatot ápoló vezette.

A reform megvalósítása 2013 elején a szerződéskötéssel kezdődött. Az ellátási területek átalakítását és a mentőcsapatok számának növelését 2014-ben hajtják végre. A többi változtatást fokozatosan valósítják meg a következő pár évben. (www.hspm.org)

A generikus receptfelírás ösztönzése

A gyógyszerekre fordított magas out-of-pocket kiadások az észt egészségügyi rendszer régóta fennálló problémáját képezik, melyek elsősorban a támogatási rendszerhez és a gyógyszerek relatíve magas árához kapcsolódnak. 2010-ben a Szociális Ügyek Minisztériuma bevezette a gyógyszer nemzetközi szabadnevén alapuló generikus felírást. Ennek értelmében a gyógyszerészeknek a legolcsóbb (azaz a legalacsonyabb out-of-pocket költségű) generikumot kell kiadniuk a beteg számára. Ezzel párhuzamosan 2010-ben az elektronikus receptfelírást is bevezették. Az intézkedéseket promóciós kampánnyal is támogatták. Mindezek eredményeképpen a gyógyszerekre fordított out-of-pocket kiadások aránya csökkent.

A szolgáltatók teljesítményének és az ellátás minőségének fejlesztése

A szolgáltatásvásárlás terén nem történtek radikális reformok. 2008-ban az Észt Egészségbiztosítási Alap a WHO-val együttműködésben megvizsgálta a teljesítmény alapú díjazást, mint az ellátók teljesítményének és az ellátás minőségének fejlesztésére irányuló eszközt. Ezt egy pilot tanulmány is követett 2009-ben: a térd-, ill. csípőízületi műtéten átesett betegek által jelentett eredmények és a teljesítmény alapú díjazás összekapcsolásának lehetőségét vizsgálták, de arra a következtetésre jutottak, hogy a közeljövőben erre nincs közvetlen lehetőség. 2011-ben a kórházakról szóló jelentés bemutatta az első rendszerszintű összehasonlító indikátorokat mind a 19 Kórházfejlesztési Tervben résztvevő kórház számára. Ez egy jelentős lépés a kórházak működésének elszámoltathatóvá és átláthatóvá tétele terén.

2011-ben a Szociális Ügyek Minisztériuma minőségi standardokat vezetett be a daganatos betegségekre vonatkozóan, amely magában foglalta a betegutak leírását és a várakozási idő standardokat a kezelés különböző fázisaira vonatkozóan. A klinikai irányelveket folyamatosan fejlesztik, és kiadtak egy klinikai irányelv-fejlesztési kézikönyvet is, amely a legjobb nemzetközi gyakorlatokon alapul, de az észt viszonyokra van adaptálva.

Az egészségügyi finanszírozás fenntarthatósága

Az észt egészségügyi rendszer hosszú távú pénzügyi fenntarthatósága már a válság előtt is gondot jelentett. Az Észt Egészségbiztosítási Alap, a Szociális Ügyek Minisztériuma és a WHO mélyreható elemzése szerint az egészségbiztosítás bevételi alapját szélesíteni kell a pénzügyi fenntarthatóság biztosítása érdekében. Az elemzés azt javasolta, hogy hosszú távon a bevételeknek magukban kellene foglalniuk nem foglalkoztatáshoz kötődő, a tőkére, osztaléokra és fogyasztásra kivetett adókat is, valamint kormányzati hozzájárulást a nyugdíjasok esetében. Az elemzés egyéb javaslatokat is tartalmaz, így pl. az out-of-pocket kiadások megfékezése, az alapellátáshoz való ingyenes hozzáférés megtartása, a generikus receptfelírás ösztönzése, az allokációs folyamatok fejlesztése, a kórházak

túlzott kapacitásainak lefaragása. További lehetőségként felmerült a helyi önkormányzatok ösztönzése az egészségügyi finanszírozásban történő nagyobb szerepvállalásra. Az elemzésben foglalt javaslatok végrehajtásáról készült jelentés megállapította, hogy nem történtek konkrét intézkedések a bevételi alap kiszélesítésére.

Az Észt Egészségbiztosítási Alap Felügyelő Tanácsa módosításokat fogadott el a szolgáltatáscsomagra vonatkozóan, amelyek 2014. január 1-től lépnek hatályba. 2013-ban 59 új egészségügyi ellátást fogadtak be, amelyek között szerepelnek a daganatos és keringési betegségek kezelésére szolgáló újfajta módszerek is. A neurológiai, idegsebészeti, pszichiátriai és szívsebészeti kezelések árait emelték annak érdekében, hogy fedezni tudják a bér-, ill. általános költségek növekedését. (www.hspm.org)

2013 szeptemberében az Észt Egészségbiztosítási Alap Felügyelő Tanácsa új négy éves fejlesztési tervet fogadott el, melynek célja, hogy biztosítsa az időbeni hozzáférést az egészségügyi szolgáltatásokhoz, valamint támogassa az egészségügyi rendszer szolgáltató központú modelltől betegközpontú modellé való átalakítását. Erőteljesebb fókuszot helyeznek az e-szolgáltatások fejlesztésére, valamint az egészségügyi szolgáltatások minőségének fejlesztésére. (www.hspm.org)

Az egészségügyi szektor irányításának kihívásai

Az Országos Népegészségügyi Program elfogadása óta a kormány csak néhány intézkedést hajtott végre a kórházi szektorra, alapellátásra vagy gyógyszerügyre vonatkozó, már meglévő fejlesztési tervek közül. Ennek oka részben az, hogy a kormány elsősorban a válság leküzdésére fókuszált. Az egészségügyi munkaerő a 2012 októberében indított sztrájkjal nemcsak a keresetekkel, hanem a reformok hiányával kapcsolatban is elégedetlenségét fejezte ki.

Észtországban közel minden egészségügyi szakember alkalmazottként dolgozik, és az őket foglalkoztató egészségügyi intézmények határozzák meg a keresetüket. A szakmai szervezetek ugyanakkor nyomást gyakorolnak a szolgáltatók szervezeteire a bérminimum alkukra. A legutóbbi béregyezmény 2012-es, amelyben az orvosok minimálbérét 11 százalékkal, az ápolókat 17 százalékkal, a kisegítő személyzetét pedig 23 százalékkal emelték. Ugyanakkor hiányzik a politikai akarat arra nézve, hogy emeljék az egészségügyre fordított állami kiadásokat, ezért a béremelést az egészségügyi intézmények hatékonyság-nyereségéből kell finanszírozni, valamint az out-of-pocket kiadások korlátozott növeléséből. Egyes kórházak a béremelést csak úgy tudták teljesíteni, hogy az egyéb költségeket kellett lefaragniuk, és az összes szolgáltatónak csökkentenie kellett a beruházásait. A keresetek emelése mellett a bérmegállapodás az egészségügyi szakemberek munkaterhének 15-20 százalékos csökkentését is előírta, ami viszont az ellátáshoz való hozzáférést negatívan befolyásolhatja.

2013 januárjában a Szociális Ügyek Minisztériuma és az egészségügyi szakmai szervezetek Egészségügyi Együttműködési Egyezményt kötöttek, amely négy fő célkitűzést határozott meg, határidőket is kitzúve. A célkitűzések olyan területeket foglaltak magukba, ahol a válság leküzdése érdekében speciális fejlesztési tervet kell kidolgozni, valamint 2015-ig néhány új célkitűzést is: a betegközpontú ellátás fejlesztése, az alapellátás megerősítése, a mentési ellátáshoz elérhetőségének és minőségének fejlesztése, a kórházhálózat optimalizálása, az ápolási ellátás szerepének növelése, az orvosok és ápolók képzési keretszámának növelése, a klinikai kutatás fejlesztése, az e-egészségügyi fejlesztések megvalósítása, az egészségügy fenntartható finanszírozásának megteremtése.

A kormány 2011-2015 közötti kormányprogramjában szerepel az ellátáshoz való hozzáférés növelése és a választás bővítése, az egészségügyi szolgáltatások finanszírozásának növelése, a betegek ellátásba való bevonása, a prevenció fejlesztése. A program konkrét akciókat is azonosít, mint például

az alkoholizmus és dohányzás ellenőrzési politikájának kidolgozása, de ennek megvalósítása még várat magára. Tervezik a Népegészségügyi Törvény módosítását, amely meghatározná a népegészségügyi funkciókat, jogokat, felelősségi köröket minden hatóságra és minden szintre (állami, megyei, helyi önkormányzati, egyéni szintek) vonatkozóan, valamint az interszektorális együttműködés mechanizmusát.

Források

- Ambulance care in Europe. Ambulancezorg Nederland, Januari 2010
- Asisp 2013 Estonia: http://socialprotection.eu/files_db/1372/EE_asisp_CD13.pdf
- Emergency Centre: <http://www.rescue.ee/23023>
- Estonia National Health Plan 2009-2020.
http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/Rahvatervis/RTA/ERTA_english.pdf
- Estonia.eu: <http://estonia.eu/>
- Észt Állami Számvevőszék (a): Initially planned e-health objectives remain unachieved. 2014.02.05.
<http://www.riigikontroll.ee/Suhtedavalikkusega/Pressiteated/tabid/168/ItemId/703/amid/557/language/en-US/Default.aspx>
- Észt Állami Számvevőszék (b): Activities of the state in implementing the e-health system Report of the National Audit Office to the Riigikogu. Tallinn, 17 January 2014.
<http://www.riigikontroll.ee/Suhtedavalikkusega/Pressiteated/tabid/168/ItemId/703/amid/557/language/en-US/Default.aspx>
- Lai T, Habicht T, Kahur K, Reinap M, Kiivet R, van Ginneken E. Estonia: health system review. Health Systems in Transition, 2013; 15(6):1–196.:
http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0018/231516/HiT-Estonia.pdf
- Mobile positioning planned for those in trouble <http://news.postimees.ee/2634886/mobile-positioning-planned-for-those-in-trouble>
- Modern rescue services for Estonia Technological optimisation of operational centres and rescue services http://www.contribution-enlargement.admin.ch/en/Home/Projects/Focus_on_projects/Modern_rescue_services_for_Estonia
- Number of Ambulances to Rise, But With Fewer Doctors. 2013
<http://news.err.ee/v/health/c85cdc48-8a0c-4877-ad1c-ecf9fedb5878>
- Statistical Yearbook of Estonia 2013.
- Statistics Estonia: <http://www.stat.ee/>
- The Health Systems and Policy Monitor: www.hspm.org
- WHO-HFA 2014. április.