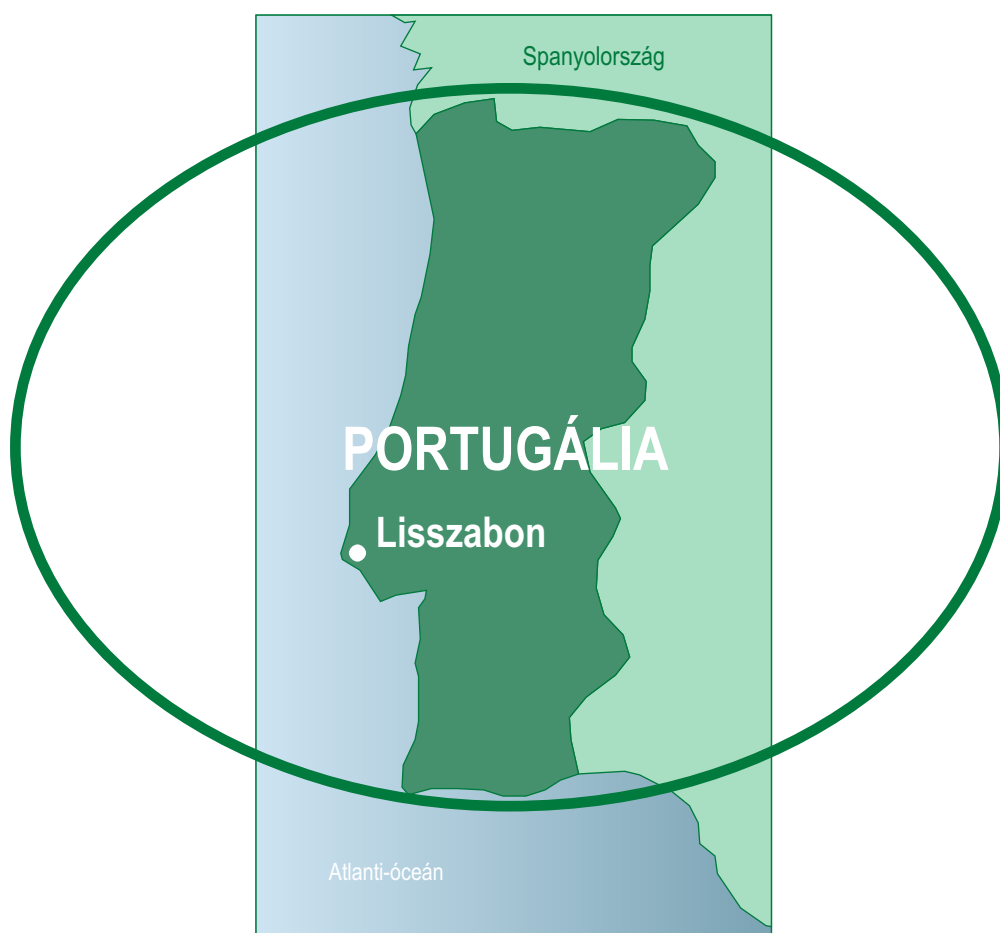


TÁJÉKOZTATÓ ORSZÁGTANULMÁNY PORTUGÁLIA EGÉSZSÉGÜGYÉRŐL



GYEMSZI

Gyógyszerészeti és Egészségügyi
Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet

Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság
Rendszerelemzési Főosztály

2014. május

Tartalom

Gazdasági-politikai környezet	2
Demográfia	2
Az egészségügyi rendszer jellemzői	3
Finanszírozás	3
Egészségügyi szolgáltatások	4
Egészségügyi dolgozók	9
Minőségügy	9
e-egészségügy	10
Egészségügyi reformok	10
Források	11

Gazdasági-politikai környezet

Alapvető gazdasági indikátorok (Eurostat):

A GDP növekedési rátája az előző évhez képest:

- 2010: 1,9 százalék
- 2011: -1,3 százalék
- 2012: -3,2 százalék
- 2013: -1,8 százalék (előrejelzés)
- 2014: 0,8 százalék (előrejelzés)
- Inflációs ráta, 2013: 0,4
- Munkanélküliségi ráta, százalék, 2013: 15,5
- Államháztartási egyenleg a GDP százalékában, 2012 -6,5
- Államadósság a GDP százalékában, 2012 124,1

Portugália gazdasági helyzetét a gazdasági válság erősen megrendítette, az ország GDP-je a 2011-2013 közötti időszakban is csökkent, a krízis belpolitikai problémákhoz vezetett. A 2011. áprilisi pénzügyi mentőterv keretében, Portugália 78 milliárd eurós segélyben részesült az Európai Uniótól, melynek feltételeként gazdasági megszorításokat kellett hoznia. A munkanélküliség 2013-ban 15,5 százalék körül alakult.

Portugália államformája parlamentáris köztársaság, egykamarás törvényhozásának székhelye a 230 tagot számláló Assembleia da Republica. A 2011. június 5-én tartott előrehozott választásokon a legtöbb szavazatot az ellenzékben lévő szociáldemokrata párt nyerte el. A kormányzó szocialista párt második helyen végzett. Cavaco Silva államfő a szociáldemokrata párt vezetőjét, Pedro Passos Coelho-t kérte fel kormányalakításra. A választást sikerrel záró párt a Demokrata és Szociális Centrum-Néppárttal (CDS-PP) lépett koalícióra.

Demográfia

Portugália lakossága 2012-ben 10 686 ezer fő volt. (WHO-HFA). 2000-től 2009-ig a lakosság folyamatos növekedése volt tapasztalható, azóta csökkenő a lakosságszám.

A születési arány 2011-ben 9,17/1000 fő¹ volt, a halálozási ráta ugyanakkor 9,78/1000 fő. A termékenységi arány 1,4 volt 2010-ben. Mint az európai országok többségében, a 65 éven felüliek aránya folyamatosan nő, lakossághoz viszonyított arányuk 2011-ben már 19,2 százalékra emelkedett.

¹ WHO, HFA 2013

A születéskor várható élettartam 2011-ben 80,9 év volt, ez nemek szerint 77,6 (férfiak) és 84,1 (nők) évet jelentett. A halálozás okai közül vezető helyen a daganatos betegségek állnak, ezt követik a keringési rendszer betegségei. A légzőszervi problémák okozta halálozás magas, bár a dohányzás a tiltó rendelkezéseknek tulajdoníthatóan nagymértékben csökkent. A lakosság egészségét továbbra is fokozottan veszélyeztető probléma az alkoholizmus és az obezitás, az emésztőrendszeri problémák okozta halálozás viszont visszaesést mutat. A klinikailag diagnosztizált AIDS incidenciája 2011-ben 2,7/100.000, a tuberkulózis incidenciája 2011-ben 22,8/100.000 fő volt.

Az egészségügyi rendszer jellemzői

Az Országos Egészségügyi Szolgálat (NHS) 1979-es indulása óta Portugália egészségügyi rendszere adókból finanszírozott. A lakosság egészségügyi ellátásának finanszírozásában az állam mellett fontos szerepet tölt be az önkéntes magánbiztosítás, mellyel a lakosság 10-20 százaléka rendelkezik, és a foglalkozási csoportokhoz kapcsolódó speciális állami (pl. közalkalmazottak) és magán (pl. banki dolgozók) biztosítások, melyek a lakosság közel 25 százalékának nyújtanak fedezetet.

Az ország öt régióra tagolódó egészségügyi rendszere az Egészségügyi Minisztérium irányítása alatt áll, melynek hatáskörébe tartozik az egészségpolitikai irányelvek kidolgozása, illetve ezek megvalósításának felügyelete és értékelése. Az egészségügyi ellátás centralizált szintű tervezését és szabályozását a minisztériumhoz tartozó intézmények segítik. Az egészségügy jogi kereteinek megteremtésében független döntéshozó testületként játszik fontos szerepet az Egészségügyi Szabályozó Hivatala (HRA).

Az egészségügyi ellátás regionális irányítását minden régióban a minisztériumnak beszámolóval tartozó regionális hivatal (RHA) végzi, és ennek keretében látja el a népegészségügy stratégiai irányítását, gyakorol felügyeletet a kórházi ellátás és az alapellátó központok tevékenysége felett, és hoz intézkedéseket az országos célkitűzések megvalósítására. Az RHA-k hatáskörébe tartozik a kórházakkal és az NHS betegeket ellátó magán szolgáltatókkal való szerződéskötés. Elvben a pénzügyi irányításért is felelősséggel tartoznak, de ez az alapellátásra korlátozódik, mivel a kórházak költségvetése központi szinten kerül meghatározásra és a folyósításáról is a központi szint gondoskodik.

Finanszírozás

Egészségügyi kiadások

Az egészségügyi kiadások GDP-hez viszonyított aránya 2011-ben 10,2 százalék volt². Az egy főre jutó egészségügyi kiadás vásárlóerő-paritáson számítva 2011-ben 2624 US\$.

A Pénzügyminisztérium az előző évek kiadásai és az Egészségügyi Minisztérium által benyújtott tervek alapján évente határozza meg az NHS költségvetését a különböző szektorok stratégiai prioritásainak

² WHO, HFA 2013

figyelembevételével. A tőkeberuházás és a folyó kiadások kezelése elkülönítetten történik. Az Egészségügyi Minisztérium gyakorol felügyeletet minden tőkeberuházás felett.

Forrásgyűjtés

Az egészségügyi kiadásokat 2011-ben 64 százalékban az állami szektor finanszírozta, a közvetlen kifizetéseken alapuló magánkiadások aránya 27 százalék volt. A fennmaradó hányad a magánbiztosításra fizetett díjtételekből tevődik össze.

Az ország egészségügyi ellátásának legfőbb anyagi forrását az adóbevételek képezik. Az adó hozzávetőlegesen 60 százaléka közvetett adókon (pl. a dohánytermékekre kivetett adón) alapul, a jövedelemadó az adóbevétel mintegy 39 százalékát teszi ki.

A társadalombiztosítási alrendszerek, melyek a lakosság 20-25 százalékának nyújtanak átfogó vagy részleges fedezetet, főként a munkáltatók és a munkavállalók egészségügyi járulékaiból nyerik finanszírozásukat. Az alrendszerek a fedezetük alatt álló munkavállalóknak nagyobb választási lehetőséget biztosítanak a szolgáltatók közül, mint az NHS, és magasabb visszatérítést nyújtanak a privát szektor szolgáltatásainak igénybevétele esetén. Egyes alrendszerek az általuk alkalmazott orvosok révén közvetlenül is nyújtanak szolgáltatásokat tagjaiknak.

Az önkéntes magánbiztosítás a lakosság körülbelül 20 százaléka számára fedez egészségügyi szolgáltatásokat.

Forrásallokáció

A költségvetést az Egészségügyi Minisztérium allokálja az egészségügyi ellátás fekvőbeteg-ellátó intézményei, illetve a régiók számára (az alapellátó központok és bizonyos speciális programok finanszírozására). Az egyes regionális egészségügyi hatóságok (RHA-k) számára nyújtott költségvetési támogatás földrajzi terület szerint meghatározott lakossági kör egészségügyi ellátásának finanszírozására szolgál.

Az RHA-k fejkvóta és a szerződésekben meghatározott egyes tevékenységekhez kapcsolódó teljesítmény alapján finanszírozzák a területükön nyújtott alapellátást. A fejkvótát nemhez, életkorhoz és betegségteherhez igazítják. Az állami kórházak finanszírozása átfogó költségvetés helyett egyre nagyobb mértékben (75-85 százalékban) DRG alapján történik.

Az NHS által biztosított szolgáltatások elvben teljes körűek, de a gyakorlatban az NHS bizonyos szolgáltatásokra – szakorvosi konzultációkra, fizioterápiára, fogászati ellátásra csak részleges fedezetet nyújt, és ez az ilyen jellegű magán szolgáltatások fokozott igénybevételét mozdítja elő. A hosszú várólisták is a magán szolgáltatók választására ösztönzik a betegeket. A gyógyszerekre az NHS hatékonyságtól függően nyújt támogatást.

Egészségügyi szolgáltatások

Népegészségügy

Az ország népegészségügyi ellátását országos tervek határozzák meg. A 2004-2010-es Országos Egészségügyi Terv fő területeit a lakosság egészségi állapotát érintő legfőbb problémák (kardiovaszkuláris betegségek, onkológiai problémák, mentálhigiénés kérdések, időskori betegségek,

HIV/AIDS) kezelése, illetve a betegségmegelőző és az egészségmegőrző intézkedések képezték. A 2011-2016-os időszakra szóló Országos Egészségügyi Terv az előző terv több célkitűzésének megvalósítása mellett különös hangsúlyt helyez az ellátás hozzáférhetővé tételére, színvonalának emelésére és a regionális tervezés előtérbe helyezésére.

Az Országos Vakcinációs Terv alapján folytatott országos immunizálási programot az NHS irányítja. Az önkormányzatok alapellátó központjaiban történik a lakosság immunizálása, mely a tervben szereplő vakcinák esetén térítésmentes. Az egészséggel kapcsolatos tájékoztatás az Egészségügyi Minisztérium különböző intézményei által folytatott programok keretében történik. Négy nagy népegészségügyi programja az onkológiai problémák megelőzésére, a HIV/AIDS területére, a szív- érrendszeri problémákra és az időskori betegségekre koncentrál. Az Addikciókkal foglalkozó Országos Intézet (IDT) koordinálja a kábítószer- és az alkoholfogyasztás okozta függőségek megelőzését és gyógykezelését. Mind e mellett az önkormányzatok egészségügyi tevékenységének jelentős részét képezi a betegségmegelőzés és az egészségmegőrzés, így pl. az iskolaegészségügyi programok indítása és az egészséges életmódra nevelés. A háziorvosi ellátás keretében zajlanak egyes szűrővizsgálatok is (pl. emlő- és méhnyakrák- szűrés).

Alapellátás/járóbeteg-ellátás

Portugália egészségügyi alapellátását egészségügyi központok hálózata nyújtja.

Az alapellátásban 2005-ben kezdődött az ellátás szervezeti kereteit és finanszírozását is átalakító reform. A reform előtt a betegeket nagyobb intézmények fogadták. 2005-ben 351 ilyen nagyobb alapellátó központ volt, melyekben általában mintegy 70 orvos nyújtott alapellátást, illetve a járóbeteg-ellátás bizonyos típusait pl., pszichiátriai, bőrgyógyászati ellátást stb. Átlagosan 30 ezer beteg jutott egy központra. A központok többsége 12-24 órás rendelést folytatott, és ennek keretében látta el az akut problémákat és nyújtott kisebb mértékben sürgősségi ellátást is. A tradicionális egészségügyi központok azonban túlméretezettek voltak, és szolgáltatásaikkal nem igazodtak kellőképpen a betegek igényeihez, akik e miatt problémáikkal inkább a kórházak sürgősségi ellátását keresték fel. A háziorvosok rendkívül leterheltek voltak, kapuőri szerepkörük sem érvényesült kellőképpen.

A 2006-ban beinduló szervezeti változtatások célja a praktizálás új feltételeinek megteremtése, az egészségügyi szakemberek teljesítményének fokozottabb motiválása, és a más ellátási szintekkel, formákkal, – pl. a krónikus ellátással – való együttműködés előmozdítása volt. A reform egyrészt a jelentős szervezeti autonómia mellett működő csoportpraxis választására ösztönözte az alapellátást nyújtó szakembereket, akik a praktizálásnak ezt a módját önként választhatták, másrészt országos fejlesztési stratégiákat készített elő, melyek értelmében 74 egészségügyi központ-csoportot állítottak fel az előzőekben működő 351 hagyományos központ helyett. A központ-csoportokkal szemben támasztott elvárásként jelentkezett a regionális egészségügyi irányítás által támogatott család-egészségügyi, közösségi és népegészségügyi feladatkörök ellátása.

A kórházon kívüli ellátást ennek értelmében az állami támogatásban részesülő egészségügyi központ-csoportok (ACES) fogják át. Szervezeti és pénzügyi szempontból minden ACES önálló egységet képez, és több alárendelt részből áll. A hagyományos központokból alakult központcsoportok az új szervezeti egységek – család-egészségügyi részlegek (USF) – köré szerveződtek. Ezek a részlegek átlagosan öt-nyolc családorvossal, hat-tíz nővérrel és más szakemberek bevonásával folytatják csoporttevékenységüket. A család-egészségügyi részlegeket (USF) funkcionális és technikai

autonómia jellemzi az NHS-sel kötött szerződésük értelmében. A szerződés a szolgáltatások részletes leírásán alapul, és egy hároméves időszakra előre meghatározott célkitűzéseket tartalmaz.

Becslések szerint 2006 előtt a lakosság mintegy 15 százalékának nem volt háziorvosa, bár az alapellátó központok elérhetőek voltak a betegek számára. Jelenleg 311 családegészségügyi részleg folytat alapellátást. A lakosság megfelelő alapellátásához 750 USF-re lenne szükség. 2018-ra tervezik ennek megvalósítását, és a háziorvossal nem rendelkező lakossági arány öt százalékra való csökkentését.

Az országban a privát szektor szerződéses keretek között nyújt kiterjedt diagnosztikai szolgáltatásokat és gyógyító ellátást a lakosság számára. Az NHS határozza meg a magán szolgáltatások típusát és árát, és minden szolgáltató regisztrálhatja magát az évente kiadott szolgáltatói listán. A betegek elvben szabadon választhatnak a szerződött orvosok között.

Fekvőbeteg-ellátás

A fekvőbeteg-ellátást nyújtó portugál intézmények típusai a következők:

- központi kórházak, melyek magas szinten műszerezett szolgáltatásokat nyújtanak
- szakkórházak, melyek a szakterületek széles skáláját fogják át
- körzeti kórházak, melyek egy körzet központjában találhatóak, és szakszolgáltatások egész sorát nyújtják
- 1-es szintű körzeti kórházak, melyek belgyógyászati, sebészeti ellátást és egy vagy két alapvető fontosságú szakterület szolgáltatásait nyújtják a betegek számára.

A kórházak területi eloszlása nem egyenletes. A fekvőbeteg-ellátó intézmények főként a fővárosra és a partvidékre koncentrálnak, de számos kórház épül az ország különböző területein, és ebben jelentős szerepet játszanak az állami-magánpartnerségben folytatott beruházások.

2011-ben az országban 224 kórház működött 35 671 ágygal, az ágyak 100 000 lakosra jutó aránya 337,9 volt.³

A kórházi szolgáltatások többsége az NHS keretei között történik, de az ellátást kiegészítő szolgáltatások, mint az étkeztetés, a mosodai szolgáltatás, a karbantartó tevékenység, stb. a privát szektor számára kiszervezett feladat. A klinikai szolgáltatások kiszervezése erősen korlátozott, és általában a hosszú várakozási idő mellett elérhető speciális területek ellátására irányul (pl. szürkehályog-műtétek). A szolgáltatások kiszervezéséről általában a kórházak vezetése dönt, ugyanakkor a szolgáltatókkal való szerződéskötés regionális hatáskörbe tartozik.

Hosszú távú ellátás, betegségből felépülés

2006 óta önálló országos hálózat – a Hosszú távú ellátás Hálózata (RNCCI) - egyesíti a krónikus betegek egészségügyi és szociális ellátását.

³ WHO, HFA 2013

A hálózathoz tartoznak a hosszú távú ellátást, szociális támogatást és a közösségi szolgáltatásokon alapuló palliatív ellátást nyújtó csoportok, a kórházak, az ACES csoportok, a helyi és a körzeti társadalombiztosítási szolgáltatások, a Szolidaritási Hálózat és az önkormányzatok. A hálózat szolgáltató részlegei a következő területeket látják el:

- Felépülést szolgáló maximum 30 napos ellátás. Ez egy függetlenül működő részleg az aktív ellátást nyújtó kórházakon belül vagy más, a kórházakhoz kapcsolódó intézményekben. Feladata a kezelések és a klinikai felügyelet folyamatos és intenzív módon történő biztosítása, illetve egy kórházi ellátás során jelentkező, klinikai ellátást igénylő akut probléma vagy a krónikus betegségben fellépő állapotromlás fekvőbeteg-ellátása során folytatandó kezelések ellátása.

Fő tevékenysége a betegek állapotának funkcionális és klinikai stabilizálása, és a cselekvőképességüket átmenetileg elvesztő betegek állapotának értékelése és integrált rehabilitációja olyan esetben, amikor a cselekvőképesség potenciálisan visszaállítható, és nem tesz szükségessé aktív kórházi ellátást. A részleg folyamatos orvosi és ápolónői ellátást biztosít, valamint radiológiai, laboratóriumi és kiegészítő diagnosztikai vizsgálatokat tesz elérhetővé, gyógyszerrendelést és gyógyszerelést folytat, fizioterápiát végez, pszichoszociális, higiénés, komfort-, étkeztetési, szocializációs és szabadidős szolgáltatásokat nyújt. A bent tartózkodási idő becsült maximuma 30 nap.

- 30-90 napos ellátás és rehabilitáció. Ezek olyan, a sajátos helyigényeknek megfelelő fekvőbeteg-ellátó részlegek, melyek összeköttetésben állnak egy aktív ellátást nyújtó kórházzal, és klinikai ellátást, rehabilitációt és pszichoszociális támogatást nyújtanak egy akut betegségből való felépülés során vagy a cselekvőképességüket átmenetileg elvesztő, de ennek visszanyerésére potenciálisan reményt látó krónikus betegek állapotának kiegyensúlyozatlanságából adódó problémákra. Ezeknek a szolgáltató részlegeknek a feladata a betegek állapotának stabilizálása, értékelése és a beteg teljes rehabilitációja. A részlegek a következő szolgáltatásokat nyújtják: mindennapos orvosi ellátás, folyamatos ápolás, fizioterápia és munkaterápia, gyógyszerrendelés és gyógyszerelés, pszichoszociális támogatás, higiénés, komfort-, étkeztetési, szocializációs és szabadidős szolgáltatások. A bent tartózkodási idő becsült értéke 30-90 nap.
- Hosszú távú ellátás. Ez egy sajátos helyigényű átmeneti vagy állandó fekvőbeteg-ellátó szolgáltatás az olyan krónikus betegek palliatív ellátására, akiknek a másokra való ráutaltsága különböző mértékű, és akik nem részesülnek lakóhelyükön gondozásban. A szolgáltatás célja a másokra való ráutaltság fokozódásának megelőzése vagy hátráltatása, és a betegek kényelmének és életminőségének biztosítása 90 napot meghaladó időtartamban. A részleg a betegek számára kondíciójukat karbantartó és stimuláló szolgáltatásokat nyújt, és gondoskodik a mindennapos gondozásról, orvosi ellátásról, gyógyszerrendelésről és gyógyszerelésről, pszichoszociális támogatásról, időszakonként elvégzett pszichiátriai értékelésről, fizioterápiáról és munkaterápiáról, kulturális programokról, és a higiénés, komfort-, étkeztetési szolgáltatásokról és a mindennapi tevékenységek ellátásához nyújtott segítségről.

Az RNCCI-hez tartozó további részlegek feladata az autonómiát támogató nappali ellátás és a kórházakban nyújtott palliatív ellátás is.

A hálózat egészségügyi szolgáltatásainak költségvonzatait az Egészségügyi Minisztérium állja, de a betegeknek is kell közvetlen kifizetést teljesíteniük. A betegek felépülésére, illetve palliatív ellátásra szolgáló kórházi ellátást az NHS finanszírozza. A középtávú ellátás és a rehabilitáció részlegei közös anyagi támogatásban részesülnek az Egészségügyi Minisztériumtól (70 százalék) és a Munka- és Szociális Szolidaritásügyi Minisztériumtól (30 százalék). A hosszú távú ellátás finanszírozója 20 százalékban az Egészségügyi Minisztérium és 80 százalékban a Munka- és Szociális Szolidaritásügyi Minisztérium.

2008-ban az RNCCI hálózat 2870 ágygal rendelkezett.

A 2013. február 26-án hozott 3052/2013-as rendelet értelmében a diabetes kezelésének koordinálásáért az ACES-eken belül újonnan kialakított részlegek (UCFD) lesznek felelősek.

A kórházak Integrált Diabetes Részlegeket (UID) fognak felállítani, melyekben a betegeket a problémáik összetettségét jobban ismerő szakemberek fogják kezelni.

Gyógyszerek

2002-ben vezették be az országban az aktív hatóanyag szerinti referenciaár-meghatározást, és először 2003 márciusában jelent meg az azonos hatású medicinák jegyzéke. Az Országos Egészségügyi Szolgálat (NHS) által támogatott referenciaár nyújt viszonyítást a generikumok árának maximalálásához. Az INFARMED gyógyszerhivatal hatáskörébe tartozik a referenciacsoportok és árak meghatározása.

Jelenleg a hatóanyag szerinti gyógyszerfelírás kötelező az orvosok számára, de e mellett a gyógyszert rendelő szakemberek a gyógyszer kereskedelmi nevét is feltüntethetik a recepten. A gyógyszerészeknek lehetőségük van az originális szerek generikummal való helyettesítésére, de a generikumokkal kapcsolatos döntéseket kevés ösztönző támogatja.

A gyógyszerek öt térítési kategóriába sorolhatóak, és e szerint 100, 95, 70, 40 és 20 százalékos támogatás alá esnek⁴. 2009 júniusa óta az alacsony jövedelemmel rendelkező nyugdíjasok számára a generikumok támogatása 100 százalékos.

A gyógyszerárak meghatározásában a megfelelő termékek referencia országokban használatos átlagárát veszik figyelembe. 2013-ban Spanyolország, Franciaország és Szlovákia gyógyszerárjai szolgáltak kiindulási alapul. 2011-ben a gyógyszerkiadások az egészségügyi összkiadás 17,9 százalékát tették ki Portugáliában.⁵ A gyógyszerkiadásokban az utóbbi években csökkenés tapasztalható, ami az árcsökkenések eredménye.

Egy 2013 folyamán hozott rendelkezés viszont visszavonta a kiskereskedelmi árak 2010-ben előírt hat százalékos csökkentését, ez a továbbiakban valószínűleg korlátozni fogja a további áresést.

⁴ <http://www.gabionline.net/layout/set/print/Country-Focus/Portugal/Policies-and-Legislation>

⁵ WHO, HFA 2013

Egészségügyi dolgozók

Az utóbbi időben Portugália orvosainak és nővéreinek számában egyaránt folyamatos emelkedés tapasztalható. Az orvosok létszáma 2011-ben 42 054 (398,4/100 000 fő). Bár az ápolónők száma szintén erőteljes növekedést mutat, 2011-ben 66 857 (633,3/100 000) fő volt, de az ápolónők lakossághoz viszonyított aránya még így sem közelíti meg az EU15 tagországainak átlagát (857,8/100 000). A nővérek 74 százaléka kórházi alkalmazásban áll, mindössze 20 százalékuk dolgozik az alapellátásban, és körülbelül három százalékuk nyújt a betegeknek pszichiátriai szolgáltatást. A létszámbeli aránytalanságok, az egészségügyi szakemberek szerepkörének újradefiniálását teszik szükségessé.

Minőségügy

Az Egészségügyi Főigazgatóság (amely az Egészségügyi Minisztérium tervezésért, szabályozásért, koordinációért, ellenőrzésért, prevencióért, egészségfejlesztésért és összességében az egészségügyi ellátásért felelős részlege) 2009-ben létrehozott Minőségügyi Főosztályának hatáskörébe tartozik az 2009-es törvényrendeleten alapuló Országos Egészségügyi Minőségi Stratégia koordinálása. A főosztály számára a szabályozó tevékenységet folytató Országos Tanácsadó Testület nyújt támogatást a stratégia gyakorlatba való átültetéséhez.

Az Országos Egészségügyi Minőségi Stratégia tartalmazza a portugál Egészségügyi Minisztériumnak a következő területekre irányuló prioritásait:

- klinikai és szervezeti minőség
- a lakosság tájékoztatása
- a betegek biztonságos ellátásának biztosítása
- az egészségügyi szolgáltatók minősítése és országos akkreditációja
- integrált betegmenedzsment és innováció
- a betegek nemzetközi mobilitásának adminisztrálása
- az egészségügyi ellátással kapcsolatos panaszok és ajánlások kezelése.

Bár már 2001-től történtek intézményi szintű akkreditációk (pl. JCI alapján), 2009-ben kapott az akkreditáció nagyobb lendületet, amikor az Egészségügyi Minisztérium együttműködési megállapodást kötött az Egészségügyi Szolgáltatások Minőségével foglalkozó Andalúziai Hivatallal (ACSA), annak minőségügyi modellje és standardjai használatára. Az egészségügyi intézmények akkreditációjával kapcsolatos program elsősorban a klinikai menedzsmentre és kimeneteire összpontosít. Támogatja a klinikai irányelvek és standardok gyakorlatba való átültetését, valamint az integrált ellátás jó gyakorlatot képviselő eljárásait.

Az akkreditáció standardjai a következő területekre irányulnak:

- a betegközpontú ellátás szervezése
- a szakmai fejlődés

- támogató eljárások, minőségügyi és informatikai rendszerek
- a kulcsfontosságú eljárások eredményei.

Az Országos Egészségügyi Akkreditációs Program további területei közé tartoznak aszakemberek állásvállalásához szükséges kvalifikációs eljárások, a továbbképzési programok és a web oldalak akkreditációja.

Az Egészségügyi Főigazgatóság fejleszti a Minőségi indikátorok Országos Paneljét, mely lehetővé teszi az egészségügyi rendszer teljesítményének és minőségének monitorozását a következő négy területen: az egészségügyet meghatározó tényezők, az egészségügy rendszerjellege, elérhetősége, minősége és kimenetei.

A családegészségügyi (USF) részlegek teljesítményét monitorozó panel (USF Performance Monitor) az intézményi minőségi indikátoroknak egy olyan panelja, mely IT rendszerekhez kapcsolódik, és ily módon teszi lehetővé az egészségügyi szakemberek számára, hogy folyamatosan monitorozzák a szerződésben szereplő minőségi indikátorokat, és automatikusan intézkedjenek a késedelmes szűrővizsgálatok elvégzéséről.

e-egészségügy

A portugál Egészségügyi Minisztérium 2012 végére tűzte ki céljaul minden portugál állampolgár egészségügyi adatainak elektronikus kezelését (az EHR létrehozását).

2012 májusában megtették a kezdeti lépéseket az Egészségügyi Adatok Platformjának (PDS) felállítására. A web alapú platform klinikai információk regisztrálását és megosztását teszi lehetővé az Országos Adatvédelmi Bizottság előírásai szerint. Két portállal rendelkezik. A felhasználói portálon keresztül a lakosság kaphat általános egészségügyi információkat. Az „Egészségem” elnevezésű személyes felhasználásra fenntartott portálrészben a felhasználók felvezethetik egészségükkel kapcsolatos adataikat, konzultációkra időpontokat foglalhatnak, kapcsolatba léphetnek az orvosokkal. A szakmai portál a betegek alapellátásban és az állami kórházi ellátásban keletkezett és tárolt klinikai adataihoz enged biztonságos hozzáférést a szakemberek számára.

A kórházak és egészségügyi központok többsége rendelkezik gyógyszerrendelést segítő elektronikus alkalmazással, mely az orvosok számára hozzáférhetővé teszi a helyi és az országos gyógyszer-adatbázisokat. A recepteket a számlázás ellenőrzése érdekében elektronikus módon juttatják el az országos adatbázisba, és a legtöbb gyógyszernek is van hozzáférése a gyógyszerek kiszolgáltatását regisztráló speciális IT alkalmazásokhoz.

Egészségügyi reformok

Portugália 2011 májusa óta az Európai Unió pénzügyi mentőtervében részesül, és az Egyetértési Megállapodás értelmében az egészségügyet is nagymértékben érintő megszorításokat hajt végre.

Már a múlt évtized során folytak nagyszabású átalakítások az ország egészségügyi rendszerében.

2005-ben megalakult az alapellátással foglalkozó munkacsoport az egészségügyi központok átszervezésére szóló projekt elindítására, koordinálására és monitorozására. A munkacsoport

tevékenységének eredményeként 2006-ban létrejöttek a családégeszségügyi részlegek (USF) a betegek és a háziorvosok közötti kapcsolattartás szorosabbá tétele érdekében.

2008-ban alakították ki az egészségügyi központ-csoportokat (ACES), melyek révén hatékonyabbá vált az alapellátás szervezése és erőforrás-felhasználása, mivel az ACES csoportok meghatározott földrajzi kritériumok figyelembevételével végzik a lakosság (50-200 000 fő) ellátását, és lehetőséget teremtenek a regionális egészségügyi stratégiák érvényesítésére. Jelenleg a családégeszségügyi részlegek és más alapellátást nyújtó szakembercsoportok egyaránt az ACES-ekhez tartoznak.

A járóbeteg-ellátással kapcsolatos intézkedésként átszervezték a sürgősségi ellátást, mely egyaránt tartozott az alapellátó központok és a kórházak feladatkörébe. A hálózat átalakításához javaslatok születtek egyes részlegek bezárására, mások megnyitására és szolgáltatásaik jellegének átalakítására.

A Hosszú távú Ellátás 2006 óta működő Hálózata (RNCCI) a krónikus ellátást, a szociális támogatást és a palliatív kezelést nyújtó csoportok tevékenységét fogja át.

A fekvőbeteg-ellátással kapcsolatos intézkedések három területre összpontosultak: számos kórház szülészeti osztályának biztonsági okokból történő bezárása, két vagy több, egymáshoz közel működő kórház közös irányítás alá helyezése és az állami-magán partnerség keretében építendő kórházak felállítására vonatkozó tervek megvalósítása. A szülészeti osztályok bezárása erős tiltakozást váltott ki, de megvalósítását bírósági döntések hagyták jóvá. A kórházak közös irányítás alá helyezése nem ütközött akadályba, így a régiók fekvőbeteg-ellátásának átalakítása folyamatban van. Az állami-magán partnerség révén csak néhány intézmény felállítása valósult meg, az állami-magán partnerség szerepvállalása a reformfolyamatokban erősen vitatott, így ilyen jellegű további szerződéskötések nincsenek napirenden.

Jövőbeli tervként még nagy kihívást jelent a közalkalmazottak 1,3 millió tagot számláló egészségügyi alrendszerének (ADSE) az NHS-be való integrálása, de az egészségügyi rendszer ilyen mértékű átalakításának módja még részleteiben nem körvonalazódott.

Források

- Barbosa,P. – Borges Ramos, V.M.: Primary care in Portugal.European forum for primary care, 2014:
<http://www.euprimarycare.org/column/primary-care-portugal-0>
- Barros,P.P.: External Reference pricing for pharmaceutical reimbursement revised. The Health Systems and Policy Monitor, Country Page, Portugal, Online HiT, Chapter 5 - Section 5.6.:
<http://www.hspm.org/countries/portugal25062012/countrypage.aspx>
- Barros,P.P.: Towards better health care for diabetes patients. The Health Systems and Policy Monitor, Country Page, Portugal, Online HiT, Chapter 5 - Section 5.2.:
<http://www.hspm.org/countries/portugal25062012/countrypage.aspx>
- Barros.P.P.: Update on Health care policy in Portugal: the next two years. The Health Systems and Policy Monitor, 2013.10.24.:
<http://www.hspm.org/countries/portugal25062012/livinghit.aspx?Section=6.2%20Future%20developments&Type=Section>

-
- Barros P, Machado S, Simões J. Portugal: Health system review. Health Systems in Transition, 2011, 13(4):1–156. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/150463/e95712.pdf
 - Decline in spending without reducing consumption. The Health Systems and Policy Monitor, Country Page, Portugal, Online HiT, Chapter 5 – Section 5.6.:<http://www.hspm.org/countries/portugal25062012/countrypage.aspx>
 - Eurostat. European Commission: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/>
 - Fialho,A.S, Oliveira,M.D., Sá, A.B.:Using discrete event simulation to compare the performance of family health unit and primary health care centre organizational models in Portugal: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/274>
 - Generics and Biosimilars Initiative. Building Trust in Cost-effective Treatment. Policies and Legislation, 2012.03.15. - <http://www.gabionline.net/layout/set/print/Country-Focus/Portugal/Policies-and-Legislation>
 - National Health Plan 2012-2016, 2012.01. http://pns.dgs.pt/files/2013/05/3_3_Strategic-Axis-Quality-In-health.pdf
 - Out-of-pocket health expenditure (% of private expenditure on health), The World Bank Group, 2014: <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.ZS>
 - PDS – Plataforma de Dados da Saúde, SPMS,2013 <http://spms.min-saude.pt/blog/2013/11/01/pds-plataforma-de-dados-da-saude/>
 - Portugal. Health for All Data Base. European Region. WHO Regional Office for Europe. Updated: 2013.: <http://data.euro.who.int/hfad/>
 - Simões,J.:The Portuguese Healthcare System:Successes and Challenges. Medical Solutions, 2012.04.: http://www.healthcare.siemens.com/siemens_hwem-hwem_ssxa_websites-context-root/wcm/idc/siemens_hwem-hwem_ssxa_websites-context-root/wcm/idc/groups/public/@global/documents/download/mdaw/mtqy/~edisp/medsol_2012_2_essay_portugal-00068236.pdf
-