

# TÁJÉKOZTATÓ ORSZÁGTANULMÁNY SPANYOLORSZÁG EGÉSZSÉGÜGYÉRŐL

---



**GYEMSZI**

Gyógyszerészeti és Egészségügyi  
Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet

---

Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság  
Rendszerelemzési Főosztály

2013. augusztus

## Tartalomjegyzék

Gazdasági-politikai háttér .....	2
Demográfia .....	2
Az egészségügyi rendszer jellemzői.....	3
Finanszírozás .....	4
Egészségügyi szolgáltatások.....	6
Egészségügyi dolgozók.....	8
Minőségügy .....	9
e-egészségügy .....	9
Egészségügyi reformok .....	10
Források .....	12

## Gazdasági-politikai háttér

Spanyolországban az egy főre jutó GDP mértéke 2012-ben 32 167 USD PPP volt (OECD Health Data).

Az ország gazdasági növekedése 2007-ig dinamikus, az euroövezet növekedési átlagát meghaladó volt. A visszaesés 2008-ban kezdődött (ekkor a növekedés a korábbi évekre jellemző 3,6-4%-ról 0,9%-ra esett vissza), majd további jelentős csökkenés (2009-ben -3,7%, 2010-ben -0,3%) után, 2011-ben enyhe (0,4%) növekedés volt tapasztalható, viszont 2012-ben újra visszaesés (-1,4%) következett be. . A gazdaság egyik legfontosabb problémája a 2010-től a 20%-ot is meghaladó munkanélküliség (2012-ben 25%). Míg a fogyasztói árindex 2009-ben -0,2% volt, 2012-ben 2,4%-ra nőtt. 2009-ben jelentősen romlott az ország pénzügyi helyzete: ekkor az államháztartási hiány a GDP 11,2%-a volt, ez 2012-ben -10,6%-ra mérséklődött. Az államadósság a 2009-es GDP-ben mért 53,9%-ról 2012-re 84,2%-ra emelkedett.

Spanyolország államformája parlamentáris monarchia. Az állam élén a király áll (államfő, de nem kormányoz). A végrehajtó hatalom és a kormány feje a miniszterelnök. A spanyol parlament kétkamarás: a Képviselők Kongresszusából és a Szenátusból áll. Legutóbb 2011-ban tartottak választásokat az országban, melyet 44,6%-os szavazati aránnyal a Néppárt (PP) nyert meg.

## Demográfia

Spanyolország lakosságszáma 46 366 600 (2011). A termékenységi ráta az EU-n belül az alacsonyabbak közé tartozik (2011-ben 1,35), a születési ráta 2010-ben 1000 főre vetítve 10,56. (HFA)

A várható élettartam az egyik legmagasabb Európában: 85,43 év a nőknél és 79,16 év a férfiaknál (2010-es adatok).

2010-ben az 1000 főre jutó halálozási ráta: 8,29. Az elmúlt három évtizedben jelentősen megnövekedett a daganatos megbetegedések okozta halálozások száma, így az utóbbi időben a rákmortalitás a haláloki statisztikában megelőzte a keringési rendszer megbetegedéseire visszavezethető halálozást.

A 100 ezer lakosra jutó standardizált halálozás egyes halálokok szerint, 2010	
Daganatok	152,4
A keringési rendszer betegségei	137,6
A légzőrendszer betegségei	45,1
Az emésztőrendszer betegségei	25,3
Külső okok	23,0
Összes halálozás	487,0

*Forrás:HFA*

A halálozás harmadik leggyakoribb okát a légzőszervi megbetegedések Az AIDS, illetve HIV jelentős egészségügyi problémát képez: az AIDS incidenciája 100 ezer főre 1,8 volt 2011-ben.

## Az egészségügyi rendszer jellemzői

Spanyolországban az 1986-ban hozott Átfogó Egészségügyi Törvény jelölte ki a Spanyol Egészségügyi Szolgálat (SNS) tevékenységének alapelveit. A biztosításon alapuló egészségügyi rendszerből kialakított modell, melynek finanszírozása főként adókból történik, a spanyol lakosság számára átfogó fedezetet nyújt, és az egészségügyi szolgáltatásokhoz szabad hozzáférést biztosít. A spanyol egészségügyi rendszer, mint adóalapú állami rendszer regionális struktúrákra tagolódik.

Az egészségügyi szolgáltatásoknak 17 autonóm közösség hatáskörébe való utalása 2002-ben, az egészségügyi irányítás modelljeinek sokszínűségét eredményezte. A 2003-ban hozott Kohéziós és Minőségügyi Törvény rendelkezett az SNS Minőségügyi Hivatalának, az Országos Egészségügyi Informatikai Intézetnek és az SNS Országos Kutatóközpontjának felállításáról, és kulcsfontosságú szereppel ruházta fel az 1986-os törvény által felállított koordinációs testületeket, így az SNS Térségi Tanácsát (CISNS), mely az SNS legfőbb koordinációs testületévé vált.

Az Egészségügyi és Szociálpolitikai Minisztérium hatáskörébe tartozik az SNS koordinálása, az egészségpolitikai irányvonalak kialakítása, a fogyasztóvédelem, az egységes fejlesztés az infrastruktúra és az informatika vonatkozásában, valamint a népegészségügyi stratégiák kialakítása és az elért eredmények kiértékelése. A Minisztérium országos hatóságként felügyeli az életvitelük ellátásához segítségre szoruló betegek ellátását, valamint a szociális szolgáltatásokat, és feladatkörébe tartozik a szociális kohézióval és a család- és gyermekvédelemmel kapcsolatos stratégiák kialakítása.

A 17 autonóm közösség részt vállal az egészségügyi tervezésben, és saját területén megszervezi az egészségügyi szolgáltatásokat. Minden tartománynak van saját Egészségügyi Minisztériuma. Az SNS Térségi Tanácsa, mely az autonóm tartományok és az állam képviselőiből áll, fogja át az országos és a regionális hatáskörű minisztériumokat, és az SNS legfőbb hatóságaként gondoskodik a rendszer kohéziójáról.

Az egészségügy decentralizációja a menedzsmenttel és az egészségpolitikai döntéshozattal kapcsolatos hatásköröket többségében az autonóm közösségek irányítása alá helyezte. A minőségügyi és a pénzügyi minimum standardok átfogó tervezését és az autonóm közösségekben a standardoknak való megfelelést a CISNS, az SNS Minőségügyi Hivatala, valamint a Kohézió, a Magas szintű Felügyelet és a Szakmai Irányítás Vezérigazgatósága tekinti át, de ezek a testületek nem adhatnak utasításokat a regionális kormányoknak, kapcsolatuk együttműködésre épül.

Minden autonóm tartomány már az egészségügy decentralizációja előtt készített egy további egészségügyi területekre és zónákra tagolódó egészségügyi térképet. Ezek a területek és zónák az ország egészségügyének alapvető szerkezeti elemei. A legtöbb regionális hatóság már a demográfiai változások és a helyi igények szerint alakította át egészségügyi térképeit.

Minden egészségügyi terület 200-250 ezer lakos számára biztosít egészségügyi ellátást. A területek mindegyike rendelkezik egy, a demográfiai és a földrajzi helyzetnek megfelelő, elérhető ellátást biztosító általános kórházzal.

Az egészségügyi területek lakosságuk népsűrűségétől függően változó számú egészségügyi zónára (BHZ) oszlanak. A zónák kialakításához alapkövetelményként határozták meg a szolgáltatások eléréséhez szükséges standard utazási időt, mely nem haladhatja meg a 30 percet. Így az egészségügyi zónákban ellátott lakosok száma meglehetősen eltérő 5000 és 25 000 fő között ingadozik.

A zónák fő irányító egysége az alapellátó csoport, mely koordinálja a betegségmegelőzést, egészségmegőrzést, a gyógyító ellátást és a népegészségügyi szolgáltatásokat. Az alapellátó csoport orvosvezetője, az alapellátást irányító területi vezetőnek tartozik beszámolóval.

Az egyes területeken az alapellátás és a szakellátás két vezetőség alá tartozik, és ez a struktúra az alapellátás előtérbe hozatalával, a kórházak hagyományosan meghatározó szerepének ellensúlyozására szolgál. Mind az alapellátást, mind a szakellátást vezető csoportokat a régió egészségügyi szolgálata jelöli ki, és ezek a vezetői teamek a regionális szolgáltatásnak tartoznak beszámolóval. A két vezetői csoportra tagolódó szerkezet számos kérdést vet fel az ellátás koordinációjával kapcsolatban, így több autonóm közösség már lépéseket tett az integrált irányítás kialakítására, de ez egyelőre még csak kezdeti stádiumánál tart, bár újító tendenciaként jelentkezik nemcsak az egyes régiókban, hanem az SNS alá tartozó egész egészségügyi rendszerben.

## Finanszírozás

### Egészségügyi kiadások

Az elmúlt két évtizedben az egészségügyi összkiadások növekedtek, 2000-ben a GDP 7,2%-át, 2010-ben 9,5%-át tették ki, és az egy főre jutó egészségügyi összkiadás vásárlóerő-paritáson számolva 3027 USD volt. Az egészségügyi kiadások GDP-hez viszonyított arányában az utóbbi időben némi visszaesés volt tapasztalható, mivel arányuk 2011-ben 9,1%-ra (OECD) csökkent.

### Forrásgyűjtés

Az állami kiadások aránya az egészségügyi összkiadásokon belül viszonylag egy szinten mozog, 2000-ben 71,6, 2010-ben 72,8% volt. (WHO HFA).

Jelenleg az összes állami egészségügyi kiadást (kivéve a közalkalmazottak kölcsönösségi alapjait) általános adókból finanszírozzák, amely a társadalombiztosítási modellt váltotta föl. Az új finanszírozási modellt 2001-ben fogadták el azzal a céllal, hogy garantálják a pénzügyi fenntarthatóságot. Az autonóm közösségek két fő forrása az adók és a központi kormányzat juttatásai. A közalkalmazottak kölcsönösségi (mutual) alapjainak finanszírozását 70%-ban az állam, 30%-ban pedig a közalkalmazottak saját befizetéseiből finanszírozzák.

Az egészségügy magánfinanszírozása az out-of-pocket kifizetésekből és az önkéntes egészségbiztosításból áll. A magánháztartások out-of-pocket kiadásai 2010-ben az összes egészségügyi kiadás 20,2%-át tették ki. (OECD). A spanyol egészségügyi rendszerben hivatalosan nincs költségmegosztás, kivéve a gyógyszerek és a legtöbb protézis esetében. Az önkéntes egészségbiztosítás kiegészítő jellegű, és nem elterjedt Spanyolországban. Ez a biztosítási forma ugyanazokra a szolgáltatásokra nyújt fedezetet, mint az állami szektor, de a szolgáltatásokhoz gyorsabb hozzáférést és a betegek számára nagyobb választási lehetőséget biztosít.

A nemzeti egészségügyi rendszer által lefedett szolgáltatások magukban foglalják az alapellátást, amely tartalmazza az orvosi és gyermekorvosi szolgáltatásokat, a prevenciót, az egészségfejlesztést és rehabilitációt, a specializált ellátást járóbeteg- és fekvőbeteg-ellátás formájában, amelyek lefedik az

---

összes orvosi és sebészeti akut szakellátást, gyógyszerészeti és kiegészítő juttatásokat, mint protézisek vagy ortopédiai segédeszközök.

Az SNS Térségközi Tanácsával egyeztetett 2006-os királyi rendelet az alábbi szolgáltatásokkal egészítette ki a szolgáltatási csomagot: népegészségügyi szolgáltatások, az alapellátás keretében végzett diagnosztikai vizsgálatok, fizioterápia, krónikus betegek számára nyújtott szolgáltatások, palliatív ellátás, bizonyos fogászati kezelések, a nappali kórházak és az otthonok tevékenységét is felölelő szakellátás, magasan műszerezett innovatív eljárások (pl. PET), transzplantáció, mesterséges megtermékenyítés, és a mentálhigiénés és rehabilitációs ellátás közösségi szolgáltatásokra való kiterjesztése.

Az autonóm közösségek szabadon határozhatják meg az általuk lefedett szolgáltatások körét, és a Térségközi Tanács ajánlásai szerint további szolgáltatásokkal is kiegészíthetik az SNS csomagot. 2010-ben a régiók szolgáltatási csomagjai a 2006-ban előírt fedezet bevezetése mellett az ortoprosztetikai szolgáltatások és fogászati ellátás igénybevételére is tartalmaztak további pontosításokat.

A 2012. április 20-án hozott 2012/16-os királyi rendelet az egészségügyi ellátásra való jogosultságot újrafogalmazta. Az adóból finanszírozott állami egészségügyi ellátáshoz való jogosultságot társadalombiztosítási járulékfizetésen alapuló rendszerre és jogosultságra változtatta. Az intézkedések 2012. szeptember 1-jén léptek életbe, de a biztosítás gyakorlata még nem valósult meg.

## **Forrásallokáció**

Spanyolország alapellátása állami finanszírozás alatt áll, és szolgáltatói többségükben fizetésben részesülő közalkalmazottak. A zónákban működő alapellátó csoportokban dolgozó háziorvosok fizetést kapnak, fejkvótával kiegészítve, ami a teljes fizetésük kb. 15%-át teszi ki. Az egyéni praxisban dolgozó háziorvosoknak fejkvóta alapon fizetnek.

Katalóniában az alapellátást magánszolgáltatók biztosítják. Az orvosok kis pénzalap-kezelő csoportjai a költségvetési allokációt bizonyos tényezőkhöz (a lakosok kora, neme, földrajzi megoszlása, jövedelmi viszonyai) igazítják. A teljes költségvetés 5%-a bizonyos célkitűzések (egészségmegőrzés betegségmegelőzés) teljesülése esetén nyerhető el.

Jelenleg az állami kórházak finanszírozása többnyire a kórház és a regionális hatóság közötti szerződéskötések alapján, globális költségvetés szerint történik. A szerződésekben foglalt célok teljesülését a vásárló szervezet a felek közötti megállapodások szerint rendszeresen ellenőrzi. Bár a szerződéses programok indikátorokon alapuló kiterjedt alkalmazása méltányosabb forrás-allokációhoz vezet, a DRG-k általánossá válása még nem valósult meg.

Néhány régió változtatott a finanszírozás technikáján. Az SNS-kórházak Katalóniában DRG-típusú finanszírozásra tértek át, helyenként ilyen alapon finanszírozzák a járóbeteg-ellátás keretében végzett jelentősebb sebészeti beavatkozásokat is, és szintén a DRG érvényes a nappali kórházi ellátásra, illetve a bonyolultabb kezelési és diagnosztikai eljárásokra.

---

## Egészségügyi szolgáltatások

### Népegészségügy

Az autonóm tartományok többségében a népegészségügy regionális irányítását az Egészségügyi és Szociálpolitikai Minisztérium egyik főigazgatóságként vagy intézetként működő részlege látja el. Feladatkörébe tartozik az epidemiológiai tájékoztatás és a népegészségügy felügyeletével foglalkozó hálózatok tevékenységének koordinálása. A minisztérium irányítása alatt állnak a szektorközi programok, így az egészséget befolyásoló környezeti tényezők pl. a vegyi anyagok felügyelete és ellenőrzése, az AIDS megelőzésére szolgáló országos program és a foglalkozás egészségügyi feladatok. E mellett a minisztérium a Spanyol Egészségügyi Szolgálat Térségekközi Tanácsának felkérésére koordinálja és felügyeli az autonóm tartományok népegészségügyi stratégiáit.

A népegészségügy szolgáltatásai két típusba sorolhatóak:

1) intézkedések a lakosság egészségvédelme érdekében: betegségmegelőzést és egészségmegőrzést szolgáló stratégiák kidolgozása és alkalmazásuk betartatása, járványügyi tájékoztató és felügyeleti rendszer működtetése a lakosság egészségének figyelemmel kísérésére és a váratlanul jelentkező egészségi problémákkal szembeni azonnali fellépésre

2) lakossági programok indítása

A népegészségügyi szolgáltatási csomag keretében indított programok a következők:

- szektorközi programok: az életvitelre és a környezeti tényezőkre irányuló programok

- integrált programok: a különböző életkorokra, a fertőző és nemfertőző betegségekre, sérülésekre és balesetekre, illetve az egyes lakossági csoportok speciális igényeire vonatkozó programok

### Alapellátás, járóbeteg-szakellátás

Spanyolország alapellátását, egy alapellátó (PHC) központokból és több-szakterületet átfogó szakember-csoportokból álló rendszer képezi.

Az egészségügyi központok látják el többségükben az alapellátás szolgáltatásaival egy-egy alapvető egészségügyi zóna lakosságát. A központok általában több rendelőlőből állnak, és az ezekben dolgozó szakembercsoportok tagjai: háziorvosok, gyermekorvosok, nővérek és szociális dolgozók. Vannak olyan egészségközpontok, amelyekben fizioterápiát vagy fogászati ellátást nyújtó rendelés vagy alapvető laboratóriumi és képalkotó diagnosztikai tevékenység is folyik. Ez a tevékenység azonban többnyire inkább a több központ betegeit átfogó centralizált ellátás keretében zajlik.

Az alapellátás másik helyszíne a helyi orvosi rendelő (LMO), mely főként a kevésbé sűrűn lakott vidéki területeket látja el. Ezek a területek az egészségügy decentralizált egységeiként több LMO is működik az alapellátás szolgáltatásait az idős lakosok számára is elérhetővé téve. A zóna nagyobb falvaiban található rendelőkben dolgozó háziorvosok és nővérek rendelési ideje bizonyos napokra vagy órákra korlátozódik, és a szakemberek tevékenységüket rotációban folytatják a terület különböző

lakosságcsoportjai részére. A rendelési időn kívül a sürgősségi ellátás centralizált formában érhető el a betegek számára.

Az ország háziorvosai (GP-k) kapuőr-szerepet töltenek be, és ők jelentik az első kapcsolódási pontot a lakosság számára az egészségügyi ellátáshoz. Ennek ellenére azonban - a beutalási rendszer hiányosságai miatt - sok beteg először a kórházak sürgősségi osztályait keresi fel.

A járóbeteg szakellátás kórházakhoz integrált poliklinikákon történik, amelyekben az ellátást is többnyire a kórházi munkaerő biztosítja.

## **Fekvőbeteg-ellátás**

A szakellátás a spanyol egészségügyi rendszer központi eleme. A speciális ellátás modelljei nagy eltéréseket mutatnak autonóm közösségek szerint. A kórházi kapacitás többnyire – a népsűrűség figyelembevételével – ésszerűen oszlik meg a különböző autonóm közösségek között, így a legsűrűbben lakott vidékek rendelkeznek a legtöbb egészségügyi intézménnyel, központtal. A kórházak többsége állami tulajdonban van, a kórházi dolgozók közalkalmazottak. Az ellátottság fokát a privát szektor által (pl. Madridban vagy Katalóniában) felfedezett piaci lehetőségek is meghatározzák)

A szektor legnagyobb problémái – bár történnek intézkedések az e-health fejlesztésre – az egészségügyi központokkal való együttműködés nehezítettsége, a betegek adatainak és diagnózisainak duplikációja, a kezelések késedelmessége, a hosszú várólisták és a sürgősségi felvételek nagy száma. Mindezzel együtt a lakosság megfelelőnek találja a fekvőbeteg-ellátás szolgáltatásait. 2010-ben 3,16 kórházi ágy jutott 1000 lakosra, 759 kórház működött, összesen 145 459 ágygal.

## **Rehabilitáció és hosszú távú ellátás**

Rehabilitációval az alapellátásban és a szakellátásban egyaránt foglalkoznak. Az alapellátó csoportok betegei főként központokba összpontosuló rehabilitációs szolgáltatásokat vehetnek igénybe.

A hosszú távú ellátás szolgáltatáscsomagja a következőket tartalmazza:

- a személyes autonómia előmozdítása és a segítségre szorulás megelőzése
- segítségnyújtás telemedicina révén
- otthoni segítségnyújtás
- ápolási otthonok az életvitelükhöz segítségre szoruló idős emberek számára
- gondozóotthoni ellátás a fogyatékosok típusa szerint.

Ezeket a szolgáltatásokat a szociális központokból és szolgálatokból álló hálózat nyújtja a rászorulóknak számára. A hálózat részei állami intézmények, referenciaközpontok, valamint akkreditációval rendelkező magán partnerközpontok. Az egészségügyben működő geriátriai és hosszú távú ellátást nyújtó ágyak száma 2011-ben kb. 15 ezer, az ágyak kevéssel több, mint harmada van állami tulajdonban. (MSSI, 2012) Az autonóm tartományok szabadon rendelkezhetnek a hálózat területükön való kialakításáról.

A hálózaton kívüli, vagy családban nyújtott ellátás esetén biztosított pénzügyi juttatás is részét képezi a szolgáltatáscsomagnak.



## Gyógyszerek

Az utóbbi években Spanyolországban a gyógyszerkiadások jelentik a legfőbb költségnövelő tényezőt.

A jogi szabályozást az Egészségügyi és Szociálpolitikai Minisztérium látja el, ugyanakkor a Gyógyszerészeti és Egészségügyi Termékügyi Főigazgatóság határozza meg azt, hogy mely gyógyszerek részesülhetnek állami költségvetési támogatásban. Azok a gyógyszerek, amelyek nem bizonyulnak eléggé hatékonyak, negatív listára kerülnek. A főigazgatóság referenciaár rendszer alapján határozza meg a gyógyszerárakat a költség-hatékonyságot figyelembe véve. 2010-ig a referenciaár a gyógyszercsoport átlagárán alapult, azóta a csoportok legolcsóbb gyógyszerének árát veszik alapul.

2012 júniusában 456 gyógyszer került negatív listára, és a megszorító intézkedések értelmében a gyógyszerek árához jövedelemfüggő hozzájárulást vezettek be, egyben visszavonták a nyugdíjasok co-payment alóli mentességét.

A jövedelemfüggő co-payment mértéke a következő:

- a kiskereskedelmi ár 60 százaléka 100 000 euró/éves jövedelem felett,
- 50 százaléka 18 000 és 100 000 euró közötti éves jövedelem esetén,
- 40 százaléka 18 000 euró/év alatt,
- 10 százalék nyugdíjasok számára 100 000 euró/év alatt.

A kifizetésekre a következő küszöbértékek érvényesek:

- a krónikus betegek számára kiszolgáltatott vény nélküli gyógyszerekre a kiskereskedelmi ár maximum 10 százaléka számítható fel,
- a nyugdíjasok havi kiadásaira visszatérítés jár 18 000 euró/év alatti járandóság esetén 8,14 euró felett,
- 18 000 és 100 000 euró/év esetén 18,32 euró felett,
- 100 000 euró/év felett 61,08 euró felett.

A co-payment alól mentesülnek a szociális segélyezettek, az adómentes nyugdíjban részesülők, a segélyben már nem részesülő munkanélküliek, a munkahelyi balesetet szenvedettek.

Hasonló co-payment-értékek érvényesek az orthoproszthetikai és az étrend kiegészítő termékekre és a nem sürgősségi betegszállításra.

A gyógyszerelés költség-hatékonyságát előmozdító intézkedések között szerepel a gyógyszerek kiszerezésének a szokásos adagoláshoz és a kezelések szokásos idejéhez való igazítása, az aktív hatóanyag alapján történő gyógyszerrendelés kötelezővé tétele, és az olcsóbb gyógyszerváltozatok kiszolgáltatásának előírása a kiskereskedők számára.

## Egészségügyi dolgozók

Spanyolországban az orvosok száma az ezredfordulóig növekedett, majd a 2002-ig tartó visszaesés után 2005-ig újból emelkedés volt tapasztalható. 2005-ben az orvosok lakossághoz viszonyított aránya

376,7/100 000 volt, és a továbbiakban egy ingadozó értékeket mutató ötéves stagnáló periódus után 2010-ben 377,9 orvos (75,1/100 ezer általános orvos) jutott 100 ezer lakosra. Csak 2010 és 2011 között mutatkozott kiugróbb növekedés az orvoslétszámban mivel az orvosok lakossághoz viszonyított aránya 2011-ben 396,84/100 000-re nőtt. Az ápolónők lakossághoz viszonyított aránya 504,4 /100 ezer 2010-ben, nem sokkal haladta meg az orvosok lakossághoz viszonyított arányát, így jóval elmaradt az Európai Unió átlagától.

Az egészségügy dolgozói létszámának tervezése a regionális adatnyilvántartások országos adatbázisba foglalásával még megoldásra váró feladat.

## Minőségügy

Spanyolország nagyobb autonómiával rendelkező közösségeinél – Andalúziában és Katalóniában - a regionális kormány fennhatósága alatt működik az egészségügyi ellátás minőségfejlesztésével és a betegbiztonsággal foglalkozó állami szervezet.

Az andalúziai Minőségügyi Hivatal akkreditációs programjai a következő területeket fogják át:

- az egészségügyi központok és részlegek akkreditációja (ide tartoznak a kórházak, az alapellátó, klinikai és kórházi részlegek, a hemodializáló egységek, klinikai laboratóriumok, diagnosztikai képalkotó eljárást folytató egységek és a vértranszfúziós központok)
- az egészségügyi szakemberek 70 különböző szakterületen vizsgált kompetenciájával kapcsolatos akkreditációk
- a továbbképzéssel kapcsolatos tevékenységek, programok és a képzést folytató központok akkreditációja
- az egészségügyi web-oldalak akkreditációja.

Katalóniában az Egészségügyi Minisztériumhoz tartozó Egészségügyi Minőségértékelő Hivatal (AQUAS) segíti minőségértékelő tevékenységével a katalán egészségpolitika döntéshozóit, az egészségügyi vezetőket, a gyógyító tevékenységet folytató szakembereket és az állampolgárokat. A hivatal benchmarking-gal, a jó gyakorlat meghatározásával és hatáselemzésekkel foglalkozik.

## e-egészségügy

Spanyolországban az e-egészségügy jogi hátterét többek között a következő törvények szabályozzák :

- a személyes adatok védelméről szóló 1999. december 13-ai 15/1999-es törvény
- a klinikai tájékoztatással és dokumentációval kapcsolatban a betegek autonómiáját, jogait és kötelezettségeit szabályozó 2002. november 14-i 41/2002-es törvény és
- az Egészségügyi Rendszerek Kohéziójáról és Minőségéről rendelkező 16/2003-as törvény.

Jelenleg a kórházak több mint 93 százaléka dolgozik interoperábilis IT rendszerekkel. Az interoperábilis rendszerek a kórházak 11 százalékánál egy intézmény egy telephelyén belül, 27 százalékánál több

---

telephely között és 62 százaléknál intézmények között is működnek. A regionális egészségügyi hatóságok az IT költségvetés mintegy 95 százalékával rendelkeznek.

A HL7 (egészségügyi szintre vonatkozó) nemzetközi standardok széles körben elfogadottak Spanyolországban. Ezek segítségével válik lehetővé a (sokszor saját fejlesztésű) kórházi, laboratóriumi rendszerek közötti adatcsere. Az Egészségügyi Vezetők Spanyol Társasága (SEDISA) és a HL7 Spain 2013 februárjában együttműködési megállapodást írt alá a HL7 standardoknak a tagok általi elfogadásáról. Az Andalúz Egészségügyi Szolgálat szervezeti keretei között kötelezővé tette a HL7 standardok teljes körű alkalmazását.

Az e-egészségügy támogatására országos szinten is számos kezdeményezés történik:

- az interoperábilis egészségbiztosítási kártya alkalmazása minden régióban,
- jogszabályok szabályozzák az egészségügyi jelentésekben feltüntetendő információkat,
- a betegekre vonatkozó teljeskörű információk igénylése minden szolgáltatótól,
- adatjelentési kötelezettség az Egészségügyi Minisztérium számára,
- elektronikus gyógyszerrendelés.

Spanyolország Andalúziában kezdte el bevezetni az egészségügyi adatok elektronikus nyilvántartását (EHRs), nyolc millió ember körében állítva fel EHR-t. Ezt a kezdeményezést továbbiak követték az ország más régióiban, és a regionális egészségügyi nyilvántartásokat jelenleg szövetségi szintű nyilvántartásba integrálják. Az orvosok hozzáférhetnek a betegek alapadataihoz, így pl. egy összefoglaló dokumentumhoz és a zárójelentésekhez, ha a betegek az egyik régióból egy másik régióba költöznek át.

A kormány 2005-ben hozott jogszabályt az elektronikus gyógyszerrendelés engedélyezésére. Így 2010-re Spanyolország már az elsők között alkalmazta az e-prescription technológiát. Az Egészségügyi Minisztérium a Snomed-ct terminológiát használja az e-recept rendszer támogatására. 2014 februárjában a gyógyszerrendelés 70 százaléka ebben a formában történt.

## **Egészségügyi reformok**

Spanyolországban a decentralizációs folyamatok alapját az SNS Kohéziós és Minőségügyi Törvénye (2003) teremtette meg. Az egészségügyi rendszer decentralizációja, mely egybeesett a 2008-as pénzügyi válság előtti gazdasági fellendüléssel, ösztönzőleg hatott az egészségügyi beruházásokra és az egészségügyi szolgáltatások rugalmasabbá válására,

Bár a törvény Országos Kohéziós Pénzalapot állított fel a földrajzi egyenlőtlenségek kezelésére, ez elsősorban azoknak a kiadásoknak a térítésére szolgált, mely a saját régiójukon kívül fekvőbeteg-ellátásban részesülő betegek ellátása során merült fel, és így nem vezetett az egyenlőtlenségek csökkenésére.

2008 júniusában javaslat született egy Országos Egészségügyi Megállapodás kidolgozására az alábbi témakörökben:

- egészségpolitikai irányelvek,

- humánerőforrás-politika,
- a költségvetés fenntarthatóságának biztosítása,
- újíto törekvések koordinálása,
- kábítószertfüggőség felszámolása.

2009 decemberében az Alapvető Állami Szolgáltatásokat Garantáló Pénzalap felállításával új regionális pénzügyi rendszert vezettek be, mely egy közös alapba integrálta a Kohéziós Alap mellett az oktatás, a szociális szolgáltatások és az egészségügyi ellátás erőforrásainak 80%-át.

A spanyol egészségügy decentralizációjának árnyoldalai közé tartoznak az indokolatlanul nagy eltérések a régiók, egészségügyi területek és kórházak között a szolgáltatások hozzáférése, minősége, biztonsága és hatékonysága terén, és nagyon korlátozott a kapcsolat az egészségügyi információ vonatkozásában országos viszonylatban, és a regionális egészségügyi rendszerek között egyaránt.

A decentralizált egészségügyi rendszer előtt álló kihívások közé tartozik a regionális finanszírozási rendszer reformja, az országos informatikai rendszer kiépítésének befejezése, a regionális egyenlőtlenségek csökkentése, valamint a központi és a regionális szintek közötti koordináció előmozdítása.

A 2010-2013-as időszakra szóló középtávú célkitűzés a következő intézkedések megvalósítása volt:

- egységes rendszer létrehozása a humán erőforrás-fejlesztésre,
- az egészségügyi szakemberekről országos nyilvántartás készítése és naprakészen tartása,
- országos rendszer felállítása az egészségügyi eredmény mutatókról,
- az egészségügyi technológiaértékelés fokozott szerepvállalásának erősítése az SNS szolgáltatási csomagjának aktualizálásában.

Az Európai Stabilitási Keretprogramnak megfelelően a pénzügyi válság után a Spanyol Egészségügyi Szolgálat hatékonyságra törekvő intézkedéseit az egészségügy számára nyújtott állami erőforrások minimalizálása határozta meg.

Az Államkincstár által a 2012-2015-ös időszakra kiadott stabilitási program egyebek között a következő területeken jelzett előrelátható megtakarításokat az egészségügyi kiadásokban:

- változások az ellátásra való jogosultságban, különös tekintettel a külföldi állampolgárok jogosultságára,
- a szolgáltatási alapsomag átalakítása,
- a szolgáltatások hatékonyságának fokozása,
- a gyógyszerforgalmazás racionálisabbá tétele referenciaárak alkalmazásával és a generikumok rendelésével,
- az emberi erőforrás átstrukturálása

Az előzőekben a reformok a termékek árának visszafogására és a szolgáltatási csomag költség-hatékonysági elemzéseken alapuló átalakítására összpontosítottak. A stabilitási program keretében a

---

jogalkotás országos szintű összegzést lehetővé tevő központosított közbeszerzést írt elő az egészségügyi termékek beszerzésére.

## Források

- [1] Spanish Treasury (2012). Update of the Stability Programme of the Kingdom of Spain 2012-15, May 2012 [Actualización del Programa de Estabilidad del Reino de España 2012-15, Mayo 2012].  
<http://www.lamoncloa.gob.es/NR/rdonlyres/0E911A5C-F0F6-490F-8280-1AE0EDC539CE/202009/ActualizacinProgramaEstabilidad2.pdf>
- Arguasca, T.M. \_ Argimon, J.: Country Case Study Spain: Primary care in Catalonia. 2008.04.2-6.  
[http://www.allgemeinmedizin.uni-jena.de/sites/allgemeinmedizin/content/e921/e3797/e3840/Catalonia\\_ger.pdf](http://www.allgemeinmedizin.uni-jena.de/sites/allgemeinmedizin/content/e921/e3797/e3840/Catalonia_ger.pdf)
- Armesto, S.G. – Delgado, E.B. – Estupiñán, F.: Changes in scope, breadth and depth of the SNS benefits. Royal Decree Law 16/2012, of 20 April, on "urgent measures to ensure the sustainability of the SNS and improve the quality and safety of its services".  
<http://www.boe.es/boe/dias/2012/04/24/pdfs/BOE-A-2012-5403.pdf>
- CIDOB: Spanish Public Healthcare System: Is it Sustainable? In Focus, 2013.02.  
[http://www.cidob.org/en/publicacions/articulos/spain\\_in\\_focus/february\\_2013/spanish\\_public\\_healthcare\\_system\\_is\\_it\\_sustainable](http://www.cidob.org/en/publicacions/articulos/spain_in_focus/february_2013/spanish_public_healthcare_system_is_it_sustainable)
- Country statistical profile: Spain 2013  
[http://www.oecd-ilibrary.org/economics/country-statistical-profile-spain\\_20752288-table-esp](http://www.oecd-ilibrary.org/economics/country-statistical-profile-spain_20752288-table-esp)
- DURÁN, Antonio: Health system decentralization in Spain: a complex balance. Euro Observer, 2011, 13, 1, 7-9.  
[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/135664/EuroObserver13\\_1.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/135664/EuroObserver13_1.pdf)
- ePrescription in Spain. <http://ehealth2014.org/wp-content/uploads/2014/05/ePrescription-in-Spain.pdf>
- Eurostat structural indicators:  
[http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/structural\\_indicators/indicators/economical\\_context](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/structural_indicators/indicators/economical_context)
- Health Systems in Transition. Spain. Health System Review 2010  
[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/128830/e94549.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/128830/e94549.pdf)
- Les Espagnols digèrent difficilement la pilule de la réforme de la santé  
<http://www.latribune.fr/actualites/economie/union-europeenne/20120627trib000706082/les-espagnols-digerent-difficilement-la-pilule-de-la-reforme-de-la-sante.html>
- Martínez, R-G., Cremades, L.V., Masella, C.: E-health experiences in Spain: mapping and analysis. Escola Técnica Superior d'Enginyeria Industrial de Barcelona, 2012.07.18.  
<http://upcommons.upc.edu/pfc/bitstream/2099.1/18047/1/E-health%20experiences%20in%20Spain%20mapping%20and%20analysis.pdf>

- Medinilla Corbellini, A. et al: Country Brief: Spain. e-Health Strategies, 2010.10.  
[http://www.ehealth-strategies.eu/database/documents/Spain\\_CountryBrief\\_eHStrategies.pdf](http://www.ehealth-strategies.eu/database/documents/Spain_CountryBrief_eHStrategies.pdf)
- New legislation transforms Spain's health system from universal access to one based on employment. British Medical Journal, 2012.05.09.  
<http://www.bmj.com/content/344/bmj.e3196>
- OECD Health for All Database  
<http://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=HEALTH>
- Spain: Stricter rules on prescribing, Eurohealth Vol 16 No 3  
[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/129436/Eurohealth16\\_3.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/129436/Eurohealth16_3.pdf)
- Strategic Interoperability in Germany, Spain & the UK The Clinical and Business Imperative for Healthcare Organisations. HIMSS Europe, 2014. <http://www.intersystems.com/assets/Strategic-Interoperability-in-Germany-Spain-and-the-UK-The-Clinical-and-Business-Imperative-for-Healthcare-Organisations.pdf>
- THOMAZEAU, A.-M.: Espagne: 7 milliards d'économies à faire sur la santé. Viva Presse, 2012.12.03.  
[http://www.viva.presse.fr/Espagne-7-milliards-d-economies-a\\_17583.html](http://www.viva.presse.fr/Espagne-7-milliards-d-economies-a_17583.html)

Budapest, 2013. augusztus