

# TÁJÉKOZTATÓ ORSZÁGTANULMÁNY CSEHORSZÁG EGÉSZSÉGÜGYÉRŐL

---



Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság  
Rendszerelemzési Főosztály

2014. október

## Tartalom

Gazdasági-politikai környezet.....	2
Demográfia .....	3
Az egészségügyi rendszer általános jellemzői.....	3
Finanszírozás .....	4
Egészségügyi szolgáltatások.....	6
Egészségügyi dolgozók .....	9
Minőségügy .....	9
Egészségügyi reformok .....	10
Források .....	12

## Gazdasági-politikai környezet

### Alapvető gazdasági indikátorok<sup>1</sup>

A GDP növekedési rátája az előző évhez képest:

2009: -4,5 százalék

2010: 2,5 százalék

2011: 1,8 százalék

2012: -1 százalék

2013: -0,9 százalék

Inflációs ráta, 2013: 1,4 százalék

Munkanélküliségi ráta, 2014. augusztus: 6,3 százalék

Államháztartási egyenleg a GDP százalékában, 2013: -1,5 százalék

Államadósság a GDP százalékában, 2013: 46 százalék.

Csehországot a gazdasági válság a korábbi (2005-2007 között 6,8; 7,0; 5,7 százalékos) gazdasági növekedést követően először a kereskedelmen keresztül érintette, de bizalmi hatásai is voltak, így például a hitelfeltételek szigorítása és a külföldi beruházások csökkenése. A cseh gazdaság növekedési üteme 2008-ban 3,1 százalékra lassult, majd a válság hatására 2009-ben 4,5 százalékkal csökkent. Ezt követően mérsékelt fellendülés következett be: 2010-ben 2,5 százalékos növekedés volt tapasztalható, melynek motorja az export volt. 2011-ben a növekedés mértéke 1,8 százalékra esett vissza, 2012-ben pedig 1 százalékos, 2013-ban 0,9 százalékos csökkenés volt megfigyelhető. Az inflációs ráta 2009-ben történő hirtelen csökkenése (0,6 százalék) után ismét növekedett, 2012-ben 3,5 százalék, ami 2013-ban 1,4 százalékra mérséklődött. Az államháztartás egyenlege a 2000-es években végig negatív volt, a 2007-es mérséklődést (-0,7 százalék) követően ismét növekedett (2009-ben -5,8 százalék), majd az utóbbi években folyamatosan csökkent (2013-ban -1,5 százalék). Az államadósság mértéke az utóbbi években folyamatosan növekedett (2013-ban 46 százalék). (Eurostat)

Csehország parlamentáris köztársaság. Az állam élén a cseh köztársasági elnök áll. 2013 márciusa óta ezt a tisztséget Miloš Zeman tölti be, aki Csehország első közvetlenül választott államfője (elődje: Václav Klaus 2003-2013 között). A cseh elnök valós politikai szerepe erősen korlátozott, legerősebb jogköre a parlamenti törvényekkel szembeni vétőjog. A végrehajtó hatalom letéteményese a kormány.

A cseh törvényhozó hatalom a kétkamarás Cseh Parlament. A Képviselőház 200 tagjának mandátuma négy évre szól. A Szenátus 81 tagját hat évre választják úgy, hogy minden második évben a testület egyharmadát újraválasztják. A képviselők és a szenátorok választása titkos szavazás útján történik, a választás közvetlen, egyenlő és általános.

A 2010-ben hatalomra került jobbközép koalíció (Polgári Demokratikus Párt (ODS), a TOP 09 és a Közügyek Pártja) egy korrupciós botrány következtében 2013 júniusában lemondásra kényszerült. A

---

<sup>1</sup> Eurostat.

2013 októberében tartott előrehozott parlamenti választásokon a legtöbb szavazatot a Cseh Szociáldemokrata Párt (CSSD) szerezte meg, mely az ANO (Igen) Mozgalommal és a Kereszténydemokrata Unió - Csehszlovák Néppárttal (KDU-CSL) együtt alakított kormányt. A kabinet élén Bohuslav Sobotka miniszterelnök áll.

## Demográfia

A lakosság száma 2013 év végén 10 512 ezer fő volt, ami az előző évhez képest 3,7 ezer fős csökkenést jelent (ebből 1,3 ezer fő a negatív migrációs egyenleg, 2,4 ezer fő pedig a születésszámot meghaladó halálozások következtében). A lakosság számának növekedése 2013-ban fordult csökkenésbe hétéves növekedési periódust követően. A születési ráta 2013-ban 10,2, a halálozási ráta 10,4 ezrelék. (CZSO, 2014, ÚZIS, 2014)

Évtizedek óta jellemző a lakosság öregedése, ami szorosan összefügg a fiatalkorúak arányának csökkenésével. A 14 év alattiak aránya 2013-ban 15 százalék, a 65 év fölöttiek aránya 17,49 százalék. A születéskor várható élettartam folyamatosan emelkedett (2013-ban férfiak 75,2 év, nők 81,1 év) és jelentősen csökkent a csecsemőhalálozás (2012-ben 2,62 ezrelék). (WHO-HFA 2014. április; ÚZIS, 2014)

Jellemző az ún. civilizációs megbetegedések növekvő gyakorisága. A vezető halálokok a keringési rendszer betegségei (2013-ban az összes halálozás 47,4 százalékát okozták), ezt követik a daganatos betegségek (25,1 százalék), a légzőszervi megbetegedések (6,3 százalék), a külső okok (5,1 százalék), valamint az emésztőszervi betegségek (4 százalék fölött). A keringési betegségeken belül a szívbetegség és a stroke halálozási rátái különösen aggasztóak. A szívbetegség okozta halálozások aránya 2011-ben 100 ezer főre 260,4 (az OECD-átlag (115,2) majdnem kétszerese). Ugyanakkor a szívinfarktus okozta halálozások terén javulás figyelhető meg: 2001 és 2011 között felére csökkent. A stroke esetében a halálozási ráta 2011-ben 100 ezer főre 106,4 volt (vö: OECD-átlag 69,1). Habár a daganatos megbetegedések új eseteinek gyakorisága növekedett az utóbbi időben, a standardizált halálozási ráta 2000 óta stagnál. 2011-ben a leggyakoribb daganatos megbetegedés a férfiak esetében a prosztaták, nők esetében a mellrák volt. (ÚZIS, 2014)

A kezelt diabéteszben szenvedők száma növekedést mutat, 2011-ben a diabétesz gyakorisága 8 százalék fölötti (vö: OECD-átlag: 6,9 százalék). Ezzel párhuzamosan a felnőttkori obezitás rátái is növekedtek: 2000-2011 között 14 százalékról 21 százalékra, a 15 évesek körében pedig 9 százalékról 15 százalékra. A tuberkulózis gyakorisága Csehországban viszonylag alacsony (2013-ban 4,8 100 ezer főre), ugyanakkor a férfiak esetében kétszer olyan gyakran fordul elő, mint a nőknél.

A dohányzás aránya a felnőttek körében az OECD-országok közül egyedül Csehországban növekedett 2000 és 2011 között, mintegy 5 százalékkal (vö: az OECD-átlag 21 százalékos csökkenés). 2012-ben a 15 év fölötti cseh lakosság 22,9 százaléka dohányzott napi rendszerességgel. 2010-ben a 15 év fölöttiek egy főre jutó éves alkoholfogyasztása 12,69 liter volt. (OECD, 2014, WHO-HFA 2014. április)

## Az egészségügyi rendszer általános jellemzői

Csehország egészségügyi rendszere kötelező egészségbiztosításon alapul, amely több-biztosítós rendszerben működik.

Az egészségügy irányító szerve az Egészségügyi Minisztérium (Ministerstvo zdravotnictví). Kiemelt feladatai közé tartozik az egészségpolitika kialakítása, az egészségügyi rendszer ellenőrzése, az

egészségügyi jogszabályok előkészítése, az egészségmegőrzési programok, az orvostudományi kutatások támogatása, az egészségvédelemmel és egészségfejlesztéssel foglalkozó intézmények irányítása, a közvetlenül hozzá tartozó intézmények (oktatókórházak, országos hatáskörű speciális intézmények) működtetése, az egészségügyi információs rendszer menedzselése, az egészségbiztosítási alap felügyelete.

Az egészségügyi ellátórendszer decentralizációja és a gyors ütemű privatizáció következtében az integrált egészségügyi intézmények hálózata a 90-es évek elején feloszlott. Addig mintegy 300 intézmény működött, számuk jelentősen növekedett, 2013 év végén az önálló egészségügyi intézmények száma 29 218 volt, ebből 24 979 önálló, járóbeteg ellátást nyújtó intézmény, vállalkozás. Az állami intézmények száma 213, a nem állami 29 006 (cseh besorolás szerint az önkormányzati tulajdon is a nem állami kategóriát bővíti, így ebből a számból 149 a megyei önkormányzatok, 156 a városi, ill. helyi önkormányzatok, 28 700 pedig természetes vagy jogi személy, vagy egyház tulajdonában van). A fogászati ellátás, a gyógyszertárak és a járóbeteg-rendelők 95 százaléka magánintézmény lett. A kórházak többsége eleinte állami tulajdonban maradt, a privatizációs folyamat néhány éve kezdett felgyorsulni (ÚZIS, 2014).

## Finanszírozás

### Egészségügyi kiadások

Csehországban az egészségügyi kiadások gyorsabban növekednek, mint a GDP. Az egészségügyi kiadások GDP-hez viszonyított aránya 2012-ben 7,66 százalék volt, az egy főre jutó összes egészségügyi kiadás 2045,98 amerikai dollár volt vásárlóerő-paritáson számolva. (WHO-HFA 2014. április)

### Forrásgyűjtés

2013-ban az összes egészségügyi kiadás 84,7 százalékát alkották az állami kiadások. A kiadások túlnyomó részét az egészségbiztosítás rendszeréből fedezik. Az összes kiadás 79 százalékát az egészségbiztosítás, 5,7 százalékát az állami és az önkormányzati, 15,3 százalékát pedig a magánkiadások képezik. (ÚZIS, 2014) A kötelező egészségbiztosítási járulékok mértéke az adózás előtti bérek 13,5 százaléka, ebből a munkavállalók 4,5 százalékot, a munkáltatók 9 százalékot fizetnek. A kivetési alap minimuma a havi minimálbér: 8 500 korona. Az önálló vállalkozók a költségekkel csökkentett bevétel 50 százaléka után fizetik a járulékot (13,5 százalékot) (kivetési alap minimuma éves szinten a havi átlagbér felének 12-szerese, azaz 155 625 korona). Az állam által a nyugdíjasok, gyermekek, munkanélküliek stb. után fizetett járulék mértéke szintén 13,5 százalék, kivetési alapja 5 829 korona. (MISSOC, 2014) A magánkiadások arányát tekintve a cseh adatok a legalacsonyabbak között vannak az OECD országok között, bár az arány növekvő tendenciájú. A co-paymentet (cseh elnevezés szerint egészségügyi regulációs díjakat) 2008. január 1-től vezették be. A háziorvosi, szakorvosi vagy fogorvosi vizit esetében fizetendő összeg 30 korona. A kórházi napidíjat 2014. január 1-től eltörölték. A sürgősségi ellátás igénybevétele esetében az önrész mértéke 90 korona. A díjfizetési plafon évente 2500 korona a 18 év alattiak és a nyugdíjasok számára, ill. 5000 korona a többi lakos számára.

A receptfelírás díja 30 korona receptenként minden részben vagy teljes mértékben támogatott gyógyszer esetében. Egy receptre két különböző típusú gyógyszer írható fel. Minden gyógyszercsoportban legalább egy gyógyszer mentesül a co-payment alól.

Nem lehet kivetni vizitdíjat a 18 év alattiak számára, ezen kívül preventív vizsgálat, egyes betegcsoportok és terhes nők gyógyszerellátása, hemodialízis, laboratóriumi vagy diagnosztikai vizsgálat, ill. transzfúziós vizsgálat esetén. (MISSOC, 2014). Mentessülnek a díjak alól a gyermekotthonokban élők, a fogyatékosokat ellátó otthonokban vagy időotthonokban élők, amennyiben bevételük nem éri el a 800 koronát, a bírósági védelem alatt állók, a hátrányos anyagi helyzetűnek minősülő személyek, a fertőzőes betegség miatt kezelésre kötelezett személyek stb. A gyógyszerek co-paymentje esetében nincs mentesség.

### **Az egészségbiztosítás rendszere**

Az egészségügyi rendszer finanszírozásában meghatározó a kötelező egészségbiztosítás, amely szolidaritáson és egyenlő hozzáféréseken alapul, az ellátók és finanszírozók közötti szerződések útján biztosítja a lakosság részére a szükséges szolgáltatásokat.

Csehországban 1991-ben hoztak törvényeket az általános egészségbiztosításról és az Általános Egészségbiztosítóról (VZP), amely 1992-től működik. 1992-ben született törvény a szakágazati egészségbiztosítókról. Az eredetileg létrejött 27 biztosító száma 7-re csökkent (egyes biztosítók fuzionáltak, mások csődbe mentek). A vezető szerepet ma is az Általános Egészségbiztosító (VZP) tölti be (a biztosítottak 60 százaléka tartozik ide). A VZP rendelkezik a legnagyobb befolyással az egészségbiztosítók között, részben a piaci részaránya miatt, részben pedig azért, mert biztonsági hálóként szolgál azon egészségbiztosítók tagjai számára, amelyek tönkrementek vagy bezártak.

Az egészségbiztosítók non-profit elven, független szervezetekként működnek, felügyeletüket az Egészségügyi Minisztérium látja el. A kockázati szelekció hatásainak csökkentése céljából a járulékok újraelosztásra kerülnek. Az újraelosztási alapba a biztosítók a bevételek 100 százalékát utalják át, beleértve az állami hozzájárulást is.

Az egészségbiztosítási alapok hagyományosan csak az ellátások finanszírozóiként jelennek meg, és nem szolgáltatásvásárlókként lépnek föl a páciensek számára. Ennek oka részben az Egészségügyi Minisztérium viszonylag szigorú szabályozása volt. A helyzet csak az utóbbi években kezdett lassan változni.

Az egészségbiztosítás az egész lakosság részére fedezetet nyújt, az inaktív csoportokat is beleértve (a lakosság fele államilag biztosított). Az alap szolgáltatáscsomag szinte az összes szolgáltatást lefedi, amely nem szerepel a negatív listán. A betegek két évente válhatnak biztosított.

A magán egészségbiztosítás Csehországban kismértékű, és elsősorban külföldiek veszik igénybe. Magán kiegészítő biztosítást a kötelező egészségbiztosítók nem nyújtanak, néhány kereskedelmi biztosító foglalkozik a szolgáltatással.

### **Forrásallokáció**

A háziorvosok önálló praxisban dolgoznak, az egészségbiztosítóval kötött szerződés alapján kapják díjazásukat (kombinált térítési rendszer alapján, amelyben a fejkvóta a meghatározó, kb. 70 százalék). Azok a háziorvosok, akik a minőségi ellátás programjában (ACCORD) vesznek részt, kb. 10 százalékos megnövekedett fejkvótát kapnak. Bizonyos megelőző vizsgálatokra, vastagbélrák szűrésre és egyéb szolgáltatások teljesítésére vonatkozó indikátorok esetében kiegészítő bónuszban is részesülhetnek.

Kiegészítő finanszírozásban részesülnek továbbá azok a praxisok, melyek gazdaságilag elmaradott területen találhatóak.

A szakorvosok pontrendszer szerint, szolgáltatásokon alapuló díjazásban részesülnek.

1997-től a kórházakat vegyesen, egy adott évre járó fix összeggel és teljesítményük arányában finanszírozzák az egészségbiztosítókkal kötött szerződések alapján. Amennyiben a biztosítókkal nem tudnak megegyezni, az Egészségügyi Minisztérium szabja meg a díjazás mértékét. A kórházak az egészségbiztosítóval megegyezhetnek a DRG-rendszer alapján történő finanszírozásban is. Csehországban 1996 óta foglalkoznak a DRG-rendszer kidolgozásával, és ebben elsősorban az Általános Egészségbiztosító (VZP) vállalt szerepet. 1997-1999 között, majd 2000-ben indították el 19 egészségügyi intézményben az előkészített projekteket, azonban teljes körű bevezetésükre nem került sor. 2002-ben az Egészségügyi Minisztérium felügyeletével elkészült a DRG rendszer új verziója, és 2007 óta növekvőben van a csatlakozó kórházak száma. Az egészségügyi szolgáltatók finanszírozására limitek vannak érvényben. (Asisp, 2013)

## Egészségügyi szolgáltatások

### Alapellátás, járóbeteg-szakellátás

Az egészségügyi alapellátás a városi, ill. községi önkormányzatok felelősségi körébe tartozik. Az alapellátást nyújtó orvosok - felnőtteket, illetve gyermekeket ellátó háziorvosok, fogorvosok és szülésznőgyógyászok - többsége az egészségbiztosítóval kötött szerződés alapján magánorvosként dolgozik.

A lakosok szabadon választhatnak orvost (új orvoshoz történő bejelentkezésre háromhavonta van lehetőség). Az egészségügyi alapellátást nyújtó háziorvosok kb. 6400 rendelőben működnek (2013). 2011-ben egy háziorvosi praxis átlagosan 1632, egy gyermekorvosi pedig 952 főt látott el. (ÚZIS, 2014) A háziorvosok szakmai felügyeletét a Cseh Orvosi Kamara gyakorolja.

A háziorvosok mellett kb. 1200 nőgyógyász és 5600 fogorvos dolgozik még az alapellátásban.

A járóbeteg-szakellátást főként magánorvosok végzik független magánpraxisban, vagy állami, önkormányzati tulajdonban levő önálló rendelőkben, rendelőintézetekben. A rendelőkben, vagy a kórházak ambulanciáin dolgozó alkalmazottak is részt vesznek az ellátásban. A betegek szabadon fordulhatnak szakorvoshoz, gyakran keresik fel a szakorvost az alapellátás kikerülésével olyan esetekben is, amikor elegendő lenne háziorvoshoz fordulni. A szakorvosok mintegy 200 rendelőintézetben, 130 egészségügyi központban, valamint 7100 önálló szakorvosi rendelőben működnek (2010). (ÚZIS, 2014)

### Fekvőbeteg-ellátás

Csehország sűrű kórházi hálózattal rendelkezik. A kórházak három szintje különböztethető meg. A legmagasabb szintű intézmények a minimum 1000 ágygal rendelkező egyetemi kórházak, specializált intézmények, a regionális és városi kórházak. Az aktív kórházi ellátás jelentős részét az átlagosan 700 ágygal rendelkező kórházak, valamint a 200 ágyas helyi (városi és községi) kórházak alkotják.

2013 végén 188 kórház működött az országban, összesen 56 807 ágygal (100 ezer lakosra számítva 540,4 ágy, az aktív ágyak aránya 83 százalék), valamint 158 specializált terápiás intézmény (szanatórium, hospice stb.), 21 197 ágygal (100 ezer lakosra számítva 201,7 ágy). (ÚZIS, 2014) 2000 után az aktív ágyak száma folyamatosan csökkent.

Az Egészségügyi Minisztérium a magasan specializált szolgáltatásokat kijelölt intézményekbe központosította, amelyek a legfejlettebb ellátást biztosítják az onkológia, a kardiológia, a traumatológia és a szív- és érrendszeri megbetegedések terén. Ezt a fejlesztést az EU Strukturális Alapokból elérhető támogatásokból finanszírozták. A biztosítók inkább a specializált ellátást nyújtó kórházaktól vásárolnak fejlett szolgáltatásokat, így ezek a kijelölt kórházak kapnak támogatást a legfejlettebb orvosi technológiára, gyógyszerekre, felszerelésekre. Ennek következtében kiadásaik az elmúlt évtizedben nagymértékben növekedtek, miközben a nem kijelölt kórházak támogatása csökkent. A változások miatt a nem kijelölt kórházakra tartós nyomás nehezedik, hogy zárjanak be egyes osztályokat.

### **A kórházak privatizációs folyamata**

Csehországban az egyetemi, illetve szakkórházak állami tulajdonban vannak. 2003-ban a regionális és helyi kórházakat az állam átadta az önkormányzatoknak. Tulajdont érintő privatizációra csak néhány kisebb kórház esetében került sor, például a korábban egyházi tulajdonban lévő kórházak visszakérültek eredeti tulajdonosaikhoz, és non-profit szervezetként működnek. 2000 után kormányoktól függően változtak az elképzelések arról, hogy a kórházak részvénytársasági vagy nonprofit formában működjenek. A 2006 előtti egészségügyi kormányzat javaslata szerint a non-profit kórházak képezték volna a kórházi hálózat alapját. A 2006 - 2010 közötti polgári demokrata kormányzat alatt jellemző volt az önkormányzati kórházak részvénytársasággá alakulása, sőt a kormány reformtörekvései közé tartozott az egyetemi kórházak részvénytársaságokká alakítása és a magántőke bevonása a már részvénytársaságokká alakított megyei önkormányzati kórházak működésébe. Ezeket az elképzeléseket azonban számos szakmai szervezet, az ellenzék, valamint a két kisebb koalíciós párt is ellenezte. A kormányzat 2010 elején új koncepciót dolgozott ki, melynek értelmében az egyetemi kórházaknak az állam és az egyetemek együttműködésével non-profit alapon kell működniük. A 2010 nyarától kormányzó jobbközép kormánykoalíció egészségügyi minisztere sem értett egyet az oktató és egyéb állami nagy szakkórházak részvénytársaságokká alakításával, azonban szükségesnek tartotta egyes állami kórházak struktúra-átalakítását, az aktív és a krónikus ágyak megoszlásának megváltoztatását, a krónikus ágyszám arányának növelését, az intézmények hatékony működését. 2011 első felében csökkentették az aktív ágyak számát, miközben növelték a krónikus intenzív és ápolási ágyak számát.

Mindenesetre az elmúlt évtizedben növekedett a részvénytársaságokká alakított önkormányzati kórházak száma (tulajdonosuk továbbra is az önkormányzat). Az ÚZIS adatai szerint 2013-ban a kórházi ágyak 29,7 százaléka állami tulajdonban, 10,5 százaléka megyei és 5 százaléka helyi önkormányzatok, 54,8 százaléka egyházi vagy más jogi vagy természetes személy (beleértve a megyék vagy helyi önkormányzatok tulajdonában lévő gazdasági társaságokat is) tulajdonában volt. (ÚZIS, 2014)

### **Gyógyszerek**

2013-ban mintegy 2 796 gyógyszertár és 583 gyógyászati segédeszközök forgalmazó cég működött Csehországban. Egy gyógyszertárra átlagosan kb. 3700 lakos jut, a gyógyszertárak sűrűsége nagyon eltérő, a nagyobb városokban több patika található. A gyógyszertárak 99 százaléka van magánkézben.

A gyógyszerekről szóló törvény 2008. január 1-én lépett hatályba. A gyógyszerárarázasi és támogatási rendszer az Egészségügyi Minisztérium, ill. a Pénzügyminisztérium felelősségi köréből az Országos Gyógyszer Ellenőrzési Intézet hatáskörébe (SÚKL) tevődött át. A SÚKL szabályozó szervezetként a gyógyszerek forgalomba hozatali engedélyezéséért, gyógyszerfelügyeletért, klinikai kísérletek



szabályozásáért, valamint a gyógyszertárak és nagykereskedők felügyeletéért felelős. A törvénnyel összhangban a gyógyszerek értékelésénél a hatásosság, biztonság, minőség és gyógyszer-gazdaságosság kritériumait (költség-hatékonysági értékelés és költség-hatáselemzés) is figyelembe veszik. Csehországban a piacra kerülő, társadalombiztosítás által támogatott gyógyszerek esetében maximált termelői, illetve maximált import árat határoznak meg. A maximált termelői árat nemzetközi ár-összehasonlítással határozzák meg. A Csehországhoz hasonló gazdasági fejlettségű EU-tagországok (minden EU-tagállam, kivéve Németország, Ausztria, Észtország, Bulgária, Csehország, Luxemburg, Románia, Málta, Ciprus) alkotják az ún. referenciakosarat. Az Intézet a termék maximális árát a referenciakosárban szereplő országok közül az adott termékre vonatkozó három legalacsonyabb árral rendelkező ország ára alapján határozza meg. Ugyanakkor bizonyos eltérésekre is lehetőség van. Amennyiben a termék a referenciakosárban szereplő országok közül legalább három országban még nem jelent meg a piacon, az Intézet a termék árát a legközelebbi, hasonló terápiás értékkel rendelkező termék EU-piacon található legolcsóbb ára alapján határozza meg (döntő tényezők: az aktív hatóanyag, a termék formája, erőssége és mérete). (AKM)

Referenciacsoportokat használnak a gyógyszerek támogatásának meghatározására is. Az egyes referenciacsoportokon belül azonos hatóanyag tartalmú, terápiás szempontból felcserélhető, hasonló klinikai hatásossággal és biztonsággal rendelkező készítmények találhatóak, ATC alapján (a csoportokat elvileg évente frissíti az Egészségügyi Minisztérium). Minden referenciacsoport megkapja az adott hatóanyag napi adagjára vonatkozó alaptámogatást. Az alaptámogatást minden termékcsoporthoz az azonos referencia indikációval rendelkező termékek legolcsóbb gyári ára alapján számítják ki az összes EU-tagországot figyelembe véve. (AKM)

A különösen innovatív termékek esetében anélkül is lehetőség van átmeneti támogatásra, hogy az alkalmazás idején rendelkezésre állnának hatékonysági vagy hatásossági adatok. Két éves támogatást garantálnak, egy éves hosszabbítási lehetőséggel.

2008-ban az új gyógyszerárarázási és támogatási rendszer indulásakor a támogatott gyógyszerek felét a biztosítók 100 százalékban támogatták (a betegek csak a gyógyszerenkénti 30 korona díjat fizették). A jelenleg érvényben lévő törvény szerint a támogatási rendszert évente felül kell vizsgálni.

Csehországban nagy gondot okoz a gyógyszerkiadások gyors növekedése. 2008-ban a kormány megbízta a SÚKL-t az összes gyógyszer térítésének felülvizsgálatával, azonban ezt nem sikerült teljes egészében elvégezni.

2008-tól a patikákban lehetőség van a generikus helyettesítésre. Az orvosoknak is lehetőségük van a hatóanyag felírására a recepteken (international nonproprietary names – INN prescription), ez azonban nem kötelezettség számukra. Abban az esetben, ha az orvos nem tünteti fel a "nem felcserélhető" megjegyzést, a gyógyszerész köteles informálni a beteget az alternatívákról. A generikus gyógyszert csak a beteg beleegyezésével lehet kiadni. Csehországban a generikumok több mint 50 százalékos piaci részaránnyal rendelkeznek. (GBI Research, 2012)

Az állami tulajdonban lévő kórházaknak a gyógyszereket közbeszerzéssel kell beszerezniük.

2013. április 1-től léptek hatályba a Gyógyszertörvény bizonyos módosításai. Ezek többek között kiterjednek a gyógyszerfelügyeletre, összhangban az EU-s szabályozásokkal. Az új rendelkezések tartalmazzák az emberi felhasználásra szánt gyógyszerek esetében tapasztalt káros reakciók új definícióját, és meghatározzák a szabályokat azokra a kétes esetekre, amikor nehéz eldönteni, hogy a káros reakciókat melyik gyógyszer okozhatja. Az új törvény 2015. január 1-től kötelezően bevezeti az elektronikus gyógyszerfelírást. Ennek értelmében csak különleges esetekben (pl. áramszünet esetén) lehetne a papíralapú receptfelírást alkalmazni. (AKM Newsletter, 2013. április)

## Egészségügyi dolgozók

2011-ben Csehországban a 10 ezer főre jutó orvosok száma 36,4 (EU-átlag 34,6), a 10 ezer főre jutó nővérek száma 84,6 (EU-átlag: 83,6). (Forrás: WHO-HFA 2014. április). A Cseh Egészségügyi Információs és Statisztikai Intézet (ÚZIS) adatai szerint 2013-ban összesen több mint 250 ezren dolgoztak az egészségügyben (teljes munkaidőben), amely az előző évekhez képest növekedést jelent. Az egészségügyben foglalkoztatottak 16 százaléka orvos, 3 százaléka fogorvos, 33,2 százaléka ápoló és szülésznő. Az egyes régiók között jelentős különbségek tapasztalhatók az egészségügyi humán erőforrás területén. Prágában jóval magasabb a 10 ezer lakosra jutó egészségügyi szakemberek száma, mint egyes országhatárhoz közeli régiókban. (ÚZIS, 2014)

A cseh orvosok elégedetlenek a munkakörülményekkel, amelynek következtében az utóbbi években növekedett a külföldre távozók száma. A problémák között elsősorban a bérek, a túlórák, a képzés rendszerében való hiányosságok és az elhúzódozó egészségügyi reform szerepelnek. Megoldatlan a pályakezdő orvosok helyzete, folyamatosan csökken a háziorvosi szakon végző orvosok száma. 2010 szeptemberében a problémákra való figyelemfelhívásra az orvosi szakszervezet (LOK) az utóbbi 20 év legnagyobb tiltakozó akcióját szervezte meg, amelynek eredményeként 2011 februárjában megállapodtak az egészségügyi tárca vezetőivel az orvosok helyzetét javító feltételekben. A kormány többlépcsős, jelentős béremelésre tett ígéretet. Ennek értelmében 2011 áprilisától a fiatal kórházi orvosok havi alapbérét 5000, míg az idősebbekét mintegy 8000 koronával növelték. Az orvosok átlagfizetése ezáltal havi 60 ezer koronára emelkedett, ami az addigi orvosi átlagbérekhez képest 12-14 ezres emelkedést jelentett. 2012-13-ra további 10-15 százalékos béremelést irányoztak elő, de a későbbiekben ezt forráshiány miatt nem tudják teljes egészében teljesíteni, így végül 6,25 százalékos keresetnövelést biztosítottak 2012. januártól. A keresetek további emelését attól tették függővé, hogy az egészségügyi szektor növekedése eléri-e a várt növekedési ütemet. Mivel ez nem következett be, a keresetek további emelését befagyasztották, ami ismét elégedetlenséget váltott ki az egészségügyi dolgozók körében. Ugyanakkor az egészségügyi költségvetés fenntarthatóságára hatalmas nyomást gyakoroltak a béremelések. Jelenleg az egészségügyi kiadások legnagyobb tételét (több mint felét) teszik ki az egészségügyben dolgozók kereseteire és személyi költségeire fordított kiadások.<sup>2</sup>

Jelentős számban érkeznek orvosok Szlovákiából, Ukrajnából, Lengyelországból, Oroszországból és a fejlődő világból (főként arab országokból), amely részben ellensúlyozni tudja a cseh orvosok kiáramlását.

2009-ben Csehországban számos intézkedést hoztak az ápolók hiányának enyhítésére, amelyek elsősorban az ápolók képzésének, továbbképzésének fejlesztésére, valamint foglalkoztatási és kereseti feltételeinek javítására irányultak. A stabilizációs intézkedések jelentős mértékben hozzájárultak az ápolóhiány csökkenéséhez. Az ápolók külföldre történő elvándorlása nem számottevő.

## Minőségügy

2013. január 1. óta az egyetemi kórházaknak kötelező jelentést tenniük az Egészségügyi Minisztérium felügyelete alatt kidolgozott országos kórházi minőségi indikátor rendszerbe. Az egészségügyi intézmények akkreditációjára számos program van érvényben, melyek elsősorban a minőségi egészségügyi ellátás strukturális és eljárással kapcsolatos szempontjaira koncentrálnak. (ASISP, 2013)

<sup>2</sup> A Prague Monitor több cikke, ill. ASISP, 2013 alapján.

A járóbeteg vizitek száma, valamint a kórházi tartózkodás időtartama folyamatos csökkenést mutat a kilencvenes évek közepétől, fontos megjegyezni azonban, hogy ezek a mutatószámok a kilencvenes években nemzetközi összehasonlításban meglehetősen magasak voltak. A cseh egészségügyi rendszer nemzetközi összehasonlításban hagyományosan jól teljesít az anyaellátás és az újszülött mortalitás terén. (ASISP, 2013)

## Egészségügyi reformok

A cseh egészségügyi reformok két fontos vitatémája az önrészfizetés mértéke, valamint az egészségbiztosítók közötti verseny. A cseh egészségügyi rendszer finanszírozásában tradicionálisan magas az állami források aránya. Habár az állami finanszírozás részaránya az utóbbi években folyamatosan csökkenő tendenciát mutat, az önrészfizetés mértéke az állami egészségbiztosítási rendszerben más kelet-közép-európai országokhoz viszonyítva továbbra is alacsony. A magas önrész támogatói azzal érvelnek, hogy ez a betegek, mint fogyasztók magatartását pozitívan befolyásolná: egészségesebb életvitelre ösztönözné a lakosságot, és csökkentené az egészségügyi ellátások szükségtelen igénybevételét. A szolgáltatók esetében az önrész támogatása mögött anyagi érdek is húzódik, mivel ezáltal kevésbé szabályozott pluszbevételre tehetnének szert. Az ellenzők ugyanakkor azzal érvelnek, hogy az érvényben lévő önrész is megnehezíti egyes csoportok (pl. nyugdíjasok) hozzáférést az ellátáshoz. Az önrészfizetéshez kapcsolódó, szintén heves vitákat kiváltó kérdés a kötelező egészségbiztosítás által biztosított szolgáltatáscsomag újradefiniálása. Az utóbbi években történt kísérlet az alap szolgáltatáscsomag újbóli meghatározására, és az extra szolgáltatásokért történő önrész bevezetésére, mely kezdeményezés végül az Alkotmánybíróság döntése következtében meghiúsult.

A cseh állami egészségbiztosításban több biztosító vesz részt, melyek között a verseny jelentősen korlátozott. Az egyik oldal képviselői általában a szabályozott piacon történő valódi verseny bevezetése mellett érvelnek, melyet a bevételi oldalon történő változtatásokkal kívánnak lehetővé tenni: a járulékráták jelenlegi szigorú rendszerét rugalmasabbá tennék, nagyobb mozgásteret engedve a biztosítóknak. Úgy vélik, a biztosítók közötti, valódi verseny hozzájárulna az állami egészségbiztosítás hatékonyabb működéséhez. Az egészségügyi szolgáltatók többsége ezt a megoldást támogatja. A másik oldal képviselői ezzel szemben azzal érvelnek, hogy a több biztosító jelenléte mind a biztosítók, mind a szolgáltatók fix költségeit növeli, kizárja a szolgáltatók teljesítményén alapuló, hatékony finanszírozási mechanizmusokat, és gyengíti a vásárlói oldal tárgyalási pozícióját. Emellett hivatkoznak a kilencvenes években bevezetett negatív példára is, amikor nagyobb versenyt tettek lehetővé. Ők egybiztosítós rendszer létrehozása, vagy legalábbis a biztosítók számának csökkentése mellett érvelnek. Fontos megjegyezni, hogy a vitákban elfoglalt pozíciók elsősorban a politikai beállítottsággal hozhatók összefüggésbe. A 2013-at megelőző hét évben jobboldali kormányok voltak hatalmon, melyek a magasabb önrészfizetésre és versengő több-biztosítós modellre irányuló elképzeléseiket igyekeztek megvalósítani. A 2013 októberében hatalomra került, baloldali koalíció egészségpolitikai célkitűzései a korábbi reformok felülvizsgálatát is célozzák. (ASISP, 2013)

### A kormány egészségpolitikai alapelvei

A jelenlegi kormány által megfogalmazott egészségpolitika fő célkitűzése, hogy biztosítsa az állami egészségügyi rendszer, az egészségbiztosítók és egészségügyi szolgáltatók gazdaságilag stabil, hatékony és átlátható működését. Erőfeszítéseket kíván tenni az állami egészségügyi rendszer hosszú távú pénzügyi fenntarthatósága, valamint az ellátás minőségének, hatékonyságának és eredményességének fejlesztése érdekében. A fokozatos reformintézkedések azt célozzák, hogy a cseh

egészségügyi rendszer egy allokációs rendszerről egy egyre jobban szabályozott piaci rendszerre térjen át, amely az egyént/beteget állítja a középpontba, és amely minden érdekelt számára megfelelő ösztönzővel bír. A cseh kormány az egészségügyet állami szolgáltatásnak tekinti, mely a szolidaritás, a non-profit működés, az egyenlő és általános hozzáférés elvein alapul. Ennek alapján a kormány előre jelezhető, stabil, átlagos költségű támogatási rendszert kíván bevezetni minden egészségügyi ellátásra vonatkozóan.

Az egészségbiztosítók és egészségügyi szolgáltatók működésének átláthatóbbá tétele érdekében a kormány átlátható és elszámoltatható állami forrás-menedzsmentet kíván bevezetni. Publikussá kívánja tenni az egészségbiztosítók és egészségügyi szolgáltatók közötti szerződéseket, beleértve a támogatási módosításokat és „termelési adatokat” is.

#### *Aktuális intézkedések*

Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés növelése érdekében 2014. január 1-től jelentős mértékben csökkentették a betegek által fizetett önrész mértékét (ún. szabályozási díjakat). A kórházi napidíjat eltörölték, és 2015. január 1-től tervezik a járóbeteg ellátás és a gyógyszerfelírás díjának eltörlését is (csak a sürgősségi ellátás díját tartanak meg). A kieső források miatt keletkező veszteséget az állami költségvetésből kompenzálják az állami egészségbiztosítás és az egészségügyi szolgáltatók számára.

2014 márciusában a kormány javasolta az állam által egyes lakossági csoportok után (gyermekek, hallgatók, munkanélküliek, nyugdíjasok) fizetett járulékok mértékének növelését, valamint az állam által fizetett járulékok mértékének rendszeres indexálását az átlagbér növekedésének megfelelően, legkésőbb 2016-tól. Ez utóbbi javaslatról 2014 végén született kormánydöntés.

A rövid távú intézkedések között szerepel az egészségbiztosító társaságok tartalékalapjának csökkentése mintegy felére (azaz a jelenlegi 1,5 százalékról 0,75 százalékra), ami pótlólagos források bevonását jelentené az egészségügyi ellátásba. A kormány javaslatot nyújtott be az egészségbiztosító társaságok fixköltségeinek csökkentésére is. Töreksenek a források méltányosabb elosztására is az egészségbiztosítók között, ennek elősegítésére a források újraelosztásában új paramétereket is bevezetnének (pl. gyógyszer költség-alapú csoportok).

Törvényi intézkedésekkel akarják megerősíteni az egészségbiztosítók állami felügyeletét. Átlátható minőségi indikátorrendszert terveznek bevezetni az egyéni egészségügyi szolgáltatók által nyújtott ellátás minőségének publikálására és összehasonlítására, így ezek mind a betegek, mind az egészségügyi szolgáltatók számára hozzáférhetőek lennének.

Kiemelt feladatnak tekintik az új egészségügyi technológiák értékelésének intézményi szintű kialakítását, valamint beágyazását az állami egészségbiztosítás általi támogatásról történő döntési folyamatba. 2014 áprilisában létrehozták az Eszközbizottságot az orvosi eszközök allokációjának értékelésére, melyben a minisztériumok, egészségbiztosítók, a Cseh Orvosi Kamara, szakorvosi társaságok, régiók, szakszervezetek képviselői is helyet kapnak. Az Eszközbizottság feladata, hogy értékelje a költséges egészségügyi technológiákat, és ajánlásokat tegyen azok állami egészségbiztosítási rendszerbe való felvételére.

#### *Hosszú távú programok*

2014 júliusában publikálta az Egészségügyi Minisztérium az „Egészség 2020 – Országos stratégia az egészségvédelemért, egészségfejlesztésért és betegségmegelőzésért” elnevezésű egészségügyi stratégiáját, mely összhangban van a WHO Európai Régiója által 2012-ben elfogadott „Egészség 2020: európai politika az egészségért és a jóllétért” egészségpolitikai kerettel. Ebben 16 prioritásterületet jelöltek meg, amelyek között szerepel a fizikai aktivitás és egészséges táplálkozás előmozdítása, a

lakosság egészségügyi ismereteinek bővítése, a stressz-kezelés és mentális egészség fejlesztése, élet- és munkakörülményekkel kapcsolatos egészségügyi kockázatok csökkentése, az egészségre kockázatos magatartás (függőségek) csökkentése, az egészségügyi egyenlőtlenségek mérséklése, a másodlagos prevenció fejlesztése (szűrőprogramok), a fertőzőes megbetegedések megelőzése (védőoltások, antimikrobiális rezisztencia- programok). Törvényi változtatásokat dolgoztak ki a dohányzásra, alkohol- és kábítószer-fogyasztásra vonatkozóan. Általános célkitűzésként szerepel a függőséget okozó szerek negatív hatásai elleni törvényi védelem megerősítése.

Hosszú távú cél a pszichiátriai ellátás reformja, amelynek stratégiáját az Egészségügyi Minisztérium 2013 októberében fogadta el. Ennek végrehajtását a 2014-2023 közötti időszakra tervezik. A változtatások fő célkitűzése a mentális betegek életminőségének fejlesztése, a közösségi ellátás fejlesztése, az orvosok számára megfelelő képzések biztosítása, a megelégedés elleni fellépés.

**A hosszú távú ellátás terén reformcsomagot készítenek elő. Ezek érintik a rehabilitáció koordinációját, és az egészségügyi és szociális ellátás közötti fokozottabb együttműködést. A javaslatok jelenleg tárcaközi egyeztetés alatt állnak. A reform fő célkitűzései a következők: 1) az aktív ellátást követő ellátás elérhetőségének fejlesztése az idősödő lakosság számára és a szolgáltatások iránti túlkereslet fokozatos kiküszöbölése, 2) az aktív ellátás időtartamának lerövidítése és az önellátás gyorsabb elérése, 3) a gondozás és a hosszú távú ellátás finanszírozásának hatékonyabbá tétele, semleges hatással az állami egészségbiztosításra, 4) az ápolási és rehabilitációs szükségletek tárgyilagos megállapítása egységes funkcionális teszteléssel, 5) az egészségügyi és szociális szolgáltatók által nyújtott ellátások szintjének egységesítése, 6) az otthoni vagy szociális szolgáltatásokba való átmenet folytonosságának fejlesztése, 7) a páciens otthonában nyújtott ápolási ellátások nagyobb mértékű elérhetővé tétele.** 2014. január 31-én pilot projektet indítottak, amelynek célja az volt, hogy a gyakorlatban igazolják a javasolt törvényi változtatások megfelelőségét. A projekt outputjait a finanszírozási mechanizmusokban és a jogszabályokban történő kiigazítások fogják követni. (Office of the Government of the Czech Republic, 2014, a, b.)

Az e-egészségügy terén a kormány célja a fontos egészségügyi és gazdasági információk biztonságos megosztásának biztosítása. Kormányzati stratégiát kíván kialakítani az e-egészségügyi alkalmazások fejlesztésére és fenntarthatóságára vonatkozó standardok biztosítására, valamint végrehajtásuk felügyeletére.

## Források

- AKM Newsletter - Information on pharmaceutical and medical law. No. 22, April 2013. <http://www.pharmaceuticals-czech.com/media/files/newsletter-duben-2013-eng.pdf>
- AKM: Pharmaceuticals in the Czech Republic. <http://www.pharmaceuticals-czech.com/prices-and-reimbursement>
- Czech Statistical Office: [http://www.czso.cz/eng/redakce.nsf/i/population\\_hd](http://www.czso.cz/eng/redakce.nsf/i/population_hd)
- Cseh Egészségügyi Minisztérium: <http://www.mzcr.cz/Cizinci/>
- Eurostat: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/>
- Health Care System in Transition, Czech Republic. WHO, 2009. [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0010/97633/E92968.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/97633/E92968.pdf)

- 
- Holub, M. –Němec, J.: Annual National Report 2013 Czech Republic - Pensions, health and long-term care. ASISP, 2013. november.  
[http://www.socialprotection.eu/files\\_db/1212/asisp\\_ANR12\\_CZECH\\_REPUBLIC.pdf](http://www.socialprotection.eu/files_db/1212/asisp_ANR12_CZECH_REPUBLIC.pdf)
  - HOPE: The Crisis, Hospitals and Healthcare. 2011. április.  
[http://www.hope.be/05eventsandpublications/docpublications/86\\_crisis/86\\_HOPE-The\\_Crisis\\_Hospitals\\_Healthcare\\_April\\_2011.pdf](http://www.hope.be/05eventsandpublications/docpublications/86_crisis/86_HOPE-The_Crisis_Hospitals_Healthcare_April_2011.pdf)
  - [MISSOC, 2014.](#)
  - OECD Health Data, 2014.
  - OECD: Czech Republic should improve primary care and prevention to reduce chronic disease, says OECD, 2014. 06. 25. <http://www.oecd.org/czech/czech-republic-should-improve-primary-care-and-prevention-to-reduce-chronic-disease.htm>
  - Office of the Government of the Czech Republic, a: National Reform Programme of the Czech Republic 2014. [http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/csr2014/nrp2014\\_czech\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/csr2014/nrp2014_czech_en.pdf)
  - Office of the Government of the Czech Republic, b: National Social Report 2014 - The Czech Republic. 2014.
  - Pharmaceuticals in the Czech Republic: <http://www.pharmaceuticals-czech.com/prices-and-reimbursement>
  - Pharma Times Online, 2011.01.12. [http://www.pharmatimes.com/article/11-01-12/Drugmakers\\_sue\\_Czech\\_govt\\_over\\_pricing\\_insurance\\_moves.aspx](http://www.pharmatimes.com/article/11-01-12/Drugmakers_sue_Czech_govt_over_pricing_insurance_moves.aspx)
  - Prague Monitor hírei, 2011. január - 2014. szeptember
  - ÚZIS (Cseh Egészségügyi Információs és Statisztikai Intézet): <http://www.uzis.cz/en> ÚZIS: Health Care and Health Services in the Czech Republic 2013. 2014. szeptember  
<http://www.uzis.cz/en/publications/health-care-and-health-services-czech-republic-2013>
  - WHO-HFA Database, 2014. április.