

# TÁJÉKOZTATÓ ORSZÁGTANULMÁNY HORVÁTORSZÁG EGÉSZSÉGÜGYÉRŐL

---



**GYEMSZI**

Gyógyszerészeti és Egészségügyi  
Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet

---

Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság  
Rendszerelemzési Főosztály

2014. október

---

## Tartalom

Gazdasági-politikai környezet.....	2
Demográfia .....	3
Az egészségügyi rendszer általános jellemzői.....	3
Finanszírozás .....	3
Egészségügyi szolgáltatások.....	6
Egészségügyi dolgozók .....	12
Minőségügy .....	12
e-egészségügy .....	13
Egészségügyi reformok .....	14
Források .....	18

## Gazdasági-politikai környezet

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

A GDP növekedési rátája az előző évhez képest:

2009: -6,9 százalék

2010: -2,3 százalék

2011: 0 százalék

2012: -2 százalék

2013: -0,9 százalék.

Inflációs ráta, 2013: 2,3 százalék

Munkanélküliségi ráta, 2014. augusztus: 16,5 százalék

Államháztartási egyenleg a GDP százalékában, 2013: -4,9

Államadósság a GDP százalékában, 2013: 67,1

Horvátország 1991-ben, a volt Jugoszlávia felbomlását követően vált független állammá. Területe 56 542 km<sup>2</sup>. Népsűrűsége 77,6 fő/km<sup>2</sup> (2012), a legritkábban lakott országok egyike. Horvátország gazdasága főként a könnyűiparon és a szolgáltató ágazaton alapul, de jelentős bevételforrást jelent az idegenforgalom is.

A gazdasági válság Horvátországot nagyon érzékenyen érintette. A gazdaság 2007-ig 4-5 százalékos növekedést mutatott, 2008-ban már csak 2,1 százalékos volt a GDP növekedés, 2009-ben azonban nagyon drasztikus, 6,9 százalékos csökkenés volt tapasztalható, ami 2010-re 2,3 százalékos csökkenésre mérséklődött. A 2011-es stagnálást követően 2012-ben ismét 2 százalékos csökkenés volt tapasztalható, ami 2013-ra 0,9 százalékos csökkenésre mérséklődött (Eurostat, 2014).

Horvátország államformája parlamentáris köztársaság. A hatalom a választott parlament, a kormány és a közvetlenül választott államfő, valamint az önálló bíróságok között oszlik meg. A horvát parlament (Szábor) 2002 óta egykamarás, 100-160 képviselővel kell rendelkeznie, akiket általános, közvetlen és titkos szavazással, négy évre választanak. A legutóbbi parlamenti választásokat 2011. december 4-én tartották, amelyen összesen 151 képviselő szerzett mandátumot. A választásokat a Horvátországi Szociáldemokrata Párt (SDP) vezette koalíció nyerte, amely Zoran Milanović vezetésével alakított kormányt. A koalíció további tagjai a Horvát Néppárt (HNS) és az Isztriai Demokrata Párt (IDP). Az elnök elsősorban reprezentatív feladatokat lát el. Általános, közvetlen, titkos választással választják 5 évre, és legfeljebb kétszer újraválasztható. 2010-től Ivo Josipović (SDP) látja el az elnöki tisztséget.

Horvátország 2003-ban nyújtotta be csatlakozási kérelmét az Európai Unióhoz, és 2013. július 1-jén csatlakozott, 28. tagállamként.

---

<sup>1</sup> Eurostat

## Demográfia

A lakosság száma 2012-ben 4 267 558 fő volt (évközepe adat). 2013-ban az élveszületési ráta 9,4 ezrelék, a halálozási ráta 11,8 ezrelék, a természetes szaporodás rátája -2,4 ezrelék. A teljes termékenységi arányszám a kilencvenes évek óta lassú csökkenést mutat, 2012-ben 1,52 volt (vö.:1990: 1,69). (HZJZ, 2014; WHO-HFA)

Évtizedek óta jellemző a lakosság öregedése, ami szorosan összefügg a fiatalkorúak arányának csökkenésével. A 14 év alattiak aránya 2012-ben 15 százalék, a 65 év feletti aránya 18,02 százalék. A születéskor várható élettartam folyamatosan emelkedett (2012-ben férfiak 73,9 év, nők 80,1 év, mindkét nemre 77 év), és jelentősen csökkent a csecsemőhalálozás (2013-ban 4,1 ezrelék). (HZJZ, 2014)

Jellemző az ún. civilizációs megbetegedések növekvő gyakorisága. A vezető halálokok a keringési rendszer betegségei (2011-ben az összes halálozás 49 százalékát okozták), ezt követik a daganatos betegségek (27 százalék), a külső okok pl. baleset, sérülés, mérgezés (5 százalék), az emésztőszervi betegségek (5 százalék), a légzőszervi megbetegedések (4 százalék) és az összes többi halálokok (10 százalék) (DZS, 2013).

## Az egészségügyi rendszer általános jellemzői

A horvát egészségügy kötelező egészségbiztosításon (egybiztosítás rendszer, központja a Horvát Egészségbiztosítási Intézet, a továbbiakban: HZZO), valamint az állami és magán egészségügyi szolgáltatások kombinációján alapul. Az egészségügyi rendszer irányítását az Egészségügyi Minisztérium végzi. Hatásköre kiterjed az egészségügyi törvényalkotásra, a költségvetési kiadásokra történő javaslattevésre, a lakosság egészségi állapotának és szükségleteinek monitorozására, az egészségügyi szakdolgozók oktatásának irányítására, valamint az egészségügyi reform felügyeletére. Feladatai közé tartozik az Országos Egészségügyi Stratégia (aktuálisan a 2012-2020 közötti időszakra vonatkozó stratégia van érvényben) kidolgozása és végrehajtása.

Az egészségügyi intézmények állami, megyei önkormányzati vagy magán tulajdonban vannak. Az oktató kórházak, klinikai kórházi központok és népegészségügyi intézmények az állam tulajdonában, az egészségügyi központok, poliklinikák, általános és speciális kórházak, a gyógyszertárak egy része, sürgősségi ellátást nyújtó intézmények, ápolási otthonok és megyei népegészségügyi intézmények pedig a megyék tulajdonában vannak.

## Finanszírozás

### Egészségügyi kiadások

2012-ben az összes egészségügyi kiadás a GDP 6,82 százalékát tette ki. Az egy főre jutó egészségügyi kiadás vásárlóerő-paritáson számolva 2012-ben 1409,78 amerikai dollár. (WHO-HFA)

## Forrásgyűjtés

2012-ben az összes egészségügyi kiadás 82,32 százalékát alkották az állami kiadások, 17,68 százalékát a magánkiadások, a magánkiadásokon belül az összes kiadás 13,9 százalékát a háztartások out-of-pocket kiadásai. (WHO-HFA) 2012. március 1-től az egészségbiztosítási járulék mértékét 15 százalékról 13 százalékra csökkentették a munkavállalók alap egészségbiztosítási csomagja esetében (az intézkedés célja a gazdaság versenyképességének növelése volt). A foglalkozási balesetekre külön járulékot kell fizetni, melynek mértéke 0,5 százalék. Az önfoglalkoztatottak esetében a járulék mértéke 13,5 százalék. Farmerek esetében az országos átlagkereset meghatározott arányának (2013-ban az arány 35 százalék) 7,5 százalékát kell fizetni. A nettó átlagbért meghaladó nyugdíjak esetében a járulék mértéke 3 százalék. Becslések szerint a lakosságnak kb. egyharmada köteles egészségbiztosítási járulékot fizetni, a fennmaradó kétharmad magában foglalja a nyugdíjasokat (a nettó átlagbérnél kevesebb összegű nyugdíj esetében az állami költségvetés 1 százalékos egészségbiztosítási járulékot fizet), a biztosítottak családtagjait, a munkanélkülieket (esetükben az előírt alapösszeg 5 százalékát fizetik az állami költségvetésből) és más inaktív személyeket. (Džakula A et al., 2014, d)

Az egészségügyi ellátás igénybevétele helyén co-paymentet kell fizetni. Ennek mértéke az alapellátásban és a nőgyógyászati ellátásban vizitenként 10 horvát kuna. A receptfelírás díja szintén 10 horvát kuna. Számos, a kötelező egészségbiztosítás által fedezett szolgáltatás esetén 20 százalékos részesedést (co-insurance) kell fizetni. Egyes szolgáltatásokra minimális hozzájárulás van meghatározva, a költségvetési kifizetési alap százalékában. Például a kórházi ellátás napdíja minimum 100 horvát kuna, az alapellátáson kívüli szakorvosi diagnosztika minimum 50 kuna, egynapos sebészet minimum 25 kuna. A co-paymentre plafon van érvényben, melynek mértéke betegség epizódonként 2000 horvát kuna. (Džakula A et al., 2014, d) A co-payment fizetés alól mentesülnek a 18 év alattiak, a tanulók, meghatározott betegségben szenvedők, rokkantak, szervadományozók. (Missoc, 2014)

A HZZO a betegek co-paymentből származó költségeinek visszatérítésére önkéntes kiegészítő biztosítást is nyújt. Egyes csoportok (100 százalékos rokkantak, szervdonorok, többszörös vérdonorok, gyermekek, egyetemi hallgatók, szegénységi küszöb alatt élők) önkéntes kiegészítő biztosítását adóbevételekből finanszírozzák.

A magán egészségbiztosító társaságok által kínált önkéntes magánbiztosítási csomagok is fedezik a co-payment költségeket valamint a kórházak magasabb színvonalú hotelszolgáltatásait is a HZZO-val szerződésben álló szolgáltatók esetében, és a magánszolgáltatók által nyújtott szolgáltatásokat. (Voncina et al., 2012)

A paraszolvencia továbbra is meglehetősen elterjedt az egészségügyben. Egy nemrégiben végzett felmérés során a válaszadók 15 százaléka nyilatkozta, hogy hálapénzt fizet. Leggyakrabban az orvosoknak (56 százalék) és az ápolóknak (36 százalék) adnak hálapénzt. A hálapénz fizetésével a betegek általában a jobb minőségű ellátást, a kezelés felgyorsítását akarják biztosítani, vagy a hosszú várólistákat akarják megkerülni. (Asisp, 2012)

2013-ban új Kötelező Egészségbiztosítási Törvény lépett hatályba, melynek rendelkezései összhangban vannak az EU határon átívelő ellátásra vonatkozó betegjogokkal kapcsolatos (2011/24/EU) irányelvvel. Az új egészségbiztosítási törvény nem hozott mélyreható változásokat, ugyanakkor hamarosan újabb változtatásokra lesz szükség, mivel a biztosítottak kategóriájának újradefiniálása miatt a 26 év feletti nappali tagozatos hallgatók elveszítették jogosultságukat a kötelező egészségbiztosításra, így saját maguknak kell fizetniük a kötelező egészségbiztosítás díját (havi 400

horvát kuna), ami azonban nagy megterhelést jelent számukra. Kötelező egészségbiztosításra csak akkor lenne lehetőségük a jelenlegi rendelkezések értelmében, ha foglalkoztatotti vagy munkanélküli státuszba kerülnének, ekkor viszont nappali tagozatos hallgatói jogviszonyukat veszítenék el. A Tudományos, Oktatási és Sportminisztérium javasolta, hogy a nappali tagozatos hallgatók tanulmányaik megkezdésétől számított 8 éven keresztül legyenek biztosítva, de az erre irányuló módosításokat még nem készítették el.

## Forrásallokáció

A házi orvosok díjazása 2013-tól 70 százalékban fejkvótán alapul, miközben a fennmaradó 30 százalék a nyújtott egyéb szolgáltatások (pl. prevenciók ellátás, minden nap 0-24 órában nyitva tartó házi orvosi központok) szerint történik. 2013-tól teljesítmény alapú finanszírozást is bevezettek: a házi orvosok a meghatározott teljesítmény- és minőségi indikátorok teljesítésétől függően bónusz kifizetésben is részesülhetnek, bevételük max. 30 százalékának mértékében. Az új finanszírozási mechanizmussal pótlólagos szolgáltatások nyújtására (pl. telefonos konzultáció, elektronikus időpontfoglalás és egyéb egészségügyi szolgáltatások) kívánják ösztönözni a házi orvosokat. (Džakula A et al., 2014, d)

A kórházak finanszírozása az összes állami egészségügyi kiadás több mint 50 százalékát teszi ki. A kilencvenes években (a volt Jugoszláviától örökölt) szolgáltatás alapú díjazással finanszírozták a kórházakat. 2002-ben bevezették a széleskörű esetalapú csoportosításon alapuló, ún. terápiás eljárások szerinti kifizetéseket (PPTP). Ezt a kifizetési módszert kezdetben csak néhány költségesebb eljárásra vezették be, majd 2005-re kiterjesztették összesen 118 diagnózisra (a fennmaradó kezelési eljárásokat továbbra is szolgáltatás szerinti díjazással finanszírozták). Ezzel egyidejűleg teljesítményvolumen-korlátot is bevezettek: ha a kórház túllépte az éves költségvetési plafont, nem részesült további finanszírozásban az ezen felül nyújtott ellátásokra. Habár a PPTP bevezetésének célja a technikai hatékonyság ösztönzése volt, valójában a széleskörű csoportosítások meglehetősen népszerűtlenné váltak a szolgáltatók körében. A szolgáltatók úgy vélték, hogy az erőforrás felhasználás intenzitását a komplikáltabb orvosi esetekben alábecsülték, és alulárasták az egyes csoportokat. Emellett ebben a rendszerben az általános kórházaknak lehetőségük volt arra, hogy a bonyolultabb eseteket a klinikákhoz/klinikai központokhoz utalják, amelyek csúcскеzeléseket biztosítottak, viszont ugyanolyan finanszírozásban részesültek, mint a kevésbé bonyolult eseteknél. 2009-ben a PPTP csoportokat felszámolták, és az aktív ellátásban DRG-csoportosítást vezettek be (az ausztrál DRG rendszer mintájára), amelyet a horvát rendszerben DTS-csoportoknak neveztek. Összesen 671 DTS-csoportot vezettek be a terápiás-diagnosztikai eljárásokra, amely jóval pontosabb csoportosítást jelentett az árazási folyamatban. A DTS rendszer kifizetési eredményeit (a kórházi tartózkodás időtartama, költségei stb. esetcsoportonként) havonta közzéteszik a HZZO weboldalán, ami lehetővé teszi a benchmarkingot.

A Horvát Állami Számvevőszék jelentése, mely 30 állami vagy megyei tulajdonban lévő kórház pénzügyi auditját tartalmazta, az auditált kórházak nagyon rossz pénzügyi helyzetére világított rá (összesen 51 millió euró összegű hiányt állapított meg). Gazdasági szakértők szerint a hiányt a HZZO által felállított havi finanszírozási limit okozza (a kórházi költségvetés 90 százaléka a HZZO-tól függ). Mivel a limit kategóriák és a limitek meghatározása nem átlátható, a kórházak veszteségesek. A HZZO által meghatározott limiten túlmenően a kórházak nem részesülnek finanszírozásban. (Džakula A et al, 2014, d)

A krónikus betegek ellátását kórházi napok alapján finanszírozzák. A különösen drága gyógyszerek, ill. egyes bonyolult eljárások esetében pótlólagos finanszírozást biztosítanak.

## Egészségügyi szolgáltatások

### Alapellátás, járóbeteg-szakellátás

Minden horvát állampolgárnak be kell jelentkeznie egy háziiorvoshoz (a felnőtteknek háziiorvoshoz, a gyermekeknek gyermekgyógyászhoz). Az alapellátást egyéni rendelők, több rendelőből álló, nagyobb rendelőintézetek (melyek némelyike kisebb laboratóriummal is rendelkezik), valamint olyan egészségügyi központok biztosítják, amelyek általános orvosi konzultációt, alapellátó nőgyógyászati szolgáltatásokat, óvodai és bölcsődei orvosi ellátást, iskolaorvosi ellátást (prevenció, védőoltás), foglalkozás-egészségügyi ellátást, fogászati ellátást, valamint közösségi ápolási ellátást (ez utóbbi a krónikus betegek, terhes nők és kisgyermekes anyák számára otthonukban nyújtott preventív szolgáltatásokat jelentik) biztosítanak. Az egészségügyi központok száma folyamatos csökkenést mutat: 2001-ben 120-ról 2010-re 49-re.

Az alapellátást döntően az egy orvosból és egy nővérből álló magánpraxisok nyújtják. Ezek független vállalkozások, melyek szerződéses viszonyban állnak az Országos Egészségbiztosítási Intézettel. A háziiorvosok kb. 85 százaléka az egészségbiztosítással szerződésben álló vállalkozó, 15 százaléka az egészségügyi központokban dolgozó, állami alkalmazott. (JEMO) Egy, az Országos Egészségbiztosítási Intézettel szerződésben álló háziiorvosnak legalább 1275 beteget kell ellátnia, ami más európai országokhoz képest (2000-2500 fő) alacsony. Ezzel a háziiorvosok alul-ellátott területeken való munkavállalását akarják ösztönözni (túl magas betegszám esetén a háziiorvos csökkentett fejkvótát kap). Egy háziiorvos átlagosan 1700 beteget lát el (de nagy területi eltérések tapasztalhatók, pl. Horvátország keleti részén több mint 2000 beteget, a vidéki területeken és partvidékeken azonban csak 400 beteget). A gyermekgyógyászoknak 1200 beteget kell ellátniuk. (A szülők döntése alapján a gyermeket 6 vagy 15 éves korában vihetik át felnőtt háziiorvoshoz.)

Az EU ajánlásai alapján 2003-ban elindítottak egy projektet az alapellátás minőségének fejlesztésére, melynek célja, hogy minden háziiorvos rendelkezzen családorvosi szakvizsgával 2015-re. 2012-ben összesen 2581 alapellátó csapat működött az országban, ezek közül 1099 csapatban dolgozott általános/családorvosi szakvizsgával rendelkező orvos. (Džakula A et al, 2014, d) **2013 óta a HZZO pénzügyi ösztönzést biztosít csoportpraxisok létrehozásához.** Számos területen nehézséget jelent az alapellátás folyamatos biztosítása, valamint az egészségügyi szakemberek szabadság, betegszabadság idején történő helyettesítése. Gyakran nincs megfelelő kapcsolat a háziiorvos és a közösségi ápoló (aki a krónikus beteg, újszülöttek és nagyobb műtéteken átesett vagy súlyos betegek számára nyújt otthoni ellátást), a gyógyszerészek és egyéb egészségügyi szakemberek között. A hosszú várólisták miatt a betegek gyakran „átugorják” az alapellátást, és közvetlenül keresik fel a szakorvosokat, elsősorban a sürgősségi ellátásban. Eddig nem történt kísérlet az integrált ellátás kialakítására. (Džakula A et al, 2014, d)

**Az alapellátás fejlesztését szolgálja a horvát e-alapellátás projekt. 2011 januárjától a háziiorvosi rendelőkben minden megyében lehetőség van elektronikus gyógyszerfelírásra és a biokémiai laboratóriumokba történő elektronikus beutalásra.** Az intézkedés elsődleges célja az volt, hogy egyszerűsítse a folyamatokat (a kezelő orvosok közvetlenül hozzáférhetnek a betegek laboratóriumi leleteihez, tájékozódhatnak a felírt gyógyszerekről).

**2013 szeptemberében új modellt vezettek be a járóbeteg és fekvőbeteg szakorvosi beutalásokra, a várólisták csökkentése, a szakorvosi ellátás megfelelő igénybevételének ösztönzése, valamint az ellátás költségeinek lefaragása céljából. Az alapellátó orvosok feladata lett a krónikus betegek**

**diagnosztizálása, kezelése és nyomon követése. A műtét előtti diagnosztikát a közösségi egészségügyi központokban végzik, nem a kórházakban.** Csak az alapellátó orvosok írhatnak táppénzt, a kórházi orvosok legfeljebb ajánlhatják, vagy terápiát javasolhatnak. (Asisp, 2013)

A járóbeteg ellátást nagyobb részben a kórházak járóbeteg részlegei biztosítják, kisebb részben poliklinikák és egyéni praxisok. A járóbeteg szakellátás igénybevételéhez háziorvosi beutalóra van szükség. A háziorvosok azonban nem igazán játszanak kapuőri szerepet. Emiatt a szakorvosi vizsgálatok aránya az alapellátásban történő vizsgálatokhoz viszonyítva magas: egy szakorvosi vizsgálatra 1,8 alapellátásban történő vizsgálat jut. (Asisp, 2012)

## Fekvőbeteg-ellátás

A kórházi ellátás Horvátországban két szinten - szekunder és terciér - történik. A szekunder szint magában foglalja a diagnózist, kezelést és fekvőbeteg ellátást. A terciér szinten a betegek ellátása mellett egyéb tevékenységeket is folytatnak, így pl. egyetemi oktatást és kutatást.

A szekunder ellátásban az általános kórházak, a speciális kórházak, valamint a szanatóriumok vesznek részt. Az *általános kórházak* egy-egy megye lakosságát látják el, a speciális kórházak azonban az egész horvát lakosság számára nyújtanak ellátást. Az általános kórházak a sebészet, belgyógyászat, gyermekgyógyászat, nőgyógyászat és szülészet, valamint a sürgősségi ellátás terén végeznek kisebb beavatkozásokat. A *speciális kórházak* egy bizonyos betegség vagy korcsoport számára nyújtanak szakorvosi, konzultatív vagy fekvőbeteg ellátást. A *szanatóriumok* egészségügyi, szakorvosi és kórházi rehabilitációt nyújtanak természetes egészségforrásokon keresztül.

A terciér ellátást nyújtó intézmények a klinikai kórházi központok, klinikai kórházak, valamint klinikák. A *klinikai kórházi központok* olyan általános kórházak, ahol a belgyógyászat, sebészet, gyermekgyógyászat, szülészet-nőgyógyászat területek klinikai címet viselnek, valamint az Orvostudományi Egyetem, a Fogorvosi Egyetem, valamint a Gyógyszerészeti és Biokémiai Kar szakterületeinek és oktatóprogramjainak felét is nyújtják. A *klinikai kórházak* olyan általános kórházak, ahol a belgyógyászat, sebészet, gyermekgyógyászat, szülészet-nőgyógyászat szakterületek közül legalább kettő klinikai címet visel, és legalább két másik szakterületen (pl. diagnosztika) is ellátást nyújtanak. A *klinika* olyan egészségügyi intézmény vagy az egészségügyi intézmény azon része, ahol a rendszeres szekunder ellátás mellett bonyolultabb szakorvosi, konzultatív vagy fekvőbeteg ellátást is nyújtanak. A klinikai tevékenységek magukban foglalják az egyetemek számára nyújtott oktatómunkát, valamint a tudományos kutatást is.

Az Egészségügyi Minisztérium határozza meg, mely intézmények minősülnek klinikának, klinikai kórháznak vagy klinikai kórházi központnak az Egészségügyi Törvény alapján, amely definiálja, hogy az egyes kórházaknak milyen kritériumokat kell teljesíteniük az egyes kórházi címek megszerzéséhez. Az Országos Egészségügyi Tanács akkreditálja azokat a kórházakat, amelyek megfelelnek az orvosszakmai szervezetek által meghatározott normatív standardoknak. 2013-ban 81 kórház és kezelési központ működött Horvátországban, ebből 5 klinikai kórházi központ, 7 klinikai kórház és klinika, 22 általános kórház, 35 speciális kórház és kezelési központ, 1 hospice, 10 általános osztály (general ward) és 1 kórházon kívüli szülészet. (HZJZ, 2014)

2013-ban a kórházi ágyak száma 1000 főre 5,86 volt. Az aktív ágyak száma 4,04, a krónikus ágyak száma 1,82 1000 főre. (HZJZ, 2014)

A kórházi tartózkodás átlagos időtartamában jelentős csökkenés következett be az elmúlt évtizedekben, 2013-ban 8,9 nap volt (vö.: 1990-ben 15,37 nap). (HZJZ, 2014)



A szekunder és terciér kórházi ellátás igénybevételéhez háziiorvosi beutalóra van szükség. A várólisták kórház típusonként, szerződött tevékenységenként, valamint egyéb jellemzőktől függően (pl. földrajzi elhelyezkedés) meglehetősen nagy eltéréseket mutatnak. A hosszú várólisták (pl. térd és csípőprotézis műtétek esetében több mint egy év) leggyakoribb okaiként az orvosok elégtelen száma, valamint az orvostechikail eszközök nem elegendő mennyisége vagy nem megfelelő minősége említhetők. Ugyanakkor keresletoldali tényezők is hozzájárulnak: számos beteg választ egy bizonyos intézményt vagy orvost, vagy több intézménybe is bejelentkezik ugyanannak az ellátásnak az elvégzésére. Az utóbbi időben több intézkedést hoztak a várólisták csökkentésére (pl. a DTS-DRG-rendszer bevezetése), és a várólisták valamelyest csökkenést mutatnak. Az e-várólistáktól, a nappali ellátás kiterjesztésétől, valamint a beutalásokat érintő változtatásoktól is a helyzet javulását várják.

Egy 2009-ben végzett pilot projekt, melyben néhány kórház önkéntesen vett részt, azt mutatta, hogy jelentős különbségek vannak az egyes kórházak által nyújtott ellátás minőségében. Például a miokardiális infarktus mortalitási rátái 1,9 százaléktól 21,4 százalékig terjednek, a stroke mortalitási rátái pedig 12,5 százaléktól 45,5 százalékig. A kórházak eloszlása is egyenlőtlen, a legtöbb kórház Horvátország középső részén, Zágráb megyében, ill. Zágráb városában koncentrálódik.

2012-ben bevezették az állami kórházak központosított beszerzését. A legnagyobb kiadást jelentő tételek (gyógyszerek, orvostechikail eszközök, energia) beszerzésére közös beszerzési testületeket hoztak létre. Az egyéb javak (pl. élelmiszerek, fogyóeszközök) közös beszerzésével azokat a kórházakat bízták meg, melyek korábban a legjobb ár-érték aránnyal szerezték be saját készleteiket. Az intézkedés sikeresnek bizonyult az árak csökkentésében, megtakarítások generálásában, valamint a beszerzett termékek és szolgáltatások minőségének standardizálásában.

2012-ben elfogadták az Állami Intézmények Szanálásáról (pénzügyi helyzetének rendezéséről) szóló Törvényt, elsősorban a súlyosan eladósodott megyei tulajdonú kórházak pénzügyi helyzetének rendezése céljából. Ennek keretében lehetővé tették a kórházi menedzsment ideiglenes központosítását, melynek során a megyei tulajdonú kórházak menedzsment jogait az Egészségügyi Minisztériumra ruházzák át a szanálás idejére és a szanálás lezárulásától számított két évre. A szanálást állami költségvetésből finanszírozzák. Az adósság jelentős része gyógyszerekre és orvosi felszerelésekre vonatkozik. 2013 áprilisában a kormány kilenc állami tulajdonú kórház és további 25 egészségügyi intézmény (többségében megyei tulajdonban lévő kórházak) pénzügyi helyzetének rendezéséről döntött. Az intézkedés minden olyan kórházra kiterjed, amelynek kiadásai 2013 végén meghaladták a bevételeit. Ugyanakkor továbbra is problémát jelent a kórházmenedzsment elégtelen működése, ami a kórházigazgatók és menedzserek politikai kinevezésének tudható be. (Džakula A et al, 2014, d)

## Sürgősségi ellátás

A sürgősségi ellátás újjászervezése 2009-ben kezdődött. Ezt megelőzően a járóbeteg sürgősségi ellátás rendszere meglehetősen fragmentált volt: négy regionális sürgősségi központ (Zágráb, Rijeka, Split és Osijek városokban) biztosította Horvátország területének kevesebb, mint egyötödén a lakosság 37 százalékának ellátását. A fennmaradó területen az egészségügyi központokban található 63 sürgősségi osztály biztosított sürgősségi ellátást, a távoli vagy ritkán lakott területeken található egészségügyi központokban pedig 59 háziiorvosokból álló egység nyújtott ügyeletet és készenléti ügyeletet. A sürgősségi ellátás országos reformja során az Országos Sürgősségi Ellátási Intézet égisze alatt összesen 21 Megyei Sürgősségi Ellátási Intézetet hoztak létre (megyénként egyet, mindegyiket diszpécseri szolgálattal ellátva). A megyei intézetek felelősek a megyei hívasközpontok működtetéséért,

valamint az elsősegély/sürgősségi ellátás biztosításáért saját megyéjük területén. Az ellátást két típusú mobil csapat biztosítja (melyek sofőrrel ellátott mentőkocsival közlekednek). Az 1-es csapat orvosból és ápolóból vagy mentőtechnikusból áll, a 2-es csapatot a kevésbé súlyos esetekhez riasztják, két speciális ápolóból vagy mentőtechnikusból áll (a 2-es csapatot az orvoshiány miatt vezették be). A tervek értelmében a hálózat az egész országra ki fog terjedni, és 25 km-en belül legalább egy sürgősségi csapat rendelkezésre fog állni. A célzott átlagos elérési idő városi területeken 10 perc, vidéki területeken 20 perc az esetek 80 százalékában. További célkitűzés a hívástól a beteg sürgősségi ellátó egységbe történő beérkezéséig és a beavatkozás megkezdéséig terjedő időtartam csökkentése kevesebb, mint 1 órára (jelenleg két óra). 2012-ben 79 sürgősségi egység működött heti 7 napon át 24 órában, legalább két 1-es és egy 2-es csapattal, 49 egység pedig a vidéki területeken biztosított ügyeletet és készenléti ügyeletet. A sürgősségi egységek a lakosság 80 százalékát, az ügyeletet biztosító háziorvosok pedig a 20 százalékát fedték le. A sürgősségi ellátásban 567 orvos dolgozott, közülük 91 sürgősségi szakorvos. (Džakula A et al, 2014, d)

**A következő fontos lépés a sürgősségi ellátás reformja terén kórházanként az összes kórházi sürgősségi szolgáltatás egy kórházi sürgősségi osztályba való integrációja, ennek végrehajtási menetrendje még nem tisztázott.** 2012 végén kilenc kórházi sürgősségi osztály működött az országban. Az általános kórházak mintegy harmadában a sürgősségi ellátásokat még nem integrálták egy kórházi sürgősségi osztályba, ami megnehezíti a több tünettel rendelkező betegek kórházi sürgősségi ellátását, és a várakozási idő is hosszabb. Emellett szerepel a tervek között a betegszállítás elkülönítése a sürgősségi betegszállítástól, melynek értelmében a betegszállítást továbbra is az egészségügyi intézmények biztosítanák, a sürgősségi betegszállítás működtetését azonban a Megyei Sürgősségi Ellátási Intézetek vennék át. (Džakula A et al, 2014, d)

A sürgősségi ellátás reformját egyéb intézkedésekkel is támogatták. Kiterjesztették a telemedicina alkalmazását (2005-ben hozták létre a Horvát Telemedicina intézetet, 2010-ben pedig az Egészségügyi Törvény módosításának köszönhetően a telemedicinát szisztematikusan bevezették Horvátországban). 2010-ben bevezették a sürgősségi szakorvosi, valamint sürgősségi szakápolói képzést, sor került az orvosi felszerelések standardizálására, osztályozására (egyenlő eloszlás, standardok meghatározása), valamint a sürgősségi protokollok/algorithmusok folyamatos fejlesztésére (az Országos Sürgősségi Ellátási Intézet gondozásában). A sürgősségi csapatok koncentrációja nőtt a nagyobb városokban, mivel a lakosságszámtól tették függővé, hogy hány csapat köthet szerződést a HZZO-val (a HZZO által meghatározott standardok alapján). Például 74 000-150 000 fő sürgősségi ellátására nyolc csapat köthet szerződést. (Džakula A et al, 2014, d)

A sürgősségi ellátás reformja eddig csak részben volt eredményes, mivel egyes megyei intézmények nem voltak eléggé felkészültek, illetve nem rendelkeztek elegendő erőforrással (pl. megfelelő személyzet, képzés hiánya stb.) ahhoz, hogy teljes területükön megfelelő ellátást tudjanak biztosítani, valamint egyes földrajzi területeken a HZZO-val történő szerződéskötést sem sikerült a sürgősségi ellátást biztosító csoportoknak időben lebonyolítani. (Džakula A et al, 2014, d)

## Népegészségügy

Horvátországban a népegészségügyi ellátást az Egészségügyi Minisztérium tulajdonában lévő Országos Népegészségügyi Intézet és a megyék tulajdonában lévő 21 megyei intézet biztosítja. A megyei intézetek tevékenységét az Országos Népegészségügyi Intézet koordinálja és felügyeli.

Az Országos Népegészségügyi Intézet felelős a népegészségügyi statisztikák, epidemiológiai adatok gyűjtéséért, elemzéséért és publikálásáért, valamint az egészségfejlesztésért és egészségnevelésért országos szinten. Számos népegészségügyi regisztert működtet, pl. Rákregiszter, HIV/AIDS Regiszter, Pszichózisok és Öngyilkosságok Regisztere, Egészségügyi Dolgozók Regisztere. Az Intézet Epidemiológiai osztálya felelős a betegségek megelőzéséért és ellenőrzéséért országos szinten. Központi információs rendszert működtet a fertőző betegségek új eseteinek jelentésére és monitorozására, javaslatokat tesz a prevenciós és járványellenes intézkedésekre vonatkozóan, és ellenőrzi azok házi orvosok, kórházak vagy a megyei népegészségügyi intézetek speciális epidemiológiai egységei által történő végrehajtását. Felügyeli a kötelező védőoltásokat és a növényvédelmet, monitorozza a környezetszennyezést és a hulladékgazdálkodást, standardokat határoz meg, teszteli az élelmiszerek és az ivóvíz biztonságát.

A megyei népegészségügyi intézetek a következő területeken nyújtanak szolgáltatást saját területükön: epidemiológia és fertőző betegségek karanténja, nem fertőző betegségek epidemiológiája, víz-, élelmiszer- és levegőbiztonság, védőoltások (beleértve a kötelező védőoltás programok felügyeletét), mentális egészségügyi ellátás (prevenció és a függőségek kórházon kívüli kezelése), higiénia, egészségügyi statisztikák, egészségfejlesztés.

A kötelező védőoltás programokat az alapellátó orvosok (házi orvosok vagy alapellátó gyermekorvosok) és az adott megyei népegészségügyi intézethez kapcsolódó iskolaorvosi szolgálat biztosítja az iskoláskorú gyermekek számára. A nem kötelező védőoltásokat a házi orvosok vagy a megyei népegészségügyi intézetek biztosítják. Az Országos Népegészségügyi Intézet ajánlásai alapján egyes nem kötelező védőoltásokat ingyenesen biztosítanak a magas kockázatú csoportok számára (pl. influenza elleni védőoltás az idősek és krónikus betegek számára). Az orvosok esetenként rákszűrést (méhnyakrák, mammográfia) is ajánlhatnak a betegeknek.

A daganatos betegségek korai felderítésére irányuló országos programként vonatkozóan elsőként a mellrák szűrést vezették be 2006-ban, ezt követte a vastagbélrák szűrés 2007-ben, majd a méhnyakrák szűrés 2012-ben. Ez utóbbi esetében tervezik új technológiák, így a folyadék alapú citológia és a HPV-tesztelésének bevezetését. Az országos szűrőprogramok kiértékelése még nem történt meg.

A foglalkozás-egészségügyi szolgáltatásokat foglalkozás-egészségügyi szakorvosok biztosítják, akik alapellátó praxisokban vagy a megyei egészségügyi központokban tevékenykednek.

2014 júniusában a Horvát Országos Népegészségügyi Intézet elindította a "Living Healthy" (Egészségesen Élni) elnevezésű Egészségfejlesztési Központot. A központ fő célkitűzései a nem fertőző betegségekből eredő morbiditás és mortalitás növekedésének megfékezése az egészséges táplálkozás és fizikai aktivitás előmozdítása, valamint a mentális és szexuális egészség megőrzése révén. Az egészséges táplálkozást és testmozgást ösztönző központ 2014. június 3-án nyílt meg, a mentális és szexuális egészség központot 2014 végéig fogják megnyitni. A következő két évben várhatóan 21 egészségfejlesztési központot (megyénként egyet) fognak létrehozni. (Džakula, A. et al, 2014, a)

## Gyógyszerek

Horvátországban a HZZO meghatározó pozícióban van a receptköteles és kórházi gyógyszerek árazásának és támogatásának a területén. Kizárólag azok az alap-, járó- és fekvőbeteg ellátásban dolgozó orvosok írhatnak fel támogatott gyógyszereket, akik szerződésben állnak a HZZO-val. A HZZO kétféle gyógyszerlistát működtet: az alaplistában a kötelező egészségbiztosítás által 100 százalékban

támogatott gyógyszerek szerepelnek, a kiegészítő lista pedig a részlegesen támogatott gyógyszereket tartalmazza (ez utóbbiak finanszírozása részben a kötelező egészségbiztosításból, részben out-of-pocket kiadásokból történik). A HZZO gyógyszerbizottsága vizsgálja meg a gyógyszerek társadalombiztosítási támogatásának kérelmét, majd javaslatot tesz ezzel kapcsolatban, ezt követően a HZZO menedzsment elnöksége dönt erről. (Voncina- Strizrep, 2010)

Horvátországban nemzetközi ár-összehasonlításokat alkalmaznak a gyógyszerek maximális nagykereskedelmi árának meghatározására. Elsődlegesen az Olaszországban, Franciaországban, ill. Szlovéniában meghatározott gyógyszerárakat veszik figyelembe, (ha ezek az árak nem állnak rendelkezésre, akkor a spanyolországi és a csehországi árakat vizsgálják). A listán szereplő gyógyszerek árait éves árkalkulációkkal határozzák meg. A generikumokra speciális árazási politikák vannak érvényben. Az első elérhető generikum ára az eredeti termék áránál 30 százalékkal alacsonyabb. Minden további generikum ára a pozitív listán előtte szereplő generikum áránál 10 százalékkal alacsonyabb.

Belső referenciaárazást 2006 óta alkalmaznak. Ennek értelmében támogatási limiteket határoznak meg minden olyan gyógyszerre vonatkozóan, mely alacsonyabb árú generikummal helyettesíthető. (Voncina-Strizrep, 2010)

2009-2010 folyamán számos változtatást vezettek be, melyek kiterjedtek a gyógyszerek árazására, a gyógyszerbefogadásra, az evidencián alapuló gyógyszerelés megerősítésére, ill. az etikus gyógyszermarketing megteremtésére.

A terápiás referenciaárazásban, amely a támogatási limitek meghatározására szolgál, az ATC-ben csoportokat alakítottak, a referenciaárát azon termék legalacsonyabb ára alapján határozzák meg (DDD alapján), amely az adott terápiás csoporton belül legalább az értékesítés 5 százalékát tette ki a referenciaárazást megelőző 12 hónapon keresztül. (Voncina- Strizrep, 2010)

A gyógyszerbizottság számára részletesebb kritériumokat vezettek be a gyógyszertámogatási kérvények vizsgálatára vonatkozóan. A következő tényezőket kell figyelembe vennie: a gyógyszer népegészségügyi fontosságát, terápiás fontosságát, relatív terápiás értékét, a gyógyszer hatékonyságát igazoló források minőségét és megbízhatóságát, valamint etikai szempontokat.

A gyógyszergyártók és –forgalmazók számára szigorúbb követelményeket írtak elő a gyógyszertámogatási kérvények benyújtására vonatkozóan. Be kell mutatniuk a termék támogatási státuszát az EU többi tagországában. Csatolniuk kell a gyógyszer klinikai hatásosságát igazoló bizonyítékokat, a komparátorokkal szembeni előnyöket, metaanalízist, szisztematikus értékelést, költség-hatás-elemzést is készíteni kell. A HZZO-hoz benyújtott kérelmeket nyilvánossá tették: azokat a beérkezést követő öt napon belül publikálni kell a HZZO weboldalán. (Voncina- Strizrep, 2010)

Minden támogatást kérvényező gyógyszerceget köteleznek arra, hogy lépjen be a Gyógyszerek Etikus Promóciójára vonatkozó Egyezménybe, mely szigorú követelményeket ír elő a gyógyszerek promóciójára vonatkozóan (pl. vényköteles gyógyszerek lakosság részére történő promóciójának és disztribúciójának tilalma; az orvosok részére történő promóciós tevékenység részletes szabályozása). Az egyezmény nem teljesítése esetére pénzügyi bírságot helyeztek kilátásba. (Voncina- Strizrep, 2010)

Kritériumokat határoztak meg arra vonatkozóan, hogy mely termékek kerülhetnek fel a HZZO különlegesen költséges termékeinek listájára. A gyártóknak vagy forgalmazóknak bizonyítaniuk kell, hogy a termék áttörést jelent az adott betegség kezelésének kockázat-haszon aránya terén más, az alaplistán már szereplő gyógyszerekhez viszonyítva. A gyógyszert kórházi használatra lehet alkalmazni.

A gyógyszer felírására, alkalmazására vonatkozó irányelveket a Horvát Orvosi Kamarának szigorúan definiálnia kell. A terméknek nem lehet generikus helyettesítője, ill. regisztrálni kell az Európai Bizottság Ritka Betegségek Gyógyszereinek Regiszterében. Költséghatás elemzésben kell bemutatni, hogy a termék alkalmazását nem lehet a rutin kórházi költségvetésből finanszírozni a magas kezelési költségek miatt. A drága termékek finanszírozásának szabályozására támogatási megállapodásokat vezettek be a forgalomba hozatali engedély jogosultja és a HZZO között. A HZZO meghatározott számú biztosított kezelését finanszírozza (ezt a költséghatás elemzés eredményei alapján határozzák meg), miközben a forgalomba hozatali engedély jogosultja biztosítja saját költségén a további biztosítottak számára a gyógyszerhez való hozzáférést. (Voncina- Strizrep, 2010)

Az új termékek esetében három maximális támogatási árszintet határoztak meg:

- az átlagos referenciaár 100 százaléka azon innovatív gyógyszerek esetében, melyek jelentős hatással bírnak a felépülésre, és farmakológiailag hasonló terméket (az ATC harmadik szintjén) nem regisztráltak Horvátországban;
- az átlagos referenciaár 90 százaléka azon innovatív gyógyszerek esetében, amelyek esetében farmakológiailag hasonló terméket (az ATC harmadik szintjén) már támogat a HZZO;
- az átlagos referenciaár 65 százaléka a generikumok esetében. (Innovative Health Initiative, 2012)

A gyógyszerreform megtakarítást eredményezett a HZZO számára a gyógyszerkiadások terén, valamint ezzel párhuzamosan elősegítette az innovatív gyógyszerekhez való hozzáférést is.

## Egészségügyi dolgozók

2013 végén 74 489 fő dolgozott az egészségügyi ellátásban, ebből az egészségügyi dolgozók száma 57 395 fő volt. Az időlegesen foglalkoztatottakkal (7 857 fő) együtt az egészségügyi dolgozók száma 65 252 volt. (HZJZ, 2014)

Horvátországban jelentős hiány van egészségügyi szakemberekből, orvosokból, ápolókból, szülésznőkből és gyógyszerészekből egyaránt. 2011-ben 283,68 orvos jutott 100 ezer főre (vö.: EU-átlag: 346,1), a 100 ezer főre vetített ápolók száma pedig 578,84 volt ugyanebben az évben (EU-átlag: 835,53). Csak a fogorvosok 100 ezer lakosra vetített száma (71,82) hasonló az EU-átlaghoz (66,79). (WHO-HFA) Az Egészségügyi Minisztérium becslése az EU-csatlakozást követő 1 éven belül mintegy 500 orvos és 1500 ápoló kiáramlásával számolt. Jelenleg nem állnak rendelkezésre erre irányuló statisztikák, habár növekedést mutat azon orvosok száma, akik az Orvosi Kamarától tanúsítványt igényelnek külföldi munkavállaláshoz, de ez önmagában még nem jelenti a tényleges kivándorlást. (Asisp, 2012)

## Minőségügy

A minőségmenedzsmentet a horvát egészségügyi rendszerben törvény szabályozza, melynek rendelkezéseit már nagyrészt végrehajtották az Egészségügyi és Szociális Jóléti Minőségi és Akkreditációs Ügynökség tevékenységének köszönhetően. Az Ügynökség az akkreditációk nyújtása, megújítása és visszavonása mellett a betegellátás minőségének és biztonságának fejlesztésére vonatkozó intézkedések kidolgozásával és végrehajtásával is foglalkozik. Emellett részt vesz az

egészségügyi technológia-értékelés és a minőségbiztosítási képzések folyamatában, a szociális jólét területén történő fejlesztésekben.

2012 márciusára a kórházak akkreditációjának előkészítése a legtöbb, önkéntes akkreditációra jelentkező kórházban kezdetét vette, az ehhez kapcsolódó jogi szabályozás elfogadása folyamatban van. Az akkreditációs standardok jelenleg nemzetközi érvényesítés alatt állnak. Horvátországban jelenleg 60 klinikai irányelvet publikáltak, ami azt jelenti, hogy a továbbiakban is jelentős számú irányelvet és algoritmust kell még kidolgozni, és a gyakorlatba átültetni. További fontos feladat a rendelkezésre álló szakembergárda és kapacitások megerősítése az egészségügyi minőségbiztosítás és elemzés, valamint az egészségügyi technológia értékelések rendszerének fejlesztése érdekében. (Government of the Republic of Croatia – Ministry of Health of The Republic of Croatia, 2012)

## e-egészségügy

Az IT-alkalmazások használata az egészségügyben elterjedőben van Horvátországban, az alapellátásban és szakellátásban egyaránt. Horvátországban 2001-ben vette kezdetét az e-egészségügyi IT-technológiák fejlesztése azzal a céllal, hogy lehetővé tegyék az interoperabilitást az egészségügyi szolgáltatók, a HZZO és az állami egészségügyi szervek IT-rendszerei között, valamint valós idejű adatok szolgáltatását minden egyes betegre és szolgáltatóra vonatkozóan. A végrehajtás a HZZO által működtetett Központi Egészségügyi Információs Rendszer kialakításával vette kezdetét, melyet azzal a céllal hoztak létre, hogy összekapcsolja és ellenőrizzék az alapellátók, gyógyszertárak, biokémiai laboratóriumok, valamint kórházak információs rendszereit. A Központi Egészségügyi Információs Rendszer csak a jogosult, HZZO-val szerződött felhasználók számára biztosít hozzáférést. Az egészségügyi szolgáltatók IT-rendszereinek integrációja még nem valósult meg teljes mértékben. Az alapellátók (házi orvosok és gyermek házi orvosok), nőgyógyászati rendelők, fogorvosi rendelők, gyógyszertárak, alapellátó egészségügyi laboratóriumok, iskolaorvosi rendelők és kórházon kívüli szakorvosi járóbeteg rendelők információs rendszereinek integrációját végrehajtották. A kórházak 80 százalékának önálló IT-rendszerét azonban még nem sikerült teljes egészében integrálni a központi rendszerbe. A legtöbb kórház napi rendszerességgel küld adatokat és számlákat a központi rendszerbe, de jelenleg nincs kölcsönös kapcsolat a kórházak között. Jelenleg nem áll rendelkezésre olyan IT-alkalmazás, mely lehetővé teszi az egységes közbeszerzést, valamint az orvosi felszerelés, ill. az egészségügyi humán erőforrás cseréjét, továbbá nincs IT-kapcsolat az alapellátók és kórházak között. Az integrált kórházi információs rendszer kialakítása szerepel a reformprioritások között. (Džakula, A. et al, 2014, d)

2011. január 2-án zárult le az e-recept országos bevezetése, 2011. január 15-én pedig a biokémiai laboratóriumokba történő e-beutalók országos végrehajtása. Az e-várólistákat 2012-2013 folyamán vezették be. 2013-ban pilot projektként bevezették az e-várólistát, az elektronikus időpontfoglalást, az e-kórházi beutalót és üzleti intelligencia rendszereket, és megkezdődött a szakorvosi konzultációkra vonatkozó e-beutalók végrehajtása. További célkitűzésként szerepel az e-rekordok teljes megvalósítása. Új IT-alkalmazások kidolgozását tervezik a krónikus betegségek alapellátásában történő monitorozásának támogatására, valamint a táppénz-kiírások ellenőrzésére. (Džakula, A. et al, 2014, d, World Bank Group, 2014)

Az integrált információs rendszerek kialakítását az egészségügyben a Világbank és az EU támogatásai segítségével finanszírozzák. Több mint 60 regiszter működik Horvátországban, melyek adatai jelenleg nincsenek standardizálva, ill. összekapcsolva. Ezek integrációját az Integrált Egészségügyi Regiszter

projekt keretében valósítják meg 2014 folyamán. A 21 megyei sürgősségi egészségügyi központ számára is központi IT-rendszert hoznak létre, központi hívásfogadással, valamint a mentőkocsikra vonatkozó fejlettebb adatcsere rendszerrel (jelenleg csak három megyei sürgősségi központ (Rijeka, Karlovac, Zágráb) rendelkezik IT-rendszerrel). (Džakula, A. et al, 2014, d)

2014 júniusában a horvát kormány elindította az e-Állampolgárok portált, mely lehetővé teszi a polgárok számára, hogy a teljes állami adminisztrációs rendszerrel egy személyes elektronikus postaládán keresztül lépjenek kapcsolatba. A portál azt is lehetővé teszi, hogy az állampolgárok betekintsenek saját orvosi rekordjaikba, és Európai Egészségbiztosítási Kártyát igényeljenek. Az egészségügyi rendszerben dolgozó összes alkalmazott e-egészségügyi smart kártyája segítségével elektronikusan azonosíthatja magát, és beléphet az e-Állampolgárok portálra. (Džakula, A. et al, 2014,b)

Horvátország részt vesz az EU határon átnyúló interoperabilitás projektjeiben (pl. epSOS, PARENT).

## Egészségügyi reformok

Horvátország jelentős haladást ért el az egészségügyi rendszer teljesítőképessége terén az egészségügyi eredmények és az egészségüggyel kapcsolatos általános elégedettség vonatkozásában az utóbbi 20 évben. Ugyanakkor ez a fejlődés meglehetősen nagy költséggel járt együtt. A horvát egészségügyi rendszer számára a legnagyobb nehézséget a finanszírozás fenntarthatósága jelenti a demográfiai és epidemiológiai változások, valamint a HZZO és az egészségügyi intézmények jelentős eladósodottsága következtében. A 2008-2013 folyamán végrehajtott egészségügyi reformok ezért elsősorban az egészségügyi rendszer pénzügyi fenntarthatóságára, valamint a hatékonyság növelésére irányultak. A 2014-2016 közötti reformtervek legfőbb prioritását a kórházi ellátás költséghatékonyabbá tétele képezi.

A 2011-ben hatalomra lépett, Szociáldemokrata Párt által vezetett koalíció **Országos Egészségügyi Stratégiát** dolgozott ki a **2012-2020 közötti időszakra**. Az egészségügyi rendszer legsürgetőbb problémáinak elemzése alapján három átfogó célt határoztak meg: a várható élettartam meghosszabbítását, az életminőség javítását, valamint az egészségi állapotban és az egészségügyi ellátásban tapasztalható egyenlőtlenségek csökkentését. Az átfogó célok eléréséhez *öt stratégiai célkitűzést* irányoztak elő: 1) az egészségügyi ellátás folytonosságának fejlesztését, 2) egyenlő hozzáférés biztosítását és az ellátás fejlesztését minden páciens számára, 3) az egészségügyi ellátórendszer hatékonyságának és eredményességének fejlesztését, 4) az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés növelését, 5) az egészségügyi indikátorok fejlesztését. A reformokat a következő nyolc prioritásterületen fogják végrehajtani.

**1. Az egészségügyi információs rendszer kialakítása és e-egészségügy fejlesztése** terén célkitűzés az egészségügyi információk integrációja és standardizálása, az egészségügyi rendszerben az IT-alkalmazások azonos szintjének megteremtése, az egészségügyi rendszer különböző szintjein működő egészségügyi szolgáltatók, az egészségügyi rendszer és a betegek, valamint az állami egészségügyi hatóságok és az európai egészségügyi rendszerek közötti kommunikáció lehetővé tétele. A feladatok között szerepel az egészségügyi statisztikák monitorozására, az adatok elemzésére és a döntéshozatal támogató jelentések készítésére szolgáló információs rendszerek kialakítása, a kórházak és más egészségügyi szolgáltatók közös közbeszerzését és egyéb közös folyamatait támogató IT-alkalmazások létrehozása. Tervezik a telemedicina integrálását a sürgősségi ellátásba, valamint egyéb egészségügyi szolgáltatásokba. Az egészségügyi dolgozók képzését e-egészségügyi ismeretekkel kívánják bővíteni, részben e-learning rendszerben. Az egészségügyi IT-felhasználók

támogatására call center létrehozását tervezik. Kiemelt feladat az e-egészségügy törvényi szabályozásának felülvizsgálata, az információbiztonság garantálása. További célkitűzés az elektronikus betegrekord kifejlesztése.

**2. Az egészségügyi humán erőforrás fejlesztésére** stratégiai tervet dolgoznak ki. A feladatok között szerepel az egészségügyi dolgozók szakmai felelősségbiztosításának kidolgozása, a munkahelyi egészség és biztonság javítása, a vertikális és horizontális mobilitás előmozdítása, a felsőfokú végzettség megszerzésének lehetővé tétele minden egészségügyi dolgozó számára, a nyugdíjazást követő munkavállalás lehetővé tétele.

**3. A menedzsmentkapacitások megerősítését** elsősorban az egészségügyi menedzsmentért felelős szakemberek oktatásával, képzésével kívánják elérni, az alsóbb szintű vezetőket is beleértve. Célkitűzésként szerepel a szervezési és pénzügyi menedzsment feladatok szétválasztása az orvosi menedzsmenttől. A szervezeti és pénzügyi menedzsment feladatokat elsősorban jogi, gazdasági vagy menedzsment végzettséggel rendelkező szakemberek látnák el. Az orvosi menedzsment feladatokat továbbra is nagy klinikai szakértelemmel rendelkező orvosok látnák el, a decentralizáció elvét követve. Az egészségügyi intézményekben elemzési, tervezési és projektmenedzsment részlegek kialakítását tervezik, és ösztönözni kívánják az egészségügyi rendszer-kutatást. A közösségi egészségügyi központok menedzsmentjét is erősíteni kívánják olyan jogi szabályozásokkal, melyek világosan definiálják és szabályozzák a koncessziókat.

#### **4. Az egészségügyi intézmények struktúrájának és tevékenységeinek újjászervezése**

**Az alapellátásban fontos célkitűzés a csoportpraxisokba szerveződés ösztönzése**, az egészségügyi szolgáltatók önkéntes döntése alapján. A csoportpraxisok résztvevőinek meg kell határozniuk a partnerek szakmai és anyagi helyzetére vonatkozó szabályokat és kötelezettségeket, különös tekintettel a pénzügyi eszközökre. A csoportpraxisoknak az otthoni ellátást nyújtó közösségi ápolók is szerves részét képeznek.

A távoli földrajzi területeken tevékenykedő házi orvosok számára biztosítani kell a telemedicina alkalmazásának, valamint a „virtuális csoportpraxisok” kialakításának lehetőségét, IT-technológiák támogatásával. Megfelelő szakmai képzések biztosításával lehetővé kell tenni e házi orvosok számára pótlólagos diagnosztikai és terápiás eljárások nyújtását (pl. fizioterápia, ultrahang-diagnosztika, bizonyos bőrgyógyászati és sebészeti eljárások, bizonyos laboratóriumi diagnosztikai tevékenységek, PAP-kenet stb). Emellett lehetővé kell tenni, hogy saját praxisukban pszichiáter, neurológus, szemész, kardiológus vagy egyéb szakorvos által végzett kontrollvizsgálatot biztosíthassanak. A távoli földrajzi területeken (szigetek, hegyvidéki területek, autópályák) dolgozó alapellátók szekunder és terciér ellátással történő összekapcsolása, valamint e térségek sürgősségi ellátásának biztosítására a sürgősségi légi és tengeri betegszállításra alkalmas, megfelelően felszerelt járművek biztosítását tervezik (helikopter, hajó/csónak).

Fejlesztlenék az interdiszciplináris együttműködést és a közösségi szemléletet az egészségügyben. **A közösségi ellátást és a több szakterületet átfogó szemléletet elsősorban a hosszú távú ápolás, rehabilitáció, mentális egészségügyi ellátás és palliatív ellátás terén kívánják erősíteni.** Fontosnak tekintik az orvosok, gyógyszerészek, egészségügyi és nem egészségügyi szakemberek együttműködésének megteremtését a környezeti tényezők egészségre gyakorolt hatásainak monitorozásában és értékelésében.

Az alapellátás folytonosságának és általános hozzáférhetőségének biztosítása érdekében az egészségügyi ellátás biztosítására irányuló koncessziók törvényi keretének kidolgozását tervezik.



**A megyei népegészségügyi intézetek hálózatának működését intézményi társulásokkal kívánják hatékonyabbá tenni**, mely funkcionális vagy intézményi integrációt jelent, bizonyos szolgáltatások vagy tevékenységek a társulás egy vagy néhány intézményébe való koncentrációjával. Egyes szolgáltatások, így pl. az egészségügyi ökológia, mikrobiológia, iskolaorvoslás, mentális egészségügyi ellátás, valamint a függőségek kórházon kívüli kezelése a megyei népegészségügyi intézetek hatáskörében maradna. Ugyanakkor ezen szolgáltatások nyújtása terén az intézeteknek meg kellene erősíteniük együttműködésüket az egészségügyi rendszer más szereplőivel és a társadalom egészével.

**A kórházak szerkezeti és működési átalakítása terén fontos célkitűzés a kórházak regionális kórházi hálózatokba vagy intézményi társulásokba szervezése**, mely lehetővé tenné a kórházi szolgáltatások újraelosztását és koncentrációját, a szerződött intézmények hatékonyabb kihasználását, új intézményekkel való szerződés-kötést, amennyiben szükséges, valamint a költséges diagnosztikai és terápiás eljárások duplikációját. **Országos és regionális kiválósági központokat is létrehoznának**, melyek lehetővé tennék a kórházak technológiával és személyzettel történő célzott felszerelését, az egészségügyi ellátásban betöltött szerepükkel, valamint az általuk ellátott betegek szükségleteivel összhangban.

A szekunder és terciér kórházak, valamint az alapellátás és a népegészségügyi ellátás meglévő és esetleges új oktatási egységeit **funkcionális oktatási hálózatokba szerveznék** annak érdekében, hogy a klinikai intézményeken kívüli tudományos és oktatási kapacitást teljes mértékben kihasználják.

A mentális betegek kórházi ellátása esetében **a pszichiátriai kórházak ágykapacitáit a demenciában szenvedő betegek ellátása irányába mozdítanák el**, mivel e téren növekvő trend figyelhető meg a hospitalizációban, míg más mentális betegségek esetében csökkenés.

Az aktív ellátás racionalizálása érdekében **meg kívánják erősíteni a nappali kórházakat, a hosszú távú és a palliatív ellátást**. A nappali kórházakat összekapcsolnák a közösségi egészségügyi központokkal, a kórházakban működő járóbeteg ellátással, a megyei népegészségügyi intézetek által nyújtott mentális egészségügyi ellátással, az alapellátó rendelőkkel. Ezek a szolgáltatások így egy funkcionális egészét képezve a lakosság legtöbb egészségi problémáját el tudnák látni, kisebb, egynapos sebészeti beavatkozásokat, valamint a palliatív ellátást is beleértve. A nappali kórházak infrastruktúráját úgy tervezik átalakítani, hogy az egészségügyi szakemberek szerveződjenek a beteg köré ahelyett, hogy a betegnek kellene egyik szolgáltatótól a másikig vándorolni a kórházon belül.

**A kórházak szerkezetátalakításait és átépítéseit az energiahatékonyság jegyében tervezik végrehajtani**, amely csökkentené a fenntartási költségeket, ugyanakkor az Európa 2020 stratégiában megfogalmazott egyik célkitűzéshez, az energiahatékonyság 20 százalékos növeléséhez is hozzájárulna. További fontos cél a munkakörnyezet szennyezettségének csökkentése, a biztonságos hulladékeltávolítás, az egészségügyi dolgozók munkahelyi egészségének és biztonságának fejlesztése céljából. A kórházak és más egészségügyi intézmények esetében prioritásként szerepel az öko-tudatos és felelősségteljes közbeszerzések megvalósítása.

A sürgősségi ellátás fejlesztése **a kórházi és kórházon kívüli sürgősségi szolgáltatások integrációjára irányul**. A kórházon belüli nyújtott sürgősségi szolgáltatásokat is egy kórházi osztályba integrálnák. Traumaközpontok kialakítását is tervezik a politraumás betegek ellátására.

További cél a kórházak bizonyos nem egészségügyi szolgáltatásainak átadása egy független állami tulajdonú cég számára, vagy magáncégekhez való kiszervezése.

**2014 júniusában a kormány elfogadta az Országos Kórházfejlesztési Tervet, mely az egészségügyi ellátástervezés négy régióját határozta meg: Észak- és Közép Horvátország, Kelet-**

**Horvátország, Dél-Horvátország és Nyugat-Horvátország. A tervek között szerepel az aktív ágyak arányának mintegy 32 százalékos csökkentése, ezzel párhuzamosan a nappali ágyak számának 44 százalékos, a rehabilitációs, hosszú távú és palliatív ágyak számának pedig 186 százalékos növelése 2016 végéig. Az átlagos aktív ágyfoglaltsági arányt 85 százalékosra kívánják növelni, ugyanakkor a kórházi tartózkodás átlagos időtartamát mintegy 10-30 százalékkal csökkentenék. A funkcionális kórház-integrációk keretében 21 kórház funkcionális összevonását tervezik. A kórházakat továbbra is az elvégzett szolgáltatások alapján finanszíroznák, de a pénzügyi limitet eltörölnék.** A pénzügyi erőforrások hatékonyabb elosztása érdekében a HZZO-t pénzügyileg elkülönítenék az állami költségvetéstől. A reformintézkedések végrehajtásának finanszírozása érdekében az egészségügyi járulékok mértékét 13 százalékról 15 százalékra növelnék. A Parlament még nem fogadta el a kórházfejlesztési tervet, 2014. október 22-ig nyilvános vitát folytatnak róla. Az Országos Kórházfejlesztési Terv végrehajtását állami költségvetésből, EU-támogatásokból és esetlegesen a Világbank által nyújtott kölcsönből finanszíroznák. (Republic of Croatia, 2014, Legislative and Policy Journal Croatia, 2014)

**5. Az egészségügyi ellátás minőségének fejlesztése** terén fontos feladat az egészségügyi felügyelet megerősítése, a kötelező minőségi standardok monitoringja. Az egészségügyi szakemberek oktatását az egészségügyi ellátás minőségére és a betegbiztonságra vonatkozó modulokkal egészítenék ki, az oktatás minden szintjén. Klinikai irányelvek kidolgozását irányozzák elő az egészségügyi ellátás minden szintjére és az önkezelésre vonatkozóan, a gyógyszerészeti szolgáltatásokra vonatkozóan standard operatív eljárások kialakítását tervezik. Folyamatban van az akkreditációs standardok kidolgozása. Az egészségügyi szolgáltatókkal való szerződéskötést mérhető teljesítmény- és minőségi indikátorokkal tervezik összekapcsolni. A magas minőségű ellátás díjazására vonatkozóan megfelelő finanszírozási mechanizmus és jogi szabályozás kidolgozását tervezik. További prioritás az egészségügyi technológia értékelés törvényi keretének továbbfejlesztése.

**6. A prevenció megerősítésének** egyik fontos lépéseként tervezik a prevenció programokra és tevékenységekre fordított egészségügyi kiadások arányának fokozatos növelését. Az egészségügyi ellátás minden területén ösztönözni kívánják a prevenció tevékenységeket, de kiemelt szerepet szánnak az alapellátásnak és az otthoni ápolást nyújtó közösségi ápolóknak. Meg kívánják erősíteni a foglalkozás-egészségügyi ellátást, és biztosítani kívánják az idősek közösségi szintű ellátását. Az alapellátókkal történő szerződéskötések esetében olyan modell bevezetését tervezik, mely a prevenció tevékenységek mérhető teljesítményindikátorain alapulna. Prioritásként szerepel az Országos Népegészségügyi Intézet elemzési kapacitásainak bővítése. Tervezik a környezeti tényezők által okozott egészségügyi kockázatok monitorozásának és megelőzésének megerősítését, az egészségügyi veszélyek korai felderítésére irányuló rendszerek fejlesztését.

**7. Az egészségügyi rendszer pénzügyi stabilitásának megőrzése** terén a legfontosabb feladat az önkéntes kiegészítő és pótlólagos egészségbiztosításokra vonatkozó szabályozási keretek kidolgozása az önkéntes biztosítások ösztönzése, ezáltal a magánforrások arányának növelése céljából. A pénzügyi fegyelmet a pénzügyi műveletek IT-alkalmazásokkal támogatott, hatékonyabb felügyeletével kívánják erősíteni. Az egészségügyi szolgáltatók finanszírozásában teljesítmény elemeket vezetnek be. 2013 áprilisában az alapellátásban már bevezették a teljesítményalapú finanszírozási mechanizmust, melyet a járóbeteg és fekvőbeteg szakellátásra is terveznek kiterjeszteni. További fontos cél a források (beleértve az EU-támogatások) szükségletek és prioritások szerinti allokációja. Az informális kifizetések ellen az önkéntes biztosítás ösztönzésével, valamint a folyamatok és eljárások (pl. várólisták, közbeszerzés) átláthatóbbá tételével, az ellenőrző mechanizmusok megerősítésével (az egészségügyi intézmények és szakemberek teljesítményének monitorozása) kívánják fellépni.

8. Fejlesztési kívánják **az egészségügy más szektorokkal és a társadalommal való együttműködését**, „az egészség minden szakpolitikában” elv alapján, beleértve pl. a szociális, oktatási, munkaügyi, környezetvédelmi, regionális fejlesztési, mezőgazdasági, pénzügyi szektorokat, a regionális és helyi önkormányzatokat, a civil társadalmat és médiát. A Stratégia végrehajtásának támogatására kidolgozták az *Egészségügyi Szolgáltatások Minőségének és Hatékonyságának Fejlesztése az Eredményekért Programot*, melynek finanszírozására a horvát kormány 2014 júniusában megállapodást kötött a Világbankkal egy 75 millió euró összegű kölcsön felvételéről. (Government of the Republic of Croatia – Ministry of Health of The Republic of Croatia, 2012, World Bank Group, 2014)

A 2014. június közepén hivatalba lépett új egészségügyi miniszter, Siniša Varga napirendjén szerepel a várólisták rövidítése, valamint betegombudsman kijelölése, akinek feladata a betegek méltóságának biztosítása és tájékoztatása lenne. Az új miniszter erőteljesen ellenzi a kötelező egészségbiztosítás privatizációját. (Džakula, A. et al, 2014, c)

## Források

- Asisp Annual Report 2012 Croatia.  
[http://www.socialprotection.eu/files\\_db/1236/asisp\\_ANR12\\_CROATIA.pdf](http://www.socialprotection.eu/files_db/1236/asisp_ANR12_CROATIA.pdf)
- Asisp Annual Report 2013 Croatia. [http://socialprotection.eu/files\\_db/1356/HR\\_asisp\\_CD13.pdf](http://socialprotection.eu/files_db/1356/HR_asisp_CD13.pdf)
- Bogut, M. et al: Impact of Hospital Payment Reforms in Croatia. World Bank, Policy Research Working Paper, 2012. március.
- Croatia. eu: <http://www.croatie.eu/article.php?lang=2&id=28>
- Dalje.com: Croatia prepares plan aimed at rationalising hospital network. Dalje.com, 2014. március 18. <http://dalje.com/en-croatia/croatia-prepares-plan-aimed-at-rationalising-hospital-network/503138>
- Džakula A, Sagan A, Pavić N, Lončarek K and Sekelj-Kauzlarić K. Croatia (d): Health system review. Health Systems in Transition, 2014; 16(3): 1–162.
- Džakula, A. et al (a): Croatian National Institute of Public Health launches the Centre for Health Promotion "Living Healthy"
- Džakula, A. et al (b): Launch of e-Citizens portal. 2014. július 2.
- Džakula, A. et al (c): The new Minister of Health announces new priorities. 2014. július 2.
- DZS (Horvát Statisztikai Hivatal): Statistical Yearbook of the Republic of Croatia, 2013. Zágráb, 2013. december. [http://www.dzs.hr/Hrv\\_Eng/ljetopis/2013/sljh2013.pdf](http://www.dzs.hr/Hrv_Eng/ljetopis/2013/sljh2013.pdf)
- European Union of General Practitioners/Family Physicians – Croatia:  
<http://www.uemo.eu/national-sections/19-croatia.html>
- Eurostat 2013.
- Government of the Republic of Croatia – Ministry of Health of The Republic of Croatia: National Health Care Strategy 2012-2020. 2012. szeptember.
- HZJZ (Horvát Országos Népegészségügyi Intézet): Croatian Health Service Yearbook 2013. Zágráb, 2014. [http://hzjz.hr/wp-content/uploads/2014/04/ljetopis\\_2013.pdf](http://hzjz.hr/wp-content/uploads/2014/04/ljetopis_2013.pdf)

- 
- HZZO weboldala: <http://www.hzzo-net.hr/english.php>
  - Legislative and Policy Journal Croatia: GOVERNMENT: National Hospital Development Plan 2014-2016. 6 October 2014, LPJ Croatia Issue 103. <http://www.legislative-journal.com/2014/10/government-national-hospital-development-plan-2014-2016/>
  - Radosavljevic, Z. - MacSwan, A.: Croatia merges hospitals, cuts beds in healthcare masterplan. Reuters, 2014. március 18.
  - REPUBLIC OF CROATIA: NATIONAL REFORM PROGRAMME. Zagreb, April 2014. [http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/csr2014/nrp2014\\_croatia\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/csr2014/nrp2014_croatia_en.pdf)
  - UEMO: <http://www.uemo.eu>
  - Vártokné Hevér Noémi: Egészségügyi reform Horvátországban. <http://unipub.lib.uni-corvinus.hu/1004/1/kg2012n3p177.pdf>
  - Voncina, L. – Strizrep, T.: Croatia: 2009/2010 pharmaceutical pricing and reimbursement reform. Eurohealth, 2010. Vol. 16, Number 4. [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0011/137999/Eurohealth16\\_4.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/137999/Eurohealth16_4.pdf)
  - Voncina, L. et al: Croatian 2008-2010 health insurance reform: hard choices toward financial sustainability and efficiency. Croatian Medical Journal, 2012. február.
  - WHO HFA 2014. április.
  - World Bank Group: World Bank Group – Croatia Partnership. Country Program Snapshot. October 2014. <http://www.worldbank.org/content/dam/Worldbank/document/eca/Croatia-Snapshot.pdf>
  - World Bank Supports Health of Croatians. 2014. június 11. <http://www.worldbank.org/en/news/press-release/2014/06/11/world-bank-supports-health-of-croatians>
-