

TÁJÉKOZTATÓ ORSZÁGTANULMÁNY LENGYELORSZÁG EGÉSZSÉGÜGYÉRŐL



GYEMSZI

Gyógyszerészeti és Egészségügyi
Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet

Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság
Rendszerelemzési Főosztály

2014. október

Tartalom

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

Gazdasági-politikai háttér

Alapvető gazdasági indikátorok:

A GDP növekedési rátája az előző évhez képest:

2012: 2,0 százalék

2013: 1,6 százalék

Inflációs ráta (HICP), 2013: 0,8 százalék

Munkanélküliségi ráta, 2013: 10,3 százalék

Államháztartási egyenleg a GDP százalékában, 2013: -4,3 százalék

Államadósság a GDP százalékában, 2013: 57 százalék¹

Lengyelország gazdasága 2013-ban 1,6 százalékos növekedést ért el. A növekedés a világgazdasági válság éveiben is folyamatosan jellemezte a lengyel gazdaságot. A recesszió elkerülését a viszonylag stabil makrogazdasági helyzet, a gazdaság kisebb fokú nyitottsága és a lengyel kormány válságkezelő intézkedéseinek együttes hatása tette lehetővé.

Az államháztartási hiány a GDP százalékában 2013-ban 4,3, az államadósság a GDP 57 százaléka volt.

A hatályos alkotmány elfogadására 1997-ben született meg a politikai kompromisszum. A lengyel állam élén köztársasági elnök áll, közvetlenül választják öt évre, széles kinevezési jogkörrel és erős vétójoggal rendelkezik. Az államfő a külpolitika és a nemzetbiztonság területén erősebb, a belpolitikában enyhébb jogokat birtokol. A Lengyel Köztársaságban a legfőbb törvényhozó hatalom a parlament, melyet négy évre választanak. A parlament két kamarából áll, a Szejm feladatai, a törvényhozás, a legfontosabb állami tisztségviselők megválasztása, a végrehajtó hatalom ellenőrzése, a szenátus jogköre főként a törvényhozási kezdeményezésre és a Szejm által hozott törvények felülvizsgálatára és módosítására terjed ki. A végrehajtó hatalom megoszlik a köztársasági elnök és a kormány között. Ez utóbbi vezeti és irányítja az állam bel- és külpolitikáját a parlament által megszabott úton, és felelős annak megvalósulásáért. Az utolsó parlamenti választás 2011. október 9-én volt, és a Civil Platform győzelmével zárult. A miniszterelnök ismét Donald Tusk lett, aki a rendszerváltás óta az első miniszterelnök, akit újraválasztottak. 2014-ben Donald Tuskot megválasztották az Európai Tanács elnökének, helyét Ewa Kopacz vette át a miniszterelnöki székben. A legutóbbi elnökválasztásra Lech Kaczyński köztársasági elnök halálát követően, 2010. augusztus 6-án került sor. A választást, a Civil Platform jelöltje, Bronislaw Komorowski nyerte.

Demográfia

Lengyelország demográfiai struktúrájára jellemző, hogy az ötvenes és a nyolcvanas években történt népesedési hullám után a növekedés lelassult, a természetes szaporodás mértéke alacsony. A

¹ Eurostat

² WHO HFA-DB

³ WHO HFA-DB

lakosság száma stagnál, 2012-ben 38 534 ezer fő, viszonylag fiatalnak számít, az átlagéletkor 37,8 év, a 65 év feletti aránya 13,6 százalék, a 90-es évektől az öregedési tendencia itt is jelentkezik. 2011-ben az élveszületések rátája 10,08 ezrelék, a halálozásoké 9,75 ezrelék, így a természetes szaporodás aránya 0,33 ezrelék. Az utóbbi évtizedekben folyamatosan növekedett a születéskor várható átlagos élettartam, 2011-ben mindkét nemben 76,96 év volt, 72,67 év a férfiaknál és 81,2 év a nőknél. Jelentősen csökkent a csecsemőhalálozás (2010-ben 5 ezrelék). A halálozási statisztikában vezetnek a keringési betegségek, amelyek az összes halálesetnek a 46 százalékát teszik ki. A második helyet a daganatok (25 százalék) foglalják el, ezután a külső okok (7 százalék), a légzőszervi betegségek (4,8 százalék) és az emésztőszervi betegségek (4,5 százalék) következnek².

Az egészségügyi rendszer jellemzői

Lengyelország egészségügyi rendszere kötelező egészségbiztosításon alapul.

Az egészségügyi ellátás fő irányító szerve az Egészségügyi Minisztérium (Ministerstwo Zdrowia). A minisztérium országos szinten felelős az egészségpolitikai irányelvek kidolgozásáért, a közegészségügyi és környezetvédelmi ellenőrzésért, a specializált diagnosztikai és gyógyító intézményekért, a speciális egészségügyi programok, valamint az orvostudományi képzés és kutatás szervezéséért.

Finanszírozás

Egészségügyi kiadások

Lengyelországban a GDP-ből az egészségügyre fordított kiadások aránya nemzetközi összehasonlításban alacsony (2012-ben 6,72 százalék). 2012-ben az egy főre jutó egészségügyi kiadás 1489,26 USD PPP volt³.

Forrásgyűjtés

2012-ben az egészségügy finanszírozásában az állami kiadások aránya 65,6 százalék volt, ennek nagy részét (az összes egészségügyi kiadás 59,6 százalékát) az egészségbiztosítás tette ki, kisebb hányadát pedig az adóbevételek. (Az inaktív lakosság ellátását, az egészségvédelmi programokat, az egészségügyi intézmények nagyobb beruházásait, a magas költségű beavatkozásokat az állami költségvetésből finanszírozzák.) 2012-ben a magánkiadások aránya 28,1 százalék volt, 22,7 százalék a betegek közvetlen kifizetéseinek aránya (out-of-pocket), 0,7 százalék a magánbiztosítás részesedése.⁴

Lengyelországban 1997-ben született törvény az egészségügy és az egészségbiztosítás átalakítására, amely alapján 1999-től az egészségügyi rendszer finanszírozásának fő intézményei az önállóan működő vajdasági betegpénztárak lettek. A vajdasági betegpénztárak megfelelő koordinálásának hiányából fakadó problémák kiküszöbölésére a kormány az újraközpontosítás elve mellett döntött. 2003

² WHO HFA-DB

³ WHO HFA-DB

⁴ OECD Statistics

januárjában a vajdasági pénztárakat összevonták, és a lakosság általános egészségbiztosításáról szóló törvény alapján megalakult az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (Narodowy Fundusz Zdrowia - NFZ). Az egészségbiztosítás felügyeletét az egészségügyi miniszter gyakorolja. Az NFZ egy központi hivatalból és ennek leágazásaként, az ország területi (vajdasági) tagozódását követő 16 regionális biztosítóból áll.

2013-ban ismét felmerült az NFZ decentralizálása, amely a központi hivatal felszámolását és a 16 regionális biztosító számára szolgáltatás beszerzés, szolgáltatásfinanszírozás funkció kialakítását jelentené (Mokrzycka, 2013).

Az NFZ létrejötté óta az általános egészségbiztosítás kötelező érvényűvé vált, és fedezete minden állampolgárra kiterjed. A kötelezően biztosítottak járulékai jövedelem-függőek, a teljes járulékot a munkavállaló fizeti.

Az állami erőforrások korlátozott volta a magánfinanszírozás magas arányához vezetett. A beteg által igényelt szolgáltatások - a beutaló-köteles szakszolgáltatások is - gyakran informális fizetésekkel érhetőek el. A következő években a magán egészségügyi piac erőteljes növekedését prognosztizálják, leggyorsabban növekvő része a kiegészítő biztosítás lesz⁵.

Forrásallokáció

A házi orvosok finanszírozása az egészségbiztosítóval kötött szerződés alapján fejkvóta szerint történik. A szakellátás finanszírozása szolgáltatásokon alapuló díjazás.

A kórházi szektor finanszírozására DRG-t alkalmaznak (jelenleg torz, a tényleges ráfordításokat nem pontosan tükröző esetátalányokkal).

Egészségügyi szolgáltatások

Alapellátás, járóbeteg-szakellátás

Lengyelországban az egészségügyi alapellátást, mint a beteg számára első konzultációt nyújtó ellátást egyéni vagy kisebb arányban csoportos praxisban dolgozó házi orvosok, nőgyógyászok, gyermekgyógyászok, illetve ápolónőkből és szülésznőkből álló praxisok végzik.

A házi orvosi rendszer fejlesztésében a 2014 tavaszi jogszabályváltozások hoztak olyan módosításokat, amelyek a lakosság szolgáltatásokhoz való hozzáférését és a házi orvos tevékenységének bővülését célozzák.

2007-es törvények szerint 2014-ig az orvosok két csoportja nyújthatott alapellátást Lengyelországban: a házi orvoslásban képesített szerzett orvosok és a „szerzett jogokkal” rendelkező orvosok. A második csoport a 2007 előtt képesítést szerzett belgyógyászokat és gyermekgyógyászokat, valamint azokat a szakorvosokat tartalmazta, akik 2007-ben legalább 10 éve nyújtottak már alapellátást. Számukra 2017-ig írták elő házi orvosi képesítés megszerzésének kötelezettségét. 2013-ban kb. 25 ezer orvos dolgozott az alapellátásban, közülük kb. 8000 volt házi orvos, 7300 belgyógyász, 5100 gyermekorvos, a többiek pedig más szakorvosi végzettséggel rendelkeztek. ***Egy 2014 tavaszán elfogadott törvénymódosítás***

⁵ <http://www.warsawvoice.pl/WV/page/pages/article.php/25210/news>

lehetővé teszi a belgyógyászat és a gyermekgyógyászat szakorvosai számára is, hogy az alapellátásban dolgozzanak (Tomasik, 2014). A törvénymódosítás azt szolgálja, hogy bővüljön az alapellátásban dolgozók száma, javuljon a lakosság szolgáltatásokhoz való hozzáférése.

2014 tavaszáig a betegek évente kétszer, azóta évente háromszor válhatnak háziiorvost.

A háziiorvosok elsődleges feladata az elsősegélynyújtás, az alapvető egészségügyi problémák ellátása, valamint a beteg állapota által indokoltá váló kezelések figyelemmel kísérése az egészségügyi rendszerben. A háziiorvos elvben kapuőri szerepkört tölt be, mivel beutaló szükséges a szakorvosi és a kórházi ellátáshoz, azonban ez a funkció gyenge amiatt, hogy szakorvosok egész sora kapott engedélyt a betegek beutaló nélküli ellátására (bőrgyógyász, nemibeteg-szakorvos, nőgyógyász, szemész, onkológus, pszichiáter).

2014 tavaszán az egészségügyi miniszter kezdeményezésére a törvényhozás az alapellátásra és a háziiorvosok jogkörére is kiható két reformcsomagot, a várólista csomagot és az onkológia csomagot tartalmazó jogszabályt fogadott el. A várólista csomag célja a betegek legalacsonyabb szintű ellátásba irányítása és a nagyobb szükséglettel rendelkező betegek előtérbe helyezése. Az onkológia csomag célja, hogy a daganatos betegség gyanújával jelentkező betegek diagnózisa és kezelése a lehető leggyorsabban megtörténjen.

A várólista csomag intézkedései többek közt a következőt tartalmazzák:

- A háziiorvosok több diagnosztikai vizsgálatot rendelhetnek az újonnan létrehozott „költséges vizsgálatok alaphól”
- Bevezetnek egy új típusú háziiorvosi vizitet, a „recept vizitet”
- Bővítik a betegek nyilvántartását
- Ápolók is felírhatnak bizonyos gyógyászati termékeket és eszközöket
- Két várólistát vezetnek be: az első vizitre váró betegek számára és a további szakellátásra váró betegek számára
- Bevezetnek egy központosított e-várólistát, ahol az ellátás első rendelkezésre álló idejét tüntetik fel.

Az onkológia csomag intézkedései többek közt a következőt tartalmazzák:

- A háziiorvosok több vizsgálatot rendelhetnek, hogy pontosabbá váljon a daganatos betegségek diagnózisa az alapellátás szintjén
- A háziiorvosokat pénzügyileg ösztönzik, hogy a betegeket a vizittől számított két héten belül utalják szakellátásra
- Szakorvosi szinten a diagnózis két stádiumból áll: korai diagnózis (a háziiorvos által felállított diagnózis ellenőrzése) és részletes diagnózis (a daganatos betegség típusának, stádiumának megállapítása), mindkettő a háziiorvosi vizittől számított két héten belül
- A kezelés végeztével a beteget a részletes diagnózist felállító szakorvos vizsgálja meg – ha a beteg állapota nem romlott, akkor a háziiorvos veszi át a kezelőorvos szerepét

Az alapellátást is magába foglaló integrációs program támogatására irányul a Svájci Hozzájárulás egyik támogatása, amely célja a periférikus és hátrányos helyzetben lévő területeken az alapellátás és a szociális ellátás erősítése multiszektorális megközelítéssel. (Ministerstwo Zdrowia, 2013)

Járóbeteg szakellátást többnyire önálló vagy kisebb részben csoportpraxisban dolgozó vállalkozó orvosok nyújtanak, városi területeken pedig önálló egészségügyi intézményekként szakorvosi rendelőintézetek is működnek.

A járóbeteg-ellátásban 2011-ben összesen 19 151 rendelő működött, ebből 2 763 állami és 16 388 magán tulajdonban van⁶.

Fekvőbeteg-ellátás

A kórházak túlnyomó része 1999-ig állami tulajdonban volt, majd az önkormányzatok tulajdonába került. A fekvőbeteg-ellátásban a privatizáció aránya alacsony volt, egyes kórházak visszakerültek eredeti tulajdonosukhoz (egyház, egyéb nem kormányzati szervezet). Előfordul a kórházak között profitorientált intézmény is. A kórházak és az ágyak 95 százaléka az Egészségügyi Minisztérium felügyelete alá tartozik, a fennmaradó rész felett a belügyi és a honvédelmi tárca gyakorol felügyeletet. Az Egészségügyi Minisztérium felügyelete alá tartozó kórházak kb. 70 százaléka, a kórházi ágyak kb. 90 százaléka állami-önkormányzati tulajdonban van. 2011-ben 853 általános kórház működött 188 996 ágygal, ebből 540 volt állami kórház, amelyekben az ágyak száma 160 483, 313 magán, 28 513 ágygal. A pszichiátriai kórházak száma 48, ágyaik száma 17 761. 2010-ben a nemzetközi jelentésekben szereplő (más módszer szerinti számbavétellel az általános és pszichiátriai ágyak mellett rehabilitációs intézmények stb. ágyait is tartalmazza) ágyak száma 251 456 (100 ezer lakosra 652,85 ágy jutott). A hosszú távú ápolást nyújtó ágyak száma 89 678 volt⁷.

A kormány 2009-ben jóváhagyta a folyamatosan adósságokkal küszködő kórházak működési hatékonyságának javítására szolgáló programot, 2011-ben fogadtak el törvényt a közintézményként működő állami kórházak részvénytársaságokká alakításáról. Az átalakulás lassú, 2011 júliusa és 2013 vége között 34 kórház alakult át, a helyi önkormányzatok főként a csődtől tartva vonakodnak a kórházakat gazdasági társaságokká alakítani. (Kowalska, 2014)

Az egészségügyi infrastruktúra fejlesztésére Lengyelország jelentős Európai Uniósi pénzalapokat használ fel (Ministry of Health, 2013). A 2007-2013-as időszakra az Európai Regionális Fejlesztési Alap és a Kohéziós Alap által finanszírozott Infrastruktúra és Környezetvédelem Operatív Programból 465,5 millió eurót irányoztak elő Lengyelország egészségügyi programjainak megvalósítására. A több mint 350 támogatott program között szerepelt a mentő helikopterek leszállási területének építése vagy felújítása, a kórházak kapcsolódó részlegeinek modernizálása, korszerű orvosi berendezések vásárlása. A pénzalapokat több mint 300 jól felszerelt mentőautó vásárlására, 13 trauma központ létesítésére, több mint 140 sürgősségi ellátást végző egészségügyi intézmény felújítására és berendezésekkel való ellátására, 54 régiókon átívelő egészségügyi intézmény modernizálására is felhasználták.

A megnyíló új EU források támogatásával lengyel állami kórházak 2014 és 2016 között felújításokat, új berendezések beszerzését, új kórtermek vagy labor megnyitását, új létesítmények építését vagy a meglévő átalakítását, hőszabályzó rendszerek fejlesztését, különböző eszközfejlesztéseket (kazánház, szennyvíz elvezetés) terveznek. A kórházak

⁶ Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 r.

⁷ Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 r.

egyharmada tervezi új kórterem, leggyakrabban geriátriai, rehabilitációs és pszichiátriai kórtermek nyitását. (The Warsaw Voice, 2014).

A gazdasági és szociális egyenlőtlenségek csökkentésére létrehozott Svájci Hozzájárulás 4,8 millió svájci frankkal támogatja a Suski megyében működő regionális kórházat a tetőszerkezetre felszerelt napkollektorok építésében (Swiss Contribution, 2013). 2012 óta 123 napelemet helyeztek el, az így keletkezett energiát vízmelegítésre használják. A projekt a napkollektorok technikai megvalósíthatóságát és gazdasági hatékonyságát is demonstrálja.

Hosszú távú ellátás

A 65 éven felüli lakosok aránya 2035-re várhatóan megduplázódik, amely a hosszú távú ellátás jövőbeni keresletét nagymértékben meg fogja növelni. A lengyelországi hosszú távú ellátásról 2010-ben közzétett fehérvény a felelőségek különböző szervezetek közötti megoszlását (Egészségügyi Minisztérium, Munkaügyi és Társadalompolitikai Minisztérium, Társadalombiztosítási Intézet, területi önkormányzatok) és a közöttük fennálló együttműködés hiányát tartja a terület egyik fő problémájának. A hosszú távú ellátás szolgáltatásait az egészségügyi rendszer és a szociális támogatási szektor egyaránt nyújtja és finanszírozza. A társadalombiztosítás fedezi a hosszú távú ellátó környezetben nyújtott egészségügyi szolgáltatásokat és otthoni viziteket. A szociális támogatások tartalmazzak természetbeni juttatásokat és készpénzfizetéseket.

Népegészségügy

Lengyelország népegészségügyi rendszerében központi helyet foglal el az Országos Népegészségügyi Intézet - Országos Higiéniai Intézet, amely jelenlegi nevét és feladatkörét 2008-ban kapta. Fő feladataként ajánlásokat ad a döntéshozók, főképpen az Egészségügyi Minisztérium részére a népegészségügy javítására. Tevékenységi körébe tartozik a fertőző betegségek megelőzése és a lakosság, valamint az egészségügy monitorozása. A népegészségügyi tevékenységekben részt vesz még az Egészségügyi Minisztérium több osztálya (főképpen a Népegészségügyi Osztály) a munkaegészségügy és a környezetegészségügy, valamint a pszichiátriai, geriátriai, krónikus, palliatív, hospice ellátás különböző feladatokkal. A védőoltásokért a minisztérium Anya- és Gyermekevédelmi Osztálya és a Közegészségügyi Főfelügyelőség felelős.

Az Egészségügyi Minisztérium fennhatósága alá tartozik a Közegészségügyi Főfelügyelőség, mint a kormány központi közegészségügyi szerve. Élén az országos közegészségügyi főfelügyelő (tisztí főorvos) áll. Az ország mind a 16 régiójának (vajdaságának) van közegészségügyi felügyelője és közegészségügyi-járványügyi állomása, saját laboratóriumokkal. A regionális önkormányzati hivatalok is működtetnek egészségügyi osztályokat, amelyek a vajdaság területén működő helyi egészségügyi intézményeket ellenőrzik, és részt vesznek a népegészségügyi szolgáltatások szervezésében (pl. védőoltások, egészségfejlesztés, megelőzés).

Az Országos Népegészségügyi Intézet - Országos Higiéniai Intézet küldetése a lakosság egészségvédelmét szolgáló közegészségügyi feladatok végzése, valamint tudományos kutató és oktató tevékenység a biológiai, kémiai és fizikai kockázati tényezőknek az ételminőség, a víz, a levegő minőségére gyakorolt hatását és a fertőző betegségek monitorozását illetően. Az intézet kilenc akkreditált laboratóriumot is működtet a következő területeken: bakteriológia, toxikológia, szérum és védőoltás, radiobiológia és sugárzásvédelem, orvosi parazitológia, virológia, Rickettsiae-Chlamydiae-Spirochaetes baktériumok, környezeti higiénia, ételminőségkutatás.

Gyógyszerek

Lengyelországban egyes betegségek esetén (TBC, mentális problémák, fertőző betegségek, függőség kezelése) a gyógyszer térítésmentes. A receptre felírt gyógyszerek árát az egészségbiztosító 30, 50, illetve 100 százalékos arányban téríti, és vannak gyógyszerek, amelyek esetén a betegek teljes árát fizetnek. Ezen kívül létezik átalánydíjas gyógyszerlista is, amelyet időszakonként módosítanak.

2001 óta a gyógyszerekre maximált kiskereskedelmi árat határoznak meg. (Kivéve a nem támogatott gyógyszereket, amelyek árait a gyártó határozza meg.) A támogatások megítélésénél referencia árrendszert használnak, a generikus termékek referenciaára a termékcsoporton belüli legalacsonyabb generikus ár. A referenciaárazáshoz szolgáló csoportképzés nem transzparens, különféle hatóanyag tartalmú termékeket is egy csoportba sorolhatnak, a csoportképzés a terápiás csoportok irányába halad.

A gyógyszerek maximált árait és támogatását a Gyógyszermenedzsment Csoport tárgyalja, amelyben az Egészségügyi Minisztérium, a Pénzügyminisztérium, a Gazdasági Minisztérium és az Országos Egészségbiztosítási Pénztár képviselői vesznek részt. Az árakat az Egészségügyi Minisztérium hagyja jóvá. Az Egészségügyi Minisztérium tanácsadó testületként hozták létre az Egészségügyi Technológia-értékelési Ügynökséget (AOTM). Az AOTM a gyártók által elkészített egészségügyi technológiai jelentések értékelésével foglalkozik. A gyógyszer-gazdaságossági elemzések részei az innovatív gyógyszerek támogatási eljárásának. A támogatási döntések a gyakorlatban nem mindig konzisztensek az AOTM ajánlásaival.

Az orvosok a gyógyszereket kereskedelmi márkanevük vagy INN jelölés (nemzetközi szabadnév vagy generikus név) szerint írhatják fel, de lehetőségük van arra is, hogy a recepten jelezzék, hogy egy gyógyszer nem helyettesíthető. A generikus helyettesíthetőségről a patikus ad felvilágosítást, ha a helyettesíthető gyógyszer ugyanazon indikációra, ugyanazon hatóanyaggal, ugyanolyan dozírozásban hozzáférhető, és nem okoz a terápiában a felírt gyógyszer hatásához képest különbséget.

2012. január 1-jei hatállyal a lengyel Egészségügyi Minisztérium számos vényköteles gyógyszer árának csökkentését rendelte el. A gyógyszerár csökkentéséről szóló tárgyalásokba bevonták a gyógyszergyártókat is.

Egészségügyi dolgozók

Az ország orvos-ellátottságában 2001-ig növekedés volt, ezután csökkenő tendencia mutatkozik, 2011-ben az egészségügyben dolgozó orvosok létszáma 84 220 volt, 100 ezer lakosra 216 orvos jutott. Az orvosok számaránya elmaradt az EU átlagától. Az egészségügyi intézményekben problémát jelent a szakemberhiány, az orvosok közül egyre többen vállalnak munkát magasabb jövedelmet biztosító cégeknél, illetve külföldön. 2011-ben 199 950 ápolónő (100 ezer lakosra számítva 520) dolgozott az országban⁸.

Bár az egészségügyi dolgozók bérei európai viszonylatban alacsonynak tekinthetők, az utóbbi években infláció feletti növekedést mutattak. 2011-ben az átlagos bruttó kereset Lengyelországban 812 euró volt. Ugyanabban az évben az egészségügyi dolgozók bruttó bérei a következőképpen alakultak: egy szakvizsgával rendelkező kórházi orvosok 1624 euró, két szakvizsgával rendelkező kórházi orvosok

⁸ Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 r.

1875 euró, szakápolók/szülésznők 902 euró, tapasztalt (senior) ápolók 797 euró, egyéb ápolók 708 euró.

Az országban több éve nagy az elégedetlenség az orvosok és az ápolónők körében a rosszabbodó munkakörülmények, az alacsony bérek, a szakképzettség megszerzésének nehézségei miatt. Számos tüntetést és sztrájkot rendeztek a kilátástalan helyzetből való kilábalás reményében. Az Európai Unióhoz való csatlakozás óta több ezer orvos és ápolónő ment külföldre dolgozni. A lengyel egészségügyi dolgozók fő célországai az Egyesült Királyság, Írország, Németország, Svédország és Dánia. Nincs komplex politika az egészségügyi munkaerőre és mobilitásra. Az utóbbi években a gazdasági válság okozta finanszírozási nehézségek is korlátozták az orvosok és az ápolónők foglalkoztatási feltételeinek javítását. A politikai döntéshozók többnyire ad hoc politikai beavatkozásokkal próbálták ellensúlyozni a kiáramlást.

A következő években a demográfiai változások fokozzák az ellátás és az egészségügyi szakemberek iránti szükségletet. Ugyanakkor a becsült statisztikai adatok szerint jelenleg az orvosok átlagos életkora 50 év körüli, az ápolónőké 40 év.

Minőségügy

A 2000-es évektől kezdődően komoly erőfeszítések történtek az egészségügy minőségének javítása érdekében. Bár a standardok betartatása érdekében nem vezettek be kötelező engedélyezési eljárást az egészségügyi ellátók számára, az Országos Egészségbiztosítási Pénztár extra pontban részesíti azokat az ellátókat, akik (önkéntes alapon) akkreditációban vagy ISO 9001 tanúsítványban részesülnek. A lengyel egészségügyi ellátók számos nemzetközi minőségfejlesztő programban vettek részt, amelyet az Egészségügyi Minőség Monitorozó Központ (CMJ) koordinált. Ezek közül kiemelkedik az OECD minőségi indikátor projektje (Health Care Quality Indicator Project), amely 2003-ban indult és folyamatos kutatási és fejlesztési tevékenységet képvisel. A projekt során számos minőségi indikátort dolgoztak ki a krónikus betegségekhez, a mentális betegségekhez, a daganatos betegségekhez és a védőoltáshoz kapcsolódóan. Az indikátorokat rendszeresen továbbítják az OECD Health Data felé és forrásként használják minőségügyi összehasonlító tanulmányokban. A lengyel kórházak részt vettek a WHO Európai Regionális Irodája által tervezett PATH programban is minőségfejlesztési stratégiáik meghatározásának támogatására. A PATH módszereket biztosít a teljesítmény értékelésére és támogatást nyújt a kórházak számára, hogy értékeljék eredményeiket. A minőséget a szolgáltatást igénybevevők elégedettségének mutatói alapján is értéklik. Ennek érdekében az Egészségügyi Minőség Monitorozó Központ standardizált kérdőíveket dolgozott ki az egészségügyi ellátók számára. Különböző kérdőíveket küldtek a kórházi betegek, az ellátott gyermekek szülei és az alapellátásban részesülő betegek számára. Emellett a Statisztikai Hivatal háztartásokban végzett kutatása is kibővült az egészségügyi minőségét érintő kérdésekkel.

e-egészségügy

Az egészségügyi információs rendszerről szóló 2011-es törvény minden egészségügyi intézmény számára kötelezővé teszi, hogy 2014. augusztustól az adatok gyűjtését, feldolgozását és lehívását elektronikus formában végezzék. A cél az elektronikus dokumentációra való teljes átállás, amely követi a beteget és lehetővé teszi az ellátók számára a naprakész egészségügyi információk elérését (egészségi állapot, beutalások, kiváltott gyógyszerek stb.). A dokumentáció digitális feldolgozását az

egészségügyi intézmények standardok szerint végzik az 1997-es adatvédelmi törvény és más, biztonságra vonatkozó jogszabályok betartásával. 2013. július 1-től minden személy, aki jogosult az Országos Egészségbiztosítási Pénztár által finanszírozott szolgáltatások igénybe vételére, regisztrálhat a Pénztár betegek számára fenntartott portáljára és hozzáférhet a Betegek Integrált Kézikönyvéhez. A Kézikönyv információt ad a betegek egészségügyi szolgáltatásokhoz való jogáról, kezelésekről, igénybe vett ellátásokról, felírt gyógyszerekről és az ellátás finanszírozásáról (Kowalska, 2014). Az egészségügyi rendszer digitalizációjának következő fázisát az un. orvosi információs rendszer bevezetése képezi, amely lefedi majd az egész országot és tartalmazza az elektronikus betegnyilvántartást és más elektronikus eszközöket (e-beutaló, e-recept és e-rendelés).

Egészségügyi reformok

A reformok folyamata 1999-től napjainkig

Lengyelországban az első jelentős reform eredményeképpen 1999-ben bevezették az egészségbiztosításon alapuló egészségügyi ellátási rendszert, önállóan működő vajdasági pénztárak létrehozásával.

A reform második fordulója 2001-ben kezdődött el, amikor a kormány az önálló pénztárak költséges működtetése és koordinációs problémái miatt a rendszer átalakítása mellett döntött, ami újraközpontosítást jelentett. 2003-ban az általános egészségbiztosításról szóló törvény életbe lépésével - a vajdasági pénztárak összevonásával - megalakult az Országos Egészségbiztosítási Pénztár.

Az egybiztosítós rendszerben is fennálló problémák: az alulfinanszírozás, az állami, a magán, és az informális szektor egybefonódása, a kórházak adósságai újabb reformintézkedéseket tettek szükségessé.

A 2006-ban elkészült kormányprogramban meghatározták a prioritásokat: az országos mentőszolgálatról szóló törvény kiadása, a kórházi hálózatról szóló törvénytervezet kidolgozása, új egészségügyi reformtörvények előkészítése, az általános egészségbiztosításból fedezett szolgáltatások meghatározása, az egészségbiztosítás rendszerének korszerűsítése, kiegészítő önkéntes egészségbiztosítás bevezetése, kötelező baleseti biztosítás szabályozása, az egészségügy információs rendszerének korszerűsítése. A fenti feladatok közül a mentőszolgálatról szóló törvény kidolgozása teljesült, a többi tervezet szintjén maradt. A 2007 novemberében beiktatott kormány (Ewa Kopacz egészségügyi miniszter) számára a legnagyobb kihívást a szigorú költségvetési fegyelem mellett a bevételi források növelése jelentette. A felmerülő problémák (az egészségügyi szolgáltatások hiányos hozzáférhetősége, az egészségügyi ellátás látszólagos ingyenessége, nem megfelelő kórházi struktúra, az egészségügyi intézmények hiányos ellenőrzése és nem hatékony gazdálkodása, jelentős adósság felhalmozása, az Országos Egészségbiztosítási Pénztár működésének hiányosságai, az egészségügyi dolgozók bérezési helyzetének megoldatlansága, stratégiájának hiánya) új reformtörvények kidolgozását, illetve számos jogszabály módosítását igényelték. Az egészségügyi kormányzat hat törvénytervezetet dolgozott ki:

- az egészségügyi reform bevezetésének alapelvei,
- a kórházak részvénytársaságokká alakítása,
- az egészségügyi intézmények dolgozói,
- a betegek jogai és a betegjogi képviselők,

- az országos és megyei egészségügyi konzultánsok,
- az egészségügyi ellátás akkreditációja.

A legtöbb vitát a kórházak részvénytársaságokká alakítása váltotta ki. A lengyel parlament 2008. november 6-án fogadta el a reformtörvényeket, amelyek közül a köztársasági elnök (november 26-án) a betegek jogairól és a betegjogi képviselőkről, az egészségügyi akkreditációról, valamint az országos és megyei egészségügyi konzultánsokról szóló törvényeket írta alá. Három törvényt megvétózott, amelyek a kórházak részvénytársaságokká alakítására, az egészségügyi dolgozókra és az egészségügyi reform bevezetésére vonatkoznak. A köztársasági elnök vétóját a parlament 2008 decemberében támogatta.

2009 tavaszán az egészségügyi kormányzat az intézmények működésének javítására irányuló ún. B-tervet indított. Az önkormányzatok számára az adósságok rendezését szolgáló kormányzati támogatás elnyerésének feltétele a tulajdonukban lévő kórházak struktúra-átalakítási tervének, pénzügyi és gazdálkodási tervének elkészítése volt.

2010 októberében az egészségügy helyzetének javítására új egészségügyi reformtörvény-csomagot terjesztettek a parlament elé. A tervben már szerepelt az önálló közintézményként működő kórházak és rendelőintézetek gazdálkodási formájának átalakítása, a kórházak részvénytársaságokká alakítása. A törvénytervezet szerint az átalakítás önkéntes, és az átalakult kórházak állami támogatást kapnak adósságaik egy részének a kiegyenlítésére. A lengyel kórházak adóssága 2012 végén 10,6 milliárd zloty (768 milliárd Ft) volt, ennek 27 százaléka az időn túli tartozás. A törvénytervezet nem engedélyezi új önálló intézmény létesítését, kivéve, ha legalább két intézménnyel vonják össze. A szabályozás szerint új kórházak csak részvénytársasági formában jöhetnek létre. A Szejm 2011. március közepén megszavazta az Egészségügyi ellátásról szóló Törvény Tervezetét, mely a kórházak részvénytársaságokká alakulását szorgalmazza, és nagyobb teret nyit a magánszektor számára.

A Szejm 2011. március 25-én megszavazta az egészségügyi miniszter által előterjesztett egészségügyi reformcsomag másik négy törvénytervezetét is.

A három másik törvénytervezet a következőkre vonatkozik:

- az Egészségügyi Informatikai Rendszerekre vonatkozó Törvény, mely 2014. augusztus 1-től egyéni e-számlát vezet be, amely a biztosított minden adatát tartalmazza,
- a Betegjogi Törvény, mely 2012. január 1-től a műhibák esetén peren kívüli eljárást vezet be a betegek kártérítési igényének mielőbbi rendezésére,
- az Orvosi Hivatásra vonatkozó Törvény, mely az orvoshiány enyhítése érdekében az orvospérezés reformálására irányul (a kötelező egyéves gyakornoki képzést nem az egyetem után, hanem az egyetem utolsó évében kell letölteni).

Törvényi változás adja meg annak a lehetőségét, hogy a kórházakban a nővéreket polgárjogi szerződések alapján alkalmazzák.

A 2011. októberi parlamenti választásokat követően Donald Tusk új kormányában Ewa Kopacz egészségügyi miniszter helyére Bartosz Arlukowicz került. Az ő nevéhez fűződik a 2012. január 1-jén hatályba lépett, gyógyszerek támogatására vonatkozó törvény, amely tartalmazza a támogatott gyógyszerek árának rögzített nagykereskedelmi és kiskereskedelmi árrését, és az Országos Egészségbiztosítási Pénztár támogatásra fordított kiadásait az éves biztosítási költségvetés 17 százalékában maximálja.

2013-ban az egészségügyi miniszter az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (NFZ) decentralizálásának tervéről tett bejelentést. Az NFZ regionális irodái nagyobb döntési jogkörrel és autonómiával rendelkeznek majd, míg a központi irodát felszámolják. Létrehoznának egy központi hivatalt, amely felügyelné a regionális irodákat, a szolgáltatások árképzésével, minőségellenőrzéssel, az ellátás hatékonyságának mérésével stb. foglalkozna.

2014-15-ben az egészségpolitika kiemelt feladatának tartja a biztosító felügyeletének javítását és a szolgáltatás-árazási rendszer bevezetését, az onkológia szolgáltatások új modelljének kialakítását, új rendszer bevezetését az egészségügyi szükségletek felmérésére, valamint a szolgáltatások és infrastruktúra tervezésére, a várólisták menedzselésének javítását. A célok között szerepel az ellátás koordinációjának javítása, és folytatják a DRG rendszer optimalizálását. (National reform programme, 2014)

Összességében megállapítható, hogy a lengyel egészségügyben még mindig tartós problémák állnak fenn, és a rendszer további javítására lenne szükség. Csak néhány a legfontosabb problémák közül:

- A hozzáférhető és jó minőségű ellátás elérésének fő akadályát a szűkös finanszírozás és a források nem hatékony felhasználása képezi, ,
- Egy másik (és kapcsolódó) tartós probléma az állami kórházak eladósodottsága, és kérdéses, hogy a kórházak gazdasági társasági formában történő működtetése megoldja-e a problémát,
- Az egészségügyi személyzet hiánya is veszélyt jelenthet, stratégiai szemléletre lenne szükség,
- A minőségbiztosításban történt előrelépés, de az ellátás számos területén hiányoznak még a minőségi standardok, irányelvek, protokollok, hiányos az eredmények mérése és elemzése, a szolgáltatók finanszírozásában az eredmény érdekelttség alkalmazása,
- Hiányzik az ellátási szintek közötti koordináció, a betegutak hatékony szervezése.

Források

- asisp: Annual National Report 2011, Pensions, Health Care and Long-term Care, Poland September 2011
http://www.socialprotection.eu/files_db/1169/asisp_ANR11_Poland.pdf
- Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia. CSIOZ, 2012.
<http://www.csioz.gov.pl/publikacja.php?id=6>
- By 2012 40pct of Hospitals Should operate as Companies Under New Law. The Warsaw Voice, 2011.05.05.
<http://www.warsawvoice.pl/WVpage/pages/article.php/16568/news>
- Concise Statistical Yearbook of Poland 2014.
http://stat.gov.pl/download/qfx/portalinformacyjny/en/defaultaktualnosci/3328/1/15/1/concise_statistical_yearbook_of_poland_2014.pdf
- Deeg, Agnieszka; Zalewska-Gawrych, Agata: New System For Pricing and Reimbursement of Pharmaceuticals and Medical Devices. CMS Cameron McKenna, 2010. október 10.
<http://www.mondaq.com/article.asp?articleid=112950>

-
- European Commission: The National Reform Programme for the implementation of Europe 2020 strategy. Update 2014/2015, Poland
http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/csr2014/nrp2014_poland_en.pdf
 - Eurostat structural indicators
http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/structural_indicators/introduction
 - Health Systems in Transition (HiT), Poland 2011
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/163053/e96443.pdf
 - Kowalska, Iwona: Implementation of the 2011 Healing Activity Act: 2011 – 2013. . Health Systems and Policy Monitor, 11 June 2014.
<http://www.hspm.org/countries/poland27012013/countrypage.aspx>
 - Kowalska, Iwona: Integrated Patient Handbook. Health Systems and Policy Monitor, 11 June 2014. <http://www.hspm.org/countries/poland27012013/countrypage.aspx>
 - Kowalska, Iwona: New measures to reduce waiting times: “waiting lists package” and “oncology package”. Health Systems and Policy Monitor, 2014
<http://www.hspm.org/countries/poland27012013/countrypage.aspx>
 - Ministerstwo Zdrowia: “Health care” focus area, 2013 <http://www.zdrowie.gov.pl/strona-232-%E2%80%9CHealth%20care%E2%80%9D%20focus%20area+%E2%80%9CHealth%20care%E2%80%9D%20focus%20area.html>
 - Ministry of Health: European Funds for healthcare sector, 2013
<http://www.mz.gov.pl/en/development-and-investments/european-funds-for-healthcare-sector>
 - Mokrzycka, Anna: Ministry of Health announces plans to decentralize the National Health Fund. The Health Systems and Policy Monitor, 2013
<http://www.hspm.org/countries/poland27012013/countrypage.aspx>
 - MPs back four healthcare reform bills, PMR,2011.03.28.
<http://www.pharmapoland.com/101906/MPs-back-four-healthcare-reform-bills.shtml>
 - National reform programme, Poland, 2014.
http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/csr2014/nrp2014_poland_en.pdf
 - OECD Statistics <http://stats.oecd.org/Index.aspx>
 - Poland's private healthcare market to grow 4.9pct in 2013. The Warsaw Voice, July 15, 2013
<http://www.warsawvoice.pl/WVpage/pages/article.php/25210/news>
 - Poland Reimbursement process: <http://www.ispor.org/htaroadmaps/Poland.asp>
 - Poland's Public Hospitals Heavily Indebted. The Warsaw Voice, 2011.06.08.
<http://www.warsawvoice.pl/WVpage/pages/article.php/16943/news>
 - Public hospitals unlikely to turn into commercial companies next year
<http://www.warsawvoice.pl/WVpage/pages/article.php/20032/news>
 - Reichardt, Adam: Poland and the Global Economic Crisis: Observations and Reflections in the Public Sector. Journal of Finance and Management in Public Services. Volume 10 Number 1, 2011.
<http://www.cipfa.org/>
-

[/media/files/policy%20and%20guidance/the%20journal%20of%20finance%20and%20management%20in%20public%20services/vol%2010%20number%201/adam_reichard.pdf](#)

- Swiss Contribution: First Solar Collectors in Operation at Polish regional Hospital, 2013
<https://www.erweiterungsbeitrag.admin.ch/erweiterungsbeitrag/en/home/countries/poland.html/content/erweiterungsbeitrag/en/meta/news/2013/maerz/7/Solarkollektoren-polnisches-Regionalspital>
- Tomasik, Tomasz: Back to red: allowing specialists to provide primary care would be a step backward for Poland. BMJ 2014 <http://www.bmj.com/content/bmj/348/bmj.g3030.full.pdf>
- The Warsaw Voice: Majority of Poland's public hospitals plan investments for 2014-2016 (2014)
<http://www.warsawvoice.pl/WVpage/pages/article.php/29192/news>
- WHO/Europe, European HFA Database, April 2014. <http://data.euro.who.int/hfadb/>
- World Bank: Administrative Reforms to Strengthen Poland's Health Sector, 2009
<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/ECAEXT/0,,contentMDK:22297688~pagePK:146736~piPK:146830~theSitePK:258599~isCURL:Y,00.html#admin>
- Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 r. (Health and Health Care in 2011)
http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/hsw_health_and_health_care_in_2011.pdf