

TÁJÉKOZTATÓ ORSZÁGTANULMÁNY SZLOVÁKIA 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	10
Minőségügy	11
e-egészségügy	12
Egészségügyi reformok	12
Források	13

Gazdasági-politikai környezet

Alapvető gazdasági indikátorok¹:

A GDP növekedési rátája az előző évhez képest:

2010: 4,4 százalék

2011: 3,2 százalék

2012: 2,0 százalék

2013: 0,9 százalék

2014: 2,8 (előrejelzés)

Inflációs ráta (HICP), 2013: 1,5

Munkanélküliségi ráta, százalék, 2013: 14,2

Államháztartási egyenleg a GDP százalékában, 2013: -2,8

Államadósság a GDP százalékában, 2013: 55,4

Szlovákia kormánya 2008 augusztusától tett lépéseket a gazdasági válság kezelésére, amelyek célja a pénzügyi rendszer stabilizációja, a munkahelyek megőrzése és az üzleti vállalkozások támogatása volt, valamint külön intézkedéseket hozott az autóipar támogatására.

Szlovákia 2009-ben vezette be az eurót. A 2010-es 4,4 százalékos gazdasági növekedést elsősorban az exportbővülés idézte elő. 2011-ben a költségvetés konszolidációjának követelménye, valamint a legfontosabb külkereskedelmi partnerek visszafogott kereslete a növekedést 3,2 százalékra mérsékelte, 2012-ben 2 százalékos, 2013-ban 0,9 százalékos növekedést értek el. A költségvetési hiány 2013-ban a GDP 2,8 százaléka. A munkanélküliség 2013-ban 14,2 százalék.

Szlovákia élén az állampolgárok által közvetlenül, öt évre választott köztársasági elnök áll. A legutóbbi elnökválasztást 2014 márciusában tartották, ennek eredményeként 2014. június 15-én Andrej Kiska lett az államfő. A végrehajtó hatalom letéteményese a kormány, élén a miniszterelnök áll. A szlovák törvényhozó hatalom a pozsonyi parlament, mely egykamarás, 150 tagja van, hivatalos neve: Szlovák Köztársaság Nemzeti Tanácsa. A képviselőház tagjait általános, titkos választásokon négy évre választják meg.

A legutóbb 2012. március 10-én tartott előrehozott választásokon nagy többséggel a Robert Fico vezette az Irány (SMER-SD) - Szociáldemokrácia párt nyert, és ezzel a 150 tagú Parlamentben 83 mandátumot szerzett. A SMER a szavazatok 44,4 százalékát nyerte el. A Parlamentbe való bejutáshoz szükséges ötszázalékos szavazati arányt elérő öt másik párt – a Kereszténydemokrata Mozgalom (KDH), Egyszerű Emberek és Független Személyiségek (OĽaNO), Most-Híd, Szlovák Demokratikus és Keresztény Unió (SDKU), Szabadság és Szolidaritás (SaS) – egyikének sem haladta meg a szavazati

¹ Eurostat

aránya a kilenc százalékot, közülük a Kereszténydemokrata Mozgalom (KDH) érte el a legjobb eredményt 8,8 százalékkal. A választási eredmények alapján a SMER elnöke alakíthatott kormányt.

Demográfia

Szlovákia lakossága 2012-ben 5 408 ezer fő volt, a lakosságszám 2010 óta stagnál. Ugyanakkor megfigyelhető a lakosság elöregedése is. 2012-ben az élveszületések rátája 1000 főre számítva 10,3 volt, a nyers halálozási mutató 9,8; a termékenységi ráta 1,41. 2012-ben a születéskor várható átlagos élettartam férfiaknál 72,5 és a nőknél 79,9 év volt. (OECD) A csecsemőhalálozás 2012-ben 5,8/1000 élveszülöttre számítva, az anyai halálozás 2012-ben 3,6/100 000.

A vezető halálokok a keringési rendszer betegségei, amelyek 2010-ben a haláleseteknek közel felét idézték elő (44,2 százalék). A második leggyakoribb halálokot a daganatok jelentik (19,7 százalék), mindkét nemből mérsékelten növekvő az arányuk, közülük is a légcső, a tüdő és a bélrendszeri daganatok okozzák a legtöbb halálesetet. Sorrendben a légzőrendszer betegségei és a külső okok (5,2-5,0 százalék) következnek. Az emésztőrendszer betegségei okozta halálozás aránya 4,7 százalék. 2012-ben 342 ezer főt kezeltek cukorbetegséggel, a betegség prevalenciája 6,33 százalék volt. Ugyanebben az évben hét új AIDS megbetegedést regisztráltak, a HIV-fertőzések incidenciája 0,9/100 ezer fő volt. (WHO HFA)

Az egészségügyi rendszer általános jellemzői

Szlovákia egészségügyi rendszere kötelező egészségbiztosításon alapul, amely több-biztosítós rendszerben működik. A kórházak állami, önkormányzati és magán tulajdonban vannak, az állami és önkormányzati tulajdon aránya 77 százalék. Az önkormányzati kórházak egy része részvénytársasággá alakult át. A gyógyszertárak és a diagnosztikai laboratóriumok, valamint a járóbeteg-ellátás közel 90 százaléka magánkézben van. A mentésben magán és állami szolgáltatók is dolgoznak.

Az egészségügy irányító szerve az Egészségügyi Minisztérium (Ministerstvo zdravotníctva), alapvető feladatai közé tartozik az egészségpolitika, a törvények kidolgozása, az egészségügyi intézmények szakmai irányítása, egészségvédelmi és egészségfejlesztési programok felügyelete, a közvetlen irányítása alá tartozó intézmények működtetése.

Az egészségügyi rendszer, benne a finanszírozási rendszer működését alapjaiban ma is a 2004-ben kiadott hat reformtörvény határozza meg az egészségügyi ellátásra, az egészségbiztosításra, az egészségbiztosítókra és az egészségügyi felügyeletre, az általános egészségbiztosításból fedezett egészségügyi ellátásra, az egészségügyi ellátás szolgáltatóira és a szakmai szervezetekre, valamint a mentőszolgálatra vonatkozóan. Több reformtörvényben szabályozott területen azonban 2006-tól lényeges változásokat vezettek be.

Finanszírozás

Egészségügyi kiadások

Az egészségügyi kiadások a GDP-hez viszonyítva 2011-ben 7,9 százalékot tettek ki, 2003-ig az arány 6 százalék alatt volt, 2004-től folyamatosan nőtt. Az egy főre jutó egészségügyi kiadás nagysága

vásárlóerő-paritáson számítva 2012-ben 1977 US\$ volt (WHO HFA), 2004-hez képest az egy főre jutó egészségügyi kiadások vásárlóerő paritáson közel a duplájára nőttek.

Forrásgyűjtés

Az egészségügyi kiadások finanszírozása 2012-ben 72,2 százalékban állami forrásokból történt (az összes kiadás 65,4 százaléka az egészségbiztosítás és 6,8 százalék központi és önkormányzati költségvetés), a magánkiadások aránya 27,8 százalék (az összes egészségügyi kiadáson belül az out-of-pocket kiadások aránya 23,2 százalék- OECD Health Data).

Az egészségbiztosítás rendszere

Az általános adózáson alapuló egészségügyi rendszert Szlovákiában 1994-ben váltotta fel az egészségbiztosítás. 1995-ben 10, 2009-ben 5, 2010 óta már csak 3 egészségbiztosító működik az országban. A biztosítók között a kezdetektől a legnagyobb az állami tulajdonú Általános Egészségbiztosító (VsZP) volt. A másik állami tulajdonú a Közös Egészségbiztosító (SZP) volt, a belügyi, a vasúti és a honvédségi biztosítók egyesítésével jött létre. 2010-től a két állami egészségbiztosító - VsZP és SZP - összevonásra került, és 2010. január 1-től egy állami egészségbiztosítóként működik. 2009-ben még három magán egészségbiztosító: a Dovera, az Apollo és az Union (a negyedik, az Europska magánbiztosító 2008-ban kivonult a piacról, ügyfeleit a Közös Egészségbiztosító vette át) kínált kötelező egészségbiztosítást. 2010-től a Dovera és az Apollo magán egészségbiztosítók is fuzionáltak, de a piacon tovább működik az Union magán egészségbiztosító is. Jelenleg tehát három egészségbiztosító maradt, egy állami és két magán, 67-25-8 százalékos piaci részesedéssel. A magán egészségbiztosítók szlovák egészségügy piacon betöltött szerepének felszámolása Zuzana Zvolenska, jelenlegi egészségügyi miniszter egybiztosítós egészségügyi rendszer kialakítására tett 2012-es indítványa óta napirenden van.

Az egészségbiztosítók szabályos működésének, valamint a szolgáltatók tevékenységének felügyeletére és ellenőrzésére 2004-ben hozták létre az Egészségügyi Felügyeleti Hivatalt. A hivatal az első 3 évben a kormánytól független intézményként tevékenykedett, majd ez a függetlenség lazult, jelenleg ismét a független működés visszaállítására van kormányzati szándék.

Az egészségbiztosítási rendszer szolidáris és univerzális, az egészségbiztosítást a beszedett kötelező járulékokból finanszírozzák. Az általános egészségbiztosításban való részvétel kötelező az egész lakosság számára. Mindenki szabadon választhat egészségbiztosítót (a biztosító senkit sem utasíthat vissza).

A járulérendszer lineáris. A járulékot jövedelemarányosan állapítják meg, mértéke 14 százalék. Ebből 10 százalékot a munkáltatók, 4 százalékot a munkavállalók fizetnek. Az önálló vállalkozók biztosítási járuléka szintén 14 százalék. A kivetési összeg alsó határa az országos átlagbér 50 százaléka (minimálbér, ez csak az önálló vállalkozókra érvényes), felső határa a havi átlagbér ötszöröse. A vállalkozók nagy része a minimálbér után fizet járulékot, az egészségbiztosításhoz való hozzájárulásuk létszámarányosan jóval alacsonyabb szintű, mint az alkalmazottaké. Az állam az átlagbér 4 százalékát fizeti az inaktív személyek (eltartott gyermekek, a gyermekeket 3 éves korig gondozó személyek, idősek, katonák, fogyatékkal élőek) után.

2010-re a biztosítók összes jövedelmén belül a járulékokból származó bevételek aránya a 2002-es 72 százalékról 62 százalékra csökkent, az állam által az inaktívak után fizetett járulék aránya pedig 28-ról 38 százalékra nőtt.

A kockázat szerinti szelekció kiküszöbölésére 2009-től a beszedett havi járulék 95 százaléka kerül újraelosztásra az egészségbiztosítók között, a biztosítottak száma alapján, korrigálva az egyes nemek korcsoportjai biztosítottainak költségkockázati indexével, valamint 2010-től új, további korrekciós elemként azok számával, akik után az állam fizeti a járulékot.

2005-ben megtörtént az egészségbiztosítók adósságmentesítése, a biztosítók ezt követően a 2004. évi reformtörvény alapján részvénytársaságokká alakultak. Az Általános Egészségbiztosító 100 százalékban állami tulajdonú. A 2004-es törvény piaci szabályokat vezetett be az egészségbiztosítók gyakorlatában. Amennyiben az egészségbiztosító nyereséget ért el, azt az érvényes jogszabályok szerint használhatta fel, mint minden más vállalkozás. Előtte azonban ki kellett elégítenie valamennyi biztosítottja és szerződéses partnere igényét. A 2006-os kormányváltás utáni egészségügyi vezetés az egészségbiztosítással és az egészségbiztosítók működésével kapcsolatban több módosítást hozott. 2007-től megszabták az egészségbiztosítók működési költségeinek felső határát, a beszedett járulékok 4 százalékában. 2007 októberében jóváhagytak egy rendeletet, melynek lényege a nyereség felhasználásának korlátozása és a működési költségek további csökkentése 3,5 százalékra. 2008-tól az egészségbiztosítók nem dönthettek a nyereségük elosztásáról, hanem azt kizárólag az egészségügyi ellátás céljaira fordíthatják. 2011-ben az Alkotmánybíróság döntése (alkotmányellenes a nyereség felhasználásának korlátozása) alapján leállították a nyereség felhasználásának korlátozását.

Az egészségbiztosító társaságok a 2013-as évet 68,7 millió eurós nyereséggel zárták, ez a 2012-es évhez képest 21,5 millió euróval kisebb profitot jelent. A legnagyobb (10,7 millió eurót kitevő) nyereségcsökkenést az Általános Egészségbiztosító szenvedte el, mivel 2013-ban csupán 15,6 millió eurós profitot realizált, szemben a 2012-ben elért 26,3 millió eurós nyereséggel. A legnagyobb profitot 46,5 millió euróval a Dôvera biztosító realizálta, ezt követte a Union biztosító 6,6 millió euróval.

Az önkéntes biztosítást nyújtó magánbiztosító társaságok szerepe marginális, a szolgáltatások széles skáláját tartalmazó közfinanszírozott szolgáltatási csomag és a betegek számára előírt viszonylag alacsony hozzájárulási kötelezettség miatt.

Forrásallokáció

Az alapellátásban dolgozó magán háziorvosok az egészségbiztosítóval kötött szerződés alapján kapják többségében fejkvóta szerinti díjazásukat. Ez a finanszírozási mechanizmus jelenleg van átalakulóban egy több tényezőt figyelembe vevő modellé, melyben a fejkvóta kiegészül szolgáltatás és teljesítmény alapú finanszírozással.

A szakorvosok szolgáltatásokon alapuló pontrendszer szerint kapják díjazásukat az egészségbiztosítóval kötött szerződés alapján.

A kórházakban 2002. április 1-jén bevezették a kórházi szolgáltatások szakmánként és kórház típusonként történő finanszírozását. A biztosítók 2008-tól szelektíven szerződhetnek az intézményekkel. Ugyanazon beavatkozásokért mindeddig lényegesen eltérő árat kaptak a különböző kórházak (a nagyobb intézmények indokolatlanul magasabb finanszírozásban részesültek). A DRG-rendszer előkészítéséhez már folynak az előkalkulációk, az új finanszírozási mechanizmus bevezetését 2016-ra tervezik.

Egészségügyi szolgáltatások

Alapellátás, járóbeteg-szakellátás

Jelenleg a házi orvosok, túlnyomó többségükben önálló vállalkozóként, privát praxisban dolgoznak, de rendelésüket sokszor több rendelőnek egy időben helyet adó épületben folytatják. A magánpraxis kialakítása engedélyhez kötött. Az alapellátásban a szabad orvosválasztás elve érvényesül, a betegek évente kétszer válhatnak házi orvost.

A házi orvos kapuőr szerepét erősítő beutaló rendszer az évek folyamán vita tárgyát képezte. Az egészségügyi ellátási törvény értelmében 2005 januárjától a betegeknek nem kellett kérnük a házi orvostól beutalót a szakorvos felkereséséhez, 2008-tól ez kötelező vált, majd 2011-től egy időre megszűnt a kötelezettség. 2013 áprilisától, a betegek már újra csak házi orvosi beutalóval fordulhatnak szakorvoshoz.

A szlovák alapellátási rendszert a WHO és az Egészségügyi Minisztérium együttműködési megállapodása alapján 2010-11-ben értékelték. Az értékelés rámutatott, hogy a házi orvosok földrajzi eloszlása körzeti szinten egyenetlen, és rendelésük különösen a fogyatékossgal élők számára nehezen elérhető. Az egyes orvosokhoz tartozó betegkör rendkívül eltérő, a beteglisták vidéken jóval nagyobbak, mint a városokban. A házi orvosok 50 százaléka konzultál rendszeresen más egészségügyi szakemberekkel, de a helyi hatóságokkal és a szociális dolgozókkal nem állnak megfelelő munkakapcsolatban. A betegek szerint a házi orvosok és a kezelésükben részt vevő többi orvos közötti információcsere sem megoldott. Az orvosi dokumentációt az orvosok több mint 25 százaléka nem tárolja elektronikus formában, így a betegek sokszor kénytelenek dokumentumaikat magukkal vinni, ha szakorvosi konzultációra utalják őket. A rendelők felszerelése sok esetben hiányos, és a házi orvosok nincsenek felkészülve első kontaktust teremtő szerepükre. Így sok terület igényel fejlesztést.

A szlovák kormány 2013. december 18-án fogadta el az egészségügyi prioritásokat **2014-2030-ra** előre vetítő **Stratégiai Keret**tervet. A keret **célkitűzései között szerepel az integrált egészségügyi központok felállítása, egyben a betegellátásban első kapcsolatként megjelenő felnőtt- és gyermek házi orvosok, nőgyógyászok és fogorvosok szerepének kiemelt kezelése és az összpontosított egészségügyi szolgáltatásokon alapuló ápolási tevékenység kiterjesztése.**

A tervek szerint a régiók magasan szakosodott akut ellátást nyújtó intézményeket fognak felállítani, helyi szinten pedig közösség-orientált intézmények feladata lesz a betegek krónikus ellátása és ápolási szolgáltatások által támogatott rehabilitációja.

Az integrált egészségügyi központok az alábbi tevékenységeket fogják ellátni az erre kialakított részlegeikben:

- **házi orvosi rendelés a felnőttek és a gyermekek számára, nőgyógyászati és fogászati ambulancia,**
- **a betegek lakóhelyén nyújtott ápolási szolgáltatások a központok koordinálásában,**
- **a fertőző és a nem fertőző betegek laboratóriumi anyagainak gyűjtése egy, ezt a feladatkört ellátó osztályon,**
- **a különböző egészségügyi dolgozók – fizioterapeuták, dietetikusok stb. által a betegek számára nyújtott tanácsadás, egészségfejlesztő programok és a szakmai konzultációk számára helyet biztosító részleg,**
- **ápolónők és rezidensek oktató részlegei a nagyobb központokban,**

- **szűrőállomás a krónikus betegségek megelőzésére,**
- **elsősegélynyújtó hely,**
- **gyógyszertár.**

A nagyobb központok szakembergárdájában 20-25 orvos, a kisebbekében 12-15 orvos vesz részt. A nagyobb központok 25 km-es vonzáskörzeten belül több mint 50 000 lakost, a kisebbek 10-15 km-en belül 20 000 lakost fognak ellátni.

2014 folyamán tárgyalásokra kerül sor a régiókkal arról, hogy az egészségügyi hálózat tervezett kontaktpontjai megfelelő infrastruktúrával rendelkeznek-e integrált központtá való átalakításukhoz, vagy új infrastruktúra kialakítására lesz szükség. Standard programokat készítenek elő a nagyobb és a kisebb központok felállítására a következő infrastruktúrával: nagy központ esetén mintegy 25 orvosi rendelő, megközelítőleg 1500 négyzetméteren, kis központ esetén mintegy 10 orvosi rendelő, 600 négyzetméteren. A tervek szerint minden intézmény modern IT-eszközökkel lesz ellátva, és közösen fogják használni diagnosztikai (EKG, ultrahang stb.) berendezéseiket. Az integrált egészségügyi központok szolgáltatásaira a társadalombiztosítás nyújt fedezetet.

A projekt kísérleti szakaszában, 2015-ben a tervek szerint három központ (városi, vidéki és regionális központ) felállítására kerül sor, és ezeknek a fejlesztéseknek a költségei alapján fognak részletesebb kalkulációkat végezni az integrált egészségügyi központok építésének és rekonstrukciójának költségeiről. A városokban és a nagyobb településeken az elkövetkező tíz évben összesen 140 központ felállítását tervezik, és a modernizációs folyamat a kórházakat is érinteni fogja.

Rövidtávon bevezethető intézkedésként 2014 márciusától a házi orvosok is lehetőséget kapnak a betegek műtétet megelőző vizsgálatára, amennyiben EKG-készülékkel rendelkeznek. Korábban ehhez szakorvosi konzultáció volt szükséges. Szlovákiában évente mintegy negyed millió esetben kerül sor ezekre a vizsgálatokra.

A szakorvosoknak mintegy háromnegyed része dolgozik magán praxisban. Önálló rendelőket működtetői, vagy foglalkoztatottként dolgoznak magánintézményben. Sok szakorvos - függetlenül attól, hogy magánpraxist tart fenn, az állami vagy önkormányzati tulajdonban levő kórházak járóbeteg-rendelőiben vagy rendelőintézetben dolgozik.

Fekvőbeteg-ellátás

A szakellátás súlypontját a fekvőbeteg-ellátás jelenti. A fekvőbeteg-intézmények típusai: általános kórházak, oktató kórházak, specializált intézmények és gyógyfürdők.

2012-ben 142 kórház, ezen belül 76 aktív kórház működött az országban. Az ágyak száma 32 688 volt. 10 ezer lakosra 61 ágy jutott. (WHO HFA). Az Egészségügyi Minisztérium 2012 elején közzétett beszámolója szerint a 2010-2011-es időszakban 3000-rel csökkent a közfinanszírozott ellátásban működő ágyak száma. Törekvések vannak az egynapos járóbeteg-ellátás fejlesztésére, az egynapos ellátást nyújtó intézmények száma 2010-ben 41 volt.

2007 októberében hagyták jóvá a minimális hálózatról szóló kormányrendeletet, amely korszerűsítését szolgálta a 2008 végén kiadott, 2009-től hatályos kormányrendelet. A minimális hálózat a módosítás alapján kiterjed a járó- és fekvőbeteg-ellátásra. Az alap és járóbeteg-szakellátás minimális hálózatát az orvosi állások számával határozza meg, a fekvőbeteg-ellátást illetően megjelöli a súlyponti és a rögzített

hálózatot, a minimális ágykapacitást szakma és megyék szerinti bontásban tartalmazza. A súlyponti hálózat 39 megnevezett intézményt foglal magába (állami oktató kórházak, országos hatáskörű specializált fekvőbeteg-intézmények), amelyekkel az egészségbiztosítók kötelesek szerződést kötni. A rögzített hálózat 37 - nem konkrétan felsorolt - intézményt tartalmaz. Szlovákia területét 37 régióra (járáscsoportha) osztották fel, és az egészségbiztosítók minden régióból legalább egy olyan kórházzal kötelesek szerződést kötni, amelyek megfelelnek az előírt követelményeknek.

A kórházak működési engedélyét korábban a megyék önkormányzatai adták ki, ez a hatáskör 2013-tól az Egészségügyi Minisztériumba került.

2012-ben Szlovákia 142 kórháza 66 százalékban az Egészségügyi Minisztérium, 14 százalékban magán belföldi tulajdonos, egy százalékban magán külföldi tulajdonos, nyolc százalékban különböző társaságok, egyházak, 11 százalékban önkormányzatok tulajdonában volt. A 32 magánkórház 13 százaléka működött korlátozott felelősségű társaság, 23 százalék részvénytársaság, 48 százalék nonprofit szervezet és 17 százalék támogató szervezet formában. (Radvansky, Dovál'ová, 2013)

Még a 2004. évi reformtörvények adtak arra lehetőséget, hogy a kórházak adósságaik törlesztése után 51 százalékos állami tulajdonrész megtartása mellett részvénytársaságokká alakulhattak át. Jogszabály tette lehetővé a non-profit forma választását is. Az oktató kórházak csak állami tulajdonúak lehetnek. Az állami, az önkormányzati, a kisebb városi általános és szakkórházaknak csak egy része alakult át részvénytársasággá. Az átalakulások szakpolitikai támogatása idővel megállt, 2006 után az Egészségügyi Minisztérium csak a kórházak struktúra átalakítását, illetve profilváltását, a kórházi ágyak számának csökkentését szorgalmazta.

A kórházak eladósodása évtizedes probléma. Az adósság-mentesítésre létrehozott állami tulajdonú Veritel Rt. Segítségével először a magasan specializált oktató kórházak, valamint a megyei és városi önkormányzatok tulajdonában levő kórházak adósságait sikerült 2005 végére csökkenteni. Az adósságok újratermelése azonban folyamatos.

Az egészségügyi szektor adósságállománya 2013 végére 318,9 millió euróra emelkedett, ami 105,6 millió euróval haladta meg az előző évi értéket. A legnagyobb adósságot az állami kórházak halmozzák fel, adósságállományuk a 2012-es 141,7 millió euróról 2013-ban 246,8 millió euróra nőtt. Minisztériumi jelzés szerint, az adósságnövekedést egy új brüsszeli direktíva idézte elő, amely a kórházak számára előírja számláik 60 napon belüli rendezését.

A kórházak általában több mint 40 évesek, és mintegy 30 elszórtan elhelyezkedő különböző építményből állnak. 2014-2016 közötti modernizációjukhoz állami-magán partnerség által nyújtott támogatásokat, magán forrásokat, Európai Uniósi pénzalapokat és önkormányzati költségvetést használnak.

Az aktív ellátást nyújtó kórházak a fejlesztéshez csak optimalizált kórházhálózat részeként kaphatnak támogatást. Az optimalizált kórházhálózat kialakítása a régiókkal való megbeszéléseken dől el, melyek a kórházak számát az optimális földrajzi eloszlás és vonzáskörzet figyelembevételével határozzák meg. Az egyes egészségügyi intézmények produktivitásának kimutatható növekedése is feltétele az optimalizált hálózaton belül működő kórházak infrastrukturális fejlesztésének.

A 2014-es Nemzeti Reformprogram célkitűzései között kiemelt helyet foglal el a főváros új kórházának felépítése, a kórházak kapacitásának optimalizálása és adósság-állományuk felszámolása. Pozsony új egyetemi kórházközpontja 2017-től kezdi meg működését. Az új egyetemi kórházközpont (NUHB) magasan műszerezett egészségügyi szolgáltatásokat fog nyújtani a pozsonyi régióknak, egyben országos szintű traumatológiai és más specializált ellátást

biztosító központokat működtet a lakosság számára. A NUHB lesz a régió kiválósági központja. A 945 ágyas új kórház, közel kilenc hektáros alapterülettel épül Pozsony észak-nyugati részén. A magán partnerrel kötött szerződés a működésbe lépéstől közel 30 éves időtartamra áll majd fenn.

A magán partnerrel szemben támasztott elvárás, hogy a következőkért vállaljon felelősséget:

- a NUHB megtervezése az Egészségügyi Minisztérium funkcionális és technikai követelményei alapján,
- az új kórház felépítése és berendezésekkel való felszerelése,
- a projekt finanszírozásának biztosítása,
- a NUHB működtetése, beleértve az egészségügyi berendezések karbantartását és felújítását, illetve minden klinikai szolgáltatást.

A projekt beruházásának költségei becslések szerint 220 millió eurót tesznek ki.

Rehabilitáció, hosszú távú ellátás

A rehabilitációval foglalkozó járó- és fekvőbeteg intézmények sokféle kezelést és ezek keretében fizioterápiai szolgáltatásokat nyújtanak. Az ambuláns ellátás speciális balneológiai szolgáltatások révén is nyújthat rehabilitációt. A rehabilitációval, illetve a balneológiával foglalkozó intézmények finanszírozása az egészségbiztosításból és a betegek közvetlen kifizetéseiből történik. Azokat a betegségeket, melyekre teljes vagy részleges fedezet jár, és az ezekhez tartozó indikációkat és kezeléseket a törvényi szabályozás A és B csoportra osztja. Az A csoportba tartozó diagnózisok teljes fedezetben részesülnek, a B csoport diagnózisai költségmegosztást igényelnek.

Szlovákia hosszú távú ellátása (LTC) orvosi, ápolási szolgáltatásokat nyújt, és sok esetben állandósuló elszállásolást biztosít a rászorulóknak számára. A hosszú távú ellátást igénylő betegek egészségügyi és szociális ellátása külön jogi szabályozás alatt áll, így nincs megfelelően összehangolva. Míg az egészségügyi ellátást formálisan az állam nyújtja, a szociális ellátás, melybe beletartozik az idősek, a fogyatékosokkal élők és a krónikus betegek gondozása, az állam, a megyék, valamint az önkéntes és a magán intézmények feladatkörébe tartozik.

Népegészségügy

Szlovákiában 2012 és 2013 között elemezték a népegészségügyi ellátást. 2013 októberében országos konferencián született megállapodás a népegészségügyi szolgáltatások modernizálásáról. A fertőző betegségek megelőzése, mint a népegészségügy hagyományos funkciója mellett, ami a szlovák rendszer erőssége is, szükség van a szolgáltatások és szakemberek széles körének biztosítására a nem fertőző betegségek kontrolljára, valamint szektorok közötti együttműködésre az állampolgárok lehetőség szerint legjobb egészségi állapotának eléréséhez. Az elemzés szolgált kiindulásul az alapellátás keretében folytatott betegségmegelőzés és egészségfejlesztés fokozott integrálását célul kitűző stratégia kidolgozásához.

A 2012-2020-ra szóló Európai Alkoholelles Cselekvési Tervvel összhangban, Szlovákiában a prioritások között szerepel az alkoholfogyasztás káros hatásainak csökkentésére irányuló országos program. A célkitűzések gyakorlatba való átültetését a WHO és Szlovákia bilaterális együttműködési megállapodása keretében a 2014-2015-ös időszakra irányozták elő. Az alkoholfogyasztás komoly problémát jelent az országban, mivel a fiatalok is egyre nagyobb mértékben, illetve egyre több

esetben fogyasztanak rendszeresen szeszes italt. Szlovákia Népegészségügyi Hatósága az alkoholfogyasztással kapcsolatos országos akcióterv (2013-2020) aktualizálásának megvitatására 2014-ben kerekasztal találkozót tartott, melynek során ajánlások születtek a kínálat korlátozására, az árusítóhelyek csökkentésére, a szeszesitalok árának emelésére, reklámozásának visszaszorítására és az alkoholfogyasztás ártalmainak iskolai egészségnevelés keretében való tudatosítására.

Gyógyszerek

Szlovákiában a gyógyszerköltségek 2011-ben az összes egészségügyi kiadás 27,4 százalékát tették ki. A hazai egészségügyi intézményeket és lakosokat a mintegy 250 nagykereskedelmi szállítócég és több mint 1500 gyógyszertár látja el. A gyógyszertárak túlnyomó többségét privatizálták.

A gyógyszerköltségek csökkentésére számos intézkedés született. Szigorították az egészségbiztosítás által térített gyógyszerek körét, és maximálták a térítendő gyógyszerek árát.

2004-től az Egészségügyi Minisztérium határozza meg a maximált kiskereskedelmi árat a támogatott gyógyszerek esetében, valamint a maximált termelői árakat a kórházi felhasználású gyógyszerekre vonatkozóan. A vény nélküli és a nem támogatott gyógyszereket nem vetik alá árszabályozásnak, de a termékek nagykereskedelmi és kiskereskedelmi árát szabályozzák. A gyógyszerek társadalombiztosítási támogatásának megítélésében az Egészségügyi Minisztérium tanácsadó testületként működő Kategorizációs Bizottság (az Egészségügyi Minisztérium, az Orvosi Kamara és az egészségbiztosítók képviselőiből áll) működik közre. A referenciaárazás rendszerében 2009-től az EU 26 tagországa termelői árát vetették össze, majd az EU-ban fellelhető hat legalacsonyabb ár átlaga alapján határozták meg az árat a hazai piac számára. 2011. december 1-től szigorodtak a szabályok, a gyógyszeráraknak az EU-ban alkalmazott második legalacsonyabb árhoz kellett igazodniuk. 2013 januárjától Szlovákiában a gyógyszerek, az egészségügyi segédeszközök és az étrend kiegészítők ára nem haladhatja meg az Európai Unió országaiban alkalmazott három legalacsonyabb gyógyszerár átlagát.

Rendelet szabályozza a gyógyszerek helyettesíthetőségét. A 2011. december 1-i törvény értelmében a felírt gyógyszer mellett, az orvosoknak az aktív hatóanyagról is rendelkezniük kell, a gyógyszerészeknek pedig a recept alapján az elérhető legolcsóbb gyógyszert kell a betegeknek kiszolgáltatniuk. Az orvos klinikai megfontolások alapján megtilthatja a felírt originális szer generikummal való helyettesítését.

Egészségügyi dolgozók

2012-ben Szlovákia egészségügyi intézményeiben 18 193 orvos dolgozott, 100 ezer lakosra 336,2 orvos jutott. A fogorvosok száma 2665 (100 ezer lakosra számítva 49,3), az ápolónők száma 31 478 (100 ezer lakosra 581,8), a gyógyszerészek száma 3522 (100 ezer lakosra 65,1). A házi orvosok száma 2014-ben 3563.

Az orvos- és ápolónő-ellátottság a pozsonyi és kassai megyében magasabb az országos átlagnál, a többi megyében alacsonyabb. A magas fluktuáció miatt Szlovákiában is problémát jelent az orvos- és az ápolónőhiány. Jellemző az orvosok közkórházakból az ambuláns magánszférába való vándorlása. Az orvosok elégedetlenek a fizetésekkel, ez is oka annak, hogy sokan külföldön vállalnak munkát. A külföldre távozás nem tömeges méretű, azonban a megyék többségében néhány orvosi szakterületen (sebész, nőgyógyász, belgyógyász, aneszteziológus, röntgenorvos, pszichiáter) gondokat okoz. A

szakemberek közel 40 százaléka nyugdíj előtt áll vagy már nyugdíjas korú. Ez számos szakterület dolgozóit érinti (patológusok, paramedikális dolgozók, általános orvosok, gyermekorvosok, aneszteziológusok és pszichiáterek, valamint nővérek, szülésznők és pszichológusok). Az orvosok és az ápolónők többsége a külföldre távozás helyett a hazai körülmények javítását szorgalmazza.

2011. szeptember végén több mint kétezer orvos helyezte letétbe december 1-jére szóló felmondását követeléseik, a bérek rendezése, az állami kórházak részvénytársaságokká alakításának leállítása, a Munka Törvénykönyve által előírtak szigorú betartása és az állami egészségügyi ellátás nagyobb mértékű anyagi támogatása alátámasztására. A bérkövetelésekkel kapcsolatban csak hosszú tárgyalások és a néhány kórházban elrendelt szükségállapot után, az év végén született megállapodás.

A Parlament az orvosok fizetésemelési követeléseinek teljesítésére 2011. december közepén két lépcsőben történő bérrendezést hagyott jóvá. A rendelkezés 2012 januárjától az állami kórházakban dolgozó orvosok és fogorvosok alapfizetésének a nemzetgazdasági átlagbér 1,05-1,6-szorosára való emelését irányozta elő, és 2012 júliusától további fizetésemelést helyezett kilátásba. A 2012. júliusi fizetésemeléssel az orvosok fizetése tovább nőtt az átlagbér 1,2-1,9-szeresére.

Az orvosok béremelésével kapcsolatban 2013 nyarán hozott törvény rendelkezése értelmében az orvosok fizetése 2015-től az átlagbér 2,3-szorosára nő. Eredetileg az orvosok fizetésemeléssel kapcsolatos követeléseinek teljesítésére tett ígérek mellett, a szlovák ápolónők is ígéretet kaptak fizetésük rendezésére, de ezt az Alkotmánybíróság elutasította.

Az állami kórházak és a szakellátást nyújtó intézmények alkalmazottainak fizetése 2014 januárjától négy százalékkal emelkedett. Az Állami Kórházak Társasága és a Szlovák Egészségügyi és Szociális Dolgozók Uniója megállapodott a kollektív szerződés kiegészítéséről a fizetések 2012-es szinthez képest történő emeléséről. Az Egészségügyi Minisztérium adatai szerint az oktatókórházak egészségügyi dolgozóinak átlagfizetése ebben az időszakban 783 euró volt, a nővéreké és a szülésznőké ugyanezekben az intézményekben 1016 euró, az orvosoké 2500 euró. A kollektív szerződés kiegészítése, mely 2014. április 30-tól van érvényben, garanciát nyújt a nővérek bérére is.

Minőségügy

Az egészségügyi ellátás struktúrájára az Egészségügyi Minisztérium határoz meg minimum feltételeket (dologi tényezőkre, technikai felszerelésre, valamint a dolgozók kvalifikációjával kapcsolatos elvárásokra). Bár a folyamatok szabályozása az Egészségügyi Minisztérium előírja a szolgáltatók számára minőségügyi rendszerük írásbeli dokumentálását, nem szankcionál, amennyiben ez nem teljesül. Az eredmények szabályozása az egészségügyi szolgáltatók számára kiadott azon minőségi indikátorokra korlátozódik, melyek a szelektív szerződéskötés kritériumaiként jelennek meg. A minőségi indikátorokat az Egészségügyi Minisztérium fejleszti a szakmai szervezetekkel, az egészségbiztosító társaságokkal és az Egészségügyi Felügyeleti Hivatallal együttműködve. Legutóbb 2009-ben adtak ki indikátorokat, jegyzékük korlátozott, és nem nyújt elegendő információt az egészségügyi szolgáltatók által nyújtott ellátás minőségéről.

Az Egészségügyi Felügyeleti Hivatal monitorozza az ellátórendszer minimum feltételeit, a biztosítókat és a biztosítók és a szolgáltatók közötti szerződéseket, valamint az egészségügyi szolgáltatások minőségét. Fellép fel az ellátás minőségével kapcsolatos panaszok ügyében, a panaszbejelentéseket kivizsgálja, és szankciókat is alkalmaz ezek jogosságára esetén.

Az egészségbiztosító társaságoknak kilenckhavonta kell közzétenniük az egészségügyi szolgáltatókkal való szerződéskötésük technikai felszereltséggel, személyi állománnyal és minőségi indikátorokkal kapcsolatos részleteit. A várólistákkal kapcsolatos adatok közzétételét előíró rendelkezés ellenére nincsenek ilyen jellegű hivatalos adatok.

e-egészségügy

A szlovák kormány jóváhagyásával a 2008-2020-as időszakra több szakaszban előirányzott országos e-Egészségügyi Program az „e-Egészségügy Stratégiai Céljai” elnevezésű dokumentum 2008-as előkészítésén alapul.

A vezető projektet a megvalósítás fázisában több támogató projekt kíséri. Az első eHealth projektet 2010. április 1-jén indították el az alábbi célkitűzésekkel:

- Országos Egészségügyi Portál felállítása,
- elektronikus adatnyilvántartás, e-recept, e-gyógyszerelés és e-előjegyzési rendszer bevezetése,
- az egészségügyi szolgáltatók információs rendszereinek rendszerbe integrálása az e-egészségügy országos alkalmazásán alapuló megoldással,
- az egészségügyi szolgáltatók informatikai rendszereinek integrálása az egyéni e-egészségügyi alkalmazásokkal (kísérleti fázis),
- az egyéni alkalmazások rutin működtetése.
- Az e-egészségügyi alkalmazások gyakorlatba való átültetésének kezdetét halasztások után 2015-re tervezték, 2014 őszén ezt az időpontot már 2017-re teszik. A projektek megvalósítását jogszabályi oldalról az Országos Egészségügyi Informatikai Rendszerről szóló 153/2013-as törvény támogatja.

Egészségügyi reformok

Szlovákiában 2012. március elején voltak választások. Az új kormány egészségügyi minisztere, Zuzana Zvolenska, egészségpolitikai célkitűzéseinek középpontjában az egészségügyi szakemberekkel való folyamatos kommunikáció, a finanszírozás átalakítása és a gyógyszerek betegek számára való hozzáférhetővé tétele szerepelt.

Az új kormány egészségpolitikájának legfontosabb intézkedései:

- lépések történtek az orvosok fizetésének rendezésére,
- az egészségügyi ellátás elérhetőségét előmozdító intézkedések születtek,
- a vényköteles gyógyszerek árát az Európai Unióban érvényben lévő három legalacsonyabb árhoz igazították,
- napirendre tűzték az egyetemi kórházak tevékenységének korszerűsítését,
- jelenleg is előkészítés alatt van a DRG-rendszer bevezetése (EU-s támogatással folynak a bevezetést segítő képzések),

- stratégiai célkitűzésként jelenik meg az e-egészségügy fejlesztése,
- a nemdohányosok védelmében törvénymódosítás lépett érvénybe.

Az egészségügyi miniszter 2012 júliusában tett javaslatot az egészségbiztosítás egyetlen, az állam által irányított egészségbiztosító társaság általi működtetésére, és ennek megvalósítására 2014 januárját jelölte meg határidőként. Az egybiztosítós rendszerre való átállás azonban még az előkészítés fázisában van, a joganyag érvénybe léptetését még minisztériumok közötti egyeztetésnek kell megelőznie, így az új biztosítási rendszer bevezetésére a tervezettnél későbbi időpontban, kerülhet csak sor. Elemzői vélemény szerint a kormányzati tervek megvalósításának későbbi időpontra halasztását az állami finanszírozás problémái – így az adóbevételek hiányosságai, az adósságállománynak az előreláthatónál gyorsabb növekedése – idézik elő.

Az egészségpolitikai törekvések fontos területe az integrált ellátás fejlesztése, amelytől a következő eredményeket várják:

- az első kapcsolatfelvételt jelentő orvosok számának növekedése kontaktpontonként,
- az egy főre jutó orvosi konzultációk átlagos számának csökkenése,
- a magas szintű alapellátás és járóbeteg-ellátás jobb elérhetősége,
- az aktív ellátást nyújtó ágyak jobb kihasználása,
- a kórházi tartózkodások időtartamának csökkenése,
- az aktív ellátást nyújtó kórházak számának csökkenése,
- a beavatkozások számának növekedése a fennmaradó aktív ellátást nyújtó kórházakban.

Az integrált egészségügyi ellátással kapcsolatos új stratégia dinamikusabbá és kiegyensúlyozottabbá teheti az ország egészségügyi rendszerét, és szorosabb kapcsolatot fog teremteni a betegekkel. A rendszer rugalmasabban fog alkalmazkodni a változó igényekhez különös tekintettel a lakosság elöregedésére, valamint a diagnosztikai és a terápiás eljárások terén szükségessé váló fejlesztésekre.

Források

- Changes in the pharmaceutical system - end 2011/2012. Slovakia, Ministerstvo Zdravotnictva.
http://whocc.goeg.at/Literaturliste/Dokumente/CountryInformation/Posters/10k_SK_Poster_JanaSlusna_2012.pdf
- Doctor's unions strike deal over pay rise. The Slovak Spectator, 2013.01.17.
- Economic Surveys Slovak Republic.2012.
http://www.oecd.org/eco/surveys/OVERVIEW%20FINAL%20SVK_English.pdf
- eHealth Programme. Electronic Healthcare. National Health Information Center, 2011
http://www.ezdravotnictvo.sk/en/eHealth_Programme/Pages/default.aspx
- Evaluation of the structure and provision of primary care in Slovakia. 2012.04.
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/175242/Evaluation-of-the-structure-and-provision-of-primary-care-in-Slovakia.pdf
- Eurostat, European Commission, 2014
<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/>

-
- Faktor, M.: Meeting of the health ministers of neighboring countries of the central European region, Bratislava, 2012.01. 19- 20.
 - Gajdošová, M.: Generic substitution and generic prescription. V4 Health Ministers Meeting, 11. 3. 2011
 - Government Plans Smoking Ban in Shopping Centre Cafes. The Daily Slovakia,2013.01.31.
<http://www.thedaily.sk/government-plans-smoking-ban-in-shopping-centre-cafes/>
 - Health Care Systems in Transition 2011. Slovakia. European Observatory on Health Care Systems, 2011, Copenhagen
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/140593/e94972.pdf
 - Healthcare in Slovak Republic, Ministerstvo Zdravotníctva SR. Bratislava, 2012.1.10.
 - Health Policy Basic Frameworks 2014-2016. <http://www.hpi.sk/hpi/en/view/10987/health-policy-basic-frameworks-2014-2016.html>
 - Health-sector pay rises still in doubt. The Slovak Spectator, 2012.10.22.
 - Hospitals see rapid rise of debt. 2 May 2014.
http://spectator.sme.sk/articles/view/53833/10/hospitals_see_rapid_rise_of_debt.html
 - Implementation strategy - integrated health care system: Modernising health care infrastructure and improving access to quality services in primary and acute bed health care. Ministerstvo Zdravotníctva, August 2014
 - Liptáková, J.: Tackling the crisis, The Slovak Spectator, 2010. 12.13.
<http://www.visegradgroup.eu/other-articles/tackling-the-crisis>
 - Liptáková,J.:Single public health insurer still not in sight. The Slovak Spectator, 2013. 07.22.
 - MegaProject 290: Slovakia seeks advisors for Bratislava hospital PPP project. InfraPPP, 2014.08.14. <http://infrappworld.com/2014/08/megaproject-290-slovakia-seeks-advisors-for-bratislava-hospital-ppp-project.html>
 - National Reform Programme of the Slovak Republic 2014.
http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/csr2014/nrp2014_slovakia_en.pdf
 - New Act on Pharmaceuticals Approved and Signed, Health Policy Institute, 2011.10.10.
<http://hpi.sk/hpi/en/view/4521/new-act-on-pharmaceuticals-approved-and-signed.html>
 - Nurses demand higher basic salaries. The Slovak Spectator, 2014.08.14.
http://spectator.sme.sk/articles/view/54946/10/nurses_demand_higher_basic_salaries.html
 - OECD Health Statistics, 2014 – Version: June 2014
 - One health insurance company from 2015? Health Policy Institute, 2013.08.08.
<http://www.hpi.sk/hpi/en/view/10189/one-health-insurance-company-from-2015.html>
 - Preparation of one state health insurance company is delayed. Health Policy Institute. 2013.04.12.
 - Radvansky, M., Dovál'ová, G.: Impact of aging on curative healthcare workforce. Country report Slovakia, NEUJOBS, 2013.
http://www.neujobs.eu/sites/default/files/Health%20workforce%20in%20Slovakia-160913_final.pdf
 - Smer mobilised its voters. The Slovak Spectator, 2012.03.12.
http://spectator.sme.sk/articles/view/45660/2/analyst_smer_mobilised_its_voters.html
-

- Social Security Programs Throughout the World: Europe 2014
<http://www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/2014-2015/europe/slovak-republic.html>
- State plans to build 140 health centers. Health Policy Institute, 2014.08.17..<http://www.hpi.sk/hpi/en/view/11394/state-plans-to-build-140-health-centers.html>
- WHO HFA Database, 2013. <http://data.euro.who.int/hfad/>
- The salaries in state-owned hospitals will increase. Health Policy Institute, 2014.
<http://www.hpi.sk/hpi/en/search/tag/salary>
- Z. Zvolenská wants to change the pricing of pharmaceuticals. Health Policy Institute, 2012.08.08.
- Zdravotnícka ročenka Slovenskej republiky 2012. NCZISK, 2014.
http://data.nczisk.sk/rocenky/rocenka_2012.pdf