

TÁJÉKOZTATÓ ORSZÁGTANULMÁNY HOLLANDIA EGÉSZSÉGÜGYÉRŐL



GYEMSZI

Gyógyszerészeti és Egészségügyi
Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet

Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság
Rendszerelemzési Főosztály

2014. május

Tartalom:

Gazdasági-politikai háttér	2
Demográfia	2
Az egészségügyi rendszer jellemzői	3
Finanszírozás	3
Egészségügyi szolgáltatások	6
Egészségügyi dolgozók	10
Minőségügy	10
e-egészségügy	10
Egészségügyi reformok	11
Források	13

Gazdasági-politikai háttér

Alapvető gazdasági indikátorok¹:

A GDP növekedési rátája az előző évhez képest:

2012: -1,2 százalék,

2013: -0,8 (előrejelzés)

Inflációs ráta (HICP), 2013: 2,6

Munkanélküliségi ráta, százalék, 2013: 6,7

Államháztartási egyenleg a GDP százalékában, 2013: -2,5

Államadósság a GDP százalékában, 2013: 73,5

Hollandia jóléti állam, gazdasága az 1990-es években 3-4 százalékkal növekedett és csak az utóbbi években lassult le. A gazdaság a 2008-ban bekövetkezett válságból nehezen lábalt ki, 2012-ben és 2013-ban is recesszió volt tapasztalható. 2012-ben az egy főre jutó GDP 43 146 dollár volt PPP-ben kifejezve², míg az infláció mértéke 2013-ban 2,6 százalék. A munkanélküliség 2013-ban 6,7 százalék volt. Az ország 1999-ben csatlakozott az euró monetáris rendszerhez.

A Holland Királyság államfője a királynő, a végrehajtó hatalom a kétkamarás parlament kezében van. Az Első Kamara vagy Szenátus 75 tagból áll és 6 évenként választja meg a 12 megyei tanács. A 150 tagú Második Kamarát vagy Képviselőházat 4 évre jelölik ki közvetlen választással. Mivel általában egyetlen politikai párt sincs többségben, több párt koalíciója szükséges a kormányalakításra. 2012 szeptemberében Mark Rutte miniszterelnök benyújtotta a 2010-ben alakított kormánya lemondását, így előrehozott választásokat kellett tartani. A választásokon a Néppárt a Szabadságért és Demokráciáért (VVD) érte el a legjobb eredményt, második helyen a Munkáspárt (PvdA) végzett. Hosszú tárgyalássorozat után 2012 novemberében a két párt koalíciós szövetségben alkotott kormányt.

Demográfia

Hollandia lakossága 2012-ben 16,78 millió volt. A világ egyik legsűrűbben lakott országa, négyzetméterenként közel 500 lakossal. Egy 2003-ban végzett országos felmérés szerint a holland lakosság nagy része jó egészségi állapotról számol be. Hollandia egészségügye 2005-ben, 2008-ban, 2009-ben, 2012-ben és 2013-ban a Health Consumer Powerhouse által végzett Európai Egészségügyi Fogyasztói Index (EHCI) első helyén végzett. Ez részben az ország gazdasági fejlettségnek, részben a fejlett egészségügyi rendszernek tudható be. A születéskor várható élettartam a legmagasabbak között van a világon, 2012-ben 81,3 év volt - férfiaknál 79,4 év, valamivel magasabb az EU-15 átlagnál, a nőknél 83,1 év, mely az EU átlag alá esett. A halálozási arány igen alacsony, 2011-ben 8,13 volt 1000

¹ Eurostat

² OECD Statistics

lakosra. A legfőbb halálok a keringési rendszer betegségei és a daganatok. Tapasztalhatók egészségben fennálló különbségek a társadalmi-gazdasági és a város-vidék megosztottság alapján. A nagyobb városokban az egészséggel kapcsolatos problémák erőteljesebben jelentkeznek (kábitószer-függőség, alkoholizmus, szexuálisan terjedő betegségek, erőszak, pszichiátriai problémák, társadalmi izoláció és hajléktalanság), s ezek inkább az alacsonyabb társadalmi-gazdasági státuszú csoportoknál gyakoriak.

Az egészségügyi rendszer jellemzői

Az egészségügyi rendszer fő irányító szerve az Egészségügyi, Népjóléti és Sport Minisztérium. Az egészségügyi ellátásért a minisztérium és az önkormányzatok felelősek. Az Egészségügyi Felügyelőség az ellátás minőségét és elérhetőségét ellenőrzi. Az Egészségbiztosítási Testületet 2013-ban felváltó Holland Ellátó Intézet szabályozza az egészségbiztosítási rendszer tevékenységét és menedzseli az egészségbiztosítást és a kivételes orvosi költségek pénztárát. A Szociális és Munkaügyi Minisztérium az Egészségügyi Minisztériummal közösen alakítja ki a munkaügyi és társadalombiztosítási irányelveket. A decentralizált holland egészségügyi rendszer bonyolult és állandóan változó rendszer. Kiváló az alapellátási struktúrája és a betegelégedettség a legmagasabbak között van Európában.

Az egészségügyi rendszer 2006. január 1-től kötelező egészségbiztosításon és irányított versenyen alapul. Az új egészségbiztosítási törvény alapelve a hatékonyság növelése volt az egészségbiztosítók és az egészségügyi ellátók közötti verseny elősegítésével. A lakosságnak kötelező az egészségbiztosítás kötése, a biztosítók pedig kötelesek minden jelentkezőt elfogadni, azonos feltételek mellett. Az új rendszerben nagy hangsúlyt helyeztek az egészségért vállalt egyéni felelősségre és az ellátás piacorientált modelljére, amely a versenyen és a szabad választáson alapul, ugyanakkor garantálja a szolidaritást a szegényeknek nyújtott támogatással.

Finanszírozás

Egészségügyi kiadások

1980 óta az egészségügyi kiadások megháromszorozódtak – 2012-ben az összes egészségügyi kiadás a GDP 12,44 százaléka volt³. Ez az arány a legmagasabb Európában, a második helyen Németország áll 11,76 százalékkal.

Forrásgyűjtés

A folyó egészségügyi kiadások 86 százalékát állami, 14 százalékát magán finanszírozás képezi. A közvetlen (out-of-pocket) fizetések 2012-ben a kiadásokon belül 6 százalékot tettek ki. A szolgáltatás igénybevételekor fizetett közvetlen térítés terén Hollandia a legalacsonyabbak között van az OECD országok közül. A biztosítás nélküliek száma 2012-ben kb. 136 ezer volt, vagyis a lakosság 0,8 százaléka.

³ WHO HFA

Az egészségügyet kötelező járulékokból, biztosítási díjakból (a biztosítás a kiadások 72 százalékát teszi ki), magánkiadásokból (közvetlen fizetések, önkéntes biztosítás) és állami költségvetési forrásokból finanszírozzák. Az állami költségvetési finanszírozás többnyire a 18 éven aluli gyermekek ellátására, rokkantsági juttatásra, a kórházi finanszírozási rendszer fejlesztésére, egészségfejlesztésre, az orvosképzés költségeire terjed ki.

2006. január 1-től az új egészségbiztosítási törvény értelmében Hollandia minden adófizető állampolgára köteles biztosítót választani. Büntetésben részesítik azokat, akik elmulasztják a biztosítás kötését. Két csoport számára nem kötelező az egészségbiztosítás: az aktív katonai szolgálatot teljesítő és a biztosítást lelkiismereti okokból elutasító személyek számára. A biztosított személyek szabadon választhatnak a biztosítók közül.

Az egészségbiztosítási rendszert magán biztosítótársaságok működtetik, akik profit alapon, az egész országra kiterjedően tevékenykedhetnek és csak a 850 000 taglétszámnál kisebbek korlátozhatják tevékenységüket egy területre. A biztosítótársaságoknak be kell tartaniuk az egészségbiztosítási törvényben leírt feltételeket. A biztosítótársaságok kötelesek egy adott terület minden lakosát elfogadni. Kockázatkiegyenlítési rendszerben vesznek részt, így az idős és beteg ügyfelek befogadásával is tudnak versenyképes díjakat szabni. A biztosítók a nyújtott ellátás minősége és a díjak alapján versenyeznek az ügyfelekért. Az egészségbiztosítási piac terén az új rendszer dinamikus helyzetet és heves küzdelmet teremtett a biztosítók között a díjak tekintetében. Jelenleg 32 magánbiztosító működik, a piac 88 százalékát négy nagyvállalat uralja.

Minden 18 éven felüli biztosított személy névleges díjat fizet (2013-ban éves szinten 1478 euró)⁴. A díj összege biztosítónként változhat, de minden biztosítónak ugyanazt a járulékot kell meghatározni egyazon biztosítási típusra. A névleges díj szerepe az, hogy ösztönözze a biztosítók közötti versengést és a biztosított személyek költségtudatosságát. Az egészségbiztosítási törvény rendelkezik a jövedelemtől függő járulékok kérdésében is. A munkaadó minden munkavállaló után kötelező járulékot fizet, mely az Egészségbiztosítási Alapba kerül (2013-ban 7,1 százalék). A jövedelemfüggő biztosítási járulék az összes biztosítási díj/jarulék terhének 50 százalékát teszi ki. A 18 éven aluli gyermekek névleges biztosítási díjait a kormány fizeti be az Egészségbiztosítási Alapba. Az alacsony jövedelműek támogatásban részesülnek az államtól speciális adózáson keresztül.

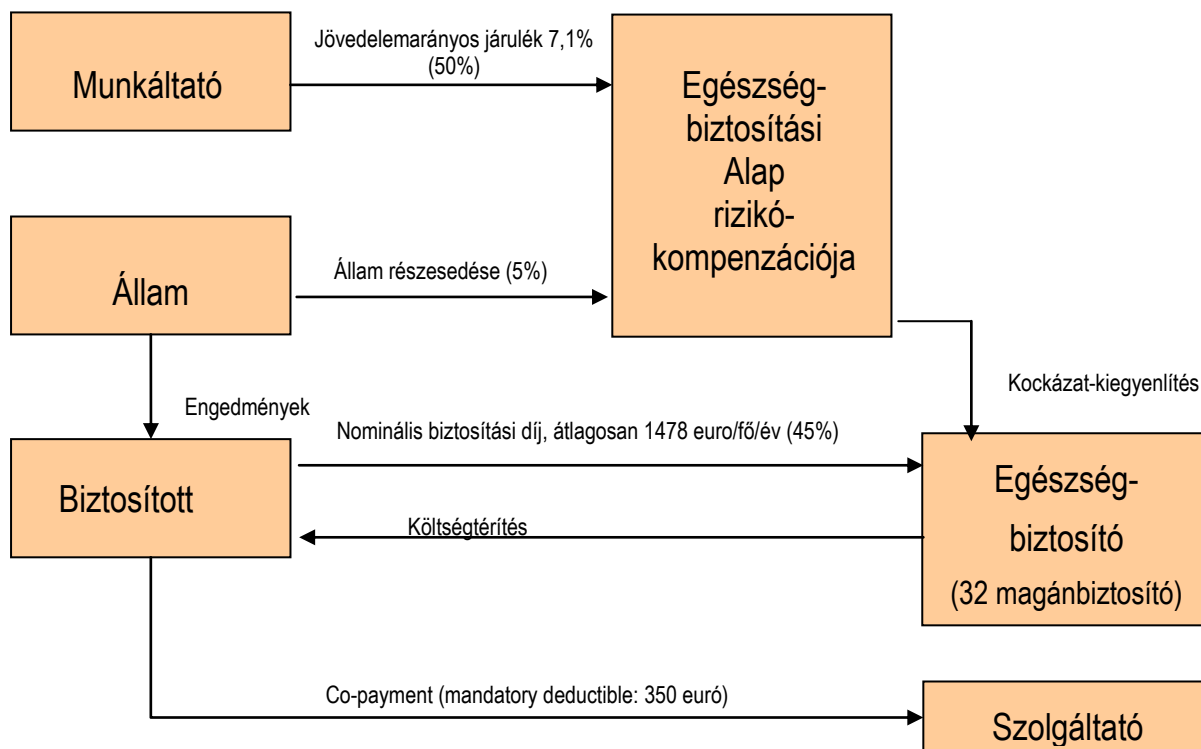
A biztosítóknak alapcsomagot kell nyújtani minden jelentkező számára, kortól és egészségi állapottól függetlenül. Az alapcsomagot az állam határozza meg és valamennyi biztosított számára azonos. Az alapcsomagot rendszeresen tesztelik és módosítják a hatásosság, a költséghatékonyság és a kollektív finanszírozás szükségének kritériumai szerint. A krónikus ellátást vagy a költséges kezeléseket fedező kivételes orvosi költségek (AWBZ törvény) elemei 2006-ban az új standard csomagba kerültek át. Az AWBZ-hez minden 33 863 euró jövedelem feletti lakos jövedelmének 12,65 százalékával járul hozzá.

A lakosoknak jogukban áll minden évben biztosítótárságot és biztosítási csomagot változtatni. Ha valaki nincs megelégedve a biztosítási díjakkal vagy az ellátás minőségével, átmehet egy másik társasághoz. Az egészségbiztosítási törvény 2006-ban történő bevezetésekor a lakosság 20 százaléka váltott biztosítótárságot. Az ezt követő években ez az arány csökkenő tendenciát mutatott: 6 százalék 2007-ben és 3 százalék 2009-ben. 2011-ben azonban nagyobb arányú biztosítóváltás történt, mivel a

⁴ MISSOC 2013

biztosítási díjak átlagban 9,1 százalékkal növekedtek. A díjemelés következtében 2011-ben a holland lakosság 8 százaléka váltott biztosítót.

A kötelező egészségbiztosítás pénzügyi csatornái⁵



Forrásallokáció

Az egészségügyi ellátók versenyeznek egymással az árak és a minőség alapján.

A 2006-ban bevezetett reform óta a háziorvosok a következő komponensek alapján részesülnek térítésben: regisztrált betegek utáni fejkvóta, konzultációk díja, a hatékonyságot növelő vagy a szakellátást helyettesítő tevékenységek díjazása, ügyeleti ellátás kompenzálása.

A járóbeteg szakellátást nyújtó szakorvosok finanszírozása korábban fee-for-service szerint történt, 2005-től a kórházi finanszírozáshoz hasonlóan a DBC rendszer alapján folyik.

⁵ Járulékokra vonatkozó adatok forrása: MISSOC 2013

A biztosítók kötelesek szerződést kötni minden azt kérelmező kórházzal. 2000 óta a kórházak finanszírozása teljesítmény alapúvá vált, és ez jelentette a DRG típusú DBC fizetési rendszerre való átállás első lépését, melyet 2005-ben vezettek be (Diagnose Behandel Combinatie – diagnózis kezelés kombinációk). Erre a változásra azért volt szükség, mert költségvetési okokból a kórházakat gazdaságos működésre akarták ösztönözni a várólisták felszámolása érdekében. A DBC tartalmazza az összes diagnózissal és kezeléssel kapcsolatos kórházi és orvosi költségeket, és lefedi az egész betegutat az első konzultációtól az utolsó vizsgálatig. A DRG-től eltérően a DBC nem az elbocsátás diagnózisán alapul, hanem a kórházon belül történő epizodikus nyilvántartásba vételen, így a kódolási eljárás az ellátási folyamat kezdetén indul el, a beteg első vizitje során. A kezelés alatt az összes igénybe vett kórházi szolgáltatást feljegyzik. A kódolási eljárás az ellátás folyamatának lezárulásával végződik. Egyedül a holland rendszerre jellemző, hogy a DBC besorolás megváltoztatható a kezelési eljárás alatt. 2012-ben a DBC diagnózis és kezelés csoportokat 30 ezerről 4400-re csökkentették.

Hollandiában 2007-től kezdődően kísérleteznek a „csomagolt fizetés” mechanizmusával a krónikus betegek számára nyújtott ellátás javítására. A csomagolt fizetés (bundled payment) az integrált ellátás finanszírozásának egy formája és fix összegű térítést jelent az összes szolgáltatásért, amelyben a beteg az ellátás teljes epizódja alatt részesült. A kezdeti töredékes kísérletek után 2010-ben országos programok indultak el három betegség ellátásának finanszírozásában: diabetes, krónikus obstruktív tüdőbetegség és vaszkuláris kockázat menedzsment. A rendszer lényege, hogy ellátó csoportok jönnek létre, amelyek a biztosítókkal a teljes betegség kezelésére szerződnek, egy fix összegű díjért. Ez után az ellátó csoport felelőssége, hogy megszervezze és kifizesse az érintett páciensek háziorvosi, járó- és fekvőbeteg-ellátását, beleértve a különböző rehabilitációs ellátási formákat is. Az ellátókat ezután teljesítmény-alapon honorálják. Bár ez eredetileg nem volt előírás, az ellátó csoportok szinte kizárólag háziorvosokból jöttek létre. A rendszer lényege, hogy a biztosítók és az ellátást végzők közé egy köztes, koordináló és a pénzügyi kockázatot is viselő szint kerül. Ez a megoldás javítja a korábban töredezett betegutak integrációját, és bevonja a nem szigorúan egészségügyi rehabilitációs ellátókat is. Ugyanakkor pótlólagos adminisztratív terhet jelent, ráadásul egyes ellátó csoportok erőfölénys helyzetete miatt költségesnek is bizonyulhat. Az érintettek egészségi állapotában bekövetkezett változást illetően még nem állnak rendelkezésre megbízható adatok.

Egészségügyi szolgáltatások

Alapellátás, járóbeteg-szakellátás

Az alapellátást független, többnyire egyéni praxisokban dolgozó háziorvosok nyújtják, akik kapuőr funkciót töltenek be és a rendszer meghatározó szereplői. Minden betegnek be kell jelentkeznie egy háziorvosnál. A háziorvosok kezelik a gyakoribb betegségeket, gondozzák a krónikus betegeket és pszichoszociális problémák megoldásában is részt vállalnak. Bonyolultabb szakellátásban csak azok a betegek részesülnek, akik speciális szakértelmet és orvostechnikai eszközöket igényelnek. Az orvos-beteg találkozások hat százalékában történik csak szakorvosi beutalás. Legtöbbször a sebészetre utalják be a betegeket. A beutalás igen ritka az olyan elterjedt betegségekre, mint hipertónia, alsó hátfájás és felső légúti megbetegedés. A kapuőrzés hatását jól illusztrálja az alacsony beutalási arány, mivel a panaszok nagy részét a háziorvos látja el. A háziorvosok tekintélyes időt töltenek el a betegekkel, és a kommunikációs jártasságok szerves részét képezik az orvostudományi oktatásnak. Ez is magyarázza az igen alacsony vényfelírási arányt Hollandiában, ahol az esetek 66 százalékában írnak

csak fel receptet, míg más európai országban ez 75–95 százalék. Egy házi orvosra átlagosan 2300 beteg jut. A házi orvosok független és többnyire egyéni praxisokban működnek, bár a csoportpraxisok száma egyre emelkedik. Vidéken néhány GP saját gyógyszerterát is működtet.

A járóbeteg szakellátást szakorvosok nyújtják a kórházak ambuláns osztályain. A sürgősségi eseteket leszámítva a betegek nem mehetnek közvetlenül járóbeteg szakrendelésre beutalás nélkül.

Fekvőbeteg-ellátás

A kórházak többsége non-profit magánjellegű. 2011-ben összesen 259 kórház működött Hollandiában, ebből 8 oktató kórház, a többi általános vagy speciális ellátást nyújtó kórház. Egyesüléseken vagy bővítéseken keresztül a kórházak annak ellenére növelték kapacitásukat, hogy minden régióban kötelező volt csökkenteni az ágyszámot. 1980 óta az aktív ágyszám harmadával csökkent (2009-ben 465,7 ágy jutott 100 000 lakosra). Változás történt a kórházi menedzsmentben, ahol a középvezetők nagyobb hatáskört kaptak. A legtöbb nagyméretű és egyetemi kórházban bevezettek bizonyos decentralizációt, és a szakorvosok is részt vesznek a menedzsmentben.

A kórházi várólistákat az 1990-es évek második felében és a 2000-es évek elején pótlólagos pénzügyi alapokkal csökkentették elfogadható méretűre.

Több éves növekedés után 2013-ban a kórházi ellátás igénybevétele csökkent Hollandiában. Korábban a kórházi betegforgalmi ráták minden évben néhány százalékkal nőttek. A 2013-as csökkenés oka az egészségbiztosítás önrészének növekedése, melynek évi összege 2012-ben 150 euróról 220 euróra emelkedett, majd 2013-ban hirtelen 350 euróra. A magasabb önrész következtében a betegek kevésbé veszik igénybe a sürgősségi ellátást kisebb panaszok miatt, és inkább a házi orvosukhoz fordulnak, vagy vény nélküli gyógyszereket vesznek.

Az egészségügyi szolgáltatás-vásárlásban a piaci működés középpontjában a kórház áll. A kórházak 2005-ben kaptak lehetőséget arra, hogy a DBC szerinti bevételeik 10 százalékáig alkuba léphessenek a biztosítókkal. Az irányított verseny további előmozdítása céljából ez az arány 2012-ben 70 százalékra növekedett. Ezt a 70 százalékot „B-szegmensnek” nevezik, a fennmaradó 30 százalékot, az „A-szegmenst” a „funkció irányú költségvetésen” keresztül finanszírozzák a biztosítók és a kórházak közötti ártárgyalásokon megegyezett áron.

Hosszú távú ellátás

Hollandiában a hosszú távú ellátást (LTC) non-profit magánszervezetek nyújtják, többnyire ápolóotthonok, bentlakásos intézmények és otthoni ellátó szervezetek. 2010-ben a lakosság 3,6 százaléka vett igénybe szolgáltatásokat a hosszú távú ellátás terén. Az LTC finanszírozás leginkább állami forrásokból történik és a GDP 3,5 százalékát teszi ki, ami európai szinten magasnak tekinthető. Az LTC finanszírozás három módon történhet:

- A kivételes orvosi költségek törvénye (AWBZ) szerint. A rendszert 1968-ban vezették be és az LTC jelentős részét fedezi. Az AWBZ kötelező járulék-alapú országos biztosítás, amely ápolásra, tanácsadásra, orvosi ellátásra és elszállásolásra nyújt térítést. Az ügyfeleknek önrészt kell fizetniük jövedelem, kor, családi állapot és az ellátás típusa szerint. A minimum havi önrész 145 euró, a maximum 2097. 2012-es adatok szerint az átlagos önrész egy ápolóotthonban vagy bentlakásos intézményben 6400 euró egy évre.

- Szociális támogatási törvény (WMO) szerint, amelyet 2007-ben vezettek be és többnyire otthoni ellátást fedez. A rendszert a helyhatóságok működtetik államilag nyújtott pénzalapokból, és olyan szolgáltatásokat tartalmaznak, amelyek korábban az AWBZ hatálya alá tartoztak. Az ügyfeleknek itt is kell önrészt fizetniük jövedelmük alapján.
- Személyes büdzsé (PGB). Az LTC finanszírozásának harmadik pillérét a 90-es évek közepén vezették be abból a célból, hogy választási lehetőséget adjon az ügyfeleknek ellátási csomagjuk személyre szabásában. A személyes büdzsé kiadásai robbanásszerűen megnövekedtek az elmúlt évtizedben – a 2002-es 413 millió euróról 2010-re 2,3 milliárd euróra. Ez azzal magyarázható, hogy a rendszert az idős emberek mellett a rokkantságban szenvedő fiatalok is igénybe vehetik.

A holland lakosság elöregedése az LTC keresletének növekedéséhez vezet. 2012-ben a lakosság 15,3 százaléka volt 65 év feletti, ez az arány 2015-re várhatóan 17,5 százalék, 2030-ra 23,7 százalék lesz. A lakosság elöregedése magával vonja az LTC munkaerő növekedését is.

Az LTC reformja számos programot és szakpolitikai intézkedést foglal magában, ezek között a legfontosabbak a következők:

- Az egyén felelősségére helyezett nagyobb hangsúly – szolidaritás helyett a magánfizetés szélesebb körű elterjedése
- A helyhatóságok szerepének növelése – a helyhatóságok a legalkalmasabbak az LTC ügyfelek támogatására, mivel már több olyan kapcsolódó szolgáltatásért is felelősek, mint az elszállásolás, jóléti programok, helyi szinten történő tervezés
- Az egészségbiztosítók szerepének növelése – korábban a biztosítók egy reprezentációs modellt használtak az AWBZ teljesítésére. E szerint egy biztosítót (általában a régió piacvezetőjét) bízták meg az AWBZ feladatokra az összes biztosító képviselőjében a 32 régió mindegyikében. 2013-tól kezdődően az egészségbiztosítók feladata az AWBZ az általuk lefedett lakosság számára.
- Az elérhetőség reformja – az AWBZ általi fedezet mértékét valamennyire csökkentették a jogosultsági kritériumok szigorításával. Egy újabb intézkedés szerint a bentlakásos intézményben az ügyfeleknek költség-hozzájárulást kell fizetniük az elszállásolásért és a költségekért. Az otthoni ellátás 2007-es átkerülése az AWBZ-től a WMO-ba, és általában a helyhatóságok szerepének növelése a hosszú távú ellátásban, messzemenő következményekkel járhat az elérhetőségre nézve. Ha az AWBZ valóban egy társadalombiztosítási megoldást képvisel, akkor az ügyfeleknek joguk van az LTC-hez, ha erre jogosultnak találják őket. Az AWBZ-vel ellentétben a WMO nem nyitott rendszer. A törvény csak arra kötelezi a helyhatóságokat, hogy addig támogassák az egyéneket, amíg képessé válnak az önálló élet vezetésére és a társadalmi életben való részvételre. A helyhatóságok nagy mozgástérrel rendelkeznek ezen elv feltételeinek teljesítésére.

A hosszú távú ellátást érintő reformok politikailag érzékeny területet jelentenek. Ennek egyik példája a személyes büdzsé rendszer, amelynek korábban a megszüntetését tervezték, majd ezt a tervet 2012-ben az új kormány visszavonta.

2015. januártól kezdődően változások történnek Hollandia hosszú távú ellátásában. A reformok célja, hogy a lakosok a lehető leghosszabb ideig legyenek képesek önmaguk támogatására. A bentlakásos

ellátás kikerül a kivételes orvosi költségek törvénye (AWBZ) alól és a helyhatóságok feladata lesz, miután a szociális támogatási törvény (WMO) hatálya alá kerül. Az otthoni ápolásért a biztosítók lesznek felelősek. Ha fizikai vagy mentális okokból a beteg nem élhet otthonában, bentlakásos hosszú távú ellátás áll majd rendelkezésre a kivételes orvosi költségek törvényét felváltó hosszú távú ellátás törvénye (WLZ) értelmében. (2014. júniusi állapot szerint a törvénytervezetet még nem fogadta el a parlament.)

Népegészségügy

2012 májusában a holland Egészségügyi, Népjóléti és Sport Minisztérium „Közel az emberekhez” címen publikálta legújabb, négy évre szóló egészségpolitikai dokumentumát, amelyben a helyhatóságok egészségügyi szakpolitikáját megalapozó országos prioritásokat határozott meg. A dokumentum megállapítja, hogy a holland lakosság egészsége jó, bár lehetőség lenne további javításokra. Az Országos Népegészségügyi és Környezetvédelmi Intézet (RIVM) korábbi, 2006-os értékelésben öt kulcsfontosságú területet sorolt fel a népegészségügy javítására: túlsúly/elhízás, diabetes, depresszió, dohányzás és (túlzott) alkoholfogyasztás. A kormány továbbra is fenntartja ezeket a területeket, emellett nagyobb hangsúlyt kíván helyezni a testgyakorlásra és a fizikai tevékenységre.

A népegészségügyben fontos szerepet játszanak a társadalmi szervezetek, a magánszektor, az oktatás és az egészségügyi ellátók is. A szükséges beavatkozások elsősorban a helyi szinten történnek.

2014-ben a holland egészségügyi minisztérium hároméves megelőzési programot indított el hat minisztérium, helyhatóságok, vállalkozások és civil szervezetek részvételével. Az „Egészség fontos” program széles körű tevékenységet foglal magában: egészségfejlesztés és betegségmegelőzés otthon, az iskolában és a munkahelyen, a megelőzés előtérbe helyezése az egészségügyben, a jelenleg fennálló magas szintű egészségvédelem fenntartása. A program része az egészséges iskolai környezet megteremtése, 850 egészséges iskola létrehozása 2015-re. A demenciában szenvedő betegek ellátását hivatott javítani a Dementia Delta Terv. Az országos megelőzési program figyelmet szentel olyan kérdésekre is, mint az antimikrobális ellenállás, az állatról emberre terjedő fertőző betegségek, az élelmiszer biztonság és a hallás károsulás.

Gyógyszerek

A gyógyszerek szabályozásáért a független Gyógyszerértékelési Testület felelős. Az 1958-as gyógyszer-törvény értelmében egy gyógyszer csak akkor kerülhet a holland piacra, ha azt a Testület pozitívan értékelt minőség, biztonság és hatásosság tekintetében. A gyógyszerek szigorú szabályozását az Egészségügyi Felügyelőség ellenőrzi. Törzskönyvezés után a kormány döntése alapján részesülhet a gyógyszer térítésben.

Az utóbbi években a gyógyszerkiadások részben a felírás növekedése miatt, részben pedig az új és költséges gyógyszerek bevezetése miatt emelkedtek. 2011-ben a gyógyszer kiadások az összes egészségügyi kiadás 9,4 százalékát képezték. A térítés mértéke a hasonló hatású gyógyszerek átlagos árán alapul (referencia ár rendszer négy ország gyógyszerárainak alapján: Németország, Belgium, Franciaország és az Egyesült Királyság). A referencia árrendszerbe tartozó gyógyszerek a kötelező egészségbiztosítás alapjuttatásának részét képezik, így a betegnek nem kell fizetni értük. Ha egy gyógyszer ára magasabb az adott gyógyszercsoport átlagánál, a betegnek kell kifizetni a különbözetet, vagy fedezheti önkéntes magánbiztosításból.

Egészségügyi dolgozók

Az orvosok száma kb. 10 százalékkal alacsonyabb az EU átlagához képest – 2010-ben 100 000 lakosra számítva 296 volt⁶. A fogorvosok száma 25 százalékkal alacsonyabb az EU átlagához képest, míg az ápolók száma az EU átlag felett van – 2008-ban 100 000 lakosra 855 ápoló jutott. A házi orvosok nyilvántartását és elismerését a Holland Királyi Orvosszövetség végzi. A betegpénztárakkal szerződő házi orvosoknak kötelező regisztráltatni magukat.

Minőségügy

Az Egészségügyi, Népjóléti és Sport Minisztérium megbízásából a holland Népegészségügyi és Környezetvédelmi Intézet (RIVM) két évente végez felmérést az ország egészségügyének minőségéről és teljesítményéről (Dutch Health Care Performance Report). A legutóbbi, 2012-es értékelésben megvizsgálták, hogy mennyire hatékony a rendszer, milyen trendek jellemzik a minőséget, az elérhetőséget és a költségeket. A jelentés 125 indikátor alapján értékelte a teljesítményt. A teljesítmény adatokat összevetik az előző évek és más országok adataival is.

A jelentés pozitív és negatív következtetéseket egyaránt tartalmaz. A holland egészségügyi rendszer erősségei között említik a megfelelő hozzáférést és a jó minőségű ellátást. A felhasználók általában elégedettek a szolgáltatásokkal, a növekvő költségek többnyire a nyújtott szolgáltatások volumene növekedésének tulajdoníthatók. A hollandok várható élettartama növekedett és ezt jó egészségben töltik el. Az egészségnyereségben fontos szerepet játszik a betegségmegelőzés és az egészségügyi ellátás.

A kedvező eredmények mellett bizonyossá vált az is, hogy a holland egészségügy nem mindenben képes megfelelni a magas elvárásoknak. Ahogy ezt a várólisták mutatják, bizonyos területeken a hozzáférés nem kielégítő, és a házi orvosi praxisokat is nehéz elérni a rendelési idő alatt. A különböző ellátók közötti koordináció és együttműködés tevékenysége is javításra szorul. Az ellátók között nagy különbségek állnak fenn az árak és a minőség tekintetében, és a minőség javulása sincs összhangban a költségmegtakarítással. Míg az összköltségek gyorsan növekednek, addig az ellátás minősége csak lassan javul. Egy jól működő rendszer követelménye a minőségre vonatkozó adatok megléte, és bár egyre több ilyen adat áll rendelkezésre, azok még mindig nem elégségesek az egészségügyi ellátók összehasonlítására.

e-egészségügy

Az egészségügyi miniszter 2009-ben indítványozta az elektronikus egészségügyi nyilvántartásról szóló törvényt, amely biztosította volna, hogy minden egészségügyi ellátó kapcsolódhasson az országos infrastruktúrához, és hogy az általuk vezetett nyilvántartás rendelkezésre álljon más ellátó számára. Bár a holland parlament alsó háza megszavazta a törvényjavaslatot, az elektronikus betegnyilvántartási rendszert érintő titoktartás és anonimitás kérdésében a felsőházban (szenátus) a viták elhúzódtak. A szenátus végül 2011-ben leszavazta a törvényt, amely kötelezővé tette volna az egészségügyi ellátók

⁶ WHO HFA

számára, hogy kapcsolódjanak az országos rendszerhez. Az elutasítás fő oka az volt, hogy a titoktartást nem találták biztosítottnak, ezért kérték, hogy az egészségügyi információk megosztását regionális szintre korlátozzák. A szenátusi ellenállás ellenére az országos betegnyilvántartási rendszer kórházakból, házi orvosokból és betegekből álló magánkonzorciumként működik tovább, az egészségbiztosítók finanszírozásával. A titoktartási szempontokra nagyobb figyelmet szentelnek, pl. a betegek egyértelmű engedélyére van szükség az egészségügyi információk továbbítása előtt, és az országos nyilvántartásra szóló külön engedély nélkül az információ megosztása a regionális szintre korlátozódik. 2013-ban 1 millió lakos adott engedélyt adataik országos megosztására (lakosság 6 százaléka).

Az információk megosztását az LSP országos hálózat teszi lehetővé. Az országos nyilvántartási rendszer összefoglaló beteginformációk együttese. Az összefoglaló rekord a név, cím, születési dátum, kor és nem adatain kívül tartalmazza a beteg fennálló egészségügyi problémáit, felírt gyógyszereit és ismert allergiáit. A rekordot a beteget kezelő egészségügyi személyzet készíti és helyileg (nem központi) tárolja, melyet más ellátó is elérhet, ha az adott beteg ellátását végzi (van Baardewijk, 2009). A nyilvántartási rendszer tartalmaz egy keresési funkcióval ellátott központi referencia indexet, amely a különböző ellátónál tárolt egészségügyi adatokra mutat. Az országos hálózatot házi orvosok, ügyeleti házi orvosok, gyógyszertárak, kórházi gyógyszertárak és kórházi orvosok használhatják. Más ellátók, mint pszichológusok vagy fizioterapeuták számára nem állnak rendelkezésre a beteg egészségügyi információi. Az egészségbiztosítók, a munkaadók és az üzemorvosok sem férhetnek hozzá a nyilvántartásokhoz. A beteg házi orvosa és a gyógyszertár csak a beteg engedélyével (azonosító számának megadásával) férhet hozzá a nyilvántartáshoz, a többi ellátó pedig csak abban az esetben, ha a kezelés szükségessé teszi. A beteg bármikor visszavonhatja engedélyét vagy elrendelheti bizonyos információk szűrését.

Az ügyeleti vagy helyettesítő házi orvosok a következő összefoglaló információkat tartalmazó házi orvosi nyilvántartást tudják lehívni: jelenlegi egészségügyi problémák, felírt gyógyszerek, ismert allergiák, a beteggel való találkozások információi az elmúlt négy hónapban vagy az elmúlt öt találkozás során, az ügyeleti házi orvos számára fontos információk. Az LSP hálózat naplózza az egészségügyi információkat megtekintő ellátókat.

A betegnyilvántartási rendszer bevezetése ösztönözte az egészségügyi információk biztonságának javítását. A rendszerhez való kapcsolódás egyik követelménye a NEN 7510 standard betartása volt. A NEN 7510 standardot a holland egészségügyi szektor 2004-ben hozta létre a kórházak és más egészségügyi ellátók információinak biztonságára. A standardot az ISO 27799 nemzetközi szabvány alapján 2011-ben átdolgozták (NEN 7510:2011). Az új verzióban az egészségügyi szervezetek számára a követelmények betartása kötelező helyett opcionálisra változott.

Egészségügyi reformok

A holland egészségügyi rendszert szerkezetét és reformját illetően folyamatos viták jellemzik. A legtöbb reformot érintő döntés a versenyképesség növelésére irányult a szolidaritás és a pénzügyi elérhetőség fenntartása közben. Az egészségbiztosítás kérdése a viták legfőbb forrása. A biztosítást érintő reformintézkedések legutóbbi jelentős fejleménye 2005. október 4-hez köthető, amikor a holland Felsőház hozzájárult az új Egészségbiztosítási Törvény bevezetéséhez. 2006. január 1-től az ország minden adófizető állampolgára köteleles biztosítót választani. A kialakított egészségbiztosítási rendszer a

lakosság fedezetét korábban biztosító egymást kiegészítő biztosítási formákat váltotta fel. A biztosítótársaságoknak a működési területükhöz tartozó minden lakos feliratkozását el kell fogadniuk.

Az egészségügyi reform a szabályozott versenyt támogatja. A 2006-tól eltelt időszak alatt annyi már bebizonyosodott, hogy az egészségügyi költségek tovább növekedtek, a kórházi hatékonyság javult és a fogyasztók választási lehetősége bővült. A jövőt illetően az egészségügyi rendszer, azon belül is az ellátók közötti árban és minőségben jelentkező különbségek monitorozása fontos előfeltétele lesz a szabályozott verseny hatásainak jobb megértésének.

Az új egészségbiztosítási törvény beiktatása óta a „no-claim bonus” eltörlése és a kötelező önrész (mandatory deductible) 2008-as bevezetése volt nagyobb horderejű változás. A „no-claim bonus” azt jelentette, hogy ha a biztosított évi 255 eurónál kevesebbet használt fel egészségügyre, a fix biztosítási díjának egy részét visszatérítették. A megszüntetést a hatástalanság és az alkalmazással járó adminisztrációs bonyodalmak indokolták. A kötelező önrész bevezetésének fő célja a betegek egyéni felelősségének erősítése volt, valamint a hatékonyság növelése a szükségtelen egészségügyi fogyasztás visszafogása révén. A mandatory deductible minden 18. életévét betöltött biztosított személyre érvényes. A díj 2013-ban évi 350 euró, kivéve a krónikus betegeket, akiknek kisebb összeget kell fizetniük⁷. Az önrészt a biztosítótársaságok gyűjtik be. A biztosítottak választhatnak magasabb önrészt (500 euróig) alacsonyabb biztosítási díj fejében. A kötelező önrész nem tartalmazza a háziorvosi, anyasági és fogászati ellátás költségeit – ezeket az új egészségbiztosítási rendszer teljes mértékben fedezi. A biztosítók elengedhetik az önrészt, ha a beteg adott listán levő ellátót vesz igénybe, ha adott listán levő gyógyszereket, gyógyászati segédeszközöket használ, vagy ha krónikus betegségmegelőző programokban vesz részt.

Az egészségügyi ellátás szolgáltatói oldalán 1990 óta nem történtek radikális változások, a kisebb változásokat a multidiszciplináris járóbeteg klinikák és a független ellátóközpontok létrejötte jelenti. A multidiszciplináris járóbeteg klinikák nappali diagnosztikai szolgáltatásokat vagy szakorvosi konzultációkat nyújtanak több szakterület orvosainak bevonásával. A független ellátó központok olyan intézmények, amelyek egy bizonyos ellátásra specializálódnak a kórházaktól függetlenül. A központok olyan nem akut ellátást nyújtanak, amelyhez a betegeknek nem szükséges a kórházba befeküdni.

A 2006-os egészségbiztosítási reformot követően kisebb kiigazításokat hoztak az irányított verseny megvalósításának befejezésére. Ezek a reformok többnyire a biztosítók számára nyújtanak eszközöket az egészségügyi ellátás költségeinek befolyásolására. Közöttük a következők találhatók:

- 2010-ben bevezették a csomagolt fizetéseket az alapellátásban olyan speciális betegségek esetén, mint diabetes, krónikus obstruktív tüdőbetegség, szívelégtelenség és kardiovaszkuláris kockázat menedzsment. Ezek a fizetések az ellátás teljes epizódjára vonatkoznak egy betegre nézve.
- 2010-től kezdődően az összes, kivételes orvosi költségek (AWBZ) törvénye alá tartozó krónikus ellátási típusra 12,65 százalék járulékot kell fizetni a 18 éves kor feletti személyek számára.
- 2011-ben vezették be a javított DBC térítési rendszert a kórházi ellátásban. Ebben a diagnózisokat és a kapcsolódó kezeléseket lefordítják „ellátási termékekre”, melyek az ICD-10

⁷ Health Systems and Policy Monitor

osztályozási rendszeren alapulnak majd és lehetővé teszik a holland kórházak teljesítményének nemzetközi összehasonlítását.

- A 2012-ben hatalomra kerülő kormány jövedelemfüggővé akarta tenni az egészségbiztosítás díjait. A tervet nagy felháborodást keltett az ellenzéki politikusok és a biztosítótársaságok körében, ezért a kormány rövid időn belül visszavonta.
- 2013-ban az Egészségügyi, Népjóléti és Sport Minisztérium megállapodott az ellátókkal, a biztosítókkal és a betegszervezetekkel az egészségügyi kiadások növekedésének korlátozásáról. Míg az előző években az egészségügyi kiadások 2,5 százalékkal növekedtek, a növekedés 2014-ben 1,5 százalék, 2015 és 2017 között pedig 1 százalék lehet. A megállapodás 1 milliárd euróval csökkenti az előrevetített kiadásokat, és elősegíti a kormány 6 milliárd eurós megszorító csomagjának teljesítését. Az alapvető egészségügyi juttatásokban nem terveztek változásokat.
- 2014-ben az Egészségügyi, Népjóléti és Sport Minisztérium fontolóra kívánja venni a biztosítási díjak emelését, amely 2015-ben akár 200 eurós növekedést is eredményezhet. A díjak növekedése a hosszú távú ellátás finanszírozási változásai következtében várható. A módosítást a parlament mindkét házában el kell fogadni.

Források

- de Bakker, Dinny H. et al.: Early Results From Adoption Of Bundled Payment For Diabetes Care In The Netherlands Show Improvement In Care Coordination. HEALTH AFFAIRS 31, NO. 2, 2012
- Douven, Rudy: Early experiences with the Dutch health care reform. Euroframe, 2007: http://www.euroframe.org/fileadmin/user_upload/euroframe/efn/autumn2007/Annex2_CPB.pdf
- Dutch DPA: Legislation, 2013: http://www.dutchdpa.nl/Pages/en_ind_wetten_wbp.aspx
- Dutch News: Health insurance could cost €200 more next year, ministers told, 2014 http://www.dutchnews.nl/news/archives/2014/01/health_insurance_could_cost_20.php
- Dutch News: Health minister agrees €1bn saving package with medical sector, 2013 http://www.dutchnews.nl/news/archives/2013/07/health_minister_agrees_1bn_sav.php
- Dutch News: Hospitals are running out of patients, 2013 http://www.dutchnews.nl/columns/2013/10/hospitals_are_running_out_of_p.php
- Dutch News: Opposition gears up to fight health insurance premium plans, 2012 http://www.dutchnews.nl/news/archives/2012/11/opposition_gears_up_to_fight_h.php
- Health close to people. Ministry of Health, Welfare and Sport: <http://www.government.nl/ministries/vws/documents-and-publications/leaflets/2012/05/11/health-close-to-people.html>
- Health insurance system. Ministry of Health, Welfare and Sport: <http://www.government.nl/issues/health-issues/health-insurance>

-
- Health Systems and Policy Monitor, Netherlands - Changes in health insurance package 2013. WHO, 2013.: <http://www.hspm.org/countries/netherlands25062012/countrypage.aspx>
 - Health Systems and Policy Monitor, Netherlands - The reform of long-term care in 2015. WHO, 2014.: <http://www.hspm.org/countries/netherlands25062012/countrypage.aspx>
 - Maarse, Hans: The Reform Of Long-Term Care In The Netherlands. Eurohealth Vol.18, No.2, 2012: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/169531/Eurohealth-Vol-18-No-2.pdf
 - MISSOC Comparative Tables Database 2013: <http://www.missoc.org/MISSOC/INFORMATIONBASE/COMPARATIVETABLES/MISSOCDATABASE/comparativeTableSearch.jsp>
 - Mosca, Ilaria: Evaluating Reforms In The Netherlands' Competitive Health Insurance System. Eurohealth Vol.18 No.3 2012: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/174410/EuroHealth-v18-n3.pdf
 - National IT institute for Healthcare: eHealth in the Netherlands, 2008: <http://www.nictiz.nl/module/360/116/09009> Nictiz eHealth in the Netherlands June 2008-pdf
 - National Prevention Programme to kick off in February 2014. Ministry: Ministry of Health, Welfare and Sport: <http://www.government.nl/ministries/vws/news/2013/10/11/national-prevention-programme-to-kick-off-in-february-2014.html>
 - OECD Country statistical profile: Netherlands 2013: http://www.oecd-ilibrary.org/economics/country-statistical-profile-netherlands_20752288-table-nld
 - RIVM: Dutch Health Care Performance Report, 2012: http://www.rivm.nl/en/Documents_and_publications/Scientific/Reports/2012/april/Dutch_Health_Care_Performance_Report
 - van Baardewijk, Laurens J.: Electronic health record in the Netherlands: Afraid of the Unknown. Amsterdam Law Forum, Vol 1, No 4 (2009): <http://ojs.ubvu.vu.nl/alf/article/view/93/167>
 - VZVZ: Share medical information electronically? (2013): https://www.vzvez.nl/uploaded/FILES/htmlcontent/Brochure_VZVZ_VWS_052013ENG_v2.pdf
 - WHO: Health Systems in Transition, Netherlands 2010: <http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/publications/health-system-profiles-hits/full-list-of-hits/netherlands-hit-2010>
-