

TÁJÉKOZTATÓ ORSZÁGTANULMÁNY DÁNIA EGÉSZSÉGÜGYÉRŐL



GYEMSZI

Gyógyszerészeti és Egészségügyi
Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet

Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság
Rendszerelemzési Főosztály

2014. november

Tartalom

Vezetői összefoglaló.....	2
Gazdasági-politikai környezet.....	3
Demográfia.....	3
Az egészségügyi rendszer általános jellemzői.....	4
Finanszírozás.....	5
Egészségügyi szolgáltatások.....	7
Minőségügy.....	11
Egészségügyi dolgozók.....	12
E-egészségügy.....	13
Reformok.....	13
Forrás.....	14

Készítette: GYEMSZI Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság
Rendszerelemzési Főosztály

2014. november

Vezetői összefoglaló

Dánia egészségügyi rendszerét döntően adóból finanszírozza, az adófinanszírozást a betegek által fizetett díjak egészítik ki. Az egészségügyi ellátás jelentős része mentes a felhasználói díjaktól (vizitdíj, napidíj) mindazok számára (a lakosság 99 százaléka), akik háziorvosi koordináció mellett veszik igénybe a szakorvosi szolgáltatásokat. A korlátozás nélküli orvoshoz fordulást választó lakosok a felmerülő költségek egy részét maguk viselik. A felhasználói díjak a fogászatban, a gyógyszerek kiváltásában, az optikusok, pszichológusok, pszichoterapeuták szolgáltatásaiban játszanak nagyobb szerepet. Az egészségügyi kiadásokra a GDP 10,9 százalékát fordítják (2011).

Dánia egészségügyi rendszerének elmúlt évtizedét strukturális reformok kísérték, amelyben a centralizáció jutott nagyobb szerephez, tiszteletben tartva a helyi önkormányzatok hagyományos szerepét a lakosság-közeli egészségügyi szolgáltatások működtetésében. Azon a tényen alapulva, hogy az önkormányzatok számos nehézséggel küszködtek a megfelelő minőségű szolgáltatások szervezésében, és a korábbi megyék egy 5,5 milliós lakossággal rendelkező országban túl kicsik voltak ahhoz, hogy hatékony kórházi ellátást működtessenek, 2007-ben az önkormányzatok száma 271-ről 98-ra csökkent, lélekszámuk így átlagosan 19 ezerről 55 ezerre nőtt, a 13 megye szerepét pedig 5 régió vette át.

Az egészségügyi ellátás felelőssége jelenleg az országos, regionális és a helyi önkormányzati szintek között oszlik meg. A helyi önkormányzatok a prevenció, rehabilitáció, idősellátás feladatait látják el, az egészségügyi ellátás (háziorvosi ellátás, járóbeteg szakellátás és a kórházi fekvőbeteg ellátás) szervezése a régiók tevékenysége. Központi állami szinteken történik az ellátás jogi keretfeltételeinek kidolgozása, a szolgáltatások felügyelete, monitorozása és értékelése, valamint a regionális és helyi szintek közötti egyenlőtlenségek (pénzügyi és ellátásbeli) kezelése.

A háziorvosok a régiókkal szerződésben álló vállalkozók, díjazásukat kisebb részben fejkvóta, nagyobb részben szolgáltatások szerint kapják. A kórházak többsége állami intézmény, jellemző a nagyobb szervezeti egységekbe tömörülésük, egyesülések, s mindeközben infrastruktúra fejlesztések folyamata zajlik. A kórházak finanszírozása fix költségvetés és 50-70 százalékban DkDRG szerint történik.

Dánia figyelemre méltó gyakorlatot követ az ellátás koordinációját támogató, a régiók és az önkormányzatok közötti kötelező szerződés-kötésekben, amelyek az egészségügyi és szociális szolgáltatók feladatait, céljait, együttműködési területeit szabályozzák.

A krónikus betegek különböző szintek közötti ellátásának koordinációjában jelentős szerepet kapnak a háziorvosok, finanszírozási ösztönzőkkel támogatják a háziorvost a betegutak menedzselésében, az idősek gondozását elősegítő otthoni vizitekben.

Az egészségügyi ellátás minőségének fejlesztését standardok kidolgozása, az ellátás különböző területeire szabott akkreditációs modellek kifejlesztése, az akkreditáció bevezetése, a minőség és a betegbiztonság monitorozása szolgálja. Az ellátásra jellemző várakozási időkre 1-2 hónapos limit betartására hoztak garancia szabályt.

Bár az e-egészségügy lehetőségei még korántsem tekinthetők teljes mértékben kiaknázottnak, Dánia élenjár a betegellátás, a munkafolyamatok és a szektorok közötti együttműködés információs-kommunikációs technológiákkal történő támogatásában.

Gazdasági-politikai környezet

Alapvető gazdasági indikátorok (Eurostat):

A GDP növekedési rátája az előző évhez képest:

2010: 1,4 százalék

2011: 1,1 százalék

2012: -0,4 százalék

2013: 0,3 százalék (előrejelzés)

2014: 1,7 százalék (előrejelzés)

Inflációs ráta, 2012: 2,4

Munkanélküliségi ráta, százalék, 2012: 7,5

Államháztartási egyenleg a GDP százalékában, 2012: -4,1

Államadósság a GDP százalékában, 2012: 45,4

Dánia fejlett piacgazdasága széles körű jóléti rendszer működtetését teszi lehetővé, és magas életszínvonalat biztosít a lakosság számára. A hosszú ideig tartó gazdasági növekedés után, 2007-ben lassulás következett be a növekedésben, a negatív tendenciákat a gazdasági világválság is fokozta a növekvő hitelek, az export visszaszorulása és a beruházások csökkenése révén. A válság az ország GDP-jének 5,7 százalékos visszaeséséhez vezetett 2009-ben, és bár a gazdasági helyzet lassan, fokozatosan konszolidálódik, 2012-re a munkanélküliség a 2009-es érték (3,6 százalék) több mint duplájára, 7,5 százalékra emelkedett. 2008-ig Dánia államháztartási egyenlege a GDP százalékában pozitív volt, 2009 óta viszont változó arányú deficitet könyvel el (-4,1 százalék 2012-ben). Pénzügyi helyzete még így is a legszilárdabbak közé tartozik az Európai Unióban. Államadósságának mértéke a GDP százalékában 45,4. Annak ellenére, hogy Dánia sikeresen teljesítette az Európai Gazdasági és Monetáris Unió gazdasági konvergenciára vonatkozó feltételeit, mind ez ideig úgy döntött, hogy nem vezeti be az eurót.

Dánia államformája alkotmányos monarchia, az államtanácsot az uralkodó jelöli ki. Az egykamarás törvényhozás székhelye a Folketing (a Népgyűlésnek nevezett Dán Parlament). Az ország irányítása négyéves kormányzati ciklusok szerint történik. Legutóbb 2011. szeptember 15-én tartottak választásokat, melyek eredményeképpen az egy évtizede tartó jobboldali kormányzás után a baloldali koalíció (Liberális Párt, Szociáldemokrata Párt, Szocialista Néppárt) nyerte el a szavazatok többségét, és Helle Thorning-Schmidt (Szociáldemokrata Párt) vezetésével alakított kormányt. A legközelebbi választásokra előreláthatólag 2015 szeptemberében kerül sor.

Demográfia

Dánia lakossága 2000 óta folyamatosan nő (2000-ben 5 337 344, 2010-ben 5 550 000, 2012-ben 5 589 464 fő). A születési arány 2011-ben 11,2/1000 fő volt, a halálozási ráta 9,4/1000-es értéket jelzett. A termékenységi arány 1,8 volt 2011-ben. Az általános tendenciának megfelelően a 65 éven felüliek aránya folyamatosan nő, így lakossághoz viszonyított arányuk 2011-ben már 17,1 százalék volt. (WHO-HFA 2013.)

A születéskor várható élettartam 2011-ben 80,1 év volt, ez nemek szerint 78,0 (férfiak) és 82,1 (nők) évet jelentett. A halálozás okai között vezető helyen a daganatos betegségek állnak, ezt követik a keringési betegségek. A légzőszervi betegségek okozta halálozás nemzetközi viszonylatban is magas, bár a dohányzás az utóbbi időben nagymértékben csökkent a dán lakosság körében. Az emésztőszervi problémák okozta halálozás emelkedő tendenciájú. Emellett a mozgásszegény életmód, az alkoholizmus és az obesitás szintén negatívan befolyásolják a lakosság egészségi állapotát. A klinikailag diagnosztizált AIDS új eseteinek száma 2011-ben 1,06/100.000, a tuberkulózis új eseteinek száma 2011-ben 6,5/100.000 fő volt. (WHO-HFA 2013)

100 ezer lakosra jutó standardizált halálozás egyes halálokok szerint, 2011

Daganatok	185,7
Keringési rendszer betegségei	139,2
Légzőszervi betegségek	61,0
Külső okok	30,5
Emésztőszervi betegségek	30,2
Összes halálozás	597,3

WHO-HFA, 2013.

Az egészségügyi rendszer általános jellemzői

A regionális és önkormányzati szintekre tagolódó dán egészségügyi rendszer irányítását az Egészségügyi Minisztérium látja el, mely megteremti a jogi keretfeltételeket, és irányvonalakat dolgoz ki az egészségügyi szektor számára. A minisztérium munkáját országos hivatalok segítik: az Országos Egészségügyi Hivatal, a Betegek Panaszügyeivel foglalkozó Országos Hivatal, az Országos Közegészségügyi Tanács, a Dán Gyógyszerügyi Hatóság, a Dán Munkaegészségügyi Hatóság stb. Az Egészségügyi Minisztérium a Pénzügyminisztérium, valamint a regionális és a helyi önkormányzatok bevonásával dönt az egészségügyi költségvetés célkitűzéseiről. Az ellátandó feladatokat állami és helyi szinten tervezik meg.

Az Egészségügyi Minisztériummal közvetlen kapcsolatban álló Országos Egészségügyi Hivatal feladatkörébe tartozik az egészségügyi szakemberek és egészségügyi intézmények felügyelete, az egészségüggyel kapcsolatos ajánlások kidolgozása a régiók és helyhatóságok számára, az egészségügyi tervek elbírálása, a kórházak szakember-ellátásának megtervezése, valamint az intézmények által ellátandó szakterületek kijelölése.

Az országban 2004-ben vette kezdetét az önkormányzati reform előkészítése. Szakértői ajánlás készült a közigazgatás területi adminisztratív egységeinek átalakítására és számuk megváltoztatására. 2007-ben 13 megye öt régióvá olvadt össze, az önkormányzatok száma pedig 271-ről 98-ra csökkent. Ennek eredményeképpen az önkormányzatok átlagos lakosságszáma nagymértékben (19 000-ről 55 000-re) növekedett. Az átalakítás következtében 2007-ben jelentős változáson ment át az egészségügy irányítása is. Az 5 régió (melyek irányítását négy évre megválasztott tanácsok látják el) rendelkezik az alapellátás, illetve a fekvőbeteg-ellátás intézményei fölött, és ez a szint biztosítja állami forrásból a szektor finanszírozását is.

Dánia regionális felosztása



A regionális irányítást kórházi struktúraátalakítás, kórházi összevonások kísérték. A regionális hatóságok felelőssége a kórházból hazabocsátott betegek szükségleteinek felmérése és a rehabilitációjukra vonatkozó terv kidolgozása is.

A helyhatóságok (helyi önkormányzatok) hatáskörébe tartozik a betegségmegelőzés, az egészségmegőrzés és a fekvőbeteg-ellátó intézményeken kívüli rehabilitáció, a gondozóotthoni ellátás, a gyermekek és a fogyatékkal élők fogászati ellátása, valamint a függőségek kezelése. A 98 helyhatóság irányítását a régiókhoz hasonlóan szintén négy évre választott tanácsok látják el.

A reformok jelentős részét képezte a kötelező egészségügyi ellátásra szóló, régiók és önkormányzatok közötti szerződések bevezetése. A szerződések hat speciális területet fognak át: kórházi felvételek és hazabocsátások eljárásai, rehabilitáció, gyógyászati segédeszközök alkalmazása, megelőzés és egészségmegőrzés, mentálhigiéné, váratlanul fellépő kedvezőtlen események, valamint igény szerint egyéb témakörök. A szerződéskötésekre a regionális és önkormányzati választási ciklusok elején, négyévente kerül sor. (Rudkjøbing et al, 2012)

Finanszírozás

Egészségügyi kiadások

Dániában a GDP egészségügyi kiadásokra fordított aránya 2011-ben 10,9 százalék volt.

Forrásgyűjtés

Az egészségügyi ellátás finanszírozása alapvetően állami forrásból, adóból történik. 2011-ben az állami kiadások aránya az összes egészségügyi kiadásból 85,3 százalékot tett ki. A magánkiadások aránya az összes egészségügyi kiadásból 14,7 százalék, az out-of-pocket magánkiadások aránya az összes kiadás 12,8 százaléka. (OECD)

A magán kiadásokat főként gyógyszerekre, fogorvosi ellátásra, szemüvegekre, alternatív kezelésekre, ápolási otthonokra, önkéntes magán egészségbiztosításra és balesetbiztosításra fordítják. A krónikus betegek gyógyszerköltségeik teljes vagy bizonyos összeghatár fölötti támogatását igényelhetik.

Az önkéntes magán egészségbiztosítást főként az állami egészségügyi szolgáltatások kiegészítő vagy ezeket meghaladó szolgáltatásaira lehet igénybe venni. 2011-ben a dán lakosság 38 százaléka (2,1 millió fő) rendelkezett kiegészítő biztosítási fedezettel. A Health Insurance „danmark” az ország kiegészítő biztosítást nyújtó legnagyobb intézete kölcsönösségi alapon működő non-profit szervezet. Ezen kívül 5-6 biztosítótársaság nyújt kiegészítő biztosítást a lakosság számára. Az állami szolgáltatásokat meghaladó szolgáltatásokra szintén köthető biztosítás, ezeket a biztosításokat főként a magánszféra munkáltatói kötik munkavállalóik számára. 2009-ben 1 millió dán állampolgár rendelkezett pótló magánbiztosítással.

A 2007-es reform következtében az adót kivető szintek száma háromról (helyi, megyei, központi) kettőre (helyi és központi) csökkent, mivel az újonnan kialakított régiók nem szereztek jogosultságot adó kivetésére. Az adók egy részét központilag írják elő és szedik be, más részét központi meghatározás alapján az önkormányzatok vetik ki. Az önkormányzatok a régiókkal ellentétben vehetnek ki adót, ennek mértékét az állam által meghatározottakhoz kell igazítaniuk.

Forrásallokáció

A központi adóbevétel egészségügyre szánt részének 95 százalékát a régiók és a helyhatóságok kapják 82-18 százalékos megoszlásban.

A régiók egészségügyi ellátásra fordítandó finanszírozása négy forrásból történik:

- a központi kormánytól kapott költségvetés (a régiók bevételének 79 százaléka 2011-ben)
- a központi költségvetésből folyósított, tevékenység-alapú finanszírozás (a régiók bevételének három százaléka)
- a régió minden önkormányzata által az önkormányzat lakossága arányában fizetett hozzájárulás (a régiók bevételének hét százaléka),
- tevékenység-alapú finanszírozás a régió minden önkormányzata részéről (a régiók bevételének 11 százaléka) (WHO HiT, 2012)

A régiók központi kormánytól kapott költségvetésének kalkulálásakor számos különböző demográfiai és társadalmi-gazdasági tényezőt vesznek figyelembe, mint pl. az egyedülálló 65 éven felüliek, a szociális támogatásban részesülő családok, a bérelt lakásban élők, az egyszülős családokban eltartott gyermekek száma, az elveszített életévek száma (melyet a legmagasabb várható élettartamot jelző régió statisztikájával vetnek össze), a pszichiátriai esetek száma, valamint a sűrűbben lakott területekhez való utazási távolság. A központi kormány által a régióknak nyújtott tevékenység-alapú támogatás mértéke attól függ, hogy a régió teljesít-e bizonyos meghatározott számú egészségügyi szolgáltatást. A régióknak a központi kormány által nyújtott tevékenység-alapú finanszírozásából származó jövedelmét felső határ korlátozza. Az önkormányzatok által az egyes régióknak fizetett tevékenység-alapú finanszírozás mértéke az önkormányzatok lakosai számára nyújtott egészségügyi szolgáltatások számától és jellegétől függ.

Az önkormányzatok bevételét adók és az állam által nyújtott központi támogatás képezi. Az önkormányzatok központi kormánytól kapott költségvetési támogatása az egyes önkormányzatok adóbevételének arányán alapul, amelyben figyelembe veszik a lakosság kormegoszlását, a pszichiátriai

betegek számát, az alacsony jövedelmű állampolgárokat, az önkormányzat területén élő lakosok iskolázottsági fokát, az EU-n kívülről bevándorlók számát, a nehéz körülmények között élők, az egyedülálló idősök számát, illetve a munkanélküliség arányát.

A házi orvosok régiók által biztosított finanszírozása a régiók és az általános orvosok szervezete által megtárgyalt díjskálán alapul. A házi orvosok vegyes finanszírozásban részesülnek, mely a hozzájuk feliratkozott betegek fejkvótáján, és 70 százalékban a szolgáltatások szerinti díjtételeken alapul. A kapott díjból a házi orvos a praxissal, rendelővel (épület) és a személyzettel kapcsolatos minden költségét fedezi. A szolgáltatások szerinti kifizetések a konzultációk, vizsgálatok stb. száma szerint történnek.

A házi orvosok a régióktól a diabéteszes betegút-menedzselési program különböző elemeinek fedezésére betegenként éves díjazásban részesülnek. 2013 elején a házi orvosi praxisok közel negyede vállalta a kiegészítő díjazással járó többletfeladatokat, folyamatosan egyre többen csatlakoznak a rendszerhez. (Hernández-Quevedo, C., 2013) Ha a rendszer sikeresnek bizonyul, más krónikus betegségekre is kiterjesztik.

A kórházak hagyományosan költségvetési típusú finanszírozásban részesültek. 1999. január 1-től tevékenységük 10 százalékát DRG alapján finanszírozták. A DRG finanszírozás aránya 2010-re a kórházfinanszírozás 50-70 százalékára terjedt ki. A dán case-mix rendszer két osztályozási rendszerből áll: a dán DRG-rendszerből (DkDRG) a fekvőbetegek számára és a Dán Ambuláns Csoportosítási Rendszerből (DAGS) az ambuláns betegek számára. A DRG- és DAG-rátákra az Egészségügyi Minisztérium évente végez kalkulációt a kórházak számvitele és szolgáltatásai alapján. A DRG és DAGS árak a csoportokba sorolt betegek állami kórházakban történő kezelésének átlagos költségét tükrözik. Az árak minden költséget tartalmaznak, kivéve a tőkeköltségeket, az amortizációt és a kutatási költségeket. 2011-ben a dán DRG-rendszer 678 DRG-csoportból és 198 DAGS-csoportból állt. Azok a kórházak, melyek több DRG-t képeznek, mint amennyi a rendszer indításakor náluk meghatározásra került, több bevételt könyvelhetnek el, de a kiindulási helyzet szerinti bevétel meghaladásának mértéke korlátozott. A kiindulási alap a következő évben növelhető a kiindulást meghaladó tevékenységek bizonyos részével. (WHO HiT, 2012)

Egészségügyi szolgáltatások

Alapellátás

Az egészségügyi alapellátást önálló vállalkozóként dolgozó orvosok és helyhatósági szinten nyújtott egészségügyi szolgáltatások (gondozóotthoni ellátás, a beteg otthonában nyújtott konzultációk) biztosítják. A hivatalosan bejegyzett, privát praxist folytató általános orvosok háromnegyed része csoportpraxisban, negyede önállóan tevékenykedik.

A házi orvosi ellátás a régiók által finanszírozott szolgáltatásokon alapul, melyre az általános orvosok szervezete és a regionális hatóságok kötnek szerződést. Az első csomagot választó, 16 év fölötti állampolgároknak a lakóhelyük 15 km-es körzetén belül kell feliratkozniuk a házi orvoshoz. A második csomagot választók esetében nincs ilyen korlátozás.

A lakosság orvos-ellátottsága viszonylag egyenletes. Az alapellátást közel 3600 házi orvos, azaz az orvosok mintegy 20 százaléka biztosítja. Az országban 2200 házi orvosi rendelő van, melyekben egy

vagy két háziorvos dolgozik. A praxisokhoz tartozó egészségügyi személyzet – főként nővérek és asszisztensek – összesen 3100 főből áll. Az orvoshoz fordulás átlagos éves aránya hét konzultáció/fő, melybe a rendelőben folytatott konzultációk, az otthoni vizitek és a telefonos konzultációk is beletartoznak. (Pedersen et al., 2012)

Egy 2013 júniusában elfogadott törvény értelmében a betegek nem szerződött háziorvost is választhatnak, és az általános orvosok több (maximum hat) praxis-engedéllyel is rendelkezhetnek. A szolgáltatások zavartalan biztosítását szolgálja az is, hogy a régiók ideiglenesen is felállíthatnak állami rendelőket az orvoshiánnyal küzdő területeken. (Krasnik, 2013)

A kapuőri szerepkört betöltő és a betegutat figyelemmel kísérő háziorvosaival a dán alapellátás hagyományosan fontos részét képezi az ország egészségügyi ellátásának, a rendszer töredezettsége azonban problémát jelent az integrált ellátás megvalósítása szempontjából.

Egyes háziorvosokat háziorvosi konzultánsként alkalmaznak. A háziorvosi konzultánsok egy vagy több kórházi osztállyal állnak kapcsolatban. A konzultánsi szerepkör legfontosabb célja, hogy előmozdítsa az együttműködést az alap- és fekvőbeteg-ellátást nyújtó szektor között azzal, hogy megkönnyíti a két szektor közötti kommunikációt, és lebontja a közöttük fennálló korlátokat. A háziorvosi konzultánsok tevékenységét regionális szinten a háziorvosi ellátás koordinátorai hangolják össze, akik szintén háziorvosok. (Rudkjøbing et al, 2012)

Járóbeteg-szakellátás

Az ország járóbeteg-szakellátását a régióval szerződésben álló magán szakorvosok biztosítják. A szakorvosok nagyobb része teljes munkaidőben folytatja privát praxisát, kisebb részük részidőben, kórházi tevékenysége mellett. Helyenként engedélyezett a kórházi környezetben néhány órában folytatott magánpraxis is, de ez a gyakorlat egyre korlátozottabb. A szakorvosok díjazása szolgáltatások szerint történik.

Léteznek - bár igen kis számban – független, a régióval nem szerződött magánpraxisok is, ezek díjazása teljes egészében a közvetlen kifizetéseken alapul, melyekre a betegek önkéntes biztosítása nyújthat fedezetet.

Fekvőbeteg-ellátás

A dán kórházak a régiók tulajdonában vannak, és regionális irányítás alatt állnak. Ez alól csupán a kórházi ágyak kevesebb, mint 1 százalékát működtető profitorientált magánkórházak jelentenek kivételt. A beutalóval rendelkező betegek az azonos szintű kórházak közül szabadon választhatják meg, hogy mely kórházban szeretnék kezeltetni magukat. (Jellemző módon a lakóhelyükhöz közeli intézményeket választják.) A kórházak többsége több szakterületen biztosít fekvőbeteg ellátást, kivéve a pszichiátriai klinikákat, melyek száma csökkenőben van.

2007-ben indult a fekvőbeteg-ellátás átalakítása, melynek vezérelve az volt, hogy a magas színvonalú ellátás megvalósításához nagyobb volumenben történő betegellátás szükséges, és ennek a szolgáltatások elérhetőségét meghatározó földrajzi távolsággal szemben is prioritást kell biztosítani. Az új kórházi struktúra megtervezése a régiók hatásköre. Az átalakítás kórházak bezárásával és összevonásával, valamint új kórházak építésével járt együtt. Az Országos Egészségügyi Hivatal által hozott rendelkezések értelmében az aktív ellátást nyújtó intézményeknek a legfontosabb szakterületek (belgyógyászat, ortopédsebészet, általános sebészet, az intenzív osztályok, aneszteziológia, diagnosztikai radiológia, laboratóriumi szolgáltatások, szülészet, nőgyógyászat és gyermekgyógyászat)

biztosításával 24 órán át a betegek rendelkezésére kell állniuk. A hatékony ellátás biztosítása érdekében egy kórháznak 200 000-400 000 lakost kell ellátnia. A kórházak számának csökkenése, a kórházak összeolvadása már 2007 előtt is jellemző volt, ezt követően tovább folytatódott. A 20-60 kilométer távolságban működő, földrajzilag különálló intézmények egy-egy közösen menedzselte szervezeti egységbe tömörülnek, ezek a kórház konglomerátumok 2-5 regionális tulajdonban lévő intézményt tartalmaznak. Számuk 2010-ben 40 volt, mely a stratégiai tervek szerint az átalakítás befejezéséig (2015 körül) 25-re csökkenhet.

2010-től kezdődően több mint 5 milliárd eurónak megfelelő összeget fordítanak új szakkórházak építésére és a meglévők rekonstrukciójára. (Christiansen, T. et al., 2012, Danske Regioner, 2009, Invest in Denmark, 2013)

A rendszer átalakításával a legközelebbi aktív ellátást nyújtó kórház messzebb kerülhetett a távolabbi helyeken, különösen a szigeteken élő lakosoktól, így a hospitalizáció előtti ellátás kiterjesztésére is készültek tervek: így a több orvossal működő mentőszolgálatra, a telemedicinára és helikopterek üzemeltetésére.

A kórházi ágyak száma 2005 óta folyamatosan csökken. Míg 2005-ben 385,9 ágy jutott 100 000 lakosra, addig 2010-ben ez az arány már csak 349,6/100 000¹ volt. Az általános és a pszichiátriai kórházakban egyaránt jelentkező csökkenés a járóbeteg-ellátás igénybevételének érzékelhető növekedéséhez vezetett.

Hosszú távú ellátás

2007 óta hoznak intézkedéseket a koordináció megerősítésére és a krónikus ellátás integrációjára. Így 2007-ben koordinátori szerepkörre tették a betegút folyamatosságának az alapellátás keretében való biztosítását. Ebben az időben indult a disease management (betegségmenedzsment) programok szervezése. Az Országos Egészségügyi Hivatal a krónikus betegségek kezelésének betegútmenedzselési programját kísérleti jelleggel a cukorbetegség gondozásában vezette be. A betegutak meghatározása tartalmazza a kezelési eljárás egészét, az evidencián alapuló ajánlásokat, a feladatok pontos meghatározását, valamint a kezelésben részt vevő szakemberek közötti kommunikációt és koordinációt. A II. típusú diabéteszre vonatkozó program során a háziorvosoknak rendszeresen kell értékelniük minden egyes beteg kezeléseit, irányelveknek való megfelelését és ezek dokumentálását. A cukorbetegség ellátásának monitorozásához hozzátartozik egy adatkezelő rendszer felállítása, mely adatokat gyűjt, és üzeneteket közvetít minden praxis számára, ill. segítséget nyújt a háziorvosok teljesítményének összehasonlításához.

Egy másik kezdeményezés a lakóhelyek gondozásra szoruló idős lakosai egészségi állapotának felmérésére szolgáló otthoni vizitek díjazása. Ezek a vizitek nem kifejezetten speciális betegségekre összpontosítanak, feladatuk inkább az idősek funkcionális teljesítményének felmérése, az egészségi problémák beazonosítása és lehetséges megelőzése, a gyógyszerfogyasztás ellenőrzése, és az idősek mindennapi életvitelének áttekintése annak érdekében, hogy a vizitet végző orvos segítséget nyújthasson ahhoz, hogy a beteg megfelelő ellátásban részesüljön.

¹ WHO HFA, 2013

Népegészségügy

Az önkormányzatok egészségügyi tevékenységének jelentős részét képezi a betegségmegelőzés és az egészségmegőrzés. Az Egészségfejlesztési Csomagokat 2012-ben vezette be a Dán Egészségügyi és Gyógyszerügyi Hatóság. A csomagok az önkormányzati döntéshozók számára bizonyíték alapú eszközként szolgálnak a helyi egészségmegőrzési és betegségmegelőzési tevékenységek tervezéséhez, szervezéséhez és a prioritások kijelöléséhez. Az Egészségfejlesztési Csomagok a dohányzás, alkoholfogyasztás, fizikai aktivitás, mentális egészség, szexuális egészség, napsugárzás elleni védelem, az iskolák beltéri klímája, higiénia, egészséges táplálkozás, elhízás és drogfüggőség területeire fókuszálnak (Nielsen, A. J., 2013)

Dániában 2010 óta adók terhelik a szénsavas üdítő italokat, a csokoládét és az édességet, és 2011-ben vezették be a telített zsírsavakban gazdag élelmiszerekre kivetett egészségügyi termékdíjat. A 2011. október 1-től hatályba lépett szabályozás értelmében, azokat az élelmiszereket, amelyek 2,3 százaléknál magasabb arányban tartalmaznak telített zsírsavakat, egészségügyi termékdíjnak vetették alá. Az adó mértéke egy kilogramm telített zsírsav-tartalom esetében 16 dán korona (2 euró) volt. Az élelmiszerek által tartalmazott telített zsírsavakra és hozzáadott cukrokra kivetett adót 2013. január 1-től törölték a költségvetésből. Az adó népszerűtlen volt a lakosság körében, megnövelte a határon túlról, főként Németországból folytatott beszerzéseket, ily módon csökkentette az intézkedés népegészségügyi hasznát, csökkentette a bevételeket, növelte a dán vállalatok terheit és munkahely-problémákat okozott (Rudkjøbing, 2013)

Gyógyszerügy

Az Egészségügyi Minisztérium alá tartozó Dán Gyógyszerügyi Hatóság (DMA) rendelkezik a gyógyszerek engedélyezéséről, forgalmazásáról és támogatásának mértékéről.

Az országban működő 316 gyógyszertár informatikai rendszerei lehetővé teszik az elektronikus receptek fogadását.

A kórházakon kívüli gyógyszertárak magántulajdonban vannak. A vidéki területeken a nem vényköteles gyógyszereket – gyógyszertári felügyelet mellett – más árusítóhelyeken is lehet forgalmazni.

A gyógyszerészeknek lehetőség szerint az originális szereket generikumokkal kell helyettesíteniük, a dán generikumok piaca az egyike Európa legnagyobb ilyen jellegű piacainak (a generikumok a gyógyszerrendelések 57 százalékát és a gyógyszer volumen 23 százalékát tették ki 2009-ben). A támogatási szinteket a Dán Gyógyszerügyi Hatóság (DKMA) Gyógyszer-támogatási Bizottsága határozza meg. A betegeknek esetenként magas co-paymentet kell fizetniük. Az ÁFA mértéke 25 százalék.

A gyógyszertámogatást a helyettesítésre felhasználható legolcsóbb generikum ára alapján kalkulálják. A 18 éven aluli állampolgárok számára kisebb mértékű co-paymentet írnak elő a gyógyszerekre.

Pozitív lista van érvényben a vényköteles és a recept nélkül is forgalmazható szerekre a betegek előző 12 hónapban összegződő gyógyszerkiadásainak függvényében. 900 dán korona alatti éves kiadás esetén a beteg nem részesül gyógyszertámogatásban. 900 -1470 korona között 50 százalékos, 1470 és 3180 dán korona között 75 százalékos és 3180 dán korona fölött 85 százalékos a támogatás. 3710 dán korona fölött a beteg az év további részére kérvényezheti a gyógyszerkiadások alóli mentesítését. (Féria, 2013)

Minőségügy

Dániában 2009 óta működik az országos minőségbiztosítási modell (Dán Egészségügyi Ellátás Minőségügyi Programja (DDKM)). A modell főbb elemeit a standardok kidolgozása és az indikátorok értékelése képezi. A standardok és indikátorok alkalmazásának célja a belső minőségellenőrzés, a benchmark-tevékenység és az akkreditáció elősegítése. Az akkreditációt a Dán Egészségügyi Minőségi és Akkreditációs Intézet (IKAS) végzi.

A DDKM a következő bontásban tartalmaz standardokat:

- 104 standard a regionális egészségügyi szektor számára (pl. a kórházi ellátásra),
- 52 standard az önkormányzati egészségügyi szektor számára,
- 53 standard a hospitalizációt megelőző ellátásra,
- 42 standard a gyógyszertárak számára.

A standardok a következő három kategóriára oszlanak:

- szervezési standardok: minőségfejlesztés, kockázatkezelés, higiénés és munkaerő-toborzási kérdések,
- koordinációs standardok: a betegek bevonása kezelésükbe, beutalások, biztonságos gyógyszerelés,
- betegség-specifikus standardok: klinikai irányelvek a cukorbetegség, a stroke stb. kezelésére.

Az önkormányzati egészségügyi szektor standardjait 2011 januárjában fogadták el. A kórházi szektorban az akkreditálás bevezetése régióról-régióra történik. Annak a mintegy 50 magán kórháznak, amelyek részt vesznek a betegek számára szélesebb körű választást biztosító ellátásban, szintén részt kell venniük akkreditációs eljárásban.

A Dán Házi orvosok Szervezete (PLO) és a Dán Régiók 2014 májusában egyeztek meg arról, hogy a Dán Egészségügyi Ellátás Minőségügyi Programján alapuló minőségmodellt a 2014-2018 közötti időszakban az alapellátásban is bevezetik. A PLO, a betegek, a régiók és a helyi önkormányzatok egyaránt részt vettek a házi orvosi ellátásban alkalmazandó standardok kidolgozásában. A házi orvosi ellátás minősége szakmai, szervezeti és betegtapasztalatokra vonatkozó komponenseket egyaránt magában foglal, és standardokat tartalmaz a diagnosztikára és kezelésre, hozzáférésre és koordinációra, kommunikációra és a betegek bevonására. A modell a házi orvosok és a Dán Régiók által menedzselte Danish Quality Unit of General Practice (DAK-E) számára történő házi orvosi elektronikus adatjelentéseken alapul. Emellett a házi orvosokat kötelezik arra, hogy háromévente egységes kérdőíveken alapuló betegelégedettségi felméréseket végezzenek, és praxis szinten tegyék közzé az eredményeket. A felmérések eredményeit egy DAK-E által működtetett adatbázisban gyűjtik össze. (Christiansen, T., Rudkjøbing, A., 2014)

A minőségügy kiemelt területe az onkológia. Az onkológiai stratégiát a 2000-es évek eleje óta az Egészségügyi Minisztérium, a régiók, az orvosok szervezetei, a betegszervezetek és egyéb érdekelték által közösen kidolgozott országos onkológiai tervek határozzák meg. 2000 és 2011 között három országos onkológiai terv készült. Ezek eredményeként jelentős mértékben nőtt az intézmények scannerekkel való felszereltsége, bővült a radioterápiás kapacitás, kiemelt szerepet kapott az ellátás szervezése, koordinációja, integrált betegutakat határoztak meg országos szinten, és nagyobb figyelmet fordítottak a korai diagnosztizálásra, szűrésre, rehabilitációra és a palliatív ellátásra. Az

onkológiai betegút tartalmazza a diagnosztikai és gyógyító eljárások előre megtervezett lépéseit, emellett irányvonalakat és időstandardokat tartalmaz. A betegút felépítéséről folyamatábra nyújt áttekintést. Az országban 22 különböző onkológiai betegút van érvényben 34 ráktípusra.

Az onkológiai betegutak bevezetése után négy betegutat fejlesztettek ki és vezettek be az egyes szívbetegségekre (instabil angina pectoris és vérrög-képződés, szívelégtelenség, szívbillentyű problémák és stabil angina).

Az ellátás egyik kritikus területe a pszichiátria. 2014. május 16-án az Egészségügyi és Betegségmegelőzési Minisztérium új tervet adott ki a pszichiátriai ellátás minőségének és kapacitásainak fejlesztésére. A terv számos kezdeményezést foglal magában, amelyek elsősorban a páciensek hozzátartozóinak nagyobb bevonására, valamint az ellátás koordinálására irányulnak. Emellett hangsúlyt fektetnek a közösségi alapú prevencióra és rehabilitációra, valamint a kényszerkezelések túlzott használatának csökkentésére. Ezen kívül forrást biztosítanak új, fejlettebb épületek kialakítására a közösségi és kórházi pszichiátriai ellátásban. (Rudkjøbing, A., Krasnik, A., 2014)

Az ellátás folyamatosan jelenlévő problémája a várólisták kérdése. 2002-ben intézkedést hoztak arról, hogy a beutalóval rendelkező betegek kórházi ellátásra való várakozási ideje nem haladhatja meg a két hónapot. Egy 2007. októberi rendelkezés értelmében a várakozási idő az addigi két hónap helyett egy hónap lett. A várakozási idők betartásának biztosítása érdekében a régiók szerződést köthettek bizonyos speciális beavatkozásokra, elektív műtétekre a magánkórházakkal vagy egy másik régióban működő állami kórházzal. A várakozási idő túllépésénél a beteg számára külföldi kezelést is felajánlhattak. Jelenleg ismét két hónap a várakozási időre szóló előírás, kivéve néhány súlyosabb betegséget, melyeknél egy hónap a várakozási időre szóló garancia. 2014. szeptember 1-től a gyors diagnosztikai eljárásokhoz és kezelésekhöz való jogosultságot kiterjesztették a pszichiátriai ellátásra is. Korábban a pszichiátriai betegeket kizárták az általános várakozási idő garanciákból, ezentúl viszont a szomatikus betegekhez hasonló jogosultságokat élveznek. Ez azt jelenti, hogy a diagnosztikai eljárásokat a pszichiátriai beteg kórházba való beutalásától számított 60 napon belül el kell végezni. 2015 szeptemberétől ezt az időtartamot 30 napra fogják csökkenteni. Amennyiben – orvosi okok miatt – ez az időtartam túl rövid, diagnosztikai eljárásokra vonatkozó tervet kell készíteni ugyanezen időtartamon belül. A diagnosztikai időszak akkor zárul le, ha döntés születik az ajánlott kezeléstről, vagy a tényleges betegség gyanúját a szóban forgó beteg esetében kizárták. (Krasnik, A., Rudkjøbing, A., 2014)

Egészségügyi dolgozók

Az orvosok számában folyamatos emelkedés tapasztalható, de egyes vidéki területeken orvoshiány van. Az orvosok száma 2005-2009 között 17 932 főről (331,1/100 000 fő) 19 232-re emelkedett (348,4/100 000 fő). Az ápolónők száma szintén növekedést mutat, 2007-ben 79 464 (1456/100 000), 2009-ben 86 838 (1573,3/100 000), és ezzel értéke közel kétszerese az Európai Unió átlagnak. (WHO-HFA 2013) Az ápolónői hivatás vonzerejét képezi, hogy a szakképzett ápolónők viszonylag magas fizetéssel rendelkeznek, és munkaidejük megállapodás szerinti.

e-egészségügy

Dánia élen jár az informatikai fejlesztések egészségügyi alkalmazásában. Számos kezdeményezés - technikai platformok, kommunikációs standardok és egészségügyi portál kialakítása - irányul az elektronikus adatmegosztásra és a betegek klinikai adatainak átláthatóvá tételére.

A sundhed.dk online közösségi portál, melyet 2003-ban indítottak, közös hozzáférési pontot biztosít az információkhoz az egészségügyi szakemberek és a betegek számára. A betegeknek általános egészségügyi információkat nyújt, és lehetővé teszi egészségügyi adataik, kórtörténetük, laboratóriumi eredményeik, kórházi konzultációik áttekintését, időpont foglalását a háziorvosukkal, receptjeik megújítását és a gyógyszerrendelésük adataihoz való hozzáférést.

Az e-Journal a kórházak diagnózisokra, kezelésekre vonatkozó adataihoz nyújt hozzáférést, valamint a kórházak egy része esetében a gyógyszerelésre és a laboratóriumi eredményekre vonatkozóan is. A klinikusok kórházuk EHR-rendszerén át közvetlenül, a háziorvosok és a betegek a sundhed.dk website-on keresztül jutnak el az e-Journal információihoz.

Az országos receptszervert az elektronikus gyógyszerrendelésben (e-recept) használják. (Kierkegaard, 2013).

A 2000-es évek végén kezdődött a Megosztott Gyógyszerelés Rekord fejlesztése, amely betegek számára felírt gyógyszerekről ad részletes tájékoztatást egy központi adatbázis segítségével, amely a szolgáltatók IT rendszerein és a weben keresztül érhető el. A régiók különböző egészségügyi informatikai rendszereket használnak, amelyek elvileg közös elektronikus kommunikációs standardokon keresztül osztják meg a betegek információit. Ez az információ megosztás azonban nehézkesen fejlődik, így az Megosztott Gyógyszerelés Rekord sem érhető el az ország minden területén és szolgáltatójánál, jöllehet ennek először 2011 végén, majd 2013 végén kellett volna teljesülnie. (Rudkjøbing, 2013)

Reformok

Dániában 2004-ben fogadták el és 2007-ben valósították meg az önkormányzati reformot. A megyék regionális szerkezetbe olvasztása és az önkormányzatok számának csökkentése viszonylag gyorsan ment végbe. Az egészségügyi alapellátás és a közfinanszírozott szolgáltatásokat nyújtó kórházak a régiók irányítása alatt állnak, a kórházak tulajdonosai is a régiók; miközben a prevenció, a kórházon kívüli krónikus ellátás, a rehabilitáció és a szociális ellátás a helyi önkormányzatok feladata. 2005-ben új egészségügyi törvényt fogadtak el, mely az Országos Egészségügyi Hivatalt hatalmazta fel a kórházi szakterületek tervezésével kapcsolatos követelmények megfogalmazására. Szintén az Országos Egészségügyi Hivatal hatáskörévé vált a régiók és az önkormányzatok által a kórházak, a háziorvosok és az önkormányzatok tevékenységének koordinálására vonatkozó – kötelező ellátásra kötött – szerződések jóváhagyása.

A klinikai szakterületek centralizáltabb tervezése növelte a hatékonyságot. A regionális tervek révén fellendültek a kórházi infrastruktúra fejlesztésére irányuló beruházások. Számos kisebb intézmény bezárására került sor, mivel ezek nem feleltek meg a szolgáltatások volumenére vonatkozó új országos elvárásoknak. A hatékony ellátáshoz a hivatal szerint a több szakmában 24 órás ellátást biztosító kórházakra 200 000-400 000 lakosnak kell jutni. A kisebb kórházak felszámolása hatást gyakorolt az

ellátás hozzáférhetőségére a távolabbi területeken lakó állampolgárok számára, de a telemedicina, mentőszolgálat stb. fejlesztése eredményeképpen ez nem jelentkeztetett számottevő problémaként.

Az önkormányzatok feladatkörébe tartozó krónikus ellátás, rehabilitáció és szociális ellátás tervezése az önkormányzatok méret- és kapacitásbeli eltérései miatt heterogén eredményekre vezetett. A nagyobb önkormányzatok aktívabb szerepet vállalnak a szolgáltatókkal való szerződéses kapcsolatban, a kisebb önkormányzatok számára viszont komoly problémát jelent a krónikus ellátás és rehabilitáció biztosítása, ami az önkormányzatok szerepkörének átgondolását teszi szükségessé.

Forrás

- Christiansen, T.: Ten years of structural reforms in Danish healthcare. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851012001030>
- Christiansen, T., Rudkjøbing, A.: Quality assurance and accreditation in general practice. 2014.10.15. <http://www.hspm.org/countries/denmark27012013/countrypage.aspx>
- Danske Regioner: New hospital structure – investments in new hospitals. 2009. <http://www.regioner.dk/~media/Filer/Sundhed/New%20hospital%20structure%202009.ashx>
- Denmark to abolish tax on high-fat foods. BBC News, 2012.11.10. <http://www.bbc.co.uk/news/world-europe-20280863>
- Denmark: „Fat tax” imposed. 2010.07.07. <http://www.c3health.org/alerts/alerts-diet/denmark-%E2%80%98fat-tax%E2%80%99-imposed/>
- Eurostat: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/>
- Féria, C.: Denmark: rising pharma spend amid healthcare cost-containment, 2013. http://www.pmlive.com/pharma_intelligence/denmark_rising_pharma_spend_amid_healthcare_cost_containment_483122
- Hernández-Quevedo, C.: Enhancing chronic care management in Denmark. Eurohealth, 2013.19. évfolyam 2. szám, 17-18 p. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/191008/EuroHealth-v19-n2.pdf
- Invest in Denmark: Denmark Invests \$7 Billion in Super Hospitals for the Future. Ministry of Foreign Affairs of Denmark, 2013. [http://www.investindk.com/News-and-events/News/2013/Denmark-Invests-\\$7-billion-in-Super-Hospitals-for-the-Future](http://www.investindk.com/News-and-events/News/2013/Denmark-Invests-$7-billion-in-Super-Hospitals-for-the-Future)
- Jakubowski, E. – Saltman, R.B.: The Changing National Role in Health System Governance. European Observatory on Health Systems and Performance, WHO, 2013. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/187206/e96845.pdf
- Jensen, J.D.: The Danish tax on saturated fat. Faculty of Life Sciences. University of Copenhagen, 2013. <http://www.slideshare.net/irishcancersociety/jorgen-dergard-jensen>
- Kierkegaard, P.: eHealth in Denmark: A Case Study. International Journal of Medical Systems (2013) 37:9991
- Krasnik, A.: New legislation for general practice in Denmark. Health Policy Monitor, Country Brief: Denmark. <http://www.hspm.org/countries/denmark27012013/countrypage.aspx>

-
- Krasnik, A. , Rudkjøbing, A.: New waiting time guarantee and funds for psychiatric patients. 2014.10.14. <http://www.hspm.org/countries/denmark27012013/countrypage.aspx>
 - Kristensen, T. et al.: Economies of scale and scope in the Danish hospital sector prior to radical restructuring plans. Health Policy, 2012.07.2. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851012001054>
 - Ministry of Health, Denmark: e-health in Denmark. 2012. http://www.sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2012/Sundheds-IT/Sundheds_IT_juni_web.ashx
 - Nielsen A. J.: Health promotion packages. 2013.10.02. <http://www.hspm.org/countries/denmark27012013/countrypage.aspx>
 - Pedersen, K.M. et al.: General Practice and Primary Health Care in Denmark. Journal of the American Board of Family Medicine, 2012. április, 25. szám http://www.jabfm.org/content/25/Suppl_1/S34.long
 - Reforms to primary care in Denmark. Eurohealth, 2013. 19. évfolyam 3. szám http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/216843/Eurohealth_v19-n3.pdf
 - Rudkjøbing, A. et al.: Integrated care: a Danish perspective. BMJ, 2012. Július http://www.bmj.com/content/345/bmj.e4451?ikey=7a8a1a003fb34d94ddb6399a24a2c5a8d7ba0a97&keytype2=tf_ipsecsha&linkType=FULL&journalCode=bmj&resid=345/jul13_1/e4451&atom=/bmj/345/bmj.e4994.atom#aff-2
 - Rudkjøbing, A. et al.: Implementing a national Shared Medication Record remains difficult. 2013/10/16. <http://www.hspm.org/countries/denmark27012013/countrypage.aspx>
 - Rudkjøbing, A.: Tax on saturated fats and added sugars have been abolished, 2013. <http://www.hspm.org/countries/denmark27012013/countrypage.aspx>
 - Rudkjøbing, A., Krasnik, A.: New plan for psychiatry. 2014.06.17. <http://www.hspm.org/countries/denmark27012013/countrypage.aspx>
 - Socha, K. – Bech, M.: Extended free choice of hospital – waiting time. Health Policy Monitor, 2007.10. <http://www.hpm.org/dk/a10/1.pdf>
 - WHO Health Systems in Transition (HiT) Denmark. WHO - The European Observatory on Health Systems and Policies, 2012. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/160519/e96442.pdf
 - WHO HFA Database, 2013. július
-