
Tendenciák, változások az egészségügyi rendszerek működésében

Válogatás 2014 fontosabb nemzetközi híreiből

Készítette:



Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet

Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság

Rendszerelemzési Főosztály

Budapest, 2015. február

Tartalom

Bevezetés	3
A forrásgyűjtés-forrásallokáció változásai	6
2014-től kötelező az egészségbiztosítás megkötése az USA-ban	6
Változások az egészségügyi ellátás finanszírozásában, Írországban.....	6
A hosszú távú ellátás finanszírozásának átalakítása Hollandiában.....	7
A német ápolásbiztosítás 2015-2017 közötti reformja.....	7
Tervek a biztosítók általi fizetés kiterjesztésére Franciaországban	8
A betegek fizetési terheinek csökkentése Csehországban és Lettországban	8
Az önkormányzatok kórházi társfinanszírozásának megszüntetése Norvégiában	8
Az alapellátás finanszírozásának változásai Észtországban	9
Egészségügyi ellátórendszer, ellátásszervezés.....	10
Az alapellátás jellemzői Európában.....	10
Az alapellátás átalakítása Ausztriában	11
Az alapellátás melletti kampány Észtországban	12
Integrált ellátás Angliában	12
Az integrált ellátás szervezésének tervezete Finnországban.....	14
Az ír kórházhálózat átszervezése	15
A krónikus ellátás akcióterve Svédországban	15
Minőségügy	16
Területi egyenlőtlenségek az egészségügyi ellátásban az OECD országokban	16
Svéd intézkedések a daganatos betegek várólistáinak csökkentésére.....	18
A lengyel várólista csökkentési csomag	18
Minőségbiztosítás a dán és észt háziorvosi gyakorlatban	19
Források.....	20

Bevezetés

Az egészségügyi rendszerről a Harvard School of Public Health oktatói, Hsiao és Li professzorok (Hsiao, Li, 2003) adtak ma is érvényes fogalmi leírást, mely szerint olyan alapvető általános összetevőkkel (szabályozó pontokkal: control knobs) határozható meg, amelyek megmagyarázzák annak eredményeit. A szabályozó pontok közé tartoznak mások mellett a finanszírozás (amely az egészségügy finanszírozási forrásait, a források allokációját, a finanszírozás intézményi formáit tartalmazza), a kifizetési módok (amelyek a szolgáltatók és a fogyasztók ösztönzését hordozzák) és az egészségügyi ellátás makroszervezete. 2014-ről szóló összeállításunkban arra törekedtünk, hogy rávilágítsunk azokra - az egyes szabályozó pontokon bekövetkezett - nagyobb horderejű változásokra, változást előrevetítő tervekre, amelyek rövidebb-hosszabb távon a rendszerek eredményeiben (hozzáférhetőség, minőség, hatékonyság, fogyasztói elégedettség, pénzügyi kockázat elleni védelem, a lakosság egészségi állapota) is javulást idézhetnek elő.

Az országok az egészségügy pénzügyi fenntarthatóságának biztosítására a makro- és mikroszintű finanszírozás változásaival keresik a közvetlen megoldásokat. Több országban változnak az állami finanszírozás formái, a betegek pénzügyi terhei. A globális pénzügyi-gazdasági válság hatásai közé tartozott az elmúlt években az egészségügy bevételeinek növelése érdekében a járulékfizetők körének kiszélesítése, az önrészfizetések emelése, vagy pl. az állami gyógyszerkiadások csökkentése. Ugyanakkor a szolgáltatásokhoz való hozzáférhetőség javításának szándéka helyenként az önrészfizetések csökkentését is eredményezte.

Lettország 2011-ben váltott kötelező egészségbiztosítási rendszerről NHS típusú rendszerre, 2013-ban már ismét az egészségbiztosítás bevezetéséről született törvényjavaslat. A viták még azóta sem zárultak le, nem úgy, mint Írországban, ahol az NHS rendszert 2016-ban váltja fel a kötelező egészségbiztosítás rendszere. Az USA-ban 2014 óta büntetés fizetésének terhe mellett kötelező biztosítást kötni. Bár nagyon sok bírálat éri az Obamacare néven elhíresült törvényt, a biztosítás nélküliek száma ma jóval alacsonyabb a törvény előtti (2010) időszak statisztikáinál.

Az idősödő lakosság, a krónikus betegségek nagy száma a hosszú távú ellátás finanszírozásának módosítását váltotta ki Németországban, (ahol már a babyboom generáció várható ellátásának költségeire is tartalékok képzéséről gondoskodnak), és Hollandiában, ahol a tartós ápolás finanszírozásának átalakítása a betegek ellátásának hatékony és rugalmas formáit, önmenedzselésük támogatását szolgálja.

A válságot követő első évek co-payment változásai általában az emelésről szóltak. Ausztriában és Belgiumban bevezették a co-payment automatikus éves növelését, Észtország a kórházi napidíj mellett a fekvőbetegek számára az ápolási szolgáltatásokra 15 százalékos co-paymentet vetett ki. Spanyolországban jövedelemarányos co-paymentet vezettek be a gyógyszerekre, a nyugdíjasok esetében a nyugdíj mértékétől függő korlátozásokkal. Ezzel párhuzamosan a betegek egészségügyi ellátáshoz való hozzáférése javítására is történtek intézkedések. Portugáliában pl. a kormány növelte a felhasználói díjakat az alapellátás, az alapellátásban nyújtott sürgősségi vizitek, valamint több más szolgáltatás (egyes védőoltások, orvosi nyilatkozatok, nem vényköteles gyógyszerek, mentális betegségek kezelésére alkalmazott gyógyszerek) esetében. Egyidejűleg kiterjesztette a co-payment alóli mentességek körét is, így a lakosság mintegy 70 százaléka részleges vagy teljes mentességet élvez a felhasználói díjak alól. (Kees, Pearson, 2014) A lakosság pénzügyi védelmének célja

vezérli a francia egészségpolitikát is, amikor a járóbeteg ellátásban a költségek betegek általi megelőlegését a biztosítók fizetéseivel váltaná fel, és ez volt a cseh vizitdíj, receptdíj, kórházi napidíj eltörlésének és a lett kórházi napidíj 2014-2015-ös csökkentésének hátterében is.

Miközben legalább az alapellátásban a legtöbb ország P4P díjazásokat is alkalmaz (Észtországban a háziorvos finanszírozásában megjelent a szakorvossal folytatott e-konzultáció anyagi elismerése és számos kiegészítő szolgáltatás díjazása is), az ellátási formák határainak elmosódásával az integrált, csomagolt kifizetések a szolgáltatók együttműködését szolgálják.

Az ellátórendszerek változásaiban az alapellátás fejlesztése, a kórházi ellátás koncentrációja és mindezekkel együtt az integrált (egészségügyi szolgáltatói szintek közötti és szociális szektorral együttműködő) ellátás megvalósítása dominál.

Az alapellátásban a kisméretű praxisok felől a multidiszciplináris ellátást nyújtó, a szociális szférával és a szakorvosi ellátással együttműködő praxisközösségek, hálózatok irányába történő elmozdulás érdemel kiemelt figyelmet. Új szerepeket kapnak a szakdolgozók, előtérbe kerülnek a népegészségügyi feladatok, a betegek oktatása, a betegutak koordinálása.

Az ellátástervezés és szervezés innovatív példáját szolgáltathatja Anglia, ahol a 2015-től hatályos Better Care Fund tervezet alapján, a lakosság-közeli egészségügyi és szociális szolgáltatások integrálásával a kórházi ellátásba kerülő betegek számát kívánják csökkenteni; vagy Finnország, ahol öt szociális jóléti és egészségügyi régió megszervezésének előkészítését kezdték el, amelyek majd fejkvóta finanszírozással lesznek felelősek a régió lakossága számára az egészségügyi és szociális szolgáltatások teljes skálájának megszervezéséért. Franciaország a térségek egészségügyi ellátását irányító 26 Regionális Egészségügyi Hatóság támogatásával tervezi a területi ellátás (alapellátás, járóbeteg szakellátás, medikoszociális ellátás) koordinációját (Projet de loi de Santé, 2014).

Több ország programjában szerepel a kórházak koncentrációja, hálózatokba tömörülése.

Ezt az irányt vetítette előre Angliára az NHS 2014-ben hivatalba lépett új főigazgatója is. Írországban a kórházak trösztökbe szervezése orvostudományi egyetemek, valamint kórházak partnerségéből álló, klinikai szolgáltatásokra, kutatásra és oktatásra összpontosító Akadémiai Orvostudományi Központok kialakítása indult el. Franciaország szintén a kórházak együttműködését, térségenkénti csoportokba szervezését erősítené. Svédországban 2014-ben indult vizsgálat az eredmények javítása érdekében a specializált ellátás további koncentrációjáról. Belgiumban szakértői anyagok (KCE, 2014) hívják fel a figyelmet arra, hogy a jelenlegi helyzet helyett, amikor a kórházak többsége nagyon sokrétű ellátással foglalkozik, a bonyolultabb esetek ellátása kijelölt központokban történjen, a betegek lakóhelyéhez közelebb található helyi kórházak pedig a központokkal együttműködésben az egyszerűbb eseteket lássák el.

Az ellátás minősége a válság ellenére a legtöbb európai országban fejlődött az utóbbi években. Az életveszélyes állapotok (pl. szívinfarktus, stroke, daganatos betegségek) kezelése terén bekövetkezett fejlődés az országok zömében a túlélési ráták javulásához vezetett (Health at a Glance, 2014), ugyanakkor a minőségben,

A forrásgyűjtés-forrásallokáció változásai

2014-től kötelező az egészségbiztosítás megkötése az USA-ban

Az Egyesült Államokban 2014-től kötelezővé vált az egészségbiztosítás kötése (McCarthy, 2014a). Az ezt megalapozó reformtörvény (Affordable Care Act) 2010 márciusában lépett hatályba azzal a fő céllal, hogy fedezetet kínáljon több millió biztosítás nélküli amerikai lakos számára. 2014 végén kb. 30 millió amerikai lakos nem rendelkezett egészségbiztosítással, közülük 9 millió volt jogosult a biztosítási piacokon történő biztosításvásárlásra, 6 millió az alacsonyjövedelműeket lefedő Medicaid-re. A törvény által létrehozott biztosítási piacokon keresztül történő biztosításvásárlás első periódusa 2013. októberben kezdődött a munkahelyi biztosítás nélküli lakosok számára. A második periódus 2014. november 15-én indult el, és 2015. február 15-ig tart. 2014 végéig a biztosítási piacokon 11 millió felnőtt szerzett újonnan biztosítást. (Kaiser, 2015)

A törvényt kihívások elé állíthatja, hogy 2014 végén a törvényhozó testület mindkét házában a republikánusok kerültek többségbe (McCarthy, 2014). Obama bár nyitott a törvény módosítását célzó republikánus ötletekre, elnöksége alatt a legfontosabb elemeket meg fogja védeni.

Változások az egészségügyi ellátás finanszírozásában, Írországban

Az állami egészségügyi rendszert működtető országok közé sorolt Írországban az egészségügyi szolgáltatásokhoz való jogosultság alapja a tartózkodási hely, a lakosok azonban életkor és jövedelmi helyzet szerint két kategóriába különülve részesülnek ingyenes, vagy részlegesen térített egészségügyi szolgáltatásokban. Az I. kategóriába a szociálisan rászorult, alacsony jövedelmű lakosok és a 70 éven felüli nyugdíjasok tartoznak (2013-ban a lakosság 40 százaléka). Ők az egészségügyi kártya (Medical Card) tulajdonosai, és térítésmentes általános orvosi és fogorvosi kezelésre, valamint kórházi ápolásra és gyógyszerekre jogosultak. A II. kategóriába tartozók (a lakosság 60 százaléka) csak bizonyos szolgáltatásokra jogosultak térítésmentesen. (Az állami egészségügyi ellátásban fizetendő díjak fedezetére a lakosság 46 százalékanak van önkéntes magánbiztosítása.)

Egyes krónikus betegségek kezeléséhez szükséges gyógyszerek mindenki számára ingyenesek, és ugyancsak állampolgári jogon jár az anyasági és a csecsemőellátás. Akik jövedelmük alapján nem jogosultak egészségügyi kártyára, viszont magas a háziorvosi ellátásra fordított kiadásuk, 2005 óta háziorvosi vizitkártyát (GP Visit Card) kérvényezhetnek, ami lehetővé teszi számukra a térítésmentes háziorvosi látogatást (a lakosság további 3 százaléka).

2014-ben az ír parlament a háziorvosi szolgálatról szóló törvényt (General Practitioner Service Act 2014) fogadott el, amely egy új, fokozatosan bevezetendő, mindenki számára ingyenes háziorvosi szolgálat elindításának képezi jogszabályi alapját. A változások 2014-es indulása óta a 6 éven aluli gyermekek számára biztosított a térítésmentes háziorvosi ellátás. (DH, 2014)

Az egészségügyi szolgáltatások jelenlegi bonyolult jogosultsági kategóriái felváltására a tervek szerint Írországban 2016-ban kötelező egészségbiztosítást vezetnek be. Ekkortól minden lakos egy standard csomagban részesül majd az alap- és a kórházi ellátás fedezetére.

A több biztosítós modellben az ellátás nem fizetőképesség, hanem szükséglet szerint történik.

A hosszú távú ellátás finanszírozásának átalakítása Hollandiában

Egy 2014-es törvénytervezet szerint változások történnek Hollandia hosszú távú ellátásának finanszírozásában (Kroneman, 2014). A reformok célja, hogy a betegek a lehető leghosszabb ideig legyenek képesek önmaguk támogatására.

A hosszú távú ellátás finanszírozása korábban három módon történhetett: a kivételes orvosi költségek törvénye (AWBZ) szerint, amely kötelező, járulék-alapú országos biztosítás a hosszú távú ellátásra, az ápolás, tanácsadás, orvosi ellátás és elszállásolás térítésére; a szociális támogatási törvény (WMO) szerint, amelyet 2007-ben vezettek be, és többnyire otthoni segítségnyújtást fedez; valamint a személyes büdzsé (PGB) forrásából, amely választási lehetőséget ad az ügyfeleknek ellátási csomagjuk személyre szabásában.

A törvénytervezet alapján a nem-bentlakásos ellátás kikerül a kivételes orvosi költségek törvénye alól, és a szociális támogatási törvény hatálya alatt a helyhatóságok feladata lesz. A szociális támogatási törvény hatálya alatt az öngondoskodás képességének elégtelensége esetén a helyhatóságok közfinanszírozású támogatást nyújtanak a lakosoknak pl. otthon nyújtott segítség szervezésével. Miután az önkormányzatok vannak a legközelebb a lakosokhoz, a szükségleteiket is ők tudják a legpontosabban értékelni és a szükséges ellátást a leghatékonyabban szervezni. A szakképzett ellátást a helyhatóságok pl. olyan megoldásokkal is helyettesíthetik, mint a szomszédok vagy önkéntesek által nyújtott ellátás. Az öngondoskodás ösztönzése következtében a nem-bentlakásos hosszú távú ellátás állami költségvetését csökkenteni fogják.

Az otthoni ápolásért az egészségbiztosítási törvény hatálya alatt a biztosítók lesznek felelősek. Az egészségbiztosítási törvénybe való befoglalásával az otthoni ápolás közelebb kerül az alapellátás más típusaihoz, pl. a háziorvosi ellátáshoz. A biztosítók az egészségügyi ellátás egészéért lesznek felelősek, az otthoni ápolástól a kórházi szakellátásig terjedően. A felépülésre összpontosító felnőtt mentális egészségügyi ellátás szintén a biztosítók felelőssége lesz.

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.

A német ápolásbiztosítás 2015-2017 közötti reformja

A növekvő ápolási kiadások következtében a német ápolásbiztosítás is változtatásokat igényel. 2014 végén született döntés az ápolásbiztosítási járulék két lépésben történő emelésére. 2015. január 1-jén az ápolásbiztosítás 0,3 százalékponttal történő emelésével a járulék a jelenlegi 2,05 százalékról 2,35 százalékra, illetve gyermektelen személyek esetén 2,3 százalékról 2,6 százalékra módosul. 2017-ben az ápolásbiztosítási járulékot további 0,2 százalékponttal emelik. Az emelésből éves szinten befolyó összeg egyharmadát, 1,2 milliárd eurót, minden évben egy hosszútávú Előtakarékossági Alapban helyezik el, majd az így képzett tartalékot 2035-től a demográfiai változások miatt jelentkező igények kezelésére visszavezetik az ápolásbiztosítás finanszírozásába. A járulékemelésből származó bevételek kétharmad részét többek között a szolgáltatások javítására, valamint a fekvőbeteg gondozást

biztosító ápolási otthonokban tevékenykedő ápolók számának 25 ezerről 45 ezerre történő emelésére kívánják fordítani.

2017-ig az ápolási szükséglet megítélése esetén jelenleg alkalmazott szinteket is módosítják, a besorolásoknál figyelembe veszik a demencia mértékét is.

Tervek a biztosítók általi fizetés kiterjesztésére Franciaországban

Franciaországban az alapellátásban és a járóbeteg szakellátásban a betegek fizetik az ellátás költségeit az egészségügyi szolgáltatóknak, majd a kötelező biztosítójuk, illetve - amennyiben rendelkeznek önkéntes magánbiztosítással - a kiegészítő biztosítójuk annak nagyobbik részét visszatéríti számukra. A harmadik fél (biztosító) általi fizetésre eddig még csak részleges gyakorlat volt (a nagyon alacsony jövedelműek számára). Felmérések szerint anyagi okok miatt a francia lakosok körülbelül egyharmada nem veszi igénybe az indokolt egészségügyi szolgáltatásokat.

Az ellátás igénybevételének megkönnyítését, a harmadik fél (biztosítók) általi fizetés kiterjesztését szolgálja az a 2014. októberi egészségügyi törvénytervezet (Projet de loi de Santé, 2014), amelynek parlamenti tárgyalása 2015. április végén várható. A tervezet szerint a jövőben a betegeknek - 2015-ben a jelenleg még előre fizető, de anyagilag nehéz helyzetben lévő lakosságcsoportokkal kezdve, majd 2017-ig minden biztosítottra kiterjesztve - nem kellene megelőlegezniük ellátásuk költségeit. Az alacsony jövedelmű biztosítottak hallókészülékek vásárlása és fogászati ellátás esetén szociális tarifák alapján kapnának kedvezményeket.

A betegek fizetési terheinek csökkentése Csehországban és Lettországon

A cseh közfinanszírozott egészségügyi ellátásban 2008-ban vezették be az ellátás igénybevételekor a betegek által fizetendő díjakat (cseh elnevezés szerint egészségügyi regulációs díjakat), melyek mértéke a háziorvosi, szakorvosi vagy fogorvosi vizit esetében, és receptenként 30 korona, sürgősségi ellátás igénybevétele esetében 90 korona volt. A díjak között a legmagasabb, kezdetben 60, majd 2012 elejétől napi 100 korona összegű a kórházi napidíj volt, amelyet arra való hivatkozással, hogy túlságosan nagy terhet ró a betegek egyes csoportjaira, 2014. január 1-i hatállyal szüntettek meg. A háziorvosnál, szakorvosnál, fogorvosnál fizetett díjat és a receptdíjat pedig 2015. január 1-től törölték el. Jelenleg csak sürgősségi ellátás esetén kell regulációs díjat fizetni.

2015. január 1-től csökkent a lett kórházi napidíj összege is, 13,52 euróról napi 10 euróra, és a műtétek esetében fizetendő díj 42,69 euróról 31 euróra. A csökkentés a 2014 novemberétől hivatalban lévő új egészségügyi miniszter első intézkedései közé tartozik, aki prioritásként jelölte meg a szolgáltatásokhoz való hozzáférés javítását, az egészségügyi finanszírozásának és az egészségügyi dolgozók fizetéseinek növelését. (Mitenbergs, 2015)

Az önkormányzatok kórházi társfinanszírozásának megszüntetése Norvégiában

2015. január 1-től Norvégiában megszüntették a helyi önkormányzatok társfinanszírozási kötelezettségét a betegek kórházi ellátásában. A 2012-ben hatályba lépett koordinációs reform tette felelőssé a helyi önkormányzatokat a kórházakban nyújtott szomatikus nem sebészeti szakellátások, valamint az elbocsátásra kész betegek társfinanszírozásáért. Az

önkormányzatok viselték a területükről kórházba került szomatikus betegek kezelési költségeinek 20 százalékát, valamint 4000 norvég koronát (460 eurót) kellett fizetniük minden egyes extra napért, amit a beteg a kórházban töltött, miután kezelése befejeződött, viszont nem tudott visszatérni a lakóhelyére további gondozásra. A 2013 végén megválasztott kormány a központi költségvetés felülvizsgálatának részeként 2014. május 14-én a társfinanszírozási rendszer megszüntetése mellett döntött. A döntéstől a helyi önkormányzatok pénzügyi kockázatának csökkenését várják. (Sperre Saunes, Ringard, 2014)

Az alapellátás finanszírozásának változásai Észországban

Észországban a családorvosok finanszírozásában a legnagyobb hányadot a fejkvóta képezi (2013-ban 62 százalék), a szolgáltatás szerinti finanszírozás (FFS) aránya 20 százalék, az alapdíj (a rendelő bérlésére és fenntartására, közlekedésre szolgáló havi juttatás) 12 százalék, a minőségi bónuszok alapján történő kifizetések aránya 1-2 százalék. (EHIF, 2013) 2013-2015 között több változást vezettek be az alapellátás finanszírozásában a praxisok erőforrásainak, a rendelési időnek, valamint a nyújtott szolgáltatások körének kiterjesztésére. 2013-tól kiegészítő finanszírozást kapnak a második ápolót alkalmazó családorvosok. Az ápolók a krónikus betegségben, illetve akut egészségügyi problémákban szenvedő betegek monitorozásában, a tanácsadásban és prevencióban vállalnak nagyobb szerepet. A finanszírozás feltételei között szerepel a második ápoló által teljesítendő heti minimális beteglátkozások száma, vagy pl. a rendelőhelyiség rendelkezésre állása. 2013-ban a családorvosok 23 százaléka alkalmazott második ápolót.

2013 óta a családorvosok e-konzultáció formájában konzultálhatnak a szakorvosokkal. A konzultációért az Ész Egészségbiztosítási Alap (EHIF) díjat fizet. Az e-konzultáció célja a családorvosok betegségmentésben betöltött szerepének és a szakorvosokkal való együttműködésüknek a megerősítése. A szakterületenként standardizált formátumot követő e-konzultációtól a szakorvosi vizitek csökkenését, az ellátás gyorsulását, a várólisták csökkentését is várják. A módszert 2013-ban az urológia és az endokrinológia területén vezették be, 2014-től kiterjesztették a pulmonológiára, reumatológiára és fül-orr-gégészetre, 2015-től pedig a hematológiára, gyermekgyógyászatra és a neurológiára. 2015-től az e-konzultáció ösztönzésére emelték a díjakat.

2014-ben bevezették a rendelési időn túli konzultációs díjat a konzultációs órák kiterjesztésének motiválására, különösen az esti órákra és hétvégékre.

A szolgáltatás alapú díjazás mellett új, különálló tevékenység-alapból nyújtanak a családorvos által is elvégezhető beavatkozásokra (sebészeti, ill. nőgyógyászati eljárások) felső korlát nélküli díjazást. 2015-től további új alapként a terápiás alapból finanszírozhatók a pszichológusok és beszédterapeuták által nyújtott szolgáltatások, a fejkvóta 3 százalékáig terjedő nagyságrendben. Tervezik a fizioterapeuták díjazásának bevonását is a terápiás alapba. (Sikkut, 2013, Habicht, 2014/a, 2015)

2015-től a családorvosoknak kötelező részt venni a minőségi bónusz rendszerben, ami nem nagy változás, mert önkéntesen is 97 százalék fölötti volt a részvétel. A bónuszpontok viszont egyedi tevékenységek helyett egyre inkább csomagban nyújtott szolgáltatásokért járnak (pl. gyermeknél az összes kötelező védőoltás beadása vagy a krónikus betegségmentés indikátorainak együttes teljesülése). (Habicht, 2015)

Egészségügyi ellátórendszer, ellátásszervezés

Az alapellátás jellemzői Európában

Az alapellátás fejlesztése az EU-tagországok mindegyikében központi kérdés. 2013-2014 folyamán is több szervezet, intézet (Európai Bizottság, Nuffield Trust, KPMG stb.) foglalkozott az európai alapellátási rendszerek kihívásaival és a fejlesztés feltételeivel, irányjaival.

Az alapellátás keresletét és kínálatát befolyásoló tényezők



Forrás: KPMG – The Nuffield Trust, 2014

Az alapellátás iránti igényeket nem feltétlenül támogatja az alapellátás hagyományos modellje (kis önálló praxisok, rugalmatlan, rövid konzultációk, diagnosztikai támogatás, szakorvosokkal történő együttműködés, az ellátás koordinációjában való részvétel hiánya), amely több országban maradt változatlan az elmúlt években (KPMG – The Nuffield Trust, 2014).

Egy ország alapellátása akkor tekinthető megfelelőnek, erősnek, ha (általánosan, széles körben) hozzáférhető, az egészségügyi ellátás során folyamatos koordinációt nyújt, biztosítja az ellátás folyamatosságát, az egészségügyi szolgáltatások széles skálájával foglalkozik (átfogó), megfelelő irányítással működik, megfelelő pénzügyi forrásokkal rendelkezik, és a munkaerő folyamatos fejlesztésével jellemezhető. Az erős alapellátási rendszerekkel rendelkező országokban jobb a lakosság egészségi állapota, alacsonyabb a szükségtelen kórházi felvételek aránya, kisebbek az egészségi állapotban megmutatkozó társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségek, és bár fenntartásuk költséges, a kiadások növekedése mérsékeltebb. (Kringos et al., 2013a,b)

Az alapellátás fejlesztési irányjai közé tartozik az ellátás folyamatosságának biztosítása az ellátás koordinációja, a szolgáltatási spektrum bővülése, a megelőzés, egészségfejlesztés szerepének megerősítése, egyes szakorvosi, szakdolgozói szolgáltatások alapellátásban történő nyújtása, az alapellátás és a közösségi, szociális szolgáltatások összekapcsolása, a betegek önmenedzselésének támogatása. Az alapellátás szervezeti modelljei sokfélék

lehetnek, de az egyszemélyes praxisok helyett a multidiszciplináris ellátást nyújtó nagyobb méretű szervezetek, csoportpraxisok, hálózatok, egészségügyi központok, szövetségek tudnak hatékonyabban megfelelni az elvárásoknak. Több országban tettek lépéseket az ápolók, szakdolgozók szerepének átalakítására, az alapellátási feladatokba való nagyobb arányú bevonásukra. Kezelhetnek kisebb egészségi problémákat az Egyesült Királyságban és Svédországban, bizonyos mértékű gyógyszerrendelési hatáskörrel rendelkeznek az Egyesült Királyságban, Romániában és Svédországban, valamint immunizálási programokat folytathatnak a gyermekek és a serdülőkorúak számára az Egyesült Királyságban és Hollandiában. Fokozottabb mértékben vesznek részt a krónikus betegek betegútjainak koordinálásában Belgiumban, Dániában, az Egyesült Királyságban, Finnországban, Lengyelországban, Szlovéniában és Svédországban, ápolók által irányított betegségmegelőzést és rehabilitációt nyújtó intézmények működnek Dániában, az Egyesült Királyságban, Észtországban, Svédországban. Franciaországban egy 2014-es reformtörvény tervezet (Projet de loi de Santé, 2014) klinikai ápolói munkakör bevezetését tervezi, akik diagnózist állíthatnak fel, gyógyszert rendelhetnek, részt vehetnek a prevenció tevékenységben. Portugáliában 2014-ben indult minisztériumi kezdeményezés az alapellátó egészségügyi központokban családegészségügyi nővérek alkalmazására, akik kulcsfontosságú szerepet játszanak a betegségmegelőzésben és a családokat érintő egészségi problémák ellátásában. (Machado, Barros, 2014)

Az alapellátás finanszírozásában az ellátás eredményeit tükröző díjazás irányába történő elmozdulás figyelhető meg, a koordinációt támogató csomagolt (összekapcsolt) kifizetési mechanizmusok alkalmazására jelennek meg példák. (EXPH, 2014) A koordinációt biztosító szervezeti modellek, a multidiszciplináris szolgáltatásprofil és a csomagolt finanszírozás is az integrált ellátás sajátosságait tükrözik.

A témával foglalkozó áttekintésünk itt olvasható:

http://www.irf.gyemszi.hu/new3/kutatas/zip_doc/2014/alapellatas_EU.pdf

Az alapellátás átalakítása Ausztriában

Ausztria Németországhoz hasonló külön utat járt a járóbeteg ellátás szervezésében, amelyben nehezen különíthető el az alapellátás és a szakellátás. Ausztriában zömében önálló praxisokban háziorként vagy szakorként tevékenykedő magánorvosok, mellettük szakrendelők, egészségügyi központok és kórházi ambulanciák, 2010-től pedig csoportpraxisokban dolgozó orvosok (nem terjedt el ez a gyakorlat) nyújtanak ambuláns ellátást. 2014. június 30-án koncepciót fogadtak el az alapellátás továbbfejlesztéséről. (A kísérleti projektek beindítását 2015-16-ban tervezik.) Célként fogalmazták meg az alapellátás, a háziorkos kapuőri szerepének és a betegek alapellátás iránti kötődésének megerősítését.

A koncepció alapját képező háziorkos köré szerveződő alapellátó team térben „egy fedél alatt”, vagy a betegkör lakóhelyéhez közeli telephelyeken együttműködő ellátók közös hálózatoként képzelhető el. A helyi feltételekhez igazodó szervezeti formában működő teameknek központi alapellátó teamből és vele szoros kapcsolatban álló, kiegészítő kompetenciákat biztosító egészségügyi és szociális szolgáltatásokat nyújtó szakemberekből kell állnia. A központi alapellátó teamet háziorkos, diplomás ápoló és asszisztens alkotja. A kiegészítő kompetenciákat az orvos vezetése mellett tevékenykedő szakemberek (pl. dietetikus, fizioterapeuta, logopédus) bevonásával biztosíthatják. A teamek partneri

kapcsolatban állnak további szakemberekkel és intézményekkel (pl. gyógyszertár, kórház, ápolási intézmény) is. Az alapellátó teameken belül fontos a szoros és rendszeres kapcsolattartás (pl. csoportos megbeszélések, esetmegbeszélések). Az alapellátási hálózatok az orvosi és egyéb egészségügyi szakmák gyakorlásának új és rugalmas formáját képezhetik. A betegségek gyógyítása mellett egészségfejlesztéssel és megelőzéssel, a betegek ellátásának koordinálásával, az ellátás folyamatosságának biztosításával foglalkoznak, és képzési helyszínekként is működnek majd. Hosszú távú célkitűzés egy olyan hálózatba tömörített, térben és időben könnyen hozzáférhető, a lakosság részéről egyenlő feltételekkel igénybe vehető modern alapellátási rendszer kialakítása, amelyben a szolgáltatók közötti koordináció és együttműködés révén fokozódik az ellátás hatékonysága és eredményessége, az optimálisabb betegmenedzsmentnek köszönhetően csökkenthetők az indokolatlan várakozási idők, a multi-professzionális szolgáltatási spektrum révén pedig elkerülhetővé válik a betegek rendszerben történő felesleges mozgása. A koncepció szerint a finanszírozásnak egy fix és egy szolgáltatások szerinti hányadból, valamint meghatározott célok teljesítése esetén bónusz kifizetésekből (P4P) kell állnia. (BMG, 2014)

Az alapellátás melletti kampány Észtországban

Figyelemfelhívó kampánnyal támogatta az Észt Egészségbiztosítási Alap a háziorvosi ellátást 2014-ben Észtországban. A kampány, melynek üzenete „bármely egészségügyi probléma megoldása a háziorvosnál (és alapellátó ápolónál) kezdődik” volt, számos médiacsatornán keresztül folyt, és hatása azonnal mérhető volt. Az eredmények azt mutatták, hogy a lakosság 89 százaléka megbízik háziorvosában (és az alapellátó ápolóban), és 72 százaléka biztos abban, hogy a háziorvos a legtöbb egészségügyi problémát diagnosztizálni tudja. Az Észt Egészségbiztosítási Alap fókuszcsoportos interjúkat tervez azokkal, akik a legalacsonyabb szintű bizalomról nyilatkoztak, hogy azonosítsa ennek okait, és tájékoztatást nyújtson a kampány következő fázisaihoz. (Habicht, 2014/b)

Integrált ellátás Angliában

Az angol NHS-ben az ellátás újjászervezése a gyakorlat és a tervek, koncepciók szintjén is az egészségpolitika és az egészségügy szereplőinek folyamatos témája. Az NHS England 2014 tavaszától hivatalban lévő új igazgatója, Simon Stevens, az NHS Konföderáció 2014. júniusi konferenciáján a kórházi szektorban a koncentráció, hálózatokba tömörülés, a helyi ellátásokban pedig a háziorvosi és a közösségi szociális ellátás, valamint a kórházi alapú járóbeteg, diagnosztikai és egyes fekvőbeteg ellátások közötti mesterséges határok fenntartása helyett új, több szakterületre kiterjedő szolgáltatói csoportok mellett tette le a voksot. (Speech by Simon Stevens, 2014) Ezeknek a céloknak a többsége az NHS England 2014 októberében megjelent öt évre szóló jövőképeben (The NHS Five Year Forward View, 2014) is megfogalmazódik. A jövőkép célként jelöli meg az alapellátás megerősítését, többszakmás közösségi szolgáltatók, integrált szolgáltatók megjelenését, a betegek erőteljesebb bevonását az ellátásuk menedzselésébe és a döntési folyamatokba.

Az NHS mellett a kormány is elkötelezett a lakosság közeli integrált ellátás támogatására. Eredetileg 2014 tavaszán tervezték indítani, majd a kritikák és a megerősítés után 2015-re halasztották az erről szóló 2013-as Better Care Fund (BCF) tervezetet. A BCF a költséges és szükségtelen kórházi tartózkodás elkerülése érdekében az állami egészségügyi és az önkormányzati szociális szolgáltatások jobb integrálására törekszik, különböző projektekkel

tartaná otthon a gyengélkedő, idős embereket és a krónikus betegségben szenvedőket. A BCF költségvetése a 2015/16-os pénzügyi évre 3,8 milliárd font, amelynek nagyobbik részét a klinikai szolgáltatásvásárló csoportokon (CCG-k) keresztül az egészségügyi és jólléti testületek (Health and Wellbeing Boards) fordíthatják olyan, a CCG-vel, helyi önkormányzattal közösen megállapodott egészségügyi- és szociális szolgáltatások szervezésére, amelyek megfelelnek a BCF céljainak (támogatják a betegek kórházon kívüli ellátását). Az egészségügyi és jólléti testületek a helyi ellátó rendszer (önkormányzatok, az NHS, szociális ellátók, oktatás, lakhatási szolgáltatások és népegészségügy) kulcsfontosságú vezetőiből állnak. A BCF költségvetés kb. negyedét teljesítmény szerinti finanszírozásra fordítják, és a sürgősségi felvételek elért csökkenése arányában fizetik ki. (DH, 2014. Dec.)

Már eddig is volt példa helyi közszolgáltatók közös költségvetésen keresztül történő együttműködésére. A „közösségi büdzsék” (Community Budgets) a források gazdaságosabb felhasználására és a helyi igények jobb kiszolgálására törekednek. (Whole Place Community Budgets, 2014) Közösségi büdzsével dolgozik pl. a Tri-borough, amely London három kerületi tanácsának (Westminster City Council, Hammersmith and Fulham London Borough Council, Kensington and Chelsea London Borough Council) egyesülésével jött létre. A Tri-borough egészségügyi és szociális ellátást nyújtó integrált rendszerében a magas kockázatú betegekre összpontosít, támogatást nyújt a kórházi vagy ápolóotthoni felvétel elkerülésére.

A kórházon kívüli ellátás fejlesztésében a King's Fund kutatóintézet egy 2014-es jelentése (Addicott, 2014) a házi orvosok vezető szerepét határozza meg. A házi orvosoknak nem csak saját szolgáltatásaikért kell felelősséget vállalniuk, hanem a közösségben nyújtott sok más szolgáltatásért is. Ezek a feladatok indokoltá teszik új szervezeti formák kialakítását, amelyek kft, közhasznú társaság, szociális vállalkozás, superpartnerség, vagy bármilyen más formában az informálisnál nagyobb fokú együttműködést tesznek lehetővé a meghatározott lakosságszámra kötött szerződéseikben foglalt ellátás regisztrált betegek számára történő nyújtására. Egy-egy szövetség, hálózat hatékony működését, klinikai és pénzügyi kockázataik hatékony menedzselését 25 ezer - 100 ezer lakos ellátása biztosíthatja, az aktuális lakosságszám a szolgáltatások terjedelmétől és a szolgáltatásvásárlók/ellátók közötti kockázatmegosztás mértékétől függhet.

Az NHS England 2015 és 2018 között évenként extra 250 millió fonttal támogatja az alapellátás fejlesztését. Az összességében 1 milliárd font befektetés célja a házi orvosi rendelők fejlesztése, a praxisok technológiai támogatása, a praxishelyiségek bővítése és az idősek ellátásának javítása. (NHS England, 2015a) A 2015-ös összegből 10 millió fontot különítenek el az alapellátás munkaerejének bővítésére. (NHS England, 2015b) A pénzügyi támogatást új házi orvosok toborzására, a pályát elhagyni készülő megtartására és a házi orvosi praxisba való visszatérés ösztönzésére használják majd. A házi orvos-hiányban szenvedő területeken az újonnan képzett orvosok számára további egy éves képzést ajánlanak fel egy kapcsolódó klinikai területen (gyermekgyógyászat, pszichiátria, bőrgyógyászat vagy sürgősségi orvoslás). Mindezt a végzős orvosokat célzó országos marketing kampánnyal fogják támogatni a házi orvosi karrier előnyeinek hangsúlyozására. A pályát elhagyni szándékozó vagy nyugdíjazásra készülő házi orvosok megtartására részidejű munkavégzést terveznek bevezetni. A házi orvosi praxisba való visszatérés ösztönzésére az NHS England és a Health Education England a pályára visszatérő orvosok (külföldről visszatérő orvosok, pályát szüneteltetők) különböző szükségleteit figyelembe véve nyújt támogatást.

Az integrált ellátás szervezésének tervezete Finnországban

A finn kormány 2014. június 25-én az egészségügyi és szociális szolgáltatások megszervezésének átalakítására törvényjavaslatot fogadott el. Az új modell a szolgáltatások megszervezésében regionális elvet követ, a feladat öt szociális jóléti és egészségügyi régióhoz kerül. Mindaddig az ellátás egyes szintjeit egymástól elkülönülő földrajzi egységekben szervezték, az alapellátásban az önkormányzatok gondoskodtak az egészségügyi központok működéséről, a szakellátás szervezése országosan 21 kórházi körzetben zajlott. A jövőben a szociális jóléti és egészségügyi régió közös önkormányzati hatósága lesz felelős a régió lakossága számára az egészségügyi és szociális szolgáltatások teljes skálájának megszervezéséért. A szolgáltatásokat csak akkor fogják központosítani, ha azok elérhetősége vagy magas minősége speciális kompetenciát, vagy nagyon költséges befektetéseket igényel, vagy a költséghatékonyság csak úgy biztosítható.

A szociális jóléti és egészségügyi régió egy közös önkormányzati hatóság. Minden egyes önkormányzat az öt régió valamelyikéhez tartozik. Az önkormányzatok a szociális jóléti és egészségügyi régió legmagasabb végrehajtó testületében, a közös hatósági értekezleten vagy tanácsban képviseltetik magukat, az arányosság elve alapján. A régióknak négyévente kell döntést hozniuk a szolgáltatásokról. Ez a döntés fogja meghatározni a helyi önkormányzatok és közös önkormányzati hatóságok felelősségét, feladatait, a források elosztását, az ellátás struktúráját, a szolgáltatás-kiszervezés (outsourcing) elveit, a szolgáltatások minőségi standardjait, az ellátás szintjét stb. Ezen döntések során a lakosok véleményét is figyelembe veszik, és a döntések előkészítésében a szolgáltatások nyújtásáért felelős felek is részt vesznek. A régiók és a szolgáltatások nyújtásáért felelős felek minden évben teljesítmény célokkal kapcsolatos tárgyalásokat tartanak.

Az önkormányzatok és közös önkormányzati testületek továbbra is maguk nyújtják, vagy szerzik be az ellátást. A szociális és egészségügyi régiók közvetlenül is nyújthatnak támogató szolgáltatásokat, illetve nagyon kivételes esetekben bizonyos típusú szolgáltatásokat. A szociális jóléti és egészségügyi régiók működését fejkvóta modell (lakosságszám) alapján a helyi önkormányzatok finanszírozzák, melynek során a szolgáltatás iránti szükségleteket, beleértve a korstruktúrát, morbiditási mintákat is figyelembe veszik. Ezen felül a régió dönthet úgy, hogy egyéb tényezőket is tekintetbe vesz, melyek a központi kormányzati transfereket érintik. A szolgáltatások nyújtását a régiók finanszírozzák. A finanszírozási elveket a szolgáltatások nyújtásáért felelős felekkel tárgyalják meg, de a finanszírozásnál figyelembe veszik a szükségleteket, a szolgáltatások eredményeit és költséghatékonyságát is. A Szociális és Egészségügyi Minisztérium és a szociális jóléti és egészségügyi régiók tárgyalásos folyamat során kötnek megegyezést a szolgáltatások nyújtásáról és monitorozásáról.

A reform a szociális jóléti és egészségügyi szolgáltatások lehető legnagyobb mértékű integrációjára törekszik, melyben az alapellátás és a szakellátás egy csomagot képeznek, a lakosok szükségleteire átfogó válaszokat alakítanak ki. A kormányzat által benyújtott törvényjavaslatot 2014 nyarán bocsátották véleményezésre, parlamenti elfogadása 2015 elején várható. A tervek szerint az új szociális és egészségügyi régiók 2017. január 1-től kezdenek meg működni. (STM, 2014)

Az ír kórházhálózat átszervezése

Az ír kormányprogram elkötelezett az állami kórházak önálló nonprofit trösztökké való átalakítására. A folyamat első stádiumában, 2013-ban kórházi csoportokat hoztak létre, melyekbe minden aktív állami kórház bele fog tartozni. Mindegyik csoportnak meghatározott költségvetése és munkaerő plafonja lesz. A kórházi csoportok a később létrehozandó kórházi trösztök (Hospital Trusts) előzetes formáját képezik. (DH, 2013) A csoportok mellett kísérlet folyik egy vagy több orvostudományi egyetem és egy vagy több kórház partnerségéből álló, klinikai szolgáltatásokra, kutatásra és oktatásra összpontosító Akadémiai Orvostudományi Központ (AMC) kialakítására is (Dublin AMC, Beaumont/Connolly/Royal College of Surgeons of Ireland AMC, Trinity Health AMC, Cork/Kerry AMC területeken). A négy orvostudományi központból a Dublin AMC tekinthető a legfejlettebbnek (O'Brien, 2011), amely a University College Dublin School of Medicine & Medical Science, a Mater Misericordiae University Hospital és a St. Vincent's University Hospitals intézményekből áll. Az orvostudományi központok létrehozásának célja az egészségügyi rendszer és az orvostudományi egyetemek közötti kapcsolat javítása. Az egészségügyi ellátók és az egyetemek partnersége lehetővé teszi a minőség javítását, az egészségügyi szolgálat, a kutatás és az oktatás integrálását. Az orvostudományi központok partnerségi kapcsolata különböző szintű lehet: informális, formális (egyetértési megállapodás), együttműködési megállapodás közös korporatív felügyelettel, teljes integráció egyetlen korporatív entitással.

Az ír kórházhálózat átszervezése a kórházi finanszírozás reformjával együtt zajlik, melyben 2014-től az egyösszegű éves finanszírozásról a DRG finanszírozásra tértek át.

A krónikus ellátás akcióterve Svédországban

2014-ben a krónikus ellátásra vonatkozó négy éves országos stratégia (2014-2017) részeként a svéd kormány 19 kezdeményezésből álló akciótervet indított a krónikus betegek ellátásának fejlesztésére. Az akciótervet a betegek és szakmai szervezetek, megyék és hatóságok képviselőivel szoros együttműködésben alakították ki. A hatékonyabb, jobb minőségű és a betegek bevonását nagyobb mértékben biztosító krónikus ellátást célzó négyéves stratégia három területre: a betegközpontú ellátásra, a bizonyíték alapú ellátásra, valamint a megelőzésre és betegségek korai felismerésére koncentrál, és négy év alatt az éves akciótervekben foglalt feladatokra 450 millió svéd koronát (kb. 50 millió euró) investál. (Anell et al. 2014. 06.) A 2014-es akciótervben számos krónikus betegségre (asztma, COPD, diabétesz, kardiovaszkuláris betegségek, stroke, Parkinson kór, SM) szerepelnek kezdeményezések, köztük interaktív oktatóprogramok a Parkinson kórban és SM-ben szenvedő betegek számára az aktív öngondoskodás elősegítésére, digitális eszközök használatára, weboldal kifejlesztése a betegellátás bizonyítékokon alapuló információiról a TTi (Testing, Treatments interactive: <http://www.testingtreatments.org/about/testing-treatments-2/>) mintájára. A leggyakoribb krónikus betegségekre az Országos Egészségügyi Tanács fejlesztett ki irányelveket. A tanács további feladata a meglévő irányelvek alapellátásra adaptálása és a betegrekordban, mobil applikációkban, weboldalakon történő megjelenítéshez azok digitalizálása, a hiányzó területekre irányelvek kidolgozása. (Handlingsplan 2014)

Minőségügy

Területi egyenlőtlenségek az egészségügyi ellátásban az OECD országokban

Az egészségügyi ellátás igénybevételében országokon belül és az országok között is jelentős egyenlőtlenségek tapasztalhatók. Ezzel a témával foglalkozott az OECD 2014-es elemzése (OECD, 2014) is, amely 13 OECD-országban¹ tíz indikátor (nem műtéti célú kórházi felvételi ráták, koronária bypass eljárás, angioplasztika, szívkatéterezés, csípőtörést követő kórházi felvétel/sebészeti beavatkozás, térdprotézis, térd artroszkópia, császármetszés, méheltávolítás, MRI és CT-vizsgálat) alapján vizsgálta az egészségügyi szolgáltatások 2011-es igénybevételében² mutatkozó földrajzi eltéréseket. Közülük különösen a kardiológiai eljárások, térdműtétek és egyes nőgyógyászati beavatkozások terén jelentősek a különbségek az igénybevételben az országok között, és még inkább az országokon belül. Országok között az egyes eljárások lakosságszámra vetített országos rátái közötti különbségek a kétszerestől (császármetszés esetében az ezer élveszülésre vetített ráta a legalacsonyabb Finnországban: 181, a legmagasabb Ausztráliában: 343) az ötszörösig (térdprotézis műtétek 100 ezer főre jutó standardizált rátája a legalacsonyabb Izraelben: 56, a legmagasabb pedig Ausztráliában: 257 és Svájcban: 230) terjednek. Az egyes ellátások előfordulásának változatossága csak kis részben magyarázható a lakosság eltérő megbetegedési jellemzőivel. Sok esetben az orvosi gyakorlat, a népsűrűség, a lakosság iskolázottsága és jövedelmi szintje is befolyásolja a beavatkozások alkalmazását. A kórházak nagyobb ágykínálata növelheti, ugyanakkor a jó minőségű, általános hozzáférést nyújtó alapellátás csökkentheti a hospitalizációt.

A kardiológiai eljárások számában az országok közötti különbség háromszoros. A revaszkularizációs beavatkozások rátája Németországban, Izraelben és Belgiumban volt a legmagasabb (100 ezer főre 300-400 fölött), Portugáliában és Spanyolországban a legalacsonyabb (100 ezer főre 200 alatt, de ez némileg alulbecsült, mert e két országban csak az állami kórházakat vették figyelembe). Az országok több mint felében (Finnország, Franciaország, Németország, Olaszország, Anglia, Portugália, Spanyolország) a belső regionális eltérések még magasabbak voltak, és összességében a vizsgált eljárások között a revaszkularizációs ráták eltérései voltak a legmagasabbak. Angliában a CABG (bypass) műtétek országos átlagos rátája 100 ezer lakosra 31 volt, a legmagasabb (Anglia északi részén és Észak-London) és a legalacsonyabb ráta (délkeleti régióban) között közel ötszörös különbség állt fenn. Németországban a CABG műtét 100 ezer lakosra jutó aránya (2010-2012 között) 116 volt, járási szinten a műtéti gyakoriság 45 és 254 operáció között változott, a legmagasabb műtéti gyakoriságot mutató járásban hatszor gyakrabban végeztek ilyen beavatkozást, mint a legalacsonyabb mutatóval rendelkező járásban. (Bertelsmann, 2014) Az OECD-országok többnyire klinikai irányelvek kidolgozásával igyekeznek javítani a szívellátáshoz kapcsolódó eljárások minőségét és megfelelő alkalmazását.

¹ Ausztrália, Belgium, Csehország, Egyesült Királyság (Anglia), Finnország, Franciaország, Izrael, Kanada, Németország, Olaszország, Portugália, Spanyolország, Svájc

² a beteg lakóhelye szerint

Az országok közötti akár négyszeres előfordulási arányt jelző térdprotézis műtétek száma több országban növekedést mutat, a csonttrikulás növekvő gyakorisága és a klinikai irányelvekben bekövetkezett változások következtében (pl. több betegségben, elhízásban szenvedő betegeknél fiatalabb korban is javasolt a műtét végrehajtása). E beavatkozások aránya Ausztráliában, Svájcban, Finnországban, Kanadában és Németországban a legmagasabb (100 ezer főre több mint 200), Izraelben és Portugáliában pedig a legalacsonyabb (100 ezer főre 56, ill. 75). Az egyes országokon belül is jelentős, két-háromszoros eltérések vannak a régiók között; Kanadában, Portugáliában és Spanyolországban ugyanakkor ötszörös különbség tapasztalható. Belgiumban és Kanadában regisztereket hoztak létre a műtéti indikációk, műtéti technikák és egészségügyi eredmények monitorozására. Finnországban kritériumrendszert dolgoztak ki a beavatkozások szükségességének értékelésére. Angliában a beavatkozások előnyeiről és kockázatairól szóló kiadványokkal igyekeznek támogatni a betegek döntését.

A méheltávolítás rátájában az országok között relatíve magas a variáció, a műtét prevalenciája Kanadában és Németországban 75 százalékkal magasabb, mint Izraelben, Portugáliában, vagy Csehországban. Több országban két-háromszoros különbségek tapasztalhatók a méheltávolítás előfordulásában. Legnagyobbak, közel négyszeresek az eltérések Kanadában és Csehországban.

A császármetszések aránya 50 százalékkal magasabb Olaszországban, Portugáliában, Ausztráliában, Svájcban és Németországban (1000 élveszületésre 300 fölötti), mint Finnországban (1000 élveszületésre 181). Az országokon belüli eltérések relatíve alacsonyak, kivéve Olaszországot, ahol a régiók között hatszoros különbség is fennáll (a déli tartományok magas rátái miatt). A magán for-profit kórházak egyes országokban (pl. Franciaország, Olaszország, Spanyolország, Svájc) több császármetszést végeznek, mint az állami kórházak. Ugyanakkor az egyes orvosok gyakorlata (pl. Egyesült Államokban), valamint a kórházakban rendelkezésre álló erőforrások is befolyásolhatják a császármetszések arányát (pl. Finnország kisebb, vidéki kórházainak magasabb rátáit részben indokolhatja, hogy nem rendelkeznek elegendő erőforrással a lehetséges sürgősségi esetek kezeléséhez). A császármetszések arányát növelheti, hogy a magas társadalmi-gazdasági státuszú nők szívesebben szülnék császármetszéssel számos országban (pl. Spanyolországban). Az indokolatlan császármetszések csökkentésére Olaszországban tartományi célkitűzéseket határoztak meg az arányokra vonatkozóan, mely valószínűleg hozzájárult ahhoz, hogy a legmagasabb rátájú tartományokban 2012-től csökkenés indult be. Spanyolországban néhány kórházban bevezettek egy, a császármetszések szükségességének értékelésére szolgáló check-list-et, melynek hatására csökkent a beavatkozások aránya. Belgiumban a kórházak visszajelzést kapnak a császármetszések arányában tapasztalható, kórházak közötti eltérésekről, ami elősegítette a ráták közeledését. Franciaország csökkentette a császármetszés és a normál szülés árának különbségét, Angliában pedig egyenlő árat szabtak meg a két beavatkozásra.

Az ellátások igénybevételének indokolatlan földrajzi különbségeit az irányelvek kidolgozásán és betartatásán, a regionális szintű célkitűzéseken, a finanszírozási mechanizmusok felülvizsgálatán, a betegeknek nyújtott döntéstámogatáson, az erőforrások újraelosztásán kívül hatásosan támogatja a földrajzi eltérések jellemzőinek nyilvános közlése, a kiugró értékek vizsgálata, a szolgáltatói szintű jelentéstétel és visszacsatolás. Több országban az egészségügyi ellátásban fennálló változékonyságot atlaszokban mutatják be. Az amerikai Dartmouth atlasz (<http://www.dartmouthatlas.org/>) gyakorlatát követik a 2011-ben 71 indikátort tartalmazó, interaktív térképekkel ellátott angol NHS atlaszok (NHS Atlases of

Variation in Healthcare): <http://www.sepho.org.uk/extras/maps/NHsatlas2011/atlas.html>. Németországban az egészségügyi ellátás regionális eltéréseinek feltérképezésére a Bertelsmann Alapítvány 2011-ben indított a szakembereknek és a lakosságnak egyaránt szóló weboldallal támogatott programot (Faktencheck Gesundheit: <https://faktencheck-gesundheit.de>).

Svéd intézkedések a daganatos betegek várólistáinak csökkentésére

A svéd egészségügy sem mentes az ellátás egyenlőtlenségeitől. A kormány 2015-2018 között évente 500 millió svéd koronát (53,4 millió eurót) kíván fordítani a daganatos betegek ellátásában tapasztalható várólisták, illetve regionális egyenlőtlenségek csökkentésére. Az intézkedés célja, hogy a magas minőségű daganatos ellátást méltányosabbá tegyék, és növeljék a betegelégedettséget. Jelenleg sok helyen jelentős várólisták, valamint nagy regionális különbségek tapasztalhatók. Az ország egyes részein a beutalástól a kezelésig háromszor annyit kell várakozni, mint az ország más részein. A várólisták csökkentését az Országos Rákstratégia és a hat Regionális Rákközpont keretén belül fogják megvalósítani.

A megszerzett tapasztalatokat, eredményeket és tudást az egészségügyi szolgáltatások más területein is hasznosítani kívánják. (Anell et al. 2014.10)

A lengyel várólista csökkentési csomag

A várakozási idők jelentős szakpolitikai gondot, magas és növekvő kielégítetlen egészségügyi szükségleteket jelentenek Lengyelországban. Elsősorban a szakellátás konzultációit és kezelési eljárásait, az elektív fekvőbeteg ellátást, a rehabilitációt és bizonyos diagnosztikai eljárásokat érintik. 2013 nyarán a leghosszabb várakozások az ortopédiában, mozgásszervi traumatológiában (11,5 hónap), a szemészetben (7,8 hónap), az angiológiában (7,2 hónap) voltak. A jellemző regionális különbségeket részben a kapacitások egyenlőtlen eloszlása, részben a kötelező egészségbiztosítás összegeinek a 16 vajdaság közötti, pusztán életkort és nemet, előző évi finanszírozást figyelembe vevő elosztása okozza, ami nincs tekintettel a lakosság eltérő egészségügyi szükségleteire.

A várakozási idők legfőbb oka az állami egészségügyi rendszer alulfinanszírozottsága és a betegellátás gyenge koordinációja. A várakozási idők csökkentésére hozott reformcsomag, amely az alapellátást, az ambuláns szakellátást és a kórházi ellátást egyaránt érinti, 2015. január 1-jén lépett életbe. Pénzügyi és egyéb intézkedéseket vezetnek be az alapellátás megerősítésére és a betegeknek a szakellátástól az alapellátás felé történő elmozdítására. Az intézkedések között található a „recept vizit”, amely lehetővé teszi, hogy a vényeket a szakorvos helyett a háziorvos is felírhasssa, és amely felhatalmazást ad az ápolóknak bizonyos gyógyszerek felírására, diagnosztikai eljárások elrendelésére. Emelt díjat kapnak az első szakorvosi vizitek, ha a beteget gyorsan diagnosztizálják, csak a szükséges vizsgálatokra utalják, és a további szakorvosi vizsgálatok helyett kezelési tervvel visszautalják a háziorvoshoz. Pénzügyi ösztönzőket vezettek be az ambuláns sebészet és a rövidebb kórházi ellátás támogatására is. A várólistákat központosítják, ezáltal átláthatóbbá teszik, és megkönnyítik menedzselésüket. A központosított listák az első rendelkezésre álló időpontot fogják jelezni az átlagos várakozási idők helyett, így a betegek és az egészségügyi szakemberek pontosabb információkhoz jutnak a kezelés várható idejéről. Az Egészségbiztosítási Pénztár szerepe az állami szolgáltatásvásárlásra fókuszál, szerződésai a

lakosság egységes irányelvek szerint feltérképezett szükségletein fognak alapulni, az árazás feladatköre pedig a szolgáltatások realisabb értékelése érdekében átkerül az Egészségügyi Technológia Értékelési Hivatalhoz. Az ellátás nagyobb stabilitása érdekében a házi orvosokkal hosszabb időre kötnek szerződést.

Az intézkedések sikerét a házi orvosok ellenállása csökkentheti. Mivel nincsenek felkészülve a komplexebb egészségügyi szükségletekkel rendelkező betegek fogadására, a megnövekedett számú beteg alapellátás felé mozdítása önkéntelenül a sürgősségi ellátás nagyobb fokú igénybevételéhez vezethet. (A reform miatt január elején a lengyel házi orvosok ötöde nem hosszabbította meg szerződését az Egészségbiztosítási Pénztárral. Hosszú tárgyalásokat követően végül megállapodás született az Egészségügyi Minisztérium és az orvosok között.) (Kowalska et al, 2015)

Minőségbiztosítás a dán és észti házi orvosi gyakorlatban

Dánia kórházi szektorában már 2009-ben bevezették a Dán Egészségügyi Ellátás Minőségügyi Programján alapuló minőségmodellt, amely országos standardok alapján nyújt akkreditációt a szolgáltatók számára. A Dán Házi orvosok Szervezete és a Dán Régiók 2014 májusában állapodtak meg arról, hogy a 2014-2018-as időszakban az alapellátásban is alkalmazni fogják a minőségmodellt. Az akkreditációs eljárásokat a kórházakhoz hasonlóan a Danish Institute for Quality and Accreditation in Healthcare (IKAS) végzi. A házi orvosi ellátásban a minőség szakmai, szervezeti és betegtapasztalatokon alapuló jellemzőkből tevődik össze, így a kidolgozás alatt lévő standardok a diagnosztikai és terápiás eljárásokat, az ellátáshoz való hozzáférést, a szolgáltatások koordináltságát, a betegekkel való kommunikációt és a betegeknek a kezeléseikkel kapcsolatos döntéshozatalba való bevonását tükrözik. Az értékelés adatai a házi orvosok elektronikus jelentéseiből származnak. A 2014-es megállapodás értelmében a házi orvosoknak háromévente betegelégedettségi felmérést is végezniük kell, amelynek eredményeit nyilvánosságra is hozzák. (Christiansen, Rudkjøbing, 2014)

Észtországban az Észti Egészségbiztosítási Alap (EHIF) és a Családorvosok Egyesülete 2014-ben állapodott meg átfogó minőségmenedzsment rendszer bevezetéséről az alapellátás szolgáltatói körében. A minőségmenedzsment rendszert 2015-ben dolgozzák ki, és a következő években fokozatosan vezetik be. (Habicht, 2015)

Források

- Addicott, Rachael: Commissioning and funding general practice - Making the case for family care networks. King's Fund, 2014.
<http://www.kingsfund.org.uk/publications/commissioning-and-funding-general-practice>
- Anell, A, Lennartsson, F, Östh, T: Government action plan for chronic diseases. 2014.06.23.
<http://www.hspm.org/countries/sweden25022013/countrypage.aspx>
- Anell, A, Lennartsson, F, Östh, T: Efforts toward equitable and accessible cancer care. 2014.10.29.
<http://www.hspm.org/countries/sweden25022013/countrypage.aspx>
- Bertelsmann Stiftung: Faktencheck Regionale Unterschiede 2014.
<https://faktencheck-gesundheit.de>
- BMG - Bundesministerium für Gesundheit: Bund, Länder und Sozialversicherung einig über neues Konzept zur Primärversorgung - Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt, 2014.07.01.
http://www.bmg.gv.at/home/Startseite/aktuelle_Meldungen/Primaerversorgung_in_Oesterreich_neu
- Christiansen, T. - Rudkjøbing, A.: Quality assurance and accreditation in general practice. Health Systems and Policy Monitor, 2014.10.15.
<http://www.hspm.org/countries/denmark27012013/countrypage.aspx>
- DH: Dáil passes Health (General Practitioner Service) Bill 2014. Department of Health, <http://health.gov.ie/blog/press-release/dail-passes-health-general-practitioner-service-bill-2014/>
- DH: Department of Health: Better Care Fund. Policy Framework. 2014. December.
https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/381848/BCF.pdf
- DH: Department of Health: Money Follows the Patient - Policy Paper on Hospital Financing. 2013 http://health.gov.ie/wp-content/uploads/2014/03/MoneyFollowsthePatient_HFPP.pdf
- EHIF: Estonian Health Insurance Fund: Yearbook, 2013. Tallin, 2014.
- EXPH (EXpert Panel on effective ways of investing in Health), Preliminary report on Definition of a frame of reference in relation to primary care with a special emphasis on financing systems and referral systems, 27 February 2014, European Commission.
http://ec.europa.eu/health/expert_panel/opinions/docs/001_definitionprimarycare_en.pdf
- Habicht, T.: Further financial incentives for primary care providers. 2015.01. 14.
<http://www.hspm.org/countries/estonia05112013/livinghit.aspx?Section=3.7%20Payment%20mechanisms&Type=Section#16Pricingmethodsunderexternalreview>

- Habicht, T: Estonian Health Insurance Fund launches public campaign to promote family medicine centered care. 2014/b.06.18.
<http://www.hspm.org/countries/estonia05112013/countrypage.aspx>
- Habicht, T.: Innovation in primary care payment methods incentivise family doctors to take the central and broader role in patient's care. 2014/a.06.08.
<http://www.hspm.org/countries/estonia05112013/livinghit.aspx?Section=3.7%20Payment%20mechanisms&Type=Section>
- Handlingsplan 2014. Nationell strategi för att förebygga och behandla kroniska sjukdomar. Regeringskansliet. 2014.
<http://www.regeringen.se/content/1/c6/24/14/34/c9e3993c.pdf>
- Health at a Glance: Europe 2014. OECD - European Commission. <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8114211e.pdf?expires=1418826047&id=id&accname=guest&checksum=74A5F5C9B27C54D594F71418E26DAE45>
- Hsiao, William C., Li, K.T.: What is a Health System? Why Should We Care? School of Public Health, August, 2003
- Kaiser Family Foundation: New Kaiser Survey Finds Eleven Million Newly Insured Adults As of Mid-December, But Nearly Half Who Remained Uninsured One Year After Full Implementation of the Affordable Care Act Were Eligible for Medicaid or Marketplace Tax Credits. 2015. jan. 29.
<http://kff.org/health-reform/press-release/new-kaiser-survey-finds-eleven-million-newly-insured-adults-as-of-mid-december-but-nearly-half-who-remained-uninsured-one-year-after-full-implementation-of-the-affordable-care-act-were-eligible-for-m/>
- Kees, van G., Pearson, M.: Health, Austerity and Economic Crisis. Assessing the short-term impact in OECD countries. OECD Health Working Papers No. 76, 2014. 09. 01.
http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-austerity-and-economic-crisis_5jxx71lt1zg6-en;jsessionid=6mp1rm1a71hm6.x-oecd-live-02
- Réforme nécessaire et urgente du financement des hôpitaux - le KCE propose un cadre conceptuel global. KCE Reports, 2014.09.26.
<https://kce.fgov.be/fr/press-release/r%C3%A9forme-n%C3%A9cessaire-et-urgente-du-financement-des-h%C3%B4pitaux-le-kce-propose-un-cadre-conc>
- Kroneman: The reform of long-term care in 2015. HSPM Health Policy Updates - Netherlands, 2014
<http://www.hspm.org/countries/netherlands25062012/countrypage.aspx>
- KPMG – The Nuffield Trust: The primary care paradox. The second European Health Summit, 2014
- Kringos et al.: The strength of primary care in Europe: an international comparative study. British Journal of General Practice, November, 2013a.
- Kringos, D.S., Boerma, W., Zee, J. van der, Groenewegen, P. Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. Health Affairs: 2013b, 32(4), 686-694
- Machado, S.R.- Barros, P.P.: Ministry of Health creates Family Nurse position as part of Primary Care Institutions. Health Systems and Policy Monitor, 2014.12.08.
<http://www.hspm.org/countries/portugal25062012/countrypage.aspx>

- McCarthy, Michael: Obama vows to defend key elements of Affordable Care Act. BMJ, 2014
<http://www.bmj.com/content/349/bmj.g6688>
- Mitenbergs: New Minister of Health reduces patient fees. 01 January 2015.
<http://www.hspm.org/countries/latvia08052014/countrypage.aspx>
- NHS England: NHS England announces £1bn investment in primary care over the next four years, 2015a.
<http://www.england.nhs.uk/2015/01/15/pc-investment/>
- NHS England: £10 million investment boost to expand general practice workforce, 2015b.
<http://www.england.nhs.uk/2015/01/26/boost-gp-workforce/>
- O'Brien, John: Ireland is moving towards Academic Medical Centres. Health Manager, July 2011.
<http://journal.hmi.ie/?p=1993>
- OECD (2014), Geographic Variations in Health Care: What Do We Know and What Can Be Done to Improve Health System Performance?, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing.
http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/geographic-variations-in-health-care_9789264216594-en
- Projet de loi de Santé. Changer le quotidien des patients et des professionnels de santé. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Dossier de Presse. 2014.10.15.
[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/151014 - Dossier de Presse - Loi de sante.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/151014_-_Dossier_de_Presse_-_Loi_de_sante.pdf)
- Sikkut, R.: E-consultations added to the list of reimbursed services. 2013.11.13.
<http://www.hspm.org/countries/estonia05112013/livinghit.aspx?Section=3.7%20Payment%20mechanisms&Type=Section#16Pricingmethodsunderexternalreview>
- Speech by Simon Stevens, CEO NHS England, to the NHS Confederation Annual Conference 2014. 4 June 2014.
<http://www.england.nhs.uk/2014/06/04/simon-stevens-speech-confed/>
- Sperre Saunes, I, Ringard, Å: End of municipal co-financing of hospital care. 2014.06.06.
<http://www.hspm.org/countries/norway08012014/countrypage.aspx>
- STM (Ministry of Social Affairs and Health): Social welfare and health care reform. 2014.07.23.
http://www.stm.fi/en/ministry/strategies/service_structures?cssType=normal
- The NHS Five Year Forward View. 2014. NHS England,
<http://www.england.nhs.uk/ourwork/futurenhs/>
- Whole Place Community Budgets: Health and social care, 2014
<http://communitybudgets.org.uk/themes/health-and-social-care/>