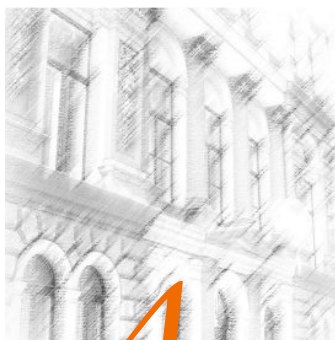


EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZEREK AZ EURÓPAI UNIÓ RÉGI TAGÁLLAMAIBAN

ESKI füzetek



4.

Egészségügyi
Stratégiai
Kutatóintézet

EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZEREK AZ EURÓPAI UNIÓ RÉGI TAGÁLLAMAIBAN

Szerkesztette:

Borbás Ilona - Dr. Kincses Gyula

Készítették:

Borbás Ilona

Ajtonyi Zsuzsa

Lux Lilla

Szirmai László

Verdes Norbert



Egészségügyi Rendszertudományi Iroda
Budapest, 2007

ISSN 1787-8438

ISBN 978-963-86852-3-0

TARTALOMJEGYZÉK

BEVEZETÉS	3
ÖSSZEFOGLALÁS	5
AUSZTRIA.....	16
BELGIUM	28
DÁNIA.....	35
EGYESÜLT KIRÁLYSÁG	40
FINNORSZÁG	47
FRANCIAORSZÁG.....	54
GÖRÖGORSZÁG.....	64
HOLLANDIA	69
ÍRORSZÁG.....	74
LUXEMBURG.....	79
NÉMETORSZÁG	84
OLASZORSZÁG.....	97
PORTUGÁLIA	103
SPANYOLORSZÁG	108
SVÉDORSZÁG.....	112
TÁBLÁZATOK	117

BEVEZETÉS

Az egészségügyi rendszerek működésének elemzése, teljesítményének összehasonlítása számos kutatás tárgya. Az ESKI Egészségügyi Rendszertudományi Irodájának munkatársai is kísérletet tettek arra, hogy az Európai Unió fejlettebb régiójának tagországairól, a régi tagállamok egészségügyi rendszereiről összehasonlítható képet nyújtsanak.

A tanulmány egységes szemléletben vizsgálja azokat a témákat, amelyek meghatározzák vagy leírják egy ország egészségügyét: milyen az országban a gazdasági-politikai háttér, mi jellemzi a lakosság egészségi állapotát, milyen maga az egészségügyi rendszer, miből és hogyan finanszírozzák, milyen szolgáltatásokat kínál. Előrebocsáthatjuk: egyetlen országban sincs egyértelműen jó rendszer, amellyel egyaránt elégedettek a szereplők és tartósan kezeli a finanszírozási kérdéseket. Ezért mindenütt folyamatosan reformokon dolgoznak a helyzet javítása érdekében. Az is általános tanulság, hogy szinte mindenütt kudarcokkal terheltek a reformkísérletek. Az egészségügyet körülölelő általános rosszérzés azonban nem az ellátás eredményein alapul. Folyamatosan nő a születéskor várható élettartam, korábban leküzdhetetlen betegségek válnak gyógyíthatóvá. Persze a korszerű technikának, technológiának, az egészségügyi szolgáltatások szinte univerzális hozzáférhetőségének ára van, s ezt az árat így-vagy úgy, adóból, járulékból és növekvő mértékben az igénybevételek vagy magánbiztosításért fizetett kiadásokból az állampolgár, a beteg fizeti meg. Itthon sem örülünk a növekvő terheknek, nehezen viseljük az ellátás szabályozását, a megjelenő sorban állást, a várakozást a beavatkozásokra.

Példáink az EU-15 tagországokat vizsgálják, ahol a felmérések szerint az egészségügy értékelése a legjobbak közé tartozik. Ahány értékelés, annyszor változik a győztes. Talán Franciaország az, aki az elmúlt években többször szerepelt a különböző listák élén.

A Health Consumer Powerhouse (HCP) által készített Euro Health Consumer Index (EHCI) - 2006 Franciaország egészségügyét találta a legjobbnak. Ezt követi szorosan a holland, a német és a svéd rendszer. Az EHCI felmérés a fogyasztók szempontjai alapján rangsorolja az EU-25 egészségügyi rendszereit. A rangsorolás 28 indikátor figyelembevételével történt, ezek 5 kategóriára osztottak: betegjogok és betegtájékoztatás (10 indikátor), várakozási idő (5 indikátor), teljesítmény/minőség (6 indikátor), az egészségügyi rendszer bőkezűsége (milyen ellátást térítenek) (3 indikátor), gyógyszerügy (4 indikátor).

Franciaország egészségügye már a WHO 2000-ben publikált, a világ egészségügyéről szóló tanulmánya szerint is eredményes. A WHO az egészségügyi rendszerek teljesítménye alapján szintén Franciaországot tette az első helyre. A teljesítménymérésben szerepet kaptak olyan indikátorok, mint a DALE, rokkantsággal korrigált várható életevek, az egyenlőtlenségek az egészségügyben, az egészségügy megfelelősége, betegközpontúsága vagy például az egészségügyre fordított pénzügyi források. 191 országot rangsorolt, az EU-15 tagországok közül az első 10-ben Franciaországon kívül benne volt Olaszország (2.), Spanyolország (7.), Ausztria (9.), de mind a 15 ország az első 34-ben található.

Az EU 2000-ben publikált Eurobarometer felmérésében az egyes EU tagországok lakosainak elégedettségét vizsgálták többek között az adott ország egészségügyi ellátásával. Franciaország lakosai közül a nagyon elégedettek és inkább elégedettek aránya 78%, ezzel Ausztria után (83%) a második helyen van a régi EU tagállamok ranglistáján. Belgium a harmadik 77%-kal, Dánia a negyedik 76%-kal.

A jó eredmény európai viszonylatban társul az egészségügyre fordított kiadások magas szintjével, még ha ez az amerikai költségekhez nem is mérhető.

Az országok bemutatásánál törekedtünk arra, hogy az adott ország minisztériumai, statisztikai hivatalai, biztosítótársaságai, azok szövetségei, felügyeleti szervei által közölt információkból dolgozzunk. A tanulmány végén található táblázatos összefoglalónkban az összehasonlíthatóság érdekében az adatok mögötti módszertani eltérések kiszűrésére a számadatokat egy helyről, a WHO HFA adatbázisából vettük. Előfordulhatnak emiatt kisebb eltérések, amik azonban az országok alapvető jellemzőit nem érintik.

Nyomatott kiadványunkat 2006 októberében lezártuk. A változások azonban nem állnak meg, ezekről az ESKI honlapjának HealthOnLine rovatában (www.eski.hu/hol) nyújtunk folyamatosan aktualizált információt.

Szerkesztők

Hivatkozott források:

- ▶ Health Consumer Powerhouse: EHCI 2006 report.
<http://www.healthpowerhouse.com/media/RaportEHCI2006en.pdf>
- ▶ WHO: World health report 2000.
http://www.who.int/whr/2000/media_centre/en/index.html
- ▶ EUROBAROMETRE 52.1 LES EUROPEENS ET LA QUALITE DE VIE. RAPPORT REDIGE PAR INRA (EUROPE) EUROPEAN COORDINATION OFFICE S.A. POUR La Direction Générale Emploi et Affaires sociales Sécurité sociale et intégration sociale Recherche et analyse sur la démographie et la situation sociale. Juin 2000
http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_135_fr.pdf

ÖSSZEFOGLALÁS

Gazdasági helyzet – politikai háttér

Az EU régi tagállamainak napjainkban egyre több gazdasági problémával kell szembenéznük. Az utóbbi években gazdasági növekedésük lelassult, amelynek okai között említhetők: a kedvezőtlen demográfiai változások, a magas termelési költségek, a korlátozott piac. Mind nehezebb a kiépült jóléti rendszerek fenntartása, egyes elemzések szerint legkésőbb 2027-re Nyugat-Európában az öregségi nyugdíjban részesülők száma alapján a nyugdíjak összege nagyobb lesz annál, amit az egyes államok költségvetése az akkori adókból és járulékokból ki tud gazdálkodni. A lakosság elöregedéséből fakadó problémákat a legtöbb nyugat-európai állam néhány évtizede a külföldi munkaerő befogadásával próbálja orvosolni. Hosszú távon azonban ez sem jelent megoldást, sőt további gondokat is szülhet, társadalmi konfliktusokhoz vezethet. Átfogó, mélyreható reformokra van tehát szükség ahhoz, hogy a nyugat-európai államok társadalombiztosítási rendszere továbbra is fenntartható, működőképes legyen.

Az EU-15-ök kedvezőtlen gazdasági helyzetét az is mutatja, hogy sok ország időről időre nem tudja teljesíteni a Stabilitási és Növekedési Paktum követelményeit, amelyet ezért már meg is reformáltak. A Kopint-Datorg szerint a 2004-ben megindult növekedés 2005 elejére ismét megtorpant. Ez a visszaesés elsősorban a német, a francia és az olasz gazdaság lanyhuló teljesítményének volt betudható, de 2005-ben (Spanyolország kivételével) a többi régi EU- tagországban is lelassult a növekedés. A lanya növekedés oka a fogyasztás alacsony szintje, illetve a tartósan magas olajár, ami visszafogta a beruházásokat is. A munkaerő-piaci helyzet is kedvezőtlenül alakult, különösen az euróövezet államaiban volt magas a munkanélküliség (9%). A legfeljebb 3%-os költségvetési deficit betartása elsősorban Németországnak, Franciaországnak, Olaszországnak, Portugáliának és Görögországnak jelent problémát. Németországban az újraegyesítés és a keleti kibővülés költségei következtében felhalmozott államadósság, valamint a szociális ellátórendszerek lassú reformja miatt csak hosszú távon várható az államháztartási hiány mérséklése. Franciaországban megkezdődtek a sokáig halogatott strukturális reformok, ezek azonban szintén csak hosszabb távon hoznak majd eredményt. Olaszország, Görögország és Portugália helyzete meglehetősen problémás. Az első két ország adatairól kiderült, hogy azok már évek óta kedvezőtlenebbek a korábban közzétett mutatóknál. Portugália esetében pedig a stabilitás program a bekövetkezettnél kedvezőbb konjunkturális feltételekkel számolt, és az ország a legszigorúbb konszolidációs intézkedések foganatosítása mellett sem vállalta, hogy 2008 előtt visszatér az eurózónába.

2006-ban a növekedés gyorsulásnak indult, és az EU-15 minden országában – kivétel nélkül – a 2005. évinél erőteljesebb növekedést prognosztizáltak. A konjunktúra legfőbb motorja az export. Az államháztartás helyzete a konjunktúra ellenére várhatóan 2006-ban sem fog javulni, mert a költségvetést javító intézkedések hatása csak később fog megmutatkozni.

A vizsgált országok többségének politikai helyzete, demokratikus intézményrendszere stabil, általában a bal- és jobboldali kormányok váltják egymást. Néhány országban nagykoalíció van hatalmon, ilyen pl. Hollandia, Németország. A jelenlegi német kormányt a kereszténydemokrata, keresztényszocialista és szociáldemokrata pártok alkotják. Ausztriában régóta a jobboldal van hatalmon, és konzervatív pártok kormányoznak Franciaországban, Írországban, valamint Görögországban is. A legtöbb európai államban a baloldali-liberális erők alkotnak kormányt. Olaszországban gyakoribbak a kormányváltások, valamint az

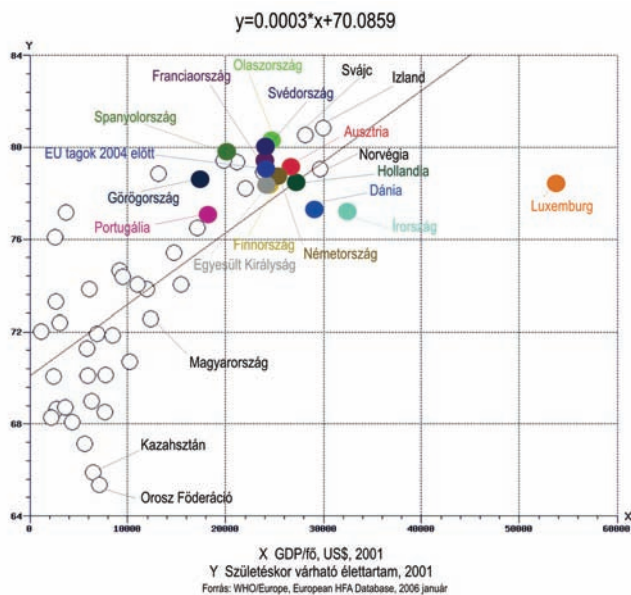
időközi választások. A jelenlegi választások eredményeképpen a balközép váltotta a hatalmon lévő jobboldali tömörülést.

Az EU régi tagországainak egészségügye

A növekvő életszínvonalnak, a javuló életmódnak, a jobb oktatásnak, az ellátáshoz való hozzáférés javulásának és az orvosi terápiák hatékonyságának köszönhetően a születéskor várható élettartam az elmúlt évtizedekben jelentősen nőtt, az 1980-as 74,18 évről 1990-re 76,48 évre, 2004-re 79,43 évre, ez férfiak esetében 76,47, nőknél 82,28 évet jelentett.

Bár a magasabb nemzeti jövedelem általában magasabb születéskor várható élettartammal társul, a régi EU tagországok körében, amelyek általában magasabb nemzeti jövedelemmel rendelkeznek, kevésbé szoros a két mutató közötti kapcsolat. Hasonló egy főre jutó jövedelemmel rendelkező tagországok között számottevő várható élettartambeli eltérések is lehetnek (ami az életmóddal, környezeti tényezőkkel, szokásokkal, hagyományokkal vagy éppen a népegészségügyi programok eredményeivel is magyarázható).

1. ábra: A születéskor várható élettartam és az 1 főre jutó GDP kapcsolata



Az elmúlt évtizedekben a gazdasági és szociális körülmények átfogó javulásának, valamint a születés utáni egészségügyi ellátás javulásának köszönhetően – beleértve a gyermekkori védőoltásokhoz való hozzájutást is – az összes ország figyelemre méltó fejlődést ért el a csecsemőhalandóság mértékének csökkentésében. Az EU-15 tagországokban 1990-ben 7,6 volt a csecsemőhalandóság ezer élveszületettre, 2003-ban 4,46 ezrelék. Portugáliában volt a legmagasabb a csecsemőhalandóság aránya, 10,99 (1990)

ez 4,19 ezrelékre (2003) csökkent, amivel a tagországok mutatóit tekintve a legjobb eredményt elérő első harmadban helyezkedik el.

A 65 éves és annál idősebb népesség százalékos aránya az összes országban nőtt, és ez a tendencia az elkövetkezendő években és évtizedekben – különösen a „baby-boom” generáció öregedéséből adódóan (amely 2010-ben és azt követően tölti be a 65. életévét) – várhatóan folytatódik. Mivel az idősebbek jellemzően jobban rászorulnak az egészségügyi ellátásra és tartós ápolásra, a népesség öregedése várhatóan megnöveli a közkiadásokat.

Az EU régi tagországainak többségében a születések lakosok számára vetített aránya meghaladja a halálozási rátákat. A termékenységi ráta átlaga 1,52 (legmagasabb Írországban: 1,95, Franciaországban: 1,89 és az északi országokban: Dánia, Finnország, Svédország: 1,8; legalacsonyabb a déli országokban, Olaszországban, Spanyolországban: 1,2). A tagországok lakossága növekvő. A halálozások legfőbb okai a szív- és érrendszeri- valamint a daganatos megbetegedések. A szív- és érrendszeri megbetegedések a halálozások közel negyedét, a daganatos megbetegedések 18%-át okozzák. Az országok között található szembetűnő különbségek: a szív- és érrendszeri betegségekben meghaltak aránya (2004-ben, 100 ezer lakosra) a Spanyolországra jellemző 174-től a görögországi 314-ig terjed.

Daganatos betegségekben Finnországban halnak meg a legkevesebben (144/100 ezer fő 2004-ben), Dániában a legtöbben (219/100 ezer fő).

Az egészségügyi rendszerek típusai

Az EU tagállamok egészségügyi, jóléti rendszereit általában két típusba szokták sorolni. Az egyik típus Bismarck német-porosz kancellár, a másik Beveridge brit közgazdász nevét viseli.

Bismarck szociális törvényei az 1800-as évek végén a társadalombiztosítás alapjait teremtették meg. Ma a bismarcki rendszer azt jelenti, hogy egy ország majdnem minden állampolgára (beleértve a munkanélkülieket is) biztosítási alap tagja, amely finanszírozza az állampolgárok számára szükséges egészségügyi ellátást. Az egészségügyi szolgáltatók többsége nincs a biztosítók tulajdonában, tulajdonviszonyaikat tekintve lehetnek magántulajdonban vagy állami, közösségi tulajdonban. A piac szabályozott, bár a szolgáltatókra inkább jellemző az együttműködés, mint a verseny. Statisztikák szerint a biztosítás alapú egészségügyi rendszerek költségei magasabbak, amit a rendszerhez kapcsolódó működési sajátosságok magyaráznak. Ebbe a kategóriába tartozik Németország, Ausztria, Franciaország, Belgium, Hollandia és Luxemburg. Az országok megoszlanak annak alapján is, hogy a biztosítás fejében igénybe vett szolgáltatásokat térítés nélkül vehetik igénybe, esetleg valamilyen felhasználói díj (vizitdíj, receptdíj, kórházi napi térítési díj) kifizetése mellett (pl. Ausztria, Németország), vagy fizetniük kell a szolgáltatás igénybevételekor, s a biztosítótól utólag visszatérítést kapnak (Belgium, Franciaország, Luxemburg). Minden országban több biztosító van jelen a rendszerben, számuk Németországban a legmagasabb (2005-ben 267 biztosító). Jellemző azonban a biztosítási alapok számának csökkenése, ennek mértéke is Németországban a legmagasabb, az 1991-es 1209-ről számuk 78%-kal csökkent.

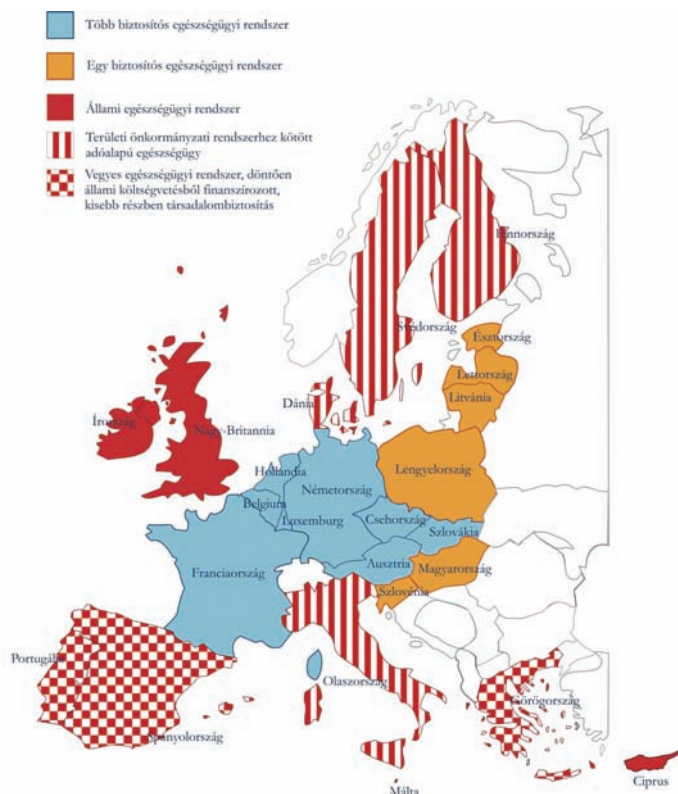
Beveridge azt a csoportot vezette Nagy-Britanniában, amely a második világháború utáni brit szociálpolitika irányvonalait vázolta fel. Neve így az adóból finanszírozott egészségügyi rendszerhez köthetik, ahol a szolgáltatók állami tulajdonban lévő egészségügyi intézmények. Bár nem egyöntetű a kép, mégis ez a rendszer jellemzi Nagy-Britanniát, Írországot, Svédországot, Finnországot, Dániát és a déli országokat, így Portugáliát, Spanyolországot, Olaszországot és Görögországot. A déli országok egy részében az egészségügy finanszírozásában kisebb mértékben jelen van a társadalombiztosítás is. Az

adóalapú rendszerek között Nagy-Britannia és Írország a centralizált formát képviseli, az északi és déli országokat a decentralizált, regionális szervezésen és irányításon alapuló egészségügy jellemzi.

A két modellt elsősorban akként írják le, hogy biztosítás vagy adó alapon működnek. Finanszírozás szempontjából a gyakorlati különbségek nem is olyan jelentősek. A biztosítási járulékok jövedelemfüggőek, a jövedelemből adóhoz hasonlóan fizetendők. A biztosítási rendszerek is alkalmaznak kiegyenlítő mechanizmusokat, hasonlóképpen az adóból fenntartott rendszerekhez. Mindkét rendszer kötelező, kevés kivételtől eltekintve a teljes lakosságot lefedi. Mindenki egyenlő módon kap jogot a szolgáltatásokhoz való hozzáférésre.

Az egészségügyi rendszerek közötti valódi különbségek a funkciókban, politikákban jelentkeznek: a rendszereket a finanszírozási eszközök gyűjtése, forrása mellett a finanszírozási alapok összevonásának (pooling), a szolgáltatásvásárlás módjának, a nyújtott szolgáltatások körének és a lakossági önrészfizetés alkalmazásának módszerei együttesen jellemzik.

2. ábra: Az egészségügyi rendszerek típusai a domináns finanszírozó szerint az EU tagországokban (2006)



Az egészségügyben nehéz vagy lehetetlen egy-egy rendszer lemásolása, átültetése egy másik ország gyakorlatába. Minden ország egészségügyi rendszere hosszú évek hagyományaival épült a helyi sajátosságoknak megfelelően. Az egészségügyi rendszerek jellegétől függetlenül az országok általános problémája, hogy megfeleljenek a növekvő szükségleteknek és a tudományos-technikai fejlődés nyújtotta lehetőségeknek, s mindemellett az egészségügy fenntarthatóságát is biztosítani tudják.

Az egészségügyi kiadások a legtöbb országban gyorsabb ütemben növekedtek, mint a gazdasági növekedés. 2004-ben az EU-15 tagországok GDP-jük átlag 9,27%-át fordították egészségügyi kiadásokra, az 1990-es 7,1%-hoz és az 1970-es alig több, mint 5%-hoz képest. A GDP egészségügyi kiadásokra szánt aránya azonban jelentős eltéréseket mutat az egyes országok között. Legmagasabb Németországban, 10,9%, legalacsonyabb (Luxemburgot nem számítva) Írországban (7,2%), 7,5-7,8% Ausztriában, Finnországban és Spanyolországban. A kiadásokból a legtöbbet viseli az állam Luxemburgban (90,2%) és az Egyesült Királyságban (85,9%), 80% fölötti még az állami részvétel aránya Svédországban (85,4%), Dániában (82,6%). Legalacsonyabb az állami részvétel aránya Görögországban (51,7%) és Hollandiában (61,2%). 70% körüli az állami kiadások részesedése az összes egészségügyi kiadásból Ausztriában (67,6%), Portugáliában (69,7%), Belgiumban (70,9%), Spanyolországban (71,9%).

Egészségügyi reformok

Az egészségügyi reformok nem egyszeri intézkedést jelentenek, az EU régi tagállamai hosszú távú feladatként kezelik az egészségügy megújítását, átszervezését. Az egészségügyi reformok iránti permanens igény az egészségügyi ellátás sajátos természetét tükrözi. Az Európai Unió minden országa, akár állami, akár társadalombiztosításon alapuló rendszert működtet, globálisan ugyanazon kihívásokkal szembe, hasonló problémákkal küzd: az egészségügyi kiadások növekedése a lakosság előregedése, a fokozódó fogyasztói elvárások és a technika-technológia fejlődése következtében az egyik oldalról; az igényekhez mérten szűkösen rendelkezésre álló források, csökkenő járulékal (adó)bevételek, a közkiadások mérséklésére nehezedő gazdasági nyomás a másik oldalról. Az európai gyakorlatra, kultúrára jellemző szolidaritási és méltányossági, equity célkitűzések az alapvető egészségügyi szolgáltatások nyújtását nem az egyének fizetőképességétől teszik függővé.

A reformok célja általánosságban az ellátás egyenlő elérhetőségének biztosítása, a minőség, kimenetek javítása, megfelelő szintű források, megfelelő költség-haszon, költség-hatékonyság mutatók biztosítása. A célok egyes elemei az évek során eltérő hangsúllyal szerepelnek. Az egészségügyi kiadások gyors növekedése és a gazdasági növekedés megtorpanása által kiváltott problémákra a 80-as években a reformok a kiadások korlátozásával válaszoltak, a kiadások korlátozása által kiváltott túlzott feszültségeket a 90-es években a piaci ösztönzők adaptálásával korrigálták. Végül pedig úgy tűnik, hogy újabban növekvő figyelem fordul a piaci ösztönzők által keltett negatív hatásokra. Napjainkban számos EU- tagországban (Nagy-Britannia, Svédország vagy a legutóbbi időben a piaci típusú reformjáról ismert Hollandia) az egészségpolitika ismét nagy hangsúlyt ad a hagyományos európai értékek, az esélyegyenlőség, szolidaritási elv elsőbbségének. Ugyanakkor a piaci reformra is lehet példát találni, pl. Németországban (intézményi privatizáció, betegpénztárak közötti verseny stb.) vagy Hollandia versenyző biztosítói.

A reformok gyakran eredményeznek olyan megoldásokat, amelyek a szabályozás azonos eszközeinek alkalmazása következtében konvergenciára utalnak. A változások következtében Európa országaiban megfigyelhető az állami és magán elemek keveredése az egészségügyben, s ezzel jellemzővé vált a markáns egynemű rendszerek oldódása. A centralizált rendszerek a szükségleteknek való jobb megfelelés érdekében decentralizálnak, az állami rendszerek a piac irányába nyitnak, a decentralizált

rendszerekben helyenként központosítás vagy annak igénye merül fel, hiszen tapasztalatok bizonyítják, hogy bizonyos funkciók központosítva működnek jobban. Tulajdon szempontjából sem az a kérdés, hogy állami- vagy piaci körülmények között működjön az egészségügy, hanem az, hogy milyen feladatmegosztás célszerű az állami és a magánszektor között.

A vizsgált országokban az 1980-as évek óta reformtörekvések központi kérdései: a minőség, az ellátás eredményességének javítása, a páciensek igényeihez való jobb alkalmazkodás. A minőség javításának eszközei között alkalmazzák a klinikai irányelvek, működési standardok, akkreditációs rendszerek fejlesztését, a technológiai értékelést, a szolgáltatók folyamatos monitorozását, értékelését, a teljesítmények mérését, ennek érdekében indikátor-rendszerek kialakítását, a finanszírozási rendszerekben a minőség értékelését, elismerését. Mindez feltételezi az informatika és a menedzsment fejlesztését.

Nagy figyelmet kap a megelőzés és egészségmegőrzés. Stratégiai terület az alapellátás fejlesztése, az ellátás egyenlőtlenségeinek csökkentése. Az egészségügyi rendszerek betegközpontú megközelítése az egyének, páciensek személyes felelősségének, tudásszintjének növelésén, a több választás biztosításán keresztül valósul meg.

A reformok eredményeit illetően elmondható, hogy az országok sok-sok energiát fordítanak marginális eredmények elérésére. A tapasztalatok azt mutatják, hogy az EU-15 tagországokban a reformok az elmúlt években a rendszerek alapvető jellemzőit nem vagy kevés helyen érintették (a finanszírozást tekintve, egyetlen ország sem változtatta meg a forrásteremtés alapvető rendszerét, talán a holland biztosítási rendszer 2006-os változása volt az egyetlen rendszerszintű beavatkozás). A költségérzékenység fokozására azonban a keresleti és kínálati oldalon egyaránt eszközöket kerestek:

- ▶ A co-payment szerepének növelése. (pl. Németország, Ausztria)
- ▶ A biztosítók közötti verseny fokozása (Németország, Hollandia). Ugyanakkor azok a szabályozások, amelyeket a versenyző biztosítók esetében fellépő káros hatások (pl. kockázatszelekció, magas adminisztratív költségek) korlátozása érdekében alkalmaztak, valójában kevés teret hagytak a versenynek.
- ▶ Az új szolgáltatások befogadása során a technológiai eljárás-értékelés felhasználása (pl. Nagy-Britannia, Németország).
- ▶ Koordinált betegellátás, háziorvosi szerep erősítése (Franciaország, Németország).
- ▶ A finanszírozó és szolgáltató szerep elválasztása (a vásárló lehet önkormányzat - Svédország, területi menedzser, GP csoport - Anglia, biztosítási alap - Hollandia).
- ▶ Normatív finanszírozás elterjedése: DRG jellegű kórházi finanszírozás (Németország, Nagy-Britannia, Belgium, Ausztria, Franciaország, Olaszország, Svédország, Finnország stb.), fejpénz jellegű finanszírozás az alapellátásban (Olaszország, Nagy-Britannia, Svédország, Dánia, Írország, Hollandia stb.).
- ▶ A betegek választási lehetőségének bővülése, az egyéni felelősség erősítése (Nagy-Britannia).

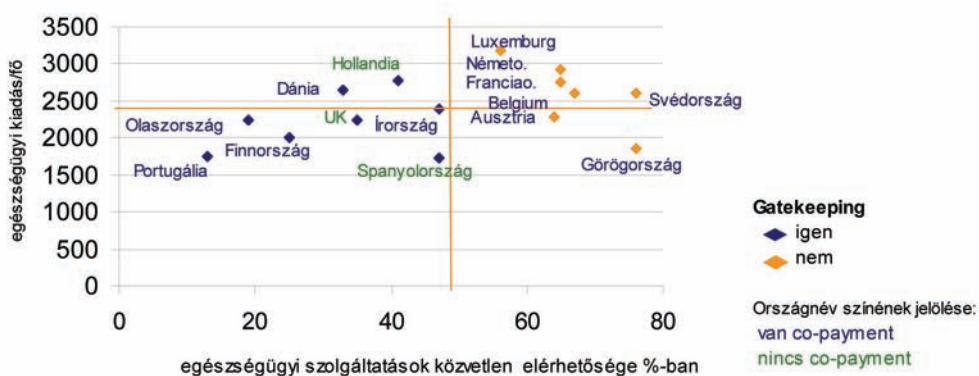
A következőkben a rendszerek működéséből fakadó néhány sajátos problémát emelünk ki, összegezve a problémák megoldását célzó egészségügyi reformtörekvéseket.

A kapuőrző rendszerek és a szolgáltatások közvetlen elérésének kérdése

Az EU-15 tagországokban nagyjából két modell határozza meg, hogyan férhet hozzá a beteg az egészségüghöz. Az egyik a kapuőrző rendszer, ahol a betegnek először egy háziorvossal kell találkoznia bármilyen jellegű egészségügyi panasza esetén, és amennyiben szükség van nagyobb szakértelmet megkövetelő ellátásra, a beteg beutalót kap a szakellátáshoz. A másik modell a közvetlen hozzáférése rendszer, ahol a beteg szabadon dönt, hogy először elmenjen-e a háziorvoshoz vagy közvetlenül szakellátást vegyen igénybe. Az országokat a következőképpen lehet csoportosítani a két modell alapján. Kapuőrző rendszer: Portugália, Olaszország, Finnország, Dánia, Egyesült Királyság, Hollandia, Írország, Spanyolország. Közvetlen hozzáférése rendszer: Luxemburg, Ausztria, Németország, Franciaország, Belgium, Görögország, Svédország. A kapuőr rendszerekben az állami egészségügyi ellátás a meghatározó (kivételem Hollandia), míg a szabad, direkt elérése rendszerek Görögország és Svédország kivételével biztosítás alapú rendszereknek tekinthetők. Az osztályozás 17 szolgáltatás (orvosi ellátás, kiegészítő egészségügyi ellátás és rehabilitációs ellátás területén pl.: fogorvos, gyermekorvos, nőgyógyász, szülésznő, ambuláns szakorvos, kórházi szakorvos, otthoni ellátást nyújtó nővér, pszichoterapeuta, pszichiáter, kórházi fekvőbeteg ellátás, rehabilitációs intézmény stb.) elérhetősége szerint történt. Kapuőrző rendszernek tekinthető az az ország, ahol a szolgáltatások kevesebb mint 50%-a érhető el közvetlenül, közvetlen hozzáférése rendszernek pedig ahol több mint 50%-a.

Vita van arról, melyik típusú rendszer előnyösebb. Vannak tanulmányok, amelyek arra következtetnek, hogy az alapellátást előtérbe helyező egészségügyi rendszerek alacsonyabb költségekkel és jobb kimenetekkel járnak, más kutatók csak az alacsonyabb költségekre találtak bizonyítékot. Ezt tükrözik az alábbi ábra adatai is.

3. ábra: Az egy főre jutó egészségügyi kiadás (PPP USD - 2002) és az egészségügyi szolgáltatások közvetlen elérhetőségének kapcsolata



Forrás: egészségügyi kiadás - WHO European health for all database (HFA-DB)

Néhány közvetlen hozzáférése országban a költségvisszafogás érve a kapuőrző rendszerek bevezetésének terveihez vezetett. Pl. Belgiumban, Franciaországban és Németországban az utóbbi

időben megkezdődött e rendszerek elterjesztése. A kapuóri rendszerek elősegítik a költségesebb szakorvosi ellátás költség-hatékony alkalmazását, biztosítják az ellátás folyamatosságát, lehetőséget teremtenek a betegségmegelőzésre és kiküszöbölik a kezelések indokolatlan megismétlését.

A jelenlegi európai egészségügyi reformok központi eleme a kereslet által irányított egészségügyi rendszer fejlesztése. A betegelégedettség az egészségügyi rendszer teljesítmény értékelésének fontos kritériuma. Betegelégedettség tekintetében a kapuőrző rendszerek rosszabb eredményeket mutatnak fel. Ennek oka részben abban keresendő, hogy a kapuőr modellben a beteg rá van kényszerítve a háziorvosi vizitre, és ha szakorvosi beavatkozás szükséges, a háziorvos felkeresése időt vesz el a betegtől. Másrészt a kapuőr modell a háziorvost monopóliumhelyzetbe hozza, aki ezáltal kevésbé ösztönzött arra, hogy a beteg meglegedésére cselekedjen, szemben a közvetlen hozzáférés esetével, ahol a háziorvosok más ellátókkal kerülnek versenybe a betegekért. Összességében a választás lehetőségének biztosítása a legtöbb ország betegközpontú egészségügyi reformjának célkitűzése.

Várólisták

A várólisták léte az egészségügy szűkös kapacitásait jelzi a lakosság szükségleteihez viszonyítva. A várólisták jelenthetnek hiányt a tényleges intézményi vagy humán erőforrás rendelkezésre állásában, de jelenthetnek finánciális nehézségeket is a szolgáltatások finanszírozásában.

Angliában, az NHS (Országos Egészségügyi Szolgálat) által nyújtott egészségügyi ellátást igénybe vevő betegeknek több mint hat hónapot kell várniuk elektív szívsebészeti beavatkozásokra, szürkehályog-eltávolításra, csípő- vagy térdprotézisre. Rövid távú, 2006-2007-es reformtervek szerint minden rákbetegnél a maximum várakozási idő a sürgős beutalótól a kezelésig két hónap lehet, a diagnózistól a kezelésig pedig egy hónap. 2008-ig biztosítani kell, hogy maximum 18 hét teljen el a háziorvos beutalása és a kórházi kezelés között.

Finnországban 2005 elején hoztak jogszabályokat az egészségügyi ellátásra való várakozási idő maximalására. Az egészségügyi szolgáltatásokat érintő törvénymódosítás időbeli garanciát írt elő a kórházi ellátáshoz való hozzáférésre 6 hónapon belül, célkitűzése a várólisták csökkentésének megvalósítása volt a szolgáltatások színvonalának emelése révén.

Várólisták jellemzik még Írország, Spanyolország, Portugália, Dánia, Svédország, Finnország egészségügyét. Láthatóan a várólisták az adóalapú, állami egészségügyi szolgálatokat működtető országok keresletszabályozó jelenségei.

A várólisták csökkentését szolgálja a kórházválasztás lehetőségének bevezetése és bővítése több országban (lakóhelyen kívül, más régióban vagy más országban igénybe vehető kórházi kezelések). Angliában legalább négy kórház közötti választást kívánnak garantálni 2007-ig. Angliában egy kísérleti projekt keretében minden beteget egészségügyi tanácsadó segített a választással kapcsolatos döntésében.

A választás nyújtásával együtt jár a szolgáltatói verseny kiszélesítése.

Co-payment

Az egészségügyi rendszerek finanszírozásában az adó- és egészségbiztosítási járulékbévételek mellett növekvő szerepet kapnak a magán egészségügyi kiadások. Ez főként az out-of-pocket kifizetéseknek, és kisebb mértékben a magánbiztosítás elterjedésének tulajdonítható.

Az out-of-pocket kifizetések három típusa:

- ▶ a közvetlen kifizetések (a nem fedezett szolgáltatások megvásárlása),
- ▶ a költségmegosztás
- ▶ informális kifizetések.

A költségmegosztás direkt formái:

- ▶ flat-rate payment vagy fixed fees: a beteg szolgáltatásonként fix összeget (átalánydíjat) fizet,
- ▶ co-insurance: a beteg a teljes költség meghatározott százalékát viseli, a fennmaradó összeg a biztosítót terheli,
- ▶ deductible: a beteg a költségeket egy bizonyos szintig állja, az ezt az összeget meghaladó költségek - speciális esetekben vagy egy bizonyos időszakban – a biztosító fedezete alá esnek.

A tagországokban általában a költségmegosztást alkalmazzák a gyógyszerekre, a fogászati ellátásra és néhány más ellátástípusra. A társadalombiztosításon alapuló rendszerek előszeretettel alkalmazzák a költségmegosztást a háziorvosi és a szakorvosi konzultációkra vagy/valamint a fekvőbeteg-ellátásra is, az adózáson alapuló rendszerekben ez néhány országban (Egyesült Királyság, Spanyolország, többségében Dánia) nem jellemző.

A háziorvosi ellátásban és a járóbeteg-szakellátásban alkalmazott költségmegosztás formája többnyire fix díj vagy százalékos díj. A költségmegosztás és az anyagi védelmet nyújtó mechanizmusok országonként változóak, egyes betegségeknél szenvedők, krónikus betegek, gyermekek, idősek, bizonyos jövedelem alatti lakosok védelmet élvezhetnek.

A fekvőbeteg-ellátásban alkalmazott költségmegosztás többnyire naponként fizetendő co-payment formájában jelenik meg, és országtól függően 5-16 euró közötti összegtől (pl. Ausztria, Franciaország, Luxemburg, Németország és Svédország, Belgium), 26-45 euró (pl. Finnország, Írország – II. kategória) közötti összegig terjedhet. Svédországban, Finnországban pl. kötelező a co-payment a sürgősségi ellátásban is.

A fizetendő co-payment a legtöbb országban felső korlátos, tehát ha elér egy bizonyos összeget, nem kell tovább fizetni. Az éves kiadásokat maximáló védelmi mechanizmusok 100 euró (Svédország) és 600 euró (Finnország) között mozoghatnak.

A gyógyszerek esetében a költségmegosztás legáltalánosabb formája a co-insurance, de Ausztriában és az Egyesült Királyságban gyógyszer rendelésenként átalánydíjas co-payment van érvényben. Írországban a magasabb jövedelemmel rendelkező betegek csoportjára havonta számítanak deductible-összeget, Finnországban receptenként kombinált (deductible+co-insurance) módszert alkalmaznak.

Az anyagi védelmet nyújtó mechanizmusok az egyes országokban különbözőképpen érvényesülnek, mivel vonatkozhatnak lakosságcsoportokra, termékcsoportokra, illetve alkalmazásuk betegségtől, jövedelemtől, kortól vagy gyógyszeritípustól függően történhet.

A fogászati ellátás teljes költsége a felnőtt betegre hárul Olaszországban, Spanyolországban, Portugáliában, Hollandiában és Svédországban, bár ez utóbbi két országban a gyermekek fogászati ellátása ingyenes, ugyanúgy, mint további hat EU tagországban, ahol a felnőttekre co-payment vonatkozik.

A költségmegosztás mellett, és ezzel szemben számos érv sorakozik fel. A költségmegosztás mellett szól, hogy visszaszorítja az egészségügyi szolgáltatások szükségtelen igénybevételét, és a hatékonyság mikro-szintű előmozdításával makro-szintű költségmegtakarítást ér el. Erre több ország esetében konkrét példák vannak (pl. Németország). Növelheti az egészségügy bevételeit, és a többletbevételek a lakosság kiegyensúlyozottabb ellátását szolgálhatják.

Ezzel szemben a lakosság kellő tájékoztatásának hiánya komoly akadályt jelenthet a hatékony ellátás megvalósításában, jóllehet többnyire a szolgáltatók döntenek a betegek helyett, és így a túlzott igénybevétel is sokszor ők idézik elő. A megemelkedett költségek anyagi terhe a közösségi felelősségvállalás helyett az egyénekre hárul, és ez a leghátrányosabb helyzetű betegeket sújtja leginkább.

Bár valamilyen költségmegosztást minden tagország alkalmaz, ez az állami finanszírozás erőforrásai – adóbevételek, egészségbiztosítási járulékok – mellett marginális szerepet tölt be az egészségügy anyagi hátterében. Emellett a co-payment technikáit, mértékét illetően gyakoriak a változások, rendszeresek a módosítások.

Egészségügyi dolgozók

A régi EU tagországokban is egyre nagyobb problémát jelent, hogy nem áll rendelkezésre elegendő számú, megfelelően képzett egészségügyi munkaerő. A gyakorló orvosok számát, eloszlását és összetételét számos tényező befolyásolja, beleértve az orvosi pályakezdéssel szembeni korlátozásokat, a szakirány-választást, a javadalmazást, egyéb munkakörülményeket és a migrációt. 2003-ban, az egy főre jutó praktizáló orvosok számában számottevő eltérések mutatkoztak az egyes országok között. A skála tetején az 1000 lakosra jutó több mint 5-6 orvost számláló Olaszország és Görögország áll. Az egy főre jutó praktizáló orvosok száma viszonylag alacsony volt az Egyesült Királyságban. Néhány ország kivételével a jelentések általános nővérhányról szólnak. A jelentések szerint Írország és Hollandia rendelkezik a legtöbb nővérrel; 2004-ben 19-14 volt az 1000 lakosra jutó nővérek száma. A skála másik végén Görögország áll, az 1000 lakosra jutó kevesebb, mint 4 nővérrel.

A számbeli hiányt fokozza az EU munkaidő direktívája, ami korlátozza a törvényes munkaidő hosszát (heti munkaidő 48 óra), másrészt szabályozza az ügyeleti munkavégzés térítését. A direktíva jelenleg átalakítás alatt van. (Az EP által elfogadott szöveg szerint az ügyeleti idő teljes időtartama, ideértve a nem aktívan töltött részt is munkaidőnek minősül, kivéve azokat az eseteket, amikor az egyes tagállamokban kollektív szerződésekkel vagy nemzeti törvények meghozatalával úgy nem döntenek, hogy az ügyeleti idő inaktív részét máshogy számolják el.)

További nehézséget jelent, hogy az egészségügyi dolgozók átlagéletkora nő. A fő gond, hogy az egészségügyi rendszerek nem vonzzák a fiatal munkaerőt. Dániában, Franciaországban, Írországban és Svédországban a nővérek átlagéletkora 41-45 év. Az Egyesült Királyságban az ápolónők közel fele 40 év fölötti, egyötöde pedig 50 éves vagy annál idősebb.

Több ország külföldi egészségügyi dolgozók befogadásával próbálja enyhíteni a humán erőforrás hiányból fakadó nehézségeket. Elsősorban az angolszász országok, valamint a skandináv államok fogadják szívesen a külföldről érkező egészségügyi munkaerőt. Az orvoscsoport migráció különösen az azonos nyelvű országok között jelentős, így például Belgium és Franciaország vagy Ausztria, Németország és Svájc között. Nyugat-Európa országaiba többnyire más európai országokból (főleg Kelet-Közép-Európából) vándorolnak át orvosok, de az Egyesült Királyságban számos más kontinensről érkező (pl. indiai orvos) is munkát vállal.

Mivel a humán erőforrás probléma okai sokrétűek, a megoldásához átfogó, összetett intézkedésekre van szükség. Láthatóan változnak az egészségügyi dolgozók kompetenciái (pl. nővérek végeznek el olyan feladatokat, amelyek korábban orvosok végezhettek, az angol NHS-ben ilyen a nővérek receptfelírási jogosultságának biztosítása). Az egészségügyi dolgozók megfelelő munkahelyi, jövedelmi perspektíváinak hosszú távú biztosítása az országok többségének aktuális problémája.

Források

- ▶ Az egészségügyi ellátó rendszerek reformja Európában: az egyenlőség, a minőség és a hatékonyság összeegyeztetése. Európa Tanács Parlamenti Közgyűlése, 2003. szept. 11.
http://www.eski.hu/new3/politika/politika_adatok/eg_rsz_reformja_europaban.doc
- ▶ Dixon, Anna; and Thomson, Sarah: Choice in health care. LSE Magazine, Summer 2005.
<http://www.lse.ac.uk/resources/LSEMagazine/pdf/summer2005/Healthcare%20Spread.pdf>
- ▶ Docteur, Elizabeth and Oxley, Howard: Health Care Systems: Lessons from the reform experience.
OECD Health Working Papers, 2003-12-05.
- ▶ Docteur, Elizabeth: Reforming Health Systems in OECD Countries.
OECD Breakfast Series in Partnership with NABE, Washington, DC, 26 June 2003.
http://www.oecdwash.org/PDFFILES/health2003_wash.pdf
- ▶ Health Care Systems In Transition Country Profiles
www.euro.who.int
- ▶ Health care systems: Public and private management.
The 8th International Conference on System Science in Health Care, Geneva, Switzerland, 2004. 09., előadások
- ▶ Jemai, Nadia; Thomson, Sarah, Mossialos, Elias: An overview of cost sharing for health service in the European Union Euro Observer. 2004. autumn, Volume 6, No. 3.
- ▶ Kroneman Madelon W.; Maarse, Hans; and van der Zee, Jouke: Direct access in primary care and patient satisfaction: European study. Health Policy, Volume 76, Issue 1, March 2006.
- ▶ Stakeholders across EU-25 discuss European healthcare reform
<http://www.euractiv.com/Article?tcaturi=tcm:29-131766-16&type=News>
- ▶ WHO calls for greater support for health-sector workers
http://www.who.dk/mediacentre/PR/2006/20060407_1

AUSZTRIA

Gazdasági-politikai háttér

Az osztrák gazdaság fejlődési üteme 2005-ben a 2004. évihez hasonlóan alakult. A GDP 2005-ben 1,8 százalékkal növekedett. Az egy főre jutó GDP folyó áron számolva ekkor 29 920 EUR.

A gazdasági élénkülés hatására az országban a munkanélküliek számában nem figyelhető meg pozitív változás, a munkanélküliségi ráta uniós összehasonlításban továbbra is alacsony, de növekvő tendenciájú, 2005-ben 5,2 %.

A GDP-arányos államháztartási hiány 2005-ben 1,5%. A kormányzat tudatosan vállalta a költségvetési deficit növelését a konjunktúra élénkítése, a műszaki fejlesztés, a kutatási-fejlesztési tevékenység, a versenyképesség növelése, a szakképzés és az oktatás javítása érdekében. A bruttó államadósság mértéke a GDP százalékában 62,9% (2004: 63,6%). A fogyasztói árak 2005-ben 2,3%-kal növekedtek.

A kormány gazdaságpolitikai céljai közé a következők tartoznak:

- ▶ a versenyszféra erősítése,
- ▶ az állami tulajdon és az állami vállalati támogatások csökkentése,
- ▶ a tartományok és a szövetség közötti pénzügyi kapcsolatok átrendezése,
- ▶ a nyugdíj- és adóreform.

A 2004-ben megkezdett adóreformnak köszönhetően az általános adóterhek eddig 43,9 %-ra csökkentek, amit a kormány 2010-ig 35 %-ra kíván mérsékelni.

Államformáját tekintve a kilenc tartományból álló szövetségi állam két kamarás parlamenttel rendelkező demokratikus köztársaságként működik. A 2002-ben megtartott rendkívüli parlamenti választásokon ÖVP (Osztrák Néppárt) és FPÖ (Szabadelvű Párt) koalíciós kormány alakult, amelyben a Néppárt súlya tovább nőtt. Az FPÖ 2005 áprilisában BZÖ (Bündnis Zukunft Österreich, azaz Szövetség Ausztria Jövőjéért néven újjáalakult). A választások eredményeképpen az ellenzékhez az SPÖ (Szociáldemokrata Párt) és a Zöldek tartoznak. A tartományi erőviszonyokat a stabilitás jellemzi.

Demográfia

Ausztria népessége 2005-ben 8,233 millió fő volt, a városi lakosság aránya 70% körüli. Az utóbbi két évtizedben a lakosság növekedési aránya alacsonyabb a korábnál. A születési arányszámokat a 70-as évektől folyamatos csökkenés jellemzi, 2005-ben az 1000 főre jutó elveszületések száma 9,5.

A halálozási arány az 1970-es évektől folyamatosan csökkenő tendenciájú. 2005-ben az 1000 főre jutó halálozási ráta 9,13. 1989-ig a természetes szaporodás mutatója negatív előjelű volt. A halálozási arány csökkenésének tulajdoníthatóan a fogyás azonban megszűnt, 1990-től a természetes szaporodás kedvezőbb irányt vett.

Ausztriában a népesség öregedési folyamata figyelhető meg. A fiatalabb korcsoportok aránya csökken, a 60 éven felülieké pedig növekedést mutat. Előrejelzések szerint a 15-60 éves keresőképes lakosság

száma a jövőben tovább csökken, 2041-ben a 60 éven felüliek várható száma 2,85 millióra tehető, azaz számuk mintegy 1,13 millióval lesz magasabb, mint 2001-ben.

A születéskor várható átlagos élettartam férfiaknál és nőknél egyaránt növekvő tendenciát mutat (2005: 83,37 év nők, 76,81 év férfiak). A születéskor várható átlagos élettartam a 90-es években az EU átlaga körül mozgott, 2001-ben már meghaladta azt. Az EU-15 átlagát tekintve 2001-ben mindkét nem együttes születéskor várható élettartama 79,02 év volt, Ausztriában 79,15 év, ami 2005-re 79,7 évre növekedett. A két nem közötti eltérés 1990-ben 6,7 év, 2005-ben 4,35 év volt a nők javára. Az eredményeket kedvezően befolyásolta, hogy az utóbbi 30 évben kimagasló javulást értek el a csecsemőhalálozás területén. Ehhez nagymértékben hozzájárult a terhes nők és a gyermekek magas színvonalú ellátása.

Az osztrák lakosság körében 2004-ben az összes halálozás száma 74 292. A vezető halálokok a kardiovaszkuláris megbetegedések, melyek aránya 2004-ben 43,7%-ot tett ki (a halálozási ráta 2004-ben férfiak körében 326,2/100 ezer azonos nemű lakos; nők esetében 464,6/100 ezer azonos nemű lakos). A vezető halálokok között második helyen szerepelnek 25,9%-os aránnyal a daganatos betegségek (a halálozási ráta 2004-ben férfiak 253,1/100 ezer azonos nemű lakos; nők 218,7/100 ezer azonos nemű lakos). E két halálokok együttesen a halálozások közel háromnegyedéért felelős, mindkettő rátájában csökkenés tapasztalható, összességében a daganatos megbetegedések terén az utóbbi évtizedben 14,2%-os csökkenés volt megfigyelhető.

A légzőszervi megbetegedések száma 2000-től 2003-ig 32,89/100 ezer főről 40,34-re nőtt, 2004-ben ismét csökkenés volt tapasztalható, ekkor a 100 ezer lakosra jutó megbetegedések száma 34,71-re csökkent. Az összes halálozáshoz viszonyítva 2004-ben a légzőszervi megbetegedések száma 6% körül alakult, az emésztőszervi megbetegedéseké 4,5%-ot tettek ki.

Egészségügyi rendszer

A társadalombiztosításon alapuló egészségügyi rendszerben a hatáskörök megoszlanak a szövetségi kormány és a kilenc tartományi hatóság között. A kormány felelős az egészségügyi ellátásért a törvényben rögzített kivételek mellett. A legfontosabb kivétel a kórházi szektor, ahol a kormány felelőssége az alaptörvényre terjed ki, amely alkalmazása a tartományok hatásköre. Szövetségi feladat a kórházi szektor egészségügyi szakmai felügyelete, ellenőrzése.

Az állami és a magánszektor egyaránt részt vesz a szolgáltatásokban.

Ausztriában önálló egészségügyi minisztériumot először 1972-ben hoztak létre. Azóta több átszervezés történt. 2003-tól az egészségügy irányítását a Szövetségi Egészségügyi és Nőpolitikai Minisztérium látja el.

Finanszírozás

Társadalombiztosítás

A társadalombiztosítás magában foglalja a betegbiztosítás, balesetbiztosítás és nyugdíjbiztosítás szolgáltatásait, tágabb értelemben a munkanélküliek ellátását. Az ausztriai társadalombiztosításnak a XIX. század második felében létrejött rendszere kezdettől fogva az önkormányzatiság elve alapján szerveződik: a biztosítottak képviselői és a munkaadók végzik a társadalombiztosítással kapcsolatos ügyek intézését és az állam felügyeleti joggal bír. A társadalombiztosítás alapelvei a szolidaritás, a kötelező jelleg, nem létezik kockázati mérlegelés, a társadalombiztosítás nem nyereségorientált.

Ausztriában a betegbiztosítás mintegy 8 millió lakosra, a balesetbiztosítás (munkahelyi balesetek és foglalkozásból eredő betegségek eseteire) 5,7 millió főre, a nyugdíjbiztosítás 5,2 millió emberre terjed ki. 2004-ben az egészségbiztosítás bevételei 11,263 milliárd eurót tettek ki, ebből a biztosítottak és a munkáltatók által fizetett járulékok nagysága 9,438 milliárd euró, receptdíjból származó bevételek 0,336 milliárd, az egyéb bevételek (állami költségvetési hozzájárulás stb.) 1,410 milliárd euró voltak. A kiadások közül a betegbiztosítás kiadásai 11,516 milliárd eurót tettek ki. A betegbiztosítás legnagyobb kiadási tételei: a kórházi ellátás 3,2 milliárd euró, az orvosi ellátás 2,9 milliárd euró és a gyógyszerek 2,4 milliárd euró. Az adminisztrációs költségek mértéke 351 millió euró (a betegbiztosítás kiadásainak 3%-a).

A kötelező betegbiztosítás a népesség 98 százalékára terjed ki. 22 biztosító foglalkozik betegbiztosítással, közülük három és még egy csak arra szakosodott biztosító balesetbiztosítást is kínál. A biztosítók területi alapon, illetve foglalkozási csoportonként működnek.

A népesség körülbelül egyharmada kiegészítő magánbetegbiztosítással rendelkezik, amely elsősorban a jobb kórházi elhelyezést fedezi, és a szabad orvosválasztásra ad lehetőséget (az alapellátásban a biztosítóval nem szerződött orvos választásakor a költségek 20%-át magánbiztosítás hiányában a beteg viseli). A magánbiztosítás mértéke az egészségügyi összkiadás százalékában 7,3%-ot tesz ki.

A rendszereket a kötelező társadalombiztosítási járulékokból finanszírozzák. A járulékokat törvény határozza meg, a jövedelemtől függenek. A betegbiztosítási járulékok együttes mértéke a bruttó kereset 7,5%-át teszi ki. Az alapjárulékon kívül¹ térítendő további 0,5% kiegészítő járulék a kórház ellátás – megoszlása a munkaadó és munkavállaló között egyenlő arányú –, valamint a munkavállaló részéről további 0,1%-os kiegészítő járulék a balesetekből eredő szolgáltatások finanszírozására. A járulékalap felső határa havi 3750 eurós jövedelem (2006).

A vállalkozók 9,1%-os járulékot térítenek (0,5% kiegészítő biztosítással együtt). A járulékalap felső határa az ő esetükben 4235 EUR.

Az egészségügy finanszírozását többszereplős modell jellemzi. Míg a kórházon kívüli ellátás szereplői a társadalombiztosítókkal szerződnek, a kórházak finanszírozása részben ún. tartományi alapokon keresztül történik, amelyek a társadalombiztosítás forrásain kívül szövetségi, tartományi és helyi önkormányzati pénzeszközöket is tartalmaznak.

Ausztriában az egészségügyi kiadások a 90-es évek végétől a GDP 9,4-9,6%-a körül mozogtak, 2004-ben az egészségügyi kiadások a GDP 9,6%-át tették ki². Az EU-15 átlagát tekintve az osztrák arány tehát magasabb (2003 EU-15: 9,21%). 2004-ben az egy főre jutó egészségügyi kiadások mértéke 2785 EUR. Az összes kiadásból az állami kiadások aránya 70% körüli. Az állami szektorban a társadalombiztosítás a legnagyobb finanszírozó, hozzájárulnak azonban a kiadásokhoz adókból származó bevételeikből a tartományi és helyi önkormányzatok, valamint a szövetségi kormány is. A 30%-os magánfinanszírozás nagyobbik része lakossági kifizetés. A lakosok fizettek egyebek mellett a három hónapig érvényes betegkártyákért, 2006-tól ehelyett az e-card-ot térítenek, amely az ellátás igénybevételének igazolására szolgál, fizetnek a kórházi ellátásért naponként, a felírt gyógyszerekért receptdíjat, önrész vállalás kíséri a

¹ Foglalkozási csoportonként a járulék mértéke, megoszlása eltérő: mezőgazdasági dolgozók 6,9% (munkáltató és munkavállaló 3,45% hozzájárulás), bányászok 6,9% (munkáltató 3,3%, munkavállaló 3,6% hozzájárulás), közalkalmazottak 6,8% (munkáltató és munkavállaló 3,4% hozzájárulás stb.)

² Egyes korábbi források (pl. WHO-HFA) még más számítási elv alkalmazásával képzett mutatókat közölnek, ezek szerint ez az érték 7-8% körül alakult.

gyógyfürdő szolgáltatások, a rehabilitációs szolgáltatások igénybevételét, a gyógyászati segédeszköz felírásokat.

Az e-card szolgáltatás éves díja a betegek részére 10 EUR³.

A biztosítóval szerződésben álló kórházakban napi 10 euró (tartományonként változó összegű⁴) térítési díj fizetése az előírt, melyet évente legfeljebb 28 napos kórházi tartózkodás idejére kell téríteniük a betegeknek. A hozzátartozók kórházi ellátás esetén a járulékos költségekhez (szállítás, étkezés stb.) 10%-os kórházi költség hozzájárulást térítenek, melyre szintén érvényes a 28 napos korlát.

Egészségügyi szolgáltatások

Az egészségügyi ellátórendszer mutatószámai szerint Ausztria az EU tagállamok viszonylatában a vezetők között helyezkedik el. 2003-ban az EU-15 országaiban a 10 ezer főre jutó kórházi ágyak számának átlaga 58,36, Ausztriában 83,4 volt; a 10 ezer főre jutó háziorvosok száma az EU-15 átlagában 10,26, Ausztriában 14,15 (2004: 14,38) volt.

Alapellátás és járóbeteg-szakellátás

A járóbetegek ellátását elsősorban az önálló praxisukban háziorvosként tevékenykedő magánorvosok végzik. 2004-ben a háziorvosok száma 11 757, egy háziorvosra átlagosan 690 lakos jutott. A szakorvosok száma 2004-ben 16 532. Az orvosok két kategóriába tartoznak aszerint, hogy szerződésben állnak-e a társadalombiztosítással vagy sem. A betegek szabadon választhatják meg orvosukat (vonatkozik ez a háziorvosokra és a szakorvosokra egyaránt). Lehetőség nyílik nem szerződéses orvos felkeresésére is, de ebben az esetben a biztosító csak a szerződéses keretek között rögzített honorárium 80%-os arányában téríti meg a beteg költségeit.

A járóbetegek ellátását mintegy 900 szakrendelő (2003), valamint számos kórházi ambulancia látja el.

Az alapellátás orvosai vegyes finanszírozásban részesülnek, az alapszolgáltatások fix díja mellett szolgáltatásonkénti díjat kapnak. Az elszámolás alapját 2006. január elsejéig a betegkártya (Krankenschein) képezte. 2006-tól a betegkártya megszűnt, azt felváltotta az e-card. Az e-card bevezetése negatív hatással járt a háziorvosokra. Csökkent kapuőri szerepük, tovább súlyosbodott anyagi helyzetük. Főként városi területeken mintegy tíz százalékkal csökkent a háziorvosi konzultációk száma, melynek legfőbb oka a szakorvosok közvetlen felkeresése. Habár 2006-tól a szakorvos beutaló nélküli külön térítés mentes felkeresését (fogorvost is beleértve) három alkalomra korlátozták, azonban erről a betegek nem informáltak, és az is kérdéses, hogy alkalmazzák-e a térítést a negyedik szakorvos

³ Háziorvosi ellátás esetén 2006-ig a pácienseknek negyedévente kellett téríteniük az ún. betegjegy 3,63 eurós díját, illetve amennyiben a beteg nem beutalóval kereste fel a szakorvost, negyedévente három alkalommal volt térítendő a 3,63 EUR díj.

⁴ Vorarlberg tartományban az önrész megoszlása a következő: 7,82 EUR (5,45 EUR csökkentett hozzájárulás a szociálisan rászorulóknak részére) költség hozzájárulás és 1,45 EUR finanszírozási hozzájárulás, mindkét összeg az illetékes Tartományi Egészségügyi Alap számlájára kerül átutalásra.

A 0,73 EUR hozzájárulás a tartományilag illetékes Betegek-Kártalanítási Alapjához (Patienten-Entschädigungsfonds) folyik be.

felkeresése esetén.⁵ Ez a 10 százalékos csökkenés a jelenleg praxisonként átlagosan nyilvántartott 906 beteget alapul véve sok háziorvos számára már elviselhetetlen gazdasági nehézségeket okoz. A háziorvosok esetében további bevételkiesést eredményez a telefonon keresztül történő orvosi konzultációk egyre növekvő száma. Korábban ilyen esetben a betegek később elküldhették az orvosnak az elszámoláshoz szükséges betegjegyet, ma az e-carddal a betegeknek személyesen kellene felkeresniük orvosukat, amit azonban sokan kényelmi okból nem tesznek meg.

Fekvőbeteg-ellátás

A kórházi ellátást a Szövetségi Kórháztörvény szabályozza, amely elvi keretszabályozás. Minden tartomány és az azonos jogállású főváros saját kórháztörvényeket ad ki. A lakosság fekvőbeteg-ellátásáért túlnyomórészt a tartományi hatóságok felelősek.

2004-ben 263 kórház volt az országban, ekkor az ágyak száma 63 206. Az ágyak többsége köztulajdonban vagy nonprofit magántulajdonban található. Magántulajdonban működik az ágykapacitás 22,3 százaléka. A 90-es évektől kezdődően 2004-ig az országban több mint tízezerrel csökkent a kórházi ágyak száma (1991: 76 687).

A fekvőbeteg-intézmények között megtalálhatók általános kórházak (ezek száma az összes kórházon belül 116), szakkórházak (gyermekkorház, orthopédia, tüdőkorház, belgyógyászat stb.), rehabilitációs és krónikus betegápoló-otthonok, ápolási otthonok, szanatóriumok. A kórházak átalakítása korábban kórháztervek és nagyberendezésekre vonatkozó tervek alapján, ma strukturális tervek szerint történik, amelyek meghatározzák a szükséges osztályokat, ágyakat, orvostechikai nagyberendezéseket a szövetségi kormány és a tartományok megállapodásával.

A kórházak üzemeltetése többnyire gazdasági társaságok vagy kórházakból alakult szövetségek formájában történik. Az első kórházüzemeltető az osztrák Vorarlberg tartományban jött létre 1979-ben. A kórházüzemeltető társaság (KHBG) megalapítását elősegítette, hogy a legtöbb önkormányzati kórháztulajdonosnak jelentős adósságai voltak, ami nem hatott ösztönzőleg a helyi kórház tulajdonjogának megtartásáért. A KHBG mára már a legnagyobb egészségügyi ellátóvá vált Vorarlberg tartományban, 85%-os piaci részesedéssel. Irányítása alá tartozik 5 állami kórház, 1700 ágygal és 3100 alkalmazottal. Ezek közül a legnagyobb az LKH Feldkirch kórház, mely az innsbrucki egyetem klinikájával áll kapcsolatban. A KHBG külső cégeket szerződött a kiegészítő szolgáltatások végzésére, mint mosoda, étkeztetés, karbantartás, és részben az IT. Az első üzemeltető projekt politikailag életképesnek, gazdaságilag sikeresnek bizonyult.

Az elmúlt évtizedben ez a koncepció a kórház átalakítás legfontosabb modelljévé vált Ausztriában, és a 9 tartományból 7 hozott létre üzemeltető társaságokat.

Felső-Ausztriában a GESPAG nevű vállalat 2002-ben alakult és 50%-os piaci részesedéssel rendelkezik. Mint a tartomány legnagyobb egészségügyi ellátója, 8500 munkavállalót alkalmaz, 12 kórházat üzemeltet 16 különböző körzetben – ezek közül 9 általános kórház, 3 egyprofilú szakosodott kórház. Létrehozása több változáshoz vezetett a felső-ausztriai kórházi színtér szerkezetében és kapacitásában. A többi tartomány tapasztalatát követve a hálózat néhány kórháza megszűnt, az ágyakat áthelyezték megfelelőbb

⁵ Szakorvosi ellátás esetén lehetséges a szabad orvosválasztás, de a beutalóval történő igénybevételel a kívánatos. 2006 előtt a szakorvosi ellátás igénybevételekor, ha a beteg beutaló nélkül kereste fel szakorvosát, negyedévente három alkalommal köteles volt téríteni az ún. betegjegy díját (3,63 EUR).

helyekre, ami a hatékonyság javulásához és jelentős költségmegtakarításhoz vezetett, főként a menedzsment költségeket illetően.

Az üzemeltető-vagyonkezelő szervezetbe való egyesítés lehetővé tette a gyorsabb döntéshozást és a rugalmasabb menedzsmentet. A különálló kórházakhoz képest a források hatékonyabban kezelhetőek, ami szinergiához és a tőkebefektetés kockázatának megosztásához vezet. Emellett a földrajzi régió kórházai bizonyos területekre specializálódhatnak, így a többletkapacitás és az átfedések elkerülhetőek, ami további költségmegtakarítást eredményez.

Az újonnan létrejött társaságok kevés saját alkalmazottal rendelkeznek, többnyire csak a menedzsment testületet tartalmazzák. A korábbi közalkalmazotti státuszokat eltörölték – benne speciális jogokkal, mint rugalmas munkaidő, védelem az elbocsátástól – és helyette a magánjogi szabályozás lépett életbe. Az üzemeltető e szerint vehet fel és küldhet el embereket. Ennek eredményeként a személyzet kiválasztása jóval rövidebb és rugalmasabb, tisztas távolságban a politikai befolyástól.

A rendelkezésre álló adatok ez idáig azt mutatják, hogy Ausztria átalakított kórházi ágazata elérte kitűzött céljait. A kórházak egyesítése, együtt más reformokkal, mint új fizetési rendszerek, a forrás menedzsment javulását, a szolgáltatások jobb minőségét és a költségek csökkenését eredményezte. Az osztrák kórházi szektor képes volt a pénzügyi fenntarthatóságot javítani, miközben a beteg megelégedettség terén a második helyen maradt Európában Finnország mögött.

2004-ben a mintegy 2,6 millió fekvőbeteg ellátásáról 19 009 kórházi orvos és 74 992 szakdolgozó (nővér, szülésznő, asszisztens, technikus stb.) gondoskodott. Átlagosan 3,4 ágyra jutott egy orvos, egy szakdolgozó pedig 0,87 ágýért felelt.

Az állami kiadások (társadalombiztosítás; szövetségi, tartományi, helyi önkormányzati adóbevételek meghatározott hányada és további hozzájárulások) kb. 40%-át a kórházak kapják. Ennek az összegnek nagyjából 50%-a tartományi alapokon keresztül jut el a kórházakhoz. Egyébként a finanszírozási rendszerben a helyi autonómia következtében tartományonként jellemzők a különbségek. A kórházak többsége teljesítményelvű kórházi finanszírozási rendszeren (LKF - Leistungsorientierte Krankenanstalten-Finanzierung) keresztül kapja az ellátást.

Az ágyellátottság eloszlásában előfordulnak egyenlőtlenségek (Burgenlandban 58, Steiermark tartományban 87 ágy jut 10 ezer lakosra). Mivel a kórházak Ausztriában is a legdrágább egészségügyi intézmények, mind a kormányzat, mind a biztosítók főszövetsége keresi a megoldást az átlagos ápolási idő optimálisra való leszorítására. Az utóbbi években - a kórházak igen magas működtetési költségei miatt - ágycsökkentéseket hajtottak végre. Az aktív kórházakban jelentősen lerövidült az ápolási idő: 1995-ben 7,2, 2000-ben 6,31 és 2004-ben 5,87 nap volt.

Egészségügyi dolgozók

Az orvosok száma Ausztriában 1980 óta folyamatosan nő, 2004-ben 38 447 orvos dolgozott Ausztriában. Az utóbbi tíz évben hasonló növekedés figyelhető meg a szakorvosok (52,5%), a háziorvosok (20,8%), valamint a fogorvosok (25,4%) számának alakulásánál is. Az orvosellátottságban azonban különbségek vannak az egyes tartományok között (pl. Bécsben 67, Tirolban 48, Burgenlandban 30 orvos jut 10 ezer lakosra). A kórházi dolgozók esetében jellemző az alkalmazotti státusz, továbbá jellemző a befektető orvosok intézménye.

Az orvosok számának alakulásával egyező növekedés jellemzi az ápolók számát. Míg a 90-es években az ápolók száma hetvenkettőezer körül alakult, 2004-ben számuk már meghaladta a hetvenötezeret.

Gyógyszerpiac

2004-ben a gyógyszerekre fordított kiadások összege 2,4 milliárd EUR-t tett ki (ebből 14%-ot tesz ki a receptdíjból befolyt összeg), a kiadások 3,5%-kal voltak magasabbak, mint a megelőző évben. A növekvő kiadások féken tartása érdekében 2004-ben megállapodás született a betegbiztosítók, gyógyszerészek, gyógyszergyártók és nagykereskedők között a gyógyszertárak árrésének 20,7%-ra (1996: 25,2%) csökkentéséről. Jellemző a gyógyszertárak számának csökkenése, 2006-ban 1253 (2004: 2232) gyógyszertár volt az országban.

A gyógyszerek engedélyezését a BMGF (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen) alá rendelt AGES PharmaMed Austria végzi. A minisztérium határozza meg a társadalombiztosító által térített készítmények listáját (ún. Erstattungskodex – EKO: <http://oertl.at/ek/>) vagy ápolási költség hozzájárulást a pozitív listára kerülő készítmények árát az EU-s átlagárak alapján. Ez az ár képi a támogatás alapját. Az átlagár meghatározásához a készítménynek legalább két EU- tagországban kell forgalomban lennie, ennek hiányában a készítményt az ahhoz legközelebb álló termék árával hasonlítják össze. A gyártónak a kérvényt az Osztrák Társadalombiztosító felügyelete alá tartozó HEK-hez (Heilmittel-evaluierungskommission vagy Gyógyszerértékelő Bizottság) kell benyújtania, amely a terméket az EKO megfelelő csoportjába besorolja. A befogadáshoz többek között a készítménynek gazdaságossági kritériumoknak is meg kell felelnie. Az engedélyezett, azaz az engedélyezési jegyzékben (Erstattungskodex) feltüntetett készítmények esetén, amennyiben azt recepten írták elő, a költségeket a biztosítók vállalják át. A biztosítottaknak téríteniük kell azonban a receptdíj költségét, amely 2006-tól recepten található tételenként 4,6 EUR. A támogatott gyógyszerek jegyzékében a készítmények három csoportba kerülnek besorolásra, illetve van egy negyedik csoport, amely a nem támogatott készítményeket tartalmazza:

- ▶ Első csoport (zöld színnel jelölt): előzetes felírási engedélyhez nem kötött készítmények csoportja, amely a korábban 2004. december 31-ig érvényes gyógyszerjegyzékben (Heilmittelverzeichnis) lévő készítményeket tartalmazza.
- ▶ Második csoport (sárga színnel jelölt): azon termékek kerültek ebbe a csoportba (a felíráshoz főorvosi engedélyezés szükséges, mennyiségi ellenőrzés), amelyeknek jelentős járulékos haszna van, de orvosi vagy gyógyszer-gazdaságossági okokból nem sorolhatóak az első csoporthoz (Heilmittel-Sonderliste, Stoffe für magistrale Zubereitung).
- ▶ A harmadik csoport (vörös színnel jelölt): a piacon újonnan megjelent készítmények csoportja, a kategóriában a készítmények maximum 36 hónapig szerepelhetnek (a felíráshoz főorvosi engedélyezés szükséges, mennyiségi ellenőrzés).

Nem támogatott készítmények csoportja (No-Box): bizonyos esetekben azonban támogathatóak ebből a csoportból is készítmények (Az EKO-ból nem áll rendelkezésre azonos értékű, azzal helyettesíthető készítmény és annak felírása főorvosi engedéllyel történt).

Az OTC termékek bizonyos esetekben támogatottak.

A generikus helyettesítés Ausztriában növekvő (2004:12,3%, célkitűzés 2006-ban: 20%), a betegek körében is egyre elfogadottabb. A receptet felíró orvos egy ún. gazdaságossági lista alapján tájékozódik, ami az orvosokat segíti egy kedvezőbb alternatíva kiválasztásában.

A patikusok nem helyettesíthetik az orvos által felírt originális készítményt generikummal.

Reformok

Az egészségügyi reformintézkedések kidolgozása és bevezetése 1988 óta folyamatosan tart. A fő célkitűzés az egyre növekvő kiadások csökkentése, az ellátás minőségének és hatékonyságának javítása.

A 2005-ös egészségügyi reform

Ausztriában 2004 decemberében elfogadták a kormány által előterjesztett újabb reformjavaslatot. Ez nyújt garanciát a kormány azon törekvéseire, hogy minden állampolgár számára biztosítani tudja az egészségügyi szolgáltatásokhoz való egységes, jövedelemtől és kortól független hozzáférést.

Az elfogadott intézkedések révén Ausztriában megvalósul a tervezés, irányítás, finanszírozás és dokumentáció egységesítése az egészségügy minden területén, tehát mind a kórházon belüli területeken, mind pedig a letelepedett (niedergelassener Bereich) területeken. Az elfogadott reformprogram 2005 - 2008 időszakra szól. Az eddig hatályos megegyezés az egészségügyi és a kórházfinanszírozás újjászervezéséről (BGB1. I Nr. 60/2002) 2004. december 31-én hatályát veszítette. A szövetség és a tartományok új megállapodást kötöttek az egészségügy átszervezéséről és finanszírozási rendszerének megújításáról. A megállapodás biztosítani hivatott a magas színvonalú, költség-hatékony, mindenki számára hozzáférhető egészségügyi ellátást és annak finanszírozhatóságát, szem előtt tartva a finanszírozási keretfeltételeket és a lehetséges költségmegtakarításokat.

A 2005-ös egészségügyi reformcsomag főbb intézkedései

Egységes tervezés, koordináció és finanszírozás

A reformcélok között szerepelt tartományi szinten kilenc egészségügyi platform, illetve szövetségi szinten egy szövetségi egészségügyi iroda létrehozása a szektorokat átfogó egységes tervezés és finanszírozás megvalósításáért a kórházon belüli és a kórházon kívüli területeken (niedergelassener Bereich). Az egészségügyi platformok a tartományi alapok eddigi tartományi strukturális bizottságát helyettesítik, a jövőben nem csupán a kórházi, hanem a letelepedett területek ellátását is tervezik és irányítják, e két terület koordinációját végzik. Szövetségi szinten az eddigi strukturális bizottság feladatai bővülnek ki, és ezeket a feladatokat a szövetségi egészségügyi iroda látja majd el.

A tartományi egészségügyi platformokban az egészségügy minden fontos szereplője helyet kapott: a kormány, a tartományok és a társadalombiztosító azonos arányban, de ezen kívül az orvosi kamara, a betegjogi képviselő és még az egyházi tulajdonban lévő kórházak is kaptak egy-egy szavazati jogot. Ezzel első ízben valósul meg a társadalombiztosító és a tartományok közös felelőssége a teljes egészségügyi ellátás finanszírozása és a szektorokat átfogó tervezés és irányítás felett, kiegészítő intézmények létrehozása nélkül, tehát ezzel is csökkentve az igazgatási költségeket.

A szövetségi egészségügyi iroda végzi a tervezet szerint az egységes tervezést mind a kórházak szükségleteire, mind a letelepedett ellátás szükségleteire vonatkozólag, ezáltal biztosított az egységes tervezés egész Ausztriában.

A minden területre vonatkozó integrált, egységes szolgáltatástervezés alapja a 2006-os *Ausztriai Egészségügyi Strukturális Terv* (Österreichischer Strukturplan Gesundheit), ami 2006. január 1-én váltotta fel az addig érvényes 2003-as kórházakra és nagy értékű berendezésekre vonatkozó tervet

(Österreichischen Krankenanstalten und Großgeräteplan - ÖKAP/GGP 2003). A szolgáltatásokra vonatkozó tervezés 2010-ig került kidolgozásra.

2007-től bevezetésre kerül az egységes diagnosztikai és szolgáltatási dokumentáció a kórházi ambulanciákon és a letelepedett területeken.

A reformpool egyes kórházon belüli szolgáltatások letelepedett orvosokhoz való áthelyezésének biztosítására elkülönített pénzeszközöket foglalja magába. Az ilyen intézkedésekhez az illetékes tartomány és a társadalombiztosító előzetes beleegyezése is szükséges, valamint további fontos szempont az, hogy mind az adott tartománynak, mind a társadalombiztosítónak a szolgáltatások áthelyezéséből valamilyen módon profitálniuk kell. 2005 és 2006 között az erre a célra elkülönített pénzeszközök a járulékok és adók 1%-át teszik ki, 2007 és 2008 között pedig 2% fordítható e célokra.

A kórházi ambulanciákon és a letelepedett területeken folyó teljes ambuláns szakorvosi ellátás átalakítása és az együttműködés új formáinak szervezése veszi kezdetét. Modellkísérletekben próbálják ki, hogy az ambuláns szakorvosi ellátást ún. orvosi centrumokban végezzék-e. Cél: a szakorvosi ellátásban a betegek többször ismétlődő felesleges kezeléseinek és az így keletkező többletköltségeknek a kiküszöbölése, a hosszú várakozási idő csökkentése.

A legfontosabb finanszírozási intézkedések:

- ▶ A receptdíj 10 centtel történő emelése 4,45 euróra (2006: 4,6 EUR),
- ▶ A dohányadó csomagonkénti 18 centtel történő emelése,
- ▶ A betegbiztosítási járulék 0,1%-os emelése négy évre vonatkozólag, ezt a javaslatot a tartományok tették a finanszírozás kiegyenlítésének időtartamára. A 0,1%-os emelés a munkavállalóknak és a munkáltatóknak is 0,05%-os betegbiztosítási járulék növekedést eredményez, ami a kórházaknak és a betegbiztosítóknak 120 millió eurós többletet jelent.
- ▶ A legmagasabb járulékalap emelése (2006: 3750 EUR), ami 30 milliós többletbevételt tesz lehetővé.
- ▶ A kórházi co-payment (napidíj) 8 euróról 10 euróra (tartományonként eltérő összegű) történő emelése, ami 15 millió többletbevételt eredményezhet. Az emelés megtételéről minden esetben az illetékes tartományok jogosultak dönteni (Burgenlandban, Kärntenben és Steiermarkban nincs szó emelésről).
- ▶ A látást javító eszközök költségtérítésének újraszabályozása. A biztosítók részéről 35 millió euró költségmegtakarítás várható. Ezen a területen emelkedik a minimum költségtérítés összege 23 euróról (2004) 72,6 euróra (2005). A 15 év alatti gyermekekre, a receptdíj fizetésére nem kötelezettekre és a családtagként biztosított egyetemi, illetve főiskolai hallgatókra vonatkozólag továbbra is a 23 eurós összeghatár érvényes.

Ezen intézkedéseknek köszönhetően a többletbevételek várhatóan 300 millió euróra tehetők, mely összegnek a fele a tartományokhoz és az önkormányzatokhoz kerül a kórházak finanszírozására, az összeg másik része pedig a betegpénztárat illeti.

Költségcsökkentés és hatékonyságnövelés

A szövetség és a tartományok között megállapodás született egy 300 millió eurós költségcsökkentésről. A legfontosabb ezzel kapcsolatos intézkedések:

- ▶ az LKF pontrendszer (LKF= Leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung) módosítása,
- ▶ a kórházi ágyak számának csökkentése, ill. a kihasználtság növelése,
- ▶ kórházak üzemeltetési költségének csökkentése (pl. konyha, mosoda)
- ▶ új szervezeti formák kialakítása az intézményekben (egy napos ellátásra szakosodott klinikák, egy hetes ellátás szakosodott klinikák)
- ▶ jobb koordináció és a többször elvégzett vizsgálatok elkerülése (kórházak és a letelepedett területek között)
- ▶ a regionális szinten kiegyenlítettebb ellátás megvalósítása a letelepedett területek esetén
- ▶ szankciók alkalmazása, amennyiben az egységes tervet, minőségbiztosítást vagy dokumentációt megsértik. A Szövetségi Egészségügyi Iroda ilyen esetben jogosult a tartományi egészségügyi platformok szintjén pénzügyi eszközök visszatartására, amíg jogilag konform állapot nem alakul ki.

Egészségfejlesztés

Az egészségfejlesztés terén három nagyon fontos célkitűzés szerepel. Ezek a célkitűzések a leggyakoribb betegségek csökkentésére vonatkoznak:

- ▶ A szív és érrendszeri megbetegedések számának csökkentése. Ma az ilyen jellegű megbetegedések első helyen szerepelnek a halálokok között. 2020-ig a 65 év alatti korosztálynál 40%-os csökkenés elérése a cél.
- ▶ Daganatos megbetegedések számának csökkentése.
- ▶ A cukorbetegség számának csökkentése. 2020-ig csökkenteni kell a diabetezből eredő amputációk, vakság stb. , valamint általában a II-es típusú diabetes megbetegedések számát, amely Ausztriában a harmadik legjellemzőbb megbetegedés.

2005-ben első alkalommal tettek különbséget a kor- és nem-specifikus prevenciók célok között. Első helyen áll a szív- és érrendszeri, daganatos és diabetes megbetegedések korai felismerése. További célok közé sorolhatók az életminőség javítását célzó intézkedések, mint pl. a halló- és látószervek idős korban történő felülvizsgálata. 19 éves kortól évente egyszer minden osztrák állampolgár igénybe veheti a prevenciók szolgáltatásokat. Jelenleg a részvétel aránya Ausztria déli területein nem éri el a 7 százalékot sem, a nyugati területeken a jelenlegi 27% feletti részvételi arány lenne az ország egész területén kívánatos.

További jelentős prevenciók programok, melyek megvalósítására 2005-ben 3,5 millió euró állt rendelkezésre:

- ▶ mammográfiai vizsgálat (40 év feletti nők részére két évente),
- ▶ mell-, ill. petefészekrák korai felismerése genetikai vizsgálatok segítségével,
- ▶ vastagbélrák szűrés 50 év felett,

- ▶ csecsemők veleszületett anyagcserezavarának korai felismerése,
- ▶ epidermolysis bullosa prevenciója.

Ausztriában a dohányzás az egyik legjelentősebb elkerülhető egészségügyi rizikótényező, valamint a korai halálozás legfőbb oka. 2,3 millió osztrák dohányzik rendszeresen, közel 800 ezer az erősen nikotinfüggő egyének száma, és évi közel 14 ezerre tehető a dohányzás következtében elhunytak száma. Különösen riasztó a dohányzó fiatalok számának növekedése. A 15 éves korú fiúk 20%-a, a lányok 26%-a dohányzik naponta, és 30%, ill. 36% dohányzik hetente egy alkalommal. Az új reformcsomagban ezért helyet kapott a dohányzásról szóló szigorúbb törvénytervezet is.

Minőségbiztosítás

A 2005-ös minőségbiztosításra vonatkozó reformtervek között a következők szerepeltek:

- ▶ átfogó, szektorokon átívelő minőségbiztosítási rendszer tervezete,
- ▶ minőségbiztosításra vonatkozó jelentés készítési kötelezettségének kialakítása,
- ▶ a nem megfelelő minőség szankcionálásának kialakítása,
- ▶ egységes tervezési és dokumentációs rendszer.

Fejlesztések

A 2005-ös fejlesztések között központi helyet töltött be az egészségügyi telematika fejlesztése. A program a 2006-ban bevezetett elektronikus egészségbiztosítási kártyát (e-card program, a kártyát az állampolgárok 2005-ben kapták meg), illetve az elektronikus egészségügyi aktát (ELGA - Elektronische Gesundheitsakte) érintette. Az elektronikus egészségbiztosítási kártya egyben az európai egészségbiztosítási kártya szerepét is betölti.

Források

- ▶ Austria. In: Social Security Programs Throughout the World 2002. Washington, U.S. Department of Health and Human Services, 2002.
- ▶ Bundeskammer für Arbeiter und Angestellte
http://wien.arbeiterkammer.at/pictures/d17/Gesundheit_u_Soziales_0504.pdf
- ▶ Bundesministerium für Gesundheit und Frauen: <http://www.bmgf.gv.at/>, <http://www.kaz.bmgf.gv.at/>
- ▶ Dr. Harmat György, Dr. Czárán Erzsébet: Kórházak és egészségügyi ellátás Európa kilenc országában, Egészségügyi Gazdasági Szemle, 2004. március
- ▶ e-card: <http://www.chipkarte.at/esv>
- ▶ Fidler, Armin H. et al, Incorporation of public hospitals: A "silver bullet" against overcapacity, managerial bottlenecks and resource constraints? Case studies from Austria and Estonia. World Bank Group, October 2005
- ▶ Hardsky, J. Ausztria – aktualitások az egészségügyből, Hospital, 2003,5,3.

-
- ▶ Health for All Data Base. European Region. WHO Regional Office for Europe. Updated: Juni 2006.
 - ▶ Health Policy Monitor:
http://www.health-policy-monitor.org/en/Policy_Survey/Search_for_Policy_Reforms/Search_Results.html
 - ▶ Krankenkassen in Österreich zahlen für Misteltherapie In: Ärzte Zeitung:
<http://www.aerzte-zeitung.de/docs/2006/04/07/065a0602.asp?cat=/medizin/alternativmedizin>
 - ▶ Mag Kraßnitzer, Michael: Hausarztpraxen in Existenznot In: Ärzte Magazin:
<http://www.medical-tribune.at/dynasite.cfm?dssid=4169&dsmid=71263&dspaid=548786>
 - ▶ Österreichische Ärztekammer: http://www.aek.or.at/text.html?aktuelles/apm2004_0058.htm
 - ▶ Österreichische Sozialversicherung: <http://www.sozialversicherung.at>,
<http://www.sozialversicherung.at/mediaDB/109609.PDF>,
<http://www.sozialversicherung.at/mediaDB/80001.PDF>,
<http://www.sozialversicherung.at/mediaDB/44782.PDF>,
<http://www.sozialversicherung.at/mediaDB/108932.PDF>
 - ▶ SCHNEIDER, M.et.al. Österreich - Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich. Augsburg, BASYS, 1998.
 - ▶ Statistik Austria: <http://www.statistik.at/neuerscheinungen/jahrbuch2006.shtml>,
http://www.statistik.at/fachbereich_02/vgr_tab1.shtml,
http://www.statistik.at/fachbereich_03/gesundheit_txt.shtml
 - ▶ WHO Country Information - Austria: <http://www.euro.who.int/countryinformation>
-

BELGIUM

Gazdasági-politikai háttér

Belgium modern piacgazdasága az utóbbi ötven évben rendkívül sokrétű ipari és kereskedelmi alapokat teremtett. Az ország ipari termelése főként a flamandok lakta északi területeken összpontosul. Minthogy az ország természeti kincsekben viszonylag szegény, gazdasága nagymértékben függ a világgiazi helyzettől. Belgium 2002 januárjában vezette be az eurót. Kereskedelmét mintegy háromnegyed részben az EU tagállamaival folytatja. Jóllehet az ország GDP-je 2002-ben meghaladta az EU-15 átlagát, ezzel együtt visszaesett az ország gazdasági fejlődése a 2001-2003-as időszak globális negatív tendenciáinak tulajdoníthatóan, 2004-re viszont újból enyhe javulás mutatkozott.

Belgium GDP-je 2004-ben nemzetközi viszonylatban is magas, 30 851 USD/fő volt, a GDP arányában kifejezett államadósság még 2003-ban meghaladta a 100%-ot (100,7%), de még jelenleg is megközelíti ezt az arányt (95,7%), jóval túllépve a 60%-os küszöbértéket. A kormány sikeres lépéseket tett a költségvetés egyensúlyba hozatalára, az országban a jövedelemeloszlás viszonylag egyenletes. A fogyasztói árindex értéke 2004-ben 2,3%, a munkanélküliség 2004-es aránya 12,8% enyhe növekedést mutat.

Belgium államformája alkotmányos monarchia, a végrehajtó hatalmat az uralkodó a miniszterelnökkel közösen gyakorolja. A kabinetben azonos számban képviseltetik magukat a vallon és a flamand miniszterek. A kétkamarás törvényhozást a Képviselők Kamarája és a Szenátus alkotja, és mind a Flamand Régió, mind a Vallon Régió, mind Brüsszelnek saját regionális parlamentje van.

1999. július 12-től a flamand liberális Guy Verhofstadt vezette hatpárti koalíció van kormányon. A kormány tagjai között vannak flamand és vallon liberálisok, flamand és vallon szocialisták, továbbá flamand és vallon környezetvédők. A 2003. május 19-i és a 2004. július 20-i választásokon többséget szereztek a szocialista és liberális pártok, így ismét Guy Verhofstadt alakított kormányt.

Demográfia

Belgium lakossága 2005-ben 10 419 000 főt számlált. Jóllehet a születési arány a 90-es évek közepe óta egy szinten mozog, sőt 2002 óta némi visszaesés is tapasztalható, a lakosság száma a bevándorlásnak tulajdoníthatóan kismértékben emelkedik. A termékenységi arány 1,53 volt 2002-ben. A halálzási arány a 90-es évek során konstans volt.

Az ország lakosainak 97,2%-a városokban él. A demográfiai adatokból kitűnik, hogy az ország lakosságára is jellemző az előregedés. A 65 éves és ennél idősebb lakosok aránya a 2003-ban regisztrált 22%-ról 2030-ig előreláthatólag 25%-ra fog növekedni.

A születéskor várható élettartam 2002-ben 78,1 év volt, ez férfiak és nők vonatkozásában 75,1 és 81,1 évet jelentett. Az anyai halálozás 8,6/100 ezer fő volt 1997-ben, ugyanekkor a csecsemőhalálzásra regisztrált adat 5,57/1000, 2003-ra 4,3/1000-főre csökkent.

Az európai statisztikákhoz hasonlóan, a kardiovaszkuláris betegségek vezető helyet foglalnak el Belgium halálási statisztikájában. Szorosan követi ezt a rosszindulatú daganatok okozta halálozás, mely a tüdőrák,

az emlőrák és a prosztaták esetén különösen magas. A külső okokra visszavezethető mortalitás szintén viszonylag nagymérvű, az ország összmortalitásának 8%-át teszi ki.

A TBC incidenciája az ezredforduló óta jelentősen csökken, 2002-ben 11,7, 2003-ban 9,93/100 ezer fő volt. A klinikailag diagnosztizált AIDS-es megbetegedések enyhe visszaszorulását jelző arányszám értéke a 2000-es 1,28-ról, 2003-ban 0,8385/100 000 főre esett vissza.

Egészségügyi rendszer

Belgium egészségügyi rendszere az állami irányítás alatt álló kötelező egészségbiztosítás és a privat praxis együttesén alapul.

Finanszírozás

Belgiumban az egészségügy - biztosítók által történő - finanszírozásának felügyelete a kormány hatáskörébe tartozik. Az egészségügyi kiadások az ország GDP-jének 9,3%-át tették ki 2004-ben.

A kötelező egészségbiztosítási rendszer kölcsönös egészségbiztosító pénztárakból áll, melyek valamelyikéhez fel kell az állampolgároknak iratkozniuk. A kötelező egészségbiztosítás anyagi háttérét a társadalombiztosítási hozzájárulások, illetve a szövetségi kormány finansiális támogatása képezik. A járulékok közvetlenül az Országos Társadalombiztosítási Hivatalhoz folynak be, és itt kerülnek további elosztásra a társadalombiztosítás különböző ágazataiért felelős kormányhivatalok között. Az egészségügyben ez az országos hatóság a betegek és a fogyatékossgal élők biztosítását átfogó INAMI/RIZIV, mely az anyagi erőforrások biztosítók közötti elosztásáról rendelkezik, illetve meghatározza és felügyeli az egészségbiztosítási költségvetést.

A kötelező egészségbiztosítás a lakosság 99%-a számára biztosít fedezetet. Az egyes biztosítók által nyújtott térítések mértéke függ az igénybe vett szolgáltatás jellegétől, a szolgáltató jogállásától és a biztosított személy társadalmi helyzetétől. Ennek függvényében létezik standard, illetve emelt összegű térítés a sérülékenyebb lakossági csoportok számára.

A biztosítók kiegészítő (komplementer) biztosítást is kínálnak a biztosítottak számára az alapbiztosítás által nem fedezett költségekre, az önálló vállalkozók 80%-ának pedig a kötelező biztosításnak megfelelő (szubsztitív) biztosítás nyújt kisebb kockázatokra fedezetet. A profitorientált magánbiztosítás szerepe igen csekély, de a kötelező biztosítás háttérbe szorulásával nő.

Az egészségügy átfogó költségeit (gyógykezelés, gyógyszerkiadások, infrastruktúra) az állam (mintegy 71%), a betegek (23%) és a magánbiztosítás (6%) fedezi. A kötelező egészségbiztosítás számára, és ezen belül bizonyos részterületekre meghatározott éves költségvetés biztosít keretet. Az anyagi vonzatokról való döntés egyaránt történik szövetségi és regionális szinten, a régiók és közösségek a számukra kijelölt feladatokhoz (betegségmegelőzés, egészségmegőrzés) a kormánytól kapnak támogatást.

A kötelező egészségbiztosítás finanszírozása többségében a munkáltatóktól és a munkavállalóktól befolyt járulékokból történik. Az aktív lakosság esetén a beralap 8,9%-a és a bruttó bér 7,4%-a képezi a társadalombiztosítási járulékot. Egyelőre különböző biztosítási formák vonatkoznak a fizetésben részesülő munkavállalókra és az önálló vállalkozókra, de 2006-ban biztosítási fedezetük előre láthatólag egyöntetűvé válik.

A biztosítók finanszírozását részben a kockázathoz igazított prospektív költségvetés, részben az összköltségekből általuk képviselt és retrospektív módon megállapított rész szerint határozzák meg. Az adminisztratív kiadásokra az állam nyújt támogatást.

A betegek viselik, mint önrészesedést a társadalombiztosítás fedezete alatt álló szolgáltatások költségeinek bizonyos részét, valamint a térítés nélküli szolgáltatások (egyes gyógyszerek, alternatív medicina, plasztikai sebészet, külön elhelyezés stb.) költségeit. Az extra igények teljesítésének fedezésére kiegészítő magánbiztosítás köthető.

Az alapellátásban az orvosi kezelés esetében az önrészfizetés mértéke általában 10% és 25% közötti (általános orvos szakosodása esetén 30%), egyes szolgáltatások esetében azonban nincs önrészfizetés. A költséghozzájárulás egy meghatározott éves felső határa felett a biztosítottak egyes csoportjai részére (jövedelmi szintek szerint) minden további szolgáltatás ingyenesen vehető igénybe.

Az önrészfizetésben kedvezményeket kapnak a fogyatékkal élők, nyugdíjasok, özvegyek, árvák, akiknek - az egyenlő hozzáférés esetleges sérelmének kiküszöbölésére – arányaiban kevesebbet kell fizetni, illetve szociális és pénzügyi kivételeket állapítottak meg részükre. A kedvezményezettek, illetve mentességet élvezők körébe tartoznak Belgiumban továbbá a fogyatékkal élők segélyére, az időseknek járó garantált jövedelemre, az integrációs jövedelemre jogosultak, a fogyatékkal élő gyermekek, a részben vagy egészben szociális segélyre jogosultak, az 50 év feletti munkanélküliek, azon családok, ahol az éves adóköteles jövedelem 13246,34 EUR alatti, a foglalkozási ártalmaktól szenvedők és a balesetet elszenvedettek.

A szakorvosi ellátás esetén a biztosítottak éves költségterhe a jövedelmi szinttől függően körülbelül 40 %-os. Egyes szolgáltatások igénybevétele során elmarad az önrészfizetés.

Belgiumban bizonyos összeg felett a fizetendő önrész levonható a jövedelemadóból mindenki számára, ez a küszöbérték a háztartások adóköteles bruttó jövedelmének nagyságától függ.

Kórházi kezelés esetén a felvételi költség 27,27 EUR. A napi hozzájárulás mértéke 13,06 EUR. A hozzátartozó gyermekek és alacsonyjövedelmű betegek esetén a napi hozzájárulás 4,64 EUR. Pszichiátriai otthonban történő elhelyezésnél, öt éven túli kezelés esetén 21,78 EUR a napi hozzájárulás mértéke (jövedelmi helyzettől függően itt is léteznek kedvezmények). Az első 5 évben az általános kórházakéval megegyező a díj.

Fix hozzájárulást kell fizetni az ápolási otthonokban és az idősek otthonaiban. Kedvezmény adható a hozzátartozó eltartott gyermekei részére, fogyatékkal élők, nyugdíjasok, özvegyek, árvák, munkanélküliek számára. Ilyen esetekben a napi hozzájárulás mértéke 4,46 EUR.

2002-ben az egészségügyi ellátás mindenki számára való jobb elérhetősége érdekében a rászorultság alapján érvényesített mentességek helyett átfogó támogatási rendszer lépett életbe, mely maximált keretösszeget állapít meg a háztartások éves egészségügyi kiadásaira a családok jövedelemviszonyainak függvényében. A maximált díjtétel összeghatárt szab a családok közvetlen egészségügyi kiadásainak, melynek mértéke a család jövedelmétől, illetve a jogosult személy szociális helyzetétől függ.

Egészségügyi szolgáltatások

Járóbeteg-ellátás

Belgiumban az egészségügyi ellátást többnyire a független orvosi gyakorlaton alapuló privát praxis képezi. Alapellátást általában egyedül tevékenykedő általános-, illetve szakorvosok nyújtanak, bár egyre nagyobb számban alakul több területet átfogó csoportpraxis is.

Az önállóan praktizáló orvosok, fogorvosok, fizioterapeuták szolgáltatásonkénti díjazásban részesülnek. A díjtételek kialakításának alapjául országos szinten a Biztosítók Országos Bizottsága és a szolgáltatók képviselői közötti tárgyalások szolgálnak.

A betegek szabadon választhatják meg kezelőorvosukat. Minthogy nincs beutalási rendszer Belgiumban, a betegek panasz esetén sokszor a szakorvossal találkoznak először. Az országban viszonylag magas az orvoshoz fordulás aránya, melynek értéke (7,3) 2002-ben meghaladta az akkori EU-tagállamok átlagát (6,2).

Az orvosi vizitek nagy számára az is magyarázatul szolgál, hogy a GP-k és a szakorvosok feladatai nem különülnek el élesen. A betegek szabadon választhatnak orvost, bármikor változtathatnak, illetve több orvost is felkereshetnek egy időben, magánrendelőben, rendelőintézetben és kórházban egyaránt. Ennek szabályozására és az indokolatlanul megismételt vizsgálatok csökkentésére anyagi ösztönzőkkel is támogatják a betegek egészségügyi adataira vonatkozó számítógépes nyilvántartás átfogóvá válását.

2002 májusától azoknak a betegeknek, akik hozzájárulnak orvosi dokumentációjuk számítógépes kezeléséhez, 30%-os költségcsökkentés jár a háziorvoshoz fordulásakor felmerülő költségek rájuk háruló részéből.

Az orvosi szolgáltatásokért a betegek által közvetlenül lerótt összeget a továbbiakban a biztosító mintegy háromnegyed részben téríti, de a térítés mértéke változhat a szolgáltatás típusától és a biztosított szociális helyzetétől függően is.

Fekvőbeteg-ellátás

Belgiumban a kórházi ágyak nagy részét egyházak, illetve nem-profitorientált segélyszervezetek által működtetett, félig privát létesítmények tartják fenn, ezek aránya a közkórházakhoz képest körülbelül 70-30%. Léteznek ugyan nyereségorientált magánkórházak is az országban, számuk azonban elenyészően csekély.

2003-ban az ország 218 non-profit kórházzal rendelkezett, ezek közül szakmai irányultságát tekintve 149 létesítmény általános, 69 pszichiátriai feladatokat látott el. A kórházak többsége, 147 kórház magánkézben van. A fekvőbeteg-ellátó létesítmények jogi szabályozása és finanszírozása azonos elveken alapul az állami és a magánszektorban egyaránt, de a közkórházakban esetlegesen kialakuló deficitet a helyi hatóságok, szervezetek automatikusan fedezik.

A betegek szabadon választhatják meg a fekvőbeteg-ellátó létesítményt, amelyben kezeltetni kívánják magukat. A szabad orvos- és kórházválasztásnak tulajdoníthatóan a belga kórházügyre nem jellemzőek a várólisták.

Míg a kórházak száma a 80-as évek óta kevesebb, mint a felére csökkent, átlagos ágykapacitásuk ugyanezen idő alatt többszörösére emelkedett. A belga kórházak földrajzi területi megoszlása változó, a kórházak 55%-a a flamand, 30%-a a vallon és 15 %-a a brüsszeli régióban található. (2001-ben, 1000 lakosra 5,8 akut beteget ellátó kórházi ágy jutott.) 2005-ben 1000 lakosra 6,8 kórházi ágy jutott.

Az utóbbi időben a kórházi napokon alapuló térítési rendszerről áttértek a diagnóziscsoportokon alapuló prospektív finanszírozásra, mellyel jelentős megtakarítást értek el. A kórházfinanszírozás jelenleg a kórházak által ellátott betegek eset-összetételén és a DRG alapján meghatározott átlagos ápolási időn alapul. A nappali kórházi ellátás ösztönzésére, az egynapos kórházi ápolási időtartamokat is beszámítják a fekvőbeteg-létesítmények által indokoltan nyújtott tevékenységek kalkulálásába.

A Szövetségi Egészségügyi Szolgálat egységesen határozza meg a kórházak költségvetését, lényegi fedezetet nyújtva a beruházások, a hotelszolgálat és a betegápolás költségeinek egy részére. Ennek anyagi háttérét 75%-ban a kötelező egészségbiztosítás, 25%-ban pedig a szövetségi kormány támogatása képezi. A fekvőbeteg-ellátásban részesülő beteg orvosának nem fizet közvetlenül honoráriumot, a kórház által meghatározott napidíjon felüli költségek fedezését a betegbiztosító vállalja át.

Egészségügyi dolgozók

Belgiumban 2002-ben 46 268 orvos dolgozik, és ezzel a lakosság orvosokkal való ellátottsága 448/100 000 főt tett ki. Az utóbbi 30 évben az egészségügy területén dolgozó szakemberek – orvosok, nővérek – számában két-háromszoros növekedés volt tapasztalható, mivel az ország nem hozott megfelelő időben az egészségügyi képzést hatékonyan szabályozó intézkedéseket. Így a lakosságot ellátó orvosok aránya egyelőre ugyan jóval meghaladja a nyugat-európai statisztikákat, de az egészségügyi szakemberek számának csökkenésével a közeljövőben munkaerőhiány is kialakulhat ezen a téren. 2001-ben az orvosok körülbelül egyharmada működött háziorként, a szakorvosokat is foglalkoztató csoportpraxisok aránya növekvőben van, 2002-ben 106/100 000 fő volt.

Gyógyszerpiac

Belgiumban a gyógyszerészek, az egészségügyi szakemberek többségéhez hasonlóan önálló vállalkozóként dolgoznak, ugyanakkor a gyógyszerforgalmazáshoz szükséges engedélyezés rendkívül szigorúan ellenőrzött állami feladat. Az utóbbi időben a gyógyszerpolitikai döntések a térítési eljárások egyszerűsödéséhez vezettek, a gyógyszerek határfokának áttekintését tudományos módszerek segítik.

A generikumok alkalmazásának ösztönzésére referenciaár-meghatározáson alapuló térítési rendszert állítottak fel. Így a gyógyszerek árát három kategória szerint határozzák meg aszerint, hogy

1. a már forgalomban lévő hasonló szereknél hatásosabbak-e,
2. azonos határfok esetén létezik-e generikum-verziójuk,
3. generikus formában is elérhetőek-e.

A referenciaár-szabályozás különböző, aktív hatóanyagú szereket is érinthet, amennyiben indikációjuk azonos, és a hatóanyag minden alkalmazására vonatkozik, kivéve az injekciókat. Az intézkedések tág teret engednek az innovációnak.

A referenciaár csökkentésére 2005 nyarán hoztak rendeletet, az ősz folyamán 1000 gyógyszer esetében újabb árcsökkentést hajtottak végre.

Reformok

Belgiumban az utóbbi évtizedben a kötelező egészségbiztosítást egyre szélesebb körre terjesztették ki. Így sikerült elérni, hogy jelenleg a lakosság több mint 99%-a részesül biztosítási fedezetben. Emellett a családok egészségügyi kiadásainak éves maximalása és a kedvezményeket alkalmazó térítési rendszer még inkább hozzáférhetővé tette mindenki számára az egészségügyi ellátást.

Mindazonáltal a szolgáltatók felelős döntéshozatalát alapul vevő költségkímélés további lépéseket tesz szükségessé az alábbi területeken:

- ▶ az egészségügyi ellátás adaptálása az előregedő lakosság szükségleteihez,
- ▶ az orvosi tevékenység fokozottabb szakmai ellenőrzése minőségi kritériumokat meghatározó központok, illetve peer review révén,
- ▶ a lakosság egészségügyi ellátásában a házi orvosok kapuőri feladatkörének megvalósítása térítési kedvezmények segítségével az elsődlegesen házi orvoshoz forduló betegek számára, ellenkező esetben szankcionálással,
- ▶ az alapellátásban működő csoportpraxisok elterjedésének ösztönzése,
- ▶ a betegekre vonatkozó dokumentáció számítógépes tárolásának fejlesztése, alkalmazása az orvosok közötti információcserére a szükséges terápia kiválasztásához,
- ▶ a sürgősségi ellátás átstrukturálása az indokolt (nem alapellátási problémákat érintő) igénybevételnek megfelelően,
- ▶ DRG-rendszer alkalmazása a kórházakban, a kórházak krónikus alulfinanszírozottságának megoldása nagyfokú eladósodásuk rendezésével,
- ▶ a lakosság ellátásához szükséges orvoslétszám és szakdolgozói személyzet biztosítása,
- ▶ a gyógyszerfogyasztás és a gyógyszerkiadások csökkentése a generikumok alkalmazásának ösztönzésével,
- ▶ a megelőzés előtérbe helyezése a gyermekek, fiatalok, terhes nők számára mentességet biztosító intézkedések révén.

Források

- ▶ Belgium. Health Care Systems in Transition, The European Observatory on Health Care Systems, 2000 <http://www.euro.who.int/document/e71203.pdf>
- ▶ Highlights on Health in Belgium. WHO, Regional Office for Europe, 2004 http://www.euro.who.int/eprise/main/who/progs/chhbel/system/20050307_1
- ▶ Extract from Health for All (HFA) Database: Belgium, WHO Regional Office for Europe <http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/CountryInformation/HFAExtracts?Country=BEL&CtryName= Belgium&language=English>
- ▶ CIA - The World Factbook. Belgium, 2005 <https://www.cia.gov/cia/publications/factbook/index.html>

-
- ▶ Belgium, Európai Unió, Pénzportál
http://www.penzportal.hu/?tPath=/europai_unio/&article_id=30&prk=74339631
 - ▶ Belgium, Bruxinfo, 2004
<http://www.bruxinfo.hu/cgi-bin/write.cgi?filename=/orszag/belgium.html>
 - ▶ Belgium. Health for All Data Base. European Region. WHO Regional Office for Europe. Updated: 2005 June Selected indicators, WHO, Belgium, 2005
http://www.who.int/whr/2005/annex/indicators_country_a-f.pdf
 - ▶ Belgium. OECD Health Data, 2005 June
<http://stats.oecd.org/wbos/viewhtml.aspx?QueryName=5&QueryType=View&Lang=fr>
 - ▶ Profils statistiques par pays, Belgique
<http://stats.oecd.org/wbos/viewhtml.aspx?QueryName=5&QueryType=View&Lang=fr>
 - ▶ Regulatory procedures for drugs in Belgium, Société Belge de Pédiatrie, 2005.3.19.
http://www.pediatrie.be/SBP_CheminMdct.pdf
 - ▶ La Loi Demotte „adoucie” dans l'intérêt des patients, Mutualités Libres, 2005.4.13.
<http://www.mloz.be/jsp/internal.jsp?id=207&idDoc=1524&idFolder1=158&language=Fr&origin=MloZ>
 - ▶ Étude économique de la Belgique, OCDE, 2005
http://www.oecd.org/document/61/0,2340,fr_2649_37443_34550845_1_1_1_37443,00.html
 - ▶ TROYER,M. de – KRZESLO,E.: Assurance maladie, soins de santé et sécurité sociale: trois éléments indissociables. Chronique Internationale de l'IRES, n° 91, novembre 2004
<http://www.ires-fr.org/files/publications/chronique%20internationale/c91/c9110.pdf>
 - ▶ SPF Economie, Direction générale Statistique,23/12/2005
http://www.statbel.fgov.be/figures/d362_fr.asp#1
 - ▶ Belgium. In: Social Security Programs Throughout the World, Europe, 2004-2005
<http://www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/2004-2005/europe/belgium.pdf>
-

DÁNIA

Gazdasági-politikai háttér

Dánia rendkívül modern piacgazdasága széles körű jóléti intézkedéseket tesz lehetővé, és a lakosság számára magas életszínvonalat biztosít. A kormány célkitűzései között szerepel az adminisztratív eljárások egyszerűsítése és az állami tulajdon privatizációjának folytatása.

A kormány sikeresen teljesítette az Európai Gazdasági és Monetáris Unió gazdasági konvergenciára vonatkozó kritériumait, mégis úgy döntött, hogy nem vezeti be az eurót. 2004-ben az ország gazdasági növekedése viszonylag lassú volt, de az egy főre jutó GDP magas értéke (2003-ban 31 465 \$), a jóléti intézkedések és a politikai stabilitás igen kedvező jóléti feltételeket teremtett a lakosság számára. Az ország fogyasztói árindexe 2004-ben 1,6%, a munkanélküliség 6,4%-os. Hosszú távon problémát jelent a lakosság előregedése, az aktív dolgozók nagy számban történő nyugdíjba vonulása.

Az ország irányítása négyéves kormányzati ciklusok szerint történik. Legutóbb 2005. február 8-án tartottak választásokat. A legtöbb szavazatot, a szavazatok 29%-át a Liberális Párt kapta, nem sokkal előzve meg a Szociáldemokrata Pártot (25,9%). A pártok közül 10% fölötti szavazati aránnyal rendelkezik még a Dán Néppárt és a Konzervatív Párt.

Demográfia

Dánia lakossága 2000 óta folyamatosan növekszik, 2005-ben 5,4 millió fő. Az ország városi lakosságának rátája valamivel meghaladja az EU-15 átlagot. Az élveszületések aránya ugyan 1995 óta 5 %-kal csökkent, így is magasabb az EU-15 hasonló statisztikájánál. A termékenységi arány 1,8 volt 2004-ben, a halálozás a 90-es évek óta stagnál. A lakosság előregedésének általános tendenciájával szemben, Dániában a 65 éven felüliek száma csökkent az utóbbi 10 évben. Ezzel együtt a korcsoport 2001-ben regisztrált 15%-os aránya várhatóan 24%-ra fog emelkedni 2030-ig.

A születéskor várható élettartam 2001-ben 77,3 év volt, ez nemek szerint 75,1 (férfiak) és 79,5 (nők) évet jelentett. A halálozás kiváltásában a vezető helyen a keringési betegségek állnak, ezt követik a daganatos betegségek. A légzőrendszer betegségei okozta halálozás nemzetközi viszonylatban is magas, így a 2002-es népegészségügyi program egyik fő célkitűzése a dohányzás visszaszorítása. A lakosság egészségét veszélyeztető komoly probléma még az alkoholizmus és az obezitás. Az emésztőrendszeri problémák okozta halálozás emelkedő tendenciájú.

A klinikailag diagnosztizált AIDS incidenciája 0,76/100.000, a tuberkulózis incidenciája 7,0/100.000 fő volt 2003-ban.

Egészségügyi rendszer

A dán egészségügyi rendszerben az egészségügyi szolgáltatások finanszírozása a kormány adóbevételeiből történik, erről állami hatóság gondoskodik. A Pénzügyminisztérium kulcsfontosságú szerepet játszik az egészségügyi szektor gazdasági kereteinek meghatározásában, a megyék képezik az egészségügyi ellátás nyújtásának és finanszírozásának fő színterét.

Finanszírozás

Dániában a GDP egészségügyi kiadásokra fordított aránya 2004-ben 9%, értéke 2838 USD/fő volt.

Az egészségügy erőforrásainak elosztása az országos költségvetésre vonatkozó éves tárgyalásokon dől el, melyen részt vesznek az Egészségügyi Minisztérium, a Pénzügyminisztérium, valamint a Megyei és Helyhatósági Tanácsok Szövetségeinek képviselői.

Az egészségügyi ellátás finanszírozása alapvetően állami erőforrásokon alapul. Az országban az állami, megyei és a helyhatósági adók kombinációja fedezi az egészségügyi kiadások mintegy 83%-át, és a kormány gyakorol átfogó felügyeletet az egészségügyi ellátás finanszírozása felett. A helyi adókat állami támogatások egészítik ki, melyeket a helyi adóbevételek éves kalkulációja alapján állapítanak meg. A pénzügyi erőforrásokat a lakosok korösszetétele és a társadalmi-gazdasági mutatók szerint osztják el a megyék és a helyhatóságok között.

A decentralizált dán egészségügyi rendszerben a megyék gondoskodnak az egészségügyi szolgáltatások túlnyomó többségéről és ezek finanszírozásáról. Költségvetésük mintegy 70%-át az egészségügyi szolgáltatások fedezetére fordítják. Anyagi erőforrásaikat 81%-ban a jövedelemadók, 13%-ban az állami támogatás és 6%-ban a különböző illetékek képezik.

Dánia adóbevételeken alapuló egészségügye, az Egészségügyi Ellátás Térítésére vonatkozó Sémán alapuló Rendszer (HCRS) szerint, két csomagterv keretében nyújt fedezetet a lakosság számára. Az első csoportot választó állampolgárok – a lakosság több mint 98%-a – térítésmentesen vehetik igénybe a fekvőbeteg-ellátás, a háziorvosi ellátás és a népegészségügyi programok szolgáltatásait. Jóllehet bizonyos szakterületek (szemészet, fül-orr-gégészet) specialistáit szabadon felkereshetik, a szakellátás minden más területéhez csak háziorvosi beutalóval fordulhatnak, ennek hiányában a vizsgálat teljes költsége rájuk hárul.

Az elenyésző számban a második csoportot választó állampolgárok szabadon fordulhatnak minden általános és szakorvoshoz, de az igénybe vett szolgáltatások költségeit részben maguknak kell állniuk, kivéve kórházi ellátásuk költségeit.

Az egészségügyre fordított magánkiadások az összkiadás 15%-át teszik ki. A privát kiadások olyan közvetlen kifizetések, melyek fizioterápia igénybevétele, fogászati ellátás vagy szemüvegrenyelés esetén merülnek fel, illetve a kiegészítő egészségbiztosítás járulékaiból tevődnek össze. A lakosság mintegy 30%-a rendelkezik magánbiztosítással a kötelező biztosításban nem finanszírozott szolgáltatások költségeinek térítésére (fogászati kezelések, szemüvegrenyelés, gyógyszerköltségek stb.).

Egészségügyi szolgáltatások

Alapellátás

Dánia egészségügyi alapellátását 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 vagy önállóan, vagy csoportpraxisban tevékenykednek, az utóbbi időben inkább a csoportpraxis a preferált. Dániában a 16 évesnél idősebb állampolgárok két ellátási csomag közül választhatnak. A magánpraxist fenntartó háziorvosok, mint a beteg problémáival először foglalkozó szakemberek kapuőri szerepkört töltenek be az 1. csoportot választó betegek térítésmentes ellátásában, a 2. csoport tagjaira nézve nincs ilyen megszorítás, de költségeiket részben maguknak kell állniuk. A háziorvosok vegyes díjazásban

részesülnek, mely 30%-ban a hozzájuk feliratkozott betegek negyedévente számított fejkvótáján, 70%-ban a szolgáltatások szerinti díjtételeken alapul. Az alapellátáshoz tartozik még a prevenció és a térítésmentes gyermekfogászati ellátás.

Járóbeteg-szakellátás

Az ország járóbeteg-szakellátását a HCRS (Egészségügyi Ellátás Térítésére vonatkozó Séma) szerinti engedéllyel rendelkező privat szakorvosok biztosítják, és ugyanúgy mint a házi orvosok, a HCRS-től kapják díjazásukat szolgáltatások szerinti díjtételek alapján a hozzájuk utalt, 1. csoportba tartozó betegek után. A szakorvosok nagyobb része teljes munkaidőben folytatja privat praxisát, kisebb részük részdőben, kórházi tevékenysége mellett. Engedélyezett helyenként a heti három órában, kórházi környezetben folytatott magánpraxis is, de ez a gyakorlat egyre korlátozottabb. Léteznek, bár igen kis számban az HCRS-től független magánpraxisok is, ezek díjazása teljes egészében a közvetlen kifizetéseken alapul.

Fekvőbeteg-ellátás

A dán kórházak többsége a megyék tulajdonában van, és megyei irányítás alatt áll. Ez alól csupán a Koppenhága és Frederiksberg vonzáskörzetéhez tartozó fekvőbeteg-ellátó létesítmények, valamint a kórházi ágyak kevesebb mint 1%-át működtető profitorientált magánkórházak jelentenek kivételt. A közkórházak anyagi erőforrásait prospektív átfogó költségvetés képezi, melynek volumene a megyék és a kórházak vezetése között folyó tárgyalásokon dől el. Ezen kívül 2000 óta, a várólisták enyhítése érdekében megyéjükön kívül, térítésmentesen kezelt betegek ellátására a DRG alapú finanszírozást vezették be. Ez a finanszírozási mód a megyék saját kórházaiban is fokozatosan tért hódít, jelenleg a költségek 20%-át fedezi. A közkórházak orvosai fizetésben részesülő közalkalmazottak. A kórházi ágyak száma 1980 és 2001 között több mint felére csökkent. Az általános és a pszichiátriai kórházakban egyaránt jelentkező csökkenés a járóbeteg-ellátás igénybevételének ugrásszerű növekedéséhez vezetett.

Egészségügyi dolgozók

Dánia orvosainak számában folyamatos emelkedés tapasztalható, 100 ezer lakosra jutó számarányuk meghaladja az EU-15 átlagát. Az ápolónők száma stagnál, mivel az alacsony bérek és a nagy megterhelést jelentő munkakövetelmények nem teszik a pályát kellőképpen vonzóvá. A dán nővérek számaránya még így is jóval meghaladja az uniós átlagot.

Gyógyszerpiac

A dán lakosság gyógyszerfogyasztása és ezen belül az antibiotikumok alkalmazása is jóval alacsonyabb a nyugat-európai országok átlagánál. Az Egészségügyi Minisztérium alá tartozó Dán Gyógyszerügyi Hatóság (DMA) rendelkezik a gyógyszerek engedélyezéséről, forgalmazásáról és térítésének mértékéről. A magánpatikák és a kórházi gyógyszerterek a DMA által engedélyezett termékek bármelyikét készletezhetik. Dánia gyógyszerpiacára a generikumok és a párhuzamosan importált termékek magas aránya jellemző. 2001 óta egy gyógyszercsoport referencia-árához vagy a csoportba tartozó legolcsóbb gyógyszer árát, vagy a hasonló hatásmechanizmusú gyógyszerek legalacsonyabb európai átlagárát vették alapul. 2005. április 1-jétől a gyógyszerek 50-85%-os térítéséhez az egyazon csoportba tartozó gyógyszerek közül az országban legolcsóbban forgalmazott szer a referencia-termék. Az alapellátás gyógyszerigényét a magánpatikák elégítik ki, a fekvőbeteg-ellátás gyógyszereit a kórházi gyógyszerterek

osztják szét. 2001-től a nem vényköteles gyógyszereket patikán kívül, más árusítóhelyeken is lehet forgalmazni.

Reformok

Dániában, 2002-ben indították el az „Egészségesen az Egész Életen Át” elnevezésű népegészségügyi programot a dohányzás, az alkoholizmus és az obezitás okozta problémák elleni küzdelemre a lakosság egészségének szolgálatában.

Az egészségügy struktúrájára vonatkozóan, a dán kormány 2004 júniusában hozott határozatot az állami szolgáltatások és feladatok újradefiniálására. Ennek alapján a jövőben a közsféra alapvető átalakítására kerül sor. A megyék hatáskörének megszűnésével öt régió veszi át az irányítási feladatokat, a régiókhoz fognak tartozni a kórházak, a háziorvosok, az egészségbiztosítás és a pszichiátriai ellátás - a nagyobb helyhatóságok pedig jelentősebb szerephez jutnak a lakossági problémák megoldásában a prevenció, az ellátás és a rehabilitáció terén. A regionalizálás a helyhatóságok összevonásával, ezek számának csökkenéséhez fog vezetni.

Az Egészségügyi Minisztériumhoz tartozó Országos Egészségügyi Testület fogja koordinálni a régiók és a helyhatóságok szoros együttműködésén alapuló egészségügyi ellátást. A régiók irányítása alatt álló egészségügyi szolgáltatásokat az elgondolások szerint az állam egy objektív kritériumok által megszabott összeggel régióként szubvencionálja, ehhez járul egy, a tevékenységek szerint felhalmozott kisebb állami erőforrás és a helyi hozzájárulások. Az adóbevételekre épülő kombinált finanszírozás 80%-ban a tevékenységek szerinti kifizetéseken és az állami támogatásokon alapuló központi finanszírozásból, 20%-ban pedig a helyhatóságok fejkvótán és tevékenységeken alapuló kifizetéseiből áll.

Az elgondolás a központi ellenőrzés megszilárdítását szolgálja, és a régiók számára kíván ösztönzőket teremteni a helyhatóságok jobb ellátásához.

A reformjavaslatot a dán Parlament 2005. február 24-én fogadta el, bevezetésére előreláthatólag 2007 januárjában kerül sor.

Források

- ▶ Denmark. Health Care Systems in Transition, The European Observatory on Health Care Systems, 2001
<http://www.who.dk/document/e72967.pdf>
- ▶ Extract from Health for All (HFA) Database: Denmark, WHO Regional Office for Europe
<http://www.who.dk/eprise/main/WHO/CountryInformation/HFAExtracts?Country=Denmark>
- ▶ Dánia, Európai Unió, Pénzportál, 2005.11.15.
http://www.penzportal.hu/index.nfo?tPath=/europai_unio/&article_id=21&prk=74339631
- ▶ CIA – The World Factbook, Denmark, 2005
<http://www.cia.gov/cia/publications/factbook/geos/da.html>
- ▶ Highlights on Health, Denmark, 2004
http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/CHHDEN/annex/20041126_3

- ▶ Highlights on Health, Selected Demographic and Socioeconomic Information, Denmark, 2004
http://www.who.dk/eprise/main/who/progs/chhden/demographic/20050310_1
- ▶ Highlights on Health, Health System, Denmark, 2004
http://www.euro.who.int/eprise/main/who/progs/chhden/system/20050310_1
- ▶ Agreement on a Structural Reform, Amtsrådsforeningen, 2004
<http://www.arf.dk/English/Agreement.htm>
- ▶ Counties of Denmark, Wikipedia, 2005
<http://www.answers.com/topic/counties-of-denmark>
- ▶ Denmark. Health for All Data Base. European Region. WHO Regional Office for Europe. Updated: 2004 June.
- ▶ Vrangbaek, K. – Christiansen, T.: Health Policy in Denmark: Leaving the Decentralized Welfare Path?
Journal of Health Politics, Policy and Law, 2005, 30, 1-2, 29-52

EGYESÜLT KIRÁLYSÁG

Gazdasági-politikai háttér

2003-ban az egy főre jutó GDP 27.147 USD volt PPP-ben kifejezve. Az Egyesült Királyság 1972-ben csatlakozott az Európai Unióhoz, nem csatlakozott viszont a 2002-ben létrejött monetáris unióhoz. A munkanélküliség 2004-ben 4,6% volt, az infláció 1,3%. 2004-ben a GDP növekedése 3,2%-os volt, ez 2005-ben 1,8%-ra esett vissza.

Nagy-Britannia és Észak-Írország Egyesült Királysága 4 országból áll: Anglia, Skócia, Wales és Észak-Írország. Az Egyesült Királyság államformája alkotmányos monarchia, a hatalmat a két képviselőházból álló parlament gyakorolja (a demokratikusan megválasztott Alsóház és az örökös Lordok Háza). Az Alsóházban a szavazati többséggel bíró párt – jelenleg a Munkáspárt 2005 óta – vezetője a miniszterelnök, aki kijelöli a kormány minisztereit. Angliában a helyi önkormányzat közvetlenül választott 39 megyei és 7 városi tanácsi képviselőből áll. Észak-Írország 26 kerületből, Wales 8 megyéből, Skócia pedig 9 régióból és 3 szigetből áll.

Demográfia

Az Egyesült Királyság lakossága 2005-ben 59.668.000 fő volt, itt található az egyik legmagasabb arányú városi lakosság Európában. Az ország legszembetűnőbb demográfiai jellemzője az idős lakosság egyre növekvő aránya. Amint az 1940-es évek végén születettek nagy száma közeledik a nyugdíj korhatárhoz, a 65 év fölötti emberek száma a 2004-es 16,01%-ról 2030-ra 20%-ot ér el. A születési ráta valamivel magasabb az európai átlagnál. A természetes szaporodás pozitív, bár 1980-tól 35%-kal csökkent. A születéskor várható átlagos élettartam növekedőben van: 2004-ben 79,04 (férfiaknál 76,8, nőknél 81,18).

A vezető halálokokat a keringési rendszer betegségei képezik: cerebrovaszkuláris, ischaemiás szívbetegségek – 2004-ben 100 ezer lakosra 224 haláleset. Ezt a rákbetegségek által okozott halálozás követi, 100 ezer lakosra 183 haláleset – leggyakoribbak a tüdő-, mell-, kolorektális- és prosztaták halálesetei. Az EU országokhoz viszonyítva az Egyesült Királyságnak van az egyik legrosszabb mutatója a szívkoszorúér megbetegedései terén.

Egészségügyi rendszer

Az Egyesült Királyságban az egészségügyi ellátás állampolgári alapon biztosított, adóalapú, ún. Beveridge- rendszer; az ellátás döntő részét állami egészségügyi intézményrendszer nyújtja. Az egészségügy irányításában és az egészségügyi szolgáltatások koordinálásában központi szerepet tölt be az 1948-ban alakult Országos Egészségügyi Szolgálat (National Health Service, NHS). A létrejöttét kimondó törvény szerint ingyenesen és egyenlő mértékben hozzáférhető egészségügyi ellátást kell biztosítani minden állampolgár számára. Ez az elv az NHS rendszerében – az utóbbi évtizedekben végrehajtott számos reform mellett is – mindmáig érvényes.

Az NHS hierarchikus felépítésében három irányítási szint különböztethető meg. Az egészségügyi ellátásért felelős központi irányító szerv az Egészségügyi Minisztérium (Department of Health), élén az egészségügyi szolgálatért felelős állami titkárral (Secretary of State). A második a regionális szint, amely

az ellátórendszer tervezésében játszik kulcsfontosságú szerepet, és a harmadik szintet a lakosság ellátásáért közvetlenül felelős körzeti egészségügyi hatóságok (District Health Authorities, DHA) alkotják.

Az NHS és a közösségi ellátásra vonatkozó törvény (Community Health Act, 1990) a kormány számára jogi lehetőséget biztosít programjai megvalósítására és az adóbevételekből finanszírozott rendszer fenntartására. Az 1991-ben induló reformok az ellátás szervezésében és működésében hoztak változásokat, ami alapján az egészségügyi ellátás szolgáltatóinak (kórházak, klinikák stb.) elválasztását jelentette a lakosság ellátásáért felelős hatóságoktól.

Finanszírozás

A 2004-ben a GDP 8,1%-át fordították az egészségügyre, amely arány meglehetősen elmarad az EU-15 átlagos mutatójától (9,27%). Emellett a brit rendszer sajátossága, hogy az összes egészségügyi kiadáson belül Nyugat-Európában az egyik legmagasabb az állami kiadások aránya (2004-ben 85,9% volt).

Az NHS finanszírozása túlnyomó többségében (kb. 94%) az állam adóbevételeiből, valamint az adójellegű biztosítási hozzájárulásokból történik. A bevételek fennmaradó része a betegek részleges térítéséből, valamint a tulajdonnal való gazdálkodásból adódik.

Az állami egészségügyi ellátásban, az orvosi ellátásra nincs önrészfizetés. Hasonlóan nincs co-payment az NHS keretein belül működő kórházi ellátásra, kivéve ha a beteg klinikailag nem szükséges kezelést kér vagy különleges kényelmi szolgáltatásokat igényel. A fogorvosi kezelés esetén, az NHS keretein belül önrészesedést kell fizetni, ez 80%-ig terjedhet, max. 372 £ értékig. Nincs költség a terhes nőkre, a szülést követően 12 hónapig, a 18 év alattiakra, a 19 év alatti tanulóakra, jövedelempótló támogatásban részesülőkre stb. Az alacsony jövedelműek szintén támogatást kérhetnek.

Az NHS alapelvei között elsőként említi, hogy mindenki számára univerzális fedezetet kíván nyújtani, mely az indokolt szükségleten és nem a fizetőképességen nyugszik. Az egészségügy alapvető emberi jog, így a magán rendszerektől eltérően az NHS nem zár ki embereket egészségi állapotuk vagy pénzügyi helyzetük miatt. Ellentétben azokkal az országokkal, ahol a magán- vagy társadalombiztosítás által fedezett egészségügyi szolgáltatások terjedelme világosan kimondott, az Egyesült Királyságban az NHS nem ír elő határozott szolgáltatási listát.

Egészségügyi szolgáltatások

Alapellátás

Az Egyesült Királyságban az alapellátás – a nyugat-európai rendszerekhez viszonyítva is – kiemelkedő szervezettséggel és hatékonysággal rendelkezik, ami a szigorúan területi alapú szervezetnek, valamint az egészségügyi hatósággal szembeni éves szintű pontos tervezési és elszámolási kötelezettségnek köszönhető.

Az ellátás első állomása a heti 7 napon át napi 24 órában működő telefonos tájékoztató szolgálat, az NHS Direct. Célja az egészségügyi ellátás javítása, bizonyítékokon alapuló számítógépes döntéstámogató szoftver segítségével a pácienseknek az ellátás megfelelő szintjére irányítása. A rendszernek a háziorvosi szolgálattal, megkülönböztetetten az ügyeleti szolgálattal történő integrációja azt célozza, hogy az alapellátás szolgálataihoz egyetlen gyors elérhetőséget biztosítson, az igényeket megfelelően menedzselje.

Az egészségügyi alapellátásban a háziorvos igen fontos helyt foglal el. A lakosság 99%-a regisztrált a háziorvosoknál, akik a nap 24 órájában teszik hozzáférhetővé a megelőző, diagnosztikai és gyógyító ellátást. Az NHS-en belül a betegek orvoshoz fordulásainak kb. 90%-a a háziorvosokra esik. A betegek elvileg szabadon választhatnak orvost, mivel azonban a választásnak igazodnia kell a területi beosztáshoz, be kell jelentkezniük egy háziorvos körzetébe, és minimum 6 hónapig ennél az orvosnál kell maradniuk. Az általános orvosok szerepét erősíti, hogy kapuőr funkciót töltenek be, csak az ő beutalójukkal vehető igénybe a kórházi, illetve a szakorvosi ellátás. Így megsűrűsítik a költséges vagy korlátozottan hozzáférhető ellátásokat.

Az 1991-ben induló reformok fontos eleme volt a fundholding (alapkezelő) rendszer bevezetése. Ebben a rendszerben a háziorvos a szorosan vett alapellátáson kívül egyéb szolgáltatások végzésére is kapott anyagi támogatást, az összegeket a háziorvos kezelte. Így lehetőség nyílt arra, hogy a kórházakkal történő szerződésük alapján különböző vizsgálatokra küldje betegeit, járóbeteg-szakellátást kérjen, kezelje a ráeső gyógyszerár támogatási keret egy részét. Az elért megtakarításokat a praxis fejlesztésére használhatta fel. Ez a rendszer a háziorvosok tevékenységének, betegirányító funkciójának erősítését jelentette.

Az ellátásszervezés új formájaként 1999 áprilisától kezdte meg működését a primary care groups (PCG) rendszer. Ezek az alapellátási csoportok az egy területhez tartozó háziorvosokat fogják össze, akik számára kötelező a részvétel. Az ellátásszervezők a szolgáltatások teljes körét megvásárolhatják betegeik számára. A korábbi szerveződésekhez képest jóval nagyobb, 50-250 ezer fő közötti lakosságszám tartozik egy szervezőhöz. Egy szervező átlagosan 20 praxis kb. 100 ezer lakosát fogja össze. A forrásallokáció általános fejkvóta alapján történt.

A PCG-k végső fejlődési stádiumát a háziorvosi trösztök alkotják (primary care trust, PCT). A PCT-kben a háziorvosok pénzügyi alapokban részesülnek, hogy együttműködjenek a helyi közösségek egészségügyi szolgáltatásainak szervezésében és nyújtásában. Ezt a szerepet korábban az egészségügyi hatóságok (Health Authority) látták el. Így a helyi szolgáltatásokat érintő döntéseket a helyi szinten azok hozzák, akik a legmegfelelőbb helyzetben vannak mindehhez. A PCT-knek gondoskodniuk kell arról, hogy elég háziorvos álljon rendelkezésre a lakosság ellátásához, biztosítania kell más egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférést (kórház, járóbeteg-ellátás, szűrés, sürgősségi ellátás stb.).

A PCT-k (302 fedi le Anglia teljes területét) a minisztériumtól származó egészségügyi költségvetés kb. 3/4-ét ellenőrzik, amely lehetőséget ad a minőség javítására, a szolgáltatások integrációjára, az egyenlőtlenségek csökkentésére, az egészség javítására. A fundholdingtól és a belső piactól a PCT-re váltás széles támogatásban részesült, s van már bizonyosság arra, hogy ez az egészségügy javulásához vezet, az alapellátás központi szerepével. Tehát a váltás összességében pozitívként értékelhető, azzal a veszéllyel, hogy növekszik a szakadék a kapacitás és az elvárások között, nő a nagy szerveződés miatti bürokratizálódás, politikai nyomásra gyors eredményeket kell(ene) produkálni, miközben a reform hosszabb érlelődési folyamatot igényel. Érdekellentét lehetősége áll fenn a szolgáltatás vásárló és az ellátó között. Ahogy a PCT-k egyre nagyobb szerepet játszanak az alapellátás vezetésében, a szervezetet alkotó háziorvosok megbízók is és vállalkozók is lesznek. Jellemző hiányosság még, hogy az új szerveződésekben adódó menedzsmentkapacitás korlátozottan áll rendelkezésre.

Kórházi ellátás

A kórházi ellátás felügyelete a regionális és a körzeti egészségügyi hatóságokra tartozik. Az NHS kórházai három csoportba sorolhatók: általános kórházak, szakkórházak és helyi, illetve közösségi

kórházak. Az NHS fontos alappillérei a körzeti általános kórházak (District General Hospital, DGH) hálózata.

Minden körzeti egészségügyi hatóság felügyelete alá tartozik legalább egy körzeti általános kórház, amely ellátást biztosít a vonzáskörzetébe tartozó (átlagosan 150-200 ezer fős) lakosság számára a regionálisan kialakított költségvetési és ellátási tervek alapján. Az orvosok és az ápolószemélyzet az NHS alkalmazottai. Egyes kijelölt kórházak oktatókórházként is működnek, néhány közülük a regionális és szupraregionális szakellátás központjai, magasabb technikai, infrastrukturális háttérrel.

A kórházakat az NHS-trösztök menedzselik, amelyek közül némelyek a magasabb szintű szakellátás regionális, illetve országos központjai, egyesek pedig az egyetemi kórházakhoz kapcsolódva segítik az egészségügyi szakemberek képzését. A kórházak finanszírozása az egészségügyi hatóságok és a trösztök közötti szerződések alapján történik, amelyekben meghatározzák a fizetendő összeget, valamint az annak ellenértékéért nyújtandó ellátások fajtáját és mennyiségét, határidejét.

A brit kórházak ágyellátottsága az utóbbi években folyamatos csökkentést mutatott, és nemzetközi viszonylatban is igen alacsony (1990-ben ezer lakosra 5,9; 1995-ben 4,1 és 2002-ben 3,7 aktív ágy jutott). Emellett a betegek átlagos kórházi ápolási időtartama viszonylag hosszú. Gondot okoz, hogy az aktív kórházi ágyak egy részét a krónikus betegségben szenvedő idős betegek foglalják el. Ezek a jelenségek vezettek a folyamatosan növekvő várólistákhoz. A brit kormányzat kiemelt egészségügyi feladatként kezeli a várólisták csökkentését.

Egészségügyi dolgozók

Az Egyesült Királyságban az orvosok fő munkáltatója az NHS. A 100 ezer lakosra jutó orvosok száma (212) az Egyesült Királyságon belül a legalacsonyabb az EU-ban (2004-es EU átlag 356). A betegek egy adott területen belül szabadon választhatnak orvost. A háziorvosi körzetben a betegeknek minimum 6 hónapig kell maradniuk. Egy 1990-es kormányrendelet szerint minden alapellátásban praktizáló orvosnak általános orvosi vizsgával kell rendelkeznie. A brit egészségügyi rendszerben az ápolók aránya ugyan növekedett az 1980-as és '90-es években, még mindig az EU átlag alatt van. Az ápolók többsége az NHS alkalmazásában áll. 2004-ben kb. 1,3 millió ember dolgozott az NHS-ben. Ez a létszám 2003 óta 48000 fős növekedést jelent, 1997 óta pedig évi 39000 fős növekedést. A szakmai képesítéssel bíró klinikai személyzet száma a következőképpen alakul az NHS-ben: 117036 orvos, 397.515 szakápoló, szülész és egészségügyi látogató személyzet, 128.883 tudományos, terápiás és műszaki személyzet és 17.272 mentő dolgozó 2004-ben.

Gyógyszerpiac

A gyógyszerek esetében az NHS juttatásainak terjedelme már explicitebb, mint más területeken. Az 1985-ben bevezetett Selected List Scheme korlátozó listát képez az NHS vényköteles gyógyszereiről. Az 1992-es NHS szabályozás negatív listát bocsátott ki, amely azokat a gyógyszereket tartalmazza, amelyeket az NHS orvosok nem írhatnak fel, vagy amelyeket bizonyos típusú betegeknek vagy betegségekre nem írhatnak fel. Emellett az Egészségügyi Minisztérium úgy próbálja még befolyásolni a vényfelírás tevékenységét, hogy periodikusan összehasonlító ártáblázatokkal ellátott pamfleteket bocsát ki. Az NHS keretében a gyógyszerár meghatározó hatóság (Prescription Pricing Authority) készíti el a gyógyszerár díjszabást (Drug Tariff), ami a felírások irányelveit és a támogatással kapcsolatos információkat tartalmazza. A betegek 10 EUR receptdíjat fizetnek minden eladott készítmény után. Mentességet

élveznek a 18 éven aluliak és 60 év felettiak, a terhes anyák, az egy évesnél fiatalabb gyermeket nevelő kismamák, az alacsony jövedelműek csoportjai és a krónikus betegek.

Reformok

Az NHS modernizálása az 1997-ben hatalomra került Blair-kormány egyik legfontosabb választási ígérete volt. A tíz évre szóló programot (NHS Plan) 2000 júliusában hozták nyilvánosságra. Az 1997 óta eltelt néhány év alatt jelentősen emelték az egészségügyi kiadásokat (55,5 milliárd fontról 2001-ben 75 milliárdra, ami a GDP %-ában is emelést jelentett, 6,8-ról 8,1%-re (2004).

Az NHS Plan legfontosabb célkitűzései:

- ▶ a betegek tájékoztatásának javítása,
- ▶ a kórházak és kórházi ágyak számának növelése,
- ▶ az orvosok és az ápolónők létszámának növelése,
- ▶ a várólisták csökkentése,
- ▶ a kórházak infrastruktúrájának javítása (higiénia, étkeztetés)
- ▶ az időskorúak ellátásának javítása,
- ▶ szigorúbb előírások az NHS szervezetében és a jobb ösztönzési rendszer létrehozása.

2005-ben, az NHS Plan megvalósításának félidejében folyamatos javulás fedezhető fel a reformok megvalósításában. Ezek közül kiemelhetők a következők:

- ▶ nagyarányú javulás a szolgáltatások sebessége és kényelme terén (sürgősségi ellátás idejének rövidülése, várólisták csökkenése),
- ▶ javulás a minőségben és az egészségben (korai halálozás csökkenése, jobb betegség-monitorozás és betegség-menedzsment),
- ▶ a bevezetett újítások és reformok kezdenek eredményeket mutatni (betegek választási lehetőségeinek kiszélesítése, szolgáltatás-átalakítás terjedése, új kapacitások bevezetése az NHS Alapítványi Trösztök és szektorsemleges ellátók által),
- ▶ növekvő érték a pénzért (rezsiköltség csökkentése, hatékonyabb beszerzési eljárás).

A finanszírozási gondok enyhítésére a 2007/2008 költségvetési évre a GDP-ből az egészségügyre fordított kiadások arányát 9,4%-ra kívánják emelni (2004-ben 8,1%).

2010-ig 100 új kórház felépítését tervezik, ebből 14 elkészült 2003-ban, és további 38 nagyobb és 27 kisebb méretű létesítményt adtak át 2004-ben. Az aktív kórházi ágyak felszabadítása érdekében a már megkezdett fejlesztések keretében 2004-ben 5000 ápolási helyet hoztak létre a krónikus betegségben szenvedő idős betegek számára.

A kormányzati célkitűzések sorában máig elsőbbséget élvez a várólisták csökkentése. Kiemelt egészségügyi feladatként kezelik azoknak a várólistáknak a csökkenését, amelyekre egyes speciális ellátások igénybevételéhez még szükség van. A Planning and Priorities Framework tervezete szerint 2005

végére a kórházi kezelésre történő várakozási idő nem haladja meg a fél évet, a szakorvosi ellátást pedig 13 hétnél nem hosszabb előjegyzéssel kell teljesíteni. 2008 végére a háziorvosi beutaló és a kórházi kezelés között senki sem várhat 18 hétnél hosszabb ideig. 2006 januárjában az NHS kórházi felvételre váró betegek száma 791.800 volt, mely 70.100-zal, vagyis 8.1%-kal kevesebb a 2005 januári számhoz képest.

A reformtörekvések közül a legtöbb vitát a kórház törvény váltotta ki, amelyet hosszas előkészületek után 2003 novemberében fogadott el a brit parlament. A törvény lehetővé teszi, hogy a legjobb kórházak pályázhassanak alapítványi formában való működésük engedélyezésére, ami pénzügyi és irányítási értelemben nagyobb függetlenséget jelent. 2001 óta folyik a kórházak minősítése és besorolása. A kormány szerint nem privatizációról van szó, az NHS továbbra is mindenki számára egyenlő eséllyel igénybe vehető ingyenes egészségügyi szolgáltatás marad.

Annak érdekében, hogy az NHS jobban megfeleljen az elvárásoknak, a betegek választási szabadságát a reform kiemelt hajtóerőnek tekinti. A háziorvosok beutalása alapján tervezett sebészeti beavatkozásra szoruló betegek 2005 végéig 4-5 kórház vagy egyéb szolgáltató közül választhatnak.

Az egészségügyi rendszer reformprogramja nagyobb helyi tulajdonjogot irányoz elő a tervezésre és a szolgáltatások nyújtására; nagyobb helyi elszámoltathatóságot közös standardokra és ellenőrzésre alapozva, valamint új pénzügyi rendszert, amely az eredményeket finanszírozza, s magába foglalja a nemzeti tarifa bevezetését.

A 2005-ös választásokat követően az új egészségügyi miniszter bejelentette a kormány terveit a magánszektor igénybevételének megduplázódásáról a várólisták megszüntetése érdekében. A miniszter bemutatta a három milliárd fontot meghaladó szerződések tervezetét, melyeket szektorsemleges ellátó központokkal (ISTC) kötnek az elkövetkezendő öt évben. A szerződések segítenek a kórházi műtetre váró két millió beteg várólistájának megszűnésében és a kormány azon célkitűzésének megvalósításában, hogy 2008-ra maximum 18 hét legyen a várakozási idő a kórházi ellátásra. A kormány elkötelezett a magánszektor használatának növelésére, mely az összes elektív műtét 11%-át fogja végezni. Az orvosok azonban elvetik az NHS reformtervét. A brit orvosi kamara (BMA) szerint a magánszektor szerepének növelése hibásnak bizonyul, ártalmas a betegek számára, és az egészségügyi ellátás összeomlásához vezet.

Források

- ▶ Department of Health
<http://www.dh.gov.uk>
- ▶ Chief Executive's Report to the NHS: May 2005
<http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/11/03/83/04110383.pdf>
- ▶ British Medical Association
<http://www.bma.org.uk>
- ▶ NHS waiting list figures 3 March 2006
http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/PressReleases/PressReleasesNotices/fs/en?CONTENT_ID=4131104&chk=BTpN2h

- ▶ Achieving shorter waits
http://www.dh.gov.uk/PolicyAndGuidance/PatientChoice/WaitingBookingChoice/WaitingBookingChoiceArticle/fs/en?CONTENT_ID=4066038&chk=ZurIX5
- ▶ Number of staff in the NHS
<http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/10/67/08/04106708.pdf>
- ▶ United Kingdom. Health Care Systems in Transition.
The European Observatory on Health Care Systems, 1999
- ▶ Highlights on Health in United Kingdom. WHO, Regional Office for Europe, 2004
- ▶ Health for All Data Base, WHO Regional Office for Europe

FINNORSZÁG

Gazdasági-politikai háttér

A finn gazdaság helyzete az elmúlt időszakban kedvezően alakult: 2004-ben a 3,2%-os GDP-növekedés jócskán meghaladta mind az EU-15 átlagát (2,3%), mind a 2003. évi finn adatot (2%). A finn gazdaság 2005-ben is jól teljesített, ami elsősorban a fogyasztás növekedésének tudható be. Várakozások szerint a finn gazdaság növekedése a jövőben felgyorsul, 2006-ra 3,6%-ot, 2007-re pedig 3%-ot jeleztek előre. A legkedvezőbb változás a beruházások területén figyelhető meg, ahol 2004-ben az előző évi csökkenés után dinamikus növekedés (4%) következett be. Ez a fellendülés leginkább az összberuházások mintegy harmadát kitevő lakásépítéseknek tudható be. A munkaerőpiacon enyhe javulás következett be: a munkanélküliség a 2003-as 9%-os szintről 2004-re 8,8%-ra csökkent. Előrejelzések szerint a jövőben is folytatódni fog az a tendencia, hogy a termelés foglalkoztatása évről-évre csökken, amit a belföldi szolgáltatás és az állami, önkormányzati foglalkoztatás igyekszik ellensúlyozni.

Finnország pénzügyi helyzete stabil. Mind a folyó fizetési mérleg, mind a költségvetés pozitív egyenleget mutat. Az egyébként példaértékű aktívum lassan mérséklődik az adóterhek folyamatosan csökkentése következtében, ennek megfelelően pedig az adóbevételek is csökkenő tendenciát mutatnak. Az eddig is alacsony infláció tovább mérséklődött (0,2%), amit az évközi adócsökkentés tett lehetővé.

Finnország államformája parlamentáris köztársaság. 1995 óta tagja az Európai Uniónak. A jelenlegi finn kormányt a Centrum Párt, a Szociáldemokrata Párt és a Svéd Pártja alkotja.

Demográfia, egészségi állapot

2005-ben Finnország népességszáma 5.249.000 volt. 2004-ben a 15 év alattiak az összlakosság 17,55%-át, a 65 év felettek pedig a 15,72%-át tették ki. Habár az idősek aránya a népességben belül valamivel alacsonyabb, mint az EU-átlag, a jövőben várhatóan folytatódik a társadalom elöregedése.

A csecsemőhalandósági ráta Finnországban a világon az egyik legalacsonyabb (5 ezrelék). A hatvanas évek óta a várható élettartam jelentős mértékben növekedett: 2004-ben a férfiak esetében 75,39 év volt, a nők esetében pedig 82,46 év. Egészségesen véve folyamatos csökkenés mutatkozik a mortalitásban – ami elsősorban annak tudható be, hogy csökkent a szív- és érrendszeri betegségek gyakorisága –, de továbbra is megmarad a jól látható különbség a nők és férfiak mortalitási mutatóiban. A munkaképes korú (15-64 év közötti) férfiak esetében a leggyakoribb halálok a szív koszorúér-betegség, melyet az alkoholfogyasztásból eredő halálozás, a baleset és az öngyilkosság követ (ez utóbbi a 35 év alatti férfiak esetében különösen magas). A munkaképes korú nők esetében a halálozás leggyakoribb okai a mellrák, az alkoholfogyasztásból eredő halálesetek, az öngyilkosság és a balesetek.

A fertőző betegségek nem jelentenek Finnországban különösebb problémát. Egy védőoltás-program jelentősen csökkentette a gyermekkori fertőző betegségek előfordulási gyakoriságát.

1999-ig 100-nál kevesebb új HIV- megbetegedést diagnosztizáltak évente. Azóta az új megbetegedések száma emelkedésnek indult az intravénás drogfogyasztók körében, habár ezt az emelkedést most megfékeztek. 2003-ban 132 volt az új HIV- fertőzöttek száma.

Finnországban 2004-es adatok szerint a férfiak 27,1%-a, a nőknek pedig a 19,5%-a dohányzik napi szinten. A nyolcvanas évek óta a dohányzás népszerűsége a férfiak körében csökkenést mutat, a nők esetében azonban nem tapasztaltak ilyen jellegű változást. A 15-24 év közötti férfiak 23%-a dohányzik napi szinten, míg az azonos korú nők esetében ez az arány 20%.

Az alkohol Finnországban messze a leggyakrabban fogyasztott mámorító szer. Szoros kapcsolat van az alkoholfogyasztás és alkohollal összefüggésbe hozható halálozások között, ez utóbbiak száma évente hozzávetőlegesen 2200. Az alkoholfogyasztás folyamatosan nőtt az elmúlt időszakban, 100%-os alkoholban mérve a 2003-as évben az egy főre jutó alkoholfogyasztás 9,4 liter volt.

A kilencvenes években romlottak az illegális drogfogyasztással kapcsolatos mutatók. 1992-ben a lakosság 5%-a kipróbált már valamilyen kábítószerrel, 2002-ben pedig ugyanez az arány 12% volt. A drogfogyasztással összefüggésbe hozható halálozások száma Finnországban évente hozzávetőlegesen 100-ra becsülhető.

Egészségügyi rendszer

A finn egészségügyi rendszer finanszírozása túlnyomórészt adóalapú.

Az egészségügyi ellátás megszervezése a központi kormányzat, valamint a helyi önkormányzatok feladata. A tartományoknak szintén van némi felügyelő-ellenőrző szerepük ezen a téren.

Az *Egészségügyi és Szociális Minisztérium* a szociális jólét, valamint az egészségügy terén alkot törvényeket, továbbá irányítja és ellenőrzi ezek végrehajtását. A minisztérium a kormány javaslatára Népjóléti és Egészségügyi Cél- és Akciótervet készít minden 4 éves parlamenti ciklusra vonatkozóan. A program tartalmazza az egészségügyre és szociális jólétre előirányzott forrásokat, melyet a költségvetés jóváhagyásával egyidejűleg évente felülvizsgálunk. A minisztérium munkáját a következő intézmények segítik: Nemzeti Közegészségügyi Intézet, Nemzeti Gyógyszerügyi Hivatal, Gyógyszeres Kezelés Fejlesztési Központ, Nemzeti Népjóléti és Egészségügyi Kutatás- Fejlesztési Központ, Nemzeti Népjóléti és Egészségügyi Termékellenőrzési Ügynökség, Törvényszéki Orvostani Ügyek Nemzeti Hatósága, Sugárzási és Nukleáris Biztonsági Hatóság, Biztosítás-felügyeleti Hatóság.

Finnország 6 közigazgatási tartományból áll, melyeket *Állami Tartományi Hivatalok* vezetnek. Ezen intézmények egészségügyi és szociális részlege a felelős az adott tartomány egészségügyi és szociális szektorának az irányításáért és ellenőrzéséért. Az Állami Tartományi Hivatalok foglalkoznak az egészségügyi dolgozókkal kapcsolatos ügyekkel, így pl. a különböző képzési és fejlesztési programokkal. Ők a felelősök a tökebefektetések megtervezéséért, továbbá irányítják és felügyelik az egészségügyi alap- és szakellátást.

Az autonóm Åland Tartomány egészségügye a Tartományi Kormányzás hatáskörébe tartozik.

Finnországban 8 *Foglalkozásbiztonsági és Egészségügyi Felügyelőség* működik, melyeknek az a feladata, hogy megteremtsék az egészséges és biztonságos munkakörülmények előfeltételeit. A felügyelőségek a Szociális és Egészségügyi Minisztérium Foglalkozásbiztonsági és Egészségügyi Részlegének készítene jelentést a fejlesztési igényekről.

A *helyi önkormányzatok* felelősök az egészségfejlesztésért és betegségmegelőzésért, az orvosi ellátásért, a rehabilitációért, valamint a fogorvosi ellátásért. A tervezéssel és szervezéssel kapcsolatos döntéseket az önkormányzati egészségügyi bizottság, önkormányzati tanács és önkormányzati végrehajtó testület hozza meg. Az ország területe 21 kórházi körzetre van felosztva (melyek közül az egyik Åland). A

szakellátás biztosításáért és koordinálásáért a helyi önkormányzatok felelősek a saját területükön. A helyi önkormányzatok, mint vásárlók, évente megállapodást kötnek a szolgáltatásokról az adott kórházi körzetekkel. A kórház költségvetése ezen a megállapodáson alapul, és erről formálisan egy tanács dönt, amelynek tagjait az önkormányzatok jelölik ki. A kórházak monopóliumhelyzetben vannak, csak kiegészítő szolgáltatásokat vásárolnak más körzetektől. Mivel nincsenek országos szabályozások, a kórházak maguk határozzák meg a díjakat, amelyek nagysága ennek megfelelően körzetenként eltérő.

1984-ben a szociális szolgáltatások tervezését és finanszírozását is az egészségügy mintájára alakították át. A '80-as évek vége óta fokozatosan csökkent az állami szabályozás mértéke, ugyanakkor növekedett a helyi önkormányzatok autonómiája a szociális szolgáltatások és az egészségügy terén.

Finanszírozás

A finn egészségügyet helyi adóbevételekből, valamint állami támogatásokból finanszírozzák.

2004-ben az összes egészségügyi kiadás a GDP 7,5%-át, azaz majdnem 11 milliárd eurót tett ki, amely még mindig az EU- országok átlaga alatt van. 2002-ben a helyi önkormányzatok az összes egészségügyi kiadás 43%-át finanszírozták, miközben a kormány a 17%-át, a háztartások a 20%-át, az egészségbiztosítás a 16%-át, az egyéb magán testületek (pl. biztosítótársaságok) pedig a 4%-át.

Az önkormányzatok a szociális jólét, valamint az egészségügyi ellátás biztosításához állami támogatást kapnak. Ezek nagysága az adott település népességszámától, korösszetételétől, a munkanélküliségi rátától, valamint egyéb, ehhez kapcsolódó tényezőktől függ.

Az állami támogatások 1993-as reformja óta a központi szabályozás mértéke csökkent egyrészt a különböző helyi megoldások előtérbe helyezése, másrészt a gazdasági recesszió miatt. Az állami szerepvállalást újradefiniálták, a kormányzat feladata jelenleg elsősorban az egészségügyi rendszer irányítása az információ átadása, a törvényi keretek felépítése, valamint a kísérleti projektek végrehajtása révén. Néhány fontos aspektus, így például a fogyasztói díjak maximálása, központilag szabályozott maradt. Mindeközben a Nemzeti Társadalombiztosítás súlya nőtt mindenekelőtt az új, drága gyógyszerek elterjedése miatt.

A helyi önkormányzatok jövedelmének mintegy fele adóbevételekből származik, és költségvetésüknek hozzávetőlegesen a 25%-át fordítják egészségügyi kiadásokra. A számos közforrás megléte koordinációs problémákat vet föl, így a közfinanszírozás rendszerét egyszerűsíteni kellene.

A kiadások növekedése a magánforrások részarányának növekedéséhez vezetett. Mind abszolút, mind relatív értelemben növekedett a magánfinanszírozás (az állami kiadások csökkenésével egyidejűleg), ami elsősorban a városi szolgáltatások díjai növekedésének, a gyógyszerek és más egészségügyi kezelések költségeinek adóból történő levonhatósága megszüntetésének tudható be, valamint annak, hogy a Nemzeti Társadalombiztosítás csökkentette a gyógyszer-visszatérítések mértékét. Az alacsony jövedelműek, ill. egyéb csoportok nem mentesülnek a fogyasztói díjak alól.

2000 elején vezették be a magán egészségügyi kiadások éves plafonját.

Finnországban a kórházak finanszírozása nem egységes. Napjainkban egyre inkább megfigyelhető az ágy/nap szerinti térítésről való áttérés az esetalapú térítésre. Ma már a kórházak többsége az utóbbit alkalmazza.

Finnországban a DRG alkalmazása több vonatkozásban is eltér más országok gyakorlatától. Itt ugyanis – egyéb nyugat-európai országoktól eltérően – a DRG-k bevezetését nem a minisztérium kezdeményezte,

hanem elsősorban gyakorlati megfontolások miatt került erre sor. A kórházi körzetek tetszés szerint módosítják DRG-térítéseiket. Ez azonban nem jelent problémát, mert a kórházak finanszírozása nem a DRG alapján számított bevételeken alapul. A DRG Finnországban sokkal inkább a kórházi menedzsment eszköze.

A nemzeti társadalombiztosítást a munkaadók és a biztosított munkavállalók hozzájárulásából finanszírozzák. A kormány a felelős az egészségbiztosítási alapok megfelelő működéséért.

A *Nemzeti Társadalombiztosítási Intézet* (KELA) által irányított nemzeti egészségbiztosítási rendszer kiegészíti az állami egészségügyi rendszert azáltal, hogy pénzügyi ellátásokon, gyógyszer támogatásokon kívül pl. visszatéríti azon költségek egy részét, amelyek a magán egészségügyi szolgáltatások igénybevétele révén hárulnak a betegekre.

Az önkéntes magán egészségbiztosítás szerepe Finnországban továbbra sem jelentős, habár az utóbbi időben valamelyest növekedett. 1980-ban az összes egészségügyi kiadás 0,8%-át tette ki, 1990-ben pedig 1,7%-ot. A jelenlegi 2%-ra való növekedés oka főként a magán biztosító társaságok által nyújtott rehabilitációs szolgáltatásokban mutatkozó növekedés.

Egészségügyi szolgáltatások

Alapellátás

Finnországban az egészségügyi központok feladata az alapellátás megszervezése. A helyi önkormányzatok rendelkeznek saját egészségügyi központtal, vagy több önkormányzat közösen hoz létre egy egészségügyi központot. 2003-ban 278 egészségügyi központ volt Finnországban. A legtöbb egészségügyi központ rendelkezik kórházi osztállyal a fekvőbetegek számára. Az *1972-es Egészségügyi Alapellátási Törvény* értelmében az egészségügyi központoknak a következő feladatokat kell ellátniuk: tanácsadás egészségügyi kérdésekben, egészségmegőrzés; a helyiek számára orvosi vizsgálatok és szűrővizsgálatok szervezése; szülészeti és gyermekklinika működtetése; az iskolai és munkahelyi egészségügyi ellátás megszervezése; a fogorvosi ellátás megszervezése; a helyi lakosság számára az orvosi ellátás biztosítása; az otthoni ápolás megszervezése; a rehabilitáció biztosítása; a helyi mentőszolgálat fenntartása, valamint azoknak a mentális egészségügyi szolgáltatásoknak a megszervezése, amelyek az egészségügyi központban is megfelelően működtethetők. Az egészségügyi központok köztulajdonban vannak. A törvény nem definiálja részletesen, hogyan kell biztosítani ezeket az egészségügyi szolgáltatásokat, erről a helyi önkormányzatok maguk döntenek.

Az ápolónőkre fontos szerep hárul az egészségügyi központokban, különösen a terhes- és gyermekgondozásban. A szabad orvos- és kórházválasztás a gyakorlatban meglehetősen korlátozott, habár jelenleg viták folynak a választás szabadságát érintő reformokról.

A háziorvosi rendszert a '80-as években vezették be, a folytonosságra és a családgondozásra fókuszálva, és ez elősegítette az orvosi ellátáshoz való könnyebb hozzáférést, illetve csökkentette a várakozási időt.

2005 elején intézkedéseket hoztak a várakozási idő maximalizálására. Előírták, hogy a kórházi ellátáshoz való hozzáférést 6 hónapon belül lehetővé kell tenni. A rendelkezés eredményeképpen 2005 nyara óta jelentősen csökkentek a kórházi várólisták.

Az állami egészségügyi szektort magán egészségügyi ellátás egészíti ki, amely az utóbbi években növekedett. 2002-ben a magán egészségügyi kiadások az összes egészségügyi kiadás mintegy 24%-át tették ki. A legtöbb magán egészségügyi szolgáltatást a fizioterápia, a magánrendelők, a foglalkozás-

egészségügy és a laboratóriumok adják. Ezeket a szolgáltatásokat általában a háztartások, a munkaadók és a Társadalombiztosítási Intézet finanszírozzák. Kisebb arányban a helyi önkormányzatok is vásárolnak magán egészségügyi szolgáltatásokat. A magán egészségügyi ellátás költségeinek egy részét is visszatéríti az egészségbiztosítás a pácienseknek.

Járó- és fekvőbeteg szakellátás

A helyi önkormányzatok felelősek a szakellátás megszervezéséért is. E célból a helyi önkormányzatok kórházi körzetekbe tömörülnek, melyeket közös önkormányzati testület irányít. (Álland- tartománnyal együtt összesen 21 kórházi körzet van Finnországban.) Mindegyik helyi önkormányzatnak kötelezően csatlakoznia kell valamely kórházi körzethez. Minden körzetnek van egy központi kórháza, és egyes körzetekben egy kisebb helyi kórház is működik, amelyek biztosítják a járó- és fekvőbeteg-ellátást a területükön élő lakosság számára. A központi kórházak közül 5 egyetemi klinika, amelyek a szakorvosi ellátás nagyobb igényeket támaztó formáit is biztosítják.

A finnek csaknem 1/4-e, mintegy 1,5 millió ember veszi igénybe a kórházi körzetek szolgáltatásait évente, és hozzávetőlegesen 380 ezer sebészeti beavatkozást hajtanak végre. A legnagyobb kórházi körzet személyzete 17600 főből áll, és 3700 kórházi ágya van, miközben a legkisebb körzet személyzete csupán 860 fős, és mindössze 205 ágygal rendelkezik. 2003-ban a kórházi körzetek működési költsége összesen 3900 millió euró volt.

A kilencvenes években az összes kórházi ágy száma 1/3-ával csökkent (különösen a rövid távú aktív/sürgősségi ellátás vonatkozásában), így 1999-ben 1000 főre 7,6 ágy jutott, és az átlagos tartózkodási idő kb. 40%-kal csökkent. Ezzel ellentétben, a beutalások száma ugyanebben az időszakban átlagosan mintegy 20%-kal növekedett. A kórházi tartózkodás időtartamának csökkenése a kórház-menedzsment hatékonyságának javulását tükrözi, ami az új orvosi technológiák bevezetésének, az egynapos sebészet fejlesztésének tudható be, valamint az alapellátás egyre szélesebb körű igénybevételének az intézményi ellátással szemben.

Különösen sok hosszú távú pszichiátriai beteget helyeztek át intézményi ellátásból járóbeteg-ellátásba, otthoni ellátásba vagy alapellátásba. A kórházi ágyak számának csökkenése azonban gyorsabb ütemben történt, mint a nem intézményi ellátás kiterjesztése. Ennek megfelelően a pszichiátriai ellátás jelenleg prioritást élvez a finn egészségügyi rendszerben. A helyi önkormányzatoknak a pszichiátriai ellátás fejlesztésére nyújtott állami támogatások mértékét 2001-ben növelték, az Egészségügyi és Szociális Minisztérium, valamint a Finn Helyi és Regionális Önkormányzatok/Hatóságok Társulása pedig nemrégiben irányelveket dolgozott ki a pszichiátriai ellátásra vonatkozóan.

Egészségügyi dolgozók

Az egészségügyi dolgozók munkáját az Egészségügyi Dolgozók Törvénye szabályozza. A törvény célja, hogy elősegítse a betegek biztonságát, valamint az egészségügyi szolgáltatások magas színvonalát azáltal, hogy az egészségügyi dolgozók számára biztosítja a megfelelő képzést.

Az egészségügyi dolgozók képzéséért, továbbképzéséért az Oktatási Minisztérium a felelős, miközben az egészségügyi dolgozók felügyelete az Egészségügyi és Szociális Minisztérium hatáskörébe tartozik. A Törvényszéki Orvostani Ügyek Nemzeti Hatósága, valamint az Állami Tartományi Hatóságok szintén felügyelik és ellenőrzik az egészségügyi dolgozók munkáját, például az egészségügyi dolgozókkal kapcsolatos panaszok orvoslásával.

Az egészségügyi dolgozók egyes csoportjai esetében a képzettségen túlmenően szükség van hivatalos engedélyre ahhoz, hogy gyakorolhassák szakmájukat. A meghatalmazásokat és engedélyeket a Törvényszéki Orvostani Ügyek Nemzeti Hatósága adja ki.

Habár bizonyos egészségügyi foglalkozások esetében nem szükséges hivatalos engedélyezés, a betegek biztonsága és a fogyasztóvédelem érdekében célszerű engedélyt kérni, hogy a páciensek meggyőződhetnek az őket kezelő személy képzettségéről és hozzáértéséről. Ezeket a foglalkozási csoportokat rendelet határozza meg, és tagjaik fel vannak jogosítva arra, hogy a diplomával kapott törvényileg védett foglalkozási címet viseljék.

A kórházi orvosok, valamint az önkormányzati egészségközpontokban dolgozó orvosok többsége alkalmazott. Ők általában havi alapfizetésükhöz kiegészítő díjat kapnak az ügyeletért. A háziorvosi rendszerben az orvosok kombinált fizetést kapnak, amely kb. 60%-ban az alapfizetésből, 20%-ban a fejkvótából, 15%-ban a szolgáltatási díjből és 5%-ban a helyi támogatásokból tevődik össze.

A Helyi Önkormányzat Munkaadóinak Bizottsága, valamint a szakszervezetek önállóan tárgyalnak az egészségügyi dolgozók béréről és fizetéséről.

2002-ben az egészségügyben foglalkoztatott mintegy 153 ezer dolgozó 20%-át alkották a magán egészségügy dolgozói. 2003-ban kb. 17500 orvos volt Finnországban. Közülük 1500-an dolgoztak teljes munkaidőben magánorvosként, és 4400 tartott magánrendelést a rendes munkaidején kívül.

Gyógyszerpiac

Finnországban a gyógyszerek árusítása a gyógyszerárak kizárólagos joga. Ez a rendelkezés a receptköteles, valamint a vény nélkül is kapható gyógyszerekre egyaránt vonatkozik. Az Egészségügyi és Szociális Minisztériumnak alárendelt Nemzeti Gyógyszerhivatal illetékességi körébe tartozik egy gyógyszerár működtetésének, valamint egy új gyógyszer piacra jutásának engedélyezése. Finnországban jelenleg mintegy 800 gyógyszerár működik, melyek magántulajdonban vannak.

Finnországban a gyógyszerek többsége támogatott. 2003-ban a Nemzeti Társadalombiztosító Intézet hozzávetőlegesen 28 millió felírt gyógyszer árát térítette vissza, összesen 1,4 milliárd euró értékben. A Gyógyszerár Szabályozó Testület határozza meg azoknak a gyógyszereknek az árát, amelyeket a Nemzeti Társadalombiztosító Intézet visszatérít.

Habár a '90-es évek elejétől 1998-ig a gyógyszerköltségek évente mintegy 10%-kal növekedtek – elsősorban az új, drága gyógyszerek megjelenése miatt –, az általános gyógyszerfelírás továbbra is mérsékelt maradt. 1997 óta számos intézkedést fogantatosítottak, hogy megfékezzék a növekvő költségeket, így például elindítottak egy programot az orvosok gyógyszerfelírási gyakorlatának megváltoztatására. 2003-ban bevezették az általános helyettesítést, ami némileg csökkentette ezt a trendet. Az általános helyettesítés azt jelenti, hogy a gyógyszeráraknak fel kell ajánlani a legalacsonyabb árú gyógyszert alternatívaként, mely ugyanazokat a hatóanyagokat ugyanolyan összetételben tartalmazza, mint a felírt gyógyszer. A beteg így szabadon választhatja az olcsóbb alternatívát. Az általános helyettesítésre vonatkozó törvénykezés 2003 áprilisában lépett hatályba, és 1 év alatt több mint 63 millió euró megtakarítást eredményezett, ami a visszatérített gyógyszerészeti termékek összköltségének 4%-a.

Reformok

A központi kormányzat nyolcvanas-kilencvenes években foganatosított reformjai nem a fő strukturális változtatásra irányultak, hanem sokkal inkább speciális problémák és számos szektorális program megoldására. Ilyen volt például a háziorvosi rendszer bevezetése a '80-as években, aminek célja a várakozási idő csökkentése volt; egy sor költségcsökkentő intézkedés bevezetése 1997-től kezdődően a gyógyszerárak emelkedése miatt; valamint 2001-ben a mentális egészségügyi ellátásra vonatkozó irányelvek elfogadása a közösségi ellátás fejlesztése, és ezzel párhuzamosan a kórházi szektor kapacitásának csökkentése céljából. Az új nemzeti egészségfejlesztési programot 2001 májusában fogadták el. Ez lefekteti az elkövetkezendő 15 évre vonatkozó irányelveket, melyek a WHO „Health for All” politikáján alapulnak.

Források

- ▶ http://www.kulugyminiszterium.hu/kum/hu/bal/Kulpolitikank/Ketoldal_u_kapcsolatok/Europa/finnorszag/finngaz.htm
- ▶ Ministry of Social Affairs and Health: Health Care in Finland. Helsinki, Finland, 2004.
- ▶ European Observatory on Health Care Systems: Health Care Systems in Transition. HiT Summary: Finland, 2002.
<http://www.observatory.dk>
- ▶ Häkkinen, Unto; Linna, Miika: DRG-k a finn egészségügyben, Euro Observer, 2005. 4. szám.
- ▶ Finnish Economic Outlook, 2006. január 9.
http://www.keskuskauppakamari.fi/kauppakamari/en_GB/
- ▶ Government Resolution on the Health 2015 public health programme, Ministry of Social Affairs and Health, <http://pre20031103.stm.fi/english/eho/publicat/health2015/summary.htm>
- ▶ Strategies for Social Protection, Ministry of Social Affairs and Health,
<http://pre20031103.stm.fi/english/tao/publicat/strategies2010/brief.htm>
- ▶ Statistics Finland- Finland in Figures- Population
http://www.stat.fi/tup/suoluk/suoluk_vasto-en.html
- ▶ Statistics Finland- Finland in Figures- Health
http://www.stat.fi/tup/suoluk/suoluk_terveys-en.html
- ▶ OECD Reviews of Health Systems, Finland. OECD, 2005.
- ▶ A Finn Egészségügyi Minisztérium honlapja:
<http://www.stm.fi/Resource.phx/eng/subjt/socin/sickn/index.htx?template=print>
<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/6303/index.htx>

FRANCIAORSZÁG

Gazdasági-politikai háttér

Franciaország az átmenet időszakát éli a kiterjedt kormányzati tulajdont reprezentáló és a piaci mechanizmusokra fokozottabban építő gazdaság között. A kormány csökkentette a jövedelemadókat, munkavállalást ösztönző lépéseket tesz, és fokozott figyelmet fordít a munkaerőpiac rugalmasságának növelésére. Az ország vezetése a szociális egyensúlyt jogalkotásával, adópolitikájával kívánja biztosítani, és lépéseket tesz a jövedelemkülönbségek és a szabadpiaci mozgások kedvezőtlen hatásainak enyhítésére. A munkavállalás ösztönzése mellett, nyugdíjreformot hajtott végre, és kiemelten kezeli a 35 órás munkahét által előidézett munkaerőpiaci gondokat, illetve a kintlevőségek csökkentését. Az elhúzódozó gazdasági folyamatok és a költségvetés egyes elemeinek rugalmatlansága miatt azonban az államháztartási hiány a 2003-hoz viszonyított csökkenő tendenciája ellenére, 2004-ben még meghaladta az eurozónában megszabott 3%-os határt.

2004-ben a GDP 2,3 százalékkal növekedett, ami a lakossági fogyasztás valamint a vállalati beruházások növekedésének köszönhető. Az egy főre jutó GDP 24560 euró volt. Az ország fogyasztói árindexe 2005-ben 1,8% volt. A GDP arányában kifejezett államadósság (2003-ban 63,7%) viszont meghaladta a 60%-os küszöbértéket. A munkanélküliség emelkedő tendenciájú, jelenleg megközelíti a 10%-ot.

Franciaország vezető pártja, a Népi Mozgalom Unió (UMP) jobbközép párt. Az országban legutóbb 2002 júniusában tartottak országgyűlési választásokat, a következő választások 2007-ben esedékesek. A 2004-ben tartott szenátusi választásokon az UMP ugyan valamelyest veszített pozíciójából, de így is megőrizte a szavazatok többségét. Második helyen áll az utóbbi időben előretörő Szocialista Párt (PS). A kétkamarás parlament alsóházában komoly erő képvisel még a Francia Demokrata Unió (UDF), a Francia Kommunista Párt (PCF) és az Európai Demokratikus és Szociális Pártok Egyesülete, mint radikális párt. Az Európai Unió alkotmányának elutasítása 2005. május 31-én a kormány átalakításához vezetett, de az UMP továbbra is megőrizte vezető szerepét.

Demográfia

Franciaország lakossága az ezredforduló óta folyamatosan növekszik, 2005-ben megközelítette a 60,5 millió főt. A növekvő tendencia részben a természetes szaporodásnak, részben a bevándorlásnak tulajdonítható. A termékenységi arány 1,9 volt 2004-ben. A halálzási arány csökkenő tendenciájú, a 90-es években lényeges változást nem mutatott. A lakosok 76%-a él városokban. A demográfiai mutatókból leginkább kitűnő sajátosság a lakosság elöregedése. A 65 éven felüliek aránya 2003-ban 16,3% volt, 2030-ban várhatóan eléri a 24%-ot.

A születéskor várható élettartam 2002-ben 79,6 év volt, ez nemekre lebontva 75,9 (férfiak) és 83,1 (nők) évet jelentett. A halálóki statisztikában a daganatos megbetegedések vezetnek. A légzőszervrendszer betegségei okozta halálozás csökkenő tendenciájú, bár a tüdőrák kiváltásában igen nagy szerepet játszik a dohányzás. A keringési rendszer betegségeire visszavezethető halálozás a 90-es évek óta folyamatosan csökken. A közúti baleseteknek tulajdonítható halálozás terén enyhe csökkenés tapasztalható. A HIV-fertőzés okozta AIDS-mortalitás 1,1/100.000, a tuberkulózis incidenciája 8,3/100.000 fő volt 2004-ben.

Egészségügyi rendszer

Franciaország egészségügye országos egészségbiztosítási rendszeren alapul, melyet a CSG (Általános Társadalmi Hozzájárulás), az adóalapú finanszírozás bizonyos elemei és a kiegészítő biztosítási formák tesznek teljessé.

Finanszírozás

Az egészségügyre fordított kiadások GDP-hez viszonyított aránya a 90-es évek második felében 9,3%-on stagnált, majd 2004-re 10 %-ot ért el. Az egészségügy működtetése – nemzetközi összehasonlításban is – igen költséges Franciaországban. Az egészségügyi rendszer irányításában az állam és a kötelező egészségbiztosítás meghatározó szerepet játszik. A rendszer az egészségbiztosításon alapul, kiegészülve az Általános Társadalmi Hozzájárulással (CSG), az adóalapú finanszírozással és a kiegészítő biztosítással.

Franciaország jelenlegi társadalombiztosítási rendszerét 1945-ben alakították ki. A francia lakosságot átfogó kötelező egészségbiztosítás (AMO) jelenleg három szervezet irányítása alatt áll.

2005-ben a rendszeres jövedelemben részesülő dolgozók fedezetét ellátó CNAMTS és az önálló vállalkozókat biztosító CANAM voltak az 1945-ös célkitűzéshez legközelebb álló országos biztosítók. Ezek állami intézmények, a finanszírozók - a munkáltatók és munkavállalókat képviselő szakszervezetek - irányítása alatt állnak. A legnagyobb biztosító, a CNAMTS felügyeli a hozzá tartozó 16 regionális és 128 helyi biztosító által folytatott effektív költségtérítést.

A harmadik szintén országos háttérű biztosító a mezőgazdasági és vidéki dolgozókat átfogó MSA, a magánszektorhoz tartozik. A három biztosító tevékenységét a 2004-ben megalakult országos biztosítóegyesület, az UNCAM koordinálja. Az egészségbiztosítási rendszerek a Társadalombiztosítási Igazgatóság felügyelete alatt állnak.

Az átfogó kötelező egészségbiztosítás struktúrája tehát három főbb részre oszlik:

- ▶ a dolgozók általános biztosítása (CNAMTS) a lakosság mintegy 84%-ára, a kereskedelemben és az iparban dolgozókra és családtagjaikra terjed ki, de ide tartoznak a hátrányos anyagi helyzetben lévő állampolgárok is (1,6% 2001-ben),
- ▶ a mezőgazdasági dolgozók és családtagjaik biztosítása (MSA) a lakosság 7,2%-ának nyújt egészségbiztosítási fedezetet,
- ▶ az önálló vállalkozók és családtagjaik biztosítása (CANAM) a lakosság körülbelül 5%-át érinti.

Néhány kisebb biztosítási alap egyes foglalkozási kategóriák számára nyitott (pl. bányászok, vasutasok, tengerészek stb.). Ezek különálló működésük révén számos kedvezményben részesítik tagjaikat.

Jelentős reformot jelentett az ország egészségbiztosításában a Teljeskörű Egészségügyi Fedezetre (couverture médicale universelle = CMU) vonatkozó Törvény, mely 2000. január 1-jén lépett hatályba.

2000 óta Franciaország állandó lakosai átfogó egészségügyi fedezetet élveznek. A kötelező biztosítás így ma a lakosság 99,9%-ának nyújt védelmet. A Teljeskörű Egészségügyi Fedezet az egészségügyi ellátáshoz való egyenlő hozzáférés céljait szolgálja azzal, hogy állampolgári jogon nyújt lehetőséget a kötelező biztosításra (az addigi foglalkozás, alkalmazotti státusz szerinti biztosítási fedezetet kiegészítve).

Azok számára, akiknek a jövedelme nem ér el egy bizonyos szintet, a fedezet ingyenes. 2004-ben pl. az önmagukat ellátni nem tudó idős emberek számára nyílt a CMU keretében speciális biztosítás.

Hagyományosan a kötelező biztosítás bevételeit a munkáltatók és a munkavállalók által fizetett járulékok képezték, amelyeket a bruttó bérekre vetítettek. A 90-es évek elejéig a járulékok növekedése volt tapasztalható, 1992-1997 között a járulékok a munkáltatók esetében 12,8%, munkavállalók esetében 6,8%-ban stabilizálódtak.

1998-tól, a társadalombiztosítási rendszer anyagi hátterét megerősítő intézkedések hatásának tulajdoníthatóan, a bruttó kereseten alapuló biztosítási járulékok munkavállalókat terhelő mértéke 6,8%-ról 0,75%-ra esett vissza. A hozzájárulásokat ettől az időtől kezdve a teljes jövedelmet figyelembe vevő Általános Társadalmi Hozzájárulás (CSG) egészíti ki, így a járulék bértől való függése csökkent. A CSG-ráta a jövedelemforrástól függően változik. A Társadalombiztosítás Finanszírozására vonatkozó 2001-es Törvény a CSG-t a keresetek 5,25%-ában állapította meg, de emellett további forrásokat is kijelölt, mint a szerencsejátékokból származó jövedelmeket és a tőkejövedelmeket, a CSG mértéke itt is 5,25%, valamint a nyugdíjakat és különféle juttatásokat, ahol a mérték 3,95%. Jóllehet ez a változtatás kiterjesztette az egészségbiztosítás anyagi erőforrásainak körét, nem idézett elő növekedést a begyűjtött forrásösszegben.

2000-ben a kötelező egészségbiztosítás anyagi erőforrásai a következőképpen oszlottak meg: munkáltatók: 51,1%, munkavállalók: 3,4%, CSG: 34,6%, gyógyszeripar reklámadója: 0,8%, állami támogatások és a dohánytermékekre, illetve alkoholfogyasztásra elkülönített adóbevételek: 10,1%.

Az előző idők biztosításának finanszírozásával szemben mutatkozó szembeszökő eltérés a munkavállalók járulékaikban többségében CSG-vel történő helyettesítése.

Szabályozott azon szolgáltatások köre, amelyek a kötelező biztosítás térítésében részesülnek. Ugyanakkor a kötelező biztosítás az egészségügyi szolgáltatások betegek által fizetett díját meghatározott rátákon számítva téríti vissza, s a visszatérítés sem teljes, a betegek (a kivételektől eltekintve) co-payment fizetésére kötelezettek.

Ennek következtében, míg 1945-ben elegendőnek tűnt a kötelező biztosítás által nyújtott fedezet, az elvárások növekedése a kiegészítő biztosítás igénybevételét tette szükségessé. Míg 1960-ban csupán a franciák 30%-a rendelkezett kiegészítő biztosítással, addig ez az arány 2000-re 85%, 2005-re pedig 95%-ra növekedett.

A CMU bevezetése óta a kötelező biztosítás mellett felmerülő költségek térítésére szolgáló biztosítás ingyenes az alacsony jövedelműek számára. 2005. január 1-jétől azon személyek, akiknek a jövedelme 15%-kal nem haladja meg a CMU-t kiegészítő csomagra való jogosultsághoz előírt jövedelemküszöböt, segélyben részesülnek a kiegészítő biztosítás igénybevételéhez, de további tervek vannak a küszöb túllépés arányának 20%-ra emelésére is. (A CMU két csomaggal segíti a rászorulókat. Az alapcsomag a kötelező biztosítás által fedezett visszatérítést nyújtja, a kiegészítő csomag a kiegészítő biztosítás helyett finanszíroz, jövedelemtől függően akár 100%-ig, a költségek beteg általi megelőlegezése nélkül).

2002-ben az egészségügyi kiadások anyagi hátterét a következők képezték: kötelező egészségbiztosítás (73,3%), önkéntes egészségbiztosítás (13,2%), közvetlen térítés (9,8%), adóbevételek (3,7%).

Alap- és járóbeteg-ellátásban 2006-ban általános orvosi vagy szakorvosi konzultáció, valamint a radiológiai vizsgálatok után a betegek általában a díj 30%-át és 1 eurós vizitdíjat fizetnek. Ez a gyakorlatban általános orvosi konzultációként 21 EUR összeget jelent, melyből 13,7 EUR-t visszatérít a biztosító. A szakorvosi konzultációk tarifája ennél magasabb, de a visszatérítés aránya betegúton belül

mindenütt 70%, beutaló nélkül pedig 60%. A hozzájárulás évente személyenként 50 EUR-ban van maximálva, és nem érinti a 18 évnél fiatalabbakat, az előrehaladott állapotban lévő terhes anyákat és a CMU kiegészítő csomagjában részesülőket. A kórházi ellátás esetén a napi térítési összeg 15 EUR. A kórházból távozó beteg az ellátása során felmerült és a napidíjat is tartalmazó költségek 20%-át köteles téríteni, de előzetes megállapodás alapján a kiegészítő biztosítás erre is fedezetet nyújthat.

A fekvőbeteg-ellátás 100%-os térítésére a következő esetekben kerül sor: 91 EUR-t meghaladó díjtételű beavatkozások, 30 napot meghaladó kórházi tartózkodás, a terhesség utolsó 4 hónapjában és a szülés utáni 12 napban az anya részére, a szülés utáni 30 napban a csecsemő részére nyújtott ellátás, munkahelyi baleset vagy munkaköri ártalom kezelése, krónikus betegség, kiskorún elkövetett nemi erőszak.

Franciaországban az önkéntes magánbiztosítás a kötelező biztosítás kiegészítésére szolgál, mivel főként a co-payment-et téríti, és az állami fedezetben kevésbé részesülő területeket fogja át, így például a fogászati és a szemészeti ellátást, valamint a gyógyászati segédeszközöket. Nem jár kötelező térítés a plasztikai műtétekre és a gyógyfürdőkezelések többségére sem, ez is a magánbiztosítás hatáskörébe tartozik.

Bár a kiegészítő biztosítókat általában átfogóan „mutuelle”-nek nevezik, valójában az ország 1500 kiegészítő biztosítója három kategóriára osztható: kölcsönösségi alapon működő szervezetek (mutuelles), gondoskodást nyújtó egyesületek és biztosítótársaságok. A kiegészítő biztosítók irányítását a „mutuelle”-k esetében a feliratkozott tagok látják el.

A „mutuelle”-biztosító olyan nonprofit szervezet, mely a tagok szolidaritására épül, és melynek anyagi alapját a tagdíjak képezik. Működését a Kölcsönösségi viszony (Mutualité) jogszabály-gyűjteménye határozza meg.

A gondoskodást nyújtó egyesületeknél az irányítás a munkáltatók és a tagok hatáskörébe tartozik, a biztosítótársaságok esetében ez önálló kompetencia.

A kölcsönösségi alapon működő, nem-profitorientált mutuelle-ek aránya az önkéntes kiegészítő biztosítási piacon 60%-os, a további 40%-ot pedig a nonprofit gondoskodást szolgáló intézmények és a profitot is képező magánbiztosító-társaságok teszik ki.

A mutuelle-k és a gondoskodást nyújtó egyesületek általában csak a biztosítottak bizonyos körének nyújtanak fedezetet, a biztosítótársaságok viszont mindenki irányában nyitottak. Az előbbi kettő irányításáról és finanszírozásáról a tagok és munkáltatóik gondoskodnak, az utóbbit kizárólag tagjai finanszírozzák, és a biztosítótársaság irányítja. A krónikus betegségek finanszírozását kivéve, melyek esetében a CNAM 100%-os fedezetet biztosít, a kiegészítő biztosítók költségvállalása a kockázatkezelésben elérheti a 30%-ot is.

A kiegészítő biztosítás jelentős térhódítása figyelhető meg az utóbbi időben, jöllehet a mutuelle-k között a biztosítótársaságok hatásköre viszonylag gyengül az állam által nyújtott egészségbiztosítási fedezethez viszonyítva.

Elvben a CNAM és a CANAM tölti be az ország biztosítását irányító és realizáló szerepkört, a gyakorlatban azonban a megfelelő felhatalmazással rendelkező mutuelle-k is egyre nagyobb befolyásra tesznek szert a költségtérítésben az általuk nyújtott egyszerűbb költségtérítési eljárások révén.

A gyakorlatban történelmi jogaiknál fogva, mutuelle-kkel rendelkező befolyásos testületek is jogosultak részt venni a kötelező biztosításban. A köztisztviselők, valamint számos állami vállalat alkalmazottai a

CNAM fedezete alá tartoznak, de irataik kezelése nem itt történik, hanem olyan mutuelle-knél, melyek engedéllyel rendelkeznek a CNAM helyében való eljárásra.

Ezek a szervezetek olyan biztosítási szerződéseket kínálnak, melyek a CNAM által nyújtott kötelező egészségbiztosítást egészítik ki. A gyakorlatban a biztosítottaknak így csak a mutuelle-jükkel kell felvenniük a kapcsolatot, ami jelentős könnyítést jelent számukra, és komoly előny az állami szektorban tevékenykedő mutuelle-knek. A kiegészítő járulékok és a szolgáltatások fizetésének egyszerre történő leemlése a fizetésből kedvező a biztosítottak többsége számára. Amennyiben a tagoknak egyazon mutuelle választását javasolják, nem érinti őket különösebben, hogy a fedezet, amiben részesülnek a kötelező, a kiegészítő vagy a mutuelle-t irányító szakszervezet révén jár-e számukra.

2005 elejétől átfogó reformfolyamatok zajlanak Franciaország egészségügyében. A rendelkezések a társadalombiztosítási alap megnövelésével és kiszélesítésével kívánják biztosítani mindenki számára a megfelelő színvonalú szolgáltatások hozzáférhetőségét, ugyanakkor szigorú intézkedéseket hoznak az indokolatlan többletkiadások csökkentésére.

Egészségügyi szolgáltatások

Alapellátás, járóbeteg-ellátás

A 2005-ös reformlépések Franciaországban a házi orvosok kapuőri szerepkörét teremtették meg, és megerősítették az általános orvosok szerepét az alap- és a járóbeteg-ellátásban.

2005. január 1-jétől rendelet írja elő minden 16 éven felüli lakos számára a kezelőorvos-választást. A választott szakember lehet általános orvos, de valamelyik szakterület specialista is, és rendelést magánorvosként vagy intézményes keretek között – kórházban vagy egészségügyi központban folytathat. 2006 januárjától csökkentett összegű térítés jár a szakellátás beutaló nélküli felkeresésére, kivételt képeznek ez alól bizonyos szakterületek – szemészet, fogászat, nőgyógyászat – vagy a sürgős orvoshoz fordulás lakóhelyen kívül vagy a kezelőorvos szabadsága idején.

Az önálló vállalkozóként dolgozó egészségügyi szakemberek szinte mindegyike, a szakma képviselői és a biztosítók által kötött országos keretszerződés alapján praktizál. A különösen elismert szaktekintélyeknek (az úgynevezett Secteur II.) lehetősége van az előírtól magasabb díjtételek felszámítására.

Járóbeteg-ellátást nagyobb részt saját praxisukban egyedül tevékenykedő általános vagy szakorvosok biztosítanak. A kisebb arányban csoportpraxist választó általános orvosok számára időbeosztás szempontjából előnyösebb ez a megoldás, a szakorvosok pedig a költséges berendezések üzemeltetését látják így megoldottabbnak.

A betegeknek ellátásukért közvetlenül az orvosnak kell leróniuk a konzultációra előírt díjtételt, melyet a kötelező biztosítás a 30%-os önrészesedésen és a 2005-ben bevezetett vizitdíjon felül térít. Az önrészesedésre a kiegészítő biztosítás nyújt utólagos fedezetet, illetve bizonyos esetekben (pl. súlyos krónikus betegség) nem kell megelőlegezni a kezelési költségeket, illetve az alacsony jövedelműek számára a fedezet ingyenes.

Az 1 eurós vizitdíj, ami az általános orvosi vagy szakorvosi konzultáció és a radiológiai vizsgálatok, valamint a kórháziapidíj után járó térítés ezen összeggel való csökkentését jelenti, a beteg terhel, erre a kiegészítő biztosítók sem nyújtanak fedezetet.

Fekvőbeteg-ellátás

Franciaország fekvőbeteg-ellátását közkórházak és profitorientált vagy non-profit magánkórházak biztosítják. Irányultságuk szerint lehetnek szakkórházak és általános feladatokat ellátó kórházak is.

A közkórházak a fekvőbeteg-ellátó létesítmények negyedét teszik ki, ágyaik száma az összes ágy kétharmada. A közkórházak autonóm egységek, költségvetésükkel önállóan gazdálkodnak. Orvosaik fizetésben részesülő közalkalmazottak, de lehetőségük nyílik részdíjs magánpraxis folytatására is a kórházon belül.

A közkórházak, tevékenységük és az általuk ellátott terület szerint lehetnek:

- ▶ átfogó ellátást biztosító, egyetemi kórházközpontok,
- ▶ regionális kórházközpontok magas fokú műszerezettséggel,
- ▶ kórházközpontok,
- ▶ szociális feladatokat is ellátó helyi kórházak,
- ▶ nappali kórházak,
- ▶ pszichiátriai kórházak.

A magánkórházak két csoportra oszlanak aszerint, hogy profitot realizálnak-e vagy sem. A non-profit kórházak egyházi kézben vannak, alapítványi irányítás alatt állnak vagy a kölcsönösségi elven működő biztosítók (mutuelles) tulajdonát képezik. Számuk az összes kórház egyharmadát teszi ki, az ország kórházi ágyainak 15%-ával. A profitorientált kórházak aránya a fekvőbeteg-ellátó létesítmények között 40%-os, az általuk működtetett ágyak aránya 20%-ra tehető.

A profitorientált kórházak javadalmazásukat meghatározott ráta szerint kapják, mely minden költséget magában foglal, kivéve az orvosok szolgáltatások szerinti fizetését. A non-profit kórházak választhatnak a közkórházak és a profitorientált kórházak finanszírozási sémái között.

2004 óta a francia közkórházak jelentős szerkezetváltáson mennek át, mely egyaránt érinti finanszírozási és irányítási mechanizmusait. A közkórházak költségvetése az előzőekben a kiadásokból indult ki, a továbbiakban viszont a bevételeken kell alapulnia. 2004. január 1-jén lépett életbe - az egészségügyi létesítmények költségvetési kereteinek ily módon történő meghatározására - a Tevékenység szerinti díjszabás (T2A).

Eszerint minden kórházi tartózkodás értékelésénél a következőket veszik figyelembe:

- ▶ a kórkép és annak súlyossága,
- ▶ a kórházi tartózkodás időtartama,
- ▶ a bent tartózkodás során végzett vizsgálatok és gyógymódok.

A T2A gyakorlati megvalósítása progresszív módon történik, a tevékenységekhez kapcsolódó térítés az állami és a magánszektor finanszírozásának harmonizálására irányul.

A tevékenység szerinti díjszabás számos, kisebb méretű általános kórházat egyelőre nehéz helyzet elé állítana. Ugyanakkor sok helyi kórházról elmondható, hogy dinamizmusuknak tulajdoníthatóan, a legszínvonalasabb ellátást nyújtó kórházak közé emelkedhetnek.

Egészségügyi dolgozók

Franciaországban az utóbbi évtizedekben az orvosok száma jelentős növekedést mutat. 2000-ben az orvosok között a szakorvosok és az általános orvosok aránya 51 és 49%-ot tett ki, azóta a szakorvosok statisztikáiban jelentkező erőteljes emelkedés. Az ápolónők száma csupán valamivel több, mint kétszerese az orvosokénak, ez a statisztika jelentős ápolónőhiányt takar. 2002-ben a 100 ezer lakosra jutó orvosok, ápolónők száma egyaránt elmaradt az EU-15 átlagától. A lakosság ellátásában földrajzi területenként jelentős egyenlőtlenségek mutatkoznak. Orvoshiány különösen az ország északi és középső részén elhelyezkedő, nem egyetemi városokban észlelhető. Az orvosi hivatás elnöiesedése nem új keletű tendencia, de míg a 34 éven aluli szakemberek körében mintegy 57%-ra tehető, addig egyes fakultásokon a medikák aránya eléri a 64%-ot is.

Gyógyszerpiac

A Franciaországban forgalomba kerülő gyógyszerek mintegy fele szerepel a térítendő gyógyszerek pozitív listáján, és ezek teszik ki a patikák forgalmának több mint 90%-át. A pozitív besoroláshoz a patikaszernek érzékelhető javulást kell előidéznie az előírt gyógykezelésben, ki kell állnia a hasonló gyógyszerekkel való összehasonlítás próbáját, és költség-hatékonynak kell lennie. Azok a gyógyszerek, melyek nem helyettesíthetők és nagyon drágák 100%-os, az enyhébb lefolyású betegségek kezelésére szolgáló szerek 35%-os, a többi gyógyszer pedig 65%-os térítésben részesül. A pozitív listára való felvétel fontos kritériuma a medicina több szemponton alapuló orvosi hatékonysága. A hatékonyság-vizsgálatok alapján egy-egy termék le is kerülhet a pozitív listáról, illetve térítésének mértéke csökkenthető. Így 2006 márciusától, a térítés 15%-ra csökkent, illetve visszavonásra került mintegy 200 gyógyszer esetében.

Reformok

Mint hogy a francia egészségügyi rendszer szerkezete a pénzügyi erőforrások ellenőrzését nehezkesse teszi, így a beruházásoknak tulajdonítható jó eredmények ellenére is kulcsfontosságú kérdés a költségtakarékosság. Az érvényben lévő trend mellett sem vesztett prioritásából a színvonalas egészségügyi ellátás mindenki számára való hozzáférhetővé tételére irányuló törekvés. 1999-ben ezzel a céllal született meg a CMU-törvény, mely bizonyos jövedelemszint alatt ingyenes fedezetet ír elő.

2002-ben öt országos népegészségügyi terv készült a lakosság egészségi állapotának javítására, amelynek megvalósítása 2008-ig várható.

2003-ban a Regionális Stratégiai Terv kialakításával rendelet született a kórházak stratégiai tervezésének egyszerűsítésére. Az Egészségügyi Minisztérium a fekvőbeteg-ellátás regionalizását szolgáló projekttel egy időben tette közzé egészségbiztosításra vonatkozó további reformterveit, melyek koordinálására Magasszintű Tanácsot hozott létre.

2004-ben, számos reformjavaslat született a bevételek növelésére és a költségvetés csökkentésére 2007-ig:

- ▶ 1 EUR összegű, térítésben nem részesülő általános bevezetése orvosi vizitenként, (ez alól a 18 éven aluliak, a terhes anyák és a CMU biztosítottai mentesülnek),
- ▶ a CSG megemlése nyugdíjasok esetében is, bizonyos nyugellátás fölött,

- ▶ a munkáltatók egészségügyi hozzájárulásának növelése,
- ▶ az egészségügy túlzott igénybevételével és a fokozott gyógyszerfogyasztással járó kiadások csökkentése,
- ▶ a gyógyszerkiadások térítésének mérséklése,
- ▶ számítógépes orvosi dokumentáció bevezetése,
- ▶ a kapuőri szerepkör megteremtése az alapellátásban.

2005 januárjától bevezetésre került az 1 EUR átalánydíj felszámítása konzultációnként, egyúttal bizonyos jövedelemszint alatt segély jár a kiegészítő biztosítás igénybevételéhez. A tervezettek szerint megemelkedett a CSG.

A kórházak működésének és finanszírozásának reformját, az „Hôpital 2007” elnevezésű programot 2002-ben hirdette meg a kormány, egyben egy ötéves beruházási projektet indított el, melynek keretében hatmilliárd eurós támogatással kívánja felfejleszteni a kórházak technikai felszereltségét.

A „Plan Hôpital 2007” elnevezésű reform több lehetőséget kíván nyújtani az egészségügyi szakembereknek célkitűzéseik megvalósításához, az állami és a magánlétesítmények finanszírozásának modernizálásához és új fejlesztési eljárások kidolgozásához. Ez konkrétan az alábbiakat jelenti:

- ▶ a kórházi struktúrák modernizálása nagyobb döntéshozói hatáskört biztosítva a vezetőknek,
- ▶ a közbeszerzésekre vonatkozó jogi szabályozás enyhítése a beruházások fokozása és az irányítás egyszerűsítése érdekében,
- ▶ a létesítmények innovációs és adaptációs képességének helyreállítása a szükséges eszközök rendelkezésre bocsátásával,
- ▶ nagyobb autonómia és kezdeményezési lehetőség biztosítása a hétköznapi feladatok ellátásához.

A „Plan Hôpital 2007” reformintézkedései között szerepel az üzleti terv összeállítása, az egyre átfogóbb minőségügyi ellenőrzések és a finanszírozás ellátásokhoz való kapcsolása.

A szolgáltatásonkénti díjszabás mellett speciális csomag szolgálja a kutatást és az oktatótevékenységet, valamint éves átalány áll a mentőszolgálat rendelkezésére.

Az új díjszabás a belgyógyászat, a sebészet és a szülészet terén tevékenykedő minden állami és privát intézményre vonatkozik, kivéve a helyi kórházakat, melyeket csak a későbbiekben kívánnak bevonni a reformfolyamatokba.

A reformfolyamatok bevezetésére progresszív módon kerül sor. A reformlépések három szakasza a következőképpen alakult:

- ▶ 2004-ben átmenetet szolgáló intézkedések születtek a költségvetések, konkrét tevékenységeket számba vevő meghatározásával,

- ▶ 2005-ben a kórházi tevékenységek összetevőiről, valamint a gyógyszerfogyasztásról és a gyógyászati segédeszközök igénybevételéről szóló negyedéves jelentések a Regionális Kórházügyi Hatóságok (ARH) közvetítésével, kiértékelve jutottak el az egészségbiztosításhoz,
- ▶ a 2006-2007-re ütemezett gyakorlatiasabb lépések a közvetlen elszámolást szolgálják az intézmények és az egészségbiztosítás között.

2004-ben a T2A alkalmazási területe még csak a belgyógyászat, sebészet, szülészet volt, 2005-ben ehhez járult az otthoni ellátás is. A T2A a pszichiátriai gondozást, a follow up-ot és a rehabilitációt nem érinti. A privát klinikák 2005 márciusában csatlakoztak a reformhoz.

A kórházi költségvetésben a T2A által képviselt rész erőteljesen emelkedik: 2004-ben a szülészet finanszírozásában még csak 10%-ot, 2005-ben viszont már 25%-ot tett ki. 2006-ra 35%-os, 2008-ra 50%-os arány a célkitűzés. A finanszírozási rendszert 2012-re kívánják egységessé tenni.

Míg a fekvőbeteg-ellátásban a szolgáltatók nagyobb felelősségvállalása a súlyponti kérdés, addig a betegek felelős magatartását kórházon kívül a „betegüt előírása” kívánja szolgálni. 2006 januárjától kötelező Franciaországban a házi orvos választás, illetve a koordinált betegüt követése, ellenkező esetben a betegnek csökkentett térítéssel kell számolnia. Az elképzelések szerint a személyre szabott elektronikus orvosi dokumentáció a beteg kísérője lesz a szolgáltatások igénybevételére előírt „betegüton”, és ezáltal elérhetővé válik a beteg kezelésében részt vevő minden szolgáltató számára. Széleskörű bevezetését 2007. július 1-jére tervezik.

Források

- ▶ Assurance maladie, Wikipédia, L'Encyclopédie libre, 2006.máj.30.
http://fr.wikipedia.org/wiki/Assurance_maladie
- ▶ CIA- The World Factbook, France, 2006.jún.6.
<http://www.cia.gov/cia/publications/factbook/geos/fr.html>
- ▶ Couverture médicale, Eco-santé OCDE, 2005.okt.5.
<http://www.irdes.fr/ecosante/OCDE/fr/620000.html>
- ▶ European Health for All Database, Updated January 2006
- ▶ Extract from health for all (HFA) database: France
<http://www.who.dk/main/WHO/CountryInformation/HFAExtracts?Country=FRA&language=English>
- ▶ François, PH. –Verdier-Molinié, A.: Assurance maladie: un monde d'exceptions, Institut Français pour la Recherche sur les Administrations Publiques, Société Civile, n°54. 2006. január
<http://www.ifrap.org/Sante/Dossier-AM-exceptions.htm>
- ▶ Highlights on Health, France 2004, WHO Regional Office for Europe
http://www.euro.who.int/eprise/main/who/progs/chhfra/system/20050131_1
- ▶ Inflation en France, 2006.jún.7., Eurostat, INSEE
<http://inflation.free.fr/index.php>
- ▶ Institut National de la Statistique et des Études Économiques: Informations Rapides, 2005. máj.20.
http://www.insee.fr/fr/indicateur/cnat_annu/base_2000/documentation/publications/cpta152.pdf

- ▶ L'Assurance Maladie en action, Janvier 2006: Le parcours de soins coordonnés, Publications MSA
<http://www.msa.fr/front/id/msafr/S1096461900197/S1098192456447/S1105636338498>
- ▶ La féminisation: une chance à saisir, Ordre National des Médecins, 2006.márc.1.
<http://www.conseil-national.medecin.fr/?url=presse/article.php&id=66>
- ▶ La France en bref, INSEE, 2005
<http://www.insee.fr/fr/ppp/publications/intfrcbref.pdf>
- ▶ Le premier acteur de la complémentaire santé en France, Mutualité Française
http://www.fnmf.fr/web/frameset.nsf/mutuelles/cs_1?OpenDocument&AutoFramed
- ▶ Médecin, Wikipédia, L'Encyclopédie libre, 2006.máj.19.
<http://fr.wikipedia.org/wiki/M%C3%A9decin>
- ▶ Mutuelles de santé en France, Wikipédia, L'Encyclopédie libre, 2006.máj.12.
http://fr.wikipedia.org/wiki/Mutuelles_de_sant%C3%A9_en_France
- ▶ OWEN,P.: Changes to French medical services, FrenchEntrée.com
<http://www.frenchentree.com/fe-health/DisplayArticle.asp?ID=14377>
- ▶ Plan Hôpital 2007, la Mission „Tarification à l'Activité”, Ministère de la Santé et des Solidarités, République Française
<http://www.sante.gouv.fr/hm/dossiers/hopital2007/>
- ▶ Tarification à l'activité, Wikipédia, L'Encyclopédie libre, 2006.jan.11.
http://fr.wikipedia.org/wiki/Tarification_A_l'Activit%C3%A9

GÖRÖGORSZÁG

Gazdasági-politikai háttér

Görögország GDP-jének növekedését 2004-ben 3,8%-ra becsülték. A GDP növekedésének közel harmada az athéni olimpiai játékok megrendezésével összefüggő munkálatoknak volt köszönhető. Az egy főre jutó GDP 13950 EUR (2004). Az erős szolgáltatási szektor a munkaerő több mint 60 százalékát foglalkoztatja. A gazdaság jellemző problémája az ipar alacsony versenyképessége.

Görögország 1981-ben csatlakozott az EU-hoz, de csak 2002. január 1-jétől tagja az eurózónának. Az ország volt az egyetlen olyan EU-tag, amely azért nem lehetett ott az egységes valuta 1999-es bevezetésénél, mert nem volt képes teljesíteni annak feltételeit.

Görögország államháztartási hiánya 1997-től kezdve ténylegesen minden évben meghaladta az eurózónában kötelező, a GDP-hez mért 3%-os határt. A legutóbbi adatok szerint ez 6,1%-ot ért el 2004-ben. Az államadósság nagysága 2004-ben a GDP-hez viszonyítva 110,5%. (Az államadósság növekedéséhez a 2004-es olimpiai játékok előkészítésének és megrendezésének költségei jelentősen hozzájárultak. Ez utóbbiak megközelítették a 10 Mrd eurót.)

A fogyasztói árak 2004-ben (meghaladva az EU tagországok átlagát) 3,1%-kal nőttek az előző évi 3,5%-kal szemben. A gazdaság növekedése továbbra sem járt együtt a foglalkoztatottság növekedésével, így nincs lényeges változás a munkanélküliség alakulásában, ami 2004-ben is 10% körül mozgott.

Államformája köztársaság, amelyben a törvényhozó hatalom megoszlik a köztársaság elnöke és az egykamarás parlament között.

A legutóbbi parlamenti választást 2004. március 7-én tartották. A választás eredménye: a konzervatív Új Demokrácia párt győzött a szavazatok 45,5 százalékával, míg az addig kormányzó baloldali Pánhellén Szocialista Mozgalom (PASZOK) a szavazatok 40,58 százalékát kapta. A 300 tagú parlamentben az Új Demokrácia 165 helyhez, a PASZOK 117 helyhez jutott.

Demográfia

Görögország lakossága 2005-ben 11.120 ezer fő volt. A 14 év alattiak aránya 14,45%, csökkenő tendenciájú, ezzel szemben nő a 65 év felettek aránya, 17,98%. 2004-ben az ezer főre jutó élveszületések aránya 9,55, a halálozások 1000 főre jutó aránya 9,48. A 80-as, 90-es évek halálozási arányt meghaladó születési rátája a 2000-es évekre jelentősen lecsökkent.

A halálozások legfőbb oka a szívbetegségekben keresendő, ezt a daganatos betegségek és a keringési rendszer megbetegedései követik. A csecsemőhalandóság mértéke 5,5 ezer élveszületettre.

2004-ben a születéskor várható élettartam 79,05 év volt, nők esetében 81,5 év, férfiaknál 76,7 év. A görög férfiak kicsit tovább, a görög nők kicsit rövidebb ideig élnek, mint EU-s társaik. A WHO becslése szerint a görögök életük 90%-ában egészséget remélhetnek. Átlagosan 7,4 évet töltenek betegségekkel, ennyi a különbség a várható élettartam és az egészségben várható élettartam között.

Egészségügyi rendszer

A görög egészségügy vegyes rendszer a finanszírozás és a szolgáltatások tekintetében egyaránt. Tartalmazza (növekvő mértékben) a bismarcki társadalombiztosítási modell elemeit és az állami költségvetésből finanszírozott Beveridge-rendszer jellemzőit is. Az állam működteti az állami kórházakat, intézményei nyújtják az alapellátást, a kórházi és a sürgősségi ellátást. A magánszektor jelentős szerepet játszik a kórházakban, a diagnosztikai szolgáltatásokban és a járóbeteg-ellátásban.

A teljes lakosságot lefedő egészségügyi ellátás kialakítása az első szocialista kormány időszakára tehető, az állami egészségügyi rendszer (National Health System) létrehozása 1983-ban történt. Céljaként jelölte meg az ingyenes egészségügyi ellátás biztosítását minden állampolgár számára.

Finanszírozás

Az egészségügyi kiadások részesedése a GDP-ből 9,8% (2004). Az egészségügyi kiadások három fő forrásból származnak: központi költségvetés adóbevételei (NHS), egészségbiztosítási alapok és magánkiadások, ez utóbbin belül kisebb arányban a magánbiztosítás. 2000-ben az összes egészségügyi kiadás 30,4%-a adóbevételekből származott. (A valóságban az adóbevételek aránya még magasabb, hiszen a biztosítás deficitjét szintén a költségvetés fedezi, a közalkalmazottak járulékait pedig kiegészíti.)

Az NHS költségvetését évente állapítja meg a Gazdasági és Pénzügyi Minisztérium az elmúlt időszak kiadásai alapján.

A kórházi kiadások 70%-át adókból fedezik, a maradék 30% társadalombiztosításból és a közvetlen kiadásokból származik. Az alapellátást nyújtó központok a kórházi költségvetésből kapnak finanszírozást (adminisztratív besorolás alapján), bár egy 2004 februárjában keltezett törvény az alapellátási központok esetében a pénzügyi és jogi autonómia fokozatos bevezetését célozza.

A magánkiadások aránya az összes egészségügyi kiadásból 48% (az EU-15 tagországok között a legmagasabb). A magán egészségügyi kiadások több mint 90%-a közvetlen kifizetés, 10%-a magánbiztosítási járulék. A magán egészségügyi kiadások számottevő részét informális kifizetések teszik ki. A magánkiadások magas aránya az állami és magánszolgáltatások egymásba nyúló gyakorlatának, az alapellátás alacsony szintjének, a biztosítási alapok nagyon különböző szolgáltatási fedezetének tudható be. Az egészségügyi rendszerben elégtelen a monitorozás, az orvosok gyakorlati munkája ellenőrizetlen, az egészségügyi adatok, az információs és a minőségbiztosítási rendszerek hiányosak. A társadalombiztosítási alapok és a magán biztosítótársaságok egyaránt a szolgáltatásonkénti díjazást veszik térítési alapul, és nem alkalmaznak gazdasági megszorításokat a szolgáltatások indokolatlan igénybevétele esetén. Ez a magánszektor további bővüléséhez és profijtjának növekedéséhez vezet.

A rendszer a drága munkaerőre támaszkodik.

A biztosítási alapok a lakosság 95%-át biztosítják. A biztosítás a foglalkoztatottaknak és a hozzátartozóiknak kötelező, foglalkozási kategóriák szerint oszlik meg. A munkanélküliek fedezetét korábbi biztosítójuk nyújtja. Sokan vannak azok, akik biztosítása több biztosítási alapnál is megtalálható (direkt módon vagy hozzátartozó jogán). 39 biztosítási alap működik az országban, az egészségügyi ellátást velük szerződött állami vagy magánszolgáltatókon keresztül nyújtják. A három legnagyobb az IKA (szellemi és fizikai dolgozók biztosítója, a lakosság 55%-át biztosítja, a poliklinikákon keresztül az alapellátást nyújtja), az OGA (mezőgazdasági dolgozók számára nyújt biztosítást, a lakosság 23%-a itt biztosított), OAEE (társadalombiztosítási alap vállalkozók számára). A három alap együttesen a lakosság

80%-ának biztosításáról gondoskodik. További 7% az OPAD-nál biztosított (köztisztviselők, katonák társadalombiztosítója). Az IKA tagok a saját rendszerük alapellátását vehetik igénybe, az OGA tagok számára korlátozottan hozzáférhető az alapellátás, a többi alap szabad orvosválasztást kínál, valamint jobb hozzáférést a magánorvosokhoz és magán diagnosztikai központokhoz.

A biztosítás járuléka a munkáltatók és a munkavállalók között oszlanak meg, s részben az állami költségvetésből is kapnak a biztosítók kiegészítéseket. (Az IKA esetében pl. az egészségbiztosítási járulékok nagysága 7,65%, ebből 2,55%-ot a biztosított, 5,1%-ot a munkáltató fizet.)

Mintegy 2 millióan kiegészítő magánbiztosítással is rendelkeznek, ez a lakosság 20%-át érinti. Míg a társadalombiztosítás alacsony áron téríti az orvosi költségeket, addig a magánbiztosítás szinte szabad hozzáférést biztosít a költséges privát ellátáshoz.

A magánbiztosítás gyors térhódításának egyik oka az adócsökkentő tényezőkben rejlik.

A görög egészségügy nem alkalmazza a racionális forrásallokáció módszereit. A forrásokat bázis elven, az előző időszak kiadásai alapján, illetve politikai tárgyalások eredményeképpen osztják el. Emiatt jelentősek az ellátás regionális különbségei, a források a nagyvárosokban koncentrálnak, a költséges diagnosztika és szakellátás finanszírozása irányába tolnak el. (pl. a millió lakosra jutó CT-k száma 2001-ben Görögországban 16,4 volt, s ez a szám meghaladta az Egyesült Királyság 6,1, Franciaország 9,7 vagy az USA 13,2 arányát).

Egészségügyi szolgáltatások

Alapellátás, járóbeteg-ellátás

Az alapellátás az állami szektorban duális rendszeren keresztül történik. A szolgáltatásokat részben az NHS-hez tartozó alapellátási központok (2003: 187) és kórházi ambulanciák (járóbeteg-ellátás), részben az IKA alapellátási egységei nyújtják. Az orvosok mindössze 2%-a házi orvos.

A privát egészségügyi szolgáltatások térnyerése szembetűnő az alapellátásban. Az ország vidéki területein működő egészségügyi központok és rendelők az NHS tulajdonában állnak, a magánpraxist folytató orvosok közül pedig sokan szerződéses viszonyban vannak a társadalombiztosítással. Városi környezetben az alapellátást a kórházak ambulanciái, a társadalombiztosításhoz tartozó rendelőintézetek és privát diagnosztikai központok nyújtják. A beutalási rendszer hiánya miatt a kórházak járóbeteg-ellátó részlegei a beteg és az egészségügyi rendszer találkozásának első állomását jelentik az esetek nagyobbik részében.

Fekvőbeteg-ellátás

A másodlagos és harmadlagos ellátás szolgáltatói a kórházak, 123 általános és szakkórház 36621 ágygal rendelkezik, 9 pszichiátriai kórház ágykapacitása 3500 ágy. Az NHS-en kívül működő kórházak közé tartozik 13 katonai kórház (a Védelmi Minisztérium irányítása alatt), 5 IKA által finanszírozott kórház és 2 egyetemi oktató kórház. 2000-ben az 1000 főre jutó aktív kórházi ágyak száma 4, ennek 75%-a állami tulajdonban van (a 243 – főként általános kórházi ellátásban és szülészeti ellátásban tevékenykedő – magánkórház az ágyak 25%-át működteti. A magánkórházak két főbb kategóriája különböztethető meg:

- az első kategóriába tartoznak azok a nagy szakmai tekintélyű, 150-400 ágyas kórházak (mintegy 10 létesítmény), melyek főként a fővárosban találhatóak, és magas fokú műszerezettségükkel luxus igényeket is kielégítenek,

- a második kategóriát a kisebb, maximum 150 ágygal rendelkező, szerényebb körülményeket és ellátást biztosító kórházak képezik, igénybevételükhöz nem szükséges magánbiztosítás.

Jelentős a kórházi ágyak koncentrációja a főváros területére. Vidéki területeken, kisebb szigeteken a 90-es években épült 100 ágynál kisebb kapacitású kórházi egészségügyi központok működnek, amelyek az alapellátás és a kórházi ellátás feladatait is betöltik.

Egészségügyi dolgozók

2003-ban 4,7 orvos jutott 1000 lakosra, ami a legmagasabbak közé tartozik az EU-ban. Annak ellenére, hogy erőfeszítéseket tesznek az ápolók számának növelésére, lakosságszámra vetített arányuk Európa egyik legalacsonyabbja.

Az NHS kórházaiban és alapellátási központjaiban dolgozó személyzet állami alkalmazott, az orvosok bért kapnak, a kórházi orvosok magánygyakorlatot nem folytathatnak, ez a tiltás azonban a gyakorlatban nem hozott eredményt. Az orvosok 65%-a a privát szektorban tevékenykedik. A biztosítóval szerződött orvosok szolgáltatás szerinti díjazásban részesülnek. A díjtételek jellemzően alacsonyak, az orvosok a jövedelmeiket túlszámlázással egészítik ki. A fedezet és az ellátás hiányosságai következtében elterjedtek az informális fizetések.

A szolgáltatások túlzott alkalmazása a praxisok felügyeletének teljes hiányával magyarázható, az orvosok nem gyakorolnak kapuőri szerepkört sem a kórházak, sem a diagnosztikai központok vonatkozásában.

Gyógyszerpiac

A gyógyszerek engedélyezését a National Organisation for Medicines végzi.

2002-ben a görög gyógyszerpiac nagysága 1,5 Mrd USD, amely éves szinten 260 dollár egy főre jutó gyógyszerkiadást jelentett. Az egészségügyi kiadások kb. 20%-a gyógyszereket fedezett. A kötelező gyógyszereket a magángyógyszertárak forgalmazzák, ahol gyógyszerár nem működik, a helyi orvosok vagy egészségügyi központok árusítanak gyógyszert az Egészségügyi Minisztériumtól kapott engedély birtokában. A gyógyszerek 90%-a importból származik. Importált készítmények esetén a gyógyszer uniós tagországokban legalacsonyabb nagykereskedelmi ára szolgál az ár meghatározás alapjául. A generikumok ára 20%-kal alacsonyabb, mint az originális készítmények ára.

1998-ban jelent meg az első pozitív lista, amelyben már generikumok is találhatóak. A listán szereplő készítmények a következő országok közül legalább háromban kell, hogy támogatottak legyenek: Franciaország, Németország, Svédország, Svájc, Nagy-Britannia, USA. A listára való felvételtől szakértői bizottság dönt. Feltétlenül szükséges készítmények, mint pl. a rák gyógyítására szolgáló gyógyszerek, antidepresszánsok a pozitív listán szerepelnek. A betegbiztosítók általában a készítmények 75%-át térítik. Az önrészfizetés alól mentességet élveznek a nyugdíjasok, gyermekek, krónikus betegek (például cukorbetegségben és rákban szenvedők). Bizonyos krónikus betegek 10%-os önrészfizetésre kötelezettek (Parkinson-kór, Morbus Chron). Görögországban jellemző, hogy a receptköteles készítmények többségéhez recept megléte nélkül is hozzá lehet jutni. Generikumokkal való helyettesítés nem engedélyezett.

Reformok

Az alacsony hatékonysággal működő, folyamatos költségnövekedéssel, pénzügyi problémákkal szembesülő görög egészségügyi rendszer megújítására több hullámban folytak reformkísérletek. Az NHS 1983-as megalkotása után mennyiségileg fejlődött az ellátórendszer, falusi egészségügyi központok, regionális és helyhatósági kórházak létesültek. A szervezésben, decentralizációban, az intézmények hatékonyságának javításában azonban csak a 2000-es évek elején indított reformok, törvények hoznak/hozzhatnak változást. Egy 2005-ben elfogadott törvény szerint az NHS-ben 17 egészségügyi régió központot hoztak létre, amelyek önálló jogi személyként felelősek a régió tevékenységének koordinálásáért, az adott terület egészségügyi és jóléti intézményeinek, szolgáltatóinak működtetéséért. Az NHS állami kórházai és egyéb szolgáltatói számára lehetővé vált a magáncégekkel történő szerződéskötés biztonsági, étkezési, takarítási és adminisztrációs tevékenységekre. További változtatásokon dolgoznak, amelyek közül kiemelkedő az alapellátási központok fejlesztése (különös tekintettel a városi területekre), a családorvosi gyakorlat bevezetése, az akkreditáció módszerének és a minőségbiztosításnak a bevezetése, elterjesztése.

A görög egészségügyre főként az úgynevezett passzív privatizáció a jellemző, melyhez az állami egészségügyben jelentkező problémák vezetnek.

A magas színvonalú egészségügyi szolgáltatások mindössze a lakosság egyötöde számára elérhetőek, azaz azok számára, akik magánbiztosítással rendelkeznek vagy képesek a közvetlen kifizetésekkel járó anyagi terhek viselésére. Nagyon sok a lakosság számára nyújtott szolgáltatások hatékonyságában jelentkező eltérések. Ezzel együtt jellemző az állami és a magánszektor egymást kiegészítő tevékenységére való törekvés.

Források

- ▶ Greece
http://europa.eu.int/comm/employment_social/missoc/2002/socsot_greece_en.pdf
- ▶ Health and social services
http://www.mediainfo2004.gr/cgi-bin/hweb?-A=302,printer_en.html&-V=mediainfo2004&-w
- ▶ E. Mossialos and S. Allin: Interest groups and health system reform in Greece, *West European Politics*, vol.28, 2005, p.420-444
- ▶ Greece in figures, 2003. www.statistics.gr
- ▶ Kontodimopoulos N, Nanos P, Niakas D.: Balancing efficiency of health services and equity of access in remote areas in Greece, *Health Policy*. 2006 Mar;76(1):49-57.
- ▶ Highlights on health, Greece 2004,
<http://www.euro.who.int/eprise/main/who/progs/chhgrec/home>
- ▶ The Greek Market for Drugs & Pharmaceuticals
<http://strategis.ic.gc.ca/epic/internet/inimr-ri.nsf/en/gr117379e.html>

HOLLANDIA

Gazdasági-politikai háttér

Hollandia jóléti állam, gazdasága az 1990-es években 3-4%-kal növekedett, és csak az utóbbi években lassult le. 2003-ban az egy főre jutó GDP 29.371 USD volt PPP-ben kifejezve, míg az infláció mértéke 2004-ben 1,4%. A munkanélküliség 2004-ben 4,2% volt. Hollandia 1999-ben csatlakozott az euróövezethez.

A Holland Királyság államfője a királynő, a végrehajtó hatalom a kétkamarás parlament kezében van. Az Első Kamara vagy Szenátus 75 tagból áll, és 6 évenként választja meg a 12 megyei tanács. A 150 tagú Második Kamarát 4 évre jelölik ki közvetlen választással. Mivel általában egyetlen politikai párt sincs többségben, több párt koalíciója szükséges a kormányalakításra. A jelenlegi koalíció a Kereszténydemokrata Tömörülés (CDA), a liberális Néppárt a Szabadságért és a Demokráciáért (VVD), valamint a reformpárti, centrista D66 szövetségéből jött létre.

Demográfia

Hollandia lakossága 2005-ben 16,299 millió volt. A világ egyik legsűrűbben lakott országa, négyzetméterenként 450 lakossal. Egy 2003-ban végzett országos felmérés szerint a holland lakosság nagy része jó egészségi állapotról számol be. Ez részben az ország gazdasági fejlettségnek, részben a fejlett egészségügyi rendszernek tudható be. A születéskor várható élettartam a legmagasabbak között van a világon, férfiaknál 2004-ben 77,02 volt, mely valamivel magasabb az EU-15 átlagnál. A születéskor várható átlagos élettartam nőknél 2004-ben 81,65 volt, utóbb ez az EU-átlag alá esett. A halálozási arány igen alacsony, 2004-ben 8,39 volt 1000 lakosra. A legfőbb halálokok a keringési rendszer betegségei és a daganatok. Tapasztalhatók egészségben fennálló különbségek a szociális-gazdasági és a város-vidék megosztottság alapján. A nagyobb városokban az egészséggel kapcsolatos problémák erőteljesebben jelentkeznek (kábitószer-függőség, alkoholizmus, szexuálisan terjedő betegségek, erőszak, pszichiátriai problémák, társadalmi izoláció és hajléktalanság), s ezek inkább az alacsonyabb szociális-gazdasági csoportoknál gyakoriak.

Egészségügyi rendszer

Az egészségügyi rendszer 2006. január 1-től kötelező egészségbiztosításon alapul. Fő irányító szerve az Egészségügyi, Népjóléti és Sport Minisztérium (Ministry of Health, Welfare and Sport). Az egészségügyi ellátásért a minisztérium és az önkormányzatok felelősek. Az Egészségügyi Felügyelőség (Health Care Inspectorate) az ellátás minőségét és elérhetőségét ellenőrzi. A Szociális és Munkaügyi Minisztérium az Egészségügyi Minisztériummal közösen alakítja ki a munkaügyi és társadalombiztosítási irányelveket. A holland egészségügyi rendszer bonyolult és állandóan változó rendszer. Kiváló alapellátási struktúrával bír, és a betegelégedettség a legmagasabbak között van Európában.

Finanszírozás

1980 óta az egészségügyi kiadások megháromszorozódtak – 2004-ben az összes egészségügyi kiadás a GDP 9,8%-a volt. Ebből az állami finanszírozás 63%, mely aránylag alacsony értéket képvisel európai viszonylatban. 2000 óta a kórházak finanszírozása teljesítmény alapúvá vált, s ez jelentette a DRG típusú fizetési rendszerre való átállás első lépését, melyet 2005-ben vezettek be (Diagnosis Treatment Combinations). Erre a változásra azért volt szükség, mert költségvetési okokból a kórházakat gazdaságos működésre akarták ösztönözni a várólisták felszámolása érdekében. A háziorvosokat fejkvóta alapján fizetik. 2005-ig a szakorvosokat fee-for-service szerint fizették, 2005-től a kórházi finanszírozáshoz hasonlóan a Diagnosis Treatment Combinations rendszer alapján.

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

Az új egészségbiztosítási törvény meghatároz egy standard csomagot, melyet a korábbi szociális egészségbiztosítási törvény (ZFW) és az egészségbiztosításhoz való hozzáférésről szóló törvény (WTZ) szabályoz az új törvény érvénybe lépésekor. Az alapsomagot rendszeresen tesztelni és módosítani fogják a határosság, a költséghatékonyság és a kollektív finanszírozás szükségének kritériumai szerint. A krónikus ellátást vagy a költséges kezeléseket fedező kivételes orvosi költségek (AWBZ törvény) elemei 2006-ban az új standard csomagba kerülnek át.

A biztosítótársaságok az egész országra kiterjedően működnek, és csak a 850.000 tagnál kevesebb esetben korlátozhatják tevékenységüket egy területre. A biztosítótársaságok kötelesek egy adott terület minden lakosát elfogadni. A biztosított személyek jogosultak vagy a biztosítóval szerződésben álló szolgáltatók általi ellátásra vagy az ellátás költségeinek utólagos térítésére. Az egészségbiztosítási rendszert magán biztosítótársaságok működtetik, akik profit alapon tevékenykedhetnek. A biztosítótársaságoknak be kell tartaniuk az egészségbiztosítási törvényben leírt feltételeket. A biztosított személyek szabadon választhatnak a biztosítók közül. Az egészségügyi ellátók versenyeznek egymással az árak és a minőség alapján. Az egészségbiztosítási törvény jogot nyújt a kormánynak a szerződéskötési kötelezettség betartására. Ez hasonló a korábbi szociális egészségbiztosítási törvényben foglaltakhoz, mely szerint a biztosítók kötelesek szerződést kötni minden kérelmező kórházzal.

Minden 18 éven felüli biztosított személy névleges járulékot fizet. A járulék összege biztosítónként változhat, de minden biztosítónak ugyanazt a járulékot kell meghatározni egyazon biztosítási típusra. A névleges járulék szerepe az, hogy ösztönözze a biztosítók közötti versengést és a biztosított személyek költségudatosságát (a járulékmértéke 2006-ban 1038 euró/év/biztosított).

Az egészségbiztosítási törvény rendelkezik a jövedelemtől függő járulékok kérdésében is. A munkaadó közvetlenül nem fizet járulékot, de köteles visszatéríteni a munkavállalónak az általa befizetett járulékot. A munkavállalók jövedelemarányos járuléka az Egészségbiztosítási Alapba kerülnek. Az összes jövedelemfüggő biztosítási járulék az összes nemzeti biztosítási járulék terhének 50%-át teszi ki. A 18 éven aluli gyermekek névleges biztosítási díjainak fedezésére a kormány fizet járulékot az Egészségbiztosítási Alapba.

„No-claim refund” elv szerint, ha a biztosított évi 255 eurónál kevesebbet használ fel egészségügyre (a háziorvosi vizitek kivételével), fix biztosítási díjának egy részét visszatérítik. Választható olyan biztosítási forma is („Personal excess”), ahol egy bizonyos összegig a biztosított fizeti az ellátás költségeit. Ennek

ellenében a biztosító kedvezményt ad a fix biztosítási díjból. E formának jelenleg öt szintje van: 100, 200, 300, 400 és 500 euró.

Egészségügyi szolgáltatások

A holland egészségügyi ellátás decentralizált és önkormányzati/tartományi szolgáltatásokon keresztül történik. Az ellenőrző és monitorozási feladatot az Egészségügyi Felügyelőség látja el regionális és országos szinten. Az állami egészségügyi szolgáltatások vezérelve a megelőzés erősítése. Nagy hangsúlyt helyeznek a szociális-gazdasági különbségek enyhítésére és az idősek morbiditásának csökkentésére.

Alapellátás

Az alapellátást többnyire házi orvosok nyújtják, akik kapuőr funkciót töltenek be, és a rendszer meghatározó szereplői. A házi orvosok kezelik a gyakoribb betegségeket, gondozzák a krónikus betegeket és pszichoszociális problémák megoldásában is részt vállalnak. Bonyolultabb szakellátásban csak azok a betegek részesülnek, akik speciális szakértelmet és orvostechnikai eszközöket igényelnek. Az orvos-beteg találkozások 6%-ában történik csak szakorvosi beutalás. A legtöbbször a sebészetre utalják be a betegeket. Beutalás igen ritka az olyan elterjedt betegségekre, mint hipertónia, alsó hátfájás és felső légúti megbetegedés. Az alapellátási rendszerben minden betegnek be kell jelentkeznie egy házi orvosnál, a szakorvosi és kórházi beutalás is csak rajta keresztül történhet. A kapuőrzés hatását jól illusztrálja az alacsony beutalási arány, mivel a panaszok nagy részét a házi orvos látja el. Az összes járóbeteg-vizit kétharmadát az alapellátás képezi. A házi orvosok tekintélyes időt töltenek el a betegekkel, és a kommunikációs jártasságok szerves részét képezik az orvostudományi oktatásnak. Ez is magyarázza az igen alacsony vényfelírási arányt Hollandiában, ahol az esetek 66%-ában írnak csak fel receptet, míg más európai országban ez 75–95%. Egy házi orvosra átlagosan 2300 beteg jut. A házi orvosok független és többnyire egyéni praxisokban működnek, bár a csoportpraxisok száma egyre emelkedik. Vidéken néhány GP saját gyógyszerterázt is működtet.

Kórházi ellátás

A járó-és fekvőbeteg-ellátást szakorvosok nyújtják a kórházak ambuláns és fekvőbeteg osztályain. A sürgősségi eseteket leszámítva a betegek nem mehetnek közvetlenül járóbeteg-rendelésre beutalás nélkül. A kórházak több mint 90%-a non-profit magánjellegű, 10%-a pedig állami egyetemi kórház. Összesen 136 kórház működik Hollandiában, típus szerint 8 oktató, 100 általános és 28 szakkórház. 1980 óta az aktív ágyszám harmadával csökkent (2003-ban 3,1 ágy jutott 1000 lakosra). Változás történt a kórházi menedzsmentben, ahol a középvezetők nagyobb hatáskört kaptak. A legtöbb nagyméretű és akadémiai kórházban bevezettek bizonyos decentralizációt, és a szakorvosok is részt vesznek a menedzsmentben. A legfontosabb szociális szolgáltatásokat az ápolóotthonok és az idősek otthona képezi. Hollandiában van Európa legmagasabb színvonalú lakóhelyi ellátása az idősek számára.

A kórházi ellátás terén az 1990-es évek második felében problémák merültek fel a várólisták miatt. 1997-ben a kormány 7 millió eurónak megfelelő összeggel próbálta segíteni az igen hosszú várakozási idő csökkentését. 1998-ban létrehozták a várólista bizottságot, mely 12 lépésben kívánta megoldani a problémát. 2000-ben kb. 150.000 beteg várt kezelésre általános kórházakban, ebből több mint 92.000 több mint egy hónapja várákozott. 2001-re a várákozó betegek száma 185.000-re nőtt. Egy jelentés a várólisták társadalmi költségét 3,2 milliárd euróra becsülte, mely a jövedelem- és termelékenységi kiesésből, a munkaképtelenségből és a bürokráciából adódó veszteségekből eredt. A kormány válasza

újabb pénzügyi alapok nyújtása volt 2003-ban, ez azonban hatalmas költségvetési terhekhez vezetett. 2004-re a várólisták már elfogadható méretet öltöttek.

Egészségügyi dolgozók

Az orvosok száma kb. 10%-kal alacsonyabb az EU-15 átlagához képest – 2003-ban 100.000 lakosra számítva 314 volt. A fogorvosok száma 30%-kal alacsonyabb, míg az ápolók száma jóval az EU-átlag felett van – 100.000 lakosra 1366, míg ez az arány az EU-15-ben 817. A háziorvosok nyilvántartását a Holland Királyi Orvosszövetség (Royal Dutch Medical Association) végzi. A betegpénztárakkal szerződő háziorvosoknak kötelező regisztrálni magukat. A háziorvosok független, többnyire egyéni praxisokban dolgoznak. A szakorvosok független vállalkozók, akik szerződéses viszonyban állnak a kórházzal (kivéve azokat az orvosokat, akik egyetemi kórházakban, pszichiátriai klinikákon vagy rehabilitációs központokban dolgoznak).

Gyógyszerpiac

A gyógyszertermékek szabályozásáért a Gyógyszerértékelési Testület (Medicines Evaluation Board) felelős. Az 1958-as gyógyszer törvény értelmében egy gyógyszertermék csak akkor kerülhet a holland piacra, ha azt a Testület pozitívan értékelté minőség, biztonság és hatásosság tekintetében. A gyógyszerek szigorú szabályozását Egészségügyi Felügyelőség ellenőrzi. Hollandiában létezik nemzeti és Európai Unió törzskönyvezési eljárás. Törzskönyvezés után a kormány eldönti, hogy térítésben részesüljön-e a gyógyszer annak alapján, hogy összehasonlítja ár és terápiás hatás tekintetében más készítményekkel.

Az utóbbi években a gyógyszerkiadások emelkedtek részben a felírás növekedése miatt, részben pedig az új és költséges gyógyszerek bevezetése miatt. 2002-ban a teljes gyógyszerkiadás az összes egészségügyi kiadás 11,4%-a volt. A térítés mértéke a hasonló hatású gyógyszerek átlagos árán alapul (referenciaár-rendszer). Ha egy gyógyszer ára magasabb az adott gyógyszercsoport átlagánál, a fogyasztónak kell kifizetni a különbözetet. Az 1980-as években a vényköteles gyógyszerrendelés visszafogása céljából bevezették az általánydíjas co-payment fizetést a kötelezően biztosított betegek számára. Az önrészfizetés a receptszám jelentős csökkenését eredményezte, ugyanakkor a receptenkénti tételszám növekedett. Ennek következtében maximálták a receptenként felírható gyógyszerek számát. A gyógyszerészeket érdekeltté tették a generikus termékek kiadásában azzal, hogy a védjegyes és a helyettesíthető termék árkülönbözetének egy részét megtarthatták.

Reformok

A holland egészségügyi rendszert folyamatos viták jellemzik szerkezetét és reformját illetően. A legtöbb reformot érintő döntések a versenyképesség növelésére irányultak, és rávilágítottak azokra a nehézségekre, amelyek a hatáson piaci verseny bevezetésével járnak a szolidaritás és az elérhetőség fenntartása közben. Az egészségbiztosítás kérdése a viták legfőbb forrása. A biztosítást érintő reformintézkedések legújabb fejleménye 2005. október 4-éhez köthető, amikor a holland Felsőház hozzájárult az új Egészségbiztosítási Törvény bevezetéséhez. A holland egészségügyi rendszer jövőbeni alakulását meghatározó döntés értelmében 2006. január 1-től az ország minden adófizető állampolgára kötelezően választani. Az új egészségbiztosítási rendszer a lakosság fedezetét az eddig érvényben lévő, egymást kiegészítő biztosítási formák felváltásával kívánja elérni. A biztosítótársaságoknak a

működési területükhöz tartozó minden lakos feliratkozását el kell fogadniuk. A kötelezettség teljesítését kockázatkiegyenlítő rendszer teszi lehetővé. A biztosított névleges járulékot fizet egészségbiztosítójának. A törvény rendelkezik a biztosítottak jövedelemfüggő hozzájárulásáról is, melyeket a munkáltatók kötelező befizetései egészítenek ki. Az új egészségbiztosítás tartalmaz egy alapcsomagot is az alapvető egészségügyi szolgáltatásokra vonatkozóan. A kormány kompenzációt helyez kilátásba arra az esetre, ha a törvény bizonyos lakosságcsoportokat érzékenyen érintő anyagi következményekkel járna, egyúttal ígéretet tett a biztosítással nem rendelkezők számának minimálisra csökkentésére.

Források

- ▶ Health care systems in transition, Netherlands 2004
http://www.euro.who.int/observatory/Hits/20041022_3
- ▶ Highlights on health, Netherlands 2004
<http://www.euro.who.int/eprise/main/who/progs/chhnet/home>
- ▶ Health insurance system
<http://www.minvws.nl/en/themes/health-insurance-system/default.asp>
- ▶ Ministry of Health, Welfare and Sport
<http://www.minvws.nl/en>
- ▶ Health for All Database. European Region. WHO Regional Office for Europe.

ÍRORSZÁG

Gazdasági-politikai háttér

Írország 1973-ban csatlakozott az EU-hoz, jelenleg a leggyorsabban fejlődő tagállamnak számít. 2003-ban az egy főre jutó GDP 37.738 USD volt PPP-ben kifejezve, Luxemburg után a második legmagasabb Európában. Írország 1999-ben lépett be a 11 tagállamot felölelő euróövezetbe. Az infláció 2004-ben 2,2% volt, mely az EU-15 átlaga alatt helyezkedik el. A munkanélküliség 2004-ben 4,4% volt.

Írország demokratikus köztársaság, ahol a hatalmat a kétkamarás parlament és a miniszterelnök gyakorolja. Jelenleg a Fianna Fáil nevű konzervatív párt a Haladó Demokratákkal koalícióban kormányoz. A képviselőház tagjait általános választással jelölik ki, míg a szenátus tagjait szűkebb körű választással vagy a miniszterelnök jelölésével határozzák meg. Az önkormányzat 29 megyei tanácsból és 5 városi választókerületből áll. A hivatalok tagjait általános választással jelölik ki egy arányos képviseleti rendszeren belül.

Demográfia

Írország lakossága 2005-ben 4.148 millió volt. Termékenységi rátája több évtizede csökkenőben van, 2004-ben 1,95 volt. A születési arány a kilencvenes években valamelyest csökkent, azonban így is a legmagasabb a nyugat-európai országok között (2003-ban 1000 lakosra 15,46). A halálozási arány az alacsonyabbak közé tartozik Európában (2002-ben 1000 lakosra 7,58), s ebből következik, hogy itt a legmagasabb a természetes szaporodás. Ennek ellenére sem várható nagyfokú növekedés a lakosságszámban, mivel a kivándorlás továbbra is jellemző. Írország lakossága 2005-ben 4,148 millió fő volt. A születéskor várható átlagos élettartam az utóbbi évtizedekben gyorsabb ütemben növekedett, mint az EU-átlag, azonban így is egyike a legalacsonyabbaknak az EU tagországok hasonló statisztikái között (2001-ben 77,21). A lakosság korösszetételére több évtized óta jellemző volt a 0-14 évesek magas aránya (20,85% 2004-ben), ez azonban az utóbbi években csökkenni kezdett. A 65 éven felüli lakosság aránya folyamatosan növekszik (11,15% 2004-ben). A vezető halálokok a keringési rendszer betegségei és a daganatok, amelyek az összes halálozás 65%-áért felelősek.

Egészségügyi rendszer

Írországban az egészségügyi szolgáltatásokhoz való jogosultság nem az adó vagy a társadalombiztosítási járulék befizetésén alapul, hanem a tartózkodási hely és a lakos jövedelmi viszonyain. Az állami egészségügyi szolgálat két jogosultsági kategória rendszerére épül. Az I. kategóriába a szociálisan rászorult, alacsony jövedelmű személyek, nyugdíjasok, diákok és gyermekek tartoznak (a lakosság 36%-a). Ők az egészségügyi kártya (Medical Card) tulajdonosai, és térítésmentes általános orvosi és fogorvosi kezelésre, valamint kórházi ápolásra és gyógyszerekre jogosultak. Bizonyos személyek, akik nem jogosultak egészségügyi kártyára, kérvényezhetnek háziorvosi vizitkártyát (GP Visit Card). Ez lehetővé teszi a térítésmentes háziorvosi látogatást, és azok számára vezették be 2005-ben, akik nem jogosultak egészségügyi kártyára jövedelem alapján, de magas GP vizitköltségekkel bírnak. Ez előfordulhat olyan helyzetekben, amikor valakinek olyan betegsége van, amely kivételes és rendszeres orvosi kezelést vagy rendelői látogatást igényel, és ez pénzügyi nehézségeket okoz. A II. kategóriába

tartozók (a lakosság 64%-a) csak bizonyos szolgáltatásokra jogosultak térítésmentesen. Csekély díjakért mindenki jogosult a kórházi és szociális ellátásra, de csak az egészségügyi kártya tulajdonosai férhetnek hozzá térítésmenten a legtöbb szolgáltatáshoz, köztük a GP ellátáshoz. Bizonyos krónikus betegségek kezeléséhez szükséges gyógyszerek mindenki számára ingyenesek, és ugyancsak állampolgári jogon jár az anyasági és a csecsemőellátás. Fejlett a magánszektor, melyet biztosítási fedezet vagy készpénzfizetés útján lehet elérni.

Az egészségügy fő irányító szerve az Egészségügyi és Gyermekvédelmi Minisztérium (Department of Health and Children), amely a tervezésben, a költségvetésben és a koordinációban játszik szerepet, és közvetlenül nem avatkozik bele a szolgáltatások nyújtásába. A Minisztérium határozza meg a lakosság egészségének javulását szolgáló intézkedéseket, dönt a prioritások kérdésében és az erőforrások elosztásáról, valamint a folyamatos értékeléshez igazodva rövid és hosszú távú programokat készít. Az egészségügyi ellátás a nyolc regionális egészségügyi testület (Regional Health Boards, RHB) feladata, melyek 200.000-1,23 millió lakost szolgálnak. Az RHB-k választott helyi képviselőkkel, egészségügyi szakemberekből és a minisztérium által kinevezett vezetőkből állnak.

Finanszírozás

2004-ben Írországban az összes egészségügyi kiadás a GDP 7,2%-a volt. Az egészségügyi kiadások 78%-át finanszírozzák államilag, és az állami kiadások több mint 80%-át adózásból fedezik. Magánbiztosításból fedezett a kiadások 8,5%-a, a fennmaradó rész a lakosság közvetlen kifizetése. A magánkiadások kb. 40%-a háziorvosi konzultációkat, 25-30%-a pedig kórházi tartózkodást fedez.

Az I. kategóriában a háziorvosi ellátás, állami kórházak szolgáltatásai, gyógyszerek, fogászati kezelés számára nincs önrészfizetés. A II. kategóriában a háziorvosi ellátás fizetendő, ennek értéke maximálva van, ami családonként évi 500 EUR, személyenként 220 EUR, ezen összeg fölött nem kell fizetni. A járóbeteg-ellátás díja 45 EUR, kórházi kezelés 45 EUR/éjszaka (éves küszöbérték 450 EUR). A betegek költséghozzájárulása a következő fizetésekből áll: GP szolgáltatások; a gyógyszerátogatási rendszer által nem fedezett vényköteles gyógyszerek; az állami kórházak járó- és fekvőbeteg ellátási díjai azok számára, akiknek nincs egészségügyi kártyájuk, és nem rendelkeznek biztosítással ezen ellátásokra; az önkéntes biztosítás nélkül történő magánellátás; krónikus ápolóotthoni ellátás időseknek, akiket nem támogat az RHB vagy nem fedez önkéntes biztosítás.

Az Egészségbiztosítási Hatóság (Health Insurance Authority) az egészségbiztosítási piac független szabályozója, mely monitorozza az üzleti tevékenységet, és tanáccsal látja el az egészségügyi minisztert. A magánbiztosítás területén az Önkéntes Egészségbiztosító monopolhelyzetben van. Főleg kórházi ellátást finanszíroz, meghatározott díjtételek alapján. A VHI részben állami testület, melynek igazgató tanácsát az egészségügyi miniszter jelöli ki. A második legnagyobb magánbiztosító Írországban a BUPA, majd ezután következik a Vivas.

Egészségügyi szolgáltatások

Alapellátás

Az egészségügyi alapellátást az Általános Orvosi Szolgálat (General Medical Service) nyújtja. Ez a szervezet tömöríti az általános orvosokat, és lehetővé teszi a szabad orvosválasztást. Tagjai az egészségügyi testületekkel együttműködve részt vesznek az általános orvosi, az anya- és gyermekellátásban. A háziorvosok nagy része (70%-a) szerződéses viszonyban áll az RHB-kel. A

házi orvosok a szakorvosi, kórházi szolgáltatások igénybevétele során kapuőrként működnek. Az I. kategóriába tartozó betegeknek ki kell választaniuk egy házi orvost a résztvevő orvosok listájából. A GP szolgáltatások, vényköteles receptek és gyógyászati eszközök ezután ingyenesen elérhetők számukra és hozzátartozójuk számára. A II. kategóriába tartozó betegek, akiknek fizetniük kell a szolgáltatásokért, szabadon választhatnak bármilyen házi orvost vagy szakorvost. 1989-ig a GP-ket tételes elszámolás (fee-for-services) alapján fizették, jelenleg kor, nem és tartózkodási hely szerinti fejkvóta alapján történik a díjazás.

Kórházi ellátás

A járó-és fekvőbeteg-ellátást szakorvosok nyújtják a kórházak ambuláns és fekvőbeteg osztályain. Két kórházi program működik az országban, az általános és a speciális. Az általános kórházi program az egészségügyi költségvetés kb. felét teszi ki, a kórházi szakellátást fedezi. A Speciális Kórházi Program az egészségügyi költségvetés kb. ötödét teszi ki. A speciális kórházak a mentális betegeknek és a mentálisan fogyatékosoknak nyújtanak ellátást.

Az ír egészségügyi rendszer jellemző vonása, hogy nagy súllyal szerepel a kórházi ellátás. Az ország több mint 100 általános kórháza közül némelyek regionális vagy országos szintű szakellátást is nyújtanak. Az általános kórházi szolgáltatások a tulajdonjog és finanszírozás három különálló típusát képviselik: (i) az egészségügyi testületi (RHB) kórházak a testületek tulajdonában vannak, tőlük kapják a költségvetést; (ii) a non-profit magánkórházakat közvetlenül az Egészségügyi Minisztérium finanszírozza; (iii) a profitorientált magánkórházak privát tulajdonban és irányítás alatt vannak, és nem részesülnek állami támogatásban. Az általános kórházak egyharmada egyházak vagy más önkéntes szervezetek kezelésében levő nem profitorientált közkórház. A kórházakban keveredik a magán- és a közellátás, a szolgáltatók egyszerre mindkét területen tevékenykedhetnek. A közkórházi fekvőbeteg-ellátásban léteznek várólisták, melyek felszámolása a célkitűzések között szerepel. A magánkórházakban nincs várólista.

Egészségügyi dolgozók

2001-ben összesen 86.500 ember dolgozott az állami egészségügyi szektorban. Az 1997-es 68.000-hez képest jelentős növekedés történt, főleg a baleseti és kisegítő személyzet terén, mely a különböző szolgáltatásokba (pl. gyermekgondozás, rokkantság) történő tekintélyes befektetéseket tükrözi. Növekedett az orvosokat és ápolókat támogató irodai és adminisztratív személyzet is, így a szakemberek jobban figyelhetnek szakmai feladataikra. Írországban igen alacsony az orvosok száma, jóval az európai átlag alatt van: 2004-ben 100.000 lakosra számítva 275 volt, míg az EU-15-ben 356. Ellenben az ápolók aránya magas: 2004-ben 100.000 lakosra 1880, míg ez az arány 817 volt az EU-15-ben.

Gyógyszerpiac

A gyógyszerek engedélyezését az Ír Gyógyszer Testület (Irish Medicines Board) végzi. Az OTC készítmények szabadárúak, míg a vényköteles készítmények árrendszerének az Egészségügyi Minisztérium és az Ír Gyógyszerész Szövetség (Pharmaceutical Society of Ireland) közötti megállapodást kell követnie. 2002-ben a teljes gyógyszerkiadás az összes egészségügyi kiadás 11%-a volt. Írországban a gyógyszerárak magasabbak, mint más EU- tagállamban. Ez részben annak tudható be, hogy Írországban a gyógyszeripar jelentősen hozzájárul a gazdaság teljesítményéhez (Írország a 10 legnagyobb gyógyszergyártó ország egyike), részben pedig annak, hogy árait a szomszédos Nagy-

Britanniához kapcsolja, ahol a gyógyszerárak az európai átlaghoz viszonyítva szintén magasabbak. Az utóbbi években egy szélesebb európai összehasonlítást vezettek be az ír piacra bekerülő gyógyszerárak meghatározásában, és a következő országok nagykereskedelmi árát veszik alapul: Dánia, Franciaország, Németország, Hollandia, Nagy-Britannia. A gyógyszerfinanszírozást illetően Írországban az egészségügyi kártya nélküli lakosok és családjuk havi 85 eurónál nem fizethetnek többet gyógyszerekért és gyógyászati segédeszközökért. Azok a személyek, akik egy vagy több krónikus betegségben szenvednek, díjmentesen juthatnak hozzá a gyógyszerekhez és gyógyászati segédeszközökhöz.

Reformok

2003-ban kezdték el az elmúlt 30 év legátfogóbb egészségügyi reform programját Írországban. A program fő célja a betegközpontú rendszer megvalósítása és a betegellátás színvonalának javítása, és olyan lépéseket tartalmaz, amelyek az egészségügyi rendszer minden részére hatással lesznek. A 9 milliárd euró költségvetésű ír egészségügyi szolgálat teljesen modernizált pénzügyi menedzsment gyakorlatot követel meg. Olyan mechanizmusokat léptetnek életbe, amelyek biztosítják, hogy a pénzt megfelelően használják fel.

A reformok a következő intézkedéseket tartalmazzák:

- ▶ A fennálló egészségügyi szervezetek racionalizálása, benne az egészségügyi testületi struktúrák (Regional Health Boards, RHB) felszámolásával.
- ▶ Az Egészségügyi Szolgáltatási Végrehajtó Hivatal (Health Service Executive) létrehozása – az első olyan egyedülálló országos testület, mely felhatalmazással bír az ellátás irányítására és szolgáltatására.
- ▶ Az Országos Kórházi Hivatal (National Hospitals Office) létrehozása a kórházi ágazat megreformálására.
- ▶ Egy a kórházon kívüli ellátások számára létrehozott főigazgatóság (Primary, Community and Continuing Care Directorate) 4 regionális és 32 helyi hivatallal.
- ▶ Az Egészségügyi Minisztérium átalakítása a jobb egészségpolitika kidolgozására, a szolgáltatások ellenőrzésére és értékelésére.
- ▶ Egészségügyi Információs és Minőségi Hatóság létrehozása (Health Information and Quality Authority) annak biztosítására, hogy a minőséget és a hatékonyságot az egész rendszerben javítsák.
- ▶ A költségvetés decentralizációja azon szervezetek irányába, akik felelősek az ellátás nyújtásáért.
- ▶ A várakozási idők maximum 3 hónapra csökkentése az állami szektorban nyújtott elektív kezelésekre.
- ▶ Az alapellátás kapacitásának fejlesztése. Az alapellátásnak kell az egészségügyi rendszer központjává válni, ahol az egészségügyi és szociális szolgáltatási szükségletek 90-95%-át ki tudják elégíteni.

Az egészségügyi reform program a 2001-ben kidolgozott Egészségügyi Stratégia célkitűzéseit kívánja megvalósítani. A 2005 októberében kiadott „Az egészségügyi rendszer teljesítményei” (Health System Achievements) című dokumentum számol be az elért konkrét eredményekről.

Források

- ▶ Health Strategy
http://www.dohc.ie/publications/fulltext/quality_and_fairness/
- ▶ Health Service Reform Programme
<http://www.healthreform.ie>
- ▶ Health System Achievements
http://www.dohc.ie/publications/health_system_achievements_oct_2005.html
- ▶ The Irish Health Care System: Cost Containment Measures during the 1980s and 1990s
<http://www.lse.ac.uk/collections/LSEHealthAndSocialCare/pdf/healthAndSocialCareDiscussionPaperSeries/DP11.pdf>
- ▶ Department of Health and Children
<http://www.dohc.ie>
- ▶ Irish Medicine Board
<http://www.imb.ie>
- ▶ Pharmaceutical Society of Ireland
<http://www.pharmaceuticalsociety.ie>
- ▶ Oasis Irish eGovernment – Health
<http://www.oasis.gov.ie/health>
- ▶ Health for All Database. European Region. WHO Regional Office for Europe.
- ▶ Highlights on Health in Ireland. WHO Regional Office for Europe, 1998.

LUXEMBURG

Gazdasági-politikai háttér

Luxemburg stabil gazdasági helyzetét tartós növekedés, magas bevételek és alacsony infláció jellemzi. Jóllehet az átfogó gazdasági hanyatlás Luxemburgot a többi EU tagállamhoz hasonlóan kedvezőtlenül érintette, az ország lakosságának életszínvonala rendkívül magas. Az egy főre eső GDP 2003-ban 62 298 PPP USD volt, vezető helyen áll az Európai Unióban. Az államháztartás hiánya (0,6% 2004-ben) jóval az Európai Unió által megszabott 3%-os küszöbérték alatt marad.

Az ország fogyasztói árindexe 2004-ben 2,2% volt, a GDP arányában kifejezett államadósság (6,6%) a maastrichti határérték mindössze tizedét tette ki. Az ország gazdasága több mint 50%-ban külföldi munkaerőt foglalkoztat, a munkanélküliség alacsony, bár némi emelkedést jelez, 2004-ben 4,2%-os volt.

Luxemburg államformája alkotmányos monarchia (nagyhercegség). Az ország élén az öröklés folytán trónra lépő nagyherceg áll, ő az államfő. Az egykamarás törvényhozás a Képviselők Kamarája, melynek 60 tagját öt évre választják. A kormány feje a miniszterelnök. A legutóbb, 2004 júniusában tartott parlamenti választásokon a legtöbb szavazatot (a szavazatok 36%-át) a Keresztényszocialista Párt (CSV) kapta, mely koalícióra lépett a (szavazatok 23%-át elnyerő) Luxemburgi Szocialista Munkáspárttal (LSAP).

Demográfia

Luxemburg lakossága kis mértékben növekszik, 2005-ben 465 000 főt számlált. A növekvő tendencia inkább a bevándorlásnak, mintsem a természetes szaporodásnak tulajdonítható, mivel az elveszületések visszaesése mellett, a halálozási mutatók emelkednek. A lakosok 91,6%-a él városi környezetben. A termékenységi arány 1,7 volt 2004-ben. A lakosság öregedését a 65 éven felüliek lakosságstruktúráján belüli arányának enyhe emelkedése jelzi. Jelenleg a mutató valamivel meghaladja a 14%-ot, de előrejelzések szerint 2030-ban már 18%-ot fog kitenni.

A születéskor várható élettartam 2004-ben 79,6 év volt, ez férfiak esetében 76,1, nőknél 82,7 évet jelentett. A halál oka statisztikák vezető helyét a keringési rendszer betegségei foglalják el, ezt követik a daganatos megbetegedések. A légzőszervrendszeri betegségek okozta halálozás különösen nagy mértékben nő. A rendszeres dohányzás, mint egészségkárosító tényező komoly problémát jelent. A tuberkulózis incidenciája 12,2/100 000 fő volt 2003-ban, ugyanakkor a klinikailag diagnosztizált AIDS előfordulása 1,78/100 000 esetet tett ki.

Egészségügyi rendszer

Luxemburg egészségügyi rendszerét, mely a kötelező egészségbiztosításon alapul, a szabad orvosválasztás és a szolgáltatások kötelezően előírt fix díjtételei jellemzik.

Finanszírozás

Az egészségügyi kiadások GDP-hez viszonyított aránya 2000-hez képest emelkedik, 6,9% volt 2004-ben.

Ugyanebben az évben az egészségügyi kiadások anyagi erőforrásai a következőképpen alakultak: kötelező egészségbiztosítás 80,4%, adóbevételek 5,0%, közvetlen térítés 11,9%, magánbiztosítás 1,4%, egyéb 1,3%.

Az egészségügy finanszírozása többségében állami forrásokból történik, az anyagi háttérrel elsősorban a kötelező biztosítás képezi, mely a lakosság 99%-a számára nyújt fedezetet. A köztisztviselők és a nemzetközi szervezetek alkalmazottai, valamint az önálló vállalkozók, iparosok és gazdálkodók külön biztosítással rendelkeznek. A biztosítás csak azokra a munkanélküliekre nem terjed ki, akik sem munkanélküli segélyben, sem nyugdíjban nem részesülnek.

Az egészségbiztosítási járulék egységes mértékét az Egészségbiztosítók Szövetsége állapítja meg a foglalkozások szerint tagozódó kilenc biztosítóval való egyeztetései alapján. 2004-ben a munkavállalók hozzájárulása bruttó bérük 4,9, illetve 2,65%-át tette ki aszerint, hogy fizikai vagy szellemi munkakört töltöttek be, és ezzel azonos mértékű volt a munkáltatók által a beralapból fizetendő járulék. A nyugdíjasok hozzájárulásának mértéke nyugellátásuk 2,55%-a, illetve az adózott jövedelem 1%-a eltartottak esetén.

Az önkéntes magánbiztosítás általában véve korlátozott szerepet játszik a szolgáltatások térítésében. Mindazonáltal a lakosság mintegy 75%-a köt kiegészítő biztosítást a nem alapvető ellátási formák fedezésére.

Egészségügyi szolgáltatások

Alapellátás, járóbeteg-ellátás

Luxemburg lakosságának alapellátását elsősorban a saját önálló praxisukban dolgozó házi orvosok biztosítják. Minthogy azonban nem töltenek be „kapuőri” szerepkört, a betegek szabadon fordulhatnak szakorvoshoz, sokszor az alapellátásra tartozó problémáikkal is.

Jóllehet a szakorvosok is jogosultak alapellátás nyújtására, a lakosság ellátását biztosító szakemberek tevékenysége szigorúan szabályozott. A praktizálás feltétele, hogy az orvosok tevékenységüket az orvosi kamara és az egészségbiztosítás közötti egyezmény keretében folytassák. A házi orvosi ellátásért a szolgáltatások hivatalosan rögzített díjtételei szerint jár honorárium, és ezt a betegeknek - a kötelező önrészesedésen felül - a későbbiekben téríti meg a biztosító. Az orvosok és a fizioterapeuták túlnyomó többsége tételes elszámoláson alapuló magánpraxist folytat.

Az alapellátás keretében végzett ápolótevékenység az országos- és a helyi hatóságokhoz tartozik, melyek ezt a költségekhez hozzájárulva a medikoszociális központok feladatául tűzték ki. Ezek a központok a Luxemburgi Vöröskereszt és a Medikoszociális Liga együttes irányítása alatt állnak, és átszöve az egész országot ellátják a teljes lakosságot.

A medikoszociális központok dolgozóinak tevékenysége rendkívül szerteágazó:

- részt vesznek a gyermekklinika munkájában, az iskolaorvosi ellátásban, a fogyatékos gyermekek állapotának regionális multidiszciplináris csoportok által végzett értékelésében, a mellkasi problémákra szakosodott klinikák és a dohányzásról leszoktató klinika munkájában, valamint aktív szerepet játszanak a

lakosság egészségmegőrzésében, illetve terhstanácsadást tartanak, amennyiben a magánpraxist folytató szülészorvosok ezt igénylik pácienseik számára.

A preventív szolgáltatások az Egészségügyi Minisztérium irányítása alatt állnak, és az ennek keretében - az állami ellátás, a magánorvosok és a non-profit szervezetek által - végzett tevékenység költségvetési támogatásban részesül.

Fekvőbeteg-ellátás

2004-ben Luxemburg 14 kórházzal rendelkezett. Ezeknek csupán egyike, a szülészeti ellátást nyújtó intézmény profitorientált. A további 13 létesítmény vagy non-profit szervezetek kezelésében működik, vagy helyhatósági irányítás alatt áll. A kórházak működtetésében és finanszírozásában – tulajdonviszonyaiktól függetlenül - azonos szabályok érvényesülnek.

Az országban a gyorsan növekvő kórházi kiadások miatt, 1995-ben változtatták meg a kórházfinanszírozás rendszerét, ekkor tértek át a díjtételeken alapuló finanszírozásról az évente megállapított átfogó prospektív költségvetésre. A helyhatóságok hatáskörébe tartozó kórházi költségvetéseket – tárgyalások keretében - a kórházak irányítótestületei és az Egészségbiztosítók Szövetsége határozza meg.

A biztosítottak szabadon választhatnak nemcsak a szolgáltatók, hanem az ellátási szintek között is. A szolgáltatások minden esetben térítés alá esnek. Az orvosok döntő többsége magánpraxist folytat, de az egészségügyi létesítményekben (kórházak, klinikák, gondozóotthonok) vagy segélyszervezeteknél dolgozó egészségügyi szakemberek – orvosok, nővérek, szülésznők - az állam által meghatározott fix fizetésben részesülnek.

A kórházi tevékenységet az Egészségügyi Minisztérium az országos kórházprogram révén kíséri figyelemmel. Előzetes engedélyeztetés szükséges a kórházi infrastruktúra fejlesztésére irányuló beruházásokhoz, a költséges csúcstechnológiai berendezések felállításához.

A kórházi ágyak döntő többségükben aktív ellátást szolgálnak, viszonylag kevés az idősek számára fenntartott ágy. Bár az 1000 főre jutó aktív ágyak számaránya az 1980-ban regisztrált 7,4-ről 5,6-re csökkent 2003-ban, nem sokkal marad el a teljes ágyállományra vonatkozó arányszámtól, mely 2003-ban 6,8 ágy/1000 fő volt.

Egészségügyi dolgozók

Luxemburgban az egészségügyi szakemberek az országosan előírt egyezményes feltételek szigorú betartása mellett praktizálhatnak, de létszámukra vonatkozóan nincsenek korlátozó intézkedések. Az orvosok, szakorvosok és fogorvosok 1000 lakosra jutó aránya növekedett ugyan a 90-es években, de így is elmarad az Európai Unió statisztikáitól, bár az országban egészségügyi létszámihiány nem érzékelhető.

2004-ben Luxemburgban 1249 orvos tevékenykedett, 100 000 főre jutó arányuk 275,6 volt. Az általános orvosok száma 411 főt tett ki, ezzel közel harmada volt a teljes orvoslétszámnak.

Az ápolónők fokozatosan emelkedő számában 2003-ban következett be jelentős növekedés, és azóta is tart: 3477 főt kitevő 2002-es létszámuk 2004-ben 4289-re emelkedett, lakossághoz viszonyított arányuk 779,27/100 000 főről 946,17/100 000 főre nőtt. Az országban az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés problémamentes, minden lakos számára gyorsan és azonos feltételek mellett teljesül.

Gyógyszerpiac

Luxemburg minden gyógyszere importból származik, így ezek fogyasztói ára általában az exportáló ország (Belgium, Németország, Franciaország) árain alapul. A Luxemburgban forgalmazható medicinákat átfogó gyógyszerlista tartalmazza, melyet az ország gyógyszerügyi főhatósága felügyel. A gyógyszerek térítése általában 80%-os, de súlyos vagy krónikus betegség esetén az Egészségbiztosítók Szövetsége 100%-ban fedezi ezeket a költségeket. Az enyhébb problémák (pl. megfázás) kezelésére szolgáló szerek 40%-os térítést élveznek, de a vitaminok és más, engedélyezett, de vény nélkül beszerezhető gyógyszerek ára a fogyasztót terheli.

A gyógyszerek vonatkozásában a költségkímélés még nem jelentkezik meghatározó tényezőként. Luxemburgban az orvosi konzultációk többnyire receptfelírással zárulnak, generikumok alkalmazásáról nem folynak tárgyalások.

Reformok

Luxemburgban az 1980-as, 1990-es évek reformtörekvéseit elsősorban az egészségbiztosítók anyagi hátterének megszilárdítása jellemezte. Ebben az időszakban születtek intézkedések a co-payment növelésére, és az Egészségbiztosítók Szövetsége által, a költségvetés egyensúlyban tartására szolgáló tartalékalap kialakítására. Ezzel egy időben az egészségbiztosítók hatáskörének jó része az Egészségbiztosítók Szövetségére tevődött át.

2001-ben az ország fekvőbeteg-létesítményeinek modernizálására nagyszabású kórházterv készült, melyet 2003-ban a kórházfinanszírozásra és a kórházi részlegek jobb kihasználására vonatkozó intézkedések fejlesztettek tovább.

Lépések történtek a pszichiátriai ellátás decentralizálására, valamint a keringési problémák, az agyi katasztrófák megelőzésére és rehabilitációjára.

A fekvőbeteg-ellátásban prioritást élvez a kórházak közötti együttműködés, melynek nemcsak az országon belüli, hanem a határon átívelő formája is bevett gyakorlat az országban. 2003-ban új kórházak megnyitására, a kórházrészlegek modernizálására és csúcstechnológiai fejlesztésekre került sor. A költséges beruházások érzékenyen érintették az egészségbiztosítás finanszírozását.

Luxemburg kis alapterületű ország, GDP-je viszont rendkívül magas. Így bár a költségmegtakarítás más országokhoz hasonlóan itt is kiemelten szerepel a finanszírozásra vonatkozó irányelvek között, gyakorlati megvalósítása mégsem tartozik a sürgősséggel elvégzendő feladatok közé.

Források

- ▶ Luxemburg, Európai Unió, Pénzportál
http://www.penzportal.hu/index.nfo?tPath=//&article_hid=42&prk=486921171049
- ▶ Luxemburg, Bruxinfo, 2004
<http://www.bruxinfo.hu/cgi-bin/write.cgi?filename=/orszag/luxemburg.html>
- ▶ Formation du gouvernement, 2004, Informations et actualités du gouvernement luxembourgeois, 2005.01.26.
<http://www.gouvernement.lu/dossiers/viepol/formation/index.html>

- ▶ La population, 2004, Informations et actualités du gouvernement luxembourgeois, 2005.01.26.
http://www.gouvernement.lu/tout_savoir/population_langues/populati.html
- ▶ Luxembourg. In: Social Security Programs Throughout the World, Europe, 2004-2005
<http://www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/2004-2005/europe/luxembourg.pdf>
- ▶ Programme du Ministère de la Santé, 2005, Le Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg
http://www.ms.etat.lu/MIN_SANT/Publication/Brochure%20avant%20B_T.pdf
- ▶ Médicaments, Luxembourg, OMS, Bureau régional de l'Europe, 2004
http://www.euro.who.int/pharmaceuticals/Topics/Overview/20020416_1?language=French
- ▶ Rapport d'Activité 2004, Ministère de la Santé, Grand-Duché de Luxembourg
http://www.ms.etat.lu/MIN_SANT/Publication/RapporActivite/MS_Rapport%20annuel%202004.pdf
- ▶ Avis de la Chambre de Commerce sur le projet de budget de l'Etat 2004
<http://www.cc.lu/index.php?page=&type=art&id=135&pg=17>

NÉMETORSZÁG

Gazdasági-politikai háttér

A német gazdaságot a több éve tartó stagnálás után 2004-ben újra lassú növekedés jellemezte. A GDP növekedés mértéke ekkor 1,6%-os volt. Ezt követően 2005-ben újabb mérséklődés volt megfigyelhető (0,9%-os növekedés). A 2004-es növekedés főként a 10%-os exportnövekedésnek volt köszönhető, amely a vállalatok versenyképességének növekedésén alapult. Az egy főre jutó GDP vásárlóerő-paritáson számolva 2004-ben 28 605 USA dollár volt.

A német gazdaság egyik legjelentősebb problémája a munkanélküliek számának növekedése. 2005 novemberében a munkanélküliek száma 3,5 millió fő volt, a munkanélküliségi ráta 8,2% volt. 2004-ben a munkanélküliségi ráta éves szinten 9,5% volt.

Az országnak 2004-ben sem sikerült teljesítenie az összes maastrichti kritériumot. A GDP-arányos államháztartási hiány 3,7% volt. A bruttó államadósság mértéke a GDP százalékában 66,4%.

A fogyasztói árak a 2004-ben 1,8%-kal növekedtek.

A jelenlegi gazdasági válság okát egyesek strukturális versenyképességi hátrányokra (túlzottan magas bérek és szociális juttatások, kemény munkaerőpiaci szabályozás, ill. a munkaidő rövidsége), mások a keleti tartományok felzárkóztatásával kapcsolatos problémákra vezetik vissza.

Németország államformáját tekintve szövetségi köztársaság. A német Bundestagban a legutóbbi, 2005. évi 16. előrehozott választás eredményeképpen a következő pártok alkotják a kormánykoalíciót: a volt kormánykoalíció nagyobbik pártja a Szociáldemokrata Párt (SPD) és a volt ellenzéki pártok közül a konzervatív Német Keresztény Demokrata Unió (CDU), illetve a Keresztény Szociális Unió (CSU). A választások eredményeképpen jelenleg az ellenzékhez tartoznak: a Zöldek (Bündnis 90/die Grünen), a Szabad Demokrata Párt (FDP), valamint a közlemúltban alakult Baloldali Párt (Die Linkspartei).

Jelenleg még kérdéses, hogy az újonnan alakult nagykoalíció valójában képes lesz-e az ország gazdasági problémáinak megoldására, illetve biztos kézzel folytatni tudja a már részint megkezdett – ellátórendszereket nagyban érintő – reformokat.

Demográfia

A 2004-es statisztikai adatok alapján az ország lakosainak száma 82,5 millió.

A német lakosság korstruktúrájára jellemző a fiatalabb korosztályok létszámának csökkenése, ami az alacsony fertilitásnak tulajdonítható (2003: 1,4.). A fertilitás csökkenése különösen az új tartományokban szembetűnő. 2004-ben a természetes szaporodás mutatója negatív, a fogyás mértéke 0,3/1000 lakosra számítva.

A 15 éven aluli lakosság számának csökkenése (a 15 éven aluliak aránya 1970 és 2003 között 24,5%-ról 16%-ra csökkent) együtt jár a lakosság elöregedésével (a 65 év felettek aránya 1970 és 2003 között 13,9%-ról 17,0%-ra nőtt), mivel a várható átlagos élettartam fokozatosan növekszik.

2004-ben a születéskor várható átlagos élettartam a nők esetében 81,55 év, a férfiak esetében 75,89 év volt. Előrejelzések szerint a 65 éves és ennél idősebb népesség az összlakosság 18%-át teszi ki 2015-re, a 85 évesek és ezt meghaladók aránya pedig 1,7%-ról, 1,9%-ra fog növekedni.

Az anyai mortalitás folyamatosan erőteljesen csökkenő tendenciát mutat (5,6 (1998); 2,92 (2002) 100 ezer élveszülöttre számítva). Ez a kedvező tendencia érvényesül a csecsemőhalálozás terén is (7,05 (1990); 4,1 (2004) 100 ezer élveszülöttre számítva).

A haláloki statisztikában a keringési rendszer megbetegedései által okozott halálozás vezet (a halálokok közel 50%-át okozza), bár maga a mutató a 90-es évek óta csökkenő tendenciát mutat. A keringési rendszer betegségei okozta halálozási ráta 2004-ben 446,6/100 ezer lakos volt. A daganatos megbetegedések a halálozások mintegy 25%-ával a második helyet foglalják el a halálokok között. Míg a férfiak esetében az ilyen jellegű halálozást a légcső, a hörgők és a tüdő rosszindulatú daganatai okozták, addig a nőknél az emlőrák volt a leggyakoribb kiváltó ok. A daganatok okozta halálozás 2004-ben 260,4/100 ezer lakos.

Az AIDS incidenciája 1994-ben 2,5/100 ezer fő volt, ami azonban a koncentrált prevenciók stratégiának és felvilágosító tevékenységnek, valamint az egészségügyi ellátásnak köszönhetően 2003-ra 0,4/100 ezer főre csökkent.

Egészségügyi rendszer

A német egészségügyi ellátás szervezete a szövetségi államrendhez alkalmazkodik. Az irányítás felelőssége a szövetségi és a tartományi kormányok között, valamint a helyi egészségügyi hatóságok és szervezetek között oszlik meg. A 2005 végén történt változások következtében egyes minisztériumok feladatköre megváltozott. Ezek közé tartozik a korábbi Egészség- és Szociálisügyi Minisztérium is, melynek feladatai a jelenlegi Egészségügyi Minisztérium és az újonnan létrehozott Munka- és Szociálisügyi Minisztérium között kerültek megosztásra. A Szövetségi Egészségügyi Minisztérium felügyelete alatt maradt a kötelező egészségbiztosítás és ápolásbiztosítás. A társadalombiztosítás további részeinek felügyeletét a Munka- és Szociálisügyi Minisztérium vette át. A Szövetségi Egészségügyi Minisztérium egyik legfontosabb feladatát az egészségügy reformja képezi. A legfontosabb célok közé tartozik az egészségügy minőségének további fejlesztése, a gyógyszerköltségek féken tartása, a biztosítottak érdekképviseletének erősítése, a gazdasági hatékonyság növelése és a járulékok stabilizálása. Az intézkedéseket az egészségügyi szolgálat hajtja végre, a tartományi minisztériumok egészségügyi osztályain és a közigazgatási székhelyek egészségügyi hivatalain keresztül. A kötelező egészségbiztosítás egyrészt a tartományi fennhatóság alatt álló, de pénzalapjukkal önállóan gazdálkodó biztosítók, másrészt a Szövetségi Biztosító Hivatal alá tartozó, szövetségi szintű, azaz az egész lakosságot átfogó kötelező biztosítók alapul. A tartományok maguk rendelkeznek egészségügyi ellátásuk biztosítók általi finanszírozásáról. Az egészségügyi ellátás állami feladat, de a szövetségi, tartományi szolgáltatókon kívül számos non-profit és profitorientált szervezet is részt vesz benne.

Németországban a lakosság körülbelül 90%-a részesül a szolidáris alapú kötelező egészségbiztosításban, és közel 10%-ot tesz ki a magán egészségbiztosítókkal szerződötték aránya. A magán biztosítókkal szerződők körébe a vállalkozók, köztisztviselők és a bizonyos jövedelmi szintet meghaladó (3937,50 EUR/hó 2006-tól) lakosok tartoznak. (A magánbiztosításnál kormányzati szabályozás korlátozza a kockázati besorolást. A biztosító egyszer, a szerződés kötés elején felméri a biztosított kockázatát, azonban később nem ismételheti meg, és nem vonhatja vissza a szerződést.) A

biztosítással nem rendelkezők száma csekély, 300 ezer körüli. A biztosítási rendszerből való kimaradásuk anyagi okokra vezethető vissza.

Az egészségügyi rendszer magas színvonalú szolgáltatásokat nyújt a biztosítottak általános megelégedésére, költségei és különösen a jövedelemalapú biztosítási hozzájárulás mértéke azonban jelentősen nőtt, ami vitákat váltott ki a rendszer reformjával kapcsolatban. Néhány változtatásra ezért már 2004 januárjában sor került, elsősorban azzal a céllal, hogy biztosított legyen a rendszer fenntarthatósága, és csökkenjen a jövedelmekből levont társadalombiztosítási járulékok mértéke.

Finanszírozás

2003-ban az egészségügyi kiadások az ország GDP-jének 11,3%-át tették ki. Németország az egyike azoknak az Európai Unióhoz tartozó tagországoknak, ahol a GDP egészségügyre fordított hányada igen jelentős. Az állami költségvetés egyik leggyorsabban növekvő tételéről van szó, melynek fő okai a demográfiai változások és a magasabb minőséget biztosító, de ezzel együtt drágább orvosi technika alkalmazása.

Az egészségügyi ellátás anyagi hátterét, - melyet túlnyomórészt az állam biztosít (2004-ban az állami és magán költségviselés megoszlása 78,1%, illetve 21,9%) - az állami szektor részéről főként a kötelező betegbiztosítás járulékaiból (50% felett), az 1996-óta egyre jelentősebbé váló ápolásbiztosításból (közel 10%), illetve az adókból (mintegy 10%) befolyt bevételek, a magánszektor részéről a magánbiztosítási díjakból (közel 10%) és a privát kiadásokból származó bevételek képezik.

Az egészségügy finanszírozása nagyrészt az egészségbiztosítási rendszer feladata. A kötelező biztosításban résztvevő elsődleges [Primärkassen: Regionális Általános Biztosítók (AOK), Vállalati Betegbiztosítók (BKK), Ipartestületi Betegbiztosítók (IKK)] és kiegészítő [Ersatzkassen: közalkalmazottak és fizikai állományú dolgozók részére] pénztárak száma 2005 januárjában 267 volt (jellemző a pénztárak számának csökkenése a pénztárak megszűnése vagy fúziója révén). A betegpénztárak felügyeletét a Szövetségi Biztosító Hivatal végzi. 2002 óta a biztosítottaknak újra lehetősége van a szabad biztosítóválasztásra. A biztosítóváltást követően azonban 18 hónapon belül újabb biztosítóváltásra nem kerülhet sor (kivételesen biztosítottak, akik háromhavonta válhatnak biztosítót). A biztosítóváltás legfőbb oka – melynek gyakorisága az utóbbi években rendkívüli módon megnőtt (1998-ban a biztosítottak 9,3% váltott biztosítót, 2003-ban 23,4%; 2004-ben az AOK tagjainak 16% át vesztette el) – a biztosítók járulékanak eltérése.

A német egészségbiztosítás két kategóriára osztható. A kötelező betegbiztosításban vesznek részt azok a munkavállalók, akik jövedelme nem éri el a 3937,50 EUR/hó szintet (2006-os adat). Az egészség- és ápolásbiztosítás terén a járulék megállapításának jövedelmi határa 2006-ban 3562,50 EUR/hó-ra (42.750 EUR/év) emelkedett (2005: 3525 EUR/hó; 42.300 EUR/év). A kötelező fedezet anyagi erőforrásai a biztosított munkavállalók és a munkáltatók járulékaiból tevődnek össze, melyet 2005. július elsejéig a munkavállalók és a munkáltatók fele-fele arányban térítettek. A járulék jelenlegi mértéke 14,2%. 2005. július 1-től a kötelező betegbiztosítással rendelkezők számára egy ún. 0,9%-os kiegészítő járulék bevezetésére került sor (0,4% fogpótlás, 0,5% táppénz), melyet egyedül a munkavállaló köteles viselni, azaz a kiegészítő járulék bevezetésének köszönhetően a munkaadók terhei 0,45%-kal csökkentek (6,6%-ra), a munkavállalók tényleges terhei pedig ugyanennyivel nőttek 7,5%-ra (a bevezetéssel egy időben a kötelező betegbiztosítót törvény kötelezte járulékaik 0,9%-kal való csökkentésére).

A fenti határértéket meghaladó jövedelemmel rendelkezők a kötelező biztosítás helyett, illetve kiegészítésként a magánbiztosítók valamelyikének szolgáltatásait választhatják.

Az V. Társadalombiztosítási törvénykönyv 3. fejezetének értelmében a kötelező betegbiztosítás keretében a biztosítók a következő szolgáltatásokat nyújtják:

- ▶ betegségek megelőzése, munkahelyi egészségvédelem,
- ▶ betegségek korai felismerése,
- ▶ betegségek kezelése: ambuláns orvosi ellátás, fogászati kezelés, kórházi kezelés, gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök, otthonápolás, az orvosi rehabilitáció és szocioterápia egyes területei,
- ▶ sürgősségi ellátás, mentés, bizonyos egészségi állapot esetén betegszállítás,
- ▶ és néhány egyéb esetben, például betegtájékoztatás.

Ezen kötelező alapszolgáltatásokat minden pénztárnak egységesen kell teljesítenie minden biztosított tagja számára. (Ez a biztosítók szolgáltatásának mintegy 96%-át teszi ki.) Ezen felül a pénztárak további plusz szolgáltatásokat nyújtanak, illetve nyújthatnak a betegek megnyeréséért vagy azok megtartásáért, Ezek a következők lehetnek: akupunktúra, természetgyógyászat. A biztosítottak írásban kérhetnek arra vonatkozó információt, hogy a biztosítójuk, mely kezeléseket, milyen összegben téríti.

A szolgáltatási katalógusban felsorolt természetbeni szolgáltatásokon kívül a pénztárak tagjaiknak munkaképtelenség esetén táppénzt fizetnek.

Az ambuláns ellátás területén a szerződéses orvosok a Pénztári Orvosok Egyesületeivel számolnak el. A Pénztári Orvosok Egyesületei a betegpénztáraktól kapják meg az egy bizonyos régióban működő orvosok összdíjazását. Ez az összdíjazás általában biztosított tagonként vagy biztosítottanként fejkvóta alapú elszámolás alapján kerül meghatározásra, mely összegből az adott régióban nyújtott összes szolgáltatást fedezni kell. A Pénztári Orvosok Egyesületei és a betegpénztárak közötti szerződéseket szövetségi kerettarifá szerződések (Bundesmantelvertrag) és globális szerződések (Gesamtvertrag) által szabályozzák. A szerződéses orvosok díjazását a Pénztári Orvosok Egyesületei biztosítják.

Amennyiben a beteg kezelése a természetbeni elv alapján kerül elszámolásra -, az orvos által nyújtott szolgáltatást a szövetségi szinten egységes EBM-ben (Einheitlicher Bewertungsmaßstab – az ún. elszámolható szolgáltatások katalógusa, mely 2005-ben EBM2000plus néven javított kiadásban jelent meg) meghatározott pontértékek (ún. német pontrendszer), illetve tartományi szinten a pénztáranként meghatározott orvosi juttatások elosztási rendszere szerint (Honorarverteilungsmaßstab) számolják el. Az EBM-et a Pénztári Orvosok Szövetségi Egyesülete és a Betegpénztárak Csúcsszervei határozzák meg. Az utóbbi időben a finanszírozott szolgáltatások körének meghatározásába bevonták a betegek képviselőit is, s ez a változás jelentősen javította a döntési folyamatok átláthatóságát.

A költségtérítéses rendszerben (főként magánbiztosítók által biztosított betegek, de a kötelező betegbiztosításban résztvevő betegek is választhatják ezt az elszámolási formát) a betegek a nyújtott orvosi szolgáltatásokat közvetlenül számolják el az őket kezelő orvossal vagy más szolgáltatóval az orvosok, illetve fogorvosok díjszabása alapján (GOÄ/GOZ). A magán elszámolású orvos a GOÄ/GOZ hivatalos díjszabásban meghatározott összegek esetén maximálisan 3,5-szeres szorzót használhat.

2004 óta a betegpénztáraknak lehetősége van közvetlenül a szolgáltatást nyújtókkal szerződni. Ilyen esetben a betegpénztár – a Pénztári Orvosok Egyesületének bekapcsolódása nélkül – a szolgáltatást nyújtót közvetlen módon díjazza. Ezek a közvetlen szerződések, melyek a háziorvosi rendszerben, az

integrált ellátás keretében, ill. a kórházakban nyújtott ambuláns ellátás esetén köthetőek – a verseny fokozását szolgálják.

A kórházak finanszírozása az 1972-es kórházfinanszírozási törvény hatályba lépése óta duális jellegű. A kórházak finanszírozása mintegy 93%-ban a kötelező és a magánbiztosítók által rendelkezésre bocsátott anyagi erőforrásokból, valamint az önrészfizetésből befolyt összegekből történik, 7%-ban pedig a kormány által a beruházási költségekre szánt adókból.

A német kórházszektor 1993 és 2004 között jelentős változásokon ment keresztül. A legjelentősebb változás az aktív kórházakban nyújtott szolgáltatások elszámolása terén a 2004 óta kötelező fokozatos átállás a DRG esetátalány-rendszerre. Az eredetileg erre a rendszerre való teljes átállást 2008-ig tervezték befejezni, de jelenlegi úgy tűnik, hogy a teljes átállás csupán 2009-ig valósul meg. A rendszerre való átállás befejezése várhatóan 2009-ig valósul meg.

A 2004-es változtatások között szerepelt a betegek önrészfizetési kötelezettségének növelése, nevezetesen az első orvosi konzultációért negyedévente fizetendő vizitdíj, kórházi ellátásban napi térítési díj bevezetése, valamint gyógyszervásárlás esetén fizetendő kötelező önrészesedés.

Egészségügyi szolgáltatások

Alapellátás és járóbeteg-szakellátás

A német lakosság járóbeteg-ellátását elsősorban az önálló praxisban vagy ritkábban csoportpraxisban tevékenykedő 133 ezer (2004) orvos látja el. A privát praxist folytató orvosok többsége (118 ezer orvos) szerződéses viszonyban van a kötelező egészségbiztosítási rendszerrel. Ennek keretében a betegek szabadon választhatják meg orvosukat, függetlenül az orvos (esetleg más egészségügyi szakember) szakterületétől, szakképesítésétől. Németországban történelmileg nem jellemző a háziorvos kapuőri szerepe. A szövetségi kormányzat erőfeszítései ellenére, amelyet a háziorvosi rendszer, a kapuőri szerep elterjesztésére tett, az ambuláns ellátásban dolgozó orvosok fele dolgozott családorvosként, és 38%-ának volt 2002-ben háziorvosi képesítése. A 2004-es reform ezen a helyzeten különböző ösztönzők segítségével kíván változtatni.

Hétvégenként és szabadnapokon a kórházak biztosítanak ügyeleti szolgálatot. 2004 januárjától a biztosítottak számára orvosként, illetve fogorvosként negyedévente 10 EUR vizitdíj térítése kötelező. Nem kerül sor ismételt negyedéves díjfizetésre abban az esetben, ha a beteget az egyik orvostól másikhoz irányították, ill. védőoltások, megelőző- és kontrollvizsgálatok esetén sem kell a díjat téríteni. A gyógykezelést kiegészítő további kezelések esetén (masszázs, fürdőkezelések, fizioterápia) a betegek hozzájárulása 10%-os és előírt kezelésként 10 EUR. Az önrészfizetés alól mentességet élveznek a gyermekek és a fiatalok 18 éves korig, a 2%-os (1% krónikus betegek esetén) mentességi határt elérők (éves bruttó jövedelem 2%-a). A felnőttek körében méltányossági okokra való hivatkozás esetén a 2004-es változások óta nem adható mentesség (Härtefallregelung). Prevenció vizsgálatokon való részvétel, ill. az ún. bonusz-modell keretében kínált programok igénybevétele esetén a betegpénztárak önrészfizetési kedvezményt adhatnak.

A szakorvosi ellátásnak az egyesítés előtti a keleti és nyugati területen különböző gyakorlata alakult ki. A volt NSZK-ban az önálló praxisban rendelő szakorvos (ún. letelepedett orvosok - niedergelassene Ärzte) volt jellemző, a volt NDK-ban a poliklinikák terjedtek el.

A 2004-ben végrehajtott egészségügyi reformnak köszönhetően az ambuláns ellátás területén előtérbe került az orvosi ellátó centrumok (*Medizinische Versorgungszentren*) fejlesztése. A volt NDK területén a

poliklinikákat átalakították orvosi ellátó központokká, a volt NSZK területén pedig új központok jöttek létre. Jelenleg 250 központ működik az országban. A fejlesztés indoka volt, hogy a különböző szakterületeken dolgozó orvosok - általános orvos, nőgyógyász, pszichoterapeuta - , ill. a centrumban dolgozó gyógyszerészek összehangoltabban végezhetik munkájukat, amiből mind a betegeknek, mind az orvosoknak előnyei származnak. Elkerülhetővé válnak a költséges, többször elvégzett vizsgálatok; lehetőség nyílik az egyes kezelések, a felírt gyógyszerek egymással való jobb összehangolására, a költséges orvosi berendezések és felszerelések közösségi szintű használatára, csökken a praxisalapítás pénzügyi rizikója, az igazgatási feladatokat a létesítmény vezetése veszi át, így az orvosoknak több ideje marad a betegekre, a betegek időt takarítanak meg a rövidülő betegutak révén.

A szakorvosi ambuláns ellátás másik fejlesztési iránya a kórházak megnyitása a járóbetegek fogadására.

Fogorvosi ellátás esetén az orvosilag indokolt konzerváló- ill. sebészeti kezelések költségét a biztosítók teljes mértékben térítik. 2005. január elsejétől a fogpótlás költségeinek 50%-át a betegek térítik önrészként. A bonusz program keretében a fogpótlás általános ellátása esetén a biztosítottak maximálisan akár 65% bonuszban is részesülhetnek, ha 5-10 évre visszamenőleg évente felkeresték orvosukat profilaxis céljából. Fogmegtartó kezelés esetén nincs hozzájárulás és a fogpótláshoz kapcsolódó sebészeti, ill. röntgenszolgáltatások is költségmentesek.

Fekvőbeteg-ellátás

Kórházi ellátást vagy a házi orvos vagy egy szakorvos beutalójával vehetik igénybe a betegek.

Szabad kórházválasztás van a biztosítókkal szerződött kórházak között.

A Kórházfinanszírozási Törvény alapján a fekvőbeteg-ellátás tartományi hatáskörbe tartozik, minthogy ezen a szinten dolgozzák ki a fekvőbeteg-ellátásra vonatkozó terveket és beruházási programokat. Az ország fekvőbeteg-ellátását 2003-ban mintegy 2197 kórház biztosította 541901 ágygal, ami ezer lakosra vonatkoztatva 6,57 ágyat jelentett. A 2197 kórházból 276 pszichiátriai, pszichoterápiás és neurológiai kezelést végző kórház összesen 42116 ágygal és 1868 aktív kórház 499785 ágygal rendelkezett. Az aktív kórházak közül 689 állami kezelésben lévő, 737 közhasznú (nem profitorientált ill. egyházi) és 442 magán profitorientált kórház. Az ágyak megoszlási aránya az állami, közhasznú és magánkórházak tekintetében 53,1%, 37,5% és 9,4%.

Az ágykihasználtság foka 75,5%, a kórházban töltött napok száma pedig átlagosan 8,7 volt (2004).

A 2003-as évben a 2197 kórház közül 1125-ben nyújtottak ambuláns szolgáltatást. A becslések szerint a jelenleg fekvőbeteg-ellátás keretében elvégezett operációk mintegy harmada várhatóan átkerül az ambuláns szektorba.

Németországban, a 2004. január elsején életbe lépett egészségügyi reformprogramban kiemelt szerepet kapott a jobb minőség és hatékonyság célkitűzése a kórházi szektorban is. A minőségügy fontos elemei lettek a minőségbiztosítási jelentések. A jelentések tartalmával és terjedelmével kapcsolatban 2003 decemberében született megállapodás (Vereinbarung gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V über Inhalt und Umfang eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser) a Betegpénztárak Főszövetségei, a Magán Egészségbiztosítók Szövetsége, a Német Kórházszövetség, a Szövetségi Orvosi Tanács és a Német Ápolási Tanács között. 2004. február negyedikén ugyanezek a szervezetek újabb megállapodást írtak alá a kórházak minőségbiztosítási jelentésének kötelezővé tételéről. A megállapodás értelmében 2005. augusztusáig, a továbbiakban pedig kétfévente minden társadalombiztosítással szerződött kórháznak (beleértve a pszichiátriai és neurológiai intézeteket, akut ill. rehabilitációs ágyakkal rendelkező kórházakat) el kell készítenie a strukturált

minőségbiztosítási jelentést, és azt elektronikus formában kell eljuttatnia a betegpénztárak tartományi szövetségeinek, a kiegészítő pénztárak szövetségeinek és a Magán Egészségbiztosítók Szövetségének. Jelenleg közel 2000 kórház jelentése elérhető az Interneten.

A német strukturált minőségbiztosítási jelentések célja a kórházak által nyújtott szolgáltatások és minőség nyilvánossá tétele, ill. ezek összehasonlíthatóságának javítása. A kórházakról, illetve a kórházakban igénybe vehető szolgáltatásokról, valamint az ott folyó minőségmenedzsmentről szolgáltatott részletes információk alapján a beutaló orvosok, a betegpénztárak és maguk a biztosítottak, betegek is jelentős segítséget kapnak a kórház értékeléséhez és kiválasztásához. A strukturált jelentésekből kiderül, hogy hogyan és hol keletkezik „minőség” a kórházakban. Láthatóvá válik például, hogy mennyire optimálisak a különböző folyamatok, a betegfelvétel, az operációk, a betegek elbocsátásának tervezése, az eszközgazdálkodás, és milyen a dolgozók szakmai felkészültsége, milyenek továbbképzési lehetőségeik, motiváltságuk, mennyire vevőorientált az intézmény és a minőségmenedzsment. A jelentésben a kórházak arra is törekednek, hogy bemutassák, milyen tevékenységet folytatnak az intézmények a minőség javítása érdekében.

A strukturált minőségbiztosítási jelentés tartalmát a német társadalombiztosítási törvénykönyv szabályozza.

A 2004-es reformok óta a kórházi szektorban is jellemző az önrészfizetés. Ez a díj napi 10 EUR összegű (többágyas kórtermi elhelyezés esetén), amely évente maximum 28 naptári napig térítendő. Gyermekek (18 éves kor alatt) és anyagilag rászorultak részére ez a díj nem térítendő. Utókezelés esetén (közvetlenül egy kórházi kezeléshez kapcsolódó kórházi ambuláns, ill. a fekvőbeteg-ellátás keretében végzett rehabilitációs esetén) évente maximum 28 naptári napig 10 EUR/nap térítendő. Az ún. szülő-gyermek kúra, kórházi megelőzés vagy rehabilitáció esetén napi 10 euró díj térítendő időkorlát nélkül.

Egészségügyi dolgozók

Az orvosok száma Németországban 1990 óta folyamatos növekedést mutat, ami azonban csökkenő tendenciájú. Míg a 90-es években a növekedés mértéke 2%-os volt, 2000-től ez az érték 1%-ra mérséklődött. 2004-ben az orvosok száma 394.432 volt. Jellemző tendencia az utóbbi évtizedre a szakorvosok arányának növekedése és a házi orvosok számának fokozatos csökkenése.

A német egészségügy gondjait tovább súlyosbítja az orvosok külföldre – főként Norvégiába és az Egyesült Királyságba - történő elvándorlása. A hiányzó orvosok utánpótlása leginkább Kelet- és Közép-Európából történik. Mecklenburg-Vorpommern tartományban előszeretettel alkalmaznak például lengyel orvosokat.

Mind a kórházi-, mind a házi orvosok körében sok a panasz és változásokat sürgetnek az egészségügyben. Többek között jobb fizetéseket, jobb munkakörülményeket, a túlórák térítését, és az adminisztrációs tevékenységek csökkentését sürgetik. Az orvosok körében is észrevehető a demográfiai változások hatása, és 10-15 éven belül utánpótlási gondok várhatóak.

Az ország keleti részén jellemző az orvoshiány, mert az orvosoknak itt több beteget kell ellátniuk kevesebb pénzért.

Az ápolók száma az utóbbi évtizedekben jelentősen növekedett, különös tekintettel az 1990-es években az ápolásbiztosítás bevezetésére. 1997-től 2004-ig a szakképzett ápolók és szülésznők száma együttesen 689000-ről 710000-re nőtt. A WHO 2002-es adatai szerint az ápolók 1000 lakoshoz viszonyított száma 9,9, és ezzel meghaladja mind az EU-15 (8,2), mind az EU-25 (7,8) átlagát.

Gyógyszerpiac

A gyógyszerek engedélyezését a BfArM (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte) végzi. A gyógyszergyárak a készítmények árának meghatározását szabadon végzik. Az ún. Arzneimittelpreisverordnung (gyógyszerár-rendelet) alapján kerül meghatározásra a gyógyszer nagykereskedők és gyógyszerárak árrésének szabályozásán keresztül minden vényköteles készítményre vonatkozólag a gyógyszerári értékesítési ár. A gyógyszerár-rendelet a recept nélkül kapható készítményekre nem vonatkozik. Ajánlások, illetve irányelvek az egyes készítmények, valamint terápiás eljárások támogatására vonatkozólag az Arzneimittelrichtlinien-ben (gyógyszer-irányelvek) találhatóak.

Németországban a gyógyszer-támogatás alapvető kritériuma, hogy a felírás célszerű, gazdaságos és szükségesszerű legyen. A szabadalmi védettség alá eső, bizonyítottan terápiás újdonságokat jelentő készítményeket a biztosítók teljes mértékben térítik. A betegbiztosítók keresztül történő térítés generikumok esetében referenciaárak szerint történik. A referenciaáras rendszer létrehozásának oka abban keresendő, hogy a német gyógyszerpiacon nagy számban vannak jelen hasonló minőségű termékek, összehasonlítható hatással és részben azonos összetétellel, de rendkívül eltérő áron. A referenciaár-rendszer a biztosítottak közösségét hivatott védeni a túlzottan magas gyógyszeráraktól.

Ún. referenciaár-csoportokat a Szövetségi Egészségügyi Tanács (Gemeinsamer Bundesausschuss) határozza meg. Ezt követően a betegbiztosítók főszövetségei részéről kerül sor a konkrét referenciaárak meghatározására. A gyógyszerekre vonatkozó referenciaárak gyógyszer-csoportonként három különböző szintet érintenek:

- ▶ *Első szint:* készítmények azonos aktív hatóanyaggal, hatásmechanizmussal
- ▶ *Második szint:* készítmények farmakológiai, illetve terápiás szempontból összehasonlítható aktív hatóanyagokkal – különösen kémiailag rokon anyagok
- ▶ *Harmadik szint:* készítmények összehasonlítható terápiás hatással – különösen kombinációs termékek

A kötelező egészségbiztosítás Németországban a receptre felírt készítmények árát a biztosítottak részére alapvetően az előírt referenciaár mértékéig téríti, az árkülönbözetet az önrészfizetés költségén kívül a biztosított köteles megtéríteni. Ez a szabályozás az önrészfizetési kötelezettség alól mentesülő személyekre is vonatkozik. Az orvos köteles a biztosítottakat minden ilyen esetben megfelelően tájékoztatni, illetve figyelmüket az árkülönbözet térítési kötelezettségére felhívni.

Az önrészfizetés mértéke 10%-os, függ a készítmény áráról, de minimum 5 EUR, maximum 10 EUR mértékű. Az önrészfizetés alóli mentesség határa az éves jövedelem 2 %-a, krónikus betegek körében az éves jövedelem 1%-a. A nem vényköteles készítményeket nem térítik a betegbiztosítók, csak kivételes esetekben, különösen súlyos megbetegedések esetén használt kivétel lista alapján.

Amennyiben az orvosi recept lehetővé teszi a helyettesíthetőséget vagy csak egy adott hatóanyagot ír elő, a gyógyszerész határozza meg az eladásra kerülő terméket (az aut-idem szabályozás 2002. február 28-tól hatályos).

Vannak a biztosító által térített nem referencia áras termékek is, ezekre 2003 óta az előállítók 6%-os kényszerkedvezményt biztosítanak a betegbiztosítók részére (2004-ben ez 16%-ra nőtt, majd 2005-től ismét 6%).

A gyógyszerpiac 2006-os tervezett változásai és annak okai

Németországban a gyógyszergyártó cégek egy-egy új hatóanyagot 20 éves időtartamra szabadalmaztathatnak. Ezalatt az idő alatt a piacon hasonló hatóanyagtartalmú, alacsonyabb áron kapható generikumok előállítására és forgalmazására nem engedélyezett. A referenciaár-szabályozás bevezetésének korai időszakában Németország szabadalom alá eső gyógyszereket is bevett szabályozó rendszerébe, ezt követően (1996-tól) csak a lejárt szabadalmú gyógyszerekre alkalmazták a referenciaáras rendszert. A szabadalmaztatott készítmények száma és az ezekre fordított kiadások ennek köszönhetően hamarosan rendkívüli mértékben megnöttek (2002-ben a gyógyszerkiadások 40, egy évvel később már 66%-át tették ki), holott az újonnan szabadalmaztatott készítmények körében sok az ún. látszat-innováció, azaz olyan termék, amely habár megfelel ugyan a szabadalmaztatáshoz szükséges kritériumoknak, de valójában nincs terápiás többlethasználata. A 2004-es egészségügyi reformnak köszönhetően ezek az ún. látszat-innovációk bekerültek a referenciaár-szabályozás alá eső készítmények körébe, és ezzel lehetővé vált a valóban innovatív kutatás finanszírozása.

A költségek azonban ennek ellenére is tovább növekedtek, és 2005 végére rekordmagasságot értek el, aminek következtében újabb költségcsökkentő intézkedések bevezetése vált szükségessé. A betegbiztosítók csúcsszervei ezért is üdvözlik a kormány új tervezetét, habár elgondolásuk szerint további optimalizáció válik szükségessé egyes pontok vonatkozásában, mivel véleményük szerint a kormány által előterjesztett gyógyszerkiadásokra vonatkozó törvénytervezetben javasolt intézkedések önmagukban nem elégségesek az elérni kívánt költségcsökkentéshez.

Javaslatuk szerint többek között a gyógyszerárak fix-felárát (jelenleg ez 8,1 EUR) kellene 70 centtel csökkenteni, ami éves szinten további 400 millió EUR megtakarítást eredményezne. Problémásnak látják továbbá a jelenlegi referenciaár-szabályozás megváltoztatását is, ami a biztosítottak részéről az önrészfizetési kötelezettség növekedésével járhat együtt, ugyanis a vényköteles készítmények csupán 45%-a maradna a referenciaár-szabályozás körében. A gyógyszerellátás gazdaságosságát javító törvény a tervek szerint 2006. április elsejétől hatályos, a betegbiztosítókat évi mintegy 1,3 milliárd EUR-val tehermentesítené. A szóban forgó tervezet a következő főbb intézkedéseket tartalmazza:

- ▶ az ún. természetbeni kedvezmény (Naturalrabatt) tiltása
- ▶ minden gyógyszerre vonatkozó kétéves árfelfüggesztés
- ▶ a generikumok árának a kötelező betegbiztosítás javára történő 5%-os csökkentése
- ▶ a valódi innovációk (melyek nem tartoznak a referenciaáras rendszerbe) és a látszat-innovációk egyértelmű megkülönböztetése
- ▶ az orvos egyéni felelősségének növelése a gyógyszerfelírások esetén (bonus-malus szabályozás).

Reformok

2003-ban a két legnagyobb párt átfogó reformba kezdett. A reformot a német egészségügy finanszírozásának problémái tették sürgetővé. 2002 és 2003 között a kötelező egészségbiztosítás évi mintegy 3 milliárd EUR hiányt halmozott föl 140 milliárd EUR összkiadás mellett. A megkezdett reform már 2004-ben változást eredményezett, az egészségbiztosítás 4 milliárd EUR többletet tudott ennek köszönhetően elérni, és még 2005-ben is 2 milliárd EUR többlet valószínűsíthető.

A reform a pénzügyi egyensúly megteremtése mellett az egészségügy minőségére koncentrált. A minőségfejlesztésben fontos lépést jelentenek a disease-management (betegségmenedzsment)-programok (számuk 6100). E programok az ellátás koordinációjával a lehető legjobb ellátást és ezzel magasabb életminőséget biztosítanak a krónikus betegek számára.

A háziorvosi rendszer kapuőri szerepének elterjesztése szintén 2004-től jellemző. Jelenleg 11 szövetségi tartományban iratkozhatnak fel a betegek a háziorvosi rendszerbe. Ezzel 2006 januárjában több mint 23 millió biztosítottnak nyílik lehetősége a háziorvos kapuőri szerepének igénybevételére. A háziorvosi rendszerbe történő feliratkozást a biztosítottak részére a betegpénztárak bonusszal jutalmazhatják. (A bonusz programok más területeken is széles körben elterjedtek. Eddig mintegy 2,5 millió biztosított iratkozott fel valamilyen bonusz programba, pl. részvétel minőségbiztosított preventív intézkedésekben, betegségszűrés programok, integrált ellátás igénybevétele).

Az egészségügyi reform aktualitásai

A 2006-os reform legfőbb célkitűzései:

- ▶ a munkaerő költségeinek csökkentése, amely javítja a gazdaság versenyképességét,
- ▶ az egészségügy finanszírozásának stabilizálása,
- ▶ a terhek megfelelő megosztása.

Nagy kihívást jelent az egészségügy fenntartható fejlődésének biztosítása. A társadalombiztosítás bevételeinek garantálására a koalíciós pártok különböző koncepciókat dolgoztak ki: a CDU/CSU a „szolidáris egészségügyi járulékot” (a jövedelemtől függő hozzájárulást helyettesítené egy ún. standard biztosítási díjjal, az alacsony jövedelműeket állami támogatással segítve). Az SPD a „Bürgerversicherungot”, a polgári biztosítást támogatja: elképzelése egy minden állampolgárra kiterjedő kötelező biztosítási rendszer. A javaslat szerint a kötelező biztosítási rendszernek a köztisztviselőkre, egyéni vállalkozókra, illetve a járulékszámítási alapnak mindennemű jövedelemre, így a kamatokra, bérbeadásból és részvényekből származó jövedelmekre is ki kell terjednie.

A 2006-os német koalíciós szerződés értelmében az egyre növekvő költségterhek mérséklése érdekében szükség van az egészségügyi rendszer újabb modernizációjára. A rendszer minősége, hatékonysága, az elszámolások átláthatósága, a bürokrácia csökkentése csak abban az esetben javítható, ha erősödik a verseny, plurális rendszeren és a pénztárak sokféleségén alapul. A szabad orvos- és pénztárválasztást meg kell őrizni.

A korszerű szociális államnak biztosítani kell, hogy senki se maradjon biztosítási védelem nélkül, és azoknak, akik ezt elveszítették, fel kell kínálni a biztosítási rendszerbe való visszatérés lehetőségét.

A *verseny fokozása* érdekében szükséges a biztosítottak választási és döntési szabadságának kiszélesítése. A kötelező betegbiztosítás versenyjellegű működtetésének körülményei között minden szereplőnek alapvetően ugyanazon keretfeltételekhez kell igazodnia. A betegpénztári szervezet hatékonyságának javítása érdekében lehetővé kell tenni a különböző típusú pénztárak fúzióját. Ennek előfeltétele a felelősség jog erősítése, pontosítása és a monopolhelyzet elkerülése.

Az *orvosi ellátás* terén meg kell szüntetni az ellátást akadályozó tényezőket, fejleszteni és egyszerűsíteni kell az egészségügyi térítési rendszert. Az új térítési rendszernek figyelembe kell vennie a morbiditási jellemzőket is. A kórházakban nyújtott ambuláns ellátások és a háziorvosi ellátások vonatkozásában

hasonló nagyságrendű térítések kell megállapítani. A *kórházi ellátás* terén megvizsgálandó, hogy a DRG-k számítási módszerei megfelelően figyelembe veszik-e az ápolási ráfordításokat és a továbbképzés költségeit. Rendezni kell a bejáró szerződéses (nem állományban levő) orvosoknak (Belegärzte) a DRG-rendszer keretében történő díjazását.

A reform programjai közé tartozik az integrált ellátás fejlesztése, amelynek célkitűzése a szakmai és szektorok közötti korlátok lebontása, az ellátás minőségének javítása, a kínálat átláthatóságának és hatékonyságának megteremtése, a lakosságorientált ellátás biztosítása.

További program a *betegségmenedzment* adminisztrációs ráfordításainak csökkentése és a multimorbiditás figyelembe vétele érdekében egy egységes keret megteremtése. Megvizsgálandó, hogy a kötelező betegbiztosításban résztvevő összes pénztár kötelezettséget vállaljon-e a betegségmenedzment programok egységes minőségi standard szerinti végrehajtásában. Ehhez kapcsolódóan a kockázatkiegyenlítés módja is továbbfejlesztést igényel.

A *prevenció* az egészségügyi ellátás önálló pillérévé válik, ezért egy prevencióról szóló törvényt kell kidolgozni. Átfogó módon javítani kell a prevencióhoz kapcsolódó ágazati együttműködést és a prevenció koordinációját.

A *betegjogok* terén folytatni kell a betegek még intenzívebb bevonását az ellátásba oly módon, hogy kiépüljön a betegek információra és hozzájárulásra való jogrendje, és növekedjen az átláthatóság.

2006-ban tesztelik az elektronikus egészségügyi kártya infrastruktúráját. Ez a rendszer 82 millió biztosítottat köt össze több mint 100 ezer letelepedett orvossal, 22 ezer patikával és 2200 kórházzal. A kártya tartalmazza a lakos összes életmentéshez kapcsolódó olyan adatát, amely sürgősség esetén szükségessé válhat. Az orvos számára hozzáférést biztosít a páciens egészségügyi adataihoz.

A 2006-os német egészségügyi reformtervezet

A német egészségpolitika területén a kormány két koalíciós pártjának 2006. októberében sikerült megállapodnia új finanszírozási rendszer, a fenntartható finanszírozás kialakításának fő kérdéseivel kapcsolatban.

2006. október 5-én született meg – és várhatóan 2007. április 1-től válik hatályossá – a kormánykoalíció által kidolgozott, de továbbra is sokat vitatott reformtervezet.

A 2006-os koalíciós tervezet főbb elemei

A betegbiztosítás finanszírozásának egyik legjelentősebb változtatása, hogy a munkaadók és munkavállalók részarányosan fizetendő, minden betegpénztár esetében egyenlő mértékű járulékát nem közvetlenül a betegpénztárak kapják, hanem a befizetések 2009-től a tervezett Egészségügyi Alaphoz folynának be. 2009-ig tart a konvergenciafázis annak érdekében, hogy elkerüljék az Egészségügyi Alap bevezetéséből adódó aránytalan regionális terheket, és lehetőség nyíljon a forráshiánnyal küzdő biztosítók tehermentesítésére.

Szintén 2009. január 1-től vezetik be a kockázatkiegyenlítés betegsége szerkezettel módosított rendszerét, ami 50-80 morbiditáson alapulna.

Amennyiben valamely pénztár nem tud kijönni az adott keretből, kiegészítő járulékot szedhet be tagjaitól, ami azonban a járulékköteles jövedelem 1%-át nem haladhatja meg, de a fix vagy százalékos formájú

kiegészítő járulék 8 euró összeghatárig előzetes jövedelemvizsgálat nélkül is behajtható lenne. Kiegészítő járulék fizetése esetén a betegpénztárnak fel kell ajánlania tagjai számára másik betegpénztár választásának lehetőségét.

A tagok megbizonyosodhatnak arról, hogy pénztáruk jól gazdálkodik-e, mivel az eredményes pénztárak tagjaik között kifizethetik a többletösszegeket. Mindez az átláthatóságot és a verseny fokozódását támogathatja.

Megállapodás született a gyermekek ingyenes betegellátásának adókból történő finanszírozására is.

A szolidaritás elve továbbra sem sérül, azonban a kötelező betegbiztosítás a jövőben nagyobb választási és döntési szabadságot kíván biztosítani tagjai számára a verseny fokozása érdekében. A biztosítottak többféle kezelési módszer (pl. integrált ellátás, háziorvosi tarifák), tarifa és betegpénztár közül választhatnának majd. Az ellátók a jövőben a jó minőség és a megfizethető árak révén versenyeznének egymással a betegpénztárak szerződéseikért.

Ahol szükséges, bővülne a szolgáltatások köre (pl. a védőoltások terén, ill. a kötelező biztosítási szolgáltatással való anya-apa-gyermek kúra esetében). A palliatív ellátás esetében sor kerül a súlyos és nagyon súlyos betegek ellátásának javítására, biztosítottá válik a rehabilitáció az idős és ápolásra szoruló személyek számára.

2009. január 1-től az ambuláns ellátásban dolgozó szerződéses orvosok körében az eddigi pontrendszer helyett új, euróban kalkulált díjszabályzat lép érvénybe, melynek segítségével az orvosok számára tevékenységük finanszírozása átláthatóbbá válik.

A magán egészségbiztosítás területén is fokozódó verseny várható. A jövőben az egyéni betegségkockázattól függetlenül köthető majd magánbiztosítás. Ehhez belépési kortól és nemtől függő alaptarifa (ami nem haladhatja meg a kötelező betegbiztosítás rendszerében fizetendő legmagasabb járulékot, és esetleges rászorultság esetén csökkenthető) bevezetését tervezik. Könnyebb lesz a betegpénztár váltása is, amit eddig a pénztárakhoz kötött időskorra vonatkozó előtakarékoság nehezített.

A célkitűzések között szerepel, hogy senki se maradjon biztosítási védelem nélkül, és azoknak, akik azt elvesztették, felkínálják a biztosítási rendszerbe való visszatérés lehetőségét. Azokat, akik jelenleg nem rendelkeznek biztosítással, a korábbi biztosító köteles tagként felvenni. Ez vonatkozik mind a magán-, mind a kötelező betegbiztosításra.

A tervek között szerepel az ellátók és a biztosítók szükségtelen bürokráciától való tehermentesítése is. Ezért leegyszerűsítene az elszámolási eljárásokat, leépítene a fölösleges ellenőrzéseket, egyszerűsítene az ellenőrzési eljárásokat, modernizálnák és egyszerűsítene a szervezeti struktúrákat is.

A tervezet bírálatot kapott az orvosok, kórházak, a magán- és kötelező egészségbiztosítók részéről egyaránt. Helyenként a szervezetek aktuális problémái miatti tiltakozás is a reform bírálatában jelent meg.

A magánbiztosítók alkotmányellenesnek minősítik például a pénztárakhoz kötött időskorra vonatkozó előtakarékoság módosítását, valamint tartanak a magán betegbiztosítási járulék jelentős mértékű növekedésétől is. A baloldal szerint a magánpénztárak járnak jól, növekednek a lakosság terhei. A pénztárszövetségek főként a politikailag meghatározott járulékkulcs miatt fogalmaznak meg bírálatot. Az orvosok szerint továbbra is fennmarad a gyógyítást nehezítő bürokratikus rendszer. A díjazás rendszere még álláthatatlanabb lesz, a szolgáltatások árának csökkenése várható. A keletnémet terület pénztári

orvosainak egyesülete nyílt levélben hívta fel a figyelmet a keleti területekre jellemző rosszabbodó ellátásra, a növekvő orvos- és nővérhiányra, hosszabbodó várakozási időkre. Október 17-én Nürnbergben több ezer háziorvos demonstrált a háziorvosi ellátást fenyegető veszélyek miatt. A kialakult helyzetben a kormány nem tart kizártnak esetleges módosításokat sem.

Források:

- ▶ Health Care System in Transition, Germany, 2005. European Observatory of Health Care Systems
<http://www.euro.who.int/countryinformation/CtryInfoRes?COUNTRY=DEU&CtryInputSubmit=>
- ▶ Bundesministerium für Gesundheit:
<http://www.bmgs.bund.de>
<http://www.die-gesundheitsreform.de>
Statistisches Bundesamt: <http://www.destatis.de>
- ▶ Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie: <http://www.bmwi.de>
- ▶ CDU: <http://www.cducusu.de/upload/kabinett060110.pdf>
- ▶ SPD: <http://koalitionsvertrag.spd.de/servlet/PB/menu/-1/index.html>
- ▶ Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V.:
http://www.gesundheitspolitik.net/04_medikamente/apotheke/arzneimittelpreise/BPI_Erstattung_2005.pdf
- ▶ Gesundheit und Gesellschaft, 2004,7,11,20-21
- ▶ Ärzteblatt: <http://www.aerzteblatt.de>
- ▶ Általános Helyi Betegbiztosítók: <http://www.aok-bv.de>
- ▶ Ärzte Zeitung Online: <http://www.aerztezeitung.de>
- ▶ BESKE, Fritz; Drambinski, Thomas; Golbach, Ute. 2005. Leistungskatalog des Gesundheitswesens im internationalen Vergleich
- ▶ Deutscher Bundesverband für Steuer-, Finanz- und Sozialpolitik e.V.:
<http://www.zeitreport.de/sozialversicherung2005.pdf>
- ▶ KlinikManagement Aktuell:
<http://www.kmaonline.de/default.asp?navto=lesen&detailid=100002&stammid=248&back=default.asp?id=410>

OLASZORSZÁG

Gazdasági – politikai háttér

Az olasz gazdaságban 2002 óta lassulás mutatkozik. 2004-ben újra enyhe növekedés volt tapasztalható, ekkor a GDP növekedés 1,2 %. Az egy főre jutó GDP vásárlóerő-paritáson számolva 2003-ban 27 119 USA dollár. Az előrejelzések szerint a 2004-2008-ra szóló stabilitási programnak köszönhetően a GDP növekedése várhatóan tovább gyorsul.

Az olasz gazdaság gyenge teljesítménye egyrészt strukturális és versenyképességi problémáknak, másrészt a német gazdaság – mint legfontosabb gazdasági partner – mérsékelt fejlődésének tulajdonítható.

A maastrichti kritériumokat az ország 2004-ben nem teljesítette. A költségvetési hiány GDP-hez viszonyított aránya 3,2 %. A bruttó államadósság mértéke a maastrichti kritériumok között különösen magas, a GDP százalékában 106,5%. 2004-ben az infláció 2,3%-ra mérséklődött.

A munkanélküliség 2004-ben 8%-os volt, és csökkenő tendenciát mutat.

A gazdaság élénkítésére vonatkozó javaslatok közül a legfontosabbak: a termelési struktúraváltás, a vállalati adó- és adminisztrációs terheken való könnyítés, valamint az import-energiaforrásoktól való nagymértékű függőség csökkentése. A 2005 végén ismertetett új középtávú gazdaságélénkítő politika célja továbbá az is, hogy az ország a kutatás-fejlesztés központjává váljon. Ennek ösztönzésére a kormány segítséget nyújt azon együttműködésekhez, melyek az olasz sikerorientált ágazatokban (többek között a gyógyszeriparban) végeznek technológiai fejlesztő tevékenységet.

Az olasz belpolitika két koalíció szembenállásával jellemezhető: a kormányon lévő jobbközép Casa delle Libertà (Szabadságjogok Háza) és az ellenzékben levő 2004 októberében alakult balközép *Unione*. A 2006-os választások eredményeképpen az eddig hatalmon lévő jobboldalt a balközép váltotta fel.

Demográfia

2005-ben az ország lakosainak száma 58 millió.

A születéskor várható átlagos élettartam 2003-ban a nők körében 82,9 év, a férfiaknál 76,9 év. A lakosság korstruktúrájára jellemző a 15 éven aluli korosztályok létszámának erőteljes csökkenése (1980: 22%, 1990:16,5%, 2001:14%), ami az alacsony fertilitásnak tulajdonítható (2003: 1,2). Ugyanakkor a várható élettartam növekedésének köszönhetően a 65 éves és ennél idősebb népesség aránya folyamatosan emelkedik, és 2001-ben az összlakosság mintegy 19%-át tette ki.

Az anyai halálozás 100 ezer élveszületésre számítva folyamatosan csökken, 2001-ben 2,07%-ot tett ki. A csecsemőhalálozás terén is hasonlóan kedvező tendencia érvényesül, 2001-ben a csecsemőhalálozások száma 1000 élveszületésre számítva 4,40 (1998: 6,44).

2001-ben a halálozások mintegy 81%-a a nem fertőző betegségeknek volt betudható. A halálloki statisztikában a keringési rendszer megbetegedései okozta halálozás vezet (a halállokok 38%-a, a halálozási ráta 2001-ben 221,53/100 ezer lakos). A daganatos megbetegedések a halálozások mintegy

31%-ával (főként tüdőrák a dohányzók magas száma miatt) a második helyet foglalják el a halálokok között (halálozási rátájuk 2001-ben 178,08/100 ezer lakos).

2003-ban az országban 1759 új AIDS-beteget regisztráltak. Jellemző a betegség heteroszexuális úton történő terjedése.

Egészségügyi rendszer

Az olasz egészségügyi rendszer az összes állampolgár számára nyújtott ingyenes ellátás elvén alapuló szolidáris rendszer.

Az egészségügyi szolgáltatás állampolgári jogon jár mindazok részére, akik az 1978 óta fennálló Országos Egészségügyi Szolgálatnál (Servizio Sanitario Nazionale - SSN) feliratkoznak.

Az egészségbiztosítás elsősorban kiegészítő, önkéntes jellegű.

Az Országos Egészségügyi Szolgálat szervezeti felépítését tekintve háromszintű rendszer, tevékenységét országos, regionális és helyi szinten folytatja. A rendszer a NHS rendszeréhez hasonló, de azzal ellentétben erősen decentralizált.

Országos szint: ezen a szinten születnek a stratégiai döntések az egészségügy átfogó céljairól és elveiről. A parlament határozza meg az Országos Egészségügyi Szolgálat működésének keretfeltételeit, és ezenkívül háromévente kidolgozásra kerül egy Országos Egészségügyi Terv. E szint központi intézménye az Egészségügyi Minisztérium. Fő feladata az SSN működési elveit meghatározó három évre szóló terv kidolgozása. 2004-ig az Egészségügyi Minisztérium hatáskörébe tartozott a Nemzeti Egészségügyi Alapból (Fond Sanita Nazionale - FSN) származó pénzügyi források további szintek között történő elosztása. 2004 elején az FSN megszűnt. 2013-ig a regionalizálási folyamat keretében az egyes régiók teljes önállósodása vált célkitűzéssé. Országos szinten egy szolidaritási alapot hoztak létre a gyengébb régiók támogatása érdekében. A minisztérium felelősségi körébe tartozik ezenkívül a gyógyszerpiac ellenőrzése és a kutatás felügyelete, továbbá az IRCCS (Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico) 16 állami és 16 magán kórházból álló hálózat kutatási tevékenységének koordinálása.

Regionális szint: a területi (regionális) önkormányzatok törekednek az Országos Egészségügyi Tervben meghatározott célok megvalósítására. Fő feladataik közé tartozik háromévente egy Regionális Egészségügyi Terv elkészítése, amelyben az országos tervet szem előtt tartva kerülnek a pénzügyi források elosztásra a helyi egészségügyi létesítmények vagy a kórházak között: a tervezés alapjául a Helyi Egészségügyi Egységek (Unita Sanitaria Locale - USL által készített tervek szolgálnak). Az olasz Országos Egészségügyi Szolgálat (SSN) regionalizálása egy 1992. évi törvényre nyúlik vissza, amely a régióknak biztosítja azt a lehetőséget, hogy saját egészségügyi rendszert szervezzenek az egészségügyi ellátás igazságosságának megőrzése mellett. A regionális szervek felügyelik továbbá az állami vagy magán egészségügyi szervezetek hatékonyságát, azok minőségét és a nyújtott szolgáltatások rendelkezésre állását.

Helyi szint: az önkormányzatok felelősségi körébe tartozik a Helyi Egészségügyi Egységek irányítása. A mintegy 228 Helyi Egészségügyi Egység (Unita Sanitaria Locale vagy Azienda Sanitaria Locale), melyekhez egységenként 50 000 – 200 000 lakos tartozik, látja el az ellátórendszer működtetésének feladatát.

Az egyes régiók osztják el a pénzügyi forrásokat a Helyi Egészségügyi Egységek között az Országos Egészségügyi Tervben meghatározott irányelvek figyelembevételével.

Minden állampolgárnak a lakóhelye szerinti USL-nél fel kell iratkoznia. A feliratkozás során a páciensek kapnak egy egészségügyi kártyát, amely lehetőséget biztosít egy általános orvos szabad megválasztására a háziiorvosi rendszer keretén belül. Helyi szinten az USL-ek mellett ún. trösztök, kórházak – melyek az IRCCS-hez tartoznak –, valamint a szerződött privát szolgáltatók felelősek az az egészségügyi ellátásért. Két lehetőség van magánbiztosítás kötésére. Egyrészt a vállalatok kínálhatják fel alkalmazottaik és azok családtagjai részére ezt a lehetőséget, másrészt az állampolgárok maguk köthetnek önkéntes alapon magánbiztosítást. Más tagországokkal ellentétben a magánbiztosítók kevésbé kooperálnak az állami szektorral. Ennek következtében a magánbiztosítók által nyújtott szolgáltatásoknak az Országos Egészségügyi Szolgálat által nyújtott szolgáltatásokkal szemben helyettesítő jellege van.

Finanszírozás

Az egészségügyi kiadások 2004-ben az ország GDP-jének 8,7%-át tették ki. Az egy főre jutó egészségügyi kiadás mértéke Olaszországban 2002-ben 2166 USA dollár volt. A fekvőbeteg-ellátásra fordított kiadások az összkidás 41%-át, a gyógyszerkiadás 22,4%-ot tették ki.

Az olasz egészségügyi ellátás mintegy háromnegyed részben állami erőforrásokból (adókból⁶) kerül finanszírozásra. A privát finanszírozás hányada az utóbbi években vált számottevővé, melynek oka egyrészt a betegek önrészfizetésének bevezetése, illetve a magánbiztosítók szolgáltatásai iránt jelentkező növekvő kereslet.

A 2001-es reform óta az adók egészségügyre fordított hányada közvetlenül a régiókhöz folyik be az alábbi formákban:

- ▶ Imposta Regionale sulla Attività Produttiva (IRAP): egyfajta regionális adó, amely a vállalatok nyeresége és a közalkalmazottak munkabére után kerül befizetésre. A vállalatok számára ennek mértéke 2001-ben 4,25%. Az egyes régiók évente egy százalékkal növelhetik ennek mértékét.
- ▶ Imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF): regionális jövedelemadó, mely 2001-ben a nemzeti jövedelemadó 0,9%-át tette ki, ami éves szinten maximum 1,4%-kal növelhető. (A lakosság többletterhének elkerülése érdekében a nemzeti jövedelemadót ugyanennyivel csökkentik).
- ▶ a forgalmi adó egy része
- ▶ az üzemanyagadóból 0,13 EUR literenként (maximum 0,26 EUR)

Mivel az egyes régiók nagysága és gazdaságossága erősen különbözik, a gazdasági szempontból gyengébb régiók bevételeinek csak kis hányada fordítható az egészségügy fenntartására és finanszírozására. Ennek kompenzálására szolgál a szolidaritási alap, ami az általános forgalmi adóból származó bevételek 25,7%-ából kerül finanszírozásra.

⁶ Az állam forrásoldalán 1998-ig az egészségbiztosítási járulékokból származó bevételek aránya meghaladta az 50%-ot. Ezt követően a járulékfizetés megszűnt, az ebből származó bevételeket a regionális adókból pótolták – Highlights on health in Italy 2004.

A deficitet termelő régiók a hiány csökkentése érdekében a helyi adókat megemelhették vagy a gyógyszerek körében önrészfizetést vezethetnek be.

Egészségügyi szolgáltatások

Alap- és szakellátás

Olaszországban az orvosok többsége az SSN keretein belül – alkalmazotti státuszban vagy szerződéses alapon – végzi tevékenységét. A szerződésben álló orvosok nagy része háziorként dolgozó általános orvos. A háziorkosok többnyire önálló praxisban végzik munkájukat, de nem ritka a szilárdabb anyagi háttérrel jelentő csoportpraxis sem, hiszen a háziorkosoknak maguknak kell gondoskodniuk a személyi és tárgyi feltételekről egyaránt. Az orvosok finanszírozása a szerződésük alapján meghatározott fejpénz szerint történik. A háziorkosoknak jelentős a kapuőri szerepük. A betegeknek egészségi problémáikkal először őket kell felkeresniük. A szakellátás (kivéve nőgyógyász, szemész, fogorvos) vagy kórházi ellátás (kivéve sürgősségi esetek) csak háziorkosi beutalóval vehetők igénybe. Egy háziorkoshoz maximum 1800 beteg tartozhat. A betegek háziorkosukat egy adott terület határain belül szabadon választhatják meg. A háziorkosi ellátásban nincs a betegeknek önrészfizetési kötelezettsége.

A szakorvosi ellátást (beleértve a fogorvosi ellátást is) a Helyi Egészségügyi Egységek járóbeteg-létesítményeiben vagy az egészségügyi szolgálattal szerződött magán kézből lévő intézményekben nyújtják. Az állami egészségügy keretében igénybevett szakellátásért önrészt kell fizetni, ez alól kivételt csak a krónikus betegek képeznek. Szakorvoshoz fordulás esetén, pszichoterapeutánál folytatott kezelésért, illetve gyógyfürdős szolgáltatás igénybevétele során 36 EUR összegű önrész térítendő. A várakozások elkerülése és a minőségi ellátás céljából az olaszok a szakellátást legszívesebben magánszolgáltatónál veszik igénybe. Erre a magánbiztosítás nyújthat fedezetet.

Fekvőbeteg-ellátás

Az ország fekvőbeteg-ellátását 2003-ban mintegy 1281 kórház biztosította 237 215 ágygal, ami ezer lakosra vonatkoztatva 4,12 ágyat jelentett. A fekvőbeteg-ellátó létesítmények mintegy 70%-a közkórház, melyek a kórházi ágyaknak körülbelül a 80%-át működtetik. Az ágyak megoszlására vonatkozó legutolsó adat 2003-ból való. A kórházi ágyak 22,9 százaléka tartozott ekkor a magánsectorhoz.

A kórházak között megtalálhatóak kisebb általános kórházak és nagyobb közkórházak, melyek széles gazdasági-működési önállósággal bírnak. A magánkézből lévő kórházak többsége szerződéses alapon működő kórház, ami azt jelenti, hogy szerződéses viszonyban állnak a Helyi Egészségügyi Egységekkel, és ennek keretében nyújtják szolgáltatásaikat.

A közkórházak társulásai specializált, magas szintű szolgáltatásokat nyújtanak. A kórházak finanszírozása eltérő, többségük bázisfinanszírozású, egy részük 1995 óta teljesítmény alapján DRG-csoportok szerint kapja a térítést.

Az ellátórendszer fontos elemét alkotják az akkreditált magán szolgáltatók. A szokásos fekvőbeteg-ellátást igénylő esetek kezelése 18,5 százalékban ilyen keretek között zajlik.

Az akkreditált magánszolgáltatók a kórházi ellátáson kívül ambuláns és diagnosztikai szolgáltatásokat is nyújtanak, amelyeket az Országos Egészségügyi Szolgálat finanszíroz.

A kórházi ellátás többágyas szobákban történő elhelyezés esetén díjtalan. Ha azonban speciális körülményeket, eszközöket igényel a beteg (egyágyas elhelyezés, telefon, televízió) a többletköltségeket meg kell térítenie.

Egészségügyi dolgozók

Az orvosok száma növekvő (1990: 266 477, 2002: 353 532). A 100 ezer lakosra jutó orvosok számát figyelembe véve az ország a nemzetközi statisztikák élén foglal helyet. 1990-ben a 100 ezer lakosra jutó orvosok száma 462,09 volt, 2002-ben ez a szám már elérte a 618,52 főt .

Olaszország nővér- és szociális munkás hiányban szenved, amit külföldről érkező munkaerővel igyekeznek pótolni. 10 ezer főre 92 nővér jutott 2002-ben.

Gyógyszerpiac

A gyógyszerek engedélyezését az Agenzia Italiana del Farmaco végzi. A gyártóval az Ár- és Támogatási Bizottság (Comitato Prezzi e Rimborso) folytat árral kapcsolatos tárgyalásokat. A nem vényköteles és ezért nem támogatott készítmények szabadárasak. A generikumok ára 20%-kal alacsonyabb az originális készítmények áránál. A generikus készítmények automatikusan az originális megfelelőjük támogatási csoportjába kerülnek.

2003-ban az egy főre jutó gyógyszerkiadás mintegy 500 USD volt.

2003-ban új támogatási rendszer került bevezetésre, melyben terápiás csoportonként maximálisan térített összegeket határoztak meg. Még 2003-ban megszűnt az addigi három támogatási csoport. Jelenleg két csoport különböztethető meg. Az első csoportba a teljes mértékben támogatott termékek tartoznak, amelyek sürgősségi esetek, nagy kockázattal járó betegségek, rokkantságot okozó körülmények és krónikus betegségek kezelése során alkalmazhatók. A nem támogatott készítmények esetén felmerülő költségeket a betegeknek kell téríteni. Az OTC termékek a nem támogatott csoporthoz tartoznak. A támogatott készítmények listájára (pozitív lista) való felkerülést három kritérium alapján határozták meg:

- ▶ enyhe lefolyású betegségek kizárása,
- ▶ a terápia kockázat/haszon profilja (klinikai hatás dokumentált klinikai tanulmányok alapján); patológiai jelentősége az elterjedtséghez és súlyossághoz képest; mellékhatások a várt hatáshoz képest,
- ▶ terápiás költségek,
- ▶ 1997 óta gyógyszer-gazdaságossági tanulmányok figyelembevétele az ár, ill. támogatás meghatározásánál.

A generikumokkal történő helyettesítés legális és egyben kötelező.

Reformok

Az 1990-es években véghezvitt reformok célja a költségkímélő intézkedések mellett az alapvető ellátás mindenki számára való hozzáférhetővé tétele volt. A reformfolyamatok, melyek napjainkban éreztetik hatásukat, a következő területeket érintették:

- ▶ a fekvőbeteg-ellátó létesítmények finanszírozása terén áttérés a DRG-modellre,

- ▶ magánbiztosítást ösztönző intézkedések meghozatala és az ellátás privát szférát érintő költségeinek növelése (co-payment bevezetése a szakszolgáltatások pl. röntgen-, ill. laboratóriumi vizsgálatok esetén),
- ▶ Helyi Egészségügyi Egységek átszervezése, autonóm profitorientált központokká,
- ▶ változtatások a gyógyszerárak kialakításában és a gyógyszerköltségek térítésében.

Források

- ▶ Health Care System in Transition, Italy, 2001. European Observatory of Health Care Systems: <http://www.euro.who.int/countryinformation/CtryInfoRes?COUNTRY=ITA&CtryInputSubmit=>
- ▶ Highlights on Health in Italy. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004.: <http://www.euro.who.int/eprise/main/who/progs/chhita/home>
- ▶ Health for All Data Base. European Region. WHO Regional Office for Europe, Updated: 2005 June
- ▶ Olasz Statisztikai Hivatal: <http://www.istat.it/sanita/sociosan/>
- ▶ BESKE, Fritz; Drambinski, Thomas; Golbach, Ute. 2005. Leistungskatalog des Gesundheitswesens im internationalen Vergleich
- ▶ Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät – Europa Universität: http://www.wiwi.euv-frankfurto.de/~econpol/lehre/seminar_2004/Italienisches_Gesundheitssystem.pdf
- ▶ Központi Statisztikai Hivatal: http://portal.ksh.hu/portal/page?_pageid=37,327489&_dad=portal&_schema=PORTAL
- ▶ http://www.mfa.gov.hu/kum/hu/bal/Kulpolitikank/Ketoldal_u_kapcsolatok/Europa/olaszorszag/gazdasagi.htm
- ▶ Euro Observer:
A new Italian Government: radical changes for the Italian NHS,
Summer 2001, Volume3, Number 2
- ▶ Devolving responsibility for funding and delivering health care in Italy,
Spring 2000, Volume 3, Number 2

PORTUGÁLIA

Gazdasági - politikai háttér

Az IMF támogatásával végrehajtott stabilizációs program és az 1986-os EK csatlakozás eredményeként Portugália gazdasági helyzete jelentősen javult. Azonban a hosszú ideje megoldatlan belső szerkezeti problémák, valamint a kedvezőtlen nemzetközi konjunktúra együttes következményeként a gazdaság teljesítménye 2002-ben visszaesett, és a válság 2003-ban is folytatódott. 2004-ben a GDP 1,1%-kal nőtt ugyan (az egy főre jutó GDP 12817 euró), de Portugália továbbra is súlyos szerkezeti gondokkal küzd. Az uniós források főleg infrastrukturális beruházásokra fordítása tovább konzerválja az alacsony bérekre és a szakképzetlen munkaerőre épülő gazdasági modellt.

A makrogazdasági mutatók közül a külkereskedelmi és folyó fizetési mérleg zsugorodó deficitje mellett az infláció csökkenő tendenciájú, 2004-ben 2,5%.

A munkanélküliek aránya 2004-ben 7,1%. A költségvetési hiány a GDP 2,95%-a. A központi költségvetés konszolidált bruttó adósságállománya a GDP 61,9%-a, s ezzel nem tudta teljesíteni az egyik fontos maastrichti kritériumot.

Portugália államformája parlamentáris köztársaság. Az ország élén a köztársasági elnök áll, akit közvetlenül, öt évre választanak. A kormány élén a miniszterelnök áll, akit a parlamenti választásokon többséget szerzett párt vezetői közül a köztársasági elnök nevez ki. A törvényhozó hatalmat az egykamarás parlament gyakorolja (Assembleia da Republica). A parlament tagjait négyévente közvetlenül választják. A két autonóm régiónak, Madeirának és az Azori-szigeteknek saját közvetlenül választott parlamentje és saját kormánya van.

A 2005. február 20-i választások után új, balközép (Partido Socialista) kormány került hatalomra José Sócrates miniszterelnök vezetésével.

Demográfia, egészségi állapot

Portugália lakossága 2005-ben 10.495 ezer fő volt. A lakosság növekedésében jelentős szerepet játszik a születéskor várható élettartam növekedésén kívül a korábbi portugál gyarmatokról történő visszavándorlás. A 15 év alattiak aránya 15,7%, a 65 év felettié 16,9%. A születési ráta 2004-ben 10,41 ezrelék, a halálozási ráta 10,42 ezrelék. A csecsemőhalandóság mértéke 4,2 ezrelék. A születéskor várható élettartam 2003-ban 77,5 év, nők esetében 80,68 év, férfiaknál 74,27 év, a mutató értéke a XX. században megduplázódott, de még így is az EU-15 átlaga alatt marad.

A vezető halálokok a keringési rendszer betegségei és a daganatok. A 100 ezer lakosra vetített elveszett életévek okai között 2002-ben a külső okok (főként a fiatalok körében), a daganatos betegségek: férfiaknál a tüdőrák, nőknél a mellrák, valamint a keringési, emésztőrendszer betegségei szerepeltek. Az EU-15 tagországok közül Portugáliában a legmagasabb a közlekedési balesetek okozta halálozás.

Egészségügyi rendszer

Portugáliában a német modell szerinti társadalombiztosítás 1946-ban került bevezetésre.

1979-ben alakult meg az Országos Egészségügyi Szolgálat (National Health Service – NHS), a portugál állam ettől kezdve átfogó, ingyenes ellátást biztosít mindenki számára. 1985 óta foglalkozik a portugál egészségügyi reform a magánsektor megfelelő szerepének, arányának keresésével, az állami és magánsektor egyensúlyának megteremtésével. Az egészségügyi ellátásban jelenleg is három rendszer működik együttesen, az NHS, a társadalombiztosítás meghatározott foglalkozási csoportokra, valamint az önkéntes magánbiztosítás. A társadalombiztosítás még az NHS előtti idők hagyománya, a lakosság kb. 25%-át fedezi.

Finanszírozás

A portugál egészségügyi rendszer működését az állami és magánfinanszírozás közösen biztosítja. Az állami kiadások aránya 70% körüli. Az NHS, amely teljes lefedettségű, főként adójövedelmekből finanszírozott. Költségvetését évente a Pénzügyminisztérium állapítja meg. Az NHS költségvetését az Egészségügyi Minisztérium allokálja a regionális egészségügyi hatóságok felé az ellátás finanszírozására a lakosságszám alapján. A társadalombiztosítási alrendszer a munkáltatók és a munkavállalók járulékaik alapján működik. A finanszírozás jelentős hányada magán kifizetés, amelynek nagyobbik része a betegek által közvetlenül fizetett hozzájárulás, kisebbik része a magánbiztosításokra fizetett díj. Magánbiztosítással a lakosság 10%-a rendelkezik (az önkéntes magánbiztosítások főként a munkáltatók által nyújtott csoportbiztosítások). Nemzetközi tanulmányok szerint a portugál elméletileg progresszív, felosztó adórendszer valójában regresszív, figyelembe véve a magas out-of-pocket kiadásokat és az indirekt adók magas hányadát. Az adóbevételekből a termékeket és a szolgáltatásokat terhelő indirekt adók 42,6%-ot tesznek ki, míg a jövedelemadók és nyereségadók aránya 28,5%. Mindez magyarázza azt a tényt, hogy az egészségügyi kiadások elsősorban az alacsony jövedelmű háztartások számára komoly terhet jelentenek.

Az NHS által biztosított szolgáltatások elvben teljes körűek. A gyakorlatban azonban több szolgáltatást nem nyújt az NHS, ilyen pl. a felnőtt fogászati ellátás vagy más olyan szolgáltatások, amelyek az orvosok hiánya, vidéki területeken a szolgáltató hiánya miatt nem elérhetők mindenki számára. Léteznek várólisták, amelyek a magánellátás felé terelik a betegeket. A járóbeteg-ellátásban felírt gyógyszerek nagy részét teljesen vagy részlegesen finanszírozza az NHS.

A közvetlen magánkiadások (out-of-pocket payment) aránya az egészségügyi kiadásokon belül 30% körüli, növekvő tendenciájú, a fogyasztók költségtudatosságának befolyásolását is szolgálva.

Az egészségügyi kiadások részesedése a GDP-ből 2004-ben 9,8%, az EU-15 átlagát meghaladó. US dollár vásárlóerő-paritáson számolva az egy főre jutó egészségügyi kiadások lényegesen elmaradnak az EU-15 átlagától, 2003-ban 1797 USD PPP (EU15: 2361 USD PPP-2002). Az állami egészségügyi kiadások részesedése a GDP-ből 6,7%, az egy főre jutó állami egészségügyi kiadások mértéke 1253 USD PPP.

Egészségügyi szolgáltatások

Alapellátás

Az alapellátást az NHS egészségügyi központjai nyújtják. A központokban profitorientált magánszolgáltatók és non-profit szolgáltatók egyaránt megtalálhatók, akik szerződések alapján dolgoznak az NHS-szel. Az egészségügyi központok finanszírozás szempontjából nem önállóak, a regionális egészségügyi hatóságok alatt működnek. Ez utóbbiak a minisztériumtól kapott költségvetés alapján finanszírozzák a központok tevékenységét. 2003-ban az egészségügyi központok száma 393 volt. 70 olyan egészségügyi központ működött, amely fekvőbeteg-ellátásra is berendezkedett, ezekben összesen 1161 kórházi ágy állt a betegek rendelkezésére.

Kórházi ellátás

Bár történtek kísérletek szakorvosok integrálására az egészségügyi központokba, ez ma még nem jellemző tendencia Portugáliában. A szakellátás így főként kórházakban történik, kivéve az ambuláns diagnosztikai és terápiás szolgáltatást, amelyet leginkább a magánszektor nyújt. 2003-ban az NHS 114 általános és szakkórházat működtetett, a kórházi ágyak száma 28457 volt. A magánkórházak száma 90 volt, a magánkórházi ágyak száma 9660. Összességében a kórházi ágyak 72%-a tartozott az NHS-hez, 3%-a a fegyveres erőkhöz s az igazságszolgáltatás intézményeihez, 25%-a volt magántulajdonban. A magánkórházak közel fele for-profit elven működött. Az orvosi-egészségügyi szolgáltatásokon kívül eső szolgáltatásokat (mint az épület fenntartás, étkezés, mosoda stb.) többnyire a magánszektorral kötött outsourcing megállapodások alapján működtetik.

A kórházak és a kórházi ágyak száma az európai tendenciákhoz hasonlóan jelentős mértékben csökkent. Területileg az eloszlásuk nem egyenletes, a Lisszabonban és a Vale do Tejo területen a kórházi ágyak több mint 35%-a koncentrálódik. A kórházak költségvetését szintén az Egészségügyi Minisztérium biztosítja, a globális költségvetés és a case-mix kombinációjában. Tradicionálisan a költségvetés az előző év kiadásaiból indul ki inflációval korrigálva, 1997 óta azonban növekvő hányada a DRG-khoz és az ellátott járóbetegek számához kötődik.

2003-ban hoztak törvényt a folyamatos ellátás hálózataról. A rendelkezés az életminőség javítását szolgálja a krónikus beteg koordinált ellátásával, a fájdalom csökkentésével, a hospice ellátással, az alapellátás és a kórházi ellátás összekapcsolásával.

Egészségügyi dolgozók

Az egészségügyi dolgozók száma folyamatosan növekszik. Az orvosok száma 2003-ban 34981, az ezer főre jutó orvosok száma 3,3, a mutató értéke az EU-15 átlaga alatti. A nővérek száma 43860, az ezer főre jutó ápolói létszám 4,2. 4500 fogorvos, 8500 gyógyszerész alkotta még az egészségügyi dolgozók taborát. Az NHS-nél dolgozott az orvosok 70, a nővérek 80%-a, nagyjából a kórházakban, a magánszektor az orvosok 10, a nővérek 7%-át foglalkoztatta.

Gyógyszerpiac

1993-ban alakult Portugáliában az Országos Gyógyszerészeti Intézet, amely a gyógyszerek engedélyezéséért, a co-payment szintjének megállapításáért felelős. A gyógyszerkiadások az egészségügyi kiadások 24%-át képezik. A gyógyszerügy prioritásai közé tartozik a racionális

gyógyszerfelhasználás elősegítése, a generikus gyógyszerek felhasználási arányának ösztönzése. A generikumok 2004-ban a gyógyszerkiadások 6,5%-át képezték, nemzetközi összehasonlításban ez még mindig igen alacsony. Az állami támogatások mértékét főként referenciaár-rendszer alapján határozzák meg (a generikumok esetében ez az összes eladott mennyiség értékének 85%-ában volt jellemző). A betegek co-paymentjének átlagos mértéke 30%.

Az országban 2003-ban 2693 gyógyszertár működött, a gyógyszerészek száma 8500.

Reformok

2002 óta az egészségügy reform célja az egészségügyi ellátás hozzáférhetőségének javítása, a kórházak menedzsmentjének fejlesztése, költség-hatékony ellátás nyújtása az állami szektorban, a PPP (Public Private Partnership) erősítése, az alapellátás fejlesztése. Intézkedéseket tettek a sebészeti ellátásban a várólisták csökkentésére, a magánellátás és a szociális ellátás (az aktív kórházi ellátás helyett történő) igénybevételének ösztönzésére. 2003-ban a kórházak 30%-át kórházi társaságokba szervezték. A minisztérium 10 új kórház építéséről határozott PPP konstrukcióban. A fejletlen krónikus ellátás erősítése elengedhetetlen feltétele az aktív kórházak túlterheltsége csökkentésének. Az alapellátásban az egészségügyi központok szervezésére új törvényt fogadtak el, megteremtve annak lehetőségét, hogy a központok működtetése a szakemberek együttműködésében, a magán for-profit szektor vagy a nonprofit szektor segítségével történjen. Ezek a reformelképzelések nem mindenben találkoztak a háziorvosok, orvos-szervezetek egyetértésével.

A 2004-2010 időszakra országos egészségügyi terv készült. A terv stratégiai iránymutatást tartalmaz az egészségügyi szektor valamennyi résztvevője számára (állami és magánszektor egyaránt) az egészségfejlesztéshez, betegségmegelőzéshez, a lakosság egészségi állapotának javításához kapcsolódó célok elérésére.

A terv tartalmazza az egészségügyi rendszer működésében előirányzott szemléleti váltást, amely minőségi ellátáshoz vezet hatékony, hosszú távon költség szempontjából fenntartható, humánus módon. Ezen a téren eszközként alkalmazzák az üzleti jellegű menedzsment-technikákat, a magán és a szociális szektorral történő együttműködést, az egyes ellátási szintek közötti fokozott koordinációt, a horizontális menedzsment erősítését, a szektorok (oktatás, munkahelyek, idősek, sérült emberek, élelmiszerbiztonság, közúti biztonság, HR) közötti együttműködést, a hatékonyság, eredményesség ösztönzését.

Kormányhatározattal magas szintű egészségügyi bizottságot hoztak létre, amely nyomon követi a terv végrehajtását, koordinálja a tervhez kapcsolódó egészségpolitikai célokat, a nemzeti programokat.

A terv aktuális programjai közé tartoznak: a kardiovaszkuláris betegségek-, az onkológiai betegségek megelőzésének és felügyeletének országos programjai, a HIV/AIDS prevenció program, az idősek egészségének nemzeti programja.

Források

- ▶ Health in Portugal basic indicators 2003,
<http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i007458.pdf>
- ▶ Alto Comissariado da Saúde
<http://www.acs.min-saude.pt/acs/conteudos/alto+comissariado+da+saude/English+Version/HCH+-+english+version.htm>
- ▶ National health plan 2004-2010
<http://www.acs.min-saude.pt/NR/rdonlyres/773E1772-578E-45A6-863A-AAD2A0DC6147/2906/PNSinglës.pdf>
- ▶ Economic Survey - Portugal 2004: The on-going reform of the health care system
http://www.oecd.org/documentprint/0,2744,en_33873108_33873764_33701508_1_1_1_1,00.html
- ▶ Health Care Systems in Transition, 2004. <http://www.euro.who.int/document/e82937.pdf>
- ▶ Portugália
<http://www.portugal.gov.pt/Portal/Print.aspx?guid={2D936C00-C760-4548-B0AC-DF42CD0BE712}>
http://www.eu2004.hu/index.php?op=tenyek_tagorszagok&id=15
http://www.kulugyminiszterium.hu/kum/hu/bal/Kulpolitikank/Ketoldal_u_kapcsolatok/Europa/portugalia

SPANYOLORSZÁG

Gazdasági-politikai háttér

Az 1990-es évek elején Európa-szerte tapasztalható recesszió után, Spanyolország gazdasága 1994-től kezdve enyhe fellendülést mutatott. Az ország egy főre jutó GDP-je a vezető nyugat-európai gazdasági hatalmak GDP-jének 80%-át teszi ki, 2004-ben 25 582 USD volt. Spanyolország az elsők között vezette be a fizetőeszközöként az eurót. Az ország vezetői folyamatosan töreksenek a gazdaság liberalizálására, privatizálására, ennek érdekében adóreformokat hajtottak végre. Az integrált Európa monetáris politikájának való megfelelés komoly feladatok elé állítja az országot. Az államháztartási hiány 2004-ben minimális (0,1%) volt, így jóval az eurózónában megengedett 3%-os határ alatt maradt. Az államháztartás bruttó adóssága a GDP%-ában 46,9%-ot tett ki, a fogyasztói árindex 3,1%-on stagnálva viszonylag kedvező értéket mutatott.

A munkanélküliség bár csökkenő tendenciájú, így is meghaladja a 10%-os arányt, 2004-ben 11% körül mozgott.

Spanyolország államformája parlamentáris monarchia. Az állam élén az uralkodó áll. A végrehajtó hatalom és a kormány feje a miniszterelnök. A kétkamarás parlamentet a Szenátus és a Képviselők Kongresszusa alkotja, tagjaikat négy évre választják. Legutóbb 2004 márciusában tartottak választásokat, melyet a szavazatok 52,29%-ával a Spanyol Szocialista Munkáspárt (PSOE) nyert. Komoly politikai erőt képvisel még a Néppárt (PP), mely szavazatai alapján vezető helyet foglal el a Szenátusban.

Demográfia

Spanyolország lakossága növekszik. A spanyol lakosság 2005-ben 43,064 millió főt számlált. A természetes szaporodás stagnál, a lakosság elöregedése erőteljesen jelentkező tendencia. Előrejelzések szerint a 65 év feletti korcsoport lakosságon belüli arányára vonatkozó statisztika nemzetközi viszonylatban is kimagasló értékre – a 2003-as 17%-ról, 2030-ban 25%-ra fog emelkedni. 2002-ben a lakosság 76,4%-a élt városokban.

Az országban a születéskor várható élettartam az Európai Unió viszonylatában is magas, 2004-ben 80,46 volt, ez férfiak esetében 77,04, nők esetében 83,88 évet tett ki. Emellett a magas életkort elérő spanyol lakosság – becslések szerint – életéveinek 90%-át egészségben töltheti el.

Az állampolgárok egészségét leginkább veszélyeztető tényezők a keringési rendszer betegségei, jóllehet az előző két évtizedben arányuk felére csökkent, és így viszonylag alacsony értéket mutat az EU hasonló statisztikái között. Az ország mortalitási statisztikáiban második helyen állnak a daganatos megbetegedések, melyek közül a dohányzás által kiváltott tüdőrák a régióban leggyakrabban diagnosztizált betegség. A halálozásban komoly szerepet játszanak még a külső okok közül a gépjárműbalesetek, valamint a népegészségügyi problémát jelentő fertőző betegségek. Magas a HIV-fertőzés okozta AIDS-mortalitás 3,3/100.000 (2003-ban), és a tuberkulózis incidenciája 17,9/100.000 is további teendőket jelez.

Egészségügyi rendszer

Spanyolország egészségügyének finanszírozása az állam adóbevételein alapul. A központi irányítás feladatköréből egyre több hárul az ország tartományaira és autonóm területeire. A helyhatóságok szerepe viszonylag behatárolt, tevékenységüket a népegészségügy környezet-egészségügyi és higiénés vonatkozásaira összpontosítják.

Finanszírozás

Spanyolországban az egészségügyi kiadások GDP-hez viszonyított aránya (7,8% 2004-ben) viszonylag alacsony az Európai Uniót alapító tagországok hasonló statisztikaival összevetve. Ugyanebben az évben az állami kiadások az egészségügyi összkiadás 72%-át tették ki.

Az egészségügyi rendszert általános adózásból – általános forgalmi adóból, jövedelemadókból és a régiók által kivetett adókból - tartják fenn. A régiók módosíthatnak a területükre vonatkozó adókulcsot a kormány által megszabott határig. Egyes autonóm tartományok állami támogatásban is részesülnek.

1997 óta az egészségügyi rendszer a lakosság mintegy 99,8%-át lefedi, kiterjed a bevándorlókra és az alacsony jövedelmű állampolgárokra egyaránt.

A közalkalmazottak választhatnak az állami egészségügy és három kölcsönösségi biztosító fedezete közül. A MUFACE a közalkalmazottak többségét átfogó rendszer, a MUGEJU a törvényhozás területén dolgozó közalkalmazottakra érvényes és az ISFAS a fegyveres testületek tagjainak kölcsönösségi biztosítója.

Spanyolországban az egészségügy állami finanszírozását a magán forrásokból történő anyagi hozzájárulások egészítik ki. Ilyen közvetlen kiadás a privát szektorban az ambuláns szolgáltatások anyagi ellentételezése, az önkéntes biztosítás járuléka, valamint a gyógyszerekre fizetendő co-payment.

A magán egészségbiztosítók egyre nagyobb szerepet játszanak a lakosság ellátásának térítésében, mivel az általuk nyújtott kiegészítő biztosítás az alapvető szolgáltatásokon felüli ellátásra nyújt fedezetet, és segít a várólisták enyhítésében. 2003-ban a lakosság 18,7%-a rendelkezett magánbiztosítással.

Egészségügyi szolgáltatások

Alapellátás, járóbeteg-ellátás

Az országban az utóbbi évtizedekben fokozott figyelem kíséri az alapellátást. A betegek problémáikkal először a háziorvoshoz fordulhatnak, aki kapuőr szerepet tölt be az egészségügyben. A régebben részidőben, önálló praxist folytató háziorvosok tevékenységét, újabban az állami szférához tartozó, főállású orvoscsoportok modellje váltotta fel. A teamek tagjai tevékenységükért fizetésben részesülnek.

1990 óta dinamikusan nő a több diszciplínát átfogó csoportpraxisok száma, lakossághoz viszonyított arányuk 2001-ben 39,73/100 ezer fő volt.

A spanyol lakosság ambuláns ellátását a háziorvosi teameken kívül, járóbeteg-ellátó központok kiterjedt hálózata biztosítja. Ezek tevékenységét a klinikák szakorvosai váltakozó időbeosztásban látják el. Jóllehet a várólisták az utóbbi időben csökkennek, továbbra is nagymértékben jellemzik az állami szektorban nyújtott szolgáltatások igénybevételét.

Fekvőbeteg-ellátás

Spanyolországban az alapellátásra irányuló nagyobb figyelem ellenére is, elsősorban a kórházakra épül az egészségügyi rendszer. 2004-ben ezer főre 3,7 kórházi ágy jutott, ebből 2,8 akut ellátásra szolgáló ágy volt. A kórházi ágyak 33%-a privát ágyként működött.

A fekvőbeteg-ellátó létesítmények finanszírozási mechanizmusai autonóm területenként változóak. Hagyományosan retrospektív módon finanszírozták a kórházakat, előzetes tárgyalások és a kórházi szolgáltatások utólagos értékelése nélkül. Az utóbbi időben a céltevékenységekre kötött szerződéseken alapuló prospektív finanszírozás került előtérbe, és ez különösen a magánkórházakra érvényes. A kórházi orvosok többsége közalkalmazottként dolgozik, és fix fizetésben részesül.

Egészségügyi dolgozók

Spanyolországban az orvosok száma az ezredfordulóig növekedett, azóta csökkenő tendenciájú. 2004-ben a spanyol orvosok 42%-a dolgozott kórházi környezetben, többnyire közalkalmazottként. Ugyanebben az évben az ápolónők száma alig haladta meg az orvosokét, míg a lakosságot ellátó orvosok aránya 3,2/1000 volt, addig az ápolónőké 3,7/1000. Ez a statisztika komoly problémát tükröz, mivel az Európai Unióban átlagosan két-háromszor annyi ápolónő tevékenykedik, mint orvos.

A spanyol egészségügy rendkívül nagy munkaerőhiánnyal küzd, sok részlegben a hiányzó szakemberek száma meghaladja a dolgozókéét. Paradox helyzet, hogy a várólisták csökkentését szolgáló privát egészségügyi központokban sokszor a közkórházakénál kedvezőtlenebbek a munkafeltételek.

Gyógyszerpiac

A spanyol gyógyszerpolitika az 1990-es Gyógyszertörvényen alapul, és az azóta hozott rendelkezések a törvény előírásaihoz igazodnak. A lakosság 40%-os co-payment-tel köteles hozzájárulni a gyógyszerkiadásokhoz. A fizetési kötelezettség alól a 65 éven felüli állampolgárok és a krónikus betegek élveznek mentességet. A gyógyszerek árának fennmaradó részét a regionális egészségügyi hatóságok állják oly módon, hogy szakmai kollégiumaik révén havonta térítik a patikák költségeit. A szakmai kollégiumok felelősek a gyógyszerrendelés számítóképre viteléért is.

Az országban negatív gyógyszerlista van érvényben. A kevésbé hatékony medicinákat, illetve az enyhébb problémák kezelésére szolgáló szereket – a gyógyszerek mintegy 30%-át - kizárták az állami finanszírozásban részesülő gyógyszerek köréből.

1997-től a generikumok bevezetését előmozdító, valamint az átfogó árszabályozást életbe léptető intézkedések születtek. Az Országos Gyógyszerügyi Hatóság hivatalba lépése, illetve kezdeti célkitűzéseket megvalósító tevékenysége a gyógyszerekre vonatkozó irányelvek és protokollok széles körben való megismertetését, gyakorlatba való átültetését szolgálja.

Reformok

A 80-as, 90-es években Spanyolország egészségügyi rendszere nagyszabású változásokon ment keresztül, a lakosság fedezete jelentős mértékben kibővült, új alapellátási hálózatot alakítottak ki és racionalizálták a finanszírozási és irányítási struktúrákat. Az állami egészségügyi ellátás kiterjesztése és

az adózáson alapuló rendszerre való áttérés különösen kedvező eredményeket hozott. A rendszert decentralizálták, az autonóm területek hatásköre megnőtt.

Az elkövetkezendő időszak további célkitűzései:

- ▶ az egészségügyi alapellátás prioritásként való kezelése,
- ▶ a várólisták csökkentése és a kórházba utalás adminisztrációjának egyszerűsítése a lakosság elvárásainak megfelelően,
- ▶ számítástechnikai fejlesztések (pl. a gyógyszerrendelés monitorozása terén),
- ▶ az irányítás autonómiájának fokozása,
- ▶ a szociális és a közösségi ellátás kiterjesztése.

Források

- ▶ CIA – The World Factbook, Spain, 2005
<http://www.cia.gov/cia/publications/factbook/geos/sp.html>
- ▶ Spain Economy, Washington D.C.: Central Intelligence Agency, 2005
http://education.yahoo.com/reference/factbook/sp/econom.html;_ylt=AiZhSONjT8lZ9rp.uwAEIma4ecYF
- ▶ En Espagne: une Sécu pour chaque région, L'Expansion, 2002,2,1.
<http://www.lexpansion.com/art/6.0.108592.0.html>
- ▶ Spanyolország, Európai Unió, Pénzportál, 2005.11.15.
http://www.penzportal.hu/index.nfo?tPath=//&article_hid=53&prk=678366331049
- ▶ Highlights on Health, Spain, 2004
http://www.euro.who.int/eprise/main/who/progs/chhspsa/system/20050131_1
- ▶ The pharmaceutical sector, Spain, updated 01 November 2004
http://www.who.dk/pharmaceuticals/Topics/Overview/20020414_3
- ▶ Health for All Data Base. European Region. WHO Regional Office for Europe. Updated: 2005 June

SVÉDORSZÁG

Gazdasági-politikai háttér

Életszínvonal tekintetében Svédország a leggazdagabb államok közé tartozik, 2003-ban az egy főre jutó GDP 26.750 USD volt PPP-ben kifejezve. Jóléti rendszerét a világon a legjobbak között tartják számon. A munkanélküliség 2004-ben 5,5% volt, az infláció 1%. Svédország nem tagja a 2002-ben létrejött euróövezetnek.

Államformája alkotmányos monarchia, ahol a király személye az államfő, a hatalmat pedig a parlament gyakorolja. 2002-es választások után október 21-én megalakult a 22 tagú szociáldemokrata kisebbségi kormány, melyet a zöldek kívülről támogatnak. A kormányzási folyamat három szinten történik: országos szinten a parlamentben, regionális szinten a 21 megyei tanácsban, helyi szinten a 289 önkormányzatban.

Demográfia

Lakossága 9041 ezer fő (2005), a fővárosban Stockholmban 1,1 millió lakossal. Sok ipari országhoz hasonlóan Svédország alacsony születési rátával rendelkezik. Ennek következménye lenne a lakosság csökkenése, azonban a vándorlás következtében a lakosság növekedése 2003-ban 1 ezrelék volt. A születéskor várható átlagos élettartam magas: 2002-ben 80,09 (férfiaknál 77,85, nőknél 82,26). Az átlagos élettartam emelkedett az 1990-es években, és jelenleg Svédországnak van az egyik legidősebb lakossága, ahol majdnem minden ötödik ember 65 éven felüli.

Az 1990-es években a csecsemőhalálozás jelentősen csökkent: 1990-től 2000-ig 1000 élveszületésre 6-ról 3,2-re. A betegségmegelőzésre létrehozott programok sikerrel jártak, pl. a szív- és érrendszeri megbetegedés által okozott halálozás csökkent, bár így is az első halálok (kb. 50%). A daganatok képezik második legnagyobb halálokozót (25% férfiaknál, 22% nőknél). Az 1990-es években a dohányzók száma jelentősen csökkent, 15%-ra a férfiaknál és 22%-ra a nőknél.

Egészségügyi rendszer

Svédország egészségügye kötelező adózási rendszeren alapul, lefedi az egész lakosságot. Az államilag működtetett svéd egészségügyi rendszer három szinten szerveződik: országos, regionális és helyi. Az egészségügyi rendszer alapját a megyei tanácsokon keresztül működő regionális szint képezi. Országosan az egészségügyi ágazat irányítása a Szociális és Egészségügyi Minisztérium feladata. A decentralizáció kulcsfontosságú tényező a svéd egészségügy szervezésében és irányításában. A megyei tanácsok és az önkormányzatok számottevő autonómiát élveznek a központi kormányzattal szemben. Az országos egészségpolitika fejlesztésén, a törvényhozáson és az ellenőrzésen kívül az egészségügyi ellátás a helyi önkormányzat felelőssége. A svéd Országos Egészségügyi Szolgálat állampolgárságtól függetlenül fedezetet nyújt minden lakos számára.

Finanszírozás

2004-ben Svédországban az összes egészségügyi kiadás a GDP 9,5%-a volt. Az állami kiadások aránya 2004-ben az összes egészségügyi kiadás 85,4%-a volt. Svédországban az egészségügynek három

bevételi forrása van: adók (központi, regionális, helyi), az országos társadalombiztosítási rendszer, és a magánkiadások. Az állami finanszírozás többnyire regionális szinten, a megyei tanácsok jövedelemadóiból származik.

A társadalombiztosítási alap felhasználását az Országos Társadalombiztosítási Testület (NSIB) koordinálja, továbbá irányítja a táppénzfolyósítást és a gyógyszerköltségek térítését. A társadalombiztosítási rendszer pénzügyi biztonságot nyújt a betegséggel és rokkantsággal szemben. A társadalombiztosítás kötelező, és fedezi a betegség által okozott veszteségeket, valamint kb. ötöd részben az egészségügyi szolgáltatások költségeit. A magánbiztosítás fedezetet nyújt részben a gyógyszerek, a fogászati ellátások költségeire és a betegek által fizetendő díjakra. A magánkiadásokat főleg a készpénzfizetések és az önkéntes biztosítás alkotják. Minden megyei tanács maga határozza meg a készpénzfizetések rendjét a járóbeteg-ellátásban, bár a parlament felső határt állapított meg az állampolgárok éves kifizetéseire.

A lakossági díjak a következőképpen alakulnak: a biztosított 11-17 EUR díjtételt fizet az orvosnak konzultációként. Szakorvosi ellátás (kórházban dolgozó szakorvos) igénybevételekor 22-33 EUR a fizetendő összeg alkalmanként. Sürgősségi esetekben 11-28 EUR a fizetendő összeg.

A 20 év alattiak mentesek a díjfizetés alól. Iskoláskorú gyermekek számára ingyenesek az oltások, a vizsgálatok, bizonyos kezelések. Ingyenes a terhesség alatti kontrollvizsgálat is az erre a célra szolgáló alapellátási rendelőkben. A kórházi ellátásban 9 EUR/ 24 óra a maximálisan fizetendő összeg.

A díjtételek a jövedelmi viszonyoktól függően csökkenthetők.

Az önrészfizetés felső határa 100 euró/12 hónap, nem számítva a kórházi napidíj költségeit.

A fogászati kezelés 20 éves korig ingyenes, a felnőttek néhány mentességtől eltekintve kezeléstől függően fix összegű támogatást kapnak, a támogatás és a teljes ár közötti különbözetet ők fizetik.

Az 1980-as és 1990-es években a betegek önrészfizetése egyre növekvő szerepet játszott az egészségügy finanszírozásban.

A magánbiztosítás igen korlátozott (kevesebb, mint 1%), és többnyire önkéntes fedezetet nyújt. Az esetek 90%-ában a munkaadók fizetik az önkéntes biztosítást, hogy elkerüljék a hosszú idejű táppénz fizetését. 2002-ben az összes magánkiadás elérte az összes egészségügyi kiadás 14%-át. Az idősek és rokkantak otthoni egészségügyi ellátását helyi önkormányzati adókból finanszírozzák.

Egészségügyi szolgáltatások

Alapellátás, járóbeteg-szakellátás

Svédországban az alapellátás gyógyító és megelőző szolgáltatásokat nyújt a helyi egészségügyi központokon és a kórházak járóbeteg-rendelőin keresztül. A lakosság alapellátását részben tehát a megyei tanácsokhoz tartozó körzeti egészségügyi központok biztosítják. Itt általános orvosok, ápolónők, szülésznők és bizonyos esetekben szakorvosok – gyermekorvosok és nőgyógyászok – látják el a betegeket. Minthogy azonban a svéd egészségügy erősen decentralizált, így az alapellátás és az alapellátó központok szervezete is változhat megyéről megyére. Svédországban az orvosok nagyarányú szakosodása miatt – nemzetközi összehasonlításban is – viszonylag kevés az általános orvos. Többségük az egészségügyi központokban dolgozik, bár van, aki a magánpraxist választja és szerződéses viszonyban áll a megyei tanáccsal.

A betegek 1994 óta szabadon választhatják meg háziorvosukat, illetve szabadon iratkozhatnak át más orvoshoz, bár 1996-ban ezt valamelyest korlátozták. A GP-k kapuőri funkciója csak igen gyengén érvényesül, mivel a betegek egyenesen a kórházakban dolgozó szakorvosokhoz is fordulhatnak problémáikkal. A svéd egészségügy sajátossága, hogy az orvoshoz fordulások felének helyszíne a kórház. A rendelések felkeresése esetén fizetendő térítési díj megyénként és szolgáltatásonként változhat egy bizonyos maximált összegig, mindazonáltal az ambuláns betegek egészségügyi költségekhez való közvetlen hozzájárulása (co-payment) az utóbbi időben egyre jelentősebb. Svédországban a járóbeteg-szakellátás a kórházak járóbeteg-rendelőin keresztül történik.

A svéd egészségügy fontos problémája a várólista. Vizsgálatokon megjelenni előzetes bejelentkezéssel lehet, az ellátás első szintjein nagy szerepet kapnak a szakképzett ápolók, akik egyes gyógyszerek felírását, sőt a beutalásokat is elvégezhetik.

Kórházi ellátás

Svédországban a fekvőbeteg-ellátás több szintre oszlik. Az országban működő 79 kórház felosztható regionális kórházakra, központi megyei kórházakra és körzeti megyei kórházakra mérettől, ill. a szakosodás fokától függően. A regionális orvosi ellátórendszer azokért a betegekért felelős, akiknek a betegsége nagy számú szakorvos együttműködését teszi szükségessé, és bonyolult diagnosztikai/kezelési eszközöket igényel. Tevékenységüket a megyei tanácsok közötti megállapodások szabályozzák minden régió belül. A regionális kórházak átlagos akut ágyszáma 911, amely magasnak tekinthető más országokkal összehasonlítva. Az ország hat egészségügyi régiójában kilenc olyan magas szintű műszerezettséggel rendelkező oktatókórház tevékenykedik, melynek működtetéséhez minden megye hozzájárul, és ahol csak súlyos eseteket kezelnek. Minden megye legalább egy nagy, 60-90 ezer lakosú területet ellátó kórház finanszírozásáról, irányításáról gondoskodik. A 47 körzeti megyei kórház átlagos akut ágyszáma 124. Jelenleg Svédországban 23 központi megyei kórház létezik, legalább egy kórház minden megyei tanács által lefedett területre. A központi megyei kórházak átlagos akut ágyszáma 422. Ezek a 15-20 szakágot is átfogó kórházak közvetlen környezetük számára körzeti kórházként is szolgálnak, bár a megyékben működő, szigorú értelemben vett körzeti kórházak olyan kisebb létesítmények, melyek spektruma nem ilyen széles, a betegek szakellátását viszont minimálisan négy területen (belgyógyászat, sebészet, radiológia és aneszteziológia) biztosítják.

Más északi országokhoz hasonlóan a kórházfinanszírozás terén Svédország a DRG- alapú esetátalány finanszírozási rendszert inkább a teljesítmény fokozására tartja alkalmasnak, mintsem a költségek csökkentésére. A tapasztalatok szerint a DRG- rendszer a teljesítmény fokozásán kívül a kórházi folyamatok elemzéséhez és javításához alkalmas információforrásként is szolgál. Ezenkívül a rendszer alkalmazása révén megváltozott a betegekkel kapcsolatos gondolkodás, és az addigi ún. „költségtényezőkből” ún. „lehetőséges bevételi források” lettek. A kórházfinanszírozás keretén belül a ritka vagy nagy költséggel járó kezelések külön kerülnek térítésre, ami hasonlóképpen igaz a képzésre és a fejlesztésre is. A megyéken belül szabadon lehet kórházat választani, megyén kívüli ellátás igénybevétele beutalóhoz kötött.

Egészségügyi dolgozók

A svéd egészségügyi rendszerben több mint 230.000 alkalmazott dolgozik, az összmunkaerő kb. 7%-a. Az utóbbi években az egészségügyi dolgozók létszáma csökkent a pénzügyi megszorítások miatt. Felfedezhető az a tendencia, hogy az orvosok és az ápolók száma növekszik a kevésbé képzett személyzet rovására. Hiányok jelentkeznek az ápolók terén, különösen a szakápolók esetében. Szintén nehézségek tapasztalhatók az orvosi állások betöltésében egyes földrajzi térségekben és egyes

szakterületeken. Svédországban 326 lakosra jut egy orvos. Egy kórházi orvos átlagfizetése havi 46.000 SEK, egy ápolóé 22.000 SEK.

Svédországban szabad az orvosválasztás az állami szektorban dolgozó és a megyei tanácsokkal kapcsolatban álló magánorvosok között. Lehetséges a szakorvosok közvetlen felkeresése is, de a szakorvosi ellátás háziorvosi beutalóval való igénybevétele az elfogadottabb.

Gyógyszerpiac

Más európai országokhoz képest Svédországnak aránylag alacsony a gyógyszer kiadása. A gyógyszerköltségek azonban megnövekedtek az 1990-es években, főleg az új gyógyszerek és az öregedő lakosság növekvő kereslete következtében. A gyógyszer-kiskereskedelem bonyolításában az állam bír kizárólagos joggal a Svéd Gyógyszertárak Országos Szövetségén (NCSP) keresztül. 1970 óta a gyógyszertermékek kiskereskedelmének bonyolítását az állam által irányított Apoteket nevű vállalat végzi. A gyógyszerek térítését az Országos Társadalombiztosítási Testület végzi. A gyógyszerjuttatási terv (Drug Benefit Scheme) megszabja a beteg által fizethető önrész éves felső értékét. Nem ismert a magánbiztosítás vagy a vállalatok által fedezett gyógyszerköltségek mértéke, de jelentéktelennek tekinthető. A gyógyszertermékeket és a gyógyszerkereskedelmet érintő tevékenységek alapját az 1993-as gyógyszer törvény képezi. A törvény három kategóriába sorolja a gyógyszereket: vényköteles, vény nélküli (OTC), és olyan gyógyszerek, amelyeket csak speciális forrásokkal rendelkező klinikákon lehet használni. Az 1998-as gyógyszerreform célja az volt, hogy fokozatosan átadja a megyei tanácsoknak a gyógyszerekkel kapcsolatos (pénzügyi és egyéb) felelősséget. Ezt egy átmeneti időszak után teszi, ami alatt a társadalombiztosítási rendszer folytatja a gyógyszertermékek támogatását.

Az Európai Bíróság 2005-ös határozata szerint (C-438/02 eset) a forgalmazott termékek kiválasztásának az Apoteket által működtetett rendszere hátrányos helyzetbe hozza más EU- tagállamok gyógyszertermékeit a svéd termékekkel szemben. A Bíróság úgy találta, hogy az Apoteket kereskedelmi jellegű monopóliumot képez, és diszkriminációt gyakorol, s ezzel Svédország közösségi törvényt sért. A Bíróság az Apoteket-et a beszerzési eljárás megváltoztatására kötelezi nyílt pályázattal rendszer bevezetésével.

Reformok

A legfontosabb egészségügyi reformnak a belső piac bevezetése tekinthető. Az 1990-es években kiszélesítették a megyei tanácsok és önkormányzatok hatáskörét. A svéd egészségügy reformfolyamatai keretében a decentralizáció helyi szinten tovább folytatódik. Versenyt vezettek be a kórházi szolgáltatások terén, szétválasztották a szolgáltatások nyújtását és finanszírozását (az egészségügyi körzetek szolgáltatásokat vásárolhatnak lakosaik számára a szolgáltató kórházaktól), a kórházak a hozzájuk tartozó területen kívül is nyújthatnak ellátást szolgáltatásonkénti díjazásért, valamint szervezik egyes megyék fúzióját regionális szintű ellátás biztosítására. A svéd reformok célja az egészségügyi szolgáltatások túlzott felhasználásának csökkentése, a verseny fokozásával pedig a rendszer hatékonyságának javítása.

Az 1990-es évek további reformjai a hozzáférés javítását (pl. a várakozási idők csökkentését), a minőség és a betegjogok javítását, valamint a gyógyszerköltségek növekedésének fékezését célozták. 1994-ben két törvény lépett hatályba a magántulajdonú alapellátás támogatása céljából: a háziorvosi törvény és a magánpraxis létrehozásának szabadságáról szóló törvény. Az 1995-ben megválasztott szociáldemokrata

kormány azonban mindkét törvényt visszavonta, s e helyett megalkotott egy új törvényt az alapellátási szervezetekről. Ez kizárta a magánellátók további terjeszkedését, és kiszélesítette a megyei tanácsok felelősségét a magánellátás szabályozásában.

„A működés formái az államilag finanszírozott kórházakban” nevű, 2004-ben hozott törvényjavaslat módosítást vezetne be az 1982-es egészségügyi és orvosi szolgáltatásokról szóló törvényben. A törvényjavaslat szerint a megyei tanácsoknak legalább egy kórházat maguknak kell működtetniük körzetükben. A megyei tanácsoknak továbbá nem teszik lehetővé, hogy a regionális kórházak vagy klinikák működtetését kívülállókra, vállalkozókra bizzák. Ha ez különleges feltételek mellett megtörténik, az egyezménynek ki kell kötni, hogy a működtetés nem történhet haszonszerzés céljából, és az ellátást kizárólag állami pénzből finanszírozzák. A törvénymódosítás nem érintené az alapellátást, a kórházi kiegészítő szolgáltatásokat (élelmezés, takarítás), és a magánkórházakat/klinikákat

Források

- ▶ Ministry of Health and Social Affairs
<http://www.sweden.gov.se/sb/d/2061>
- ▶ Health Care Systems in Transition, Sweden
http://www.who.dk/observatory/Hits/20020524_11
- ▶ The Health Care System in Sweden
http://www.sweden.se/templates/cs/BasicFactsheet_6856.aspx
- ▶ Highlights on health, Sweden 2004
<http://www.who.dk/eprise/main/who/progs/chhswe/home>
- ▶ Swedish Health Care in an International Context
<http://kikaren.skl.se/artikel.asp?C=473&A=15823>

TÁBLÁZATOK

	Ausztria	Belgium	Dánia	Egyesült Kir.	Finnország	Franciaország	Görögország	Hollandia
Egy főre jutó GDP, PPP US\$ 2003	30 094	28 335	31 465	27 147	27 619	27 677	19 954	29 371
Fogyasztói árindex 2004	2	2,3	1,6	1,3	0,2	2,3	3	1,4
Munkanélküliség 2004	7,1	12,8	6,4	4,6	8,8	10	8,9 (2003)	4,2
Születési ráta/1000 2004	9,5 (2005)	10,81 (2003)	11,92	11,97	11,05	12,74 (2002)	9,55	11,92
Halalozási ráta/1000 2004	9,13 (2005)	10,21 (1997)	10,76 (2001)	9,77	9,13	8,97 (2002)	9,48	8,39
Halalozási ráta/1000-nők 2004	9,5 (2005)	9,99 (1997)	10,99 (2001)	10,01	8,94	8,54 (2002)	8,92	8,53
Halalozási ráta/1000-ferfiak 2004	8,74 (2005)	10,44 (1997)	10,53 (2001)	9,53	9,34	9,42 (2002)	10,06	8,24
Termésmegyei ráta 2004	1,42	1,53 (2002)	1,8	1,72 (2003)	1,8	1,89	1,3 (2003)	1,73
Lakosság 2005	8 233 306	10 419 000	5 431 000	59 668 000	5 249 000	60 496 000	11 120 000	16 299 000
Lakosság számának alakulása	növekszik	növekszik	növekszik	növekszik	növekszik	növekszik	növekszik	növekszik
0-14 éves lakosok %-a 2004	16 (2005)	17,81 (1997)	18,66 (2001)	18,16	17,55	18,76 (2001)	14,45	18,5
65+ éves lakosok %-a 2004	16,26 (2005)	16,25 (1997)	14,82 (2001)	16,01	15,72	16,24 (2002)	17,98	13,94
Születéskor várható élettartam 2004	79,7 (2005)	77,55 (1997)	77,3 (2001)	79,04	78,99	79,55 (2002)	79,05	79,42
Születéskor várható élettartam, férfiak 2004	76,81 (2005)	74,23 (1997)	75,05 (2001)	76,8	75,39	75,88 (2002)	76,67	77,02
Születéskor várható élettartam, nők 2004	83,37 (2005)	80,76 (1997)	79,46 (2001)	81,18	82,46	83,14 (2002)	81,46	81,65
A szív-érrendszeri betegségek általi halalozás/100000 2004	240,2 (2005)	246,37 (1997)	249,67 (2001)	223,78	248,37	160,55 (2002)	313,97	197,38
Daganatos betegségek általi halalozás/100000 2004	165,81(2005)	206,64 (1997)	218,69 (2001)	183,07	143,81	183,94 (2002)	161,9	191,21
Az emésztőrendszer betegségei általi halalozás/100000 2004	30,26 (2005)	32,55 (1997)	38,31 (2001)	33,9	33,69	29,25 (2002)	15,09	25,46
Halalozás külső ok miatt/100000 2004	43,89 (2005)	54,26 (1997)	45,86 (2001)	28,73	71,79	54,45 (2002)	32,92	27,29
Öngyilkosság és onnaga által okozott sérülés/100000 2004	14,75 (2005)	19,6 (1997)	12,18 (2001)	6,7	19,32	16,32 (2002)	2,78	8,65
Összes egészségügyi kiadás a GDP%-ában 2004	7,5	9,3	9	8,1	7,5	10	9,8	9,8
Állami kiadások az összes egészségügyi kiadás %-ában 2004	67,6	70,9	82,6	85,9	76,8	76,5	51,7	61,2
Az egészségügy alaprendszere	Kötelező egészségbiztosításon alapuló egészségügyi rendszer, elsősorban járulékból finanszírozott	Kötelező egészségbiztosítás és a privát praxis együttese	Az állam adóbevételein alapuló rendszer, melyben a megyei irányítás fontos szerepet játszik	Az egészségügyi ellátás állampolgári alapon biztosított, adóalapú ún. Beveridge-rendszer, az ellátás döntő részét állami egészségügyi intézményrendszer nyújtja	Az egészségügyi rendszer túlnyomórészt adóalapú. Az egészségügyi ellátás megszervezésében a központi kormányzat, a tartományok és a helyi önkormányzatok is fontos szerepet játszanak.	Országos egészségbiztosításon alapuló rendszer kiegészülve az Általános Társadalmi Hozzájárulással (CSG), az adóalapú finanszírozás bizonyos elemeivel és a kiegészítő magánbiztosítással	Adóból finanszírozott állami egészségügyi rendszer kiegészülve több biztosítótól választani. A biztosító-társaságok kötelesek ellátást nyújtani és egy terület minden lakosát elfogadni.	Kötelező biztosítás. 2006. január 1-től minden adófizelő állampolgár köteles biztosítót választani. A biztosító-társaságok kötelesek ellátást nyújtani és egy terület minden lakosát elfogadni.
A jelenleg domináns egészségügyi rendszer kezdete		1945		(NHS 1948)	1960-as évek	1945	NHS - 1983	1941, 2006
Járulékok összesen a biztosítási vagy vegyes rendszerekben	2006-tól a járulek mértéke 7,5% és 9,1 százalék közötti (foglalkozási csoportonként eltérő)	16,30%	Általános adózásból finanszírozott	Általános adózásból finanszírozott	Általános adózásból finanszírozott	13,55%	7,65%	Jövedelem 13,5%-a

	Írország	Luxemburg	Németország	Olaszország	Portugália	Spanyolország	Svédország	EU-15
Egy főre jutó GDP, PPP US\$ 2003	37 738	62 298	27 756	27 119	18 126	22 391	26 750	26 779
Fogyasztói árindex 2004	2,2	2,2	1,8	2,3	2,6	3,1	1	2
Munkanélküliség 2004	4,4	4,2	9,2	8,7 (2003)	6,7	11	5,5	8,31
Születési ráta/1000 2004	15,46 (2003)	12,03	8,55	9,44 (2003)	10,41	10,65	11,07 (2003)	10,63
Halálzási ráta/1000 2004	7,58 (2002)	7,79	10,6 (2001)	10	10,42	8,71	10,65 (2002)	9,66
Halálzási ráta/1000 - nők 2004	7,25 (2002)	7,57	10,32	9,46 (2001)	9,79 (2003)	8,16	10,93 (2002)	9,43
Halálzási ráta/1000 - férfiak 2004	7,91 (2002)	8,01	9,5	10,12 (2001)	11,1(2003)	9,29	10,37 (2002)	9,89
Termékenységi ráta 2004	1,95	1,7	1,4	1,2	1,44 (2003)	1,2 (2003)	1,8	1,52
Lakosság 2005	4 148 000	465 000	82 689 000	58 093 000	10 495 000	43 064 000	9 041 000	384 910 304
Lakosság számának alakulása	növekszik	növekszik	növekszik	növekszik	növekszik	növekszik	növekszik	növekszik
0-14 éves lakosok %-a 2004	20,85	18,74	14,6	14,22 (2001)	15,69	14,51	18,11 (2002)	16,29
65+ éves lakosok %-a 2004	11,15	14,18	18,31	18,68 (2002)	16,91	16,83	17,18 (2002)	17,01
Születéskor várható élettartam 2004	77,21 (2001)	79,56	79,36	80,09 (2001)	77,5 (2003)	80,46	80,09 (2002)	79,43
Születéskor várható élettartam, férfiak 2004	74,56 (2001)	76,15	76,57	76,95 (2001)	74,27 (2003)	77,04	77,85 (2002)	76,47
Születéskor várható élettartam, nők 2004	79,92 (2001)	82,74	82	83,05 (2001)	80,68 (2003)	83,88	82,26 (2002)	82,28
A sziv-érrendszeri betegségek általi halálozás/100000 2004	277,54 (2002)	230,13	262,82	225,47 (2001)	256,32 (2003)	173,54	243,17 (2002)	222,19
Daganatos betegségek általi halálozás/100000 2004	191,57 (2002)	165,03	169,81	180,47 (2001)	160,52 (2003)	164,21	154,92 (2002)	176,69
Az emésztőrendszer betegségei általi halálozás/100000 2004	25,29 (2002)	32,31	34,65	27 (2001)	33,24	30,27	20,46 (2002)	30,59
Halálozás külső okok miatt/100000 2004	39,44 (2002)	44,37	32,02	34,46 (2001)	45,97 (2003)	32,93	40,02 (2003)	37,52
Öngyilkosság és onmagát által okozott sérülés/100000 2004	11,23 (2002)	13,24	10,97	5,93 (2001)	9,36 (2003)	7	12,15 (2002)	10,05
Összes egészségügyi kiadás a GDP%-ában 2004	7,2	6,9	10,9	8,7	9,8	7,8	9,5	9,27
Állami kiadások az összes egészségügyi kiadás %-ában 2004	78,5	90,2	78,1	76,4	69,7	71,9	85,4	76,23
Az egészségügy alaprendszere	Adóalapú állami egészségügyi rendszer. Jövedelemtől függő két jogosultsági kategória. I. kategória: jövedelem bizonyos határ alatt, térítésmentes szolgáltatások II. kategória: maradék lakosság, korlátozott jogosultság.	Kötelező egészségbiztosításon alapuló egészségügyi rendszer, elsősorban kötelezően előírt fix díjletek mellett	Kötelező egészségbiztosításon alapuló egészségügyi rendszer, elsősorban járulékokból finanszírozott, tervezik az adókból történő részleges finanszírozás bevezetését	Adóalapú rendszer. Az egészségbiztosítás elsősorban onkéntes jellegű.	Döntően adójövedelmekből finanszírozott állami egészségügyi szolgálat kiegészítve a társadalombiztosítással és magánbiztosítással	Állami adóbevételeken alapuló rendszer az ország tartományainak bővülő feladataikörével	Az egészségügy kötelező adózási rendszeren alapul, lefedi az egész lakosságot. Az egészségügyi rendszer alapját a megyei tanácsokon keresztül működő regionális szint képezi.	...
A jelenleg domináns egészségügyi rendszer kezdete	...	1901	...	...	NHS - 1979	...	1947	...
Járulékok összesen a biztosítási vagy vegyes rendszerekben	Általános adósból finanszírozott	Munkáltatói, ill. munkavállalói járuléka 4,9%, nyugellátás 2,55%-a, ellátottak járuléka 1%.	14,20%	Többségében általános adósból finanszírozott	Többségében általános adósból finanszírozott	Többségében általános adósból finanszírozott	Általános adósból finanszírozott	...

	Ausztria	Belgium	Dánia	Egyesült Kir.	Finnország	Franciaország	Görögország	Hollandia
Járadékok megoszlása	Foglalkozási csoportonként a járadék mértéke, megoszlása eltérő. mezőgazdasági dolgozók 6,9% (munkáltató és munkavállaló 3,45% hozzájárulás), bányászok 6,9% (munkáltató 3,3%, munkavállaló 3,6% hozzájárulás), kozmikumalkalmazottak 6,8% (munkáltató és munkavállaló 3,4% hozzájárulás stb.). Az alapjáradékon kívül térítendő további 0,5% kiegészítő járadék a kórház ellátás – megoszlása a munkaadó és munkavállaló között egyenlő arányú – valamint a munkavállaló részcsojrtól további 0,1%-os kiegészítő járadék a balesetekből eredő szolgáltatások finanszírozására. A vállalkozók 9,1-os járadékot térítenek (0,5% kiegészítő biztosítással együtt).	Munkáltatói járadék 8,9%, munkavállalói járadék 7,4%.	...	...	...	Munkáltatói járadék 12,8%, munkavállalói járadék 0,75%, CSG-re 5,25%, egyéb 3,95%	Munkáltató 5,1%, munkavállaló 2,55%	Minden 18 éven felüli biztosított személy névleges és jövedelemfüggő járadékot fizet, mely biztosítónként változik. A munkaadó közvetlenül nem fizet járadékot, de koteles visszatéríteni a munkavállalónak az általa befizelt jövedelemfüggő járadékot. A munkavállalók jövedelemarányos járadékai az Egészségbiztosítási Alapba kerülnek. A 18 éven aluli gyermekek névleges biztosítási díjait az állam fedezi.
A közvetlen lakossági kifizetések jellemzői	A betegeknek csaknem minden szolgáltatási területen fix onrészt kell téríteniük. Mentesség: gyermekek nyugdíjasok, 663 EUR havi nettó jövedelem alattiak. Az alap- és járóbeteg-ellátásban 2006.01.01-től 10 EUR/év E-card szolgáltatás díja (2005 végéig 3,63 EUR/egyedév). A fekvőbeteg-ellátásban tartományonként változó a díjfelvétel mértéke (szerződéstől függő), átlag 8-15 EUR/nap, 28 napig.	Az alapellátásban átl. 10-25%-os onrészt térítendő, felső korlát van. A járóbeteg-ellátásban 40%-os onrészt fizetendő, felső korlát van. Hátrányos helyzetű csoportoknál, évente meghatározott kuszob felett ingyenes az ellátás mindkét esetben. A fekvőbeteg-ellátásban fix díjfelvétel van. A kórházba való felvétel költsége 27,27EUR, a napi hozzájárulás 13,06 EUR. Hozzájáruló gyermekek és alacsonyjövedel-műek napi hozzájárulása 4,64 EUR, felső korlát és mentesség van.	Alap- és járóbeteg-ellátás: két ellátási csomag. Az elsőben, azaz a háziorvost választó betegek számára nincs fizetési kötelezettség, a másodikban, szabad orvosválasztás esetén, az első csomagra megállapított díjszabást meghaladó költségek a beteget terhelik. Kórházi ellátás esetén csak nem szerződött magánkórház választásakor hárulnak a betegre az ellátás költségei.	Az állami egészségügyi ellátásban nincs onrészfizetés. NHS fogorvosi kezelés onrésze 80%-ig terjed, maximum 551 EUR. Gyógyszerek onrésze 10 EUR/tétel (receptdíj).	Fix onrészfizetés. Alapellátásban 11 EUR a fizetendő díj az első három konzultációra, ami évi 22 EUR-ban maximált, extra díjtétel 15 EUR a rendelési időn kívüli ellátásért, az ügyelet igénybevételeért. Járóbeteg-ellátásban 22 EUR konzultációnként, ambuláns sebészeti beavatkozás 72 EUR. Mentesség: 18 év alatt. A fekvőbeteg-ellátásban 26 EUR/nap a fizetendő díj. Az állami kórházakban 590 EUR éves kuszobérték érvényes a díjfelvételben. Efelőtt csökken a naponta érvényes díj 12 EUR-ra.	Százalékos és fix díjfelvétel. Alap- és járóbeteg-ellátásban 30%+1 EUR a vizitdíj, mentesség és felsőkorlát van. Fekvőbeteg-ellátásban 15 EUR/nap, mentesség van.	A magánkiadások aránya az összes egészségügyi kiadásból 47%, főként informális kifizetések. Alap- és fekvőbeteg-ellátásban nincs onrészfizetés. A járóbeteg-ellátásban alkalmanként 2,9 EUR térítendő.	Az alap- és szakellátás meghatározott jövedelemszint alatt ingyenes. A fekvőbeteg-ellátásnál a magasabb színvonalú ellátásért külön díjat számolnak fel.
Magánbiztosítás mértéke	A magánbiztosítás az egészségügyi összkidadások %-ában 7,3. A lakosság körülbelül egyharmada rendelkezik magánbiztosítással.	A lakosság 57,5%-a rendelkezik magánbiztosítással.	Az egészségügyi összkidadások 1,6%-a. A lakosság 28%-a rendelkezik magánbiztosítással.	Az egészségügyi kiadások 4%-a. A lakosság 12%-a rendelkezik magán egészségbiztosítással.	A magánbiztosítás az összes egészségügyi kiadás 2,6%-a. A lakosság 10%-a rendelkezik magán egészségbiztosítással.	Az egészségügyi kiadások 13,2%-a. A lakosság 95%-a rendelkezik magán egészségbiztosítással.	A lakosság 20%-a rendelkezik magán egészségbiztosítással.	A magánbiztosítás az egészségügyi kiadások 15,2%-a. A lakosság 92%-a rendelkezik magán egészségbiztosítással.

	Irország	Luxemburg	Németország	Olaszország	Portugália	Spanyolország	Svédország	EU-15
Járulékok megoszlása	...	Munkáltatók és munkavállalók járuléka fizikai, ill. szellemi munkakör szerint egységesen 4,9% és 2,65%	2005. július 1-től a kötelező betegbiztosítással rendelkezők számára egy ún. 0,9%-os kiegészítő járulékat vezettek be, melyet egyedül a munkavállaló köteles viselni. A bevezetéssel egy időben a kötelező betegbiztosítást törvény kötelezte járulékaik 0,9%-os csökkentésére. Így a munkaadók terhei 0,45%-kal csökkentek (6,6%-ra), a munkavállalók tényleges terhei pedig ugyanennyivel nőttek 7,5%-ra.	...	...	...	...	...
A közvetlen lakossági kifizetések jellemzői	Fix onrészfizetés. Alapellátásban családonként max. 500 EUR/év, személyenként max. 220 EUR/év. Járóbeteg-ellátásban 45 EUR, a felső korlát itt is családonként 500 EUR/év, személyenként 220 EUR/év. A kórházi kezelés díja 45 EUR/északa, a fizetés éves küszöbértéke 450 EUR. Mentesség: alacsony jövedelem és 70 év fölött.	Alap- és szakellátásban %-os díjfizetés. Alap- és szakellátásban a vizit 20%-a minden hónap első vizitjén, a további vizitek 5%-a. Felső korlát: 44 EUR/alkalom. Fekvőbeteg-ellátásban fix onrészfizetés, 9,31 EUR/nap.	Fix onrészfizetés. Alap- és szakellátásban 10 EUR/negyedév, felső korlát az éves jövedelem 2%-a, krónikus betegeknek 1%. Mentesség: 18 év alatt. Fekvőbeteg-ellátásban 10 EUR/nap, felső korlát az éves jövedelem 2%-a, krónikus betegeknek 1% és 28 napig. Mentesség: gyermekek, anyagilag rászorulóak.	Alapellátásban nincs onrészfizetési kötelezettség. Szakellátásban fix onrészfizetés, 36 EUR térítendő. Fekvőbeteg-ellátás esetén többszörösen az ellátás ingyenes.	Alap- és szakellátásban fix onrészfizetés, 2-8 EUR/alkalom. Mentesség és felső korlát van. Fekvőbeteg-ellátásban nincs onrészfizetési kötelezettség.	Orvosi ellátásban, kórházi ellátásban nincs onrészfizetés. Foghúzásra és bizonyos kezelésekre létezik biztosítási fedezet, egyébként teljes ár fizetendő. 18 év alatt a fogászati kezelés ingyenes.	Fix onrészfizetés. Alapellátásban 11-17 EUR/alkalom térítendő. Járóbeteg-ellátásban 22-33 EUR/alkalom, felső korlát: 100 EUR/hó (nem számítva a kórházi napi díj költségét). Mentesség: 20 év alattiak, gyermekek, terhesesek alatti kontrollvizsgálat. Fekvőbeteg-ellátásban 9 EUR/nap (a díjtelek a jövedelmi viszonyoktól függően csökkenthetők).	...
Magánbiztosítás mértéke	A magánbiztosítás az összes egészségügyi kiadás 7,6%-a. A lakosság 43,8%-a rendelkezik magán egészségbiztosítással.	A magánbiztosítás az összes egészségügyi kiadás 1,6%-a. A lakosság 75%-a rendelkezik magán egészségbiztosítással.	Az egészségügyi kiadások 8,6%-át képezi a magánbiztosításból származó bevétel. Németországban mintegy 10%-ot tesz ki a magán egészségbiztosítással szerződtek aránya.	A lakosság mintegy 30%-a rendelkezik magánbiztosítással	A lakosság kb. 10%-a rendelkezik magán egészségbiztosítással	A magánbiztosítás az összes egészségügyi kiadás 3,9%-a. A lakosság 19%-a rendelkezik magán egészségbiztosítással.	Az egészségügyi kiadások <1%-a. A lakosság <1%-a rendelkezik magán egészségbiztosítással.	...

	Ausztria	Belgium	Dánia	Egyesült Kir.	Finnország	Franciaország	Görögország	Hollandia
A maqanbiztosítás által fedezett szolgáltatások	Körházi költségek biztosítása: A napi körházi ellátás költségeinek biztosítása: Ambuláns orvosi ellátás költségeinek biztosítása: A táppénz további fizetésének biztosítása: Külföldre történő utazás esetére szóló belegbiztosítás	Alapbiztosítás által nem fedezett költségek, kisebb kockázatok	Fogászati kezelések, szemüvegrendelés, gyógyszerköltségek	Magánkörházi ellátás, alternatív gyógyszeres eljárárok, fogászati ellátás, kenyelmesebb elhelyezés a fekvőbeteg gyógyintézetben, elektív eljárások a várakozási idők csökkentésére	Rehabilitáció, fogászati ellátás	Főként az általános co-payment-et téríti, ill. hatáskörébe tartozik a fogászati, szemészeti ellátás, gyógyszeres segédeszközök, plasztikai műtétek, gyógytúrdokezelések térítése	Magán egészségügyi ellátás igénybevétele	Magasabb színvonalú fekvőbeteg-ellátás, gyógyszer költségekre való hozzájárulás, alternatív kezelések, fogászati ellátás, haláron kívül történő kezelések, gyorsabb hozzáférés körházi ellátáshoz
Alapellátás: tulajdon, háziorvos jogállása	Privát egyéni praxis	Többnyire privát egyéni praxis, a csoportpraxis elterjedőben	Privát praxisban a csoportpraxis preferált	NHS-el szerződött magánorvosok, háziorvosi trösztökben (PCT-k)	Alkalmazottként dolgozó orvosok az egészségügyi központokban. A helyi önkormányzatok rendelkeznek saját egészségügyi központtal, vagy több helyi önkormányzat közösen hoz létre egészségügyi központot.	Privát egyéni praxis	NHS egészségügyi központok és magánorvosok szerződésben a biztosítókkal.	Privát egyéni- és csoportpraxis
Járóbeteg-szakellátás: tulajdon, szakorvos jogállása	Privát egyéni praxis	Többnyire privát egyéni praxis, de terjed a csoportpraxis is	Privát praxis főállásban és körházi levekenység mellett	Háziorvosi trösztök (PCT-k) vagy az NHS-trösztök keretein belül	Alkalmazott, kisebb részben magánorvos, főként az alkalmazotti státusz melletti magánpraxisban. A helyi önkormányzatok körházi körzetekbe tomörülnek, amelyek biztosítják a járó- és fekvőbeteg-szakellátást a területükön élő lakosság számára.	Többnyire privát egyéni praxis ill. körházak közalkalmazotti státuszban lévő szakembere	Körházi ambulanciák, társadalombiztosításhoz tartozó rendelőintézetek alkalmazottjai és privát diagnosztikai központok	Szakorvosok a körházzal (járóbeteg-osztály) szerződéses viszonyban álló független vállalkozók
Körház: tulajdoni szerkezet, körházi orvos jogállása	A körházak főként tartományi, helyi önkormányzati tulajdonban vannak. az orvosokra jellemző az alkalmazotti státusz. Befektető orvosok inlézménye (a befektető orvos nem állhat a körházzal munkaviszonyban, honoráriumának egy része szerződés szerinti a körházzal illeti az infrastruktúra használatáért).	Privát orvosokkal működő létesítmények, melyek többsége egyházak, non-profit segélyszervezetek tulajdonában van	Orvosok közalkalmazottak, körházak többsége megyei irányítás alatt áll	A körházakat az NHS-trösztök menedzselik. Az NHS körházi három csoportba sorolhatók: általános körházak, szakkörházak és helyi, közösségi körházak. Az orvosok alkalmazottak.	A körházakat a helyi önkormányzatok tomörülései, a körházi körzetek tartják fenn. A körházi orvosok általában közalkalmazottak.	Az állami körházak működtetik az összes ágy kétharmadát, orvosok közalkalmazottak a közkörházakban, de részidős magánpraxist is folytathatnak.	Körházi ágyak 75%-a állami tulajdonban van, alkalmazott orvosokkal.	A körházak több mint 90%-a non-profit magán, a szakorvosok a körházzal szerződéses viszonyban álló független vállalkozók
Körházi ágyak/100000 2004	834,07 (2003)	679,42 (2005)	398,72 (2003)	397,65 (2003)	690,15	760,03	471,27 (2002)	457,73 (2002)
Maqan körházi ágyak az összes körházi ágy %-ában 2004	23,85	63,76 (1998)	0,79 (1998)	4,32 (1999)	3,4	34,57	27,93 (2002)	...

	Írország	Luxemburg	Németország	Olaszország	Portugália	Spanyolország	Svédország	EU-15
A magán-biztosítás által fedezett szolgáltatások	Gyorsabb hozzáférés a szolgáltatásokhoz, gyógyszer költségeihez való hozzájárulás, alternatív kezeléseket, magánkórházban, vagy közkórház magánkórtermében való elhelyezés költségei, anyasági juttatások, járóbeteg konzilium	Nem alapvető ellátási formák fedezete	Kórházi költségek biztosítása: Ambuláns orvosi ellátás költségeinek biztosítása; Külföldre történő utazás esetére szóló beteg-biztosítás; A napi kórházi ellátás költségeinek biztosítása; A táppénz további fizetésének biztosítása; Fogpótlás biztosítása; Gyógyfürdős kezelés biztosítása; Természetgyógyász által végzett kezelés biztosítása; Ápolás biztosítás	...	...	...	Alternatív gyógyászati eljárások, fogászati ellátás, gyógyszer költségek térítése, co-payment kifizetése, gyorsabb hozzáférés az elektív szakellátáshoz, magánkórházhoz való hozzáférés	...
Alapellátás: tulajdon, házi orvos jogállása	Vegyes állami alkalmazotti és privát praxis	Privát egyéni praxis, apótekevényesség állami keretek között	Privát egyéni praxis, ritkábban csoportpraxis	Olaszországban az orvosok többsége az SSN keretén belül (alkalmazotti státuszban vagy szerződéses alapon) végzi tevékenységét.	Profitorientált magánszolgáltatók és nonprofit szolgáltatók szerződésben az NHS-el	Állami csoportpraxisban dolgozó kozalkalmazottak	A megyei tanácsokhoz tartozó körzeti egészségügyi központokban alkalmazott orvos vagy szerződött magánorvosok	...
Járóbeteg-szakellátás: tulajdon, szakorvos jogállása	Vegyes állami alkalmazotti és privát praxis	Egyezmény keretében praktizáló privát szakorvosok	...	A szakorvosi ellátást (beleértve a fogorvosi ellátást is) a Helyi Egészségügyi Egységek járóbeteg-kezelési egységeiben vagy az egészségügyi szolgáltatók szerződött magánkézben lévő létesítményekben nyújtják.	A járóbeteg-ellátás helyszíne általában a kórház, valamint a magánsector által nyújtott ambuláns diagnosztikai és terápiás szolgáltatások	Állami csoportpraxisban dolgozó kozalkalmazottak	Az ellátást a megyei tanácsokhoz tartozó kórházakkal szerződő orvosok nyújtják a kórházak járóbeteg rendelőin keresztül	...
Kórház: tulajdoni szerkezet, kórházi orvos jogállása	Vegyes állami és privát praxis (i) az egészségügyi testületi kórházak testületi (állami) tulajdonban (ii) a nonprofit magánkórházakat közvetlenül az Egészségügyi Minisztérium finanszírozza (iii) a profitorientált magánkórházak privát tulajdonban és irányítás alatt	Orvosok fizetésben részesülő kozalkalmazottak, a kórházak többsége non-profit szervezetek vagy irányításuk alatt áll	A kórházi ágyak 53,1%-a állami, 37,5%-a nonprofit, 9,4%-a profitorientált magántulajdon. Orvosok részben alkalmazottak. Befektető orvosok intézménye (a fizetést a szerződéses orvosok díjazására rendelkezésre álló keretből folyósítják az Egységes Értékelési Rendszer alapján Sajátosság a főorvosi rendszer. Chefarzt. Speciális szerződésben állnak a kórházzal, amely biztosítja számukra a lehetőséget magánbiztosítóval szerződött betegek ellátására (a beteg az orvosnak fizet).	A fekvőbeteg-ellátó létesítmények mintegy 70%-a közkórház, melyek a kórházi ágyaknak korulbelül a 80%-át működtetik. A kórházi ágyak 22,9 százaléka tartozott 2003-ban a magánsectorhoz. Akkreditált magán szolgáltatóknál a fekvőbeteg-ellátást igénylő esetek kezelése 18,5 százalékban zajlik, a kórházi ellátáson kívül ambuláns és diagnosztikai szolgáltatásokat is nyújtanak, amelyeket a Országos Egészségügyi Szolgálat finanszíroz. Alkalmazott orvosok	A kórházi ágyak 72%-a NHS-hez tartozik, állami intézményben található, 25 % magántulajdon, ennek fele for-profit. Az orvosok többsége kozalkalmazott és fix fizetésben részesül.	Orvosok többsége kozalkalmazott, állami és privát irányítás alatt álló kórházak	Az orvosok a megyei tanácsokhoz tartozó kórházakban alkalmazott (regionális, központi megyei és körzeti megyei kórházak)	...
Kórházi ágyak/100000 2004	347,7	676,74 (2003)	857,93	411,8 (2003)	363,9 (2003)	368,82	...	583,58 (2003)
Magán kórházi ágyak az összes kórházi ágy %-ában 2004	...	...	25,32 (2005)	22,91	25,34 (2003)	34,1 (2002)	...	22,67 (2002)

	Ausztria	Belgium	Dánia	Egyesült Kir.	Finnország	Franciaország	Görögország	Hollandia
Átlagos ápolási idő 2004	7,97 (2003)	8,7 (2003)	5,4 (2003)	9,8 (1996)	10	11,7 (2003)	8,4 (2000)	12,5 (2001)
Átlagos ápolási idő akut kórházakban, 2004	6,35 (2003)	8,25 (2003)	3,6 (2003)	5 (1996)	4,3	6,1 (2003)	6,2 (2000)	7,4 (2001)
Szolgáltatás-finanszírozás: alapellátás	Vegyés finanszírozás, az alapszolgáltatások fix díja mellett szolgáltatásonkénti díjak. Az elszámolás alapjául a betegkártya szolgál.	Szolgáltatásonkénti díjazás	Vegyés díjazás, 30%-ban fejkvóta, 70%-ban szolgáltatások szerint	Fejkvóta	...	Szolgáltatásonkénti díjazás országos keretszerződés alapján	...	Fejkvóta a standard biztosítás alatt, fee-for-service a magán biztosításnál
Szolgáltatás-finanszírozás: járóbeteg- szakellátás	A kórházak járóbeteg osztályain többnyire általánosság szerinti finanszírozás jellemző	Szolgáltatásonkénti díjazás	Szolgáltatásonkénti díjazás	Kórházak járóbeteg osztályain az NHS trosztk szerződése alapján	...	Szolgáltatásonkénti díjazás országos keretszerződés alapján	...	2005-ig fee-for-service, 2005-től DRG-alapú Diagnosis Treatment Combinations
Szolgáltatás-finanszírozás: fekvőbeteg-ellátás	Teljesítményelvű kórházfinanszírozási rendszer (Leistungsorientierte Krankenanstalten-Finanzierung)	Betegek eset-összetétele és HBSC alapján	Prospektív átfogó költségvetés alapján	A kórházak finanszírozása az egészségügyi hatóságok és az NHS trosztk közötti szerződések alapján történik. Elterjedőben van az eredmény szerinti díjazás. Az orvosok fix fizetésben részesülnek.	Ágyra vetített kórházi nap szerinti + esetátlány finanszírozás vegyesen	Prospektív finanszírozás és teljesítmény szerinti finanszírozás	...	DRG-alapú Diagnosis Treatment Combinations
Szabad orvosválasztás	Szabad orvosválasztás a szerződéses orvosok között. Lehetőség van a szakorvos megválasztására is (beutaló meglete elvárt)	Szabad orvosválasztás van	1. csoportban háziorvosok kapuörök 2. csoportban szabad orvosválasztás van	A betegek egy adott területen belül szabadon választhatnak orvost	Elméletileg van, de a gyakorlatban meglehetősen korlátozott	...	Nincs beutalási rendszer, Városokban élő lakosok a háziorvosukat lista alapján választhatják, vidéken nincs szabad háziorvos választás. A biztosított a lakóhelye szerint illetékes biztosítóhoz tartozó orvost keresheti fel. Sürgős esetekben magánorvoshoz is lehet fordulni. A biztosított a biztosító intézet által kijelölt kórházban kaphat kezelést.	Szabad orvosválasztás a biztosítókkal szerződésben álló orvosok között
Háziorvosok száma/100000 2004	143,82	135,1 (2001)	71,02 (2003)	65,09 (2003)	166,45 (2003)	165,37	125,52 (1990)	50,59 (2003)

	Írország	Luxemburg	Németország	Olaszország	Portugália	Spanyolország	Svédország	EU-15
Átlagos apórási idő 2004	7,53	15,3 (1996)	10,4	7,6 (2002)	8,7 (2003)	8,8 (2002)	6,4	9,66 (2003)
Átlagos apórási idő akut kórházakban, 2004	6,5	7,7 (1998)	8,7	6,8 (2002)	...	6,95 (2001)	6,4	6,87 (2003)
Szolgáltatás finanszírozás: alapellátás	Fejkvóta	Szolgáltatásonkénti díjazás	Elsősorban fejkvóta alapú, lehet költségterítéses ehv szerinti is	Fejkvóták szerint, ill. a felszereltség függvényében térített külön juttatásokból	...	...	Térítési díj megynként és szolgáltatásonként változhat egy bizonyos maximált összegig	...
Szolgáltatás finanszírozás: járóbeteg szakellátás	Kórházak járóbeteg-osztályain DRG-alapú Casemix	Szolgáltatásonkénti díjazás	Német pontrendszer	...	...	...	DRG alapú esetátalány (a járóbeteg-szakellátás a kórházak járóbeteg-rendelőin keresztül történik)	...
Szolgáltatás finanszírozás: fekvőbeteg-ellátás	DRG-alapú Casemix	Átfogó prospektív költségvetés	A kórházak finanszírozása az 1972-es Kórházfinanszírozási Torvény hatályba lépése óta duális jellegű. A működési költségek térítése a kötelező és a magánbiztosítók által rendelkezésre bocsátott anyagi erőforrásokból, valamint az önrészfizetésből befolyt összegekből történik (ez leszi ki a bevételeik kb. 93%-át). A beruházási kiadásokat fejlesztéseket állami költségvetésből fedezik (7%). A finanszírozás 1993-2004 között jelentős változásokon ment keresztül. Az aktív kórházakban nyújtott szolgáltatások elszámolása terén 2004 óta kötelező a fokozatos átállás a DRG esetátalány rendszerre. A teljes átállás 2009-ig valósul meg.	A kórházak finanszírozása elterő, többségük bázisfinanszírozású, egy részük 1995 óta pedig a tényleges teljesítmény alapján DRG csoportok szerinti kapja a térítést.	Tradicionálisan a költségvetés az előző év kiadásaiból indul ki inflációval korrigálva, 1997 óta azonban növekvő hányada a DRG-khoz és az ellátott járóbetegek számához kötődik.	Céltelvényiségekre kötött szerződéseken alapuló prospektív finanszírozás	DRG alapú esetátalány	...
Szabad orvosválasztás	I. kategóriában lakóhely szerinti háziorvos II. kategóriában szabad orvosválasztás. A szakorvosi/kórházi ellátáshoz háziorvosi beutalás	Szabad orvosválasztás	Szabad orvos és szakorvos választás a szerződéses orvosok között	Nincs szabad orvosválasztás (háziorvosok kapuőri szerepe)	Szabad a háziorvos-/szakorvosválasztás az egészségügyi központokban, illetve a szerződéses kapcsolatban tevékenykedő szakemberek között.	Háziorvos kapuőr szerepet tölt be	A betegek 1994 óta szabadon választhatják meg háziorvosukat, illetve szabadon iratkozhatnak át más orvoshoz	...
Háziorvosok száma/ 100000 2004	68,01	90,67	102,35	94,56 (2003)	56,04 (2003)	...	55,93 (2002)	102,6 (2003)

	Ausztria	Belgium	Dánia	Egyesült Kir.	Finnország	Franciaország	Görögország	Hollandia
Szakorvosok száma/ 100000 2004	134,65	105,51 (2002)	30,93 (2003)	n.a.	89,81 (2003)	81,17	192,24 (2003)	37,87 (2003)
Összes orvos száma/ 100000 2004	345,25	447,78 (2002)	295,37 (2003)	212,61 (2002)	319,07 (2003)	337,7	474,67 (2003)	314,91 (2002)
Apolók száma/ 100000 2004	601,41 (2003)	1341,31	701,65 (2003)	498,59 (1989)	763,17	726,1	343,53 (2002)	1400,24
Teljes gyógyszer-kiadás az összes egészségügyi kiadás %-ában 2003	16,9	16,2 (1997)	9,8	...	16	20,9	16	11,4
Egy főre jutó gyógyszer- kiadás, PPPS 2003	367 (2003)	318 (1997)	272	...	339	606	322	340
Közfinanszírozású gyógyszer-kiadások az összes gyógyszer-kiadás %-ában 2003	70,2	44,7 (1997)	49,2	...	53,7	67,2	74,1	57,4
Az orvosi intézmények teljes tőke-beruházási költségei az összes egészségügyi kiadás %-ában 2002	6,1	...	2,3	...	...	...	4,2 (2001)	...

	Írország	Luxemburg	Németország	Olaszország	Portugália	Spanyolország	Svédország	EU-15
Szakorvosok száma/ 100000 2004	...	100,6	172,43	n.a.	111,58	41,63 (2002)	65,01 (2000)	107,17 (2003)
Osszes orvos száma/ 100000 2004	275,51	275,53	339,05	618,52 (2002)	328,79 (2003)	322,11 (2003)	326,3 (2002)	361,67 (2003)
Apolok száma/ 100000 2004	1880,55	946,17	768,47	296,15 (1989)	418,62 (2003)	367,16(2000)	1016,9 (2002)	7277,99 (2003)
Teljes gyógyszer-kiadás az összes egészségügyi kiadás %-ában 2003	11 (2002)	11,6 (2002)	14,6	21,4 (2004)	...	21,8	13,1 (2002)	...
Egy főre jutó gyógyszer-kiadás, PPP\$ 2003	261 (2002)	370	436	498	...	401	339	...
Közfinanszírozású gyógyszer- kiadások az összes gyógyszer- kiadás %-ában 2003	84,2 (2002)	82,5 (2002)	74,8	51,2 (2004)	...	73,5	69,3 (2002)	...
Az orvosi intézmények teljes tőke-beruházási költségei az összes egészségügyi kiadás %-ában 2002	...	...	2,8 (2002)	5,3	...	...	...	n.a.
Számszaki adatok forrása: WHO/HFA, 2006								

Kiadó: Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet
1051 Budapest, Arany János u. 6-8.
Telefon: 354-5326, 354-5327
Fax: 266-9710
E-mail: eski@eski.hu
Honlap: <http://www.eski.hu>
