

# EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZEREK KELET-EURÓPÁBAN

*ESKI füzetek*



2.

Egészségügyi  
Stratégiai  
Kutatóintézet

# EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZEREK KELET-EURÓPÁBAN



Készítették:

**Borbás Ilona**  
**Szirmai László**  
**Verdes Norbert**  
**Vilusz Lászlóné**  
**Zelenkáné Lux Lilla**



Egészségügyi Rendszertudományi Iroda

2005. május

ISBN 963 86789 2 5

## TARTALOMJEGYZÉK

<b>EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZEREK KELET-EURÓPÁBAN – ÖSSZEFOGLALÓ</b> .....	4
<b>Gazdasági-politikai háttér</b> .....	4
Maastrichti kritériumok .....	5
Politikai háttér .....	6
<b>Demográfia, egészségi állapot</b> .....	6
<b>Egészségügyi rendszer</b> .....	6
Az egészségügyi rendszerek típusai a csatlakozott államokban .....	6
Egészségügyi kiadások .....	7
Közfinanszírozás rendszere (Társadalombiztosítás) .....	7
A közvetlen lakossági hozzájárulások szerepe.....	8
Magánbiztosítások .....	8
Informális fizetések .....	8
Az egészségügyi szolgáltatók tulajdonviszonyai .....	9
Egészségügyi szolgáltatások .....	9
<b>Gyógyszerpiac</b> .....	11
<b>Egészségügyi reformok napjainkban</b> .....	11
Források .....	12
<b>CSEHORSZÁG</b> .....	13
<b>Gazdasági - politikai háttér</b> .....	13
<b>Demográfia</b> .....	13
<b>Egészségügyi rendszer</b> .....	13
Finanszírozás.....	13
Egészségügyi szolgáltatások.....	14
<b>Egészségügyi dolgozók</b> .....	15
<b>Gyógyszerpiac</b> .....	15
<b>Reformok</b> .....	15
Források.....	16
<b>ÉSZTORSZÁG</b> .....	17
<b>Gazdasági - politikai háttér</b> .....	17
<b>Demográfia</b> .....	17
<b>Egészségügyi rendszer</b> .....	17
Finanszírozás.....	17
Egészségügyi szolgáltatások.....	18
<b>Egészségügyi dolgozók</b> .....	19
<b>Gyógyszerpiac</b> .....	19
<b>Reformok</b> .....	19
Források.....	20
<b>LENGYELORSZÁG</b> .....	21
<b>Gazdasági – politikai háttér</b> .....	21
<b>Demográfia</b> .....	21
<b>Egészségügyi rendszer</b> .....	21
Finanszírozás.....	21
Egészségügyi szolgáltatások.....	22
<b>Egészségügyi dolgozók</b> .....	23
<b>Gyógyszerpiac</b> .....	23
<b>Reformok</b> .....	23
Források.....	23

LETTORSZÁG.....	24
Gazdasági - politikai háttér .....	24
Demográfia .....	24
Egészségügyi rendszer .....	24
Finanszírozás.....	25
Egészségügyi szolgáltatások.....	25
Egészségügyi dolgozók .....	26
Gyógyszerpiac .....	26
Reformok .....	26
Források.....	27
LITVÁNIA .....	28
Gazdasági - politikai háttér .....	28
Demográfia .....	28
Egészségügyi rendszer .....	28
Finanszírozás.....	29
Egészségügyi szolgáltatások.....	29
Egészségügyi dolgozók .....	30
Gyógyszerpiac .....	30
Reformok .....	30
Források.....	30
MAGYARORSZÁG.....	31
Gazdasági-politikai háttér .....	31
Demográfia .....	31
Egészségügyi rendszer .....	32
Finanszírozás.....	32
Egészségügyi szolgáltatások.....	33
Egészségügyi dolgozók .....	34
Gyógyszerpiac .....	35
Reformok .....	35
Források.....	36
SZLOVÁKIA .....	37
Gazdasági - politikai háttér .....	37
Demográfia .....	37
Egészségügyi rendszer .....	37
Finanszírozás.....	37
Egészségügyi szolgáltatások.....	38
Egészségügyi dolgozók .....	39
Gyógyszerpiac .....	39
Reformok .....	40
Források.....	40
SZLOVÉNIA .....	41
Gazdasági - politikai háttér .....	41
Demográfia .....	41
Egészségügyi rendszer .....	41
Finanszírozás.....	41
Egészségügyi szolgáltatások.....	42
Egészségügyi dolgozók .....	43
Gyógyszerpiac .....	43
Reformok .....	43
Források.....	43
Táblázatok.....	44

## EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZEREK KELET-EURÓPÁBAN – ÖSSZEFOGLALÓ

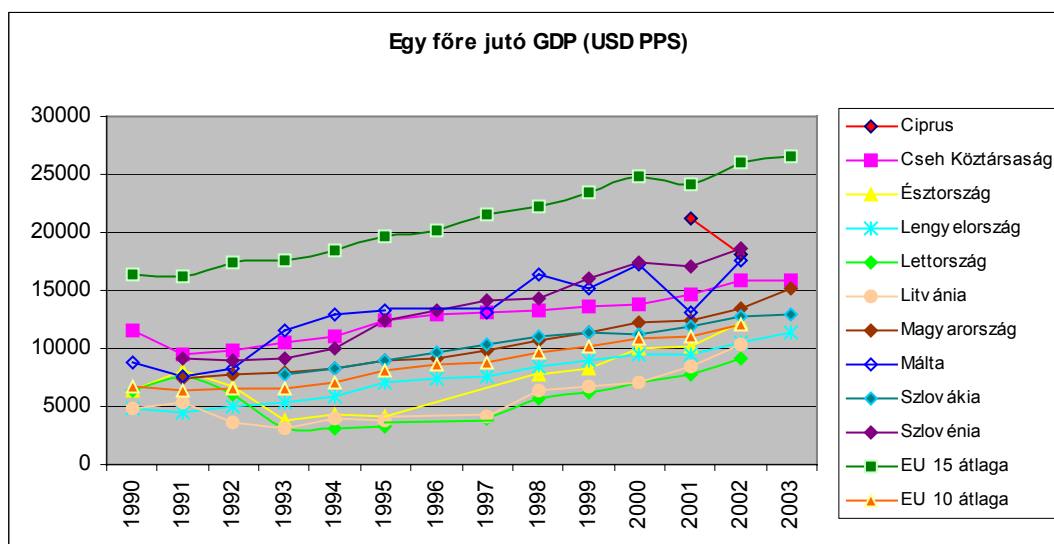
2004. május 1-től 10 taggal bővült az Európai Unió. Az alábbiakban az új tagországok egészségügyének jellegzetességeiről adunk áttekintést. Az általános tendenciák összefoglalásánál az EU10 átlagának értelmezéséhez mind a 10 csatlakozott ország adatait, információit figyelembe vettük. A részletes ismertetéseknél a kelet és közép európai sajátosságok kiemelésére törekedtünk, így az elemzett országok: Csehország, Észtország, Lengyelország, Lettország, Litvánia, Magyarország, Szlovákia, Szlovénia.

### Gazdasági-politikai háttér

Az újonnan csatlakozott országok gazdasága teljesítőképességét tekintve jelentős mértékben elmarad a tizenötöktől. A 90-es évek második felétől az országok átlagát tekintve a gazdasági növekedés rátája a csatlakozott 10 ország tekintetében magasabb, a növekedés gyorsabb, mint a tizenötöknél (2004-ben az EU15-re 2,2%-os reál GDP növekedés volt jellemző, a csatlakozott 10 országban ez a mutató 4,9% volt). A kevésbé fejlett tagállamok növekedése gyorsabb, ami a tagállamok közötti különbségek mérséklődése irányába hat: a balti országokban a 90-es évek nagy kilengései, visszaesései után 2000-től 5-8% körüli a növekedés. 2004-ben valamennyi kelet-közép európai új tagországban legalább 4%-os növekedést regisztráltak.

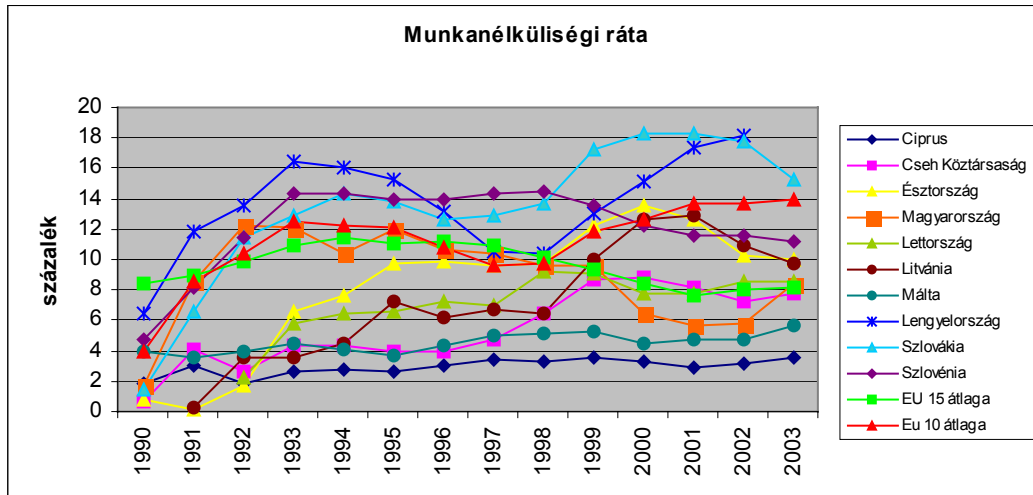
Az erőteljes növekedés igen kedvező szerkezetben, átlagosan 15%-ot meghaladó exportvolumen-bővülés mellett ment végbe. A beruházási ráták kedvező alakulásának köszönhetően valószínű, hogy az új tagállamok gazdasági felzárkózása középtávon is folytatódik.

A felzárkózás azonban a rendelkezésre álló összehasonlítható adatok szerint még sokáig napirenden lesz, 2002-ben az 1 főre jutó GDP (vásárlóerő paritáson számolva) az EU15 átlagához képest 35% és 72% között mozgott. E mutató a kelet-közép európai országok közül hagyományosan Szlovéniában a legmagasabb: az EU15 átlagának 72%-a (az összes csatlakozó országot tekintve Ciprus 1 főre jutó GDP-je a legmagasabb), második helyen áll Csehország: 61%, majd Magyarország: 51%, legalacsonyabb Litvániában és Lettországban.



Forrás: WHO-HFA/2005

A foglalkoztatás számos csatlakozott országban az elmúlt években csökkent. 2004-ben a munkanélküliségi ráta az EU15-ben 8,1%, a csatlakozott országokban 6,3% (Szlovénia) és 19% (Lengyelország) között mozgott. A legnagyobb munkaerőpiaci feszültségekkel küszködő országokban is javuló a tendencia, a 20%-ot közelítő munkanélküliség - Lengyelországban és Szlovákiában is határozott csökkenésnek indult, miközben szembeötlően javult az észti és a litván munkaerőpiaci helyzet.



Forrás: WHO-HFA/2005

Súlyos probléma a fiatalok munkanélkülisége (az országok egy részében ez duplája az átlagos munkanélküliségnek). Két balti ország (Észtország, Litvánia) különösen jó eredményeket ért el a 25 év alattiak munkanélküliségének visszaszorításában. Hasonló probléma a tartós munkanélküliség (12 hónapnál hosszabb), ami 1-2 ország kivételével (Észtország, Magyarország, Lengyelország), az összes munkanélküli több mint 50%-a.

### Maastrichti kritériumok

Az euró bevezetéséhez szükséges Maastrichti kritériumok az új tagországoktól magasszintű árstabilitást, a pénzügyekben (kölségvetési hiány, külső államadósság) fenntartható szintet követelnek meg. Előírják a stabil árfolyampolitikát, a hosszúlejáratú hitelek átlagos kamatlábának konvergenciáját. Szlovénia, Észtország és Litvánia már tavaly júniusban, Lettország pedig december végén csatlakozott az euró bevezetéséhez megelőzően szükséges ERM-2 árfolyam-mechanizmushoz.

Az újonnan csatlakozott tagországokra jellemző a magasabb, de az országok dezinflációs politikája hatására csökkenő infláció (3,9%, 1,1%-tól 7,4%-ig terjedő sávban). Stabilizálódó olajárak és árfolyam-viszonyok esetében a fogyasztói árak a régió valamennyi országában 2,5- 3,5% közötti ütemben nőhetnek.

A GDP arányos államháztartási hiány feltételének (3%) teljesítése az egyik legnehezebb feladat az általános recessziós időszakban (csökkenő adóbevételek, gazdasági tevékenység élénkítése állami kiadások segítségével). A csatlakozó országok közül ezt a feltételt a balti országok és Szlovénia teljesítette 2004-ben. A költségvetési deficit 5-5,5% közötti Magyarországon, Lengyelországban, Máltán, Csehországban, Cipruson. Az államháztartás hiányát a konvergencia programban vállaltnál gyorsabb ütemben tudta csökkenteni Szlovákia.

A GDP arányos államadósság tekintetében Ciprus és Málta haladja a Maastricht-i feltételként szabott 60%-ot, a határon áll Magyarország (59,9%). A balti országok és Szlovénia 20 illetve 30% alatti (jellemzően valamely országból kivált országokról van szó, ahol a korábbi államadósságok legalább egy részétől megszabadultak).

A belépő országok az *acquis* értelmében kötelezően részt vesznek a Gazdasági és Monetáris Unióban, nincs opt-out (kimaradási) lehetőség. Ezért a következő években gazdasági, monetáris, költségvetési politikáikat a maastrichti kritériumoknak való megfelelés célja kell, hogy meghatározza.

## Politikai háttér

A közép-kelet európai országok elmúlt időszakát a rendszerváltást, önállósulást, kiválást követően a demokratikus intézményrendszerek kiépülése, a pártok sokaságának megjelenése majd néhány párt megerősödése jellemezte. A politikai rendszerek stabilak, bár a kormányok a választási ciklusokon belül is jellemzően változnak. Magyarországon, Lengyelországban, Csehországban balközép kormányok, a balti országokban, Szlovákiában és Szlovéniában jobb, jobbközép, liberális kormányok vannak hatalmon.

## Demográfia, egészségi állapot

A csatlakozott országok lakossága az országok felében csökkenő tendenciájú (Lettország, Észtország, Magyarország, Csehország, Litvánia). Lengyelországban, Szlovákiában stagnál, Szlovéniában lassan növekszik (0,4%/év). Máltán a növekedés évi 0,8%, Cipruson 1,4%. A trendeket befolyásolják a változó reprodukciós szokások, a magas mortalitás és a vándorlás. A termékenységi ráta az EU15-ben 1,48, a csatlakozott országokban Ciprus és Málta kivételével mindenütt alacsonyabb (2002).

A demográfiai mutatókra a migráció is hatással van. A 90-es évek etnikai eredetű erőteljesebb migrációja után (balti államokból az orosz lakosság elvándorlása, cseh és szlovák lakosság vándorlása a két ország között), a folyamat lelassult. A nettó migráció pozitív egyenlege Magyarországra és Szlovéniára jellemző.

Mindezek a folyamatok a társadalmak öregedésével együtt jelentős hatást gyakorolnak az országok társadalombiztosítási rendszereire, a nyugdíjrendszerekre és az egészségügyi ellátásra.

A születéskor várható élettartam számos országban növekedett. A legmagasabb Szlovéniában, Csehországban, Máltán és Cipruson, itt az EU15 átlagához képest 1-4 év a lemaradás. Legalacsonyabb a balti államokban és Magyarországon, 6-11 év lemaradással (2002).

A születéskor várható átlagos élettartamhoz képest még nagyobb különbség figyelhető meg az EU15 és a csatlakozott országok között az egészségben eltöltött várható életevek mutatójában. Az EU15 átlaga 70,12 év, a csatlakozott kelet-európai országok lemaradása Lettország legrosszabb mutatójával 13 évig terjed. Legkisebb lemaradás Szlovéniában tapasztalható – 3 év, Málta mutatója pedig az EU15 átlaga feletti (2002).

A halálozási rátában szembevetendő a középkorú férfiak magas halálozása, amely 2,5 szerese az EU15 átlagának. A férfiak magasabb mortalitásában jelentős szerepet játszik a dohányzás és az alkoholfogyasztás. Vezető halálokok a kardiovaszkuláris megbetegedések, a belőlük fakadó halálozás az EU15-ben a halálesetek negyedéért felelős, a csatlakozott országok többségében jóval magasabb (duplája) ez az arány. Tradicionális rizikófaktorok a zsírban gazdag, zöldségben, gyümölcsben szegény táplálkozás, a dohányzás és az alkoholfogyasztás (ez utóbbi riasztó jelenségeként a balti országok fiataljai körében terjed).

A rosszindulatú daganatok a tizenötöknél és a csatlakozott országokban a halálozások ötödét okozzák. A csatlakozott országokban a tüdőrák okozta halálozás a dohányzás következményeként korábban soha nem látott méreteket öltött.

Magas a külső okok, sérülések, öngyilkosságok okozta halálozás. (balti országok, Magyarország, Szlovénia). Kiugró a gyermekkori sérülések okozta halálozás.

A szovjet modell a védőoltásokkal megelőzhető betegségek, a közegészségügy és járványügy tekintetében sikeresnek bizonyult. Ma viszont újra terjed a TBC (elsősorban a börtönök lakói körében), jellemzők továbbá a szexuális úton terjedő betegségek.

Az időben történő és hatékony egészségügyi beavatkozások a nyugati országok halálozási mutatóiban jelentős eredményeket hoztak. Kutatások szerint a Kelet és Nyugat-Európa közötti halálozási különbségek 25%-át az egészségügyi ellátás nem megfelelő volta magyarázza. Az ellátás hiányosságai tetten érhetők a születési súllyal összefüggő csecsemőhalandóságban, valamint a kemoterápia elérhetőségével összefüggésben lévő rák okozta halálozásban.

## Egészségügyi rendszer

### Az egészségügyi rendszerek típusai a csatlakozott államokban

1990 előtt a közép-kelet európai országokban az állami egészségügyi ellátás modellje működött. A rendszert a központi irányítás, az állami tulajdonban lévő egészségügyi szolgáltatók, az ingyenes ellátásra szóló

általános jogosultság, a beteg választási szabadságának hiánya, a krónikus hiány állapota (forráshiány, a megfelelő műszerek, gyógyszerek hiánya, zsúfoltság, kényszerhelyettesítések), a szolgáltatások alacsony minősége jellemezte.

A 90-es évek jellemzője volt a korábbi, állampolgári jogon járó központosított egészségügyi modell felől a társadalombiztosításon alapuló finanszírozásra való áttérés, illetve visszatérés.

A változás célja a legtöbb országban az állami monopólium megtörése, az egyének felelősségének növelése, a hatékonyság emelése volt. A biztosítás irányába történő váltás ellenére a lakosságban megmaradt az ingyenes ellátás iránti igény, a biztosítás többnyire a teljes lakosságot lefedi, vagyis a szabályozások mellett is úgy tűnik, az univerzális jogosultság fennmaradt.

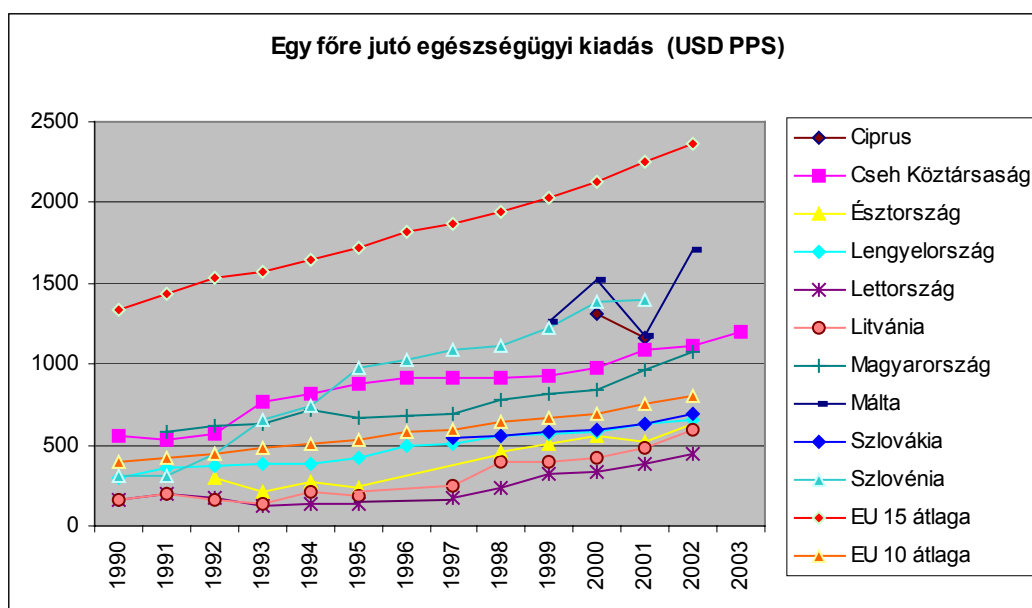
Az eltérő történelmi fejlődés miatt a biztosítási rendszerek alól kivételt képez Málta és Ciprus, ahol állami egészségügyi rendszer működik, a Beveridge-féle modellt követve. Ciprus 2005-re tervezte járulékfizetésen alapuló biztosítási rendszer kiépítését.

### Egészségügyi kiadások

Az egészségügyi kiadások két meghatározó jellemzője, hogy a források alacsonyabbak, mint az EU15-ben, valamint a 90-es években drámai módon csökkentettek.

A csökkenő kiadások okai makroökonomiai összefüggésekben kereshetők: a 90-es évek első felében csökkenő GDP, csökkenő reálbérek, növekvő szegénység, munkaerőpiaci gondok (magas munkanélküliség, minimálbérré való bejelentés, jelentős árnyékgazdaság).

Az EU15 országok átlagban a GDP 9,05%-át (2002) költik egészségügyre. Az újonnan csatlakozott országok egészségügyi kiadásai a GDP arányában átlagosan 6,44%-ot tesznek ki. Szlovénia 8,2%-os, Málta 8,8%-os arányával a legmagasabb, míg Lettország 4,9%-ot, Észtország 5,1%-ot fordított egészségügyre. Az állami kiadások a kelet-közép európai országokban az összes kiadás kb. 78%-át fedezik (Csehországban az arány 90% fölötti, legalacsonyabb Lettországban: 68% és Magyarországon: 70%). Vásárlóerőparitáson számolva az egy főre jutó egészségügyi kiadások az EU15-ben átlagosan 2364 USD-t tettek ki, az újonnan csatlakozott országok átlagában 780 USD-t jelentettek (2002).



Forrás: WHO-HFA/2005

### Közfinanszírozás rendszere (Társadalombiztosítás)

A volt szocialista országok 1991 (Csehország) és 1997 (Lengyelország) között hoztak törvényt a társadalombiztosításról.

A biztosítási járulékok bevezetése mellett továbbra is megtalálhatók az adójövedelmek a finanszírozásban, főként a közegészségügy, az országos intézetek, a kutatás, oktatás és a beruházások finanszírozása területén.

A finanszírozás fő forrása adóalapú Lettorszában, és járulékalapú a többi országban.

Az egészségbiztosítási járulékok a munkáltatók és a munkavállalók között oszlanak meg. Észtországban a teljes járulékot a munkáltató, Lengyelországban a munkavállaló fizeti. Nincs járulék Cipruson és Máltán valamint Lettorszában, ahol az általános adórendszeren keresztül fizetnek hozzájárulást. Jellemző volt a számos biztosítóval indult rendszer Csehországban, Észtországban, Szlovákiában, Szlovéniában és Lengyelországban, ma jóval kevesebb biztosító működik (a több-biztosítós rendszerekben is), ami egyebek mellett a biztosítók körbetartozások miatt bekövetkezett pénzügyi ellehetetlenülésének következménye. Jelenleg Szlovákiában (5 biztosító) és Csehországban (9 biztosító) működik több biztosító a kötelező biztosításban (1-1 biztosító jellemző fölényével), Szlovéniában a kötelező biztosítást egy biztosító, az általános kiegészítő biztosítást további két biztosító bonyolítja.

A járulékbeszédésben az állam erőteljes szerepvállalása figyelhető meg a balti országokban.

A finanszírozás lehetséges forrásait (adók, járulékok, költséghozzájárulás – formális és informális, magánbiztosítás) a legtöbb ország vegyesen alkalmazza.

### A közvetlen lakossági hozzájárulások szerepe

A legális önrészfizetés, közvetlen egyéni fizetés valamennyi országban megjelenik, döntően a gyógyszerek vásárlásánál kap nagyobb szerepet. A csatlakozott országok egy részében (Szlovákia, Észtország, Lettország, Ciprus) bevezetésre került a vizitdíj, kórházi napidíj fizetés kötelezettsége. Néhány területet csak korlátozottan fedez a társadalombiztosítás (fogászat, plasztikai sebészet stb.). Helyenként a finanszírozott szolgáltatásokat alap szolgáltatáscsomag tartalmazza (Szlovénia, Lettország, a jövőben Szlovákia, Lengyelország) valamint fizetési kötelezettséget von maga után a háziorvost megkerülő (beutaló nélküli) szakorvos és kórházválasztás. Természetesen a beteg közvetlenül fizet a legális magánszolgáltatásért, a magánorvosnak, magánkórháznak stb. Legmagasabb a lakossági kifizetések aránya Magyarországon, a balti országokban és Lengyelországban.

### Magánbiztosítások

Az egészségügy finanszírozásában kiegészítő forrásként megjelent az önkéntes egészségbiztosítás, bár összességében piaca mindenütt kicsi maradt. A kiegészítő biztosítások célja a társadalombiztosításból kizárt szolgáltatások fedezése. Mivel a legtöbb országban hiányzik a társadalombiztosítás alapszolgáltatáscsomagjának definiálása, nem látszódnak a határok, a betegek kényelmesebb, ha közvetlenül az orvosnak fizet, mintsem egy magánbiztosítást vásároljon. Néhány országban a magánbiztosítók is részt vehetnek a kötelező társadalombiztosításban: Csehország, Szlovákia.

Szlovéniában a magánbiztosítás aránya talán a legnagyobb, az egészségügyi kiadások 12%-át adja. Mivel a biztosítottak a költségek 10-15%-áig hozzájárulnak a költségekhez, ezt a részt a szlovének 90%-át érintő magánpénztárak fedezik. Miután a törvény alapján szervezett magánbiztosítás Szlovéniában a kötelező egészségbiztosításban lévő kötelező önrész fedezetére szolgál, ez felfogható indirekt járulékemelésnek is.

Növekvő a magánbiztosítás aránya Lettorszában, éppen az alap szolgáltatáscsomagban nem fedezett ellátások finanszírozására.

Másutt a magánbiztosítás legelterjedtebb formája az utazási biztosítás.

### Informális fizetések

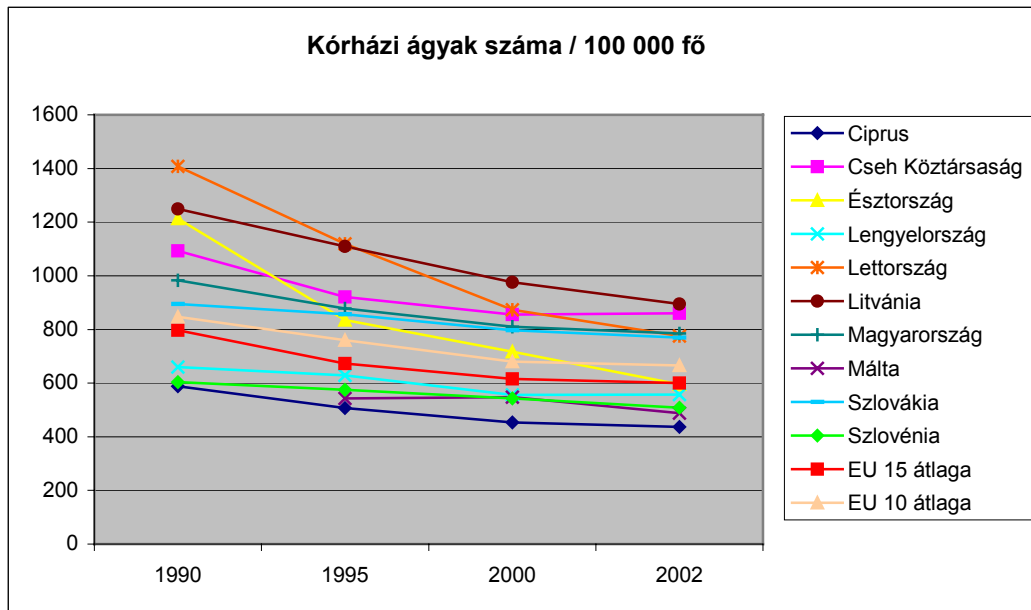
A hálapénz a volt szocialista országok örökölt problémája és számos országban a hiánygazdálkodás következménye, a kultúra része, így a korrupció forrása.

Az okok között sorolható, hogy

- ▶ a korábbi állami rendszerek forráshiánnyal küszködtek, hálapénz nélkül a betegek nem jutottak megfelelő kezeléshez, gyógyszerhez stb.
- ▶ A dolgozók így egészítették ki a bérüket,
- ▶ Hiányzott a magánszolgáltatás, a betegeket privát fizetésért az állami szektor kezelte.
- ▶ A szolgáltatókat senki nem számoltatta el, hiányzott az átláthatóság.

A hálapénz az egészségügy feszültségei, a részben fennmaradt kiváltó okok következtében napjainkban is súlyos probléma Lengyelországban, Szlovákiában, Magyarországon, jelen van a balti országokban. Kevésbé jellemző azonban Csehországban, ahol az orvosi bérek az infláció fölött nőttek.

Litván kísérletek bizonyítják, hogy a magánszolgáltatók megjelenése csökkenéshez vezetett a hálapénz fizetésében.



Forrás: WHO HFA/2005

Bár a biztosítási rendszerek elvileg az egész lakosságra kiterjedtek, az egészségügyi szolgáltatások igénybevételében jelentős egyenlőtlenségek tapasztalhatók, amelyek területi szempontok, szociális helyzet alapján mérhetők, különösen a társadalom perifériájára szakadt csoportokat, rétegeket sújtva.

A források és az igények közötti ellentmondások feloldásának lehetséges módja az alap szolgáltatás-csomag meghatározása. Ehhez hiányoznak a megfelelő költség/haszon számítások, s ellene hat az a politikai nyomás, mely szerint a lakosság ingyenes ellátása alapjog, s nem indokolt a szolgáltatások csökkentése. Eredmények tapasztalhatók a társadalombiztosításból fedezett szolgáltatások definiálásában Szlovéniában, Lettországban és a törvényi szabályozás tekintetében Szlovákiában és Lengyelországban.

### Az egészségügyi szolgáltatók tulajdonviszonyai

Az elmúlt 15 évben több országban volt jellemző az egészségügyi infrastruktúra területén a tulajdon decentralizációja, ami leginkább a központi állami tulajdonnak önkormányzati tulajdonba kerülését jelentette, a kórházakat, rendelőintézetek illetően a szektor továbbra is a köztulajdon dominanciáját hordozza. Megjelentek azonban a nem köztulajdonú kórházak, rendelőintézetek, egészségügyi szolgáltatást nyújtó szervezetek, részben egyházi, alapítványi tulajdonban, helyenként forprofit tulajdonban, jellemzően egyes szolgáltatások területén (művese-kezelés, betegszállítás, diagnosztika, külföldiek ellátása stb.). Különbözik a helyzet az alapellátásban, ahol a háziorvosi ellátás, fogászat, a gyógyszerterek, többségében magántulajdonba kerültek.

### Egészségügyi szolgáltatások

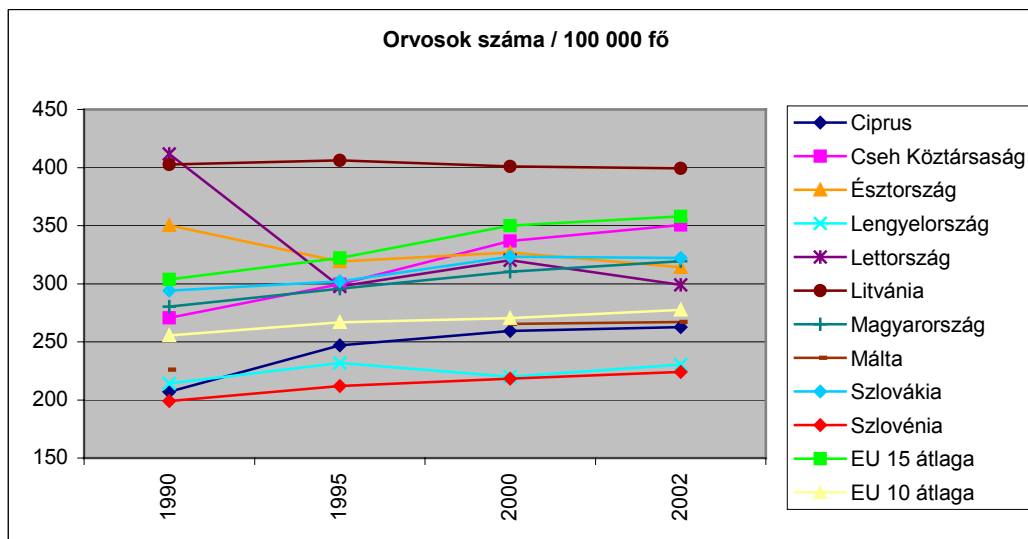
Az egészségügyi szolgáltatásokat a csatlakozott országok többségében nagy kórházi kapacitások jellemzik. A szocializmus elsősorban az intézményközpontú ellátásokat támogatta. 2002-ben a 100 ezer főre jutó kórházi ágyak száma az EU15-ben 600, az EU10-ben 666 (Litvániában 895, Csehországban 860). Ellenpólusként említhető Szlovénia, Málta Lengyelország - ahol az alacsony ágyszám következtében várólisták alakultak ki.

Az átlagos kórházi ápolási idő 2001-2002-ben az EU15 akut kórházaiban 6,87 nap, az EU10-ben 7,73 nap (Litvániában 8,2, Csehországban 8,5 nap, Szlovákiában 8,8 nap).

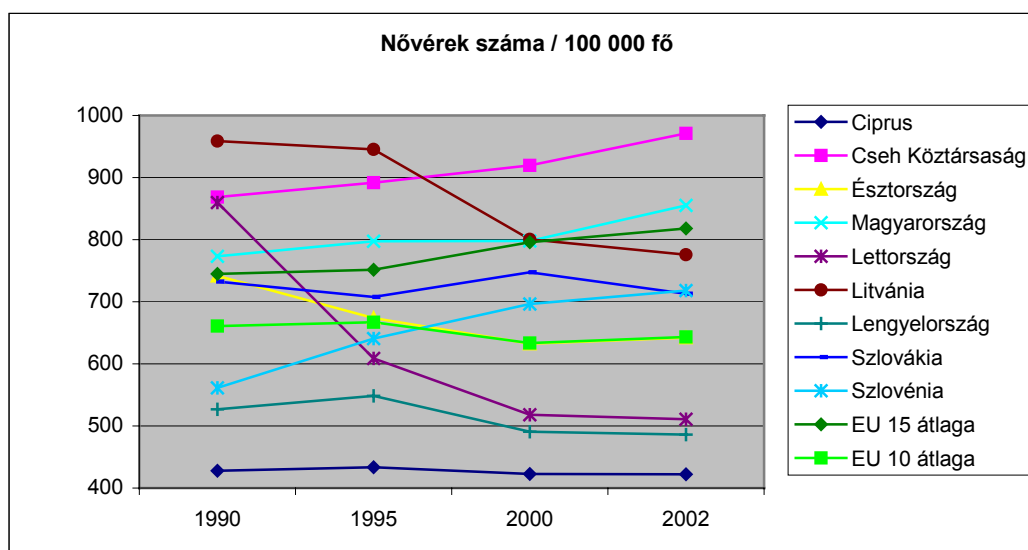
A csatlakozott országokban korábban a kórházi ágy fogalma is mást takart, mint a ma elfogadott definíció, a kórházak sokféle szociális feladatot is elláttak. A bázis alapú finanszírozás ágyszám szerint történt, ha volt teljesítménymutató, akkor az az ágykihasználáshoz, az ápolási napokhoz kötődött, azaz az ápolási idő növelésére és nem a hatékony ellátásra ösztönzött.

A magas ágyszámmal rendelkező országokban feladatként jelentkezett a kapacitások csökkentése, a szükségleteknek megfelelő hatékony rendszer kiépítése.

Az újonnan csatlakozott országok egészségügyében a hagyományos tagországokhoz képest a lakosságszámra vetítve általában kevesebb orvos, nővér dolgozik. 2002-ben 100 ezer főre 358 orvos és 818 ápoló jutott az EU15-ben, 278 orvos és 643 ápoló az EU10-ben. Az alacsony bérek, a csökkenő társadalmi presztizs okozta elvándorlás a munkaerő-problémákat tovább élezi.



Forrás: WHO HFA/2005



Forrás: WHO HFA/2005

A csatlakozott országok egészségügyi intézményi finanszírozási rendszereiben alapvetően két modell létezik.

- integrált, intézményfenntartó (a szolgáltatót a biztosító menedzseli vagy az ő tulajdonában van)
- szolgáltatásvásárlás (elválik a biztosító és a szolgáltató, versenyt vezet be a szolgáltatók között, költséghatékonyabb beavatkozások felé tereli a forrásokat). Több ország indult el ebbe az irányba.

Az ellátórendszerre tipikusan valamilyen teljesítményarányos fizetés jellemző: esetfinanszírozás (kivéve Észtország, Lettország, részben Szlovákia, ahol kórházi nap után fizetnek), a háziorvosi ellátásban életkorral

kombinált fejkvóta jellemző, kivéve Cipruson a költségtérítést, Máltán az állami orvosok esetében a bért, a magánorvosok körében a költségtérítést.

Az esetfinanszírozás többnyire a kórházi teljesítmények felfutásához vezetett, amit pl. Magyarországon az egy esetre jutó összegek csökkentésével kompenzálnak.

A finanszírozási problémák okai a szereplők szétaprózottságában, a kezelés-választásokat befolyásoló hálapénz hatásban, a tartós deficités helyzetekben, a fejletlen monitorozási, minőségellenőrzési rendszerekben kereshető.

## Gyógyszerpiac

A gyógyszerpiacot minden országban a liberalizáció és a privatizáció jellemzi. A piacok megnyitása a gyógyszerárak emelkedéséhez vezetett, s nőtt az egészségügyi kiadásokon belül a gyógyszerekre fordított hányad (24-37%).

A gyógyszerkiadások kontrollja a kormányok egyik legnagyobb kihívása.

A gyógyszerár szabályozás a legtöbb országban az Egészségügyi Minisztérium feladata. Szabályozzák a nagy- és kiskereskedelmi árrést Litvániában, Észtországban, Magyarországon. Máltán az árak szabadok, a haszon szabályozott. Csehországban a piaci árak maximumát, referencia árakat és a nagykereskedelmi és kiskereskedelmi árrés maximumát állapítja meg a Pénzügyminisztérium. Szlovénia 3 külföldi ár átlagát használja az összehasonlításhoz. Csehország és Lettország is végez külföldi ár összehasonlításokat. Lengyelországban, Lettországban az árakat tárgyalásokon döntenek el. Különböző technikák ismeretesek az ártámogatás megállapításánál. Csehország, Szlovénia 3 csoportba sorolja a gyógyszereket (teljesen, részlegesen vagy egyáltalán nem támogatott). Lettország a betegségeket kategorizálja (a legsúlyosabb 100%-os, a kevésbé súlyosak 70-50%-os támogatást kapnak). Lengyelországban a betegségek és a gyógyszerek egyaránt csoportokba soroltak. Szlovéniában a támogatás 75%-25%, a gyerekek, tanulók, súlyos betegek ingyen kapnak gyógyszert, ez utóbbi csoportra vonatkozóan a magas támogatás több országban megtalálható. Észtországban létezik egy korlát, amit ha túllépnek a gyógyszerkiadások, 75%-os támogatást kapnak. Cipruson a lakosokat osztják kategóriákba, aszerint, hogy ingyenes ellátásban részesülnek, 50%-os támogatást kapnak, vagy teljes árat kell fizetniük. Máltán az ingyenes gyógyszer jövedelmi szinthez kötődik.

A gyógyszerköltségek tekintetében jellemzően növekvő a co-payment. A támogatások odaítélését minőség/költség/haszon számítás, elemzés előzi meg. 2002-ben a balti országok a gyógyszerek költség/hatékonysági értékelését illetően közös irányelvről egyeztek meg. Hiányosak azonban a kontroll rendszerek a költségek féken tartására. Helyenként vannak felírási irányelvek, pl. Csehország, Szlovénia, Észtország, csak ezeket korlátozottan veszik figyelembe. Csehországban a biztosító költséglimitet szab a szolgáltatóknak, a túllépést büntetik. Lengyelországban a legolcsóbb gyógyszert térítik, computeres adatbázis bevezetését tervezik.

## Egészségügyi reformok napjainkban

Az országok általános problémái közé tartozik az alulfinanszírozottság, az egészségügyi intézmények adósságainak növekedése, a lakosság költségtudatos magatartásának hiánya, az egyéni felelősség alacsony szintje. Az ellátórendszer szélesebb, mint amelyet a rendelkezésre álló forrásokból finanszírozni lehet, miközben folyamatosan növekvők a lakossági igények, elvárások. Közép-és kelet európai országok egészségügyi rendszereinek reformjai késlekedőbbek, mint Nyugat-Európában, a folyamat lassúbb, óvatosabb mint a gazdasági rendszerek átalakítása. Állandó kérdés a privatizáció problémája, a versenyelemek beiktatása, az informális fizetések, a hálapénz gyakorlatának megszüntetése, a forrásbővítés, vagy akár a prevenció rendszerének kiépítése. A reformok bevezetése politikai „bátorság” kérdése is, ritka az egyes kérdésekben a nemzeti konszenzus, a változó kormányok kevés folyamatosságot képviselnek az egészségügy fejlesztésében hozott döntések továbbvitelében. Rendszerszintű intézkedésekre példa Szlovénia állami és kiegészítő biztosítási rendszerének együttese, Szlovénia co-payment rendszerének bevezetése, majd a legutóbbi időben komplett egészségügyi reformcsomagjának

elfogadása az ingyenesen és hozzájárulással nyújtott szolgáltatások definiálásának igényével. Szlovákiában az intézkedések napjaink történései, valódi eredményességük ma még nem mérhető, nem előrelátható.

A reformok irányának jellemzői

- ▶ hatékony biztosítási rendszer,
- ▶ hálapénz rendszer formális csatornába terelése,
- ▶ reális, finanszírozható szolgáltatáscsomag meghatározása,
- ▶ hatékony szolgáltatás vásárlás,
- ▶ kórházi teljesítmények hatékonyságának növelése (menedzsment fejlesztése),
- ▶ a járó- és fekvőbeteg ellátás közötti megfelelő interface biztosítása,
- ▶ alapellátás fejlesztése, új feladatok felvállalása,
- ▶ népegészségügy fejlesztése,
- ▶ hatékony érdekeltségi rendszerek megteremtése.

## **Források**

Social protection in 13 candidate countries (a comparative analysis) European Commission Directorate-General for Employment and Social Affairs (2003)

[http://europa.eu.int/comm/employment\\_social/publications/2004/ke5103649\\_en.pdf](http://europa.eu.int/comm/employment_social/publications/2004/ke5103649_en.pdf)

Medical Tribune, Csatlakozó államok sorozata, 2003/17,18,19,21;2004/1,2,4,5,6

Kornai János, Karen Eggleston: Egyéni választás és szolidaritás, Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 2004.

KOPINT-DATORG: Konjunktúrajelentés 2005/1.

## CSEHORSZÁG

### *Gazdasági - politikai háttér*

A 90-es években a GDP növekedése az 1-6,4% közötti értékekkel változó képet mutatott a negatív tendenciák (nemzetközi beruházások fluktuációja, a recesszió, a jogi szabályozás hiányosságai) következtében. 2000-től legyőzve a recessziót ugrásszerű javulás volt tapasztalható, elsősorban az ipar átszervezése és modernizálása, valamint a banki szféra megtisztítása folytán. 2004-ban a GDP növekedése 4% (az egy főre jutó GDP 2003-ban 13 300 euro volt).

Az országnak a maastrichti kritériumok közül kettőt nem sikerült teljesítenie, az államháztartási hiány (a GDP 5,2%-a) és a fogyasztói árindex (2,6%) meghaladják az előírt mutatót. Az államadósság (38,6%) a feltételeknek megfelelő (2004).

A munkanélküliség 2004-ben 8,3% volt.

Az 1989-ben történt rendszerváltás óta az országra stabil, kiszámítható politikai környezet jellemző. 1991-ben Csehszlovákiából Cseh és Szlovák Szövetségi Köztársaság néven alakult föderáció. Az önálló Cseh Köztársaság 1993. január 1-jén jött létre. Jelenleg a Cseh Szociáldemokrata Párt (CSSD), a Kereszténydemokrata Párt (KDU-CSL), valamint a Szabadság Unió (US) alkot koalíciót a kormányban. 2005. március végén a KDU-CSL és az US bejelentette kilépését a koalícióból, a hárompárti koalíció fennmaradásáról azonban sikerült megegyezni. A Szenátusban az ellenzéki jobboldali Polgári Demokrata Párt (ODS) alkot többséget. A másik ellenzéki párt a Cseh-Morvaországi Kommunista Párt (KSCM).

### *Demográfia*

Csehországban a népesség csökkenése figyelhető meg, s ez elsősorban az egyre alacsonyabb születési arányszámnak tudható be. 1994-ben a halálozások száma meghaladta a születések számát, azóta a természetes szaporodás negatív (-1,7 ezrelék körüli) értékeket mutat. Jellemző a lakosság öregedése, ami szorosan összefügg a fiatalok arányának csökkenésével. A születéskor várható élettartam folyamatosan emelkedett és jelentősen csökkent a csecsemőhalálozás. Ennek eredményeképpen ez a két mutató előkelő helyet foglal el a nemzetközi ranglistán. A vezető halálokok a keringési rendszer betegségei és a daganatok, ezek után a külső okok, a légzőrendszer, valamint az emésztőrendszer betegségei következnek.

### *Egészségügyi rendszer*

Csehország egészségügyi rendszere az egészségbiztosításon alapul, amely több-biztosítós rendszerben működik. 1991-ben hagyták jóvá az egészségbiztosításról szóló törvényt, amely 1993-ban lépett életbe.

#### **Finanszírozás**

Az egészségügyi kiadásoknak a GDP-hez viszonyított aránya 7,1% volt 2002-ben, ugyanakkor az állami kiadások részesedése az összes kiadásból 91,4%.

Az egészségügyi rendszer finanszírozásának meghatározó tényezője a kötelező egészségbiztosítás, amely a szolidaritáson és az egyenlő hozzáféréseken alapul, továbbá az ellátók és finanszírozók közötti szerződések útján biztosítja a lakosság részére a szükséges szolgáltatásokat.

1992-ben törvény alapján hozták létre az Általános Egészségbiztosító Intézetet (VZP), amely vezető szerepet tölt be a lakosság egészségügyi ellátásában és az állampolgárok kétharmadát tömöríti. A törvény lehetőséget adott iparági egészségbiztosítók létesítésére is, amely gyors ütemben haladt (1995 végén 27 ilyen biztosító működött). Ezután az iparági biztosítók száma csődök, illetve egyesülések miatt fokozatosan

csökkent, jelenleg 8 működik, és esetleges finanszírozási nehézségeik kivédésére a VZP biztonsági hálója szolgál. Az egészségbiztosítók független szervezetekként működnek, felügyeletüket az Egészségügyi Minisztérium látja el. Profit realizálása nélkül finanszírozzák a szolgáltatásokat. A kockázati szelekció hatásainak csökkentése végett a járulékok újraelosztásra kerülnek. Az újraelosztási alapba a biztosítók a bevételek 60%-át utalják át, beleértve az állami hozzájárulást is.

Az egészségbiztosítás az egész lakosság részére fedezetet nyújt, az inaktív csoportokat is beleértve (A lakosság fele államilag biztosított). Az egészségügyi rendszer anyagi erőforrásait döntően az egészségbiztosítási járulékok képezik (az összes kiadás 81,4%-a). A járulékok mértéke az adózás előtti bérek törvényben meghatározott százaléka: alkalmazottak esetén 4,5%, munkáltatókra vonatkozóan 9,0%. Az önálló vállalkozók adózatlan nyereségük 35%-a után fizetnek 13,5%-os járulékot. Az állami befizetések (államilag biztosított a lakosság fele) a minimálbér 80%-a után számított 13,5%-ot jelentenek.

Az állami költségvetésből fedezik az egészségügyi kiadások mintegy 10%-át. A lakosság önrészesedése és magánkifizései az egészségügyi finanszírozásában 8,6%-ot tesznek ki.

A csekély co-payment csak egyes gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök, fogászati beavatkozások és gyógyfürdői elhelyezés esetén fordul elő.

A magán egészségbiztosítás Csehországban igen kismértékű, és elsősorban külföldiek veszik igénybe. Magán, illetve kiegészítő biztosítást az egészségbiztosítók nem nyújtanak, ilyen szolgáltatással néhány kereskedelmi biztosító áll rendelkezésre (pl. utazási biztosítás esetén).

## **Egészségügyi szolgáltatások**

Az egészségügyi ellátórendszer decentralizációja és a gyors ütemű privatizáció következtében az integrált egészségügyi intézmények hálózata a 90-es évek elején feloszlott. Addig mintegy 300 intézmény működött, 2002-ben az önálló intézmények (nagy részt járóbeteg-rendelő) száma meghaladta a 23 ezret. A fogászati ellátás, a gyógyszerárak és a járóbeteg-rendelő 95%-a magánintézmény lett. Ugyanakkor a kórházak többsége állami tulajdonban maradt.

### ***Alapellátás***

Az egészségügyi alapellátás a városi, ill. községi önkormányzatok felelősségi körébe tartozik. Az alapellátást nyújtó orvosok – felnőtteket, illetve gyermeket ellátó házi orvosok, fogorvosok és szülész-nőgyógyászok – többsége magánorvosként dolgozik. Csoportpraxisban az orvosok az egészségügyi központokban vagy olyan szakorvosi rendelőben dolgozhatnak, amelyek a szakellátás mellett alapellátást is nyújtanak. A lakosok szabadon választhatnak orvost (új orvoshoz történő feliratkozásra fél évenként van lehetőség). 2003-ban egy házi orvosi praxis átlagosan 1900, egy gyermekorvosi pedig 900 főt látott el.

Az általános orvosok felügyeletét a Cseh Orvosi Kamara gyakorolja, a működési engedélyt számukra az illetékes egészségügyi hivatal adja ki, ezután köthetnek szerződést az egészségbiztosítóval. A térítési rendszer az alapellátás keretében végzett tevékenységek honorálására a fejkvóta és a tételes finanszírozás kombinációját alkalmazza.

### ***Járóbeteg-szakellátás***

A járóbeteg-szakellátást önálló rendelőben, rendelőintézetekben, illetve a kórházak ambulanciáin végzik. A szakorvosok domináns része magánpraxisban dolgozik. A magán szakorvosok közvetlenül kötnék szerződést a biztosítóval és a nyújtott szolgáltatások után részesülnek díjazásban meghatározott pontrendszer szerint. Csehországban a házi orvosokkal szemben a szakorvosok előnyösebb helyzetben vannak, mivel magasabb a fizetésük. A járóbeteg-szakellátás elérhető kórházi környezetben is, és a betegek szabadon fordulhatnak szakorvoshoz. Így gyakran keresik fel a szakorvost az alapellátás kikerülésével olyan esetekben is, amikor elegendő lenne házi orvoshoz fordulni. A szakorvosok mintegy 180 rendelőintézetben és több mint 5400 önálló szakorvosi rendelőben működnek.

### ***Fekvőbeteg-ellátás***

A fekvőbeteg-ellátás tulajdonviszonyait meghatározza, hogy az 1990-es évek végén a privatizációs folyamatok félbeszakadtak. Csehország sűrű kórházi és szakellátó hálózattal rendelkezik. A kórházak három szintjét különböztetik meg. A legmagasabb szintű intézmények a minimum 1000 ágygal rendelkező egyetemi kórházak, specializált intézmények és regionális kórházak. Az aktív kórházi ellátás jelentős részét a régebben körzetekhez tartozó, átlagosan 700 ágygal rendelkező kórházak, valamint a 200 ágyas helyi (városi és községi) kórházak alkotják. A kórházak túlnyomó többsége állami (egyetemi ill. specializált kórházak) vagy önkormányzati (regionális és helyi kórházak) tulajdonban van. A privatizáció csak néhány

kisebb kórház esetében érvényesült, így például a korábban egyházi tulajdonban lévő kórházak visszakerültek eredeti tulajdonosaikhoz, és non-profit szervezetként működnek.

1997-től a kórházakat vegyesen, egy adott évre járó fix összeggel és teljesítményük arányában finanszírozzák az egészségbiztosítókkal kötött szerződések alapján. Amennyiben a biztosítókkal nem tudnak megegyezni, az Egészségügyi Minisztérium szabja meg a díjazás mértékét. A korábbi év kiadásaiból kiinduló költségvetés az infláció mértékével is kalkulál. A kórházak az egészségbiztosítóval megegyezhetnek a DRG-rendszer alapján történő finanszírozásban is, azonban ezt jelenleg csak egyes kórházak alkalmazzák. Kórházi keretek között az orvosok közalkalmazotti státusban dolgoznak.

### *Egészségügyi dolgozók*

A cseh egészségügyre tradicionálisan az egészségügyi dolgozók magas fokú szakképzettsége jellemző. Az orvosok és a szakdolgozók, illetve az ápolónők száma növekvő tendenciát mutat.

A szakorvosok száma meghaladja az EU országok átlagos mutatóját, a háziorvosoké viszont alacsonyabb. A szakorvosok a háziorvosokkal szemben előnyösebb helyzetben vannak, mivel magasabb a fizetésük, és a magánrendelőknél kívül csoportpraxisban az egészségügyi központokban, valamint a kórházak ambulanciáin is működhetnek.

### *Gyógyszerpiac*

A gyógyszerek kereskedelmi forgalmának engedélyezése az Egészségügyi Minisztérium, a Pénzügyminisztérium és az Általános Egészségbiztosító hatáskörébe tartozik. A 90-es évek folyamán a cseh gyógyszeripar majdnem teljesen privatizálódott, s ezzel a gyógyszergyárak gyártási és kereskedelmi stratégiája jelentősen megváltozott. Az áremelkedés ellenére a cseh egészségügyi ellátórendszerben a hazai gyártású gyógyszereket részesítik előnyben. A gyógyszerárak túlnyomó többsége is privatizálódott. A korábbi rendszer gyenge gyógyszerellátása jelentősen javult. Jelenleg a legnagyobb gondot a gyógyszerköltségek gyors növekedése okozza, ugyanis a gyógyszerárak növekedése ellenére nőtt a fogyasztás. Csehországban 1995 óta az egészségbiztosítók által téríthető gyógyszerek maximált árrendszere van érvényben. Bevezették a gyógyszerek kategorizálását, amely a biztosítók által teljes egészében, részben, illetve a nem térített gyógyszerek csoportjának meghatározását jelenti.

### *Reformok*

Az elmúlt 10 évben a több-biztosítós rendszer bevezetése nem hozta meg a várt többletforrásokat az egészségügyi ellátás finanszírozására. A reformok célja az egészségügy ellentmondásos jelenségeinek (a szolgáltatási díjak csökkenése következtében jelentkező teljesítménynövekedés, az egészségügyi dolgozók jövedelmi különbségei) a megoldása, a térítési rendszerben bevezetett kombinált módszerek érvényesítéséhez a megfelelő erőforrások biztosítása és hatékony felhasználása, a költségtudatosság kialakítása a szakemberek és a lakosság körében.

Évek óta napirenden van az egészségügy koncepciójának kidolgozása és konstruktív jogi, szervezeti, pénzügyi irányelvek meghatározása a további reformlépésekhez. A reformjavaslat, melynek legutóbbi változatát az Egészségügyi Minisztérium 2005. január végén terjesztette a kormány és a nyilvánosság elé, erősíti az egészségbiztosítók működése feletti állami ellenőrzést. Az egészségügyi ellátás állami forrásokból történő finanszírozását részesíti előnyben, és egyelőre nem támogatja a magánbiztosítás, a kórház-privatizáció és a co-payment bevezetését. Ezzel szemben állnak azok a szakemberek, akik az adósságok megszüntetését és az intézményhálózat hozzáférhetőségének javítását radikális módszerek bevezetésével, a kórház-privatizáció erősítésével sürgetik megoldani. Ebben a tárgyban komoly vita folyik az Egészségügyi Minisztérium, az egészségbiztosítók, a szakmai szervezetek és szakszervezetek között.

Az egészségügyi ellátás 2009-ig szóló koncepciótervezete célként fogalmazza meg:

- ▶ a gazdasági veszteségek csökkentését, az egészségügyi szolgáltatások térítésének megfelelő szabályozását, regionális egészségügyi tervek kialakítását,
- ▶ döntést hoz az egységes és összehasonlítható kritériumokon alapuló egészségügyi intézményhálózat kialakításáról,

- ▶ állást foglal a köztulajdon védelme, a kórházak többségének non-profit szervezetként való működtetése mellett.

### **Források**

Health Care System in Transition. Czech Republic. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000.

Highlights on Health in Czech Republic. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2001.

Health for All Data Base. European Region. WHO Regional Office for Europe. Updated: 2003 June

Study on the Social Protection Systems in 13 CC. - Czech Republic, WHO, 2003.

Zdravotnícka ročenka Ceskej republiky 2001. ÚZIS CR 2002.

[www.euro.who.int/dokument/e82865.pdf](http://www.euro.who.int/dokument/e82865.pdf).

<http://www.mzcr.cz/index.php?kategorie=195>

## ÉSZTORSZÁG

### *Gazdasági - politikai háttér*

Észtország egy főre jutó GDP-értéke 2002-ben 12 260, a 2003-as évre becsült érték pedig 12 300 USD volt (vásárlóerőparitáson). A csatlakozó országok közül Észtországban az elmúlt években folyamatos volt a GDP-arányos államháztartási hiány mérséklése és így teljesíti a 3% alatti GDP-arányos hiány feltételét és 4,8-es értékkel az államadósság mértéke is megfelel a maastrichti kritériumoknak. Az infláció mértéke 3% volt 2004-ben és így Észtország a maastrichti kritériumok közül egyet nem teljesít. Az export ill. a gazdasági fellendülés következtében nő a munkahelyek száma, a munkanélküliségi ráta 9,7% (2004), csökkenő tendenciát mutat. A gazdasági növekedés rátája 6,2% volt 2004-ben, a balti országok kiemelkedő gazdasági növekedése évek óta jellemző.

Az új demokratikus alkotmány Észtországban 1992. június 28-án lépett hatályba, aminek értelmében Észtország államformája köztársaság. Az 1999. évi választások után három párti jobbközép koalíciós kormány alakult, ami 2002. január végén pártviszály miatt lemondott. Ezt követően a jobbközép irányultságú Észt Reformpárt és az addig ellenzékben politizáló, balközép beállítottságú Centrumpárt koalíciójaként jött létre kormány. A 2003. márciusi választások után az észt elnök április 2-án a Res Publica párt vezetőjét nevezte ki miniszterelnökké. A három párti új jobbközép koalíciós kormány 2003. április 9-én lépett hivatalba. A kormánykoalíciót a Res Publica, az Észt Reformpárt és a Nép Unió Párt alkotják.

### *Demográfia*

Észtországban a lakosság számának lassú csökkenése figyelhető meg. A termékenységi ráta 2002-ben 1,37 volt. A kormegoszlásra jellemző itt is az idősek arányának lassú, de fokozatos növekedése. A születéskor várható élettartam értéke 2002-ben 71,24 volt, ez férfi/nő bontásban 65,29, illetve 77,14 évet jelentett. Az anyai mortalitás 100 ezer élveszületésre 2002-ben 7,69-ot tett ki, a csecsemőhalálozás pedig 5,69 volt 1000 élveszületésre számítva (csökkenő tendencia). A vezető halálokok a kardiovaszkuláris megbetegedések, rosszindulatú daganatok. A légzőrendszer betegségei közül magas a tuberkulózis incidenciája. Ma újra terjed a TBC. A HIV fertőzések növekvő számát (2001: 1474 új megbetegedés) a nemzeti HIV-programnak köszönhetően sikerült 2003-ra visszaszorítani (2003: 245 új megbetegedés). Kimagaslóan magas a balti országok között a külső okok miatti halálozás.

### *Egészségügyi rendszer*

A Szovjetunió felbomlását követően Észtországban a 90-es években végrehajtott reformok eredményeként megszűnt az egészségügyi ellátás központosított rendszere (1992) és több biztosítós rendszer alakult ki 22 betegbiztosítási alappal. A folyamatos átalakulások és centralizációk következtében 2001-ben megalakult az Észt Egészségbiztosítási Pénztár és annak hét regionális fiókja (2003-ban a hét regionális fiókból négy lett), melyek 200-500 ezer biztosítottal foglalkoznak.

#### **Finanszírozás**

Az Észt Egészségbiztosítási Pénztár az egyetlen betegpénztár, ahol az észt állampolgárok 95%-a kötelezően biztosított - a jövedelemmel nem rendelkező lakosok számára ingyenes a biztosítás, gyermekek és a nem dolgozó házastársak pedig egy ún. családi biztosítás révén biztosítottak; a felsőoktatásban tanulók, nyugdíjasok, terhes nők és munkanélküliek részére az állam fizeti a biztosítás díját. Magán egészségbiztosítások száma elenyésző Észtországban ill. csak a külföldi utazásokra kötnek utasbiztosítást.

A betegbiztosítási járuléka a bruttó jövedelem 13%-a, és a nyugdíjbiztosítással együtt ún. szociális adóként kerül levonásra a munkaadótól. A biztosítottak gyógyító-megelőző ellátásának költségeit fedező kötelező egészségbiztosítás rendszerét az Észti Egészségbiztosítási Pénztár irányítja, valamint koordinálja regionális egészségbiztosítási pénztárak tevékenységét, melyek egymással nem állnak versenyben, hiszen a biztosítottak csak a regionálisan illetékes betegbiztosítóval szerződhetnek.

A betegbiztosítás szolgáltatási skálája a német kötelező betegbiztosítás szolgáltatási katalógusának felel meg. A felnőtt lakosság körében nem biztosított minden fogorvosi szolgáltatás (18 éves korig az ellátás térítésmentes), a gyógyszerek általában co-payment kötelesek. Az ország egészségbiztosítását és a megszüllendő alapellátáson nyugvó, decentralizált egészségügyet a Szociális Ügyek Minisztériuma irányítja. A Szociális Ügyek Minisztériuma alá számos olyan országos intézet tartozik, melyek profilja egyebek között az egészségvédelem, a gyógyszerfelügyelet, illetve az egészségmegőrzés.

Észtország a GDP 5,1%-át fordítja az egészségügy finanszírozására, az egy főre jutó egészségügyi kiadás pedig 562 USD volt vásárlóerő paritáson 2002-ben. Az egészségügyi ellátás finanszírozása állami és magán erőforrásokból egyaránt történik, arányuk mintegy 76-24%-ot tesz ki. 2001-ben az egészségügy költségei az Egészségbiztosító Pénztár (67%), valamint az állami költségvetés (8,2%) és a helyi önkormányzatok (2,6%) között oszlottak meg. A magánkiadások, melyeknek legfőbb költségviselői a magán háztartások 22,2%-ot tettek ki az összkidadásokból.

## **Egészségügyi szolgáltatások**

### ***Alapellátás***

Észtország alapellátását az önállóan vagy csoportpraxisban tevékenykedő és az Egészségbiztosító Pénztárral szerződésben álló speciálisan képzett ún. családorvosok hálózata biztosítja (a családorvosok száma 2004 elején 840, a praxisok száma 587). A betegek 85%-a elégedett a családorvos szolgáltatásával, az orvos választása határozatlan időre szól. A 90-es évek végén a családorvosok szabad letelepedésének köszönhetően bezártak az utolsó alkalmazott orvosokkal üzemelő poliklinikák is. Minden észti állampolgár szabadon választhat háziorvost, aki az utóbbi időben erősödő kapuári szerepkörrel rendelkezik a szakellátás nagy részének igénybevétele során. Az orvosok díjazása az Egészségbiztosító Pénztár regionális képviselőitől kötött éves egyéni szerződésen keresztül történik, részben fejkvóta alapján, melyet a beteg életkorával korrigálnak, részben pedig az egyedi szolgáltatások esetében a német pontrendszer egy módosított változata révén. A háziorvosokhoz feliratkozott betegek száma orvosonként 1200-2000 fő között változik.

### ***Járóbeteg-szakellátás***

A 90-es évek közepétől kezdődően az ambuláns járóbeteg-ellátás területén strukturális reform zajlott le. A szakorvosi ellátást rendelőintézetekben és kórházak ambuláns osztályain végzik.

A beteg csak a családorvos beutalójával fordulhat szakorvoshoz, de egyes szakterületek (pl. szemészet, fül-orr-gégészet, bőrgyógyászat) szolgáltatásai beutaló nélkül is igénybe vehetőek, és a betegek továbbra is szívesen fordulnak közvetlenül szakorvoshoz, jóllehet beutaló nélkül a költségeket maguknak kell állniuk.

Az egészségügyi szolgáltatások nagy részét az állami szektor biztosítja, azonban a magán ellátás is egyre szélesebb körben terjed. Privát praxist a szakorvosok közül leginkább a fogorvosok, szemészek, nőgyógyászok és urológusok folytatnak, akik a nyújtott egyedi szolgáltatások után meghatározott összegű honoráriumot kapnak és szerződhetnek a biztosítóval is. A legtöbb szakorvosi szolgáltatást azonban még mindig a kórházi ambulanciák látják el.

### ***Fekvőbeteg-ellátás***

Észtország fekvőbeteg-ellátása erősen decentralizált. A régi rendszerben kiépített széleskörű intézményhálózat a kórházak három szintjét (helyi általános, megyei sokprofilú és országos magasan specializált) foglalta magában.

A reform éveiben jelentős struktúra-átalakításra és ágyszám csökkentésre került sor, számos kisméretű kórházat tartós ápolást nyújtó intézménnyé, illetve gondozóotthonná, néhányat járóbeteg-ellátást nyújtó központtá alakítottak át. A kórházak száma a korábbi 118-ról 2002-re 50-re csökkent (az ágyak száma 1990-ben 15 ezer, 2002-ben 8 ezer volt). 2000-ben átfogó hosszú távú kórházi fejlesztési tervet dolgoztak ki (Estonia Master Plan of Health Care), amelynek célja az aktív/krónikus ágyak arányának további

ésszerűsítése, és a fekvőbeteg-ellátás nagyobb, színvonalasabb technikával felszerelt kórházakba való koncentrációja (tartui egyetemi klinika és a tallini oktatókórház rekonstrukciója ill. a regionális kórházak modernizálása).

A kórházak a helyszínei a járó- és a fekvőbeteg-ellátásnak egyaránt. Jóllehet a kórházak többsége állami, illetve önkormányzati tulajdonú, növekvőben van azoknak a kórházaknak a száma, amelyek legális teret biztosítanak a magánpraxis folytatásának is. A privát kórházi ágyak száma 2002-ben 876 volt, aránya 10% körüli.

Az ellátás finanszírozása az egészségbiztosítóval kötött szerződés alapján kórházi napok után, az egészségügyi szolgáltatásokra megállapított árak szerint történik, de terjed az esetátalány szerinti finanszírozás is. Míg korábban a biztosító a működési költségeket térítette, a beruházási költségek pedig a tulajdonost terhelték (főként állami költségvetésből származtak), 2003-tól a beruházási költségek az egészségügyi szolgáltatások komplex áraiba foglaltak.

Az egészségügyi szolgáltatások költségeit az Egészségbiztosító Pénztár – előzetes szerződés alapján – közvetlenül téríti a szolgáltatást nyújtó egészségügyi létesítménynek vagy magánorvosnak. A térítést élvező szolgáltatások listája szinte minden ellátási formára kiterjed, kivéve a plasztikai sebészetet és az alternatív gyógymódokat. A betegek szintén részt vesznek a költségviselésben, meghatározott vizitdíjat kell fizetniük a járóbeteg-ellátás konzultációinak felkeresésekor, illetve kórházi nap szerint felszámított költségeik merülnek fel a fekvőbeteg-ellátás igénybevételekor. Az önrészesedés mértéke, illetve a mentesség kitételei szigorú szabályozás tárgyát képezik.

### *Egészségügyi dolgozók*

Az orvosok száma Észtországban a 90-es évek óta fokozatosan csökkenő tendenciát mutat. Észtországban 10 ezer lakosra 31,4 orvos jutott a 2002-es statisztikai adatok szerint. Problémát jelent az orvosok pályaelhagyása, pl. gyógyszercégekhez. Hiány volt tapasztalható az ápolók körében, mely hiányt képzési programokkal igyekeznek csökkenteni. Egyenlőtlen a szakorvosok eloszlása az országban és egyre magasabb a magánpraxist fenntartó szakorvosok száma az egészségügyben (fogászat, nőgyógyászat, urológia és fül-orr-gégészet).

### *Gyógyszerpiac*

A gyógyszerpiacot a liberalizáció és a privatizáció jellemzi. A piac megnyitása a gyógyszerárak növekedéséhez vezetett, s így nőtt az egészségügyi kiadásokon belül a gyógyszerekre fordított hányad. A Szociális Ügyek Minisztériumának feladata a gyógyszerár-szabályozás, s szabályozzák a nagy- ill. kiskereskedelmi árrést is. Meghatározták azt a korlátot, amelyet ha túllépnek a gyógyszerkiadások, akkor 75%-os támogatást kapnak. A gyógyszerköltségeket tekintve jellemzően növekvő a co-payment. Hiányosak a kontroll rendszerek a költségek növekedésének megakadályozására. Léteznek felírási irányelvek, de ezeket korlátozottan veszik figyelembe. Létrehozhatóak gyógyszerértékelési láncok. A gyógyszerek internetes forgalmazása tilos. Gyógyszerértékelést üzemeltethet gyógyszerész végzettséggel nem rendelkező személy is. Az üzemeltetés egyetlen előfeltétele az, hogy alkalmazzon egy olyan helyi illetőségű gyógyszerészt a gyógyszerértékelés vezetésére, aki öt év tapasztalattal rendelkezik. A három balti ország - Észtország, Litvánia és Lettország közös gyógyszer-gazdaságtani irányelvet is elfogadott nemrégiben az új gyógyszerek támogatási körbe történő befogadására.

### *Reformok*

Észtországban az elmúlt évtized reformjainak kiemelt célja volt az alapellátás és a házi orvosok státuszának megerősítése, valamint a fekvőbeteg-ellátás átfogó fejlesztése. A 2000-ben induló átfogó kórházi stratégiai program tartalmazza a 2015-ig elérendő célkitűzéseket, elsősorban a szociális és a hosszú ápolási idejű egybefonódó szolgáltatások korszerűsítése vonatkozásában. 2001-ben a programnak megfelelően csökkentették az ágyszámot, ami azonban még így is meghaladja az EU átlagát. Növekvő mértékű a co-

payment (vizitdíj, kórházi napi térítési díj, gyógyszerek), kivéve a háziorvost, ahol nem kell önrészesedést fizetni.

Folyamatban van a nemzeti egészségügyi stratégia kidolgozása. A célok közé tartozik a magas színvonalú egészségügyi szolgáltatás hazai igénybevételének támogatása.

## **Források**

Das Gesundheitssystem in der Republik Estland, Lettland. Litauen: In.: Deutsche Medizinische Wochenschrift 2004 (5-14)

[http://www.aok-bv.de/politik/agenda/euerweiterung/index\\_01459.html](http://www.aok-bv.de/politik/agenda/euerweiterung/index_01459.html)

<http://www.euro.who.int/countryinformation/CtryInfoRes?COUNTRY=EST&CtryInputSubmit=>

[http://www.gvi.hu/pdf/GHT\\_EU.pdf](http://www.gvi.hu/pdf/GHT_EU.pdf)

[http://www.eds-destatis.de/downloads/publ/de1\\_jahrbuch2004\\_2.pdf](http://www.eds-destatis.de/downloads/publ/de1_jahrbuch2004_2.pdf)

<http://www.bertelsmann-transformation-index.de/176.0.html>

[http://www.estemb.de/lang\\_6/rub\\_92/rub2\\_2030/rubviide\\_112](http://www.estemb.de/lang_6/rub_92/rub2_2030/rubviide_112)

## LENGYELORSZÁG

### *Gazdasági – politikai háttér*

Lengyelország az átmenet első éveit követően az erőteljes gazdasági növekedés szakaszába lépett. 1995-1997 között GDP-je 6-7%-os növekedést mutatott, majd a nemzetközi viszonylatban jelentkező negatív tendenciák hatására 1998-2000 között az emelkedés 4-5%-ra mérséklődött. A 2001-es alig 1,0%-os stagnálás a strukturális reformok késésének és a kedvezőtlen külső feltételeknek tulajdonítható. 2002-től újra a fellendülés a jellemző tendencia (2004: 5,3%), amely elsősorban az export növekedésén alapul. 2002-ben a GDP/fő 10 522PPP US\$ volt.

Jóllehet Lengyelország a 90-es évek elején gátat vetett a rohanó inflációnak, a pozitív tendencia a továbbiakban meglehetősen lelassult. A nemzeti valuta szabad lebegtetése és a háztartások csökkenő fogyasztása hosszabb távon az infláció fokozatos mérséklődéséhez vezet.

Az ország maastrichti kritériumokhoz viszonyított adatai (2004): államadósság/GDP 45,9%, költségvetési deficit/GDP 5,4%, fogyasztói árindex 3,6%. Ezzel az ország két kritériumot nem teljesít, a költségvetési deficit és a fogyasztói árindex magasabbak a megengedettnél.

Lengyelországban a munkanélküliség 19%-os (2004). A munkaerő-piacon tapasztalható alacsony mobilitás és a felsőfokú végzettséggel rendelkező fiatalok nagy számban való megjelenése nem teszi lehetővé a munkanélküliségi ráta csökkentését.

Lengyelországban az 1989-ben történt rendszerváltás utáni időszakra rányomja bélyegét a pártok sokasága, szétaprózódása, belső harca. 2004-ben a Baloldali Demokratikus Szövetség (SLD) által hozott népszerűtlen intézkedések megingatták a pártot vezető szerepében. Ennek megerősítésére megalakult az SLD-UP-PSL baloldali kormánykoalíció (UP-Munka Uniója, PSL-Lengyel Parasztpárt). A jobboldali pártok közül egyre népszerűbb lett az ellenzékben levő Polgári Platform. Jelenleg az UP által támogatott SLD a legnagyobb parlamenti erő. A frakciót alakító nagyobb pártok a Polgári Platform (PO), a Jog-és Igazságosság Pártja (PiS).

### *Demográfia*

A lakosság stagnál, nemzetközi viszonylatban fiatalnak számít, bár a 90-es évektől az öregedési tendencia itt is jelentkezik. A teljes termékenységi ráta 2002-ben 1,25 volt. Az utóbbi évtizedekben csökkent a csecsemőhalálozás és növekedett a születéskor várható élettartam. A halál okaik statisztikájában a keringési betegségek vezetnek, a daganatok halálozási aránya növekvő tendenciájú, különösen jelentős a májat megtámadó rosszindulatú tumorok száma és viszonylag magas a balesetek, környezeti ártalmak okozta halálozás gyakorisága. Az öngyilkosságok előfordulása a 90-es évek első felében férfiak körében 30%-kal emelkedett, nők esetében stagnált.

### *Egészségügyi rendszer*

Lengyelország egészségügyi rendszere a vajdaságok szerint tagozódó betegpénztárak összevonása révén központosított országos egészségbiztosításon alapul.

#### **Finanszírozás**

2002-ben az egészségügyi kiadások részesedése a GDP-ből 6,1%-ot tett ki. Az egészségügy finanszírozásában az állami kiadások aránya 72,4% volt.

Lengyelországban 1997-ben született törvény az egészségügy és az egészségbiztosítás átalakítására. 2001-ben a központi költségvetés a vajdaságonként tagozódó betegpénztárak mellett a második helyet töltötte be az egészségügyi rendszer finanszírozásában. 2003 januárjában megszületett a lakosság átfogó egészségbiztosításáról szóló törvény, mely az Országos Egészségbiztosító Pénztárat (NFZ) helyezte az egészségbiztosítás élére. Az egészségbiztosítás felügyeletét az egészségügyi miniszter gyakorolja. 2004. október 1-től ismét új egészségbiztosítási törvény hatályos, amely a korábbi törvény alkotmányellenes elemeit célozta kiküszöbölni.

Az NFZ egy központi hivatalból és ennek leágazásaiként, az ország területi tagozódását követő 16 regionális biztosítóból áll.

Az NFZ létrejötte óta az általános egészségbiztosítás kötelező érvényűvé vált, és fedezete minden állampolgárra kiterjed, a keresettel nem rendelkezőkre is. Az állandó jövedelemmel nem rendelkezők, illetve az ország területén élő külföldiek önkéntes alapon fizethetnek járulékot. A kötelezően biztosítottak járulékaik jövedelemfüggőek, ennek aránya a bruttó bér 8,25 %-a (fokozatos emelkedéssel 2007-re eléri a 9%-ot). A teljes járulékot a munkavállaló fizeti.

Lengyelországban a biztosítás fedezete minden állampolgárra kiterjed, így az egészségügyi szolgáltatások mindenki számára ingyenesen hozzáférhetőek. A szabad orvosválasztás azonban csak elvben érvényesül, a beteg által igényelt szolgáltatások – a beutalóköteles szakszolgáltatások is - többnyire informális finanszírozás révén érhetőek el. A betegek 78%-a ad hálapénzt. Az extra szolgáltatások co-payment térítést feltételeznek, a magánorvosi, fogorvosi ellátást a betegek közvetlenül az orvosnak fizetik.

Lengyelországban az állami erőforrások korlátozott volta a magánfinanszírozás igen magas arányához vezetett. 2002-ben a betegek önrészesedése és a különböző nem hivatalos kifizetések az egészségügyi kiadások közel 40%-át tették ki. A magánbiztosítás lehetősége 2002 óta áll fenn a kötelező biztosítás kiegészítéseként.

## Egészségügyi szolgáltatások

### *Alapellátás*

Lengyelországban az egészségügyi alapellátást - mint a beteg számára első konzultációt nyújtó ellátást - egyéni vagy csoportos praxisban dolgozó háziorvosok, illetve ápolónőkből és szülésznőkből álló praxisok végzik. Elsődrendű feladatuk az elsősegélynyújtás, az egyszerűbb egészségi problémák ellátása, valamint a beteg állapota által indokoltá váló kezelések figyelemmel kísérése az egészségügyi rendszerben. A háziorvos elvben kapuóri szerepkört tölt be, mivel beutaló szükséges a szakorvosi és a kórházi ellátáshoz, azonban ez a funkció gyengülőben van amiatt, hogy szakorvosok egész sora kapott engedélyt a betegek beutaló nélküli ellátására. Az alapellátás rendszere – a pályázat révén praxisjogot nyert háziorvosok tevékenysége - az egészségbiztosító felügyelete alatt áll. A háziorvosok díjazása fejkvóta alapján történik, mely tartalmazza a rendelő fenntartásának költségeit, illetve függ az ellátandó betegek korösszetételétől. A háziorvosok az önkormányzatok megbízásából pénzalapkezelői funkciót töltenek be. Sok háziorvos önálló vállalkozóként tevékenykedik, de többségükben nem ezt a formát választják.

### *Járóbeteg-szakellátás*

A járóbeteg-szakellátás szakszolgáltatásokat, diagnosztikai ellátást, fogászati kezelést nyújt a betegek számára. A járóbeteg-ellátásban dolgozó orvosok önálló vagy csoportpraxisban, illetve integrált egészségügyi központokban tevékenykednek. Közülük sokan önálló vállalkozók, de vannak, akik (30%) magánpraxisukat intézményi tevékenységükkel párhuzamosan folytatják. A biztosítottak az orvosok közül az erre felhatalmazottakat közvetlenül felkereshetik, másokhoz háziorvosi beutaló szükséges. A járóbeteg-ellátásban nyújtott szolgáltatások finanszírozására a szolgáltatásokon alapuló díjazás jellemző.

### *Fekvőbeteg-ellátás*

A kórházak túlnyomó része 1999-ig állami tulajdonban volt, majd az önkormányzatok tulajdonába került. A fekvőbeteg-ellátásban a privatizáció aránya elenyésző, körülbelül 30 kórház van magántulajdonban. Nincs kórházprivatizációs program, egyes kórházak visszakérültek eredeti tulajdonosukhoz (egyház, egyéb nem kormányzati szervezet), illetve elvélve előfordul a kórházak között profit-orientált létesítmény. A kórházi szektor finanszírozásában a kórházi felvétel szerinti finanszírozás érvényesül, mely független a diagnózistól,

viszont az ápolási idő, a betegség által indokolt kórházi ellátási szint és a kórházon belüli szolgáltatások típusa határozza meg.

## *Egészségügyi dolgozók*

Az ország orvosellátottsága 2000-ig csökkenő tendenciájú volt, majd 2001-ig növekedés volt tapasztalható. 2001-ben az országban 86 608 orvos tevékenykedett, a 100 ezer lakosra jutó orvosok száma 224 volt. Az orvosok számaránya elmaradt az EU-15 és az EU-10 átlagától. Az ápolónők számában a 90-es évekig mutatkozott erőteljes növekedés.

## *Gyógyszerpiac*

Lengyelországban a gyógyszerek árát tárgyalásokon határozzák meg. A gyógyszerek térítése függ a gyógyszer típusától és bizonyos betegségcsoportoktól. Egyes betegségek esetén (TBC, mentális problémák, fertőző betegségek, függőség kezelése) a gyógyszerelés térítésmentes. A felírt gyógyszerek támogatása függ a betegségtől, az életkortól, a beteg szociális helyzetétől. A gyógyszerek támogatásáról az Egészségügyi Minisztérium dönt. Az alapvető gyógyszerek ára a minimálbér 0,05%-ában meghatározott átalánydíj volt 2001-ben, a kiegészítő gyógyszerlistán szereplő patikaszeresek térítése 30-50% között mozgott. Az állami gyógyszer-támogatás csak a legolcsóbb gyógyszer árát fedezte az azonos hatásmechanizmusú gyógyszerek közül.

## *Reformok*

Lengyelországban hatékonyságot növelő piaci mechanizmusokkal és a privatizáció számára nagyobb teret biztosító intézkedésekkel kívánják mindenki számára elérhetővé tenni az igényeknek megfelelő egészségügyi ellátást. Az állami, a magán és az informális szektor egybefonódása és ennek megoldása azonban még számos reformintézkedést tesz szükségessé.

A kormány a centralizálásban látja az anyagi erőforrások áttekinthetőbbé tételét, a szolgáltatások jobb elérhetőségét és a rendszer hatékonyabb működtetését.

Ezt a célt szolgálta a közfinanszírozásból fedezett egészségügyi szolgáltatásokról szóló törvény, amely 2004 augusztusában jelent meg. A kormány meghatározta azokat a legfontosabb feladatokat, amelyek a törvény sikeres életbe léptetéséhez nélkülözhetetlenek: a pénzeszközök regionális elosztásához a módszerek és kritériumok kidolgozását, orvos-technológiai elemző iroda létrehozását, a várólisták összeállításához és monitorozásához szükséges alapelvek előírását. A kötelező biztosításból fedezett szolgáltatások listáját két éven belül publikálják. A kormány irányításával folyamatban van az állami egészségügyi ellátásról és az állami egészségügyi intézmények átalakításáról szóló törvény tervezetének előkészítése, amelynek fontos eleme az adósságmentes gazdálkodásra való ösztönzés. A finanszírozás átláthatóbbá tételének céljából ún. Zöld Könyvet adtak ki, amely a költségek struktúrája és dinamikája, valamint az egészségügyi ellátás iránti kereslet közötti összefüggések elemzésével a finanszírozási eszközök racionális felhasználását, a korrupció elleni intézkedések végrehajtását segíti elő.

## **Források**

Health Care Systems in Transition. Poland. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1-58.

Highlights on Health in Poland. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2001

Poland's Health Reform: Politics, Markets and Informal Payment. = Journal of Social Policy. Jan.

2002, 1-11. p.

[http://europa.eu.int/comm/employment\\_social/social\\_protection/](http://europa.eu.int/comm/employment_social/social_protection/)

<http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr>

<http://www.nfz.gov.pl/ue/drukuj.php?artnr=716czartnr=2&drukuj=1>

## LETTORSZÁG

### *Gazdasági - politikai háttér*

A lett gazdaság 1998 óta folyamatos növekedést mutat, a legtöbb makroökonómiai adat pozitív változást jelez és meghaladja a közép-európai átlagot. Lettország egy főre jutó GDP-értéke 2002-ben 9210 USD volt (vásárlóerő paritáson), amely a legalacsonyabb az újonnan csatlakozott országok között. Lettország is azok közé az országok közé tartozik, ahol az elmúlt években folyamatos volt a GDP-arányos államháztartási hiány mérséklése és melyek teljesítették a 3% alatti GDP-arányos hiány feltételét. Az infláció mértékét illetően nem felel meg a maastrichti kritériumoknak Lettországban, mivel 2004-ben 6,2%-volt a fogyasztói árindex. Az infláció megugrása az EU csatlakozás utáni időszak következménye. A tavalyi évben a gazdasági növekedés mértéke a három balti ország közül 8,5%-kal Lettországban volt a legmagasabb. Az export növekedés erőteljes és itt is megfigyelhető a nettó tőkebeáramlás erősödése. A gazdasági fellendülés egyre több munkahelyet teremt, a munkanélküliségi ráta 2004-ben 10,4%, ami az ezt megelőző két évhez képest csökkenő tendenciát mutat, de még így is magas.

Lettország parlamentáris köztársaság és az országban demokratikus rendszer van. 1993. július 6-án a lett törvényhozás visszaállította az 1922-es alkotmányt. Az 1998 és 2000 közötti kormányciklusban a parlamentben három kormányfő váltotta egymást a privatizációs botrányok miatt. A 2002. novemberében a győztes liberális Új Korszak párt vezetője alakított jobbközép koalíciós kormányt a Haza és Szabadság Konzervatív Szövetséggel és a Zöldek és Földművesek Szövetségével. 2004. március 9-én a Zöldek és Földművesek Szövetségének vezetője alakított kormányt a Néppárttal és a kereszténydemokrata Lettország Első Pártjával. 2004. december 2-án újabb kormánykoalíció jött létre. Az új koalíció a liberális Új Korszak pártból, a Néppártból, a Zöldek és Földművesek Uniójából és Lettország Első Pártjából alakult meg.

### *Demográfia*

A lakosság egészségi állapotát nagymértékben meghatározza az alacsony életszínvonal és a szűkös anyagi körülmények, melyek sokszor nem teszik lehetővé a betegek kezelését, a gyógyszerelést. A lakosság száma csökkenő tendenciát mutat, a balti országok között a legnagyobb csökkenés itt tapasztalható. A születéskor várható élettartam Lettországban a legalacsonyabb, 2002-ben 70,46 év volt, ez férfi/nő bontásban 64,76, illetve 76,08 évet jelentett. A termékenységi ráta Lettországban 1998-ban 1,28, 2002-ben 1,23-ra csökkent. A kormegoszlásra jellemző az idősek arányának növekedése. A vezető halálokok a kardiovaszkuláris megbetegedések, rosszindulatú daganatok. A légzőrendszer betegségei közül a balti országokban itt a legmagasabb a tuberkulózis incidenciája. 2002-ben 77,1 esetet tett ki 100 000 lakosra számítva. A csecsemőhalandóság az elmúlt tíz év alatt jelentősen csökkent az egészségügy átalakításának következtében, 2002-ben ezer élveszületésre számítva 9,85 volt. Nagy kihívásnak számít a TBC és az AIDS leküzdése, hisz ezek aránya a balti államok közül itt a legmagasabb. Az HIV fertőzések száma növekvő tendenciát mutat (1995: 21 új megbetegedés/2003: 403 új megbetegedés). Magas a külső okok, sérülések, öngyilkosságok okozta halálozás. Kiugró a gyermekkori sérülések okozta halálozás Lettországban (38,4/100 ezer 1-14 éves gyermek hal meg ily módon).

### *Egészségügyi rendszer*

Lettországban az egészségügyi rendszer számos változáson ment át az 1990-es években, és jöhet 1994-ben újra visszaállították az egészségbiztosítás különböző szintekre lebontott formáit, a rendszer anyagi háttere továbbra is az adókból származó állami bevételre alapul.

Az egészségbiztosítók recentralizációjának eredményeként 1998-ban megalakult a Jóléti Minisztérium által felügyelt Állami Kötelező Egészségbiztosítási Iroda, melynek feladata a költségvetési keretek elosztása a 8 regionális biztosító között, illetve a harmadlagos ellátás és a speciális egészségügyi programok közvetlen finanszírozása, valamint az egész ország központi gyógyszerbeszerzése egy pozitív lista alapján.

A lett lakosság, az ország területén állandó lakhellyel rendelkező személyek, valamint akik fél évig fizettek személyi jövedelemadó Lettorszában jogosultak az évente kiadott „Alapvető ellátási program”-ban foglaltak szerint az államilag finanszírozott szolgáltatások viszonylag szűk körének – sürgősségi ellátás, akut és krónikus ellátás, immunizálás, anyasági ellátás, fertőző betegségek megelőzése és kezelése – igénybevételére. A biztosítás által fedezett alapsomag a csak a csomagba nem tartozó szolgáltatásokat nevesíti tételesen. Ingyenes ellátás csak a 18 év alattiaknak jár, általában a betegek költségeinek negyedét teszi ki a co-payment kiadás. Bizonyos nagy értékű beavatkozásokat, mint a csípőprotézis, csak piaci értéken vehetnek igénybe a betegek. A fogorvosi szolgáltatások és gyógyszerek jelentős része szintén teljesen aron vehető igénybe.

## Finanszírozás

Az újonnan csatlakozott országok közül Lettország a GDP 4,9%-át fordította 2002-ben az egészségügy finanszírozására. Nincs járuléka Lettorszában, ahol az általános adórendszeren keresztül fizetik a hozzájárulást. Az egészségügyi költségvetést, melyet az előző évi számvetésből kiindulva a kormány határoz meg, az Állami Kötelező Egészségbiztosítási Iroda mint központi biztosító osztja el a 8 regionális biztosító között az általuk szerződéses keretek között ellátott lakosság létszáma és korstruktúrája szerint. Az egészségügy anyagi erőforrásai a központi szinten gyűjtött jövedelemadókból (ezek 28,4%-a van elkülönítve az egészségügyi ellátásra), az egyéb adókból befolyó általános állami bevételeken alapuló támogatásokból és a betegek informális hozzájárulásaiból állnak. A statisztikák szerint az anyagi erőforrások százalékos megoszlása csak hozzávetőlegesen állapítható meg: eszerint 79%-ot az adóbevételek, 21%-ot (más becslések szerint 39%-ot) a betegek közvetlen térítései tesznek ki.

Elméletileg Lettország minden állandó lakosa a kötelező egészségbiztosítás fedezetében részesül, valójában szűkös anyagi helyzete miatt a betegek – különösen a nők – nagy része még az alapprogramban foglaltak szerint sem jut megfelelő ellátáshoz. 1995 óta létezik magánbiztosítás is, mely választási lehetőséget és színvonalas ellátást kínál a betegeknek, ennek költségei viszont a többség számára megfizethetetlenek.

## Egészségügyi szolgáltatások

### *Alapellátás*

A városi lakosság alapellátását a kilencvenes évek elejéig a poliklinikák biztosították, a vidéki lakosság rendelkezésére pedig belgyógyász szakorvosok, nővérek vagy felcserek álltak. 1992-ben nyert létjogosultságot a háziiorvosi ellátás önálló vagy közös praxison alapuló modellje, bár az elsősorban a független praktizálást előtérbe helyező gyakorlat még messze nem általános.

2003-ig a lakoságnak mindössze 80%-a volt bejegyezve valamely háziiorvosi körzetbe. A betegek számára nem egyértelmű, hogy mely szolgáltatások térítésmentes igénybevételére jogosultak, így mivel időben nem fordulnak orvoshoz, állapotuk sok esetben fekvőbeteg-ellátás keretében történő sürgősségi ellátást igényel.

A lett egészségpolitika fontos célkitűzése az alapellátás fejlesztése. Az alapellátás reformjának köszönhetően a háziiorvosi szakvizsgával rendelkezők orvosok száma tíz év alatt jelentősen növekedett. Szabadon lehet háziorvost választani.

Az alapellátás díjazása a regionális biztosítók révén a fejkvótából kiinduló vegyes finanszírozás alapján történik. Ez tartalmazza azt az összeget, mely részben az alapellátást biztosító orvos honorálására, részben az asszisztenciára, részben pedig a háziiorvosi beutalóval igénybe vett szakellátásra fordított költségek fedezésére szolgál. Ez a finanszírozási mechanizmus az alapellátás igénybevételére ösztönöz, de ellenérzést vált ki a betegekben, akik ennek révén megfosztva érzik magukat a járóbeteg-ellátás alapvető szolgáltatásaitól.

### **Járóbeteg-szakellátás**

A szakorvosi ellátáshoz háziorvosi beutalóra van szükség, ennek hiányában a betegek költségterhe erőteljesen megnő. Az ambuláns ellátást egészségügyi centrumokban foglalkoztatott orvosok nyújtják (a centrumok részben az orvosok tulajdonában, részben állami tulajdonban vannak). Ezenkívül magánorvosként praktizáló orvosok ill. csoportos praxisok is nyújtanak ambuláns ellátást. Az ambuláns ellátásban pontrendszer alapján, tételes finanszírozást alkalmaznak, amelyet egyre inkább a háziorvosi finanszírozásnál említett fejkvóta, fund holding rendszerrel váltanak fel (a beutalt beteg után a háziorvos fizet a szakorvosi ellátásért). A beutaló nélkül igénybe vehető szakorvosi ellátás (pszichiátria, endokrinológia, fogászat stb.) finanszírozása elkülönített forrásból történik.

### **Fekvőbeteg-ellátás**

Lettország fekvőbeteg-ellátásának helyszínei az állami, önkormányzati és a magánkórházak. A magas fokú műszerezettséget igénylő speciális ellátást nyújtó központok a fővárosban működnek és kiemelt támogatást élveznek.

A kilencvenes évek óta a kórházi ágyak számában jelentős csökkenés mutatkozik. Ez a tendencia különösen az önkormányzati tulajdonban lévő létesítményekre jellemző, a privát ágyak száma az ezredfordulón még növekedést is mutatott. A közkórházak többnyire nonprofit szervezeti formában működnek, esetenként alkalmazottak tulajdonában vannak. A kórházakban az orvosok a kórházak vezetése által meghatározott fizetésben részesülnek. A regionális betegbiztosítási alapok a kórházak finanszírozását részint 64 diagnózis csoport (DRG), részint kórházi nap alapján, illetve pontrendszer szerint végzik.

## **Egészségügyi dolgozók**

Az orvosok száma Lettorszában a 90-es évek óta csökkenő tendenciát mutat. 1998-ban 7378 orvos tevékenykedett az országban, 2002-re ez a szám 6993-ra csökkent. Hasonlóképpen erős csökkenés volt megfigyelhető az ápolók és szülésznők körében is.

Az alapellátás reformjának köszönhetően az elmúlt tíz év során megszorodott a háziorvosként praktizálók száma (1993: 49/2002:1027).

## **Gyógyszerpiac**

Az Egészségügyi Minisztérium feladata a gyógyszerár-szabályozás. Szabályozzák a nagy- ill. kiskereskedelmi árrést is Lettorszában. Az árakat tárgyalásokon döntenek el. Az ártámogatás megállapításánál a betegségeket kategorizálják és a legsúlyosabbak teljes mértékű támogatást kapnak, a kevésbé súlyosak 70 ill. 50%-os támogatásban részesülnek. A három balti ország - Észtország, Litvánia és Lettország - közös farmako-ökonomiai elvet fogadott el az új gyógyszerek támogatási körbe fogadására.

Lettországban kizárólagosan gyógyszerész üzemeltethet gyógyszertárat. Bizonyos OTC-készítmények normál kiskereskedelmi forgalomban is kaphatóak. Létrehozhatók gyógyszertári láncok. A gyógyszerek internetes forgalmazása itt is tilos.

## **Reformok**

Lettországban a jelenleg napirenden lévő egészségügyi reform célja egy olyan betegorientált, racionális és mindenki számára hozzáférhető egészségügyi rendszer megteremtése, melynek alappillérijűl az alapellátás szolgál, és melyben kiemelt helyet kap az átfogó, hatékony és egységes betegségmegelőzés és az egészségmegőrzés. Az alap- és járóbeteg ellátásban privatizációs törekvések figyelhetőek meg. A kardiológiai, szívsebészeti területeken sikeresen alakítottak ki jól felszerelt intézményeket, melyek teljesítőképessége nagy. A klinikai rendszer megfelel az EU-s előírásoknak. Saját transzplantációs programot alakítottak ki 2002-ben.

2003-ban megjelentették a járó- és fekvőbeteg ellátás strukturális terve elkészítésének módszertani irányelveit (szolgáltatók típusa, száma, elhelyezkedése), amelyet a területi-szerkezeti fejlesztés alapjának szánnak.

Rendelkezéseket hoztak a gyógyszerkiadások csökkentésére (az olcsóbb készítménnyel történő helyettesítés az orvosi tiltás hiányában a gyógyszerésznek is joga).

## **Források**

Das Gesundheitssystem in der Republik Estland, Lettland. Litauen: In.: Deutsche Medizinische Wochenschrift 2004 (5-14)

[http://www.aok-bv.de/politik/agenda/euerweiterung/index\\_01459.html](http://www.aok-bv.de/politik/agenda/euerweiterung/index_01459.html)

<http://www.euro.who.int/countryinformation/CtryInfoRes?COUNTRY=EST&CtryInputSubmit=>

[http://www.gvi.hu/pdf/GHT\\_EU.pdf](http://www.gvi.hu/pdf/GHT_EU.pdf)

[http://www.eds-destatis.de/downloads/publ/de1\\_jahrbuch2004\\_2.pdf](http://www.eds-destatis.de/downloads/publ/de1_jahrbuch2004_2.pdf)

<http://www.bertelsmann-transformation-index.de/181.0.html>

[http://www.estemb.de/lang\\_6/rub\\_92/rub2\\_2030/rubviide\\_112](http://www.estemb.de/lang_6/rub_92/rub2_2030/rubviide_112)

## LITVÁNIA

### *Gazdasági - politikai háttér*

Litvániában az egy főre számított GDP 2002-ben 10 320 USD (PPP) volt. A litván gazdaságra is jellemző a balti országok erőteljes növekedése. 2004-ben a gazdasági növekedés mértéke 6,7% volt. Litvánia gyorsuló importja háttérben jórészt a beruházási célú gépimport megrövidítése figyelhető meg, s gyarapodás jellemzi a külföldi befektetéseket is. A munkanélküliségi ráta csökkenő tendenciájú, 2004-ben 11,4% volt. Litvánia maradéktalanul teljesíti a Maastrichti kritériumokat. Tartósan alacsony 1,1 % körüli árindekszel rendelkezik, s az elmúlt évekre jellemző folyamatos GDP-arányos államháztartási hiány mérséklése következtében a GDP-arányos hiány 2,6%, a GDP arányos államadósság 21,1% volt 2004-ben.

Litvánia államformája köztársaság. Az ország függetlenségét 1990. március 11-én nyerte vissza. Két évvel később új alkotmányt léptettek életbe, és szabad választásokat tartottak. Alkotmánya 1992. október 25-től van érvényben. Az aktuális politikai események előzménye az elnök elmozdítása államfői posztjáról 2004 áprilisában, a litván parlament segítségével, ennek oka az elnök alkotmányértéke volt. Az új elnökválasztásra 2004. júniusában került sor. Az államfő az októberi választások után a szociáldemokraták jelöltjét nevezte ki az ország miniszterelnökének. 2004 decemberében megalakult az új négypartis koalíció-kormány. Az új kormánykoalíció a Litván Szociáldemokrata Pártból, az Új Szövetség-Szociálliberalisok pártjából, a Munka Pártjából, valamint a Földművelők és Új Demokrácia Szövetségből áll.

### *Demográfia*

A lakosság számának folyamatos csökkenése figyelhető meg. A lakosság egészségi állapotát erősen meghatározzák a szociális és a földrajzi vonatkozások. A szív-érrendszeri problémák okozta mortalitás vidéki területeken jelentkező meglehetősen magas rátái fordított arányban állnak az érintett lakosság iskolázottsági fokával.

A születéskor várható élettartam 2002-ben 71,96 év volt, ez férfiak esetében 66,24, nőknél pedig 77,63 évet jelentett. Az anyai mortalitás 100 ezer élveszületésre 2002-ben 19,9 volt, a csecsemőhalálozás pedig ezer élveszületésre számítva 7,93. Vezető halálokok közé tartoznak a kardiovaszkuláris és a daganatos megbetegedések. A tuberkulózis incidenciája magas, 2002-ben 69,6 esetet tett ki 100 000 lakosra számítva. Ugyanekkor a klinikailag diagnosztizált új AIDS-es megbetegedések aránya 0,26/100 000 volt. Kimagaslóan magas Litvániában az öngyilkosságok száma.

### *Egészségügyi rendszer*

Litvánia egészségügye biztosítás alapú rendszerben működik.

Az 1996 óta decentralizált egészségügyi rendszer a szolgáltatásvásárlók és a szolgáltatók elkülönülésén és a szerződéses viszonyon alapuló modellek felé való elmozdulást képviseli. Az egészségügyi ellátás rendszerének általános felügyeletét az Egészségügyi Minisztérium az Állami Betegbiztosító Pénztár révén látja el. Az Állami Betegbiztosító Pénztár irányítása alá tartozik az országban működő 10 megyei egészségügyi központ és ennek mintegy 50 helyi szintű létesítménye. Míg a kórháztervezés és működtetés megyei hatáskört képvisel, addig az alapellátás irányítása a helyhatóságok feladata.

Az egészségügyi rendszer alanyi joggal garantálja az ország minden állandó lakosa számára a sürgősségi ellátást, a kötelező egészségbiztosítás alapján pedig (mellyel a lakosság több, mint 99%-a rendelkezik) az egészségügyi szolgáltatásoknak a megelőzéstől a rehabilitációig terjedő körét.

## Finanszírozás

Litvániában 2002-ben az egészségügyre fordított kiadások a GDP 5,7 %-át tették ki. Fő anyagi forrásait egyrészt a biztosítottak kötelező egészségbiztosítási járuléka, másrészt a költségvetés biztosítottak után nyújtott támogatása képezik. A munkáltató a bruttó jövedelem 17%-át fizeti be járulékként, további 3%-ot pedig a munkavállaló fizet (a biztosítottak évente és foglalkozási kategóriánként változó mértékű járulékot fizetnek). A 18 éven aluliak, diákok, szociális juttatásban részesülők költségeit az állam vállalja fel.

Magánbiztosítás is köthető, de ez csak a kötelező biztosítás kiegészítésére szolgál olyan esetekben, pl. ha a beteg fekvőbeteg-ellátása során – választása szerint – a felírtnál költségesebb gyógyszert vagy gyógyászati segédeszközt kíván igénybe venni. Az összes egészségügyi kiadás mintegy 26,5%-át teszik ki a lakossági kifizetések (gyakorik az informális kifizetések is), ugyanakkor hivatalosan előírt co-payment csak esetlegesen fordul elő. Az állam által garantált egészségügyi szolgáltatások anyagi háttérét (állami kiadások) - a hivatalos statisztikák szerint - 90%-ban az állami egészségbiztosítás, 10%-ban az állami, illetve a helyhatóságokra lebontott költségvetések képezik.

## Egészségügyi szolgáltatások

### *Alapellátás*

Litvánia alapellátásának tervezése és irányítása az önkormányzatok hatáskörébe tartozik. Az alapellátáshoz tartozó szolgáltatásokat nyújtó létesítmények önkormányzati tulajdonban vannak. Az alapellátás az országban helyi szinten nyújtott, alapvető általános orvosi ellátást jelenti, feladatai és ezek helyszíne rendkívül változatos. Az alapellátáshoz tartozik a családorvosláson kívül a sürgősségi ellátás, a hosszú távú gondozás és az elme-egészségügyi ellátás is. Az alapellátást képező szolgáltatások körének megfelelően ezek helyszíne is rendkívül változatos. Alapellátást nyújthatnak egészségügyi központok, háziorvosi rendelők, iskolaorvosi és paramedikális centrumok, járóbeteg-ellátó rendelőintézetek, nővédelmi létesítmények, ápolási otthonok, valamint a mentőszolgálat. Ez utóbbi 2002-ig az alapellátáshoz tartozó szolgáltatások mintegy 70%-át nyújtotta a lakosság számára.

A háziorvosok kapuőri szerepkört töltenek be, a betegek csak az ő beutalójukkal juthatnak szakorvosi ellátáshoz. Az alapellátás finanszírozása fejkvóta alapján történik, melynek kalkulálásánál az ellátandó lakosság korösszetételét (4 korcsoportot) és területi megoszlását is figyelembe veszik. Alapellátás magánrendelőben magánorvosok által is nyújtható. Ennek formája többségében egyéni vagy kisebb, orvosi tulajdonban lévő csoportpraxis, melyhez a rendelőt az állami létesítményektől bérlik.

### *Járóbeteg-szakellátás*

Litvániában a járóbeteg-szakellátás nem különül el élesen az alapellátástól, mivel helyszíne sok esetben megegyezik. A tradíciókat követő rendelőintézetek, a helyhatóságok által újabban létesített alapellátó központok és az egy-két fős háziorvosi privátpraxisok versenyeznek a többségében az állami egészségbiztosításból finanszírozott rendszeren belül. Ezzel együtt egyre több magánszolgáltató jelentkezik a járóbeteg-ellátásban, akik jelentős szerepet játszanak a lakosság ellátásában bizonyos szakterületek (fogászat, nőgyógyászat, elmeorvosászat stb.) vonatkozásában. A járóbeteg szakorvosi ellátás finanszírozása a nyújtott szolgáltatás alapján történik.

### *Fekvőbeteg-ellátás*

Litvániában fekvőbeteg ellátás alapszolgáltatásait az általános kórházak biztosítják. A magasfokú műszerezettséget igénylő szolgáltatások helyszínei az egyetemi klinikák. A litván egészségügyi létesítmények nagy része az állami egészségbiztosítással szerződésben álló non-profit intézmény, melynek tulajdonosa az egészségügyi kormányzat, illetve ennek területi szintű hatóságai. A 90-es években a kórházakat a privatizáció előtérbe kerülése mellett sem privatizálták, és ezt továbbra sem tervezik.

A fekvőbeteg-ellátásban nyújtott szolgáltatások költségvonzatait esetekre lebontva állapítják meg. A nyújtott kezelés típusát, a szolgáltatás komplexitását és a beteg korát figyelembe vevő 40 esettípus szerinti finanszírozás az ápolási idő csökkenéséhez, egyben a betegfelvételek számának növekedéséhez vezet. A kórházi, illetve szakorvosi ellátás beutalóval történő igénybevétele térítésmentes, beutaló hiányában viszont közvetlen térítést igényel. Elterjedt, bár nem hivatalos gyakorlat, hogy a kórházak a gyógyszerköltségeket és a szükséges gyógyászati eszközök költségeit a betegekre hárítják át.

## Egészségügyi dolgozók

Litvánia orvosainak számában a 90-es évek közepétől folyamatos csökkenés tapasztalható. 2000-ben a visszaesés különösen nagy mértékű volt, majd a csökkenő tendencia tovább folytatódott. A 100 ezer lakosra jutó orvosszám még így is meghaladja az EU-15 és az EU-10 átlagát.

Az 1990-es években az egészségügyi dolgozók – köztük ápolónők, szülésznők – száma még nagyobb arányban csökkent, mint az orvosoké. A tendencia az alacsony jövedelmeknek és a születésszám visszaesésének tulajdonítható, bár az egészségügyi dolgozók számaránya még így is nagyobb, mint az Európai Unióban tapasztalt értékek.

## Gyógyszerpiac

Litvániában a gyógyszerek engedélyezése az Egészségügyi Minisztériumhoz tartozó Állami Gyógyszerfelügyelet hatáskörébe tartozik. A gyógyszerár szabályozás keretében az állam szabályozza a nagy- és kiskereskedelmi árrést. A gyógyszerek elvben ingyenesek a fekvőbeteg-ellátásban, viszont a járóbeteg-ellátásban teljes térítéses gyakorlatilag a betegek 60%-a számára. Csak a vényköteles gyógyszerekre jár támogatás a referenciaár mértékéig, az azonos hatásmechanizmusú generikumok átlagos költségvonzatáig. A lakosságot terhelő gyógyszerköltségek megkétszereződtek 1995 óta, így a hazai gyógyszerelőállítás - mint a költségeket mérséklő tényező - kérdése prioritásként jelentkezik a gyógyszerár politikában.

Gyógyszertári láncok létrehozhatók. A gyógyszerek internetes forgalmazása tilos.

## Reformok

Litvánia reformtörekvései - a lakosság egészségmegőrzésének kiemelt kezelése, az egészségügyi szolgáltatások szerkezeti átalakítása, a költségek visszaszorítása és a hatékonyság növelése - a jelenleg érvényben lévő finanszírozási rendszer radikális reformjára épülve vezethetnek eredményre. Az ehhez szükséges intézkedések: kedvező feltételek megteremtése a magánbiztosítás számára, a keresletet korlátozó kvótákat felváltó alternatív mechanizmusok bevezetése, az egészségügyi szolgáltatások és a gyógyszerek állami finanszírozásának átláthatóvá tétele és az adminisztrációs akadályok leküzdése.

Az egészségügyi szolgáltatás-struktúra megváltoztatásának célja a kórházi ágyak csökkentése, átalakítása, valamint a sürgősségi ellátás és az alapellátás fejlesztése. Az alapellátásban kísérlet indult a finanszírozás módjának változtatására, a fejpénz és minőségi indikátorok (hospitalizáció csökkenése, immunizáció szintje) alapján nyújtott kiegészítés valamint szolgáltatás szerinti díjazás kombinációjának alkalmazására.

## Források

Das Gesundheitssystem in der Republik Estland, Lettland. Litauen: In.: Deutsche Medizinische Wochenschrift 2004 (5-14)

[http://www.aok-bv.de/politik/agenda/euerweiterung/index\\_01461.html](http://www.aok-bv.de/politik/agenda/euerweiterung/index_01461.html)

<http://www.euro.who.int/countryinformation/CtryInfoRes?COUNTRY=LTU&CtryInputSubmit=>

[http://www.gvi.hu/pdf/GHT\\_EU.pdf](http://www.gvi.hu/pdf/GHT_EU.pdf)

[http://www.eds-destatis.de/downloads/publ/de1\\_jahrbuch2004\\_2.pdf](http://www.eds-destatis.de/downloads/publ/de1_jahrbuch2004_2.pdf)

<http://www.bertelsmann-transformation-index.de/175.0.html>

[http://europa.eu.int/comm/employment\\_social/soc-prot/social/lithuania\\_final.pdf](http://europa.eu.int/comm/employment_social/soc-prot/social/lithuania_final.pdf)

<http://www.euro.who.int/document/e72373.pdf>

<http://www.freema.org/Projects/Health.phtml>

## MAGYARORSZÁG

### *Gazdasági-politikai háttér*

A rendszerváltás utáni kilencvenes évek Magyarországot átmeneti, súlyos gazdasági visszaesés, munkanélküliség és társadalmi polarizáció jellemezte. Az ezredforduló körül a gazdasági fejlődés felgyorsult (3-5%-os sávban mozgott, 2004-ben 4% volt), esélyt nyitva az ország Nyugat-Európához való felzárkózásához.

2003-ban az egy főre jutó GDP 1883,6 ezer Ft, 7233 euró, vásárlóerő paritáson 15 150 USD. 2002-ben az egy főre jutó GDP vásárlóerő paritáson az EU15 átlagának 51%-a. Magyarország az egy főre jutó GDP terén előkelő helyet foglal el a csatlakozott országok között.

A munkanélküliségi ráta 2004-ben 6,3%, az infláció mértéke 6,8%. 2004-ben a Maastrichti kritériumoknak való megfelelés csak a GDP százalékában kifejezett államadósság tekintetében érvényesült (59,9%). Sem a 6,8%-os éves infláció, sem a 5,5%-os GDP-arányos államháztartási hiány, sem a 8,1%-os átlagos hosszú lejáratú kamatláb nem felel meg az euróövezeti feltételeknek. Összességében 2004-ben a folyó fizetési mérleg és az államháztartás együttes hiánya kelet-európai csatlakozott országok közül Magyarországon volt a legnagyobb.

Magyarország államformája parlamentáris köztársaság. A békés rendszerváltást követően az első szabad többpárti választásokat 1990-ben tartották az országban, akkor hatpárti parlament alakult, s a Magyar Demokrata Fórum, mint legnagyobb parlamenti párt a Független Kisgazdapárttal és a KDNP-vel alakított jobbközép koalíciós kormányt. A négyévente tartott választások eredményeképpen 1994-ben a balközép Magyar Szocialista Párt és a liberális Szabad Demokraták Szövetsége, 1998-ban a jobbközép FIDESZ, a FKGP és az MDF, 2002-ben ismét az MSZP és az SZDSZ alakított kormányt. 1994-ben és 1998-ban is 6-6 párt került a parlamentbe. 2002 óta a kormányzó pártokon kívül parlamenti tényező még a legnagyobb ellenzéki párt, a FIDESZ és az MDF. Magyarország politikai rendszere stabil, eddig minden koalíció kitöltötte négyéves mandátumát, nem voltak idő előtti parlamenti választások.

### *Demográfia*

A népesség a nyolcvanas évek eleje óta folyamatosan csökken az egyre alacsonyabb születési arány és a magas halálozási arány következtében. Magyarország korfája fogyó jellegű, alapja egyre szűkül a születésszám jelentős csökkenése következtében. Az idősebb korosztályhoz tartozók számának és arányának növekedése a népesség elöregedésének folyamatát tükrözi.

A magyar lakosság egészségi állapotának mutatói – több évtizede – rendkívül kedvezőtlenül alakulnak. Egyes megbetegedések, halálokok tekintetében az ország negatív értelemben kiemelkedő helyet foglal el a nemzetközi statisztikákban. A megbetegedési és halálozási viszonyok az elmúlt évtizedben sem mutattak számottevő javulást. A születéskor várható átlagos élettartam messze elmarad az Európai Unió tagállamainak mutatóitól, 2003-ban 72,4 év.

A csecsemők életesélyei, késéssel ugyan, de hasonlóképpen javultak, mint a fejlett nyugati országokban. Az ezer élveszületésre jutó csecsemőhalálozás 2003-ban 7,3 volt, azonban még így is meghaladja az EU-átlagot. Az életesélyek a 35 évnél fiatalabb népességben soha nem voltak olyan jók, mint manapság, 35 és 64 év között azonban a férfiak továbbélési valószínűsége nagymértékben rosszabbodott a legutóbbi három évtizedben. Az idő előtti halálozások száma és aránya igen nagy, az összes meghalt férfi 40%-a és a nők 20%-a 65 éven aluli (2002).

Általában a korai halálozás magas mértékére vezethető vissza, hogy a 100 ezer főre jutó elvesztett potenciális életek száma mind a férfiak, mind a nők esetében igen magas (2003-ban férfiak esetében 11 675 év, nők esetében 5230 év volt). Magyarországon a legtöbb életév elvesztésével járó halálokok a daganatok, a keringési rendszer betegségei, a külső okok (balesetek, mérgezések, erőszak) és az

emésztőrendszer betegségei. A haláloki struktúrában leggyakoribb halálokokként 2003-ban együttes arányuk 93,8%.

A halálozások több mint a fele a keringési betegségeknek tulajdonítható, melyből a koszorúér-betegség a legfőbb halálok. A rosszindulatú daganatos betegségek okozta halálozás évtizedek óta rendkívül magas, ebben hazánk vezető helyet foglal el az európai régióban. A daganat-lokalizációk közül legnagyobb a halálozási aránya a légcső, a hörgő és a tüdő rosszindulatú daganatainak. Az elmúlt évtizedekben jelentős mértékben megnőtt az ajak, szájüreg és garat rosszindulatú daganatai okozta halálozás, a növekedés mindkét nem esetén tapasztalható, és egyre fiatalabb korban jelentkeznek. Az emésztőrendszer betegségei okozta halálozás az elmúlt két évtizedben igen jelentős mértékben növekedett. Mióta a statisztika nyomon tudja követni, a magyarországi öngyilkossági arány nemzetközi összehasonlításban igen magas volt. 1990-es évek elejétől folyamatosan csökkent, ugyanakkor a mutató értéke még mindig magas, egyike a világon legmagasabbaknak. A légzőrendszeri betegségek okozta halálozási arányok kedvezően alakultak az elmúlt két évtizedben, és nemzetközi összehasonlításban is kedvezőbb a helyzet. 1980 és 2003 között számottevően javult ezeknek a betegségeknek a halálozása.

## Egészségügyi rendszer

A korábbi állampolgári jogon járó egészségügyi szolgáltatásokat a rendszerváltáskor járulékfizetési kötelezettségen alapuló biztosítási jogviszonyhoz kötötték, mely alól széles társadalmi csoportok (nyugdíjasok, munkanélküliek, stb.) kivételt képeztek, s emellett voltak kimaradó rétegek. A járulékfizetési kötelezettség alóli kivételek fokozatosan szűkültek, míg a biztosítás lefedte a társadalom egészét és 1996 óta minden Magyarországon élő magyar állampolgár jogosult a kötelező egészségbiztosítás természetbeni egészségügyi szolgáltatásaira, amely az egészségi állapot által indokolt mértékben vehető igénybe. A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi törvényben nevesített korlátok között - gyakorlatilag a megelőző ellátásoktól a rehabilitációs ellátásokig minden egészségügyi szolgáltatás a biztosítási rendszer része.

## Finanszírozás

Az összes egészségügyi kiadás részesedése a GDP-ből: 7,8% (2002).

Az egészségügyi rendszer finanszírozása Magyarországon döntő hányadban közforrásból, kisebb részben magánforrásból történik, arányuk nagyjából megfelel a fejlett országok arányainak, a kelet-közép európai országok között az állami kiadások aránya a legalacsonyabbak közé tartozik. Az egészségügyi magánkiadásokat az egészségügyi kiadások 20-30%-ára becsülik. A legnagyobb súlyú közforrás a munkáltatók és munkavállalók által fizetett egészségbiztosítási járulékok és a munkáltatók által fizetett egészségügyi hozzájárulás. 1993-ban a Társadalombiztosítási Alap kettéválasztásával létrejött az Egészségbiztosítási Alap (E. Alap), illetve az Országos Társadalombiztosítási Főigazgatóság kettéválasztásával az Országos Egészségbiztosítási Pénztár. Az Egészségbiztosítási Alap felügyeletét a Kormány, az OEP irányítását a Kormány az egészségügyi miniszter útján látja el.

A járulékok mértékét törvény állapítja meg. A munkáltató által fizetett egészségbiztosítási járulékok a bruttó bér 11%-a, a munkavállaló által fizetett 4%. 1997-ben bevezetésre került a munkáltatók által minden munkavállalójuk után fizetendő fix összegű (tétéles) egészségügyi hozzájárulás (2005-ben 3450 Ft/hónap). 1999-től létezik a százalékos egészségügyi hozzájárulás, azokra az esetekre, ahol fix nem szedhető. 2003-ban megkezdődött a tétéles hozzájárulás csökkentése, 2006-ot jelölve meg a megszüntetés évének. A járuléknak nincs felső határa.

A központi költségvetés a közszolgálatban állók után az E. Alap befizetője, számos szociális ellátás után is fizet járulékokot, valamint közvetlen támogatást nyújt illetve meghatározott kiadásokat térít. A központi költségvetés legjelentősebb támogatása az E. Alap hiányának megszüntetése.

A központi költségvetés egészségügyi kiadásai nem csupán az E. Alap felé irányulnak. A kormány fenntartja a tulajdonában lévő egészségügyi intézményeket (klinikák, országos intézetek, Országos Mentőszolgálat, Országos Vérellátó Szolgálat, Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat stb.) és az önkormányzatok által pályázható cél- és címzett támogatási rendszert működtet. Az egészségügyi közfinanszírozás harmadik szereplője az önkormányzatok, melyek egészségügyi ellátási felelősségüknek döntően egészségügyi

intézményeik tulajdonosaiként tesznek eleget. Ezen intézményeik működési költségét az E. Alapból az Országos Egészségbiztosítási Pénztár állja, de a felhalmozási kiadások az önkormányzatot terhelik.

Az egészségügyi magánkiadások jelentős hányadát teszi ki a lakossági térítési díj (co-payment), melynek megfizetése az egyes egészségügyi szolgáltatások igénybevételének feltétele (gyógyszer, gyógyászati segédeszköz stb.). Jelentős mértékű a magánfogorvosok által nyújtott ellátások igénybevétele, annak ellenére, hogy azok legnagyobb részéhez az egészségbiztosítás ellátásaként is hozzá lehet jutni. Szintén jelentős mértékű a hálapénz. Mértéke becslések szerint 2002-ben: 40,6 milliárd Ft volt (KSH Nemzeti Egészségügyi Számlák). Elenyésző arányban vannak jelen az üzleti biztosítók kiegészítő egészségbiztosításai.

## Egészségügyi szolgáltatások

### *Alapellátás*

A több mint négy évtizedes múlta visszatekintő körzeti orvosi rendszert 1992-ben háziiorvosi szolgálattá alakították. Ez a szabad orvosválasztás bevezetését jelentette az alapellátásban. A betegeiért versenyző háziiorvosok definitív ellátásra törekzenek, ami az alapellátás kapuőri szerepét erősíti. A háziiorvosi szolgálatok túlnyomó többsége (93,6%) területi ellátási kötelezettséggel rendelkezik: az orvos köteles kezelni a körzetében lakókat. Léteznek, illetve létrehozhatók azonban területi ellátási kötelezettség nélküli praxisok is. Ennek feltétele, hogy a háziiorvosként való működés előírásainak egyébként megfelelő orvos praxisa legalább 200 fős legyen. A háziiorvosok előtt 1992 óta nyitva áll a lehetőség, hogy orvosi tevékenységüket ne közalkalmazottként, hanem vállalkozói formában lássák el, a területi ellátási kötelezettség nélküli háziiorvosok pedig eleve csak így működhetnek. 2003-ban a vállalkozó háziiorvosok aránya 91,6%. A háziiorvosi szolgálatok száma 2003-ban 6847, az egy háziiorvoshoz bejelentkezett páciensek átlagos száma 1428.

A háziiorvosi finanszírozás alapja, legnagyobb hányada a teljesítménydíj, az ún. kártyapénz, emellett fontos elem a fix díj (ún. kiegészítő díj), mely az egyes körzetek eltérő lakosságszámából eredő különbségek hatásának tompítására szolgál.

2000-ben az alapellátásban területi ellátási kötelezettséggel önálló orvosi tevékenységet folytató orvosok körében bevezetésre került a működtetési jog, mint vagyoni értékű jog fogalma. A működtetési jog alapján folytatott önálló orvosi tevékenységet az orvos kizárólag személyesen folytathatja, egy orvosnak csak egy működtetési joga lehet, és a működtetési jog megilleti az örökös is, aki az orvosi tevékenységet folytathatja (ha egyébként a szükséges feltételeknek megfelel, orvosi diplomával és háziiorvosi szakvizsgával stb. rendelkezik) vagy a praxist eladhatja. 2001-től lehetővé vált az is, hogy az orvosi rendelő és teljes felszerelése az önkormányzat tulajdonából a működtetési joggal rendelkező orvos tulajdonába kerüljön

### *Járóbeteg szakellátás*

Az egészségügyi reformfolyamat egyik legfőbb állandó célja, hogy részben az alapellátás, még inkább a járóbeteg-szakellátás a befejezett (definitív) ellátások nyújtásával a kórházak felé irányuló betegáramlást mérsékelje. A járóbeteg-ellátás azonban egyre inkább összekapcsolódik a fekvőbeteg-szakellátással, a járóbeteg szakrendeléseket egyre inkább a kórházak működtetik. (A független intézetek súlya csökken, a kórházi ambulanciáké növekszik. Nem csupán a kórházak működtetnek szakambulanciákat, járóbeteg intézményként besorolt intézmények is végez(het)nek fekvőbeteg-ellátást, vagy egynapos (sebészeti) beavatkozásokat. Mindennek ellenére a járóbeteg-szakellátás külön ellátási formaként való számbavétele indokolt, amit szakmai okok mellett többek között sajátos finanszírozási megoldásai és a magántőke viszonylag nagyobb szerepe is alátámaszt.

A járóbeteg-szakellátást nyújtó intézmények száma 2003-ra 463-ra nőtt (1995: 269), e növekedés azonban inkább szervezeti változásoknak tulajdonítható, mintsem új kapacitások létrejöttének. A kapacitások növekedését sokkal inkább a teljesített éves orvosi munkaórák számának alakulása mutatja, mely 1995 és 2003 között több mint negyedével, 13056 millióról 16656 millióra nőtt. A növekedés különbözőképpen érintette az egyes szakterületeket.

A járóbeteg-szakellátás finanszírozása két különböző módon történik. Az egyik mód a feladatfinanszírozás, melyet a gondozóintézeti tevékenységek esetén, és a teljesítményfinanszírozás, melyet az általános járóbeteg-szakellátás, képalkotó diagnosztika (CT, MRI), művese-kezelés és az otthonápolás esetén alkalmaznak. A teljesítményfinanszírozás a német egészségügyi rendszerből adaptált pontrendszeren alapul,

mely a beavatkozások egyes fajtáira állapít meg pontértékeket, melyek az egyes beavatkozások közötti költség-arányokat tükrözik.

### **Fekvőbeteg ellátás**

A fekvőbeteg ellátás Magyarországon három szintre tagozódik. A kórházi ellátás alsó szintjén az alapvető osztályokkal rendelkező városi kórházak állnak, amelyek mindenki számára elérhetők lakóhelyük 25-30 kilométeres körzetében. A következő szintet képezik a megyei kórházak, amelyek több budapesti kórházzal együtt néhány szakma esetében regionális központként is működnek. Az országos intézetek és az egyetemi klinikák regionális és országos feladatkörrel egyaránt rendelkeznek. Az egészségügy országos intézetei gyógyító, módszertani és szakmapolitikai feladatokat látnak el. Az országos gyógyító intézetek az egyetemi klinikákkal együtt szakterületükön a progresszív ellátás csúcshintézményei.

A magyarországi egészségügyi ellátórendszer legfőbb strukturális problémája kórházközpontúsága: az ellátás túlságosan gyakran és sokszor indokolatlanul történik – az alapellátás és/vagy a járóbeteg-szakellátás helyett, azt mintegy átugorva – az ellátórendszer legfelső és legköltségesebb szintjén.

A kórházak tulajdonosai elsősorban az önkormányzatok, másodsorban az állam, melynek képviseletében a szakminisztérium gyakorolja a klinikák és az országos intézetek feletti tulajdonjogot, s kvázi-állami tulajdonnak tekinthetők a Magyar Államvasutak (MÁV) és az egyes minisztériumok kórházai (Honvédelmi Minisztérium, Belügyminisztérium és Igazságügyi Minisztérium). Magyarországon jelentős számban léteznek egyházi és alapítványi tulajdonban lévő kórházak is, bár ezek ágyszáma csekély. Magyarországon két magántulajdonban lévő kórház működik. Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár 2003-ban 175 kórházzal 80174 ágyra szerződött (ún. engedélyezett ágyszám). Az önkormányzati tulajdonban 117 kórház van, a kórházak közel kétharmada, a kórházi ágyak háromnegyede. A fővárosé az önkormányzati ágyak ötöde, ami lakosságárányának megfelelő. A szakminisztérium tulajdonában 21 intézmény található, melyből 4 egyetemi klinika (Budapest, Debrecen, Szeged és Pécs) és 17 ún. országos intézet. Ha ehhez hozzáteszük a kvázi-állami tulajdonnak tekinthető minisztériumi tulajdonban lévő kórházakat (ide értve a Magyar Államvasutak kórházait is: 9), akkor a kórházak 18,5%-a, a kórházi ágyak 22,1%-a állami tulajdonban van.

A magán non-profit kórházak száma 28, ez a kórházak 15,6%-a, de ágyszámuk az összesnek csak töredéke, 2,6%. Ebből 9 egyházi, 17 alapítványi, és kettő egyéb. Magyarországon – európai összehasonlításban – viszonylag kevés, de nagyméretű kórház található, a kórházankénti átlagos ágyszám 458.

Az 1990-es évek közepén kezdődött a kórházi ágyak számának csökkentése. 1994 és 1997 között közel húszezer ágy szűnt meg, 2001-ben pedig több mint 3 ezer. Bár a kórházi ágyak egyötöde eltűnt, számuk még így is magasnak számít hasonlóan több EU tagországhoz (például Ausztria, Németország): 784/100 ezer lakos (2003).

A kórházak esetében a folyó kiadásokat az OEP finanszírozza (az nem tartalmazza az amortizáció fedezetét), a tulajdonosok (elsősorban az önkormányzatok) pedig a tőkekiadásokat állják. Állami kórházak esetén az állami költségvetés elvileg tartalmazza e kiadásokat, míg az önkormányzatoknak ezt saját bevételeikből kell biztosítaniuk. Az önkormányzatok számára leginkább a központi költségvetésből elnyerhető címzett és a céltámogatások jelentik a szükséges források megszerzésének lehetőségét.

1993. július 1-től fokozatosan került bevezetésre a teljesítményfinanszírozás, amely 1998. február óta tekinthető teljesnek. A teljesítményfinanszírozás a Homogén Betegség Csoportok (HBCs) besorolási rendszerén alapul. A teljesítményfinanszírozás negatív mellékhatásaként felpörgő teljesítményekről tanúskodik a kórházakból elbocsátott betegek folyamatosan és töretlenül növekvő aránya, melynek mértéke az EU15-höz viszonyítva az ezredforduló után a legmagasabb.

## **Egészségügyi dolgozók**

A magyar egészségügyben 2003-ban 178,7 ezren dolgoztak. A betöltött orvosi állások száma 2003-ban 31,1 ezer, a betöltött szakdolgozói állások száma 98,6 ezer volt. A 100 ezer főre jutó betöltött orvosi állások száma: 307,1; szakdolgozók száma: 973,2.

## Gyógyszerpiac

A lakosság gyógyszerellátását 2003-ban a korábbi liberalizáció következtében magántulajdonba került 2008 közforgalmú patika bonyolította, továbbá 149 intézeti, 58 kórházi zártforgalmú gyógyszertár működött. A közforgalmi gyógyszertárak működtetése személyi jogon alapul.

A gyógyszerpiac szigorúan szabályozott, a kiskereskedelmi árat, illetve a kis- és nagykereskedelmi árrést jogszabály határozza meg. Az árrés degresszív.

Az OEP 2004-ben 100-90-70-50-0%-os kulcsokkal, illetve fix összeggel támogatta a gyógyszerek egy részét, a törzskönyvezett 12 ezer körüli gyógyszer kevéssel több, mint harmadát. Bizonyos alapvető gyógyszerekhez szociális helyzet vagy rokkantság miatt közgyógyellátásban részesülők térítésmentesen juthatnak hozzá.

A gyógyszerár támogatás az egészségügyi rendszer költségeinek a fekvőbeteg ellátás utáni legnagyobb tétele. Korlátok között tartásáért az egészségügyi és a pénzügyi kormányzat is jelentős erőfeszítéseket tesz.

## Reformok

A magyar reformok az egészségügy problémáiból indulnak ki:

- ▶ Nem megfelelő attitűd – az egészség nem determináló érték az egyén és a közösség számára.
- ▶ Torz, a szükségleteket, a technológiai környezetet és az igényeket nem megfelelően tükröző az ellátórendszer szerkezete.
- ▶ Igazságtalanságok a hozzáférésben, a forráselosztásban.
- ▶ Nem megfelelő hatékonyság.
- ▶ A szükségletek és az igények növekedését nem követő források és szabályozás.
- ▶ Torz érdekelttség, beleértve a hálapénzt is.
- ▶ A finanszírozási kondíciók és szerkezeti aránytalanságok miatt növekvő belső deficit: lepusztult infrastruktúra, növekvő bérfeszültség.
- ▶ Egyenetlenségek és szabályozatlanság a gyógyítás színvonalában.
- ▶ A lakossági terhek (a háztartások részesedése a finanszírozásból) ma is elég magas, ugyanakkor nem hatékony és nem társul hozzá megfelelő fogyasztóvédelem.
- ▶ Az info-kommunikációs eszközök adta lehetőségek alacsony szintű kihasználtsága.
- ▶ A fogyasztóvédelem és beteg-érdekérvényesítés alacsony szintje.

A jelenlegi kormány ígérete a jóléti rendszerváltás, és ennek cselekvési kerete az „Egészség évtizede” program. A program két fő eleme a népegészségügyi program kiterjesztett folytatása és az egészségügy konszolidációs – modernizációs programja. Az intézkedés-sorozat egy 50%-os béremelést is tartalmazó stabilizációs programmal indult, amely ezen kívül a kórházi adósságrendezést szolgálta. Közel 100%-os parlamenti többség fogadta el a népegészségügyi programról szóló országgyűlési határozatot. Új törvény szabályozza az egészségügyi dolgozók egyes munkavégzési feltételeit, a túlmunka kérdéseit.

2005 májusában a kormány reformintézkedései sorában bejelentette az egészségügyben tervezett programcsomagot (huszonegy lépés). A tervezett intézkedések célja, hogy a jelenlegi rendszert - amellyel sem a páciensek, sem pedig a szolgáltatók nem elégedettek - úgy alakítsák át, hogy mindeközben javuljon a magyar lakosok egészségügyi állapota, igazságosabbá, mindenki számára elérhetővé, hatékonyabbá váljon az egészségügyi ellátás.

A változások egy része fundamentális jellegű, másik része közvetlenül hat az ellátórendszerre.

Gyors változtatásokat ígérő lépések:

- ▶ a sürgős orvosi segítség biztosítása 15 percen belül, a sürgősségi rendszer fejlesztése útján, három éven belül a települések 90 százalékában,
- ▶ a Nemzeti Rákellenes Program (daganatos betegeket csak ott lehessen gyógyítani, ahol a személyi és tárgyi feltételek ehhez megvannak),
- ▶ a háziorvosi és járóbeteg szakellátás korszerűsítése (finanszírozás átalakítása, praxisok betöltésének elősegítése)

- ▶ a gyógyszerfogyasztás átalakítása (gyógyszerpiaci rendtartás, promóció és reklámok szabályozása, generikus készítmények preferálása),
- ▶ közgyógyellátás átalakítása,
- ▶ eljárási rendek, protokollok kidolgozása az ellátások tartalmára és elérhetőségre vonatkozóan,
- ▶ a házi orvos koordináló szerepének erősítése.

A fundamentális intézkedések a társadalombiztosításban olyan jogviszonyok kialakulását támogatják, amelyek segítségével a járulékfizetés rendszere ellenőrizhetővé válik (egyéni nyilvántartási rendszer, minden biztosításra jogosult mögött tényleges járulékbefizetés) és egyenlő jogokat adó valódi biztosítóvá alakul a kötelező egészségbiztosítás. A finanszírozás szempontjából háromszintű ellátás kialakítása a cél: az állam felelőssége a legszükségesebb egészségügyi ellátások biztosítása, a biztosítottként jogosulttá váltak számára szükséges a biztosítási csomag meghatározása, valamint a biztosítási csomagba nem tartozó extra szolgáltatások kiegészítő, piaci biztosítás vagy teljes térítés mellett történő igénybe vételének szabályozása.

## Források

Magyarország egészségügye és szociális rendszere (ESKI-NCSSZI tanulmány)

[http://www.eski.hu/new3/adatok/zip\\_doc/eg-szoc-rendsz.doc](http://www.eski.hu/new3/adatok/zip_doc/eg-szoc-rendsz.doc)

A csatlakozó országok felkészültsége az euroövezetbe való belépésre, Palócz Éva, MKIK GVI 2003. május, július

PM előrejelzés, 2004. december 20. <http://www.fn.hu>

A KSH jelenti 2004/11, 2005. január 27.

Kiseb hiány vagy kreatív könyvelés? 2004. december 2. <http://www.fn.hu>

OEP Statisztikai Évkönyv, OEP 2004

Egészségügyi Statisztikai Évkönyv, KSH 2003.

KOPINT-DATORG: Konjunktúrajelentés 2005/1.

Huszonegy lépés a magyar egészségügy megváltoztatásáért, Kormányzóvivői sajtótájékoztató Dr. Rácz Jenő egészségügyi miniszterrel, [http://www.eum.hu/eum/eum.news.page?pid=DA\\_75361](http://www.eum.hu/eum/eum.news.page?pid=DA_75361)

## SZLOVÁKIA

### *Gazdasági – politikai háttér*

Szlovákia a rendszerváltás utáni években jelentős gazdasági növekedést ért el (1994-ben 4,9%, 1995-ben 6,9%), a 90-es évek második felétől azonban a növekedés lelassult a negatív tendenciák (restrikció, versenyképtelenség stb.) miatt. A 2000-ben regisztrált 1,9%-os érték után újabb fellendülés volt tapasztalható (2004-ben 5,5 %). Jelenleg az egy főre jutó GDP a közép- kelet európai országok között is az alacsonyabbak közé tartozik, 2003-ban 12 850 US\$ (PPP) volt.

A maastrichti kritériumok közül az ország csak egyet, az államadósság előírt mutatóját teljesítette (43% a GDP-hez viszonyítva). Két kritérium esetében meghaladja az előírt értéket: a fogyasztói árindex 7,4% és az államháztartási hiány 3,8% (2004).

A munkanélküliség kiugróan magas, bár csökkenő tendenciájú (2004-ben 18,1%, az ország keleti részén magasabb). Külön gondot jelent a tartós munkanélküliség és a munkanélküli fiatalok magas aránya.

Szlovákiában az 1989-ben történt rendszerváltás után megteremtették a pluralista demokrácia kialakulásának feltételeit. 1991-ben Csehszlovákiából Cseh és Szlovák Szövetségi Köztársaság néven alakult föderáció. Az önálló Szlovák Köztársaság 1993. január 1-jén jött létre. A jelenlegi koalíciós pártok: Demokratikus–Keresztény Unió (SDKÚ), Kereszténydemokrata Mozgalom (KDH), Magyar Koalíció Pártja (SMK) és az Új Polgár Szövetsége (ANO). Ezek közül az SDKÚ, a KDH és az SMK jobboldali, az ANO pedig liberális irányultságú. Az ellenzéki pártok közül a Demokratikus Szlovákiáért Mozgalom – Néppárt (HZDS–LS) közép-jobboldali, a SMER és a Szlovák Kommunista Párt (KSS) baloldali irányultságú.

### *Demográfia*

Szlovákia lakossága mérsékelten csökkenő tendenciájú (2003-ban kismértékben növekedett), a születések csökkenése mérséklődött, a halálozások száma stagnál. (2002-ben a születések száma 1000 lakosra számítva 9,45, a nyers halálozási mutató 9,58 volt, így minimális mértékben ugyan, de csökkent a lakosság száma). A teljes termékenységi arányszám viszonylag alacsony (2002-ben 1,19 volt), ezzel jóval elmarad az EU átlagától. A kormegoszlást illetően csökkenő tendenciát mutat a fiatalok aránya, ezzel szemben nőtt a lakosság öregedési indexe. A születéskor várható átlagos élettartam az utóbbi évtizedekben folyamatosan növekedett, azonban több mint 5 évvel elmarad az EU átlagától. A csecsemőhalálozás Szlovákiában meglehetősen magas, meghaladja az EU - átlagot.

A vezető halálokok a keringési rendszer betegségei, amelyek 2002-ben a halálozások közel felét idézték elő. A második leggyakoribb halálokok a daganatok jelentik. Ezután a külső okok, a légzőrendszer és az emésztőrendszer betegségei következnek. Növekedés a két utóbbi haláloknál tapasztalható.

### *Egészségügyi rendszer*

Szlovákia egészségügyi rendszere egészségbiztosításon alapul, amely több-biztosítós rendszerben működik.

#### **Finanszírozás**

Az egészségügyi kiadások a GDP-hez viszonyítva 2002-ben 5,7%-ot tettek ki. Az egészségügyi kiadások finanszírozása 89%-ban állami erőforrásokból történt. Az állami egészségügyi fedezet legnagyobb részét, az összes kiadás 86%-át a társadalombiztosítás képezi.

Az általános adózáson és központi költségvetésen alapuló rendszert 1994-ben az egészségbiztosításon alapuló rendszer váltotta fel. A törvény alapján az egészségügyi ellátás finanszírozásának forrásai az egészségbiztosítók lettek. 1995-ben 10, 1996-ban 12 egészségbiztosító működött. Néhány év alatt a biztosítók nagyobb része csődbe jutott. Jelenleg 5 egészségbiztosító működik, ebből két állami intézmény, a VZP - Általános Egészségbiztosító (amely a legnagyobb, a lakosság 2/3-át fedi le) és az SZP - Közös Egészségbiztosító. Ezen kívül három magánbiztosító működik az országban: a Vzájomná Doвера, a Sideria - Istota és az Apollo.

Az egészségbiztosítók rendszerét alapvetően megváltoztatják a 2004. októberében jóváhagyott reformtörvények. Az egészségbiztosításról szóló törvény két biztosítási típust vezet be. Az általános kötelező egészségbiztosítás mellett, amely mindenki számára fedezi a törvény által megszabott egészségügyi ellátást, előírja a kiegészítő önkéntes biztosítás lehetőségét is, amely a kötelező biztosításon felüli szolgáltatások igénybevételét téríti.

A rendszer univerzális és szolidáris, az egészségbiztosítást közpénzekből fedezik, melyeket kötelező járulékként szednek be. A járulérendszer lineáris, a kivetési összeg alsó határa a minimálbér, felső határa az átlagbér háromszorosa. A járulékokat jövedelemarányosan állapítják meg, mértékük 14%-os. Ebből 10%-ot a munkáltatók, 4%-ot a munkavállalók fizetnek. Az önálló vállalkozók biztosítási járuléka szintén 14%-ot tesz ki.

Az állam az átlagbér 4%-át fizeti az inaktív személyek (eltartottak, idősek, katonák, fogyatékossgal élők) után.

Az egészségbiztosítókról és az egészségügyi felügyeletről szóló törvény előírja az egészségbiztosítók részvénytársaságokká való alakítását. A két állami egészségbiztosító 100%-ban állami tulajdonban marad. A törvény áttekinthető pénzügyi kapcsolatokat és piaci szabályokat vezet be az egészségbiztosítók gyakorlatában. Az új szabályozás célja az egészségbiztosítók hatékonyabb működése, felelősségének növelése, és minőségileg jobb szolgáltatások nyújtása a lakosság számára. Az egészségbiztosítók az átalakítást, illetve a működési engedélyek beszerzését kötelesek 2005 első felében végrehajtani.

Szlovákiában a 2004. évi reformtörvények életbeléptetésével a közeljövőben nyílik lehetőség a kiegészítő önkéntes magánbiztosítás bevezetésére. A törvény szerint minden egészségbiztosító kínálhat kiegészítő biztosítást a megfelelő engedélyek megszerzése után. Jelenleg az egészségbiztosítók az átalakítással és a kínálati csomag előkészítésével kapcsolatos teendőkre összpontosítanak

Jelenleg valójában csak az out-of-pocket kiadások jelentik a privát kiadásokat. Ezek aránya 11%-ot tesz ki. Magas, de pontosan nem mérhető az informális fizetések mértéke, mivel ezekhez a betegek a gyorsabb ellátás, a választott orvoshoz fordulás érdekében, esetleg olyan ellátásokért folyamodnak, amelyek különben nem képezik részét a finanszírozott ellátásnak.

2003. június 1-től került sor a biztosítottak hozzájárulásának – co-payment – bevezetésére, amelyek a következőkre terjed ki:

Kórházi tartózkodási díj: 20 korona (ugyanazon intézményben legfeljebb 21 napig)

Járóbeteg- és szakellátási vizitdíj (háziorvoshoz, gyermek háziorvoshoz és szakorvosokhoz fordulás esetén): 20 korona

Betegszállítás: kilométerenként 2 korona

Recefelírási díj: 20 korona

Ügyeleti orvoshoz fordulás: 60 korona

A díjfizetés alól kivont személyek köre: gyermekek 6 éves korig, veszélyeztetett terhes nők, krónikus- és elmebetegek.

## Egészségügyi szolgáltatások

Az egészségügyi ellátórendszer decentralizációja és a gyors ütemű privatizáció következtében az integrált egészségügyi intézmények hálózata a 90-es évek elején feloszlott. Addig mintegy 200 intézmény működött, 2002-ben az önálló intézmények (nagyreszt járóbeteg-rendelők) száma meghaladta a 11 ezret. A fogászati ellátás, a gyógyszerárak és a járóbeteg-rendelők túlnyomó többsége magánintézmény lett. Ugyanakkor a kórházak többsége állami tulajdonban maradt.

**Alapellátás**

A reformlépésekkel jelentkező decentralizációs és privatizációs tendenciák leggyorsabban az alapellátásban mutatkoztak meg. Jelenleg a házi orvosok privát praxisban dolgoznak és kapuőri szerepkört töltenek be, bár a betegek a beutalási rendszert sokszor megkerülik. A magánpraxis kialakítása engedélyhez kötött, és a privát orvosoknak külön szerződést kell kötniük az egészségbiztosítókkal. Ennek alapján kapják fejkvóta szerint történő díjazásukat.

**Járóbeteg-szakellátás**

A szakorvosoknak mintegy ¾-e tartozik a privát szférához, tevékenységük szolgáltatás szerint díjazott. Sok szakorvos – függetlenül attól, hogy magánpraxist tart-e fenn vagy sem – az állami tulajdonban lévő és állami irányítás alatt álló járóbeteg-rendelőkben dolgozik.

**Fekvőbeteg-ellátás**

A szakellátás súlypontját a fekvőbeteg-ellátás jelenti. A kórházak túlnyomórészt állami tulajdonban vannak. A privatizációs folyamatok nyomán a kórházak autonóm, profit-orientált szervezetekké való átalakulása korlátozottabb mértékben következett be. A fekvőbeteg-intézmények típusai: általános kórházak, oktató tevékenységet ellátó kórházak, specializált intézmények, amelyek a legkülönbözőbb szakágakat felölelik (tüdőgyógyászat, onkológia, kardiológia, pszichiátria, geriátria stb.), gyógyfürdők.

Az állami alkalmazásban álló orvosok fizetését az országos bérskála alapján állapítják meg. A kórházakban 2002. április 1-jén bevezették az esetátlány alapján történő finanszírozást.

Az egészségügyi ellátás szolgáltatóiról és a szakmai szervezetekről szóló 2004. évi törvény lehetővé teszi, hogy valamennyi szolgáltató, aki teljesíti a működés feltételeit (szakképzettség, felszerelés) szabadon vállalkozhasson az egészségügyben. Alapvető változás a jóváhagyott törvény szerint, hogy a kórházak 51%-os állami tulajdonrész megtartása mellett részvénytárságokká alakulhatnak át, a törvénymódosítás pedig lehetővé teszi a non profit szervezeti forma választását is. A törvény által megszabott átalakulás elősegítésére kormányrendeletet adtak ki az egészségügyi intézmények végrehajtásának ideiglenes megtiltásáról. A végrehajtások határidejének meghosszabbítása lehetőséget ad arra, hogy teret adjanak a kórházak gazdasági problémáinak megoldását enyhítő intézkedések (adósság-konzolidáció, hálózatok kialakítása, kórházak összevonása, struktúra-átalakítás) véghezvitelére. Az adminisztrációs, műszaki és gazdasági egységek centralizálásával a költségek csökkentését kívánják elérni.

**Egészségügyi dolgozók**

A privatizációval összefüggésben Szlovákiában 1993 óta csökkent az állami egészségügyi intézményekben foglalkoztatott orvosok száma, a házi orvosok túlnyomó többsége magánrendelőkben dolgozik. Az állami kórházakban illetve rendelőintézetekben foglalkoztatott orvosok nagy része magánpraxist is folytat. Az orvosellátottság valamivel alacsonyabb, mint az EU országok átlagos mutatója. A házi orvosok száma viszonylag alacsony, sokkal kedvezőbb viszont a kórházi orvosok és az ápolószemélyzet aránya.

**Gyógyszerpiac**

Szlovákiában a gyógyszerköltségek 1991 után igen jelentősen növekedtek. A gyógyszerpiac a gyógyszergyártó cégek intenzív marketing tevékenysége folytán jelentősen megváltozott. Azelőtt a gyógyszerfogyasztás 85%-át a hazai gyógyszergyártás elégítette ki. Ez az arány a 90-es évek közepére 20%-ra zuhant. A hazai egészségügyi intézményeket és lakosokat a több mint 250 nagykereskedelmi szállítócég és mintegy 800 gyógyszertár látja el. A gyógyszertárak túlnyomó többségét privatizálták. A gyógyszerköltségek emelkedése és az 1993-95 közötti gyors privatizáció problémát okozott a gyógyszertárak nem megfelelő felügyelete és regulációja miatt, ezért 1997-ben szigorú jogi szabályozást vezettek be. Az gyógyszerterápia ésszerűsítése, új árrendszer bevezetése, az intenzívebb gyógyszerpolitika a költségek fékezését célozta. Bevezették a gyógyszerek kategorizálását, amely a biztosítók által teljes egészében,

részben, illetve a nem térített gyógyszerek csoportjának meghatározását jelenti. Szigorították az egészségbiztosítók által térített gyógyszerek körét, és maximálták a térítendő gyógyszerek árát.

## Reformok

Szlovákiában a 90-es években a reformok nem hozták meg a várt eredményeket. A biztosítási rendszer alulfinanszírozása, az ellenőrzés hiánya miatt az egészségügyi ellátásban számos probléma jelentkezett, úgy mint az inadekvát finanszírozás, a nem megfelelő menedzsment, a túlzott kapacitások, valamint az informális kifizetések a színvonalasabb és gyorsabb ellátás reményében. 2003-ban nyilvánvalóvá vált, hogy radikálisabb intézkedésre lesz szükség. A stabilizációs intézkedések első lépéseként került sor a co-payment bevezetésére 2003. június 1-től. A szlovákiai egészségügyi reform folyamatában fontos állomás az egészségügyi ellátás koncepciójának a kidolgozása 2004 januárjában, amely alapul szolgált az egészségügyi reformjához.

A reform céljai:

- az ösztönző mechanizmusokat támogató környezet megteremtése a lakosság egészségi állapotának javítása érdekében,
- az állam szabályozói szerepkörének hangsúlyozása,
- a beteg számára nagyobb felelősségi kör kijelölése,
- a szolgáltatók nagyobb felelősségvállalása az egészségügyi ellátás minőségéért,
- a biztosító felelősségvállalása nagyobb költségvetési megszorítások mellett is,
- az egészségügyi rendszer kiegyensúlyozott finanszírozásának fenntartása,
- az egészségügyi rendszer flexibilitásának növelése,
- az egységnek megkímélése az esetlegesen fellépő elviselhetetlen költségektől.

A reform stabilizáló és rendszerező intézkedésekből áll:

- a stabilizáló intézkedések célja az adósságállomány felhalmozódásának megállítása, valamint az egészségügyi szolgáltatások és gyógyszerek túlzott fogyasztásának korlátozása díjak bevezetésével,
- A rendszerező intézkedések célja egy olyan új rendszer kialakítása, mely méltányos és finansiális szempontból fenntartható. Fontos lépése a biztosítás, biztosító társaságok, szolgáltatók, az egészségügyi ellátás és az alapvető szolgáltatási csomag újradefiniálása.

A szlovák reform keretében kialakuló új szabályozást az Egészségügyi Minisztérium hat törvénytervezetben foglalta össze (*reform-puzzle*), amelyek alapvetően megváltoztatják az egészségügyi ellátás, az egészségbiztosítás, az egészségbiztosítók, az egészségügyi ellátás szolgáltatói és a mentőszolgálat gyakorlatát, valamint meghatározzák az állami egészségbiztosítási alaptól történő, valamint a betegek általi térítések rendszerét.

## Források

Study on the Social protection Systems in 13 CC. - Slovak Republic, WHO, 2003.

Health Care System in Transition. Slovakia. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000.

Highlights on Health in Slovakia. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2001.

HFA 2004.

[http://www.uzis.sk/Publikacie/PDF/Rocen\\_02.pdf](http://www.uzis.sk/Publikacie/PDF/Rocen_02.pdf)

The slovak health insurance system and the potential role for private health insurance, OECD, 2004.

ZAJAC,R. – PAZITNY,P. – MARCINCIN,A.: Slovak Reform of Health Care: From Fees to Systemic Changes.

<http://www.health.gov.sk> anyagai

## SZLOVÉNIA

### *Gazdasági - politikai háttér*

Szlovénia már az átmenet korai szakaszában átfogó jóléti rendszerrel rendelkezett, és ezt sikerült a továbbiakban is fenntartania. 1995 óta Szlovénia GDP-jében folyamatos növekedés mutatkozik, a növekedési ráta 3,5-5,2%-os sávban mozgott, 2004-ben 4,6% volt. Az egy főre jutó GDP a kelet-közép európai országok közül a legmagasabb, vásárlóerő paritáson 2002-ben 18 540 USD, az EU15 átlagának 72%-a.

Szlovénia gazdasági mutatói a maastrichti kritériumokhoz viszonyítva: 2004-ben fogyasztói áridexa (3,6%) az elvártnál valamivel magasabb, a GDP arányában kifejezett államháztartási hiánya (2,3) és államadóssága (30,9%) viszont a feltételeknek megfelelő. Az ország 2004 nyarán csatlakozott az ERM-2 rendszerhez.

A munkanélküliség 1997-ben kiugróan magas volt, a munkanélküliek számára kiutalt juttatások ekkor rekordértéket értek el, mely a központi költségvetés 1,5%-át tette ki. Szlovénia munkanélküliségi rátája 2004-ben 6,3%-os volt.

Az 1991. június 25-én függetlenné vált Szlovéniára a politikai pluralizmus jellemző. 2004 tavaszán a balközép kormánykoalíció intézkedései nem jártak sikerrel, folyamatosan csökkent a kormánypártok (ZLDS – Szociáldemokrata Egyesült Lista, LDS – Liberális Demokrata Párt, DeSUS – Nyugdíjasok Demokratikus Pártja) népszerűsége. A 2004 októberében tartott parlamenti választások a Szlovén Demokrata Párt (SDS) győzelmét hozták. Ezzel a párt átvette az LDS vezető szerepét, a ZLDS pedig veszített népszerűségéből.

A szlovén politikában jelentkező jobbra tolódás 2004 decemberében jobbközép kormány alakításához vezetett. A jelenleg hatalmon levő kormánypártok a következők: Szlovén Demokrata Párt (SDS), Új-Szlovénia Keresztény Néppárt (Nsi), Nyugdíjasok Demokratikus Pártja (DeSUS) és Szlovén Néppárt (SLS).

### *Demográfia*

Szlovénia demográfiájára az alacsony születési arány, az alacsony fertilitás és a lakosság kismértékű növekedése jellemző. Szlovénia lakossága lassan növekszik. A születéskor várható élettartam nemzetközi viszonylatban is magas, az egészségben eltöltött várható életevek mutatója szintén kedvező. A haláloki statisztikában a keringési betegségek vezetnek, a daganatos megbetegedések okozta halálozás folyamatosan csökken, bár ez a csökkenő tendencia lassúbb, mint az EU15-ben jelentkező csökkenés. Az emésztőrendszeri betegségek okozta halálozás 1985 és 1999 között 25%-kal csökkent, de még így is igen nagymérvű. Ugyanez mondható el a balesetek és a környezeti ártalmak okozta halálozásra. Szlovénia öngyilkossági rátája két évtizeden át a világon a legmagasabbak között volt. A gyilkosságok és öngyilkosságok okozta mortalitás az 1980-as évektől csökkenő tendenciájú, és míg értéke 1997-ig az EU15 átlag kétszerese volt, 1997 után a referenciaérték alatt maradt.

### *Egészségügyi rendszer*

Szlovénia egészségügye a kötelező és az ezt kiegészítő önkéntes biztosításon alapul.

#### **Finanszírozás**

Az egészségügyre fordított kiadások aránya a GDP százalékában 1996 után 8% körül mozgott, 2001-ben 8,2% volt. Az ezredfordulón az egészségügyi kiadások növekedése – ezen belül az egészségügyi dolgozók bérének emelkedése és a növekvő gyógyszerköltségek – oda vezetett, hogy az Országos Egészségbiztosító Intézet (NHII) kiadásai mintegy 10%-kal meghaladták a járulékokon alapuló bevételeket.

Az egészségügyi kiadások finanszírozása 86,7%-ban állami erőforrásokból történik. Szlovénia egészségügyének finanszírozásában a központi költségvetés nem játszik különösebb szerepet. 1992 óta a legfőbb finanszírozó a kormányzati irányítás alatt álló Országos Egészségbiztosító Intézet (NHII), mely a beszedett járulékok alapján kötelező egészségbiztosítási fedezetet nyújt a lakosság többségének (a nyugdíjasok és a munkanélküliek biztosítása más hatáskörbe tartozik) a szolgáltatások bizonyos körére. Az ország egészségügyi ellátásához az anyagi háttérrel többségében (85%) az NHII-nek befizetett járulékok szolgáltatják. Járulékként a munkáltatók a beralap, a munkavállalók a bruttó jövedelem 6,36%-át fizetik egységesen. A munkáltatók további 0,53%-ot fizetnek a munkaköri balesetek, illetve az időleges munkaképtelenség fedezésére. A kötelező biztosításhoz a közalkalmazottakon kívül a gazdálkodók, a nyugdíjasok és az önálló vállalkozók is hozzájárulnak a törvény által megszabott arányban. A kötelező egészségbiztosítás a szolgáltatások többségére fedezetet nyújt. A megelőző ellátás vagy a rehabilitáció ingyenes, viszont a gyógyászati segédeszközök, gyógyszerek ára csupán támogatásban részesül, melynek mértéke folyamatosan csökken, ezzel növelve a betegek magánkiadásait. A kötelező biztosítás fedezetén kívül eső szolgáltatásokra önkéntes egészségbiztosítást kell kötni. Ezt két biztosító szervezi: - a széles spektrumú „Vzajemna” biztosító és az „Adriatic” kereskedelmi biztosítótársaság. Szlovéniában a magánfinanszírozás legfőbb erőforrása az önkéntes biztosítás, mely az egészségügyi kiadások 13%-át képezi. Mivel a kötelező biztosítás mellett a biztosítottak 10-15%-os arányban hozzájárulnak a költségekhez, ezt a részt a szlovének 90%-át átfogó magánpénztárak fedezik. Co-payment-köteles szolgáltatások (5%-50%-os arányban): szervátültetés, külföldi gyógykezelés, magasfokú műszerezettséget igénylő eljárások (5%) mesterséges megtermékenyítés, rehabilitációs gyógyfürdőkezelések, fogászati ellátás, gyógyászati segédeszközök, gyógyszerek, betegszállítás. A közvetlen kifizetések informális formája is létezik, ez a várólisták elkerülése, illetve a kötelező biztosítás körén kívül eső (extra) szolgáltatások igénybevételekor jelentkezik.

## Egészségügyi szolgáltatások

### *Alapellátás*

Szlovénia alapellátása az önkormányzatok tulajdonában lévő egészségügyi központokban és az ezekhez kapcsolódó egészségügyi állomásokon zajlik. 1992 óta lehetőség van privát háziorvosi praxis létesítésére is az önkormányzati rendelők bérlése mellett, így a lakosság alapellátását állami szolgáltatók és magánorvosok egyaránt biztosíthatják. Az egészségügyi központok finanszírozása a fejkvóta és a szolgáltatások szerinti díjtételek együttes figyelembevételén alapul.

Magánorvosi praxist kétféleképpen lehet folytatni: az NHII-vel való szerződésben megszabott feltételek szerint, illetve a rendelkezéseknek megfelelő, önállóan kialakított egyedi díjtételek mellett. A háziorvosok közül – függetlenül attól, hogy az állami vagy a privát szférához tartoznak – a betegek szabadon választhatnak kötelező biztosításuk alapján. A háziorvosok kapuóri szerepkört töltenek be. A felnőtteket ellátó háziorvosok mellett házi gyermekorvosi-hálózat is működik. A privát alapellátást egyéni, valamint bizonyos szakorvosi ellátást (fogászat, anya- és csecsemővédelem) is nyújtó csoportpraxisok biztosítják.

### *Járóbeteg-szakellátás*

A kórházak a színterei a járóbeteg-szakellátásban nyújtott szolgáltatások zömének. A szakellátásban szerepet játszanak még a rendelőintézetek, gyógyfürdőkórházak. 2000-ben a legtöbb rendelőintézet állami felügyelet alatt tevékenykedett, szolgáltatásait minden beutalóval rendelkező lakos igénybe vehette. Emellett az intézmények a rendelkezéseket betartva közvetlenül fizető betegek számára is nyújthatnak ambuláns ellátást. A szakellátásban kis számban – elsősorban a diagnosztikai szolgáltatások terén - előforduló magánszolgáltatók többsége szerződésben áll a biztosítóval.

### *Fekvőbeteg-ellátás*

A szlovéniai kórházak teljes egészében az állami szférához tartoznak, a kórházi orvosok fizetésben részesülnek. Alacsony a kórházi ágyak száma, ennek megfelelően várólisták alakultak ki. Elvértve jelentkeznek kezdeményezések a privát fekvőbeteg-ellátásra. A kórházak finanszírozásában az eset-modellt alkalmazzák, mely a betegség szerint megállapított fekvőbeteg-ellátási időtartamot veszi figyelembe. 2001-től az NHII az ápolási idő csökkentésére irányuló ösztönzőket vezetett be az el nem foglalt ágyak száma alapján.

## Egészségügyi dolgozók

Az ország orvosainak számában 1999-ben mutatkozott visszaesés, azóta növekedés tapasztalható, de 100 ezer lakosra jutó számarányuk így is elmarad az EU-15 és az EU-10 átlagától. Az ápolónők számában folyamatos a növekedés. Az országban a lakosok számára vetítve több ápolónő dolgozik, mint a közép- és kelet-európai országok nagy részében. Közülük sokan az alap- és a járóbeteg-ellátásban tevékenykednek, a kórházi ápolónők száma - ehhez viszonyítva - nem magas.

## Gyógyszerpiac

Szlovénia gyógyszerfogyasztása viszonylag magas. A generikumok alkalmazása rendkívül elterjedt, bár erre kifejezetten ösztönző intézkedések nem születtek. Az országban a gyógyszerek három listába sorolhatóak: a „pozitív” listán szereplő gyógyszerek 100%-os támogatását a kötelező és a kiegészítő biztosítás 75-25%-ban állja, az „átmeneti” listán szereplő szerek kötelező biztosítás általi térítése 25%-os. A negatív lista költségei a fogyasztókra hárulnak. A gyermekek, tanulók és a súlyos betegek gyógyszerellátása térítésmentes, erre a kötelező biztosítás nyújt teljeskörű fedezetet.

## Reformok

Szlovénia 2003-ban adta ki az Egészségügyi Reform Fehér Könyvét. A reform főbb célkitűzései - a méltányosság szem előtt tartását szolgáló anyagi erőforrások biztosítása az egészségügyi ellátás számára, a juttatások állampolgári igényekhez való igazítása, jobb hozzáférés biztosítása a szolgáltatásokhoz, integrált minőségbiztosítási rendszer kialakítása, az egészségügyi szabályozás, irányítás hatékonyabbá tétele, az állami egészségügyi szektor megerősítése, a kötelező és kiegészítő biztosítás rendszerének átalakítása, a kötelező megerősítése, a kiegészítő visszaszorítása.

2004 végén, Szlovénia új jobbközép kormánya elvetette az önkéntes biztosítás visszaszorítására irányuló intézkedéseket. 2005-ben az egészségügyi irányítás legfőbb célkitűzésének az állami és a magánszektor közötti egyensúly megerősítését tekinti. A privát ellátást koncessziókkal kívánja támogatni, és ösztönzőket vezet be a magántőke beáramlására az állami egészségügybe.

Az új beruházásokat elsősorban az életet veszélyeztető súlyos betegségek kezelésére, és az ehhez szükséges feltételekre - egészségügyi központok, szűrőállomások felállítása, költséges diagnosztikai berendezések beszerzése - fordítják. Hangsúlyos szerepet kap a rák elleni küzdelem: az emlőrák szűrésére és megelőzésére kombinált betegellátó központokat alakítanak ki a mammográfiás központok és a rendelőintézetek összevonásával.

A kórházak által nyújtott sürgősségi ellátás fejlesztése szintén kiemelt fontosságú feladat. A biztosítás terén a minisztérium kockázatkompenzáló jogszabályokat kíván fogadtatni az egészségbiztosítási járulékok szelektív emelésének megakadályozására. Szabályozni kívánják bizonyos szolgáltatási körök vonatkozásában a hozzájárulások mértékét, és intézkedéseket hoznak a munkahelyi hiányzások csökkentésére.

A minisztérium átfogó célkitűzései: az egészségügyi rendszer hatékonyságának növelése, a lakosság magas szintű ellátásának biztosítása, az egészségügyi beruházások támogatása és az egészséges életmód elősegítése.

## Források

Health Care Systems in Transition. Slovenia. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe

[http://europa.eu.int/comm/employment\\_social/social\\_protection/](http://europa.eu.int/comm/employment_social/social_protection/)

<http://slonews.sta.si/index.php?id=1259>

<http://www.eurofound.eu.int/2004/12/feature/si0412302f.html>

<http://www.uvi.si/eng/slovenia/publications/slovenia-news/1761/1772/>

	Cseho.	Észto.	Lengyelo.	Letto.	Litvánia	Magyaro.	Szlovákia	Szlovénia	EU-15	EU-10
GDP növekedése 2002*	2,2	4,5	0,8	5,0	5,0	3,4	3,9	2,6	1,0	2,1
Egy főre jutó GDP, PPP US\$ 2002	15780	12260	10522	9210	10320	13400	12840	18540	26043.3	12133.3
Munkanélküliség 2003	7,8	10	18.1 <sub>(2002)</sub>	8,6	9,8	8,4	15,2	11,2	8,19	13,92
Maastrichti kritériumok 2004**										
- fogyasztói árindex	nem teljesíti (2,6)	nem teljesíti (3,0)	nem teljesíti (3,6)	nem teljesíti (6,2)	teljesíti (1,1)	nem teljesíti (6,8)	nem teljesíti (7,4)	nem teljesíti (3,6)		
- államháztartási hiány/GDP	nem teljesíti (-5,2)	teljesíti (+0,5)	nem teljesíti (-5,4)	teljesíti (-2,0)	teljesíti (-2,6)	nem teljesíti (-5,5)	nem teljesíti (-3,8)	teljesíti (-2,3)		
- államadósság/GDP	teljesíti (38,6)	teljesíti (4,8)	teljesíti (45,9)	teljesíti (14,6)	teljesíti (21,1)	teljesíti (59,9)	teljesíti (43)	teljesíti (30,9)		
Születési ráta/1000 2002	9,10	9,57	9,16	8,55	8,65	9,53	9,45	8,76	10,63	9,20
Halálozási ráta/1000 2002	10,61	13,51	9,40	13,90	11,84	13,08	9,58	9,37	9,67	10,38
Halálozási ráta/1000 - nők 2002	10,29	12,27	8,51	12,76	10,42	12	8,71	8,83	9,61	9,52
Halálozási ráta/1000 - férfiak 2002	10,95	14,96	10,35	15,22	13,46	14,26	10,5	9,93	9,74	11,32
Termékenységi ráta 2002	1,18	1,37	1,25	1,23	1,24	1,31	1,19	1,20	1,48	1,25
Lakosság 2003	10.201.000	1.353.000	38.588.000	2.325.000	3.454.000	10.130.000	5.402.000	1.996.000	380.963.000	74.570.000
Lakosság számának alakulása	csökken	csökken	stagnál	csökken	csökken	csökken	stagnál	lassan növekszik	...	...
0-14 éves lakosok %-a 2002	15,73	16,88	18,09	16,32	18,63	16,21	18,13	15,17	16,61	17,41
65+ éves lakosok %-a 2002	13,88	15,67	12,71	15,68	14,58	15,31	11,46	14,63	16,61	13,42
Időskori függőségi ráta 2001	0,199	0,232	0,179	0,225	0,202	0,214	0,166	0,201	0,240	...
Születéskor várható élettartam 2002	75,51	71,24	74,65	70,46	71,96	72,64	73,91	76,73	79,06	74,22
Születéskor várható élettartam, férfiak 2002	72,15	65,29	70,38	64,76	66,24	68,39	69,91	72,67	75,96	69,99
Születéskor várható élettartam, nők 2002	78,79	77,14	78,88	76,08	77,63	76,84	77,84	80,66	82,03	78,4
Egészség által korrigált várható életevek (HALY) 2000*	65,60	60,80	61,80	57,70	58,40	59,90	62,40	66,90	70,12	62,51
A szív-érrendszeri betegségek általi halálozás/100000 2002	455,98	560,35	413,89	598,35	528,75	503,9	527,71	290,52	236,32	450,47
Daganatos betegségek általi halálozás/100000 2002	233,75	200,6	216,67	193,4	195,97	262,26	213,32	204,85	180,5	222,47

	Cseho.	Észto.	Lengyelo.	Letto.	Litvánia	Magyaro.	Szlovákia	Szlovénia	EU-15	EU-10
Az emésztőrendszer betegségei általi halálozás/100000 2002	37,29	42,82	36,68	36,23	39,95	78	52,86	52,3	30,81	44,26
Halálozás külső okok miatt/100000 2002	60,48	142,19	64,19	149,84	149,72	81,61	55,44	66,73	38,47	73,52
Öngyilkosság és önmaga által okozott sérülés/100000 2002	13,71	26,01	14,95	27,3	43,98	25,43	12,96	24,45	10,35	18,25
Összes egészségügyi kiadás a GDP%-ában 2002	7,1	5,1	6,1	4,9	5,7	7,8	5,7	8.2 (2001)	9,05	6,44
Állami kiadások az összes egészségügyi kiadás %-ában 2002	91,4	76,3	72,4	67,9	71,7	70,2	89,1	86.7(2001)		
Az egészségügy alaprendszere	Egészségbiztosítás, több-biztosítós rendszer, 1 állami, 8 ágazati (iparági) biztosító	Egészségbiztosítás, egy biztosító	Egészségbiztosítás, egy biztosító	Egészségbiztosítás, egy állami, 8 regionális biztosító	Egészségbiztosítás, egy biztosító	Egészségbiztosítás, egy biztosító	Egészségbiztosítás, több-biztosítós rendszer, 2 állami (a lakosság 78%-át biztosítja) és 3 magán biztosító	Egészségbiztosítás, egy állami biztosító, 2 kiegészítő magán biztosító		
Társadalombiztosítás kezdete	1991	1992	Törvény 1997, kiterjesztés 1999, központosítás 2003, változtatás 2004	1993	1991	1991	1994	1992		
Járulékok összesen	13,50%	a bruttó jövedelem 13%-a	8,25%	Nincs járulék, az általános adórendszeren keresztül fizetik a hozzájárulást.	a bruttó jövedelem 20%-a	15%, és tételes egészségügyi hozzájárulás, munkáltató fizeti	14%	12,72%		
Járulékok megoszlása	munkáltató 9,0% munkavállaló 4,5%	munkáltató téríti	munkavállaló 8,25%		munkáltató 17% munkavállaló 3%	munkáltató 11% munkavállaló 4%	munkáltató 10% munkavállaló 4%	munkáltató 6,36% munkavállaló 6,36%		
Társadalombiztosítás felügyelete	kormány, az egészségbiztosítók felügyelete Egészségügyi Minisztérium	kormány, az Észti Egészségbiztosítási Pénztár felügyelete Szociális Ügyek Minisztériuma	kormány, az Országos Egészséppénztár felügyelete Egészségügyi Minisztérium	kormány, az egészségbiztosítók felügyelete Jóléti Minisztérium	kormány, az Állami Betegbiztosító Pénztár felügyelete Egészségügyi Minisztérium	kormány, az OEP felügyelete Egészségügyi Minisztérium	kormány, az egészségbiztosítók felügyelete Egészségügyi Minisztérium	kormány, az egészségbiztosítók felügyelete Egészségügyi Minisztérium		

	Cseho.	Észto.	Lengyelo.	Letto.	Litvánia	Magyaro.	Szlovákia	Szlovénia	EU-15	EU-10
A közvetlen lakossági kifizetések jellemzői	gyógyszer, gyógyászati segédeszköz vásárlásnál, fogászat, gyógyfürdő	1995 óta vizitdíjat kell fizetni (100 Ft), a díj fizetése alól kivételt képeznek a gyerekek, a nyugdíjasok, és a munkaképtelen személyek. Fogászati kezelés (kivéve gyermekek, fiatalok és megelőzés), gyógyszerek	gyógyszer, gyógyászati segédeszköz vásárlásnál, fogászat, hálapénz	vizitdíj, kórházi napi térítési díj, egyes nagy értékű beavatkozások, fogászati kezelés, gyógyszerek	Gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, gyógyfürdő, fogászat	gyógyszer, gyógyászati segédeszköz vásárlásnál, fogászat, gyógyfürdő, hálapénz	gyógyszer, gyógyászati segédeszköz vásárlásnál, fogászat, gyógyfürdő, kórházi tartózkodási díj: naponta 50 korona (ugyanazon intézményben legfeljebb 21 napig), - járóbeteg- és szakellátási vizitdíj: 20 korona, - betegszállítás: kilométerenként 2 korona, - receptfelírási díj: 20 korona, - ügyeleti orvoshoz fordulás: 50 korona, hálapénz	gyógyszer, gyógyászati segédeszköz vásárlásnál, fogászat, gyógyfürdő, 5-50%-os arányban: szervátültetés, magasfokú műszerezettséget igénylő és elektív eljárások		
Magánbiztosítás mértéke	minimális	minimális	minimális	minimális, növekvő	minimális	minimális	2004-től törvény engedélyezi	kiegészítő magánbiztosítás (a lakosság 90%-ára terjed ki)		
A magánbiztosítás által fedezett szolgáltatások	főként utazási biztosítás	főként utasbiztosítás	főként utazási biztosítás	fogászati kezelés, szanatórium, rehabilitáció, gyógyszerkiadások	főként utazási biztosítás	főként utazási biztosítás	utazási biztosítás és biztosítási csomag kereskedelmi biztosítók révén	kiegészítő biztosítás co-payment fedezésére		
Alapellátás: tulajdon, házi orvos jogállása	privát praxis	vállalkozó családorvosok, önállóan vagy csoportpraxisban	állami és privát praxis (egyéni és csoport)	többségében önkormányzati tulajdon, növekvő privát egyéni vagy csoportpraxis	többsége állami, önkormányzati	vállalkozó házi orvosok praxisban	privát praxis	állami és privát praxis (egyéni és csoport)		
Járóbeteg szakellátás: tulajdon, szakorvos jogállása	önálló rendelők, valamint rendelőintézetek, kórházi ambulanciák állami, önkormányzati tulajdonban	többségében kórházi ambulanciák, állami, önkormányzati tulajdonban	egyéni vagy csoportpraxis, integrált egészségügyi központok önkormányzati tulajdonban	egészségügyi centrumok, részben az orvosok tulajdonában, részben kommunális tulajdonban valamint magánorvosok egyéni és csoportpraxisban	rendelőintézetek, egészségügyi központok, állami, önkormányzati tulajdonban	kórházi ambulanciák és gondozók állami, önkormányzati tulajdonban	önálló rendelők, valamint rendelőintézetek, kórházi ambulanciák állami, önkormányzati tulajdonban	kórházak ambulanciái, rendelőintézetek állami tulajdonban		

	Cseho.	Észto.	Lengyelo.	Letto.	Litvánia	Magyaro.	Szlovákia	Szlovénia	EU-15	EU-10
Kórház: tulajdoni szerkezet, kórházi orvos jogállása	többsége állami vagy önkormányzati tulajdonú, az orvosok és nővérek közalkalmazottak	többsége állami, illetve önkormányzati tulajdonú	nagy része állami, ill. önkormányzati tulajdonú, az orvosok és nővérek közalkalmazottak	főként állami, önkormányzati intézmények, non-profit formában működtetve, helyenként az alkalmazottak szövetkezetei	állami, önkormányzati, közalkalmazott orvosok és nővérek	többség állami, önkormányzati tulajdon, magán non-profit a kórházi ágyak 2,6%-a, közalkalmazott orvosok és nővérek	többsége állami vagy önkormányzati tulajdonú, az orvosok és nővérek közalkalmazottak	állami tulajdonúak, az orvosok és nővérek közalkalmazottak		
Kórházi ágyak/ 100000 2002	860,23	595,3	557,14	775,41	894,5	785,07	768,99	508,44	600,12	665,83
Magán kórházi ágyak az összes kórházi ágy %-ában 2002	11,36	10,83	1,98	1,67	0,17	2,64	3,25	0,22	...	4
Átlagos ápolási idő 2002	11,3	8,36	7,9	10,95	10,7	8,49	9,4	8,1	9.74 <sup>(2001)</sup>	8,81
Átlagos ápolási idő akut kórházakban, 2002	8,5	6,9	...	...	8,15	6,85	8,8	6,57	6.87 <sup>(2001)</sup>	7,73
Szolgáltatás finanszírozás: alapellátás	fejkvóta és szolgáltatások kombinációja	fejkvóta, szolgáltatásonként a német pontrendszer egy módosított változata alapján, alap havi juttatás	fejkvóta	fejkvótából kiinduló vegyes finanszírozás	fejkvóta	korrigált fejkvóta és fix díj	fejkvóta	fejkvóta és szolgáltatások kombinációja		
Szolgáltatás finanszírozás: járóbeteg szakellátás	szolgáltatásokon alapuló pontrendszer szerint	szolgáltatásokon alapuló pontrendszer szerint	szolgáltatások szerint	pontrendszer, fejkvóta	szolgáltatások szerint	feladatfinanszírozás (gondozóintézetek), teljesítményfinanszírozás (általános járóbeteg szakellátás) német pontrendszer alapján	szolgáltatásokon alapuló pontrendszer szerint	eset-modell szerint		
Szolgáltatás finanszírozás: fekvőbeteg-ellátás	teljesítmény alapján	kórházi nap szerinti térítés, terjedőben az esetátalány	kórházi felvétel szerint (az ápolási idő és a szolgáltatástípus figyelembevételével)	diagnózis csoportok szerint, kórházi nap szerinti térítés, terjedőben az esetátalány	esettípus szerint	HBCS teljesítményfinanszírozás, folyó kiadás OEP, amortizáció a tulajdonost terheli	esetátalány alapján	esetmodell alapján		
Szabad orvosválasztás	házi orvos szintjén	házi orvos szintjén	házi orvos szintjén	házi orvos szintjén	házi orvos szintjén	házi orvos szintjén	házi orvos szintjén	házi orvos szintjén		
Házi orvosok száma/ 100000 2002	72,42	62,93	...	43,91	74,95	65,99	44,47	46,65	102,45	62,95
Szakorvosok száma/ 100000 2002	120,28	139,85	...	91,46	141,71	177,49	154,45	63,24	107.24 <sup>(2001)</sup>	139,13
Összes orvos száma/ 100000 2002	350,46	314,14	230,35	299,02	399,42	319,45	322,21	224,23	357,99	277,64
Ápolók száma/ 100000 2002	971,1	642,18	486,22	511,03	775,94	854,97	712,97	717,89	817,99	643,36

	<b>Cseho.</b>	<b>Észto.</b>	<b>Lengyelo.</b>	<b>Letto.</b>	<b>Litvánia</b>	<b>Magyaro.</b>	<b>Szlovákia</b>	<b>Szlovénia</b>	<b>EU-15</b>	<b>EU-10</b>
Teljes gyógyszer-kiadás az összes egészségügyi kiadás %-ában 2002	24,8	26,3	...	...	...	27,6	37,3	20.8 <sub>(2001)</sub>	...	...
Egy főre jutó gyógyszer-kiadás, PPP\$ 2002	253	...	...	...	...	298	260	...	...	...
Közfinanszírozású gyógyszer-kiadások az összes gyógyszer-kiadás %-ában 2002	77,4	50,6	...	...	...	62,5	84,5	71.2 <sub>(2001)</sub>	...	...
Az orvosi intézmények teljes tőke-beruházási költségei az összes egészségügyi kiadás %-ában 2002	4,6	2,3	...	...	...	6 <sub>(2001)</sub>	...	0.97 <sub>(2001)</sub>	4.61 <sub>(2001)</sub>	...

Számszaki adatok forrása: WHO/HFA, 2005.

\*Social protection in the 13 candidate countries, Directorate-General for Employment and Social Affairs, 2003

\*\*EurActiv: <http://www.euractiv.com/Article?tcaturi=tcm:31-131255-16&type=Overview>