Tisztelt Látogató!

E dokumentum archivált tartalom, amely elavult, nem hatályos információkat is tartalmazhat.

Kérjük, hogy a dokumentumra való hivatkozást megelőzően az **ÁNTSZ központi** (www.antsz.hu), valamint az **országos** és **regionális** intézetek honlapjainak aktuális tartalmakat megjelenítő oldalain szíveskedjen tájékozódni.

ARCHÍV

ARCHÍVUM

World Health Organization

WHO Egészségügyi Világjelentés

AZ EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZEREK FINANSZÍROZÁSA

Út a mindenkire kiterjedő, teljes körű és megfizethető ellátás felé

FŐBB ÜZENETEK

Sok országban emberek milliói szenvednek, mert nem jutnak hozzá a szükséges egészségügyi ellátáshoz, vagy, mert az egészségügyi szolgáltatások megfizetése szegénységbe taszítja őket.

Másutt, olyan országokban, ahol az egészségügyi szolgáltatások hagyományosan hozzáférhetők és megfizethetők a kormányok egyre nehezebbnek találják a lakosság egyre növekvő szükségleteinek, s a szolgáltatások növekvő költségeinek kezelését.

Az egészségügyi rendszer finanszírozásának kisebb-nagyobb módosításával minden ország bővítheti azok körét, akikre az egészségbiztosítás kiterjed és csökkentheti a betegséghez kapcsolódó szenvedést, illetve a szolgáltatásokért fizetendő igénybevételi díjak terhét. A WHO idei Egészségügyi Világjelentése ennek megvalósításával foglalkozik. A jelentés ismertetésére 2010 november 22.-én és 23.-án a német kormány által szervezett berlini miniszteri konferencia keretében került sor.

A KIHÍVÁS: A világ még messze van attól, hogy mindenki számára biztosított legyen az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés anélkül, hogy félnie kellene az igénybevételük miatti pénzügyi nehézségektől.

Évente 100 millió embert taszít szegénységbe az, hogy az igénybevételkor közvetlenül fizetnie kell az egészségügyi szolgáltatásért (5. old):

- Egyes országokban évente a lakosság 5%-a szegényedik el, mert fizetnie kell az egészségügyi szolgáltatásért, amikor azt igénybe veszi (5. oldal).

- A háztartásokat érintő anyagi nehézségek nem korlátozódnak az alacsony vagy közepes jövedelmű országokra: hat OECD országban (Görögország, Portugália, Mexikó, Koreai Köztársaság, Magyarország és Lengyelország) majdnem 4 millió embert ért valamilyen fajta pénzügyi nehézség, mert fizetnie kellett az egészségügyi ellátásért (9. oldal). Az USA-ban az egyének szintjén jelentkező csődeljárás vezető oka az egészségügyi adósság (9. oldal).

- Az egészségügyi ellátásért történő közvetlen, „zsebből” való fizetés okozta elszegényedés kiküszöbölése érdekében az ilyen fajta fizetések nem haladhatják meg egy ország egészségügyi ráfordításának 15-20%-át (40. oldal). Harminchárom, főként alacsony és közepes jövedelmű országban a lakosság által fizetendő igénybevételi díjak még mindig több mint 50%-át teszik ki a teljes egészségügyi ráfordításnak (xiv. oldal).

WHO AJÁNLÁSOK:

Minden ország, szegény és gazdag, többet tehet annak érdekében, hogy közelebb kerüljön a mindenkire kiterjedő, teljes körű és megfizethető ellátás megvalósításához, illetve, hogy megőrizze a múltban elért eredményeket. Ez az Egészségügyi Világjelentés gyakorlati útmutatót nyújt arra vonatkozóan, hogy hogyan lehet növelni az egészségügyi ellátásra jogosultak körét, javítani az egészségügyi ellátás eredményességét és megvédeni az embereket a szolgáltatások igénybevételéhez kapcsolódó költségek terhétől és az elszegényedéstől. A jelentés a tagországok tapasztalataira építve három fő területen mutat be beavatkozási lehetőségeket:

1. ***Elegendő forrás teremtése az egészségügy számára innovatív és hagyományos megoldások alkalmazásával.***

2. ***Forrásteremtés főleg „előre fizetés” útján, szemben a közvetlen, „zsebből történő” fizetéssel, és utána a források közös alapba történő összevonása annak érdekében, hogy az ellátás költségének terhét a társadalom tagjai minél szélesebb körben viseljék.***

3. ***A pénz hatékonyabb és igazságosabb elköltése.***

1. ELEGENDŐ FORRÁS TEREMTÉSE AZ EGÉSZSÉGÜGY SZÁMÁRA. Ez az alábbiak által érhető el:

⇒ **Magasabb prioritás biztosítása az egészségügy számára az állami költségvetésen belül.**

- 49 alacsony jövedelmű ország évente 15 milliárd USD többletet tudna teremteni belföldi forrásokból az egészségügy számára a teljes állami ráfordítás egészségügyi részének 15%-ra történő emelésével (25. oldal).

⇒ **A bevételek begyűjtésének hatékonyabbá tétele.**

- Indonéziában a világos és következetes szabályozások és a korrupcióval szembeni zéró tolerancia politikája az adóbevételt a nem olajból származó GDP 9,9%-áról 11%-ra növelte négy év alatt; az egészségügyi ráfordítás a többi ágazatnál nagyobb mértékben részesült ebből (26. oldal).

⇒ **A bevételi források diverzifikálása.** Lehetséges megoldások:

- *Forgalmi adók*: Ghána állami egészségbiztosítását részben az általános forgalmi adó (ÁFA) 2,5%-al történő emelésével finanszírozta (27. oldal)

ARCHÍVUM PROTIV

- *„Szenvedélyadók", különösen dohányra és alkoholra:* A dohány adójának 50%-os emelése önmagában 1,42 milliárd USD többletbevételt jelentene 22 olyan alacsonyjövedelmű országban, melyekről elegendő adat áll rendelkezésre (28. oldal).

- *Valutaváltási illeték* bevezethető lenne sok országban. Például, ha India kivetne egy 0,005%-os illetéket a valutaváltási tranzakciókra, az évente 370 millió USD forrást teremtene.

- *Szolidaritási adók:* Gabon 30 millió USD forrást teremtett az egészségügy számára 2009-ben 1,5% adó kivetésével a készpénzutalásokat bonyolító vállalatokra, és 10% adó kivetésével a mobil telefonhálózat szolgáltatókra (30. oldal).

⇒ Nemzetközi **támogatások növelése.**

- Az alacsonyjövedelmű országokban a minőségi egészségügyi ellátások még egy szűkebb köréhez való hozzáférés biztosítása érdekében is egy főre számítva átlagosan 44 USD-ra van szükség (22. oldal).

- 31 ország kevesebb, mint 35 USD-t fordít fejenként egészségügyre annak ellenére, hogy az utóbbi években a nemzetközi támogatások növekedtek (23. oldal).

- Ha az összes donor ország azonnal teljesítené jelenlegi nemzetközi fejlesztési támogatásokra vonatkozó ígéretét, akkor a becsült hiány gyakorlatilag megszűnne – és több mint 3 millió életet mentenének meg 2015-ig (32. oldal).

- A hagyományos fejlesztési támogatások kiegészítése szempontjából kritikusak lesznek a globális szintű innovatív forrásteremtési megoldások az egészségügy számára. A legnagyobb lehetőségek a valutaváltási illetékben rejlenek, és vizsgálatok arra utalnak, hogy ez nem érintené a pénzügyi szektor életképességét (27–28. oldal).

2. FORRÁSTEREMTÉSBEN FŐLEG AZ „ELŐRE FIZETÉS" FORMÁIRA (PL. BIZTOSÍTÁS ÉS/VAGY ADÓK) TÖRTÉNŐ TÁMASZKODÁS S EZEK EGY KÖZÖS ALAPBA TÖRTÉNŐ ÖSSZEVONÁSA BIZTOSÍTHATJA AZ ELLÁTÁSHOZ VALÓ HOZZÁFÉRÉST ÉS A PÉNZÜGYI KOCKÁZATOK SZÉTTERÍTÉSÉT A TÁRSADALOM TAGJAI KÖZÖTT. EZ A KÖZVETLEN, „ZSEBBŐL TÖRTÉNŐ" FIZETÉSEK SZEREPÉNEK MINIMALIZÁLÁSÁT JELENTI.

- 27 OECD ország minden állampolgára számára biztosítja az egészségügyi ellátások egy bizonyos körének finanszírozását összevont alapokból, amit korlátozott közvetlen, „zsebből történő" fizetések egészítenek ki, olyanok, mint co-payment (fix összeg), co-insurance (%-os részfizetés), önrész vagy egyéb díjak.

- Jelentős előrehaladást lehet elérni a közvetlen térítések csökkentése, az „előre fizetések" növelése, és az egész lakosság egészségügyi ellátásának összevont alapokból történő finanszírozása felé, még a nemzeti jövedelem alacsony szintje mellett is. Chile, Kolumbia, Mexikó, Ruanda, Thaiföld és Törökország mind jelentős előrehaladást értek el az elmúlt évtizedben – éppígy Brazília, Kína, Costa Rica, Ghána, Kirgizisztán és a Moldovai Köztársaság (8. oldal).

- Ezek az országok különböző mechanizmusokat választottak, főként az adóalapú finanszírozás és a kötelező biztosítás valamilyen fajtájának keveréke formájában.

- Ahol lehetőség van a járulékfizetésből való kimaradásra (opt out), ott nehéz biztosítani, hogy mindenki hozzáférjen a szükséges, jó minőségű szolgáltatáshoz. A gazdagok és az egészségesek kilépnek a járulékfizetésből, s a szegényeknek és a betegeknek rossz minőségű szolgáltatások jutnak.

3. A HATÉKONYSÁG ÉS A MÉLTÁNYOSSÁG JAVÍTÁSA.

Az egészségügyi ráfordításoknak jellemzően 20–40%-a kárba vész megfosztva sok embert a nagyon szükséges ellátástól. **A hatékonyság fokozása nem az egészségügyi ráfordítások csökkentését jelenti, hanem a rendelkezésre álló források mellett a hozzáférés és az egészségnyereség fokozását, illetve a betegek által fizetendő díjak csökkentésének lehetőségét.**

A jelentés tíz olyan jellemző területet fed fel, ahol javulás érhető el (63. oldal). Ezek közt vannak az alábbiak:

⇒ **A szükségtelen gyógyszerkiadások csökkentése a gyógyszerek megfelelő alkalmazása és a minőség-ellenőrzés javítása révén.**

- A gyógyszerek megfelelő használata akár az egészségügyi ráfordítások 5%-át is megtakaríthatja az országoknak (72. oldal).

- Franciaország generikus helyettesítési stratégiája 1,94 milliárd USD-nak megfelelő megtakarítást eredményezett 2008-ban (64. oldal).

- Világszerte a gyógyszerfelírás, kiadás és eladás több mint fele nem megfelelő, és a betegek fele nem úgy veszi be gyógyszerét, ahogy felírták, vagy kiadták nekik (65. oldal).

- Egyes országok többet fizetnek a gyógyszerekért, mint mások – egyes helyeken az árak akár 67-szer magasabbak lehetnek a nemzetközi átlagárnál (62 oldal).

⇒ **A kórházi hatékonyság javítása.**

- A kórházi ellátás részesedése a teljes állami egészségügyi ráfordításból gyakran annak fele és kétharmada között van (67. oldal).

- Közel 300 milliárd USD-nyi veszteség származik évente a kórházakkal kapcsolatos hatékonysági problémákból (67. oldal).

- Egy 300 tanulmányon alapuló közelmúltban készült vizsgálat megállapítása szerint a kórházak többlet ráfordítás nélkül átlagosan 15%-al tudnák növelni teljesítményüket. (67. oldal).

- Nincs meggyőző bizonyíték arra, hogy az állami létesítmények akár jobb, akár rosszabb hatékonyságúak lennének a magán kórházaknál (68. oldal). A hatékonyság mindenütt javítható.

⇒ **A megfelelő beavatkozások megválasztása.**

- Sok esetben az egészségügyi hatóságok költséges és kevés egészségnyereséget eredményező beavatkozások mellett döntenek, szemben az alacsonyabb költségű, jelentős egészségnyereséget eredményező beavatkozásokkal.

- A prevenció, az egészségfejlesztés és a gyógyítás helyes kombinációja több egészségnyereséget biztosít ugyanannyi forrás mellett.

⇒ **Működőképes ösztönzők keresése.**

- A jó teljesítmény díjazása (pay for performance) hasznos eszköze lehet a hatékonyság, a minőség, sőt még az igazságosság javításának is, de további kutatásokra van szükség valódi hatásának kiértékeléséhez (76. oldal).

- A szolgáltatók tételes finanszírozása túlzott igénybevételt eredményez. A 137 olyan ország közül, amelyről megfelelő információ áll rendelkezésre 69 országban az orvosok beavatkozásonkénti fizetése megnövelte a császármetszések alkalmazásának gyakoriságát a szüléseknél. Ez becslések szerint évente 2 milliárd USD költséget jelent.

- Más finanszírozási mechanizmusok fékezni tudják a költségek növekedését. Egy ilyen a fejkvóta.

⇒ **A fragmentáció elkerülése.**

- A több forrásgyűjtési csatornával és pénzalappal működő rendszerek működtetése költségesebb a duplikáció miatt. Ezt felismerve egyes országok a különböző pénzalapokat egy alapba vonták össze (49. oldal).

- A fragmentáció kevésbé hatékony szolgáltatás-nyújtást eredményez. Észtországban intravénás kábítószer-használókat egy HIV program és egy kábítószer-ellenes program célzott meg – ezek elkülönülten kötöttek szerződéseket szolgáltatások nyújtására civil szervezetekkel. Mindkét programnak javára vált, hogy a kormány egy egységes szerződéskötési folyamatot vezetett be, összevonva a forrásokat és egyesítve a két program beavatkozásait (78. oldal).

- A nemzetközi támogatási törekvések is, jó szándékuk ellenére, növelték a fragmentációt megtöbbszörözve a módokat, ahogy globálisan kezelik, és az egyes országokhoz eljuttatják a forrásokat; ahogy nyújtják a szolgáltatásokat; ahogy a források felhasználását s az eredményeket monitorozzák és kiértékelik. Több mint 140 globális egészségügyi kezdeményezés működik párhuzamosan. A ruandai kormánynak több mint 890 egészségügyi indikátorról kell jelentést küldenie, csupán a HIV-vel és a maláriával kapcsolatban 595-ről (101. oldal).

ARCHÍVUM

Kapcsolat, további információ:

Sarah Russell, Communications Officer
Email: Russellsa@who.int, Mobile: +41 79 598 6823, Telephone: +41 22 791 5412

Joel Schaefer, Communications Officer
Email: Schaeferj@who.int Mobile: +41 79 516 4756, Telephone +41 22 791 4473

Dr. Evetovits Tamás, Senior Health Financing Specialist, Email: TEV@euro.who.int

WHO információ: http://www.who.int

Az Egészségügyi Világjelentés címe és elérhetősége: Health Systems Financing: The path to universal coverage, http://www.who.int/whr/2010/en/index.html

ARCHÍV ARCHIVUM