



**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 igénybevételekor 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 csőd eljárás 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). *(Magyarországon ez az arány meghaladja a 25%-ot!)*

## 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 terhé 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). *(Ez a lehetőség Magyarország számára is adott, hiszen jelenleg az egészségügy részesedése a közkiadásokból messze elmarad a 15%-tól.)*

⇒ **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)

- „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 kivételül 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 kivételével a készpénzátvitel bonyolító vállalatokra, és 10% adó kivételével 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 mentené 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 SZÉTTÉRÍTÉSÉT 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 keveréke formájában. *(Magyarország ezen a téren élen jár hiszen a forrásteremtésben a biztosítási járulék és az adóbevételek megoszlása körülbelül 50-50%, és ezek a források egy közös alapba kerülnek.)*
- 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 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 átlagnál (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 beavatkozásokonkénti 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 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 módszereket, 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).

**Kapcsolat, további információ:**

Sarah Russell, Communications Officer

Email: [Russellsa@who.int](mailto:Russellsa@who.int), Mobile: +41 79 598 6823, Telephone: +41 22 791 5412

Joel Schaefer, Communications Officer

Email: [Schaeferj@who.int](mailto: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](mailto:TEV@euro.who.int)

All WHO information can be found at <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>