

Ellenőrzési kompendium

| Közegészségügy

2014 és 2019 között közzétett ellenőrzési jelentések

Kapcsolat: www.contactcommittee.eu

© Európai Unió, 2019

A sokszorosítás a forrás feltüntetésével engedélyezett.

Forrás: Az Európai Unió Legfőbb Ellenőrző Intézményeinek Kapcsolattartó Bizottsága.

A következő anyagok bármilyen felhasználásához és sokszorosításához közvetlenül a szerzői jogok jogosultjától kell engedélyt kérni:

1., 6. és 8. ábra: © OECD/Európai Unió, 2018.

2., 3., 7., 9., 12., 13. és 14. ábra: © OECD.

4. ábra: © Egészségügyi Világszervezet (WHO).

Előszó	7
Összefoglaló	9
I. RÉSZ. Közegészségügy az Unióban	10
Közegészségügy: az élet meghosszabbítása és minőségének javítása	11
Az Unió egészségügyi politikája	12
Jogalap és felelősségek	12
Szakpolitikai célkitűzések	13
Finanszírozás	14
Közegészségügy az uniós tagállamokban	14
Megelőzés és védelem	16
Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés	21
Az egészségügyi szolgáltatások minősége	25
Új technológiák és e-egészségügy	28
Költségvetési fenntarthatóság és egyéb pénzügyi vonatkozások	33
II. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények által végzett munka áttekintése	37
Bevezetés	38
Ellenőrzési módszertan	38
Ellenőrzött időszak	38
Megelőzés és védelem	41
Az ellenőrzések célkitűzései	41
A főbb ellenőrzési észrevételek	41
Az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés	42
Az ellenőrzések célkitűzései	42
A főbb ellenőrzési észrevételek	43
Az egészségügyi szolgáltatások minősége	44

Az ellenőrzések célkitűzései	44
A főbb ellenőrzési észrevételek	45
Új technológiák és e-egészségügy	46
Az ellenőrzések célkitűzései	46
A főbb ellenőrzési észrevételek	46
Költségvetési fenntarthatóság és egyéb pénzügyi vonatkozások	47
Az ellenőrzések célkitűzései	47
A főbb ellenőrzési észrevételek	47
Az ellenőrzések hasznosulásának vizsgálata	48
III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban	49
Megelőzés és védelem	50
Belgium Rekenhof – Cour des comptes – Rechnungshof	51
A flamand megelőző egészségpolitika: a szakpolitika teljesítményének értékelése	51
Franciaország – Cour des comptes	55
Az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések megelőzése: a következő lépések	55
Lengyelország – Najwyższa Izba Kontroli (NIK)	59
A 2-es típusú diabétesz megelőzése és kezelése	59
Szlovénia – Računsko Sodišče Republike Slovenije	63
A gyermekkori elhízás kezelése	63
Az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés	67
Litvánia – Valstybės Kontrolė	68
Az egészségügyi szolgáltatások elérhetősége és a betegközpontúság	68
Málta – National Audit Office	73
A háziorvosi funkció – az alapellátás központi eleme	73
Németország – Bundesrechnungshof	78
Egészségügyi kutatásra van szükség a fogsabályozási kezelés előnyeinek tanulmányozásához	78

Portugália – Tribunal de Contas	82
A polgárok egészségügyi ellátáshoz való hozzáférése Portugália Nemzeti Egészségügyi Szolgálatánál	82
Románia – Curtea de Conturi a României	87
Az egészségügyi infrastruktúra fejlesztése a nemzeti, regionális és helyi szintű, egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés javítása céljából	87
Európai Unió – Európai Számvevőszék	91
A határokon átnyúló egészségügyi ellátásra irányuló uniós intézkedések: a jelentős célkitűzésekhez hatékonyabb irányításnak kell társulnia	91
Az egészségügyi szolgáltatások minősége	95
Ausztria – Rechnungshof	96
Minőségbiztosítás a független orvosok számára	96
Dánia – Rigsrevisionen	101
Jelentés az ellátás minőségének eltéréseiről a dán kórházak körében	101
Írország – Office of the Comptroller and Auditor General	105
Az elektív egynapos sebészeti ellátások lebonyolítása	105
Új technológiák és e-egészségügy	110
Bulgária – Сметна палата на Република България	111
E-egészségügy	111
Észtország – Riigikontroll	116
Állami tevékenységek az e-egészségügyi rendszer bevezetése során	116
Lettország – Valsts Kontrole	121
Megfelelő irányba tett lépés-e az „E-egészségügy Lettországbán” projekt?	121
Költségvetési fenntarthatóság és egyéb pénzügyi vonatkozások	126
Cseh Köztársaság – Nejvyšší kontrolní úřad	127
Kiválasztott kórházak által költségtérítésre költött források	127
Finnország – Valtiontalouden Tarkastusvirasto	131
A társadalombiztosítási kiadások trendjeinek előrejelzése	131

Görögország – Ελεγκτικό Συνέδριο	136
Horizontális tematikus ellenőrzés az állam kórházakkal, a Nemzeti Egészségügyi Szolgáltató Szervezettel (EOPYY) és egy regionális egészségügyi igazgatósággal kapcsolatos hátralékaira vonatkozóan	136
Luxemburg – Cour des comptes	141
A kórházi beruházások állami finanszírozása	141
Magyarország – Állami Számvevőszék	146
A kórházak ellenőrzései során szerzett tapasztalatok összefoglaló elemzése	146
Olaszország – Corte dei conti	149
A közegészségügyi intézmények ingatlanjainak épületfelújítására és technológiai korszerűsítésére irányuló rendkívüli program végrehajtása	149
Spanyolország – Tribunal de Cuentas	153
A gyógyszerészeti ellátások kezelése és ellenőrzése a Spanyol Általános Közzolgálati Kölcsönös Biztosító Társaság (MUFACE) által	153
Szlovákia – Najvyšší kontrolný úrad Slovenskej republiky	158
Közpénzügyek és az egészségügyi létesítmények tulajdonosi szerkezete	158
A részt vevő uniós legfőbb ellenőrző intézmények által 2014 óta elvégzett közegészségügyi vonatkozású ellenőrzések	162
Mozaikszavak és rövidítések	182
Glosszár	185

Előszó

Kedves Olvasó!

Az Európai Unió Legfőbb Ellenőrző Intézményeinek Kapcsolattartó Bizottsága az Unióban és tagállamaiban folyó közellenőrzéssel kapcsolatos, közös érdeklődésre számot tartó ügyek megvitatásához és kezeléséhez biztosít fórumot. A Kapcsolattartó Bizottság a tagok közötti párbeszéd és együttműködés erősítése révén hozzájárul az uniós szakpolitikák és programok eredményes külső ellenőrzéséhez. Ez mind az Unióban, mind a tagállamokban elősegíti az elszámoltathatóság növelését, valamint az uniós pénzgazdálkodás és jó kormányzás javítását, ami az uniós polgárok érdekeit szolgálja.

2017-ben, luxembourgi éves ülésünkön úgy döntöttünk, hogy további erőfeszítéseket teszünk annak érdekében, hogy felhívjuk a figyelmet az uniós legfőbb ellenőrző intézmények által a közelmúltban végzett ellenőrzésekre. Egy évvel később, 2018-ban közzétettük az első ellenőrzési kompendiumot, amely egyetlen dokumentumban mutatja be az uniós legfőbb ellenőrző intézmények ifjúsági foglalkoztatást és a fiatalok munkaerőpiaci integrációját érintő munkáját. A Kapcsolattartó Bizottság az első kiadás sikerén felbuzdulva úgy döntött, hogy folytatja ezt a tevékenységet, és további, általános érdeklődésre számot tartó témákat is feldolgoz. Ezért büszkén mutatjuk be az ellenőrzési kompendiumok sorozatának második kiadását, amely a közegészségüggyel és a kapcsolódó kérdésekkel foglalkozó, nemrégiben elvégzett ellenőrzéseinket mutatja be.

Az elmúlt néhány évtizedek során az uniós tagállamok egészségügyi rendszerei számos kihívással kerültek szembe, ilyenek például az állandóan növekvő költségek és a lakosság öregedése, valamint az, hogy a betegek, csakúgy, mint az egészségügyi szakemberek egyre mobilabbak a tagállamok között. A közegészségügy ezért összehangolt erőfeszítéseket tesz szükségessé az Unió és valamennyi tagállam részéről, és nincs kétség afelől, hogy a téma a következő generációk életében is kiemelt helyet követel majd magának a politikai napirenden.

Az Európai Unióban a közegészségügy területe nagyrészt a tagállamok hatáskörébe tartozik. Az Unió elsősorban támogatást biztosít a nemzeti szintű törekvésekhez, külön figyelemmel a tagállamok közegészségügyi területen hozott intézkedéseinek kiegészítésére és összehangolására. Uniós nézőpontból tehát a közegészségügy összetett ellenőrzési terület.

E kompendium általánosan bemutatja a közegészségügyet és az Unió és a tagállamok e szakpolitikai területen betöltött szerepét, majd áttekinti és összefoglalja az uniós legfőbb ellenőrző intézmények által 2014 óta végzett, kiválasztott ellenőrzési munkákat. Az említett ellenőrzéseket illetően további információk az érintett legfőbb ellenőrző intézményektől kérhetők.

Reméljük, hogy ellenőrzési kompendiumunkat hasznos információforrásnak találja majd.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'K-H Le'.

Klaus-Heiner Lehne

az Európai Számvevőszék elnöke
a Kapcsolattartó Bizottság elnöke és a projekt vezetője

Összefoglaló

I A közegészségügy a betegségek megelőzésének és az élet meghosszabbításának a tudománya. Minden nap és a világ minden részében érinti az emberek életét. Ezért minden modern társadalomban szerepel a politikai napirenden, és ez az elkövetkező generációk életében sem változik majd.

II Az Unióban a közegészségügy területe elsősorban az uniós tagállamok hatáskörébe tartozik. Az egészségügyi rendszerek ezért jelentősen eltérőek az uniós tagállamok körében. Az Európai Unió szerepe a nemzeti szintű törekvések támogatása, különös tekintettel a tagállamok közegészségügyi területen tett intézkedéseinek kiegészítésére és összehangolására.

III Uniós nézőpontból tehát a közegészségügy összetett ellenőrzési terület. A közegészségügy fontosságából adódóan az uniós legfőbb ellenőrző intézmények számos, a területhez kapcsolódó kérdéseket érintő ellenőrzést végeztek.

IV Ennek az ellenőrzési kompendiumnak az első része általános áttekintést nyújt az uniós közegészségügyről, annak jogalapjáról, fő célkitűzéseiről és a kapcsolódó felelőségekről. Ismerteti a közegészségügy területén az Unió és a tagállamok előtt álló aktuális kihívásokat is.

V Az ellenőrzési kompendium második részében 23. részt vevő tagállam (Ausztria, Belgium, Bulgária, Cseh Köztársaság, Dánia, Észtország, Finnország, Franciaország, Görögország, Írország, Lengyelország, Lettország, Litvánia, Luxemburg, Magyarország, Málta, Németország, Olaszország, Portugália, Románia, Spanyolország, Szlovákia, Szlovénia) legfőbb ellenőrző intézményei és az Európai Számvevőszék által az elmúlt öt évben elvégzett, kiválasztott ellenőrzések eredményeit foglaljuk össze. A kiválasztott ellenőrzések a közegészségügy fontos vonatkozásaival foglalkoztak, nevezetesen a megelőző intézkedésekkel, az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáféréssel és e szolgáltatások minőségével, az új technológiák alkalmazásával, valamint a közegészségügyi szolgáltatások költségvetési fenntarthatóságával.

VI Az ellenőrzési kompendium harmadik része a 23 tagállami legfőbb ellenőrző intézmény és az Európai Számvevőszék által elvégzett és a válogatásba bekerült ellenőrzések részletes adatlapjait tartalmazza.

I. RÉSZ. Közegészségügy az Unióban

Közegészségügy: az élet meghosszabbítása és minőségének javítása

- 1** Az egészség fontos szerepet játszik nemcsak egészében véve minden modern társadalomban, hanem külön-külön mindannyiunk számára is. Ez az életminőséget meghatározó egyik fontos – ha nem éppen a legfontosabb – tényező.
- 2** A közegészségügy fogalmát az Egészségügyi Világszervezet (WHO) a következőképpen határozza meg: „**a betegségek megelőzésének, az élet meghosszabbításának és az emberi egészség elősegítésének tudománya, amely a társadalom szervezett erőfeszítése révén valósul meg**”¹. Az emberek egészségének fenntartására vagy javítására irányuló összes tevékenységet magában foglalja.
- 3** Amellett, hogy az egészség önmagában véve is érték, egyben fontos gazdasági tényező is. Európában, hasonlóképpen a legtöbb fejlett gazdasághoz, a közegészségügy az egyik legnagyobb és leggyorsabban növekvő kiadási terület. Az egészségügyben és az ellátásban dolgozó munkavállalók az Unión belül a teljes munkaerő-állomány mintegy 8%-át teszik ki².
- 4** Az elmúlt néhány évtizedben az európai egészségügyi rendszerek számos kihívással szembesültek. A népesség elöregedése folytán nő az egészségügyi szolgáltatások iránti igény, és nagyobb hangsúly kerül a tartós gondozásra. Az innovatív és eredményesebb egészségügyi technológiák és kezelések sok területen segítenek az egészségügyi körülmények javításában, ám egyes esetekben az egészségügyi ágazatban felmerülő költségek növekedéséhez is hozzájárul. A pénzügyi források azonban korlátozottak.
- 5** A közegészségügyi rendszereknek emiatt nemcsak pénzügyileg fenntarthatónak kell lenniük, hanem ellenálló képesnek is: eredményesen alkalmazkodniuk kell a minden eddiginél gyorsabban változó környezethez, egyúttal pedig ki kell használniuk a modern technológia kínálta lehetőségeket.
- 6** Az Unióban a nemzeti egészségügyi rendszerek egyre többször kerülnek kapcsolatba egymással, és mind a betegek, mind az egészségügyi szakemberek egyre többet mozognak a tagállamok között. A közegészségügy jövője ezért összehangolt erőfeszítéseket igényel majd

¹ Acheson, 1988; WHO.

² OECD/EU (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle* (Egészségügyi pillanatkép: Európa 2018: Az egészség helyzete az uniós ciklusban), OECD Publishing, Párizs/EU, Brüsszel, https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en

az Unió és valamennyi tagállam részéről, az élettartam meghosszabbításának és az életminőség növelésének közös célját is szem előtt tartva.

Az Unió egészségügyi politikája

Jogalap és felelősségek

7 A **Maastrichti Szerződés** Európa napirendjére tűzte az egészséggel kapcsolatos kérdéseket, és a következőt mondja ki: „A Közösség hozzájárul az emberi egészség magas szintű védelmének biztosításához azzal, hogy ösztönzi a tagállamok közötti együttműködést, és szükség esetén támogatást nyújt tevékenységükhöz.”³ Ez a tagállamok számára megnyitotta az utat az egészségügyi ellátás jobb támogatása felé többek között a következő területeken:

- az uniós polgárok egészségének javítása;
- az egészségügyi infrastruktúra korszerűsítése;
- az egészségügyi rendszerek hatékonyságának növelése.

8 Az **Európai Unió működéséről szóló szerződés (EUMSZ)** méginkább kiemelte az egészségügyi politika fontosságát, és a 168. cikkben kimondta, hogy „valamennyi uniós politika és tevékenység meghatározása és végrehajtása során biztosítani kell az emberi egészségvédelem magas szintjét”.

9 Az EUMSZ értelmében az egészség védelmével és különösen az egészségügyi rendszerekkel kapcsolatban **az elsődleges felelősség a tagállamokat terheli**, és az Unió tevékenységének „tisztetben kell tartania a tagállamoknak az egészségügyi politikájuk meghatározására, valamint az egészségügyi szolgáltatások és az orvosi ellátás megszervezésére és biztosítására vonatkozó hatáskörét”.

10 Az **Unió** legfontosabb **szerpe** tehát a közegészségügy terén a tagállamok által végzett tevékenység támogatása, kiegészítése vagy összehangolása. E fellépésnek különösen „a népegészségügyi helyzet javítására, az emberi megbetegedések és betegségek, valamint az

³ Maastrichti Szerződés (1992), 129. cikk.

emberek testi és szellemi egészségét fenyegető veszélyek okainak megelőzésére” kell irányulnia⁴.

11 Az Európai Bizottságon belül az egészségügyi stratégia általános koordinálásáért és végrehajtásáért az **Egészségügyi és Élelmiszerbiztonsági Főigazgatóság (DG SANTE)** a felelős. A főigazgatóság a következők révén támogatja a tagállami fellépéseket:

- jogalkotási javaslatok;
- pénzügyi támogatás nyújtása;
- a bevált gyakorlatok uniós országok és egészségügyi szakértők közötti cseréjének összehangolása és elősegítése;
- egészségfejlesztési tevékenységek.

Szakpolitikai célkitűzések

12 Az uniós egészségügyi politika stratégiai célkitűzései a 2014–2020-as egészségügyi program⁵ meghatározása szerint a következők:

- **egészségfejlesztés, betegségmegelőzés, valamint az egészséges életmód előmozdítása** az egészségügyi szempontok valamennyi szakpolitikában való érvényesítése révén;
- az uniós polgárok védelme a **határokon átnyúló súlyos egészségügyi veszélyekkel** szemben;
- hozzájárulás az innovatív, hatékony és fenntartható **egészségügyi rendszerekhez**;
- annak elősegítése, hogy az uniós polgárok **jó minőségű és biztonságos egészségügyi ellátást** vehessenek igénybe.

13 A Bizottság által a közegészségügy területén a **2016–2020-as időszakra meghatározott egyedi prioritások** között szerepel többek között a nagyobb költséghatékonyság elérése, az

⁴ Az EUMSZ XIV. címe 168. cikkének (1) bekezdése.

⁵ Az Európai Parlament és a Tanács 282/2014/EU rendelete (2014. március 11.) az egészségügyre vonatkozó harmadik uniós cselekvési program (2014–2020) létrehozásáról és az 1350/2007/EK határozat hatályon kívül helyezéséről.

újonnan megjelenő globális fenyegetések, így például az antimikrobiális rezisztencia kezelése, a nem fertőző betegségek kockázati tényezőinek kezelése és az oltás előmozdítása.

14 A következő többéves pénzügyi keretben, amely a 2021–2027-es időszakot fedi le, az uniós egészségügyi programot az Európai Szociális Alap Plusz (ESZA+) fogja fedezni. A jelenlegi javaslat a következő átfogó célkitűzéseket tartalmazza: a válságokra való felkészültség, az egészségügyi rendszerek megerősítése, az európai referenciahálózatokra vonatkozó uniós egészségügyi jogszabályok és integrált munka támogatása, egészségügyi technológiaértékelés, valamint a bevált gyakorlatok és innováció megvalósítása a közegészségügyben.

Finanszírozás

15 Az Unió egészségügyi politikája több eszközből is finanszírozható. A kizárólag az egészségügynek szentelt fő eszköz az **Unió egészségügyi programja**, amely a 2014–2020-as időszakban mintegy 450 millió euró költségvetéssel rendelkezik. Ez az egészségfejlesztés, az egészségbiztonság és az egészségügyi információk területén finanszíroz kezdeményezéseket.

16 A következő további eszközök szintén finanszírozhatnak az egészséggel összefüggő tevékenységeket:

- a **Horizont 2020** kutatási program, amely olyan területekre tartozó projekteket támogat, mint a biotechnológia és a gyógyászati technológiák;
- az **uniós kohéziós politika**, amely egészségügyi beruházásokat támogat az uniós országokban és régiókban;
- az **Európai Stratégiai Beruházási Alap**.

Közegészségügy az uniós tagállamokban

17 Jóllehet az uniós tagállamok egészségügyi rendszerei elsősorban az egyenlőség, a jó minőségű ellátáshoz való egyetemes hozzáférés és a szolidaritás⁶ közös értékein nyugszanak, e rendszerek jelentős eltéréseket mutatnak fel.

⁶ A Tanács következtetései a közös értékekről és elvekről az európai uniós egészségügyi rendszerekben (HL C 146., 2006.6.22., 1. o.)

18 Az egészségügyi rendszerek között alapvető különbségek állnak fenn a tekintetben, hogy azokat milyen módon finanszírozzák és biztosítják. Az Unión belül három, különböző finanszírozási módszeren alapuló modell különböztethető meg⁷:

- a „**Beveridge-modell**” egy állami, adókból finanszírozott rendszer, amely rendszerint egyetemes lefedettséget biztosít, és a lakóhely vagy az állampolgárság elvén nyugszik;
- a „**szociális egészségbiztosítási rendszer**” vagy „Bismarck-modell” esetében az egészségügyi ellátást a kötelező társadalombiztosítási járulékokból finanszírozzák, amelyet rendszerint a munkaadók és a munkavállalók fizetnek;
- a „**vegyes modell**” az önkéntes biztosítási rendszerekből származó magánfinanszírozáson vagy az igénybe vevők általi közvetlen fizetéseken alapul.

19 A Bizottság 2016-ban az OECD-vel együttműködésben elindította a *State of Health in the EU* (Egészségügyi helyzet az Európai Unióban) kezdeményezést, amelynek célja, hogy segítsen a tagállamoknak egészségügyi rendszereik teljesítményének javításában. A Bizottság e kezdeményezés keretében 2018-ban közzétette a „**Health at a Glance**” (Egészségügyi pillanatkép) című elemzést, amely az egészségügyi rendszerek teljesítményére vonatkozó, valamennyi tagállamból származó adatokat hasonlítja össze.

20 Az elemzés olyan kérdésekre összpontosít, mint a megelőzés, az egészségügyi rendszerekhez való hozzáférés és azok eredményessége, valamint a költségvetési fenntarthatóság. A jelentés fő következtetéseit az **1. ábra** foglalja össze.

⁷ Régiók Európai Bizottsága: *The Management of health systems in the EU Member States* (Az egészségügyi rendszerek irányítása az uniós tagállamokban).

1. ábra. Érvek az egészségbe való intelligensebb beruházás mellett



Forrás: Európai Bizottság, *State of Health in the EU, Factsheet on the report Health at a Glance: Europe 2018* (Egészségügyi helyzet az Európai Unióban, Tájékoztató az „Egészségügyi pillanatkép: Európa 2018” című jelentésről) (OECD, Európai Bizottság).

Megelőzés és védelem

21 A betegségmegelőzés a betegségek okozta tehernek és a társuló kockázati tényezőknek a minimálisra csökkentését célzó beavatkozásokat foglal magában⁸.

22 A betegségmegelőzés a következőképpen csoportosítható:

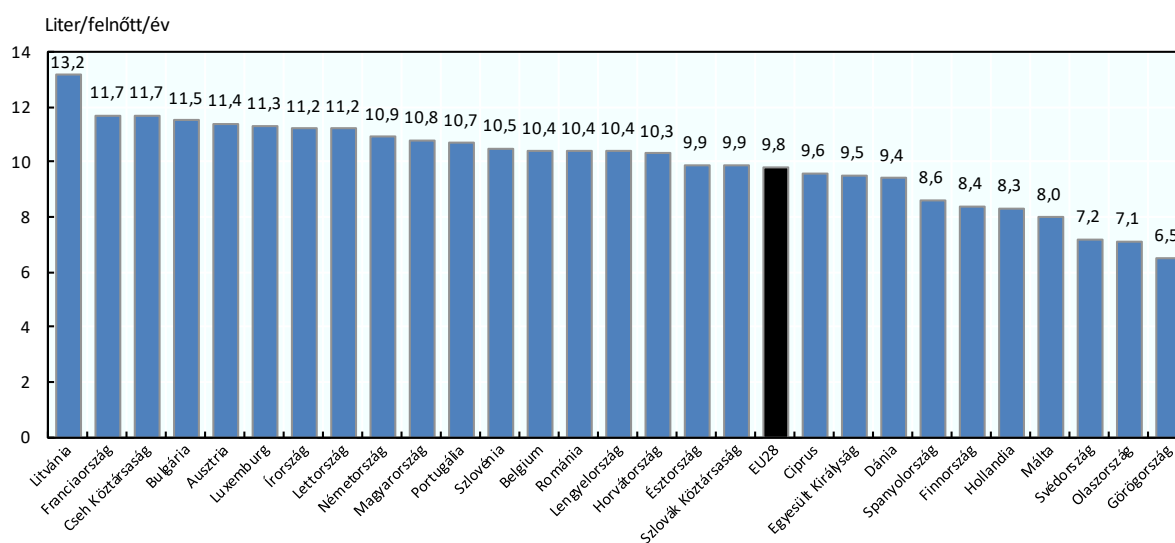
- az elsődleges prevenció célja a betegségek elhárítása, mielőtt azok megjelennének;
- a másodlagos prevenció a betegségek korai felismerése;
- a harmadlagos prevenció célja a betegség hatásának csökkentése.

⁸ WHO, 2017.

23 2016-ban becslések szerint **790 000 ember halt meg az Unióban idő előtt** a dohányzás, az alkoholfogyasztás, az egészségtelen táplálkozás és a mozgáshiány miatt⁹ – ezek az életek az egészségfejlesztésre és a megelőzésre nagyobb hangsúlyt helyezve potenciálisan megmenthetők lettek volna.

24 Különösen a nem fertőző betegségek (pl. a szív- és érrendszeri megbetegedések, a rák, az Alzheimer-kór és a cukorbetegség) felelősek nagy arányban az idő előtti elhalálozásokért, és vezetnek nagyobb egészségügyi kiadásokhoz. Az ilyen halálesetek gyakran egyszerűen megelőzhetők a betegségeket okozó fő kockázati tényezők csökkentésével (pl. szennyezés, dohányzás, mozgáshiány vagy alkoholfogyasztás) (lásd: **2., 3. és 4. ábra**). Ez különösen igaz az Unióra, amely még mindig az a régió, ahol a világon a legnagyobb az alkoholfogyasztás. Az európaiak évente hozzávetőlegesen 10 liter alkoholt fogyasztanak. Emellett az Unióban a felnőttek mintegy 20%-a napi rendszerességgel dohányzik.

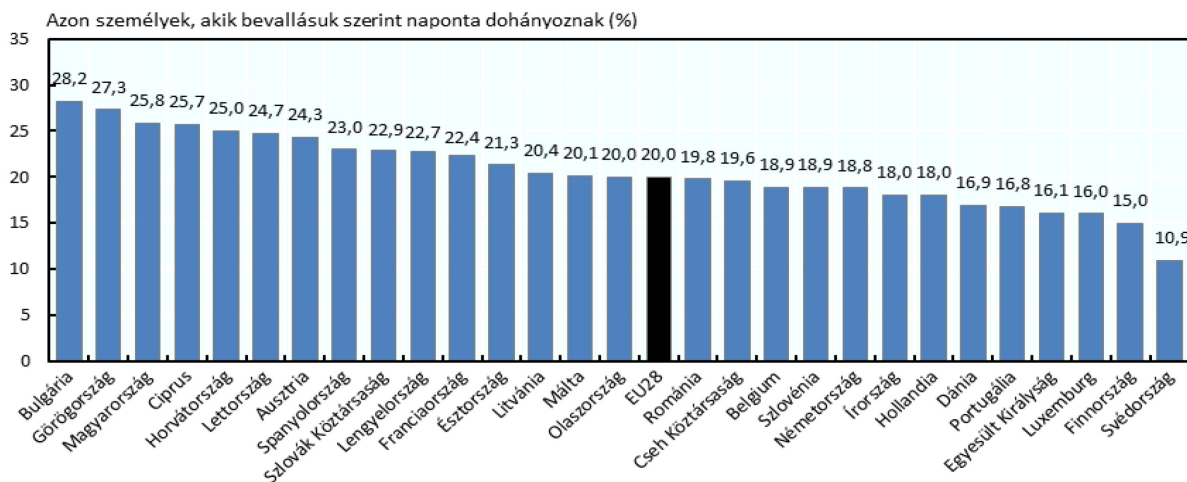
2. ábra. Összes alkoholfogyasztás a felnőttek körében (2016 vagy a legutóbbi rendelkezésre álló év)



Forrás: Az OECD egészségügyi statisztikái.

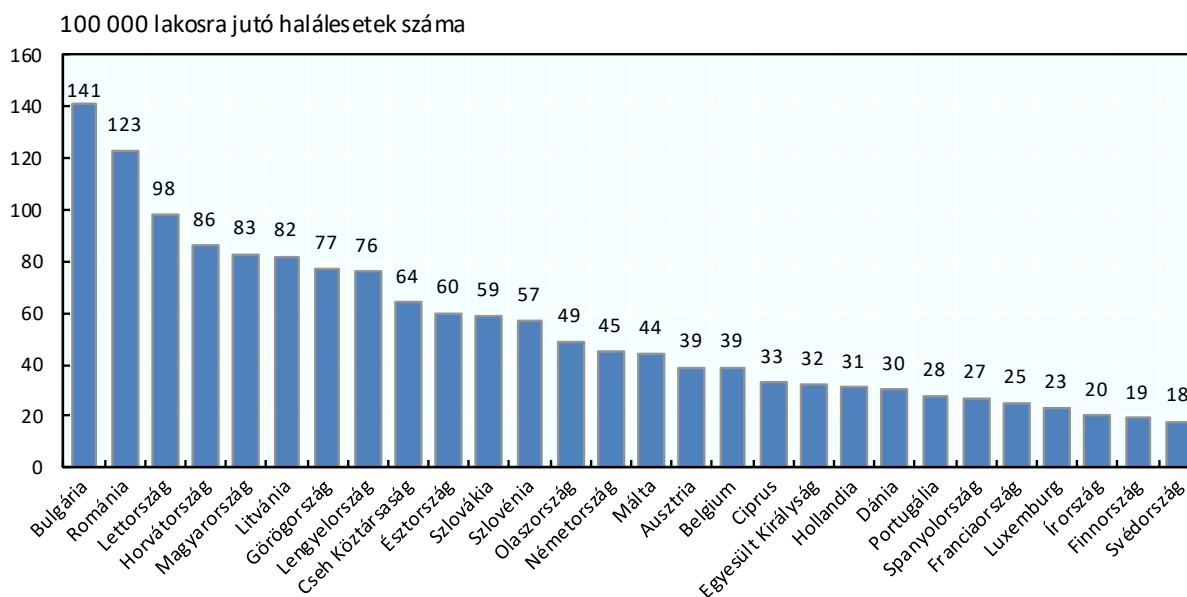
⁹ OECD/EU (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle* (Egészségügyi pillanatkép: Európa 2018: Egészségügyi helyzet az uniós ciklusban), OECD Publishing, Párizs/EU, Brüsszel, https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en

**3. ábra. Napi dohányzás mennyisége a felnőttek körében
(2016 vagy a legutóbbi rendelkezésre álló év)**



Forrás: Az OECD egészségügyi statisztikái.

**4. ábra. A háztartási és a környezeti levegőszennyezés együttes hatásainak betudható halandóság
(100 000 lakosonként, 2016)**



Forrás: Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) statisztikái.

25 Jóllehet a megelőzés kulcsszerepet játszik nemcsak az életek megmentésében, hanem a **pénz** megtakarításában is, legalább is hosszú távon, jelenleg mégis az összes egészségügyi kiadás **mindössze körülbelül 3%-át teszi ki**¹⁰.

26 A megelőzés továbbá olyan terület, amelyet a legtöbb – ha nem minden – tagállamban **jelentős egyenlőtlenségek** jellemeznek. Az egészségügyi prevenció intézkedések igénybevételének valószínűsége erősen korrelál az iskolázottsággal és/vagy a társadalmi-gazdasági státusszal, például:

- az alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkező felnőttek húsz százaléka elhízott, míg a magasabb iskolai végzettségűeknek csak tizenkét százaléka;
- az alacsonyabb jövedelmű felnőttek kisebb valószínűséggel érik el az ajánlott heti 150 perces fizikai aktivitást, és nagyobb valószínűséggel rendszeres dohányosok.

27 Az idő előtti elhalálozások számának csökkentése és annak lehetővé tétele érdekében, hogy az emberek hosszabb ideig, jó egészségben éljenek, a hangsúlyt **a betegségek gyógyításáról a megelőzésükre kell áthelyezni**.

28 Az Unió ezért az utóbbi években több kezdeményezést indított el, amelyek kifejezetten a megelőzést helyezik az előtérbe (lásd: **1. háttérmagyarázat**).

1. háttérmagyarázat

Unió kezdeményezései a betegségmegelőzés területén

Megelőzés a tájékoztatás révén

A betegségmegelőzéssel kapcsolatos uniós fellépés fő célkitűzése, hogy elegendő releváns információt biztosítson, lehetővé téve, hogy a fogyasztók megalapozott döntéseket hozhassanak.

Az **elhízás** kezelése érdekében az Európai Bizottság 2007-ben elfogadta „a táplálkozással, túlsúllyal és elhízással kapcsolatos egészségügyi kérdésekre vonatkozó európai stratégiát”, és ugyanezen a területen számos egyedi kezdeményezést indított el. E kezdeményezések egyike a tápanyag-összetételre és

¹⁰ OECD/EU (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle* (Egészségügyi pillanatkép: Európa 2018: Egészségügyi helyzet az uniós ciklusban), OECD Publishing, Párizs/EU, Brüsszel, https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en

az egészségre vonatkozó állítások (pl. „alacsony zsírtartalmú” vagy „kalcium az egészséges csontokért és fogakért”) jogi keretének meghatározása volt. Ez a gyakorlatban megtiltott minden olyan, tápanyag-összetételre és egészségre vonatkozó állítást az élelmiszerek címkéjén és az élelmiszerek reklámjaiban, amelyek nem világosak, nem pontosak és nem tudományos bizonyítékokon alapulnak (1924/2006/EK rendelet¹¹).

Ezen túlmenően a Bizottság egy a gyermekkori elhízásról szóló cselekvési tervet¹² is közzétett, amely javaslatot tesz a fő cselekvési területekre és egy lehetséges eszköztárra, amellyel 2020-ig kezelhetőek a túlsúly és az elhízás problémája által érintett gyermekek és a fiatalok.

A dohánytermékekről szóló 2014. évi uniós irányelv¹³ kötelezővé tette az egészségvédő figyelmeztetések elhelyezését a **dohánytermékeken** és a kapcsolódó termékeken, és megtiltott a csomagoláson mindenfajta promóciós vagy félrevezető elemet.

29 Általánosabb szinten az Európai Bizottság 2018-ban létrehozta az egészségfejlesztéssel, a betegségmegelőzéssel és a nem fertőző betegségek kezelésével foglalkozó irányítócsoporthat, hogy támogassa a fenntartható fejlődési célok, és ezeken belül elsősorban a harmadik cél („egészség és jóllét”) egészségügyi célértékeinek elérésére törekvő országokat. Az irányítócsoporthat tanácsokat ad a Bizottságnak, és szakértelmet biztosít számára az egészségfejlesztés és a megelőzés terén.

¹¹ Az Európai Parlament és a Tanács 1924/2006/EK rendelete (2006. december 20.) az élelmiszerekkel kapcsolatos, tápanyag-összetételre és egészségre vonatkozó állításokról.

¹² *EU Action Plan on Childhood Obesity 2014–2020* (Az Unió 2014–2020-as időszakra vonatkozó cselekvési terve a gyermekkori elhízásról), 2014. február 24. [Frissítve: 2014. március 12-én és július 28-án].

¹³ Az Európai Parlament és a Tanács 2014/40/EU irányelve (2014. április 3.) a tagállamoknak a dohánytermékek és kapcsolódó termékek gyártására, kizsírására és értékesítésére vonatkozó törvényi, rendeleti és közigazgatási rendelkezései közelítéséről és a 2001/37/EK irányelv hatályon kívül helyezéséről.

30 A tagállamok az egészséget érintő fő kockázati tényezők kezelése érdekében különféle intézkedéseket hoztak:

- a **dohányzás** visszaszorítása érdekében hozott intézkedések közé figyelemfelkeltő kampányok, az árakat növelő adók, a füstmentes környezetre vonatkozó jogszabályok és reklámkorlátozások tartoztak;
- az **alkoholfogyasztáshoz** kapcsolódó kockázatok csökkentése érdekében számos tagállam korlátozta a serdülők alkoholtermékekhez való hozzáférését, növelte az árakat és szigorúbb szabályokat vezetett be a hirdetésre vonatkozóan. Az összes uniós ország meghatározta a járművezetők véralkohol-koncentrációjának maximális szintjét;
- **Elhízás:** egyre nagyobb számú tagállam hoz intézkedéseket az egészséges életmód előmozdítása és ezáltal a polgárok körében tapasztalható **elhízás** megelőzése vagy csökkentése érdekében. Ezen intézkedések egyike a tápanyagtartalomra vonatkozó jobb információk biztosítása volt, lehetővé téve a polgárok számára, hogy egészséges termékeket válasszanak (pl. az élelmiszerek címkézése és a gyermekeknek szóló élelmiszerek reklámozására vonatkozó korlátozások).
- a legtöbb tagállam a **levegőszennyezés** csökkentését célzó intézkedéseket is végrehajt, mivel az Unióban még mindig évente 400 000 fő esik a levegő szennyezettségének áldozatául¹⁴.

Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés

31 Meghatározása szerint az egészségügyi ellátáshoz való egyetemes hozzáférés **az egészségügyi szolgáltatások megfelelő időben, helyen és áron való elérhetősége**. Ez az egészségügy terén fennálló egyenlőség egyik legfontosabb előfeltétele.

32 A jó minőségű egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés jogát az Európai Unió Alapjogi Chartája rögzíti (35. cikk), és az ebből következően az Unió egészségügyi rendszereinek egyik vezérelve. Emellett ez az ENSZ fenntartható fejlődési céljainak egyike (3. cél).

¹⁴ Lásd: az Európai Számvevőszék [23/2018. sz. különjelentése](#): Légszennyezés: egészségünk védelme még mindig nem elégséges

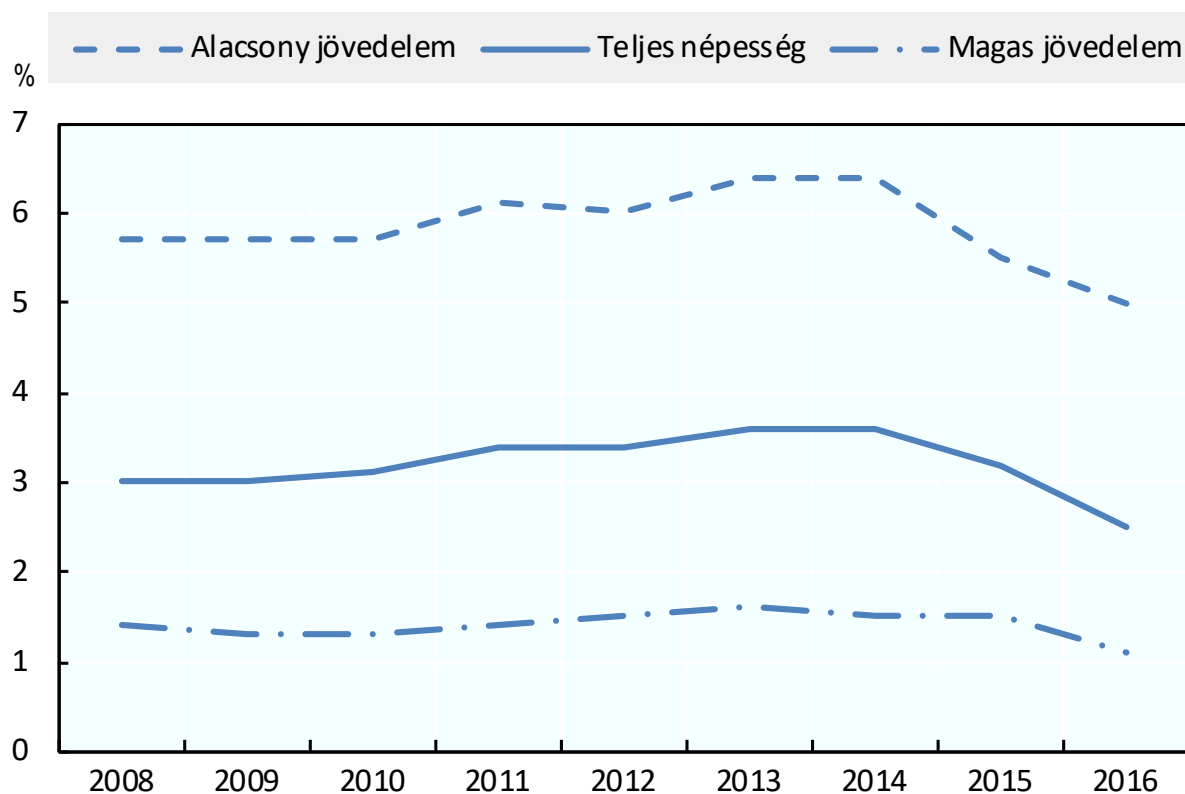
33 Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést általában a „ki nem elégített egészségügyi szükségletekről beszámoló személyek száma” mutató méri. Ki nem elégített egészségügyi szükségletekről akkor beszélhetünk, ha az igényelt szolgáltatások nem állnak időben, a megfelelő helyen, vagy – a legalább részben magánfinanszírozású egészségügyi rendszerek esetében – megfizethető áron rendelkezésre.

34 Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés összességében biztosított az Unióban. A legtöbb tagállamban a polgárok nagy többsége (jóval 90% felett) nem számol be olyan egészségügyi szükségletekről, amelyeket nem elégítettek volna ki, és az ilyen kielégítetlen szükségletekről beszámolók aránya az elmúlt évtized folyamán tovább csökkent (lásd: [5. és 6. ábra](#)).

35 Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés azonban nem egyenletesen oszlik meg, és **továbbra is fennállnak egyenlőtlenségek** a különböző országok között, de az egyes országokon belüli régiók és a különböző jövedelmű csoportok között is:

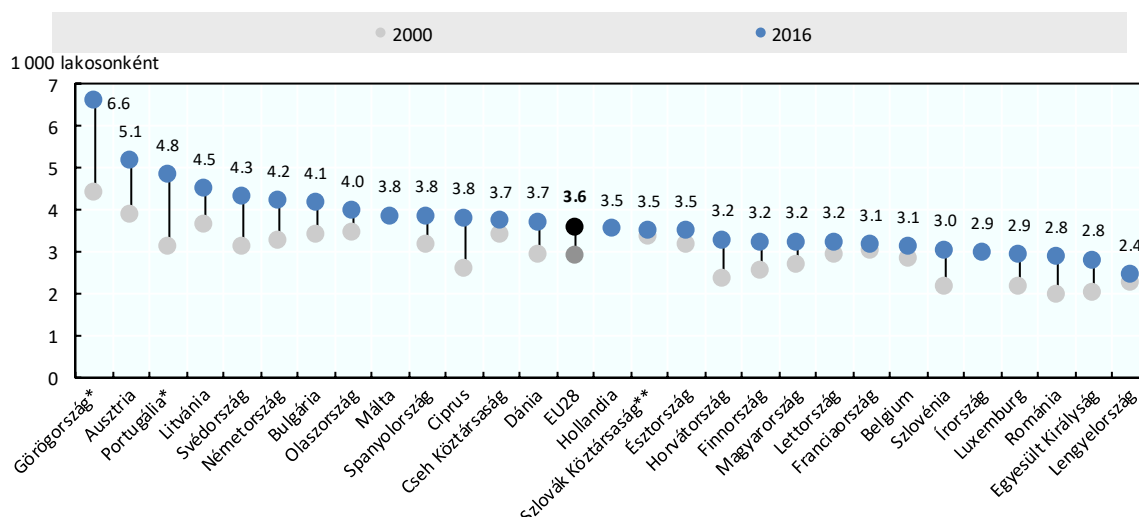
- a ki nem elégített egészségügyi szükségletek továbbra is problémát jelentenek Észtországban és Görögországban, ahol a polgárok több mint 10%-a számolt be 2016-ban ki nem elégített egészségügyi szükségleteiről;
- az alacsony jövedelmű háztartásokban ötször nagyobb a ki nem elégített egészségügyi szükségletek valószínűsége;
- a vidéki és a távol eső területeket gyakran a házi orvosok hiánya jellemzi, és az utóbbi években számos uniós tagállamban nőtt a nem sürgősségi sebészeti ellátás várakozási ideje.

5. ábra. Ki nem elégített egészségügyi szükségletek társadalmi-gazdasági státusz szerint, valamennyi uniós tagállam (2008–2016)



Forrás: Az Eurostat adatbázisa.

6. ábra. Az 1 000 polgárra jutó gyakorló orvosok száma



* Az adatok az engedéllyel rendelkező összes orvost magukban foglalják, ami a szakmájukat gyakorló orvosok számának jelentős túlbecsléséhez vezet (pl. Portugáliában körülbelül 30%-kal).

** Az adatok nemcsak a betegek számára közvetlenül ellátást nyújtó orvosokat tartalmazzák, hanem az egészségügyi ágazatban vezetőként, oktatóként, kutatóként stb. dolgozó orvosokat is (5–10%-kal növelve ezzel az orvosok számát).

Forrás: *Health at a Glance: Europe 2018* (Egészségügyi pillanatkép: Európa 2018) (OECD, Európai Bizottság).

36 Uniós szinten rendszeresen nyomon követik az egészségügyi szolgáltatások elérhetőségére vonatkozó adatokat. A Bizottság 2016-ban létrehozott egy többek között az elérhetőséggel foglalkozó szakértői csoportot.

37 Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés javítása azonban elsősorban a **tagállamok felelőssége**. A tagállamok számos intézkedést hoztak, hogy javítsák az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést, így például¹⁵:

- az alapellátás megerősítése, beleértve az alapellátásnak a szakellátással való jobb koordinációját;
- az egészségügyi szolgáltatásokkal való lefedettség növelése, és ezáltal az igénybe vevők általi közvetlen fizetések csökkentése;
- az egészségügyi ágazatban dolgozók bérének emelése;

¹⁵ Európai Szemeszter – Tematikus tájékoztató: Egészségügyi rendszerek.

- pénzügyi előnyök biztosítása az elegendő lefedettség nélküli – konkrétan a távol eső és vidéki – területeken dolgozó orvosok számára.

38 Külön intézkedéseket hoztak annak érdekében is, hogy biztosítsák az egészségügyi ellátás többi uniós tagállamban való elérhetőségét (lásd: [2. háttérmagyarázat](#)).

2. háttérmagyarázat

Határokon átnyúló egészségügyi ellátás az Unióban

Milyen előnyökkel jár a határokon átnyúló egészségügyi ellátás az uniós polgárok számára?

A lakóhelyüktől különböző másik tagállamban egészségügyi ellátást igénybe venni kívánó uniós polgárok számára a határokon átnyúló egészségügyi ellátásról szóló, 2011-ben elfogadott uniós irányelv határozza meg a jogi keretet.

Azon uniós polgárok számára, akik külföldön kívánnak egészségügyi ellátást igénybe venni, ugyanolyan összegű térítés mellett biztosítja a biztonságos és jó minőségű egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést valamely másik uniós tagállamban, mint amelyet akkor kapnának, ha a saját lakóhelyük szerinti országban kezeltetnék magukat.

Ezen túlmenően Unió-szerte nemzeti kapcsolattartó pontokat hoztak létre, hogy tájékoztatást nyújtsanak a különböző uniós tagállamokban rendelkezésre álló egészségügyi ellátásról, és arról, hogy ezeket a szolgáltatásokat milyen feltételek mellett térítik meg.

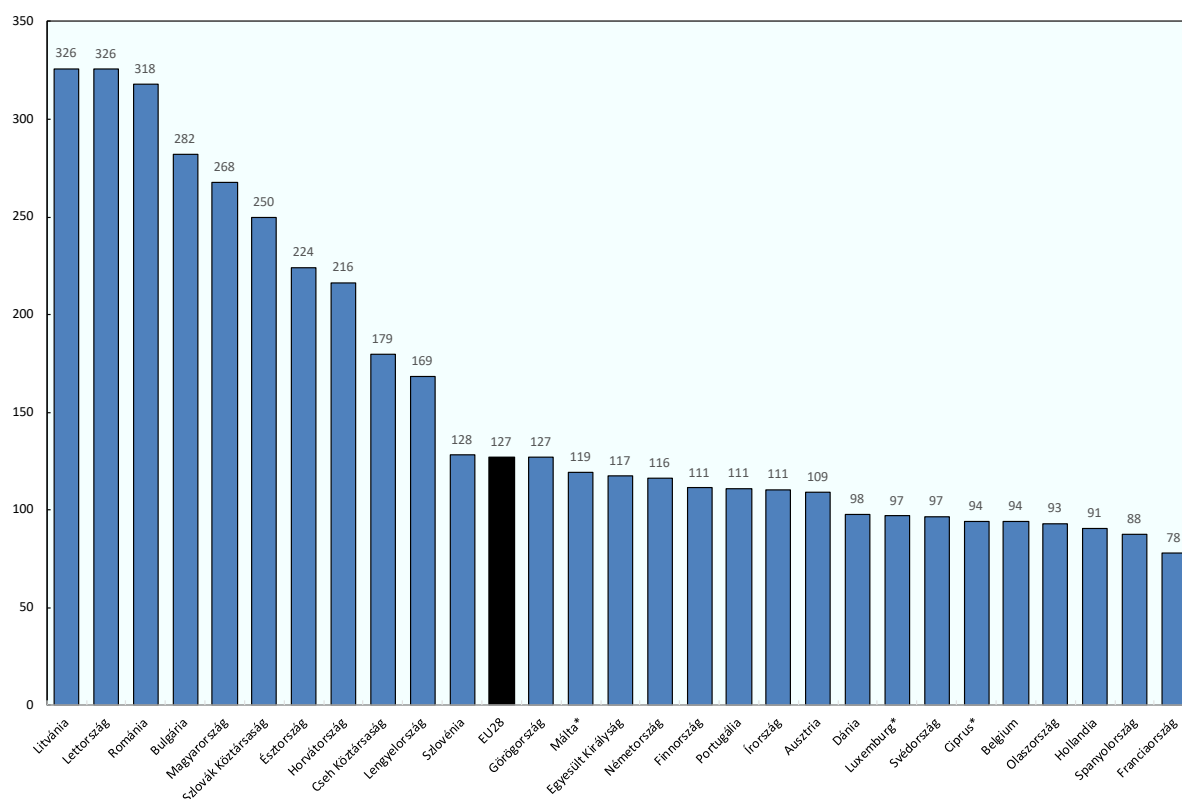
Jóllehet a betegek mobilitását továbbra is erősen befolyásolja a kulturális és a földrajzi közelség, a határokon átnyúló egészségügyi ellátás területén való együttműködés fontos lépést jelent az egészség területén folyó európai együttműködés bővítése során.

Az egészségügyi szolgáltatások minősége

39 A jó minőségű egészségügyi rendszerek eredményesen érik el végső céljukat, a polgárok egészségének fenntartását, illetve javítását. Az egészségügyi rendszerek eredményességét gyakran a kezelhető halálozások (olyan halálozások, amelyeket a kellő időben történő, jó minőségű egészségügyi beavatkozásokkal el lehetett volna kerülni) arányával mérik. További mutatók a várható élettartam és az olyan „puha mutatók”, mint a betegek tapasztalatai és a betegségből vagy sérülésből való felépülés utáni életminőség.

40 A kezelhető halálozások arányának koncepciója szorosan kapcsolódik a megelőzhető halálozás (a közegészségügy és a megelőzés révén elkerülhető halálesetek) fogalmához. A megelőzhető és a kezelhető halálozások együttesen adják az elkerülhető halálozások arányát. 2015-ben több mint 1,2 millió ember halálozott el idő előtt (75 éves kor előtt) az eredményes közegészségügyi szakpolitikák, a megelőző intézkedések és az egészségügyi ellátás hiánya miatt. E halálozásokból több mint 570 000 kezelhetőnek minősült (a kezelhető halálozások arányait országonkénti bontásban lásd: [7. ábra](#)).

7. ábra. A kezelhető halálozások arányai (2015)



* Hároméves átlag (2013–2015).

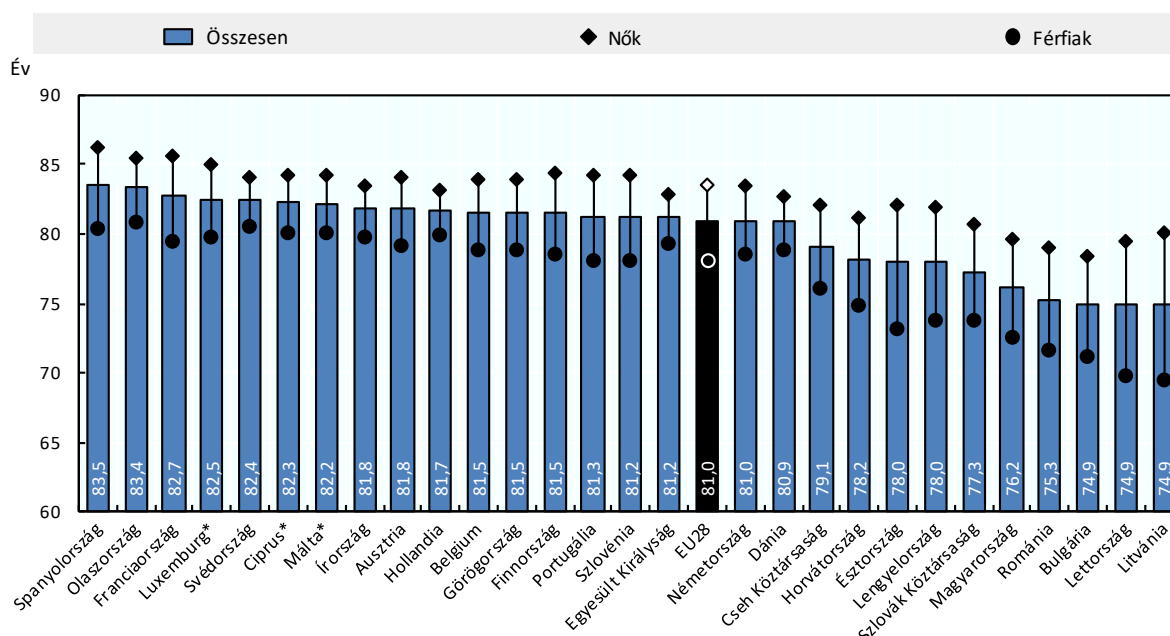
Forrás: Az OECD 2018. évi egészségügyi statisztikái.

41 Az elmúlt évtized folyamán az életveszélyes állapotok **akut ellátásának minősége** az Unió egész területén jelentősen javult. 2005 és 2015 között az akut szívizominfarktus által érintettek körében 30%-kal, a stroke által érintettek körében pedig 20%-kal csökkent a kórházi felvételt követő elhalálozások száma. Továbbra is fennállnak azonban egyenlőtlenségek az országok között, valamint ugyanazon ország különböző kórházai között.

42 Unió-szerte jelentős előrelépést sikerült elérni a **rák túlélési arányainak** terén is, főként a szűrési programok végrehajtása és az eredményesebb és kellő időben történő ellátás együttese révén.

43 Az **átlagos várható élettartam** az Unióban jelenleg 81 év (lásd: **8. ábra**). Noha a várható élettartam még mindig nő, ez – különösen Nyugat-Európában – az utóbbi években lelassult. A fő halálokok Unió-szerte továbbra is a keringési megbetegedések és a rák, amelyek együtt az összes halálest több mint 60%-áért felelnek.

8. ábra. Születéskori várható élettartam nemenként (2016)



* Hároméves átlag (2014–2016).

Forrás: *Health at a Glance: Europe 2018* (Egészségügyi pillanatkép: Európa 2018) (OECD, Európai Bizottság).

44 A várható élettartam is jelentősen eltér, nemcsak a nemtől, hanem a társadalmi-gazdasági státusztól függően is. Az alacsonyabb iskolai végzettségűek várható élettartama a férfiak esetében nyolc évvel, a nők esetében pedig négy évvel rövidebb a magasabb iskolai végzettségűekhez képest.

45 Az ellátás minősége és az egészségügyi rendszerek eredményessége **szorosan összefügg a közegészségügy más területeivel**, különösen az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáféréssel és a megelőzéssel. Az ellátás minőségének javítását célzó intézkedések ezért holisztikus megközelítést igényelnek.

46 Az ellátás minőségének javítása érdekében tagállami szinten hozott intézkedések közé tartozik az új technológiák felhasználása, az egészségügyi szolgáltatások nyújtásának átszervezése és általában az integráltabb és egyénibb ellátás előtérbe helyezése.

47 Ezen intézkedések eredményeinek értékelése azonban továbbra is összetett. Jóllehet történtek erőfeszítések az egészségügyi rendszerek eredményességére vonatkozó adatok gyűjtése érdekében, az inkább minőségi jellegű mutatókra – így például a betegek tapasztalatára vagy életminőségére – vonatkozó információk továbbra is csekély mértékűek.

48 Az Európai Bizottság támogatta az alapvető európai egészségügyi mutatók (ECHI) kidolgozását, amelyek az uniós polgárok egészségi állapotának és az uniós egészségügyi rendszerek teljesítményének nyomon követésére szolgáló mutatók készletét képezik. A Bizottság továbbá, az OECD-vel együttműködésben, elindította a *Health at a Glance* (Egészségügyi pillanatkép) sorozatot is,

49 emellett létrehozta az egészségügyi rendszerek teljesítményének értékelésével foglalkozó szakértői csoportot, hogy fórumot biztosítson az uniós országok számára az e területen szerzett tapasztalatok cseréjéhez, valamint hogy az egészségügyi rendszerek teljesítményének értékelésére szolgáló eszközök és módszertanok nemzetközi szervezetekkel, például a WHO-val és az OECD-vel szoros együttműködésben történő kidolgozásával támogassa a nemzeti politikai döntéshozókat.

Új technológiák és e-egészségügy

50 Az e-egészségügy vagy digitális egészségügy úgy határozható meg, mint **azon eszközök és szolgáltatások összessége, amelyek információs és kommunikációs technológiákat használnak** a megelőzés, a diagnosztizálás, a kezelés és az egészség nyomon követése vagy kezelése érdekében.

51 Az új technológiák rendkívüli mértékben javíthatják a hatékonyságot, valamint a megelőzés és az egészségügyi szolgáltatások minőségét. Az új technológiák fő felhasználási módjai az egészség területén jelenleg a következők:

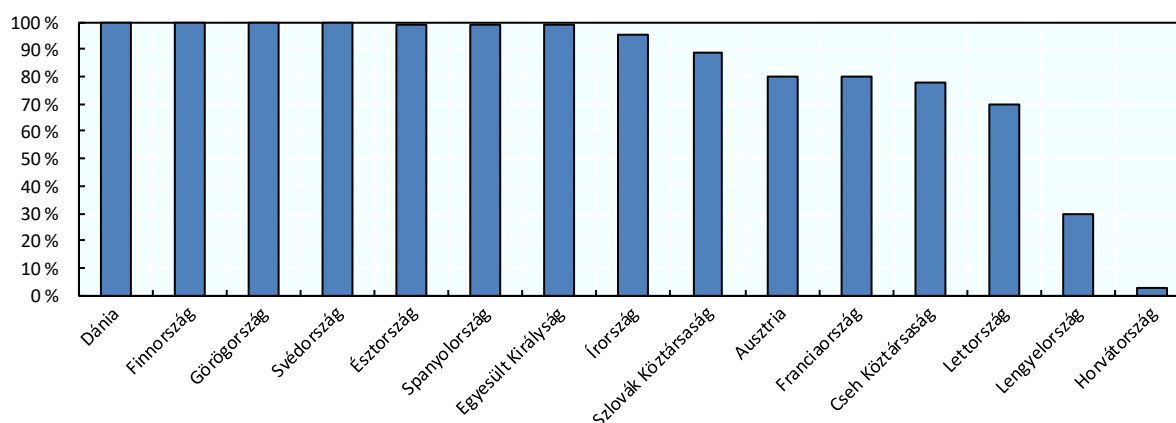
- elektronikus egészségügyi dokumentációk: a különböző egészségügyi szolgáltatók által létrehozott és ideális esetben köztük megosztott számítógépes egészségügyi dokumentációk;

- elektronikus gyógyszerfelírás: a vények számítógéppel való kiállítása, továbbítása és benyújtása;
- online egészségügyi információk;
- az egészségügyi szolgáltatásokhoz interneten keresztül való hozzáférés (pl. időpontok megbeszélése).

52 Jóllehet az új technológiák használata Unió-szerte terjed a közegészségügyben, még mindig fennállnak életkor és társadalmi-gazdasági csoportok szerinti egyenlőtlenségek.

53 Számos tagállamban népszerűsítik az **elektronikus egészségügyi dokumentációkat**, és ezek használata Unió-szerte terjed. Egy 15 tagállamban elvégzett felmérés tanúsága szerint 2016-ban ezen országok háziorvosainak átlagosan 80%-a elektronikus egészségügyi dokumentációt használt (lásd: [9. ábra](#)). A betegek ezen országok többségében hozzáférnek saját egészségügyi dokumentációjukhoz, és egyes országokban ki is egészíthetik vagy módosíthatják az abban foglalt információkat.

9. ábra. Az elektronikus egészségügyi dokumentációt használó háziorvosok százalékaránya (2016)

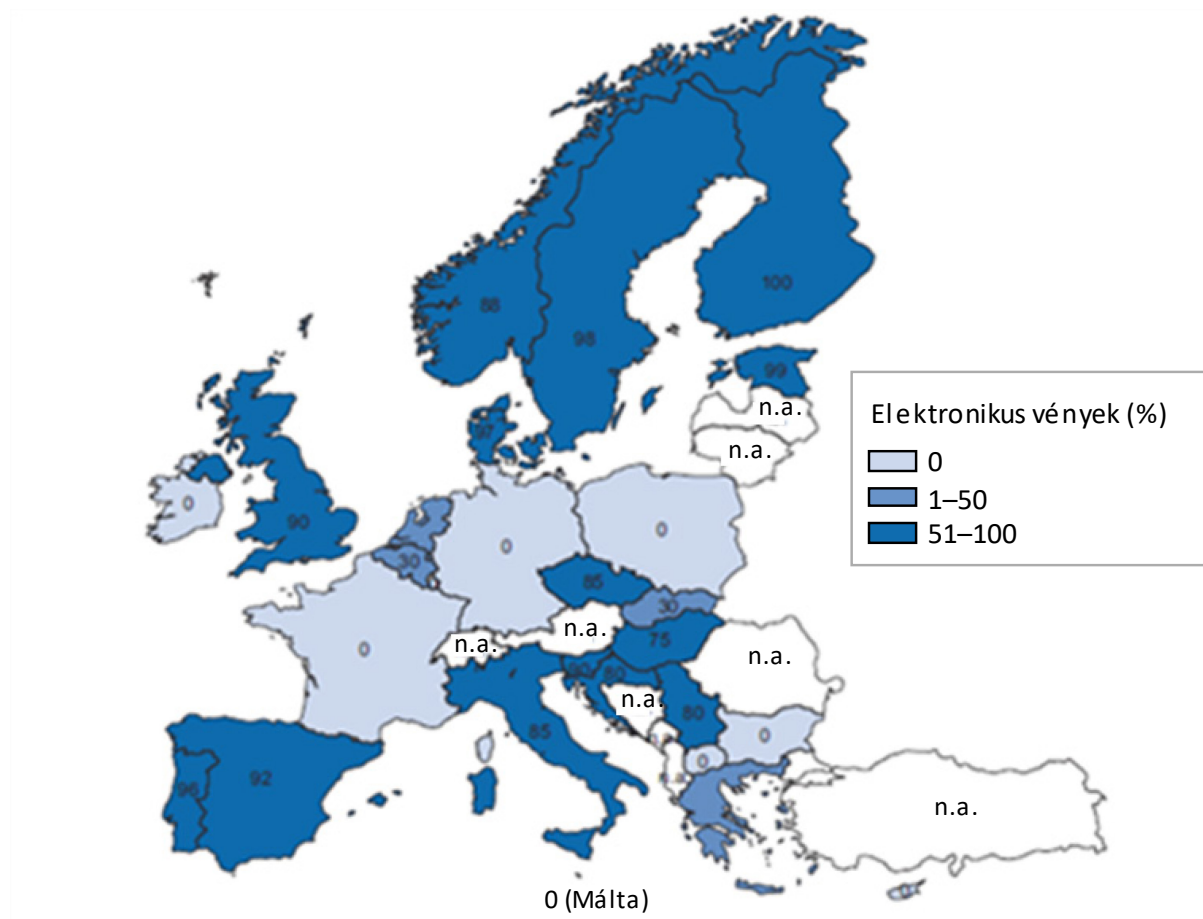


Forrás: Az OECD felmérése az elektronikus egészségügyi dokumentációs rendszerek fejlesztéséről és használatáról.

54 Az **elektronikus gyógyszerfelírás** változatosabb képet mutat: egyes országokban, így Finnországban, Svédországban, Dániában, Portugáliában és Spanyolországban csaknem 100%-os az elektronikus vények aránya, más országokban, így például Franciaországban és Németországban viszont nem vezették be az elektronikus vényt (lásd: [10. ábra](#)). Az elektronikus gyógyszerfelírás jelentősége azonban minden bizonnyal nőni fog, mivel 2021

végére várhatóan 22 uniós tagállam fog egymás között betegadatlapokat, illetve elektronikus vényeket kicserélni.

10. ábra. Az elektronikus vények százalékaránya a közösségi gyógyszerárakban (2018)



Forrás: Az Európai Unió Gyógyszerészeti Csoportja (PGEU).

55 Az Európai Bizottság az **európai digitális egységes piaci stratégia 2015. évi** elfogadásával valamennyi területen nagyobb teret ad a digitális technológiának, többek között az egyik fő prioritását jelentő egészségügyi ágazatban is.

11. ábra. Digitális egészségügy

Digitális egészségügy és ellátás



AZ EGÉSZSÉGÜGY ÉS AZ ELLÁTÁS ÁTALAKULÁSA A DIGITÁLIS EGYSES PIACON: az adatokban rejlő lehetőségek kiaknázása a polgárok szerepének erősítése és egy egészségesebb társadalom kiépítése érdekében



Forrás: Európai Bizottság.

56 Az Európai Bizottság 2018 áprilisában adta ki az egészségügy és az ellátás digitális átalakításának a lehetővé tételéről szóló közleményt, amely három különböző központi területet azonosított (lásd: 11. ábra):

- **Az adatokhoz való biztonságos hozzáférés és az adatok biztonságos megosztása.**
A határokon átnyúló egészségügyi ellátáshoz való nagyobb mértékű hozzáférés elősegítése érdekében a Bizottság jelenleg egy olyan e-egészségügyi digitális szolgáltatási infrastruktúra kiépítésén dolgozik, amely lehetővé fogja tenni az **elektronikus vények és a betegadatlapon cseréjét** az egészségügyi szolgáltatók között. Az első határokon átnyúló cserék 2019-ben kezdődtek. A Bizottság hosszabb távon egy elektronikus egészségügyi dokumentációk cseréjére szolgáló európai formátum létrehozásán is dolgozik, amely valamennyi uniós polgár számára elérhető lesz.
- **Egészségügyi adatok összekapcsolása és megosztása** a kutatás, a gyorsabb diagnosztika és a jobb egészség érdekében. A tervek szerint a decentralizált európai digitális egészségügyi infrastruktúra meg fogja könnyíteni a testre szabott diagnosztikát és kezelést, segíteni fog abban, hogy az egészségügyi szolgáltatók jobban felkészüljenek a

határokon átnyúló egészségügyi fenyegetésekre való reagálásra, és javítani fogja az orvosi termékek fejlesztését és felügyeletét.

- **A polgárok szerepének erősítése** és az egyéni ellátás javítása a digitális szolgáltatások révén. A digitális szolgáltatások javíthatják a krónikus állapotok megelőzését és kezelését, és lehetővé tehetik a betegek számára, hogy visszajelzést adjanak az egészségügyi szolgáltatóknak.

57 Ezenfelül a Bizottság fontos szerepet játszik a tagállamoknak a modern technológia egészségügyi célú használatában való támogatásában és a tagállami erőfeszítések összehangolásában (lásd: [3. háttérmagyarázat](#)).

3. háttérmagyarázat

E-egészségügyi kezdeményezések

A Bizottság 2019 februárjában egy sor ajánlást terjesztett elő egy olyan biztonságos rendszer létrehozására vonatkozóan, amely lehetővé fogja tenni a polgárok számára, hogy Unió-szerte hozzáférjenek elektronikus egészségügyi dokumentációikhoz.

Az új rendszer az egészségügyi dokumentációk cseréjét célzó meglévő kezdeményezésekre épülne, a laborvizsgálatok, az orvosi zárójelentések és a képalkotó vizsgálatokról készült leletek cseréjének felvételével.

Ez többek között a következő előnyökkel járna az uniós polgárok számára:

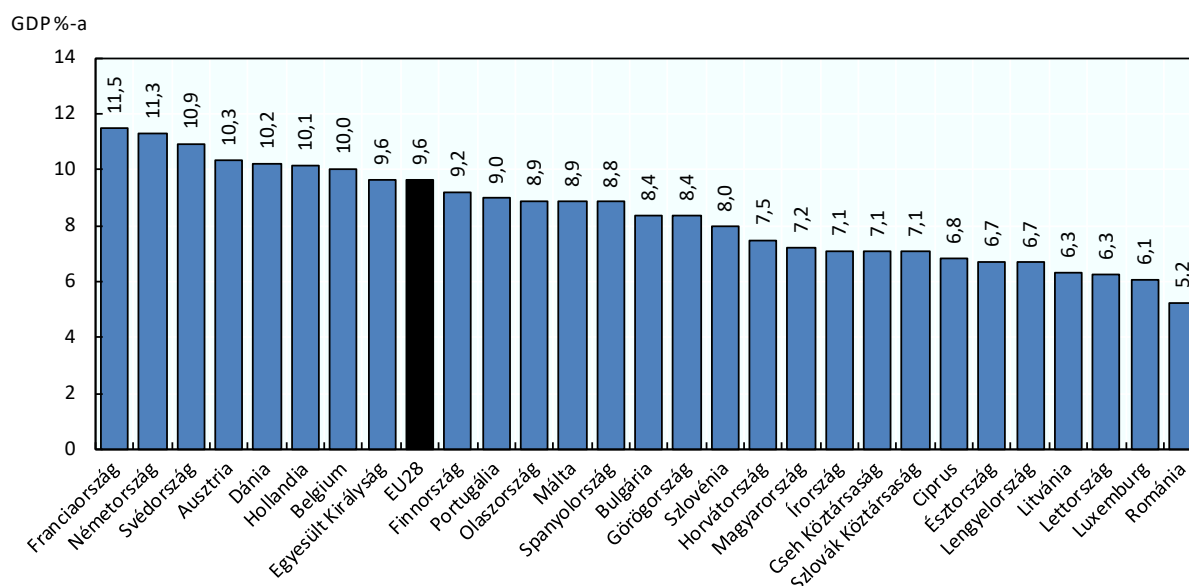
- külföldi tartózkodásuk alatt is azonnali hozzáférésük lenne egészségügyi dokumentációjukhoz, többek között sürgős helyzetben;
- jobb minőséget és folytonosságot biztosítana a külföldre költöző polgárok ellátásában;
- új kutatási lehetőségek nyílnának az egészségügyi adatok megosztása révén (a betegek hozzájárulásától függően);
- a laborvizsgálatok vagy radiológiai vizsgálatok ismétlésének elkerülése révén növekedne a hatékonyság.

Költségvetési fenntarthatóság és egyéb pénzügyi vonatkozások

58 A költségvetési fenntarthatóság egyike a tagállamok előtt álló fő közegészségügyi kihívásoknak. Az 1,5 billió euró költségű (2016) egészségügy az Unióban a közkiadások egyik legnagyobb és leggyorsabban növekvő tétele¹⁶.

59 2017-ben az egészségügyi kiadások az uniós GDP 9,6%-ának feleltek meg, míg 2008-ban ez az arány 8,8% volt. 2017-ben az egy főre jutó összes egészségügyi kiadás összege 2773 euró volt (lásd: [12. és 13. ábra](#)).

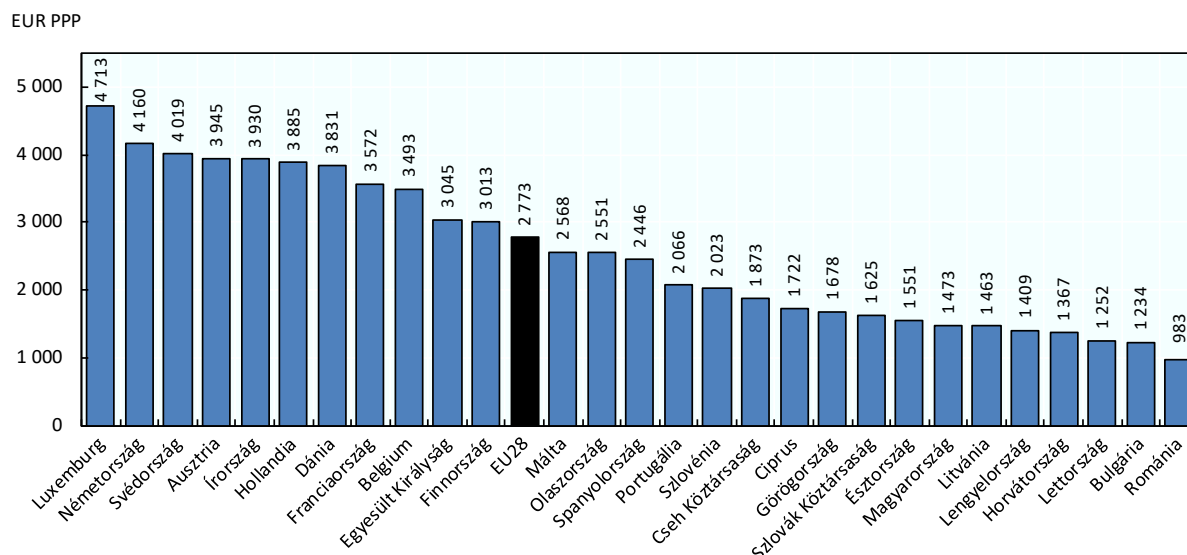
12. ábra. Az egészségügyi kiadások a GDP arányában (2017)



Forrás: Az OECD 2018. évi egészségügyi statisztikái.

¹⁶ Európai Szemeszter – Tematikus tájékoztató: egészségügyi rendszerek.

13. ábra. Az egy főre jutó egészségügyi kiadások (2017)



Forrás: Az OECD egészségügyi statisztikái.

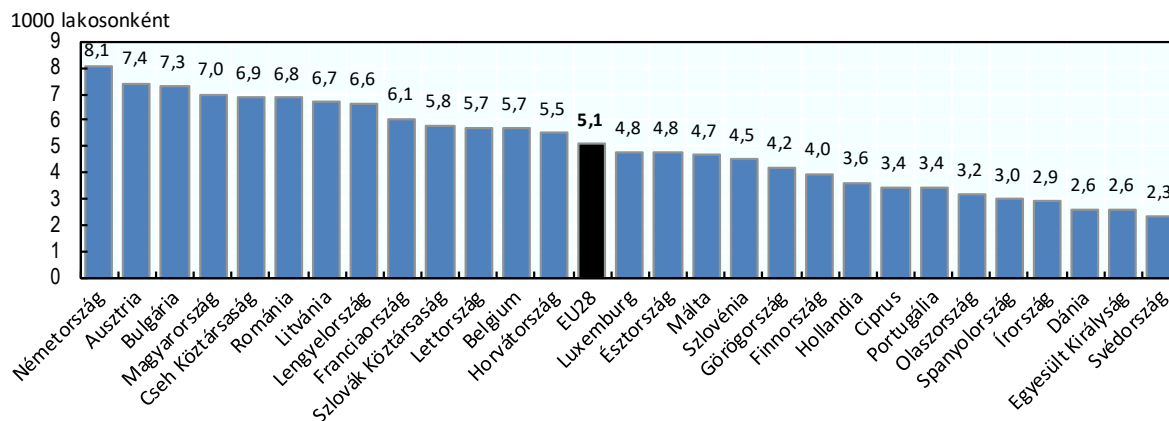
60 Az egészségügyi kiadások az előrejelzések szerint tovább nőnek majd, főként a **demográfiai változások**, valamint az gyógyászatban és az ellátásban alkalmazott új technológiák **magasabb költségei** miatt.

61 Az egészségügyi kiadásokat ugyanakkor a pénzügyi források korlátozottságából fakadóan fokozottan ellenőrzik. Tekintettel arra, hogy a tagállamok kétharmadában **az egészségügyi kiadások több mint 70%-át az állam finanszírozza**, az egészségügyi rendszer fenntarthatósága szorosan összefügg a tagállam és az Unió egészének gazdasági helyzetével.

62 Az egészségügyi rendszerek pénzügyi fenntarthatósága megköveteli a potenciális megtakarítások feltárását is. Jelenleg **becslések szerint az egészségügyi kiadások akár egyötöde is elkerülhető lenne**, és ezeket másutt jobban fel lehetne használni¹⁷. A potenciális megtakarítások kapcsán leggyakrabban felmerülő két terület: a kórházak (különösen a kórházi ágyak száma [lásd: 14. ábra] és az elkerülhető kórházi tartózkodások), illetve a gyógyszerek (pl. szuboptimális kiválasztás, beszerzés és árképzés).

¹⁷ OECD, *Tackling Wasteful Spending on Health* (A pazarló egészségügyi kiadások kezelése); 2017. január.

14. ábra. Az 1000 lakosra jutó kórházi ágyak száma (2016)



Forrás: Az OECD egészségügyi statisztikái.

63 Az egészségügyi rendszerek pénzügyi fenntarthatóságával szorosan összefügg ellenálló képességük kérdése, vagyis az, hogy képesek-e megfelelően reagálni a változásokra.

A modern társadalom demográfiai változásai nemcsak az egészségügyi szolgáltatások kínálatának növelését követelik meg, hanem átalakulást is szükségessé tesznek, ahogyan a hosszabb távú, emberközpontúbb közösségi ellátás átveszi az akut kórházi ellátás helyét.

64 Az Európai Bizottság mindig is hangsúlyozta, hogy **meg kell reformálni a közegészségügyi rendszereket**, a jó minőségű ellátáshoz való egyetemes hozzáférés fenntartása mellett a fenntarthatóságot is biztosítva. A Bizottság elemzések, iránymutatások és nyomon követési vagy értékelő eszközök biztosításával, továbbá az európai szemeszter keretében megfogalmazott, reformokra vonatkozó ajánlásokkal támogatja a tagállamokat e munkában.

65 Ezen túlmenően létrehozott egy független szakértőkből álló bizottságot, hogy tanácsot adjon az egészségügyi beruházásokra vonatkozóan, valamint több kezdeményezést is bevezetett, hogy eredményesebbé tegye a tagállami egészségügyi rendszereket és növelje ellenálló képességüket, és azáltal a fenntarthatóságukat is. Az egyik ilyen kezdeményezés az egészségügyi technológiaértékelés, egy az egészségügyi technológiák eredményességének értékelésére szolgáló tudományos megközelítés. A tagállamok, elkerülendő, hogy nemzeti szinten ugyanazt a munkát többen is elvégezzék, egy hálózaton¹⁸ keresztül együttműködnek.

¹⁸ Az Európai Parlament és a Tanács 2011/24/EU irányelve (2011. március 9.) a határon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok érvényesítéséről.

66 A Bizottság különösen a tagállamok kutatás és e-egészségügy területén elindított kezdeményezéseik összehangolására irányuló erőfeszítéseit támogatja, amelyek célja a hatékonyság növelése és a költségek megtakarítása. Ezek uniós finanszírozása főként a Horizont 2020 program és a további kutatási programok keretében történik.

67 A tagállamok az egész Unióban **folyamatosan törekednek egészségügyi rendszereik megreformálására**, hogy azok nemcsak eredményesebbé, hanem pénzügyileg fenntarthatóvá és ellenálló képessé is váljanak.

68 Jóllehet egyes területeken máris sikerült előrelépést elérni, így például megtakarításokat értek el a kórházakkal kapcsolatban, az elkövetkező években ez a folyamat kapja majd a legnagyobb figyelmet a közegészségügyben.

II. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények által végzett munka áttekintése

Bevezetés

69 Az ellenőrzési kompendium e része a 23 részt vevő tagállami legfőbb ellenőrző intézmény¹⁹ és az Európai Számvevőszék által elvégzett, válogatásunkba bekerült ellenőrzések eredményeit foglalja össze.

Ellenőrzési módszertan

70 A legfőbb ellenőrző intézmények a rájuk vonatkozó nemzetközi standardokkal (ISSAI) és az ellenőrzési munka és a jelentések minőségének biztosítása érdekében nemzeti szinten kidolgozott releváns végrehajtási standardokkal összhangban végzik ellenőrzéseiket.

71 Az ellenőrzési módszertant és eljárásokat úgy választják ki és úgy alkalmazzák, hogy biztosítható legyen az ellenőrzési feladatok lehető legeredményesebb elvégzése.

72 Az ellenőrzési bizonyítékok összegyűjtésére dokumentumok és (statisztikai) adatok elemzése, valamint a nemzeti és regionális hatóságokkal, illetve kedvezményezettekkel készített interjúk révén került sor. Ezt adott esetben felmérések egészítették ki, hogy a válaszadók nagyobb, illetve tágabb körének véleményét is megismerjék. A további alkalmazott módszerek között a közvetlen tesztelés, az esettanulmányok és az összehasonlító teljesítményértékelés (*benchmarking*) említhetők.

Ellenőrzött időszak

73 A strukturális intézkedések azonnali hatásait és a programok hosszabb távú hatását a korai szakaszban gyakran nem könnyű ellenőrizni. Az e kompendiumban szereplő ellenőrzések a 2011 és 2019 között végrehajtott többéves programokra összpontosítottak.

74 Az **1. táblázat** a legfőbb ellenőrző intézmények által végzett ellenőrzési munka fő kiemelt területeiről ad áttekintést.

¹⁹ Ausztria, Belgium, Bulgária, Cseh Köztársaság, Dánia, Észtország, Finnország, Franciaország, Görögország, Írország, Lengyelország, Lettország, Litvánia, Luxemburg, Magyarország, Málta, Németország, Olaszország, Portugália, Románia, Spanyolország, Szlovákia, Szlovénia.

II. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények által végzett munka áttekintése

39

1. táblázat. Az uniós legfőbb ellenőrző intézmények ezen ellenőrzési kompendiumban ismertetett ellenőrzési munkájának áttekintése

Legfőbb ellenőrző intézmény	Az ellenőrzés címe	A legfontosabb kiemelt terület				
		Megelőzés és védelem	Az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés	Az egészségügyi szolgáltatások minősége	Új technológiák és e-egészségügy	Költségvetési fenntarthatóság és egyéb pénzügyi vonatkozások
Ausztria	Minőségbiztosítás a független orvosok számára			✓		
Belgium	A flamand megelőző egészségpolitika: a szakpolitika teljesítményének értékelése	✓				
Bulgária	E-egészségügy				✓	
Cseh Köztársaság	Kiválasztott kórházak által költségtérítésre költött források					✓
Dánia	Az ellátás minőségének eltérései a dán kórházak körében			✓		
Észtország	Állami tevékenységek az e-egészségügyi rendszer bevezetése során				✓	
Finnország	A társadalombiztosítási kiadások trendjeinek előrejelzése					✓
Franciaország	Az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések megelőzése	✓				
Görögország	Az állam kórházakkal és a Nemzeti Egészségügyi Szolgáltató Szervezettel szembeni hátralékainak ellenőrzése					✓
Írország	Az elektív egynapos sebészeti beavatkozások lebonyolítása			✓		
Lengyelország	A 2-es típusú diabétesz megelőzése és kezelése	✓				
Lettország	Megfelelő irányba tett lépés-e az „E-egészségügy Lettországbán” projekt?				✓	
Litvánia	Az egészségügyi szolgáltatások elérhetősége és a betegközpontúság		✓			
Luxemburg	A kórházi beruházások állami finanszírozása					✓

Legfőbb ellenőrző intézmény	Az ellenőrzés címe	A legfontosabb kiemelt terület				
		Megelőzés és védelem	Az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés	Az egészségügyi szolgáltatások minősége	Új technológiák és e-egészségügy	Költségvetési fenntarthatóság és egyéb pénzügyi vonatkozások
Magyarország	A kórházak ellenőrzési tapasztalatait összegző elemzés					✓
Málta	A háziorvosi funkció – az alapellátás központi eleme		✓			
Németország	Egészségügyi kutatásra van szükség a fogsabályozási kezelés előnyeinek tanulmányozásához		✓			
Olaszország	A közegészségügyi intézmények ingatlanjainak épületfelújítására és technológiai korszerűsítésére irányuló rendkívüli program végrehajtása					✓
Portugália	A polgárok egészségügyi ellátáshoz való hozzáférése Portugália Nemzeti Egészségügyi Szolgálatánál		✓			
Románia	Teljesítmény-ellenőrzés: az egészségügyi infrastruktúra fejlesztése a nemzeti, regionális és helyi szintű, egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés javítása céljából		✓			
Spanyolország	A gyógyszerészeti ellátások kezelése és ellenőrzése a Spanyol Általános Közszolgálati Kölcsönös Biztosító Társaság (MUFACE) által					✓
Szlovákia	Közpénzügyek és az egészségügyi létesítmények tulajdonosi szerkezete					✓
Szlovénia	A gyermekkori elhízás kezelése	✓				
Európai Számvevőszék	A határokon átnyúló egészségügyi ellátásra irányuló uniós intézkedések: a jelentős célkitűzésekhez hatékonyabb irányításnak kell társulnia		✓			

Megelőzés és védelem

Az ellenőrzések célkitűzései

75 Az e kompendiumban szereplő ellenőrzések közül négy elsősorban a betegségmegelőzésre és az egészségvédelemre összpontosított. Ezek az ellenőrzések a témák tág területét ölelik fel, a belgiumi általános betegségmegelőzési politikától kezdve az olyan konkrét kérdésekig, mint a cukorbetegség (Lengyelország), a gyermekkori elhízás (Szlovénia) és az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések (Franciaország) megelőzése.

76 Ezen ellenőrzések általános célkitűzése annak értékelése volt, hogy a különféle politikákat és a későbbi intézkedéseket jó alakították-e ki és azok eredményesek voltak-e. Egyes ellenőrzések külön figyelmet fordítottak a lakosság nélkülözés által fenyegetett csoportjaira.

A főbb ellenőrzési észrevételek

77 A betegségmegelőzés és az egészségvédelem terén valamennyi ellenőrzés hiányosságokat tárt fel. A belga ellenőrzés például megállapította, hogy az egészségpolitika tényleges végrehajtása a kérdéses egészségügyi célkitűzésektől függően jelentős mértékben eltért. A végrehajtó szervezetek általában nem voltak igazán eredményorientáltak, és a jelentésekből gyakran hiányoztak a finanszírozott beavatkozások hatásának értékeléséhez szükséges információk. Végezetül, számos kampányt és beavatkozást nem szabtak kellőképpen a lakosság hátrányos helyzetű csoportjaihoz.

78 A lengyel legfőbb ellenőrző intézmény jelentése megállapította: annak ellenére, hogy Lengyelországban magas és egyre nő a cukorbetegségben szenvedők száma, nem fogalmaztak meg semmilyen nemzeti stratégiát a betegség megelőzése vagy kezelése érdekében.

79 A szlovén ellenőrzés megállapította, hogy az érintett minisztériumok és az érintett intézet valóban hozzájárulnak a gyermekkori elhízás problémájának kezeléséhez. A hiányosságok között azonban megemlítették, hogy a finanszírozott intézkedések és tevékenységek nem mindig jutottak el az összes gyermekhez, tehát nem biztosították az egyenlő bánásmódot. Összességében úgy értékelték, hogy az egészséges életmód általános

előmozdítását magában foglaló, rendszerszintű megközelítés hatékonyabb volt, mintha egyedi projekteket hajtottak volna végre.

80 A francia legfőbb ellenőrző intézmény úgy értékelte, hogy Franciaországban az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések megelőzésére szolgáló intézkedések végrehajtása még mindig nem kielégítő. A fertőzések előfordulása 2006 óta nem csökkent tovább, és az e fertőzésekről történő külső jelentések nem átfogóak. Az olyan új fejleményeket azonban, mint például az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések ellenőrzését végző központok létrehozása, a helyes irányba tett lépésként értékelték. Immár az lenne a feladat, hogy olyan új kezdeményezéseket indítsanak el, amelyek e politikát az egészségügyi ellátási tevékenységek valamennyi szegmensére kiterjesztik, és teljes mértékben figyelembe veszik az antibiotikum-rezisztencia fenyegetését.

Az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés

Az ellenőrzések célkitűzései

81 E kompendiumon belül hat ellenőrzés értékelte az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférést. Közülük három (Litvánia, Portugália és Románia) általában véve az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférést vizsgálta, egy (Németország) a fogszabályozási kezelésre összpontosított, egy pedig (Málta) a háziorvosok egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés biztosításában betöltött szerepét vizsgálta. Végezetül pedig az Európai Számvevőszék azt vette górcső alá hogy az Unió fellépései a határokon átnyúló egészségügyi ellátás terén előnyökkel járnak-e a betegek számára.

82 A 2-es típusú cukorbetegség megelőzésének vizsgálatán túlmenően a lengyel legfőbb ellenőrző intézmény azt is értékelte, hogy a cukorbetegségekre való hozzáférés a szakorvosi szolgáltatásokhoz és a legújabb generációs gyógyszerekhez.

83 Az elvégzett ellenőrzések elsősorban annak értékelését tűzték ki célul, hogy garantált-e az egészségügyi szolgáltatásokhoz és a szakorvosi konzultációkhoz való hozzáférés, és hogy eredményesek voltak-e az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés javítása céljából végrehajtott intézkedések.

84 A két, szűkebb területre összpontosító ellenőrzés egyike a fogszabályozási kezelések költségeiről és eljárásairól igyekezett áttekintést szerezni (Németország), a másik pedig arról igyekezett megbizonyosodni, hogy a háziorvosok milyen mértékben segítik elő az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférést (Málta).

A főbb ellenőrzési észrevételek

85 Az ellenőrzések összességében megállapították, hogy az egészségügyi szolgáltatások nem mindig állnak megfelelő időben és helyen, megfizethető költség mellett rendelkezésre.

86 A litván ellenőrzés az egészségügyi szolgáltatások várólistáinak kezelésével és csökkentésével, valamint az egészségügyi szakemberek iránti igény tervezésével kapcsolatban tárt fel hiányosságokat.

87 A portugál legfőbb ellenőrző intézmény is hasonló eredményre jutott: megállapította, hogy valójában a 2014-től 2016-ig tartó három évben nőtt a várakozási idő a szakorvosi konzultációk esetében, és nőtt a sebészeti ellátások várólistáin szereplő betegek száma is.

88 A román legfőbb ellenőrző intézmény megállapította, hogy az egészségügyi ágazatban elvégzett infrastrukturális beruházások csak részben érték el az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés javítására vonatkozó célt. A jelentésben leírt fő hiányosságok a források prioritásainak meghatározásához, a koordinációhoz, a beruházások nyomon követéséhez és a közbeszerzési eljárásokhoz kapcsolódtak.

89 A német legfőbb ellenőrző intézmény ellenőrzési jelentésében megállapította, hogy a fogszabályozási kezelések előnyei tudományosan nem bizonyítottak, és hogy a betegeknek gyakran kellett saját zsebből további fogszabályozási szolgáltatásokért és kezeléseikért fizetniük.

90 A máltai ellenőrzési jelentés kedvezőbb képet festett, minthogy úgy értékelte, hogy a háziorvosi funkció az egészségügyi rendszerre vonatkozó nemzeti stratégiában meghatározott stratégiai intézkedésekkel összhangban működik. Megjegyezte azonban: ahhoz, hogy a háziorvosi funkció tovább bővülve betegközpontúbbá váljon, a finanszírozás elosztásában át kell helyezni a hangsúlyokat.

91 Az Európai Számvevőszék megállapította, hogy a betegek határokon átnyúló egészségügyi ellátáshoz való jogaira vonatkozó tájékoztatás javításában a Bizottság megfelelően támogatta a tagállamokat, noha továbbra is fennállnak bizonyos hiányosságok.

92 A lengyel legfőbb ellenőrző intézmény megállapítása szerint a (2-es típusú) cukorbetegség szakorvosi kezelése nem érhető el a megfelelő helyen és időben. A szakorvosi konzultációk esetében egyre hosszabbak a várakozási idők, és nagy regionális eltérésekre derült fény az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés terén.

Az egészségügyi szolgáltatások minősége

Az ellenőrzések célkitűzései

93 Az e kompendiumban szereplő ellenőrzések közül három foglalkozik az egészségügyi szolgáltatások minőségével, mégpedig az Ausztria, Dánia és Írország legfőbb ellenőrző intézménye által elvégzett ellenőrzések.

94 Ezen ellenőrzések közül kettő a kórházakban megmutatkozó konkrét minőségi szempontokra irányult: a dán legfőbb ellenőrző intézmény a dán kórházakban nyújtott ellátás minőségét értékelte és a kórházak közötti minőségi különbségeket elemezte. Az ír legfőbb ellenőrző intézmény az elektív egynapos sebészeti beavatkozások lebonyolítását vizsgálta. A kórházak közötti eltérések okainak elemzése révén igyekezett feltárni az egynapos sebészeti beavatkozások arányának növelésére kínáló lehetőségeket, valamint az e tekintetben fennálló akadályokat. Emellett elemezte az információmegosztást, és hogy az milyen mértékben segíti elő a bevált gyakorlatok előmozdítását.

95 Az osztrák legfőbb ellenőrző intézmény a független kezelőorvosok tekintetében a szövetségi kormány által nyújtott minőségbiztosítás szervezését, kiválasztott tárgyait és átláthatóságát értékelte.

96 A francia legfőbb ellenőrző intézmény „Az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések megelőzése” című ellenőrzésében elemezte ezen túlmenően az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések nagyságrendjét és költségeit, valamint azt, hogy milyen szerepet játszanak a higiéniai szabályok, illetve az antibiotikumok helyes felírása.

A főbb ellenőrzési észrevételek

97 Az ellenőrzések során megállapítást nyert, hogy az egészségügyi szolgáltatások minősége változó, és bizonyos területeken lenne mód javításra.

98 A dán kórházakban nyújtott ellátás minőségéről szóló jelentés hiányosságokat említett a betegek kezelése terén, és megállapította, hogy az ellátás minősége nem egységes. Az ellátás terén mutatkozó különbségek a betegek újbóli kórházba kerülésének és halálának kockázatát is érintették. A különbségek okai azonban sok esetben a kórházak hatókörén kívül eső tényezőkre vezethetők vissza.

99 Az elektív egynapos sebészeti beavatkozásokról szóló írásbeli jelentés hasonló következtetésekre jutott: a fekvőbeteg-ellátáshoz képest az egynapos sebészeti beavatkozások arányának növelésére irányuló általános törekvés ellenére jelentős eltérések mutatkoznak az egyes kórházak között. Ennek lehetséges okai közé tartozik az írásbeli protokollok és a betegek egynapos sebészeti beavatkozásra való kiválasztására vonatkozó ellenőrzőlisták hiánya, valamint az, hogy a felső vezetés nem követi figyelemmel és nem vizsgálja felül az egynapos sebészeti beavatkozásra alkalmas betegek számát.

100 A független kezelőorvosok minőségbiztosításával foglalkozó osztrák jelentés hiányosságokat állapított meg a minőségi iránymutatások érvényessége, a szolgáltatások minőségére vonatkozó intézkedések, a szabványosított diagnosztika és a teljesítmény dokumentálása terén. Ezen túlmenően javasolta az arra kínálkozó alternatívák értékelését, hogy a rendelőkben végzett helyszíni ellenőrzések révén növeljék az orvosok önértékeléseit validáló ellenőrzések számát.

101 A francia legfőbb ellenőrző intézmény megállapította, hogy 2006 óta leállt a fekvőbeteg-ellátáshoz kapcsolódó fertőzések gyakoriságának csökkenése. E tekintetben alapvető a higiéniai szabályok megfelelő betartása és az antibiotikumok helyes felírása. Ezenfelül a fertőzésveszély aktívabb kezelése is megkívánja, hogy az egészségügyi ellátás szabályozásakor jobban figyelembe vegyék a minőségi mutatókat.

Új technológiák és e-egészségügy

Az ellenőrzések célkitűzései

102 E kompendium három jelentése (Bulgária, Észtország és Lettország) az e-egészségügyet és az új technológiák egészségügyi területen való felhasználását vette górcső alá. A három jelentés azt vizsgálja, hogy teljesülnek-e az e-egészségügy bevezetésének és további fejlesztésének feltételei, és hogy azt eredményesen valósították-e meg. A lett legfőbb ellenőrző intézmény ezenfelül azt is értékelte, hogy az e-egészségügy elérte-e a hatékonyabb egészségügyi ellátás előmozdítására vonatkozó célját.

A főbb ellenőrzési észrevételek

103 Mindhárom jelentés megjegyezte, hogy jóllehet az e-egészségügy nemzeti egészségügyi prioritásnak minősül, a végrehajtás elmarad a várakozásoktól, és csak részben sikerült a célkitűzéseket megvalósítani.

104 Ez az eredmény több különböző okból ered. A bolgár jelentés az e-egészségügy eredményes végrehajtásához szükséges előfeltételek hiányára hívja fel a figyelmet. Ezek az előfeltételek többek között a szabályozási keret megléte, a felelősségi körök átfogó meghatározása, valamint a különböző szereplők közötti koordináció és összehangolás eredményes rendszere. Az e-egészségügy bulgáriai bevezetése ezért késedelmet szenvedett, és a meghozott intézkedések csak részben mondhatók eredményesnek.

105 Az észt legfőbb ellenőrző intézmény ellenőrzése szintén arra a következtetésre jutott, hogy az e-egészségügy nem érte el célkitűzéseit, és az egyetlen technikai alkalmazás, amelyet az ellenőrzés időpontjában aktívan használtak, az elektronikus gyógyszerfelírás volt. Az elektronikus egészségügyi dokumentációt és a képhivatkozást csak kismértékben használták, a digitális bejelentkezést (elektronikus időpontfoglalási rendszer a vizsgálatokra való bejelentkezéshez) pedig nem valósították meg. További hiányosságokat állapítottak meg az e-egészségügy stratégiai tervezésében és irányításában, és azonfelül, hogy a megvalósítás késedelmet szenvedett, lényegesen költségesebbnek is bizonyult, mint ahogyan azt eredetileg tervezték.

106 A lett legfőbb ellenőrző intézmény hasonlóképpen értékelte a helyzetet, mivel szintén hiányosságokat állapított meg az e-egészségügy megvalósításában, főként a fő

érdekelt felek bevonásának hiányát, valamint a projektirányítás és a felügyelet problémáit illetően. A lett ellenőrzés ezért szintén csak részben megvalósultként értékelte az e-egészségügyre vonatkozó célkitűzést.

Költségvetési fenntarthatóság és egyéb pénzügyi vonatkozások

Az ellenőrzések célkitűzései

107 Az e kompendiumban szereplő ellenőrzések közül nyolc elemezte a közegészségügy fenntarthatóságát, illetve egyéb költségvetési vonatkozásait. Ezen ellenőrzések közül négy (Cseh Köztársaság, Görögország, Magyarország és Szlovákia) a jogszabályi megfelelés kérdéseivel foglalkozott, míg a másik négy (Finnország, Luxemburg, Olaszország és Spanyolország) a költségvetési fenntarthatóság és a pénzgazdálkodás más általános szempontjaiban mélyedt el.

108 A négy utóbbi ellenőrzés által felölelt területek a társadalombiztosítási kiadások trendjének előrejelzésétől (Finnország) az egészségügyi ágazatban megvalósuló állami beruházásokig (Luxemburg és Olaszország), valamint a gyógyszeriparnak teljesített kifizetésekkel kapcsolatos gondos pénzgazdálkodásig (Spanyolország) terjedtek.

A főbb ellenőrzési észrevételek

109 A szabályszerűségi ellenőrzések során leggyakrabban a közbeszerzési eljárások hiányosságait, valamint a belső kontrollok, a pénzgazdálkodás és a lejárt tartozások kezelése terén fennálló hiányosságokat tárták fel.

110 A társadalombiztosítási kiadások trendjének előrejelzésével foglalkozó finn ellenőrzés megállapította, hogy az alkalmazott modellt lehetne még fejleszteni és a módszertan dokumentálása is javításra szorul, továbbá azt tapasztalta, hogy az előrejelzések eredményeit nem teszik rendszeresen közzé.

111 A luxemburgi legfőbb ellenőrző intézmény ellenőrzése hiányosságokat tárt fel a nagyobb beruházások engedélyezése, koordinálása, az azokról való beszámolás és nyomon követésük kapcsán.

112 Az olasz legfőbb ellenőrző intézmény is hasonló problémákra hívta fel a figyelmet, és megállapította, hogy az alkalmazott beszámolás nem megfelelő a projektek végrehajtásának nyomon követésére. Ezen túlmenően úgy értékelte, hogy nem alkalmazzák hatékonyan a köz-magán társulásokat.

113 A spanyol jelentés megállapította, hogy a gyógyszerértékesítőknek és a kórházaknak teljesített gyógyszerészeti ellátások kifizetései csak részben feleltek meg a vonatkozó szabályoknak és a gondos pénzgazdálkodás elveinek.

Az ellenőrzések hasznosulásának vizsgálata

114 Alapelvként és bevált gyakorlatként valamennyi legfőbb ellenőrző intézmény vizsgálja ajánlásainak hasznosulását. Ennek módszere a legfőbb ellenőrző intézmények belső szabályaitól függ. A hasznosulás ellenőrzése elvégezhető az egyes ajánlások végrehajtásának nyomon követésével vagy egy másik ellenőrzési feladat részeként.

115 A hasznosulás ellenőrzésére jellemzően az ajánlások végrehajtására adott határidő után egy–három évvel került sor, összhangban a legfőbb ellenőrző intézmények belső szabályaival. Egyes legfőbb ellenőrző intézmények úgy követik nyomon ellenőrzéseiket, hogy közben nem kötik magukat semmilyen meghatározott határidőhöz.

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

50

Megelőzés és védelem



Belgium

Rekenhof – Cour des comptes – Rechnungshof

A flamand megelőző egészségpolitika: a szakpolitika teljesítményének értékelése

Áttekintés

116 A belga legfőbb ellenőrző intézmény a flamand megelőző egészségpolitika által a 2014-től 2015 elejéig tartó időszakban nyújtott teljesítményt értékelte.

117 A flamand közegészségügyi miniszter politikai nyilatkozatában megjelölt célkitűzések egyike a megelőzés alkalmazása az egészségügyi előnyökhöz és a lakosság nagyobb mértékű jóllétéhez való hozzájárulás érdekében. A flamand megelőző egészségpolitikát több egészségügyi célkitűzés formájában fogalmazták meg, és azt több, e politika keretében támogatott szervezet hajtja végre.

Hogyan hajtották végre az ellenőrzést

118 Az ellenőrzés a következő kérdéseken alapult:

- o Jól alakították-e ki és jól szervezett-e a megelőző egészségpolitika végrehajtása?
- o Jó minőségű-e a megvalósítani kívánt prevenciós politika végrehajtása?
- o Milyen mértékben fordít külön figyelmet a végrehajtás a lakosság hátrányos helyzetű csoportjaira?

119 A fő ellenőrzött szervek a flamand jóléti, közegészségügyi és családjogi miniszter és a Flamand Ápolási és Egészségügyi Ügynökség voltak. Az értékelés főként dokumentumok elemzésén és interjúkon alapult.

A főbb észrevételek

120 A gyakorlatban megállapították, hogy a végrehajtás helyzete egészségügyi célkitűzésenként jelentősen eltér, és a terepmunka szervezése javítható lenne.

- o Egyes egészségügyi célkitűzések számos végrehajtó szervezetet érintettek, de a feladatok elhatárolása nem mindig volt világos, ami széles körű konzultációt és egyeztetést tett szükségessé.
- o Más egészségügyi célkitűzések esetében a szervezetek alig voltak jelen „a terepen”, így a támogatás nem volt megfelelő.
- o A források egészségügyi célkitűzések és végrehajtó szervezetek közötti elosztását nem indokolták meg kellőképpen, és az a múltbeli elosztáson alapult.

121 A végrehajtó szervezetek pályázati eljáráson keresztüli kiválasztása ahhoz vezetett, hogy nem került sor az ismeretek átadására, és feszültséget is gerjesztett a részt vevő szervezetek között.

122 A végrehajtó szervezetek nem voltak igazán eredményorientáltak a módszertan fejlesztése területén. A beszámolóik túlságosan kevés információt tartalmaztak ahhoz, hogy értékelni lehessen munkájuk hatását.

123 Végezetül nem fordítottak elegendő figyelmet a lakosság hátrányos helyzetű csoportjaira.

Ajánlások

124 Végrehajtási helyzet

- o Az öngyilkosságok megelőzésének végrehajtási struktúráját egyszerűsíteni kell, a dohányzás, az alkohol- és a kábítószer-fogyasztás megelőzésére vonatkozó megbízások alapuljanak világos megállapodásokon, a cukorbetegség megelőzését illetően pedig többet kell tenni helyi szinten.

- o A rákszűrési programok figyelemfelkeltő eszközeit jobban össze kell hangolni, és a nem kellőképpen megszólított célcsoportokra kell irányítani.
- o A balesetmegelőzés összpontosítson jobban a multidiszciplináris konzultáció ösztönzésére, egy világos munkavégzési módszer meghatározásával, a feladatok elosztásával és a különféle résztvevők közötti együttműködési megállapodásokkal.
- o A testmozgással kapcsolatban hosszú távú jövőképet kell kidolgozni. Biztosítsák, hogy a táplálkozásra és a testmozgásra vonatkozó egészségügyi célkitűzéssel kapcsolatos módszerek végrehajtása helyi szinten támogatást kapjon.
- o A különböző egészségügyi célkitűzések vagy prevenciók területek közötti forráselosztást indokolják meg világosan.

125 A prevenciók egészségpolitika végrehajtása

- o A kormánynak folytatnia kell a pályázati eljárás mellett és ellen szóló érvek mérlegelését.
- o A módszertani fejlesztést illetően a partnerszervezetek tevékenysége jobb tervezést és nyomon követést érdemel, és azt költségvetéshez kell rendelni.
- o A flamand közegészségügyi miniszter munkálkodjon azon, hogy helyi és tartományi szinten többen vegyenek részt a prevenciók munkában.
- o Az irányítási megállapodások megkötését a lehető legnagyobb mértékben össze kell hangolni az egészségügyi célkitűzésekre vonatkozó cselekvési tervekkel.
- o A Flamand Ápolási és Egészségügyi Ügynökség biztosítsa, hogy a tényleges végrehajtás összeegyeztethető legyen az éves tervben javasolt kezdeményezésekkel.
- o Jobban ki kell dolgozni a tanulói útmutató központoknak a flamand egészségügyi célkitűzések elérésében betöltött szerepét.

126 Logos (helyi egészségügyi hálózatok)

- o A Flamand Ápolási és Egészségügyi Ügynökség, a Flamand Egészségfejlesztési és Betegségmegelőzési Intézet és a Logos közötti kapcsolatot egyértelművé kell tenni és optimalizálni kell.

- o A Logos módszertan kidolgozásában betöltött szerepét felül kell vizsgálni és javítani kell.
- o Javítsák a nyilvántartási rendszerben foglalt információk következetességét és minőségét.

127 Projektek

- o A flamand kormánynak bizonyítania kell a prevenciós projektekhez (partner)szervezeteknek nyújtott támogatások hozzáadott értékét.
- o A már több éve folyó projekteket értékelni kell azzal a céllal, hogy azokat integrálják a végrehajtó szervezet rendszeres működésébe.

128 Hátrányos helyzetű csoportok

- o A flamand kormány fektessen be többet az olyan módszerek és anyagok kidolgozásába, amelyek hatékonyan motiválják a szegénységben élő embereket az egészséges magatartás fenntartására, ideértve a végrehajtó szervezeteken belüli tudásbővítést is.

Közzététel és hasznosulásvizsgálat

129 A jelentést 2016. február 23-án tették közzé elektronikusan a belga számvevőszék honlapján, 2016. március 8-án pedig a flamand parlament jólléti, közegészségügyi és családjogi bizottsága elé terjesztették. Az egyes ajánlások hasznosulásvizsgálatát általában a miniszter éves szakpolitikai levelei rögzítik.

Várható hatás

130 Az ellenőrzés végrehajtása alatt változtatásokat hajtottak végre a hatályos jogszabályokban, és több olyan kezdeményezést indítottak el, amelyek orvosoltak egyes szűk keresztmetszeteket (pl. egy iránymutatás a prevenciós módszerek kidolgozásához és értékeléséhez).

2017 szeptemberében egy új általános egészségügyi célkitűzést fogadtak el az egészséges táplálkozás, az ülő életmód, a testmozgás, a dohányzás, az alkohol és a kábítószeres tekintetében.



Franciaország Cour des comptes

Az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések megelőzése:
a következő lépések

Áttekintés

131 A francia legfőbb ellenőrző intézmény az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések megelőzését értékelte a 2010–2018-as időszakra nézve.

132 Egy fertőzés akkor minősül egészségügyi ellátással összefüggőnek, ha egy beteg egészségügyi szakember általi kezelése során, a járóbeteg-ellátásban, egy szociális egészségügyi ellátó intézményben vagy egészségügyi intézményben fordul elő (ez utóbbi esetben a fertőzést nosokomiális fertőzésnek nevezik). Nem esik szükségszerűen egybe a kezeléssel magával: a kezelés után 48 órától egy éven belül bármikor felléphet.

133 Az elmúlt 30 év során Franciaország strukturált közpolitikát vezetett be, hogy megelőzze az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzéseket, főként a kórházakban, és hogy kompenzálja a betegeket. A betegjogi szervezetek döntő szerepet játszottak e politika előmozdításában, miután a média foglalkozott egyes egészségügyi intézményekben előfordult fertőzések csoportos eseteivel.

134 A végrehajtott intézkedések csökkentették, majd körülbelül 5%-on stabilizálták a kórházi fertőzésben megbetegedő betegek számát (ez évi mintegy 470 000 megfertőzött beteget jelent). Jóllehet az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések többnyire csak átmeneti kényelmetlenséget okoznak, előfordulhat, hogy sokkal súlyosabb következményekkel járnak. A járóbeteg-ellátásban megfertőzött betegek száma azonban nem ismert, és ennek mérése a szociális egészségügyi ellátási ágazatban is korai szakaszban jár.

Hogyan hajtották végre az ellenőrzést

135 Az ellenőrzés a következő kérdéseken alapult:

- A fő ellenőrzési kérdés így szólt: Melyek az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések megelőzését célzó politika tétjei?
- Ezt a következő alkérdések egészítették ki:
 - Milyen nagyságrendben fordulnak elő az egészségügyi ellátással összefüggő betegségek, és ezek milyen költséggel járnak?
 - Milyen eredményeket értek el a Szolidaritási és Egészségügyi Minisztérium, valamint annak különféle szervei által végrehajtott politikák?
 - Hogyan tudjuk figyelembe venni a betegek kórházakon kívüli utazásával kapcsolatos problémákat és az antibiotikum-rezisztenciát?
 - A kockázatkezelés mely szintjén kellene kezelni az állami fellépés átszervezését?
 - Hogyan számoltathatók el a különböző szereplők?

136 Az érintett főbb ellenőrzött szervezetek a francia Szolidaritási és Egészségügyi Minisztérium, az annak politikáit nemzeti és regionális szinten végrehajtó különféle szervek, valamint állami kórházak voltak.

137 Az értékelés interjúkon és az összes érintett hatóságnak kiküldött kérdőíveken alapult.

A főbb észrevételek

138 A *Cour des comptes* a következő észrevételeket tette:

- A hatóságok, az egészségügyi intézmények és a szakemberek az elmúlt harminc év során közpolitikát hajtottak végre a nozokomiális fertőzések megelőzése érdekében. Ennek eredményei még mindig nem megfelelőek. A fekvőbeteg-ellátáshoz kapcsolódó fertőzések előfordulása 2006 óta nem csökkent tovább, és a nozokomiális fertőzésekre

vonatkozó külső jelentéstétel nem átfogó. További lépést kell tenni, amellyel e politikát az egészségügyi ellátási tevékenységek valamennyi szegmensére kiterjesztik, és teljes mértékben figyelembe veszik az antibiotikum-rezisztencia fenyegetését.

- o A közelmúltban valamennyi régióban az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzésekkel foglalkozó ellenőrző központokat hoztak létre annak lehetővé tétele céljából, hogy fellépést dolgozzanak ki a járóbeteg-ellátásban és a szociális egészségügyi ellátásban dolgozó szakemberekkel, és jobb legyen a koordináció a regionális egészségügyi ügynökségekkel. Ezen új struktúra keretében a Szolidaritási és Egészségügyi Minisztériumnak a Közegészségügyi Ügynökség útján el kell foglalnia az őt megillető helyet az állami fellépés irányításában és koordinálásában.
- o Az ezen új kihívásokkal való szembenézéshez az is alapvető, hogy az összes érdekelt felet jobban képessé tegyék a higiéniai szabályok megfelelő betartására és az antibiotikumok megfelelő felírására. A fertőzésveszély aktívabb kezelése azt is megkívánja, hogy az egészségügyi ellátás biztosításának szabályozásában jobban figyelembe vegyék a minőségi mutatókat, és a felelősségvállalás előmozdítása érdekében felülvizsgálják a térítési rendszereket.

Ajánlások

139 A *Cour des comptes* a következő ajánlásokat fogalmazta meg:

- o készüljön nemzeti felmérés az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések járóbeteg-ellátásban való előfordulási gyakoriságáról, szükség esetén kiigazított módszertannal, a kockázatos ágazatok és a kidolgozandó intézkedések megcélzása érdekében;
- o egyértelműen bízzák meg a Szolidaritási és Egészségügyi Minisztérium felügyelete alatt, közintézményként működő Közegészségügyi Ügynökséget (*Santé Publique France*) az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzésekkel foglalkozó ellenőrző központok küldetéseinek és intézkedési lehetőségeinek koordinálásával;
- o hajtsanak végre az antibiotikumok fogyasztásának csökkentését célzó intézkedéseket, és igazítsák ki a magánpraxist folytató orvosoknak kiutalt, a közegészségügyi célkitűzéseken alapuló díjazást, biztosítva ezzel eredményességüket;

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Megelőzés és védelem

58

- o a regionális egészségügyi ügynökségeknek prioritásként kell kezelnie az egészségügyi létesítmények ellenőrzését és kontrollját, és le kell vonnia a működésre nézve minden következtetést, beleértve akár a tevékenység felfüggesztését is;
- o az egészségügyi intézményekben dolgozó, a működés higiéniájával foglalkozó csoportok méretének és összetételének meghatározására szolgáló kritériumokat ezen intézmények tevékenységének és a nemzetközi ajánlásoknak megfelelően felül kell vizsgálni. Az állami kórházakban ezeket a csoportokat a kórházak területi csoportjainak (*groupements hospitaliers de territoire*) keretében összevonva kell igénybe venni;
- o meg kell szüntetni az egészségügyi dolgozók influenza elleni oltására vonatkozó kötelezettség felfüggesztését (ismételt ajánlás).

Közzététel és hasznosulásvizsgálat

140 A *Cour des comptes* első elnöke a 2019. évi éves nyilvános jelentést 2019. február 4-én nyújtotta be a Francia Köztársaság elnökének. Ezt követően a jelentést 2019. február 6-án mutatták be a médiának, majd elektronikusan közzétették a *Cour des comptes* honlapján. 2019. április 6-án a Nemzetgyűlésnek, majd 2019. április 7-én a Szenátusnak is beterjesztették.

141 A *Cour des comptes* külön figyelmet fordít ajánlásai hasznosulásának értékelésére. Jelentéseinek közzététele után három évvel megvizsgálja, hogy milyen mértékben hajtották végre az ajánlásait, és a végrehajtott ajánlások milyen tényleges hatásokkal jártak. Az éves nyilvános jelentésben egy monitoringjelentés is szerepelhet.

Várható hatás

142 Az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések megelőzését célzó szakpolitikák nélkülözhetetlenek. Tekintettel az érintett betegek számára, hatékony intézkedéseket kell végrehajtani annak érdekében, hogy a kezelésekre a lehető legbiztonságosabb környezetben kerüljön sor.



Lengyelország, Najwyższa Izba Kontroli (NIK)

A 2-es típusú diabétesz megelőzése és kezelése

Áttekintés

143 A lengyel legfőbb ellenőrző intézmény ellenőrzése a 2-es típusú diabétesz megelőzésének és kezelésének értékelésére irányult, a járóbeteg-ellátást illetően a 2013–2017-es időszakra, a fekvőbeteg-ellátást illetően pedig a 2015–2017-es időszakra nézve.

144 Becslések szerint Lengyelországban minden tizenegyedik ember szenvedhet (1-es és 2-es típusú) cukorbetegségben, és a betegségben szenvedők száma évente 2,5%-kal emelkedik. A diabétesz, ha nem kezelik, számos negatív következményhez, például agyvérzéshez, magas vérnyomáshoz és a végtagok amputálásához (az úgynevezett diabéteszes láb szindróma szövődményeként), ezáltal pedig a munkaképtelenné váló és emiatt szociális ellátásban részesülő emberek számának növekedéséhez vezet.

Hogyan hajtották végre az ellenőrzést

145 Az ellenőrzés a következő fő ellenőrzési kérdésen alapult:

- Biztosítja-e az egészségügyi rendszer, hogy a 2-es típusú cukorbetegségben szenvedő vagy e betegség kockázatának kitett embereket korán megtalálják, és hogy végrehajtsák az e betegség eredményes kezelésére szolgáló módszereket?

146 Konkrét kérdések:

- Megfogalmazott-e az Egészségügyi Minisztérium a cukorbetegség megelőzését és a betegségben szenvedők egészségének javítását célzó nemzeti egészségügyi politikát?
- Biztosította-e a Nemzeti Egészségügyi Alap a diabéteszszolgáltatások rendelkezésre állását és a forrásokat a diabétesz és a vele járó szövődmények kezeléséhez?

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Megelőzés és védelem

60

- Felléptek-e az egészségügyi szolgáltatók a 2-es típusú cukorbetegség megelőzése, korai felismerése és kezelése terén?
- Biztosították-e a 2-es típusú cukorbetegségben szenvedők számára a szakorvosi szolgáltatásokhoz való hozzáférést?
- Bevezették-e a 2-es típusú cukorbetegség kezelésére szolgáló, legújabb generációs gyógyszereken alapuló módszereket?

147 A fő ellenőrzött szervek az Egészségügyi Minisztérium, a Nemzeti Egészségügyi Alap központja, valamint egészségügyi szolgáltatók voltak. Az alkalmazott módszertan dokumentumok, felmérések, valamint az ellenőrzött szervek és más szervezetek munkatársai által adott felvilágosítások vizsgálatát foglalta magában.

A főbb észrevételek

148 A diabéteszt „civilizációs betegségeként” ismerik el, és a betegség elleni küzdelem a nemzeti egészségpolitika megfogalmazásáért felelős egészségügyi miniszter egyik prioritása. A cukorbetegség megelőzésére és a betegségben szenvedők kezelésére és gondozására vonatkozóan azonban nem fogalmaztak meg nemzeti stratégiát.

149 Az egészségügyi miniszter nem tárta fel megfelelően az egészségügyi szükségleteket, illetve nem határozta meg megfelelően a betegségben szenvedők ellátásához szükséges diabétesz-specialisták számát. Emellett a lakosság figyelmét sem hívta fel kellő hangsúllyal a diabétesz problémájára.

150 Összességében elmondható, hogy a lengyel betegek nem férnek hozzá a 2-es típusú cukorbetegség innovatív kezelési módjaihoz, mivel az egészségügyi technológiaértékeléssel és a díjakkal foglalkozó ügynökség által kedvező ajánlással ellátott gyógyszerek, azaz az inkretinek és a gliflozinok egyike sem szerepel a téríthető gyógyszerek jegyzékében.

151 Jóllehet a Nemzeti Egészségügyi Alap fellépett a 2-es típusú diabéteszben szenvedők kezelésének javítása érdekében, a diabétesz-szakklinikák és kórházak várólistáin szereplő betegek száma, valamint a szolgáltatások várakozási ideje egyre nő. A Nemzeti Egészségügyi Alappal szerződéses kapcsolatban álló szolgáltatók száma ugyanakkor csökken.

152 Az egészségügyi dokumentációkba megfelelően bevitt adatok hiánya is arra utal, hogy az orvosok sok esetben nem követik a Lengyel Diabétesz Társaság (PTD) ajánlásaiban a diabétesz kockázatának kitett emberek és a 2-es típusú diabéteszben szenvedő betegek kezelése tekintetében meghatározott elveket, vagy a nyilvántartásaik vezetése nem megbízható. A betegek egyes esetekben nem követték az orvosok ajánlásait, ebből adódóan a kezelések nem jártak kellően jó eredményekkel, és magas volt a 2-es típusú cukorbetegséggel járó szövődmények kezelésének költsége.

Ajánlások

153 A NIK a következő ajánlásokat fogalmazta meg.

- Az egészségügyi miniszter készítsen átfogó, országos szintű programot a cukorbetegség megelőzésére, korai diagnosztizálására és kezelésére irányuló tevékenységek szerepeltetésével.
- Az egészségügyi miniszter hozzon intézkedést, hogy megbecsüljék azoknak a számát, akiket nem diagnosztizálnak, és akik így nem tudnak a cukorbetegségükről, és dolgozzanak ki módszereket, hogy elérjék ezeket az embereket, tájékoztassák őket megfelelően a betegség tüneteiről és hatásairól, valamint ösztönözzék őket, hogy diagnosztizáltassák és vessék alá magukat megfelelő kezelésnek.
- Az egészségügyi miniszter fokozza az orvosi munkaerő-tervezési modell kidolgozására irányuló erőfeszítéseket.
- A Nemzeti Egészségügyi Alap elnöke hozzon intézkedést a cukorbeteg átfogó járóbeteg-szakellátás keretében nyújtott szolgáltatásokhoz való országos hozzáféréseinek és a krónikus sebek átfogó kezelésének biztosítása érdekében.
- Az egészségügyi szolgáltatók:
 - a Lengyel Diabétesz Társaság által ajánlott gyakorisággal utalják be a cukorbetegeket diagnosztikai vizsgálatokra és szakorvosi konzultációkra;
 - a Lengyel Diabétesz Társaság ajánlásainak megfelelően utalják be a betegeket diabétesz-szűrésre;

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Megelőzés és védelem

62

- tartsák magukat a Lengyel Diabétesz Társaság 2-es típusú cukorbetegség megelőzése tekintetében megfogalmazott ajánlásaihoz;
- úgy vezessék az egyéni egészségügyi dokumentációkat, hogy azok teljes körű és megbízható információt nyújtsanak a beteg diagnózisáról és kezelésének folyamatáról.

154 A hatóságok hozzanak közös, összehangolt intézkedéseket az egészségügyi és betegszervezetekkel, hogy előmozdítsák az egészséges életmódot, beleértve a testmozgást és a diétát, segítve ezzel Lengyelországban a 2-es típusú cukorbetegség visszaszorítását.

Közzététel és hasznosulásvizsgálat

155 A jelentést 2018. március 26-án tették közzé a lengyel legfőbb ellenőrző intézmény honlapján, és elküldték a legfelsőbb és központi nemzeti hatóságoknak. A jelentés nagy érdeklődést keltett a médiában, és széles körben nyilatkoztak róla egészségügyi szakértők.

156 A lengyel egészségügyi miniszter a jelentésre válaszolva tájékoztatta a legfőbb ellenőrző intézményt az ellenőrzés ajánlásainak végrehajtása érdekében tett intézkedésekről, ideértve a szükségletek elemzését és egy új egészségügyi program tervének kidolgozását, valamint az egészségügyi felvilágosítás és a betegségmegelőzés eredményességének javítását célzó intézkedésekről.

Várható hatás

157 Az egészségügyi rendszer megerősítése a diabétesz-megelőzés és -ellátás eredményesebb nyomon követésének biztosításával, a diabétesszel kapcsolatos felvilágosítás eredményességének fokozásával, valamint az új diabéteszes megbetegedések előfordulásának visszaszorítását célzó fellépések koordinálásával.



Szlovénia Računsko Sodišče Republike Slovenije A gyermekkori elhízás kezelése

Áttekintés

158 A szlovén legfőbb ellenőrző intézmény ellenőrzése azt értékelte, hogy eredményesek és hatékonyak-e a gyermekkori elhízás kezelésére szolgáló mechanizmusok. Az ellenőrzés a 2015–2016-os időszakot ölelte fel.

159 A Szlovén Köztársaság Számvevőszéke a túlsúlyos és az elhízott gyermekekre vonatkozó riasztó statisztikák miatt döntött a gyermekkori elhízás kezelésére vonatkozó ellenőrzés végrehajtása mellett.

160 A Szlovén Köztársaságban 1989-ben az általános iskolás gyermekek 12,5%-a volt túlsúlyos, 2,35%-a pedig elhízott. Jóllehet a túlsúlyos és elhízott általános iskolás gyermekek száma 2010 óta folyamatosan csökken, a számok 2016-ban még így is 43,2%-kal, illetve 193,6%-kal meghaladják az 1989-es értékeket.

161 A testsúllyal és az elhízással kapcsolatos problémák nagy mértékben a család társadalmi-gazdasági státuszától és az egyes egyének elkötelezettségétől függenek. Az állam mindössze annyit tehet, hogy az egészséges életmódot előmozdító intézkedéseket hajt végre.

Hogyan hajtották végre az ellenőrzést

162 Az értékelés a „Megfelelően kezeli-e a Szlovén Köztársaság a gyermekkori elhízást?” fő ellenőrzési kérdésen, valamint a következő alkérdéseken alapult:

- Megfelelő-e a gyermekkori elhízás kezelésére vonatkozó célkitűzések és intézkedések megtervezése?

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Megelőzés és védelem

64

- Hatékonyak-e az Egészségügyi Minisztérium, az Oktatás-, Tudomány- és Sportügyi Minisztérium és a Nemzeti Közegészségügyi Intézet által a gyermekkori elhízás kezelése céljából végrehajtott tevékenységek?
- Sikerült-e elérni a gyermekkori elhízás kezelésére vonatkozó célkitűzéseket, és csökken-e a túltáplált és elhízott gyermekek száma?

163 A fő ellenőrzött szervek az Egészségügyi Minisztérium, az Oktatás-, Tudomány- és Sportügyi Minisztérium és a Nemzeti Közegészségügyi Intézet voltak. Az ellenőrzési módszertan dokumentumok, weboldalak, médiajelentések és egyéb nyilvános információforrások áttekintését, az ellenőrzött szervekkel és más érdekelt felekkel folytatott interjúkat, valamint adatelemzést foglalt magában.

A főbb észrevételek

164 A legfőbb ellenőrző intézmény megállapította, hogy az állam (az Egészségügyi Minisztérium, az Oktatás-, Tudomány- és Sportügyi Minisztérium és a Nemzeti Közegészségügyi Intézet) rendszerszinten népszerűsíti a gyermekek körében az egészséges életmódot (az egészséges étrend és a fizikai tevékenységek szabályozása révén), továbbá ezen felül kiválasztott projektek révén is.

165 Jóllehet a gyermekkori elhízás kezelését célzó állami tevékenységek hatásai csak hosszabb idő elteltével válnak láthatóvá és közvetlenül nem mérhetők, a szlovén számvetőszték úgy értékelte, hogy az állam bizonyos mértékben hozzájárult a gyermekkori elhízás kezeléséhez, mint ahogyan a túltáplált és elhízott gyermekek arányainak alakulásában bekövetkezett változásból közvetetten látható. Az állam mindazonáltal még tovább javíthatná a gyermekkori elhízás kezelésével kapcsolatos fellépését, olyan intézkedésekkel és tevékenységekkel, amelyek minden gyermekhez eljutnak, hatékonyabbá téve ezek végrehajtását.

166 A legfőbb ellenőrző intézmény különösen a következőket jegyezte meg:

- az iskolák több további projektben és programban vesznek részt az egészséges életmód népszerűsítése érdekében. A projektek végrehajtása azonban a rendszerszintű megközelítéshez képest kevésbé hatékony. A projektek időben korlátozottak, nem

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Megelőzés és védelem

65

mindig biztosítják a gyermekekkel szembeni egyenlő bánásmódot, és további adminisztratív terhet és költségeket okoznak;

- az egészséges iskolai étkezések megszervezésének rendszerét megfelelően meghonosították, és az biztosítja a valamennyi gyermekkel szembeni egyenlő bánásmódot;
- a testnevelés az általános iskolákban nem éri el az Egészségügyi Világszervezet által ajánlott heti 180 percet.

Ajánlások

167 Az Egészségügyi Minisztériumnak a következőket ajánlották:

- mérlegelje, hogyan javíthatná a szervezett iskolai étkeztetés táplálkozási irányelveknek való megfelelését;
- módosítsa a testnevelésóráról való hiányzást vagy a különleges étrendet indokoló orvosi igazolások kiadására vonatkozó szabályokat;
- vizsgálja felül a szükségleteket és határozzon meg eljárásokat a gyermekkori elhízást célzó korai fellépések, valamint az elhízáshoz köthető betegségek lehetséges kezelése kapcsán.

168 Az Oktatás-, Tudomány- és Sportügyi Minisztériumnak a következőket ajánlották:

- vizsgálja felül az iskolai étkeztetést szervező szervezetekre vonatkozó követelményeket, ideértve az iskolai étkeztetésre szolgáló élelmiszerek beszerzésére irányuló közbeszerzési eljárások egyszerűsítésének és harmonizálásának lehetőségeit; mérlegelje, hogy e tekintetben helyénvaló lenne-e rendszeres képzéseket szervezni, és hogy kinek kellene e képzéseket megszerveznie;
- végezze el az egyedi sportprogramok hatékonyságának és eredményességének elemzését;
- dolgozzon ki költség-haszon elemzést a figyelemfelkeltéssel és az egészséges táplálkozással kapcsolatos projektekhez, és vizsgálja meg, hogy milyen lehetőségek

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Megelőzés és védelem

66

kínálkoznak a projektek és programok tartalmának a rendszeres képzési és oktatási programokba való beépítésére;

- o vegye fontolóra az egészséges életmód fontosságával foglalkozó tanfolyamok szervezését az iskolai személyzet, a gyermekek és a szülők számára;
- o mérlegelje a tanárok egészségfejlesztés terén való képzését;
- o végezzen részletes elemzést azzal kapcsolatban, hogy milyen személyzeti és erőforrásigénnyel járna, ha minden gyermek számára bevezetnék a heti 5 órás testnevelést.

Közzététel és hasznosulásvizsgálat

169 A jelentést 2018. szeptember 11-én ismertették az ellenőrzött szervekkel, és közzétették a Szlovén Köztársaság Számvevőszékének honlapján is.

Várható hatás

170 A végrehajtott ellenőrzés fő eredménye, hogy tájékoztatta a lakosságot a jelenlegi helyzetről és a gyermekkori túlsúlyból és elhízásból eredő problémákról.

171 Az ellenőrzés egyik lehetséges hatása többek között az lehet, hogy változnak és módosulnak a jogszabályok, különösen az iskolai testnevelés ajánlott körét illetően.

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

67

Az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés

68



Litvánia Valstybės Kontrolė

Az egészségügyi szolgáltatások elérhetősége és a
betegközpontúság

Áttekintés

172 A litván legfőbb ellenőrző intézmény az egészségügyi szolgáltatások elérhetőségét és a betegközpontúságot értékelte. Az ellenőrzés a 2014–2016-os időszakot ölelte fel. A vizsgálat a 2017. és 2018. évi adatokra is kiterjedt, amennyiben azok relevánsak voltak a bekövetkező változások szempontjából.

Hogyan hajtották végre az ellenőrzést

173 Az értékelés elsősorban a következő témákra irányult:

- az egészségügyi szolgáltatások várakozási idejének a kezelése;
- az egészségügyi szakemberek szükséges számára vonatkozó tervezés megfelelősége;
- az egészségügyi intézmények tulajdonában lévő költséges berendezések felhasználásának eredményessége;
- a legújabb orvosi technológiák elérhetőségének biztosításához szükséges feltételek kialakítása és a már használatban lévő technológiák felülvizsgálata;
- a betegek elvárásainak azonosítása, értékelése és kezelése.

174 A fő ellenőrzött szervek az Egészségügyi Minisztérium, az Állami Egészségügyi Akkreditációs Ügynökség és a Nemzeti Egészségbiztosítási Alap voltak.

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés

69

175 Ezen túlmenően állami és magán orvosi létesítményektől, önkormányzatoktól, az egészségügyi szakemberek szakmai szervezeteitől, betegszervezetektől és tudományos létesítményektől is gyűjtöttek adatokat és információkat.

176 Az ellenőrzési módszertan dokumentumok áttekintését, összehasonlító teljesítményértékelést, orvosi létesítményekre és önkormányzatokra irányuló felméréseket, lakossági felméréseket, interjúkat, adatelemzést és tesztelést foglalt magában.

A főbb észrevételek

A szolgáltatások várakozási idejének csökkentése céljából kialakított intézkedések eredménytelensége

177 Az Egészségügyi Minisztérium nem rendelkezett a várakozási időre, valamint a tendenciákra és azokra a mögöttes tényezőkre vonatkozó objektív információkkal, amelyek akadályozták a várakozási idők csökkentését célzó eredményes intézkedések tervezését. A minisztérium nem elemezte a várakozási idők ingadozását illetően alkalmazott intézkedések hatását sem. A várakozási idő csökkentésére szolgáló intézkedések nem hozták meg a kívánt eredményeket, mivel nem kezelték a betegáramlással, az e-egészségügyi rendszer működésével, az egészségügyi szakemberek struktúrájának kiegyensúlyozatlanságával stb. kapcsolatos fő problémákat. A szolgáltatások elérhetőségével kapcsolatos probléma megoldása érdekében a betegek 17%-a fizetős szolgáltatást vett igénybe (e betegek fele ezt a túlságosan hosszú sorban állás miatt tette), 19%-uk pedig az öngyógyítást választotta.

Javítani kell az egészségügyi szakemberek iránti igény tervezését

178 Az egészségügyi szakemberek képzésére vonatkozó, tudományos és oktatási létesítményeknek szóló felkérés megfogalmazásakor a minisztérium nem mérte fel a szolgáltatási struktúrában bekövetkezett változásokat, a régiókban e szolgáltatások iránt mutatkozó igényt, a szakemberek munkaterhelését, az orvosok pályaelhagyását és a kivándorlásra vonatkozó előrejelzéseket. A minisztérium mindössze a nyugdíjba vonuló orvosok pótlására tett kísérletet, az ápolók iránti igényt azonban már nem vette figyelembe. Az orvosok száma meghaladta az uniós átlagot, ám egyes meghatározott területeken, így

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés

70

például a kardiológia, a szemészet és a neurológia területén hiányoznak a szakorvosok, és ápolókból is hiány van, ami hátrányosan érintette a szolgáltatások elérhetőségét.

Az orvosi létesítményekben található költséges készülékek nem eredményes felhasználása, valamint az új technológiák értékelését előmozdító ösztönzők hiánya

179 A költséges (29 000 eurót meghaladó költségű) orvosi készülékek több mint felét (59%) alacsony intenzitással, 7%-át pedig egyáltalán nem használták. A vizsgált időszak alatt a minisztérium új berendezések beszerzésére irányuló eljárásokat indított el, de nem kezdeményezte a költséges berendezések átcsoportosítását, így megoldatlanul hagyta a rendelkezésre álló berendezések eredménytelen kihasználásának problémáját.

180 Az új és jóváhagyott egészségügyi technológiák használatához szükséges finanszírozás hiánya miatt az új technológiák értékelését vontatottan indították el (a négyéves időszak alatt az egészségügyi intézmények és a magán szolgáltatók mindössze 11 technológiát nyújtottak be értékelésre). Amikor új technológiák jelentek meg, a rendelkezésre állókat gyakran nem értékelték. Ennek következtében nem biztosították valamennyi beteg számára a legújabb technológiákkal való kezelést.

A betegeket nem vonják be az egészségügy fejlesztésébe, hogy az megfeleljen az elvárásaiknak

181 Sem a minisztérium, sem az egészségügyi intézmények nem használták ki azt a lehetőséget, hogy a betegek körében végzett felmérések révén meghatározzák a betegek elvárásait. Jóllehet az ellenőrzött önkormányzatok fele gyűjtött egészségügyi intézményekre vonatkozó adatokat, a szolgáltatások szervezését érintő döntések meghozatalakor ezeket nem vették figyelembe. A betegek képviselte széttagozott volt – a betegek képviselői csak az általuk fontosnak tartott munkacsoportok 40%-ában vettek részt. A betegek jogaikról és kötelességeikről való tájékoztatása nem volt teljes körű, ami hozzájárult ahhoz, hogy a betegek hozzávetőlegesen 20%-a nem jelent meg a számára megadott időpontban, ez pedig még tovább növelte a várakozási időt.

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés

71

Ajánlások

182 Az egészségügyi szolgáltatások elérhetőségének javítása, a várakozási idők csökkentése és a rendelkezésre álló erőforrások eredményesebb felhasználása érdekében a legfőbb ellenőrző intézmény a következő ajánlásokat fogalmazta meg:

- o a szolgáltatások igénybevételét és elérhetőségét és a betegáramlásokat, valamint a várakozási idő csökkentését célzó intézkedések hatását rendszeresen nyomon kell követni és elemezni kell, az intézkedések végrehajtását pedig e nyomon követés és elemzés eredményeire kell alapozni;
- o dolgozzanak ki rendszert az összes egészségügyi szakember iránti igény adatelemzésen alapuló tervezéséhez;
- o a létesítmények éves értékelését ki kell bővíteni a költséges orvosi berendezések kihasználtsági mutatóival;
- o meg kell határozni az új, értékelt technológiák finanszírozására szolgáló eljárást, a már használatban lévő egészségügyi technológiákat pedig felül kell vizsgálni és újra kell értékelni.

183 Az egészségügyi rendszer betegközpontúságának javítása érdekében a legfőbb ellenőrző intézmény a következőket ajánlotta:

- o bővíteni kell, illetve át kell dolgozni a betegekre vonatkozó kitekintő tanulmányok, valamint a minisztérium és az egészségügyi intézmények által a betegek elvárásainak feltárása érdekében lebonyolított felmérések tartalmát, amelyet ezután fel lehet használni az egészségügy szervezésének javítására;
- o bővíteni kell egyrészt az azzal a céllal kidolgozott tájékoztatás tartalmát, hogy a betegeket kötelezettségeik teljesítésére és jogaik gyakorlására ösztönözzék, másrészt a tájékoztatás nyújtására szolgáló eszközöket;
- o meg kell határozni azokat a kritériumokat, amelyek alapján bevonják a betegszervezeteket a bizottságok és munkacsoportok általi, az egészségügy javítását érintő döntéshozatalba.

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés

72

Közzététel és hasznosulásvizsgálat

184 Az ellenőrzési jelentést ismertették az ellenőrzött szervekkel, az ellenőrzéssel foglalkozó parlamenti bizottsággal, az egészségügyi intézményekkel és a közvéleménnyel (a Signals 2018, a legfőbb ellenőrző intézmény által 2018-ban szervezett nemzetközi konferencia alkalmából).

185 A jelentésben foglalt ajánlások végrehajtására vonatkozó határidőkkel összhangban féléves jelentéseket nyújtanak be a parlamenti bizottságoknak.

Várható hatás

186 Az ellenőrzés várhatóan szervezeti/eljárási változásokat (a szolgáltatások elérhetőségének nyomon követése, az egészségügyi szakemberek iránti igény tervezése, az orvostechikai eszközök használatának értékelése, a betegek elvárásainak azonosítása és a betegszervezetek bevonása terén) és a finanszírozási döntések (új technológiák miatti) átgondolását eredményezi majd.

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés

73



Málta National Audit Office

A háziiorvosi funkció – az alapellátás központi eleme

Áttekintés

187 A máltai legfőbb ellenőrző intézmény a háziiorvosi funkciót és e funkció alapellátásban betöltött szerepét értékelte. Az ellenőrzés a 2014–2016-os időszakot ölelte fel.

188 A nemzeti és az európai uniós dokumentumok elismerik, hogy az egészségügyi alapellátási szolgáltatások jelentős bővítése ellenére ez az ágazat nem került kellőképpen az egészségügyi szolgáltatások élvonalába Máltán.

189 Málta Nemzeti Ellenőrzési Hivatala már 2001-ben értékelte a háziiorvosi funkciót az *Alapellátás: a háziiorvosi funkció az egészségügyi központokban* című teljesítmény-ellenőrzés keretében. Az ellenőrzés akkoriban kiemelte a háziiorvosi szolgáltatások igénybe vevőinek nagyon magas elégedettségi szintjét. A jelentés ugyanakkor aggodalmakat vetett fel a szolgáltatás nyújtásának különféle szempontjaival kapcsolatban. A felvetett problémák főként az ellátás személyesebb szolgáltatáson keresztüli folytonosságához, a háziorvosok egészségügyi központokon belüli egyenlőtlen elosztásához, az időpontfoglalási rendszer használatának hiányához és a szolgáltatások költséghatékonyságához kapcsolódtak.

Hogyan hajtották végre az ellenőrzést

190 Az ellenőrzés célja annak megállapítása volt, hogy:

- o a háziiorvosi funkcióhoz kapcsolódó műveletek milyen mértékben teszik hozzáférhetővé a kapcsolódó szolgáltatásokat és biztosítanak megfelelő minőséget az egészségügyi alapellátás célkitűzéseinek elérése szempontjából;

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés

74

- o a szervezeti és adminisztratív struktúrák milyen mértékben könnyítik meg a szolgáltatásnyújtást;
- o a nyújtott szolgáltatások mennyire költséghatékonyak.

191 A fő ellenőrzött szervek az Egészségügyi Alapellátási Minisztérium (Málta), a Gozói Általános Kórház (Gozo) és a Mater Dei Kórház baleseti és sürgősségi osztálya voltak.

192 Az ellenőrzési módszertan dokumentumalapú vizsgálatot, részben strukturált interjúkat és egy felmérést, valamint a házi orvosok által nyújtott különféle szolgáltatások költségének meghatározását foglalta magában. Az ellenőrzés nem terjedt ki az egészségügyi központokban a különféle szakorvosok által nyújtott nem házi orvosi szolgáltatásokra.

A főbb észrevételek

193 Az ellenőrzés határozott jelzéseket adott arra nézve, hogy a házi orvosi funkció általában az egészségügyi rendszerre vonatkozó málta nemzeti stratégiában meghatározott nemzeti stratégiai intézkedéseknek megfelelően működik, és folyik a szolgáltatások kiterjesztése és bővítése.

194 A felülvizsgálat ugyanakkor bizonyos problémákat is felvetett. A házi orvosi funkció további bővítése annak betegközpontúbbá tételével a jelenlegi felállásban nem valószínű, hogy megtörténhet anélkül, hogy a finanszírozás elosztásában olyan váltás következne be, hogy az reálisabban tükrözze az egészségügyi alapellátásba való beruházások hosszú távú társadalmi-gazdasági előnyeit. Ezen túlmenően lehetőség nyílik az egymásra hatás és a magán- és a közszektor közötti együttműködés potenciális szinergiáinak további kiaknázására. Az érdekelt felek közötti szorosabb együttműködés révén tehát az állami házi orvosi funkció nagyobb mértékben hozzájárulhat ahhoz, hogy az egészségügyi alapellátás a nemzeti egészségügyi szolgáltatások központi elemévé váljon.

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés

75

Ajánlások

195 A máltai Nemzeti Ellenőrzési Hivatal a következő ajánlásokat fogalmazta meg:

- Az Egészségügyi Alapellátási Minisztériumot (PHCD) arra ösztönözték, hogy fordítson nagyobb figyelmet arra, hogy értékelje a háziorvosi funkció kiterjesztésének és bővítésének megvalósíthatóságát az orvosok által a köz- és a magánszektorban nyújtott szolgáltatások egymást kiegészítő jellegének kiaknázása révén – többek között köz-magán társulások és kiszervezés révén is.
- Meg kell vizsgálni annak a lehetőségét, hogy az egészségügyi ágazaton belül nagyobb költségvetési előirányzatot csoportosítsanak át az egészségügyi alapellátásba.
- A PHCD-t arra biztatták, hogy az egészségügyi rendszerre vonatkozó, 2014–2020-as időszaki máltai nemzeti stratégiában és más dokumentumokban felsorolt stratégiai intézkedéseket fejlessze tovább végrehajtható projekttervekké. Ennek része lenne a szükséges erőforrások és a végrehajtási határidők megállapítása.
- Fel kell gyorsítani az ún. krónikus betegségek kezelésére szolgáló klinikák valamennyi egészségügyi központban való bevezetését. Ez még inkább előmozdítaná az ellátás folytonosságát és a betegközpontú elveket, továbbá hosszú távon javítaná a háziorvosi funkció költséghatékonyságát.
- A PHCD-t arra ösztönözték, hogy folytassa az arra irányuló erőfeszítéseit, hogy szolgáltatásainak súlypontját a közvetlen ellátásról az egészségfejlesztésre és a betegségmegelőzésre helyezze át. A PHCD-nek lehetősége nyílt arra, hogy az aktuális figyelemfelkeltő kampányokra építve ösztönözze a háziorvosokat, hogy a betegek látogatásai során újólag nyomatékosítsák e kampányok üzeneteit.
- Mérlegelni kell a máltai és gozói egészségügyi központok közötti stratégiai, irányítási és operatív együttműködés fokozását. Ez biztosítaná a szolgáltatások magasabb szintű harmonizálását és testre szabását, valamint a szolgáltatásfejlesztésben szerzett tapasztalatok megosztását.
- Javítani kell a pénzgazdálkodási információkhoz való hozzáférést – a pénzügyi részleg még mindig támogatást igényel, a megfelelő IKT-infrastruktúrába való beruházás révén.

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés

76

- o A PHCD-t arra ösztönözték, hogy használja ki jobban a rendelkezésre álló IKT-t, így például a klinikai betegirányítási rendszert, biztosítva a betegekre vonatkozó pontos statisztikákat. Ezek az információk megalapozottabbá tennék a PHCD tevékenységeivel kapcsolatos stratégiai tervezést és erősítenék az irányítási kontrollt.
- o Fokozni kell a perifériális klinikákon (*Bereg*) az elektronikus gyógyszerfelírási szolgáltatásokra való feliratkozással kapcsolatos erőfeszítéseket. Ez a megfelelő IKT-beruházások függvénye.
- o A PHCD-t ösztönözték, hogy javítsa a Mater Dei Kórház baleseti és sürgősségi osztályával való koordinációt azzal a céllal, hogy minimálisra csökkentsék az olyan esetek előfordulását, amikor a betegek szükségtelenül keresik fel a kórházat, mivel az igényelt ellátást az egészségügyi központok szintjén, a háziorvostól is megkaphatnák.

Közzététel és hasznosulásvizsgálat

196 A jelentést 2016. június 27-én terjesztették a Képviselőház elnöke elé, aki benyújtotta azt a Képviselőháznak. A jelentést az Államháztartási Bizottságban is megvitatták. A fenti jelentés parlamentnek való benyújtását követően Málta Nemzeti Ellenőrzési Hivatala a jelentést közzétette a honlapján. Egy sajtóközleményt is kiadtak, amely máltai és angol nyelven is tartalmazta a legfontosabb megállapítások és következtetések összefoglalását. A legfőbb ellenőrző intézmény továbbította a jelentés másolatát a médiának és más érdeklődő érdekelt feleknek.

197 Málta Nemzeti Ellenőrzési Hivatala 2018-ban elvégezte a teljesítmény-ellenőrzés hasznosulásvizsgálatát. E hasznosulásvizsgálat elvégzése főként az Egészségügyi Alapellátási Minisztérium kulcsszerepet betöltő tisztviselőivel lebonyolított részben strukturált interjúkra és a kapcsolódó dokumentumok áttekintésére támaszkodott. A hasznosulásvizsgálat általánosságban azt mutatta, hogy az Egészségügyi Alapellátási Minisztérium aktívan megkezdte a jelentésben foglalt ajánlások megvalósítását. Ennek megfelelően az eredeti jelentés két ajánlását teljes mértékben végrehajtották, és a fennmaradó nyolc ajánlást illetően is jelentős munkát végeztek el.

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés

77

Várható hatás

198 A jelentés hosszú távon várhatóan szervezeti és eljárási változásokhoz, a háziiorvosi funkció tekintetében biztosított finanszírozás és humán erőforrások növekedéséhez és az IT-infrastruktúra megerősítéséhez fog vezetni. Egyszersmind betegközpontúbb szolgáltatásokat is kell eredményeznie, az ellátás folytonosságára és a háziiorvosi szolgáltatások bővítésére helyezett hangsúly növelése mellett. Az egyéb hosszú távú hatások közé tartozhat a másodlagos ellátás iránti igény és a Mater Dei Kórház baleseti és sürgősségi osztályával szemben támasztott igények csökkenése. További hosszú távú hatás lehet, hogy az egészségügyi alapellátás felhívja a figyelmet az életmód megválasztásának fontosságára, és ezáltal befolyásolja a máltai lakosság körében előforduló krónikus betegségek gyakoriságát.

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés

78



Németország Bundesrechnungshof

Egészségügyi kutatásra van szükség a fogszabályozási kezelés előnyeinek tanulmányozásához

Áttekintés

199 A német legfőbb ellenőrző intézmény vizsgálata a fogszabályozási kezelés értékére irányult. Az ellenőrzés a 2014–2016-os időszakot ölelte fel.

200 A kötelező egészségbiztosítási alapok csak akkor térítik meg a fogszabályozási kezelést (pl. merevítőket), ha a hibás pozíciójú fogak vagy állkapocs jelentősen rontja (vagy fennáll annak a veszélye, hogy jelentősen ronthatja) a rágást, a harapást, a beszédet vagy a légzést. Az egy kezelt esetre eső költség az utóbbi években hozzávetőlegesen megduplázódott. A becslések szerint Németországban az összes gyermek és serdülő több mint fele részesül fogszabályozási kezelésben. E háttérre tekintettel a Bundesrechnungshof, amelynek az a megbízása, hogy ellenőrizze Németország kötelező egészségbiztosítási rendszerét, áttekintette, hogy az egészségbiztosítási alapok hogyan kezelik a kedvezményezettjeiknek nyújtott fogszabályozási szolgáltatásokat.

Hogyan hajtották végre az ellenőrzést

201 Az ellenőrzés révén betekintést kívántak nyerni a fogszabályozási kezelés kötelező egészségbiztosítási alapok általi jóváhagyásával, végrehajtásával és számlázásával kapcsolatos költségekbe és eljárásokba.

202 A *Bundesrechnungshof* ezen túlmenően azt is megvizsgálta, hogy a Szövetségi Egészségügyi Minisztérium biztosította-e, és ha igen, milyen mértékben biztosította e szolgáltatások hatékonyságát.

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés

79

203 A fő ellenőrzött szervek a Szövetségi Egészségügyi Minisztérium, egyes kiválasztott egészségbiztosítási alapok és a kötelező egészségbiztosítási alapok ernyőszervezete voltak.

204 Az ellenőrzés főként a Szövetségi Egészségügyi Minisztérium, egészségbiztosítási alapok, betegkonzultációs szervek és a szerződéses fogorvosok önszabályozó szervei által biztosított dokumentumok (fogszabályozási eljárások, szerződések, a fogszabályozásról szóló tanulmányok stb.) vizsgálatán, valamint az e szervek képviselőivel készített interjúkon alapult.

A főbb észrevételek

A fogszabályozási kezelés értékét nem támasztja alá tudományos kutatás

205 A *Bundesrechnungshof* megállapította, hogy a Szövetségi Egészségügyi Minisztériumnak és az egészségbiztosítási alapoknak nincs átfogó rálátásuk a betegeknek nyújtott konkrét fogszabályozó szolgáltatásokról. Nincsenek például országos adatok a kezelések típusára, időtartamára és sikerére, a kezelt korcsoportokra, a mögöttes diagnózisokra, a befejezett és a megszakított kezelések számára vonatkozóan. Ezenfelül nem áll rendelkezésre a fogszabályozási kezelés hozzáadott értékének az ilyen adatokon alapuló értékelése. Ennek következtében nincs elérhető információ arra vonatkozóan, hogy az egészségbiztosítási alapok milyen célkitűzések kapcsán adnak ki évente több mint 1 milliárd eurót fogszabályozási kezelésekre, sem az ilyen kezelések esetleges sikerére vonatkozóan.

A kedvezményezettek gyakran extra költségeket fizetnek a fogszabályozási kezelésért

206 A *Bundesrechnungshof* ezen túlmenően megállapította, hogy a fogorvosok gyakran további szolgáltatásokat kínálnak, amelyekért a kedvezményezetteknek saját zsebből kell fizetniük. Ezek az önköltséges szolgáltatások főként egyéb kezelési módszereket, diagnosztikát és más típusú fogszabályozó készülékeket (pl. merevítők) foglaltak magukban.

207 Az egyik egészségbiztosítási alap által készített tanulmány szerint a felmérésben részt vevők háromnegyede egyezett meg önköltséges magánszolgáltatásban az őket kezelő fogorvossal. A felmérésben részt vevők közel fele 1000 eurót meghaladó összeget fizetett. Az egészségbiztosítási alapok többnyire nem tudtak azokról a fogszabályozási kezelésről és önköltséges szolgáltatásokról, amelyeket a kedvezményezettek igénybe vettek.

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés

80

A kezelésekről és a szolgáltatásokról csak kivételes esetekben szereztek tudomást, például akkor, ha a kedvezményezettek panaszt tettek fogorvosukra. Ebben az esetben szintén nem volt világos, milyen sikert értek el a kezelések.

Ajánlások

208 A *Bundesrechnungshof* azt ajánlotta, hogy készüljön felmérés és gyűjtsenek adatokat a fogszabályozási kezelés helyzetéről és a kezelési szükségletekről és célkitűzésekről, a minőségi mutatókról és kontrollokról, beleértve az önköltséges szolgáltatásokat is. A Szövetségi Egészségügyi Minisztérium kezdeményezzen értékeléseket, és szükség esetén munkálkodjon a törvényi feltételek megteremtésén. A kötelező egészségbiztosítás keretében nyújtott fogszabályozó szolgáltatások típusát úgy kell megállapítani, hogy tükrözze az ilyen egészségügyi kutatás eredményeit. Ha az önköltséges szolgáltatások igénybevétele előnyösebb az egészségbiztosítási alapok által nyújtott jelenlegi szolgáltatásoknál, az érintett szervezetnek mérlegelnie kell e szolgáltatásoknak az egészségbiztosítási alapok által biztosított ellátás körébe való felvételét.

Közzététel és hasznosulásvizsgálat

209 A *Bundesrechnungshof* a szövetségi kormány szövetségi pénzgazdálkodásáról szóló éves jelentésének részeként jelentését benyújtotta a *Bundestag* Költségvetési Bizottsága Államháztartási Bizottságának.

210 Az ellenőrzési jelentést 2018 áprilisában tették közzé a *Bundesrechnungshof* honlapján, mégpedig egy sajtóközlemény kíséretében (lásd: www.bundesrechnungshof.de/en/themen/health-health-insurers/health-health-insurers, a felsorolás harmadik tétele).

211 A *Bundesrechnungshof* nyomon kívánja követni, hogy a Szövetségi Egészségügyi Minisztérium eredményes lépéseket tesz-e, hogy hozzájáruljon a fogszabályozási kezelés tekintetében nyújtott egészségbiztosítási ellátások költséghatékonyságának biztosításához.

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés

81

Várható hatás

212 A Szövetségi Egészségügyi Minisztérium a *Bundesrechnungshof* ajánlására reagálva egy tudományos jelentés elkészítésére adott megbízást, amelynek keretében a fogszabályozási kezelés által a szájhigiénére gyakorolt hosszú távú hatásokra vonatkozó orvosi ismeretek jelenlegi helyzetét kutatják, ismertetik és értékelik majd.

213 A minisztérium az egészségbiztosítási alapok és a szerződéses fogorvosok központi szövetségeivel együtt értékelni kívánja a szakértők által a szükséges intézkedésekre vonatkozóan megfogalmazott ajánlásokat, és meg kívánja vitatni az egészségügyi kutatás és a fogszabályozás által képviselt érték felmérésének javítása érdekében megteendő következő lépéseket.

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés

82



Portugália Tribunal de Contas

A polgárok egészségügyi ellátáshoz való hozzáférése
Portugália Nemzeti Egészségügyi Szolgálatánál

Áttekintés

214 A portugál legfőbb ellenőrző intézmény a polgárok egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést értékelte Portugália Nemzeti Egészségügyi Szolgálatánál a 2014–2016-as időszakra nézve. A polgárok egészségügyi ellátáshoz való hozzáférése a Nemzeti Egészségügyi Szolgálatnál, különösen ami a kórházi szakorvosi konzultációkat és a sebészetet illeti, folyamatos nehézséget jelent, különösen a várakozási idők szempontjából.

Hogyan hajtották végre az ellenőrzést

215 Az ellenőrzés a következőket kívánta megállapítani:

- o a Nemzeti Egészségügyi Szolgálat klinikailag elfogadható időn belül reagál-e a polgárok szükségleteire az első szakorvosi konzultációkhoz és a tervezett sebészeti beavatkozásokhoz való hozzáférést illetően;
- o a várólistára való felvételre és a várólisták kezelése a hatályos szabályokkal összhangban kerül-e sor;
- o eredményesek voltak-e a minisztérium által a hozzáféréssel kapcsolatos nehézségekre válaszul végrehajtott intézkedések.

216 A fő ellenőrzött szervek az Egészségügyi Minisztérium bizonyos szolgálatai és kiválasztott kórházi osztályok voltak.

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés

83

217 Az első kórházi konzultációhoz és a sebészeti beavatkozásokhoz való hozzáférésre vonatkozó mutatókat illetően a Nemzeti Egészségügyi Szolgálat teljesítményét a következők alapján értékelték:

- az Egészségügyi Minisztérium, az Egészségügyi Minisztérium különféle szervei és az Egészségügyi Szabályozó Hatóság által készített technikai jelentések;
- az Egészségügyi Rendszer Központi Hivatala által a betegek konzultációk és sebészeti beavatkozások várólistáira való felvételére és a várólisták kezelésére vonatkozóan biztosított adatok és információk elemzése.

218 A kiszámított mutatók és a mögöttes nyilvántartások minőségét a következők alapján értékelték:

- interjúk az Egészségügyi Rendszer Központi Hivatalával, Lisszabon és a Tagus-völgy Regionális Egészségügyi Hivatalával és a mintába beválogatott, ellenőrzött kórházi osztályokkal;
- az ellenőrzött kórházi osztályoktól gyűjtött információk és adatok, beleértve a kontrollkörnyezet és a betegek konzultációk és sebészeti beavatkozások várólistáira való felvételére és a várólisták kezelésére szolgáló eljárások folyamatvizsgálatát (*walk-through test*).

A főbb észrevételek

219 A *Tribunal de Contas* megállapította, hogy a 2014-től 2016-ig tartó hároméves időszakban romlott a betegek kórházi szakorvosi konzultációkhoz és tervezett sebészeti beavatkozásokhoz való hozzáférése, és ez az alábbi következményekkel járt:

- az első kórházi szakorvosi konzultáció átlagos várakozási ideje 115 napról 121 napra nőtt, és míg a garantált maximális válaszadási időt 2014-ben az esetek 25%-ában nem tartották be, ez az arány 2016-ban 29%-ra nőtt;
- i. a sebészeti beavatkozásra váró betegek száma 27 000 felhasználóval nőtt (+ 15%);
ii. a sebészeti beavatkozásig eltelt átlagos várakozási idő 11 nappal nőtt (+ 13%);

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés

84

iii. a garantált maximális válaszadási időt 2014-ben az esetek 7,4%-ában, 2016-ban pedig már az esetek 10,9%-ban nem tartották be.

220 A *Tribunal de Contas* azt tapasztalta, hogy az Egészségügyi Rendszer Központi Hivatala által 2016-ban végrehajtott központi kezdeményezések, amelyek a Nemzeti Egészségügyi Szolgálat kórházaiban az első kórházi szakorvosi konzultációk várólistáinak validálására és aktualizálására irányultak, a nagyon régi jelentkezések törlését is magukban foglalták, ami torzította a bejelentett teljesítménymutatókat.

221 Kifejezetten a sebészeti területen megállapítást nyert, hogy az is növelte a várakozási időt, hogy a várólistákon szereplő betegeknek nem adtak ki kellő időben és rendszeresen sebészeti beutalókat és ún. továbbírányító feljegyzéseket, amely lehetővé tette volna, hogy a műtétre más, szabad kapacitással rendelkező kórházi egységekben kerülhessen sor.

222 A *Tribunal de Contas* megállapítása szerint a várólistákon szereplő, az Egészségügyi Rendszer Központi Hivatala által nyilvánosan közzétett információk megbízhatatlanok voltak, nemcsak a kórházi információknak a kórházi konzultációkhoz és műtétekhez való hozzáférést kezelő központi rendszerekbe való bevitele során többször elkövetett hibák miatt, hanem a fent említett központi kezdeményezések miatt is.

Ajánlások

223 Ellenőrzési megállapításainak fényében a *Tribunal de Contas* több ajánlást fogalmazott meg:

Az egészségügyi miniszter:

- o hozzon létre olyan mechanizmusokat, amelyek a törvényes határidőkön belül biztosítják a sebészeti beutalók automatikus kiadását azokban az esetekben, amikor a Nemzeti Egészségügyi Szolgálat kórházaiban nincs mód a garantált maximális várakozási idő betartására, hogy a sebészeti beavatkozások végrehajtásának folyamata a Nemzeti Egészségügyi Szolgálatnál ne akadályozza a betegeket abban a jogukban, hogy a klinikailag elfogadhatónak tartott időn belül hozzájussanak a szükséges kezeléshez;

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés

85

- o egy, az Egészségügyi Rendszer Központi Hivatalán kívüli szervvel végeztesse el az első kórházi konzultációkra és a tervezett sebészeti beavatkozásokra vonatkozó meghirdetett hozzáférési mutatók minőségének rendszeres ellenőrzését.

Az Egészségügyi Rendszer Központi Hivatalának irányító testülete:

- o ne fogadjon el olyan adminisztratív eljárásokat, amelyek a várólisták és várakozási idők mesterséges csökkentését eredményezik;
- o készítsen minden alkalommal jelentést, amely kifejti az elfogadott kritériumokat, valamint a módszereket és a kapott eredményeket, amikor csak a központi információs rendszer kórházi konzultációkhoz és sebészeti beavatkozásokhoz való hozzáférés kezelésére szolgáló adatbázisait a hibák kijavítása céljából átalakítják.

Közzététel és hasznosulásvizsgálat

224 A jelentést elküldték az ellenőrzött szervezeteknek és a kormány e szervezetért felelős tagjainak. A jelentést a *Tribunal de Contas* honlapján is közzétették egy egyoldalas összefoglaló kíséretében, és a médiát is értesítették.

225 A közzétételt követően a *Tribunal de Contas* elnökét és az egészségügyi minisztert a Nemzetgyűlés Egészségügyi Bizottsága egy parlamenti meghallgatás keretében meghallgatta.

226 A hatóságok, amelyek számára ajánlásokat fogalmaztak meg, a jelentés végső rendelkezéseinek való megfelelés érdekében három hónapon belül beszámoltak az általuk tett intézkedésekről. Ezt követően információcserékre is sor került. Az ajánlások nyomán hozott intézkedéseket 2018 szeptemberében elemezték, és megállapítást nyert, hogy a 47 ajánlásból 20 ajánlást végrehajtottak (43%), további 21 ajánlást pedig részben végrehajtottak (45%). Ez az alábbiakat foglalta magában:

- o az első konzultációkhoz és a tervezett sebészeti beavatkozásokhoz való hozzáférésre vonatkozó adatok minősítésére irányuló eljárások végrehajtása, azt biztosítandó, hogy a jelenlegi információs rendszerekben lévő hibák javítása egységesen történjen, illetve átláthatóbbá és könnyebben ellenőrizhetővé váljon;

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés

86

- o szolgáltatások kiszervezése azt biztosítandó, hogy megszakítás nélkül és kellő időben kiadják a sebészeti beutalókat a várólistán lévő betegeknek.

Várható hatás

227 Változások a konzultációk és sebészeti beavatkozások várólistáinak kezelésére szolgáló operatív és kontrolleljárásokban. Az elszámoltathatóság előmozdítása a várólisták hatékony kezelését illetően, a maximális várakozási idők betartása és az eljárások átláthatósága.

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés

87



Románia

Curtea de Conturi a României

Az egészségügyi infrastruktúra fejlesztése a nemzeti, regionális és helyi szintű, egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés javítása céljából

Áttekintés

228 A román legfőbb ellenőrző intézmény az egészségügyi infrastruktúra fejlesztésére kiutalt források felhasználását értékelte. Az ellenőrzés a 2011–2015-ös időszakot ölelte fel.

Hogyan hajtották végre az ellenőrzést

229 A fő ellenőrzött szerv az Egészségügyi Minisztérium volt.

230 Az ellenőrzési módszertan az ellenőrzött tárgyhoz kapcsolódó minisztériumi dokumentumok vizsgálatát, közvetlen megfigyeléseket, kérdőíveket és az ellenőrzött szerv munkatársival készített interjúkat foglalt magában.

A főbb észrevételek

231 A román legfőbb ellenőrző intézmény a következő észrevételeket tette:

- az Egészségügyi Minisztérium elmulasztotta megfelelően megalapozni az egészségügyi rendszerben végrehajtandó beruházások finanszírozásához szükséges forrásokat;
- az Egészségügyi Minisztérium nem koordinálta hatékonyan a funkcionális osztályok révén a beruházások végrehajtását, ami rossz irányításhoz vezetett, mind saját szintjén, mind az alárendelt egészségügyi egységek szintjén, és emiatt 19 év alatt mindössze két nagyobb beruházási célkitűzés valósult meg;
- a beszerzett orvosi készülékek üzembe helyezése 90–800 napos késedelemmel történt meg;

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés

88

- o nem hoztak létre központi nyilvántartást a közegészségügyi egységek által a minisztériumnak benyújtott beruházásfinanszírozási kérelmek számára, amely tartalmazta volna azt is, hogy milyen indokkal utasították el a beruházások finanszírozását;
- o nem tartották be a gazdaságosság, a hatékonyság és az eredményesség elvét. Az egészségügyi egységek külső szolgáltatóktól szereztek be képalkotó szolgáltatásokat, miközben a birtokukban voltak olyan berendezések, amelyekkel maguk is nyújthattak volna ilyen szolgáltatásokat;
- o a beruházási források elosztására túlnyomórészt a költségvetési év második félévében kerül sor. A közbeszerzési eljárásokat olykor nem fejezték be a költségvetési évben, ami források elvesztéséhez vezetett;
- o az orvosi készülékeket nem központi közbeszerzés révén vásárolják. A beszerzéseket decentralizáltan bonyolították le az egyes egészségügyi egységek, ami eltérő beszerzési árakhoz vezetett;
- o az Egészségügyi Minisztérium nem állapított meg fizikai és hatékonysági mutatókat, hogy nyomon kövesse a beruházások eredményeit, az egészségügyi infrastruktúra alakulását, az orvosi készülékek egészségügyi létesítmények számára való biztosítását vagy a meghatározott mutatók teljesítésének mértékét. Nem végezték el a fizikai és hatékonysági mutatók rendszeres elemzését;
- o nem voltak meg az ismeretek az egészségügyi létesítményeknek a nagy teljesítményű orvostechnikai eszközökkel (CT, MRI, angiográfiás berendezések, lineáris gyorsítók) kapcsolatos aktuális helyzetére vonatkozóan;
- o az Egészségügyi Minisztérium nem tervezett be és nem végzett el olyan ellenőrzéseket, amelyek révén meggyőződhetett volna az egészségügyi infrastruktúra fejlesztésére kiutalt források felhasználásáról.

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés

89

Ajánlások

232 A román legfőbb ellenőrző intézmény a következő ajánlásokat fogalmazta meg:

- o állapítsanak meg megfelelő forrásokat a tőkekiadások/tőkeátcsoportosítások finanszírozásához, az elkülönített források hatékony felhasználása céljából;
- o hozzák létre a pénzügyi források egészségügyi egységek általi felhasználásának állandó nyomon követését, dolgozzanak ki eljárásokat, amelyek olyan kötelező keretet hoznak létre, amelyben az alárendelt egységeknek kellő időben jelentést kell tenniük a fel nem használt összegekről;
- o biztosítsák az azzal a céllal jóváhagyott beruházások és intézkedések megfelelő finanszírozását, hogy szakosodott támogatást nyújtsanak az alárendelt egységeknek;
- o vegyenek részt tartósan az egészségügyi egységek által végzett munkában, a beruházások optimális feltételek melletti, kellő időben történő megvalósítására és beüzemelésére helyezve a hangsúlyt;
- o szervezzék meg a beruházási tevékenység rendszeres ellenőrzését a megvalósítás fokának értékelése céljából;
- o hozzák létre az egészségügyi egységek beruházások finanszírozása iránti kérelmeinek tényleges nyilvántartását, amelyet információforrásként használhatnak a források kedvezményezett egységeinek kiválasztásához és a beruházások objektív kritériumok alapján történő rangsorolásához;
- o elemezzék a központosított beszerzést célzó intézkedéseket, legalább a nagy teljesítményű berendezések esetében, és dolgozzanak ki intézkedéseket a közforrások hatékony felhasználásának biztosítása céljából;
- o hozzanak létre egy fizikai és hatékonysági mutatókból álló készletet annak nyomon követéséhez, hogy hogyan fejlődnek az egészségügyi rendszer infrastruktúrái;
- o elemezzék a nagy teljesítményű számítógépes rendszer befejezésének, megvalósításának és működtetésének lehetőségeit, valamint hogy hogyan lehetne tőkét kovácsolni a beszerzett, de fel nem használt előzetes megvalósíthatósági

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés

90

tanulmányokból és megvalósíthatósági tanulmányokból, építészeti útmutatókból és technikai projektekből;

- o a felhasználási arány növelése céljából koordinálják és kövessék nyomon az egészségügyi egységeket a vissza nem térítendő források felhasználásának egész folyamata során;
- o hozzanak meg minden szükséges intézkedést, hogy megvalósítsák az előzetes feltételrendszert és felszabadítsák a 2014–2020-as regionális operatív programon keresztül nyújtott vissza nem térítendő finanszírozást;
- o tegyenek meg minden szükséges lépést az Unió által a regionális operatív programon keresztül rendelkezésre bocsátott forrásokhoz, valamint a Nemzetközi Újjáépítési és Fejlesztési Bankkal kötött kölcsönmegállapodáson keresztül kiutalt forrásokhoz való hozzáférés és azok hatékony felhasználása érdekében;
- o hozzák létre a nemzeti egészségügyi infrastruktúrák adatbázisát.

Közzététel és hasznosulásvizsgálat

233 A jelentés összefoglaló változatát a román elnökség, a kormány, a képviselőház, a szenátus, a román akadémia, az orvostudományi akadémia, a román parlament szakbizottságai, egyes minisztériumok és a Nemzeti Egészségbiztosítási Ház elé terjesztették. A jelentést összefoglalás formájában 2017 júliusában tették közzé a román számvevőszék honlapján.

234 2018 októberében egy hasznosulásvizsgálati jelentés készült, amelyben kérték az Egészségügyi Minisztériumot, hogy indítsa el a számvevőszék által kért intézkedések végrehajtásához szükséges lépéseket.

Várható hatás

235 A szükséges intézkedések végrehajtását követően elért legjobb eredmények meghatározása és a javasolt célkitűzések nem teljesüléséhez vezető okok azonosítása.

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés

91



Európai Unió

Európai Számvevőszék

A határokon átnyúló egészségügyi ellátásra irányuló uniós intézkedések: a jelentős célkitűzésekhez hatékonyabb irányításnak kell társulnia

Áttekintés

236 Az Európai Számvevőszék azt értékelte, hogy az Unió fellépései a határokon átnyúló egészségügyi ellátás terén meghozzák-e a várt előnyöket a betegek számára. Az ellenőrzés a 2008–2018-as időszakot ölelte fel.

237 A határokon átnyúló egészségügyi ellátásról szóló, 2011-ben elfogadott uniós irányelv célja biztonságos és minőségi orvosi ellátás határokon átnyúló biztosítása az Unióban, valamint az, hogy a külföldi visszatérítés a hazaival azonos feltételek mellett történjen. További célja az e-egészségügyre vonatkozó szorosabb együttműködés, a betegekre vonatkozó adatok határokon átnyúló cseréjének és a ritka betegségek egészségügyi ellátásához való hozzáférésnek a megkönnyítése az európai referenciahálózatok kialakítása révén.

238 A számvevők megvizsgálták, hogy az Európai Bizottság nyomon követte-e a határokon átnyúló egészségügyi ellátásról szóló uniós irányelv végrehajtását, és nyújtott-e iránymutatást a tagállamoknak a betegek jogaikról való tájékoztatáshoz. Emellett értékelték az egészségügyi adatok határokon átnyúló cseréje terén elért eredményeket, valamint ellenőrizték a ritka betegségekkel kapcsolatos legfontosabb uniós intézkedéseket.

Hogyan hajtották végre az ellenőrzést

239 A fő ellenőrzési kérdés a következő volt: A határokon átnyúló egészségügyi ellátás terén tett uniós intézkedések előnyökkel járnak-e a betegek számára?

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés

92

240 A Számvevőszék megvizsgálta továbbá, hogy:

- megfelelően felügyelte-e a Bizottság a határokon átnyúló egészségügyi ellátásról szóló uniós irányelv végrehajtását a tagállamokban;
- összhangban vannak-e a várakozásokkal az egészségügyi adatok határokon átnyúló cseréje terén eddig elért eredmények;
- a ritka betegségekkel kapcsolatos uniós fellépések hozzáadott értéket jelentenek-e a tagállamok arra irányuló erőfeszítéseihöz, hogy megkönnyítsék a betegek hozzáférését az egészségügyi ellátáshoz.

A fő ellenőrzött szerv az Európai Bizottság volt.

241 A módszertan a Bizottság képviselőivel és öt, az irányelv végrehajtásáért felelős tagállami hatósággal (Dánia, Hollandia, Litvánia, Olaszország és Svédország) készített interjúkat foglalt magában. Felmérés készült továbbá a határokon átnyúló egészségügyi ellátással foglalkozó szakértői csoport valamennyi tagállamot képviselő tagjaival és az egészségügyi hálózat képviselőinek körében. Ezenfelül a Számvevőszék uniós finanszírozású projekteket vizsgált meg és szakértőkkel konzultált.

A főbb észrevételek

242 A Számvevőszék a következő észrevételeket tette:

A határokon átnyúló egészségügyi ellátásról szóló uniós irányelv végrehajtása

- A Bizottság megfelelően nyomon követte az irányelv nemzeti jogba való átültetését és tagállamok általi végrehajtását.
- A Bizottság emellett támogatta a tagállamokat a betegek határokon átnyúló egészségügyi ellátáshoz való jogaira vonatkozó tájékoztatás javításában, noha továbbra is fennállnak bizonyos hiányosságok.

Az egészségügyi adatok határokon átnyúló cseréje

- A Bizottság nem értékelte megfelelően sem a potenciális felhasználók számát, sem az egészségügyi adatok határokon átnyúló cseréjének költséghatékonyságát.

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés

93

- Az egészségügyi adatok határokon átnyúló cseréjének mennyiségével kapcsolatos előrejelzések túlzottan optimistának bizonyultak. Az ellenőrzés időpontjában (2018 novemberében) a tagállamok éppen csak megkezdték a betegek egészségügyi adatainak elektronikus cseréjét.

Az európai referenciahálózatok

- A ritka betegségekkel foglalkozó európai referenciahálózatok nagyratörő újítást jelentenek, amely széles körben élvezi az orvosok, az egészségügyi szolgáltatók és a betegek támogatását.
- Az európai referenciahálózatok létrehozásának folyamatát azonban hiányosságok jellemezték, és a hálózatok pénzügyi fenntarthatóságukat illetően jelentős kihívásokkal néznek szembe.

Ajánlások

243 A Számvevőszék javasolja, hogy a Bizottság:

- nyújtson több támogatást a nemzeti kapcsolattartó pontoknak, hogy azok jobb tájékoztatást nyújtsanak a betegek határokon átnyúló egészségügyi ellátáshoz való jogáról;
- készüljön fel jobban az egészségügyi adatok határokon átnyúló cseréjére;
- javítsa az európai referenciahálózatoknak nyújtott támogatást és e hálózatok irányítását, megkönnyítve ezzel a ritka betegségekben szenvedő betegek egészségügyi ellátáshoz való hozzáférését.

Közzététel és hasznosulásvizsgálat

244 Különjelentéseit a Számvevőszék bemutatja az Európai Parlamentnek és az Európai Unió Tanácsának, valamint az egyéb érdekelt feleknek, többek között a nemzeti parlamenteknek, ágazati szereplőknek és a civil társadalom képviselőinek.

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés

94

245 A jelentést 2019. június 4-én tették közzé a Számvevőszék honlapján, az Unió 23 nyelvén, egy sajtóközlemény kíséretében.

246 A jelentés hasznosulásvizsgálatát a Számvevőszék standard eljárásként a közzétételt követően három évvel végzi majd el.

Várható hatás

247 A Számvevőszék a következő hatásra számít:

- o világosabb tájékoztatás az uniós betegek számára a határokon átnyúló egészségügyi ellátáshoz való jogukról;
- o tájékoztatás nyújtása a ritka betegségekkel foglalkozó európai referenciahálózatokról a nemzeti kapcsolattartó pontok honlapjain;
- o annak értékelése, hogy milyen és mennyire költséghatékony az egészségügyi adatok határokon átnyúló cseréje, valamint hogy e cserék érdemi információkkal szolgálnak-e a nemzeti egészségügyi rendszerek számára;
- o a ritka betegségek terén és a határokon átnyúló egészségügyi ellátás területén történő uniós fellépések megkönnyítik a ritka betegségben szenvedő betegek gyorsabb diagnózishoz és megfelelő kezeléshez való hozzájutását;
- o a ritka betegségekre vonatkozó uniós stratégia eredményeinek értékelése;
- o az európai referenciahálózatok fenntarthatóságának biztosítása, a hálózatok bármely jövőbeli uniós finanszírozását egy egyszerűbb struktúra keretében fogják irányítani, és így csökkenni fog az adminisztratív teher.

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

95

Az egészségügyi szolgáltatások minősége

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Az egészségügyi szolgáltatás minősége

96



Ausztria Rechnungshof

Minősegbiztosítás a független orvosok számára

Áttekintés

248 Az osztrák legfőbb ellenőrző intézmény ellenőrzésének célja a saját praxissal rendelkező orvosok tekintetében a szövetségi kormány által végzett minősegbiztosítás szervezésének, kiválasztott tárgyainak és átláthatóságának értékelése volt. Az ellenőrzés a 2013–2016-os időszakot ölelte fel.

Hogyan hajtották végre az ellenőrzést

249 Az értékelés elsősorban a következő elemekre irányult:

- o a minősegbiztosítás jogi és technikai alapja, beleértve a minősegbiztosítás céljait és előnyeit;
- o a minősegbiztosítás szervezése, beleértve a szereplőket, a struktúrákat és a tevékenységeket;
- o a minősegbiztosításhoz használt pénzügyi források és humán erőforrások értékelése;
- o a minősegbiztosítás kiválasztott prioritásainak értékelése – minősegbiztosítási eljárások, minőségyrányítási rendszerek és minőségy mérési projektek a járóbeteg-ellátás szintjén;
- o a minősegbiztosítással kapcsolatos beszámolás.

250 A fő ellenőrzött szerv az Egészségügy és Nőgygy Miniszterium (az ellenőrzés idején: Egészségügy Miniszterium), az Osztrák Egészségügy Kamara és az Osztrák Gyógyászati Minősegbiztosítási és Minőségyrányítási Társaság (ÖQMed) volt.

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Az egészségügyi szolgáltatás minősége

97

251 Az ellenőrzési módszertan osztrák és nemzetközi tanulmányok értékelését, a fő ellenőrzött szervek személyzetével készített interjúkat és az összegyűjtött bizonyítékok, ezen belül annak elemzését foglalta magában, hogy megvalósították-e és ha igen, hogyan valósították meg a célokat.

A főbb észrevételek

252 2005, azaz az egészségügy minőségéről szóló törvény hatálybalépése és 2012 között a Szövetségi Egészségügyi Minisztérium a saját praxissal rendelkező orvosok számára három minőségre vonatkozó iránymutatás-készletet tett közzé. Mivel ezek csak korlátozott időn át voltak érvényesek, és a minisztérium nem biztosította kellő időben a további szabályozást, 2017-ben ezek közül már legalább kettő nem volt érvényben.

253 A 2013. évi egészségügyi reform részeként született az a döntés, hogy a saját praxissal rendelkező orvosok esetében bevezetik a kezelések (output) minőségének mérését. A járóbeteg-ellátás ágazatában azonban azóta sem dolgozták ki és nem vezették be a kezelés minőségének egységes mérését. Ezért még mindig nincs olyan független szövetségi platform, ahol a betegek tájékozódhatnak a kezelések minőségéről.

254 Továbbá, az osztrák legfőbb ellenőrző intézmény megállapította, hogy a szövetségi kormány, a tartományok és a társadalombiztosítási intézmények nem vezették be a diagnózis és a teljesítmény egységes dokumentálását a járóbetegek szintjén, annak ellenére, hogy erről már a 2005. évi egészségügyi reform részeként megállapodás született, és ennek technikai megvalósíthatóságát egy kísérleti projekt is megerősítette.

255 Noha a minőségbiztosítási feladatok közérdekűek, a szövetségi kormány ezeket az Osztrák Orvosi Kamarára bízta, amelynek fő célja az orvosok szakmai, társadalmi és gazdasági érdekeinek a védelme. E háttérre tekintettel a minőségbiztosítási feladatokat az Osztrák Orvosi Kamara részéről a gyakorlatban az ÖQMed végezte el. Mivel azonban az ÖQMed a kamara leányvállalata, azzal szoros szervezeti és költségvetési kapcsolatok fűzik össze.

256 Az orvosokról szóló törvény szerint az orvosoknak ötévente értékelniük kell a rendelőjükben kínált szolgáltatások minőségét. Az értékelés az ÖQMed által biztosított

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Az egészségügyi szolgáltatás minősége

98

önértékelő kérdőívek kitöltéséből állt. A kérdésekre adható válaszok az „igen”, „nem” és a „nem alkalmazandó” lehetőségekre korlátozódtak. A kérdőív kialakítása és tartalma a pozitív válaszok megadását ösztönözte.

257 A 2012 és 2016 között a kérdőívet kitöltő orvosok 97%-a kijelentette, hogy maradéktalanul eleget tett a kérdőívben vizsgált kritériumoknak. Az önértékelés ÖQMed által végzett hitelességi ellenőrzései azonban, amelyeket a véletlenszerűen kiválasztott rendelők mintáján végeztek el, azt tárták fel, hogy a rendelők körülbelül 18%-a legalább egy kritériumnak nem felelt meg. Az ÖQMed általi felülvizsgálat esélye azonban mindössze 7% volt; egy rendelő statisztikailag csupán minden 70. évben került be a mintába.

Ajánlások

258 Az osztrák legfőbb ellenőrző intézmény a következő észrevételeket tette:

A Szövetségi Egészségügyi Minisztérium:

- mielőbb dolgozzon ki minőségi szabványokat kötelező kritériumokkal és/vagy rendelkezésekkel, és ily módon biztosítsa az egészségügyi minőségi törvényben a jogalkotó szerv által kitűzött célok végrehajtását;
- az érvénytelen szövetségi minőségi iránymutatások helyett készítsen új szabályozást. A jövőben a minőségi szabványok közzétételekor világossá kell tenni, hogy azok kötelezőek vagy csak ajánlottak-e;
- biztosítson az eredményt ellenőrző bizottság számára egy állásfoglalásra irányuló javaslatot az országos szintű ellátási programok rangsorolása és további végrehajtása tekintetében, amelyet mihamarabb ki kell dolgozni és végre kell hajtani;
- törekedjen az egészségügyi rendszer szervezéséről és finanszírozásáról szóló, a szövetségi alkotmányjogi törvény 15a. cikke szerinti megállapodásban meghatározott kimeneti minőségmérés járóbetegek szintjén történő mérésének végrehajtására; ez alapuljon a 2017–2021-es kimeneti ellenőrzési időszakon belül egyeztetett koncepción;
- mielőbb állapítsa meg a járóbetegek diagnosztizálásának jogi alapon nyugvó dokumentálását;

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Az egészségügyi szolgáltatás minősége

99

- o dolgozzon ki forgatókönyveket egy pénzügyi és szervezeti szempontból független minőségbiztosítási intézet létrehozására vonatkozóan;
- o a jövőbeli minőségi jelentésekben a saját praxissal rendelkező orvosok önértékelése és a minőségbiztosításért felelős intézmény hitelességi ellenőrzése szerinti meg nem felelési rátákat elkülönítve jellemezze és hasonlítsa össze. Továbbá, az eltéréseket értékelje, és hozzon intézkedéseket (pl. tájékoztató és tanácsadó szolgáltatások) azt megelőzendő, hogy az önértékelés során valótlan nyilatkozatokat tegyenek;

A Szövetségi Egészségügyi Minisztérium és az Osztrák Orvosi Kamara:

- o tegye az önértékelő kérdőívben megadott válaszlehetőségeket semlegessé;
- o mérlegelje, hogy milyen lehetőségek kínálóznak a hitelességi ellenőrzések számának emelésére. A rendelők szükséges minőségének garantálása érdekében, illetve az új rendelőt létesítő orvosok számára nyújtott tanácsadó szolgáltatásként kötelezővé lehetne tenni a hitelességi ellenőrzést. A pótlólagos költségeket az érintettektől beszedett díjból lehetne finanszírozni.

Közzététel és hasznosulásvizsgálat

259 A jelentést 2018 júliusában küldték meg az osztrák parlamentnek, az egészségügyi miniszternek és az osztrák kancellárnak, és ugyanezen a napon tették közzé az osztrák számvevőszék honlapján. 2018 novemberében ismertették az osztrák parlament Államháztartási Bizottságával, majd 2019 januárjában megvitatták az osztrák parlamentben. Az osztrák számvevőszék 2019-ben kíván vizsgálni az ajánlások végrehajtásának helyzetével kapcsolatban, és ennek eredményeit 2019 végén teszi közzé a honlapján. E vizsgálat eredményeitől függően utóellenőrzésre kerülhet sor helyszíni ellenőrzésekkel, amelyet egy külön jelentés rögzít majd.

Várható hatás

260 Az ellenőrzés az elvégzett tevékenységek megvizsgálása és eredményességük értékelése révén várhatóan hozzá fog járulni a kezelések minőségének irányításához. Az időzítés szempontjából az ellenőrzési eredmények szervezeti és eljárási változtatásokat

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Az egészségügyi szolgáltatás minősége

100

ösztönözhetnek, és a költségvetési megszorítás időszakában hozzájárulhatnak a források megfelelő célzásához és rangsoroláshoz.

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Az egészségügyi szolgáltatás minősége

101



Dánia Rigsrevisionen

Jelentés az ellátás minőségének eltéréseiről a dán
kórházak körében

Áttekintés

261 A dán legfőbb ellenőrző intézmény ellenőrzésének célja a dán kórházak körében az ellátás minősége terén tapasztalható potenciális különbségek felmérése volt. Az ellenőrzés a 2007–2016-os időszakot ölelte fel.

262 A dán egészségügyi törvény kimondja, hogy minden betegnek könnyen és egyenlően jó minőségű ellátáshoz kell hozzáférnie. Az Egészségügyi Minisztérium és a régiók különféle kezdeményezések révén foglalkoztak az ellátás minősége terén mutatkozó földrajzi különbségekkel. Az ellátás minőségére vonatkozó adatokat 2012 óta a Dán Klinikai Nyilvántartás (RKKP) kíséri figyelemmel. Az RKKP nyomon követi, hogy a betegek olyan ellátást kapnak-e, amely összhangban van a klinikai gyakorlatra vonatkozó iránymutatásokkal. Ennek során az RKKP ismereteket gyűjt a régiókban nyújtott ellátás minőségéről és a régiók és kórházak közötti különbségekről.

Hogyan hajtották végre az ellenőrzést

263 Az ellenőrzés a következő négy gyakori betegséget a középpontba állítva vizsgálta az ellátás minőségét és a különbségeket: szívelégtelenség, krónikus obstruktív légúti betegség (COPD), agyvérzés és csípőtörések. Azért választották éppen e betegségeket a tanulmányhoz, mivel nagy számú beteget érintenek, és ezeket az ország legtöbb kórházában kezelik. Az ellenőrzés a következő kérdésekre kereste a választ:

- Létrehoztak-e az Egészségügyi Minisztérium és a régiók olyan kereteket, amelyek megfelelően biztosítják, hogy minden beteg egyenlően hozzáférjen a jó minőségű kórházi ellátáshoz, és lehetővé teszik a régiók és a kórházak számára az ellátás

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Az egészségügyi szolgáltatás minősége

102

minőségében a kórházak között fennálló különbségek feltárását és az indokolatlan eltérések csökkentését?

- Fennállnak-e indokolatlan különbségek azzal kapcsolatban, hogy a szívelégtelenség, COPD, agyvérzés vagy csípőtörés által érintett betegek számára a kórházakban nyújtott ellátás milyen mértékben felel meg az összes releváns folyamatmutatónak (az ellátásra vonatkozó minőségi mutatók)?

264 A fő ellenőrzött szerv a dán Egészségügyi Minisztérium és az öt dán régió volt. (Az egészségügyi szolgáltatások a dán régiók fő feladatai közé tartoznak.)

265 Az ellenőrzést dokumentum alapú ellenőrzésekre, interjúkra és nyilvántartásokon alapuló elemzésekre támaszkodva végezték el.

A főbb észrevételek

266 A *Rigsrevisionen* a következő észrevételeket tette:

- A legfőbb ellenőrző intézmény elemzéséből az derült ki, hogy jelentős számú szívelégtelenség, agyvérzés vagy csípőtörés által érintett beteg nem kapja meg teljes mértékben az ajánlott ellátási programot. Ezenfelül az elemzés mind a négy betegség területén az ellátás minőségének nem egységes voltát tárta fel. Az eltéréseket nem lehetett a körülményeken vagy a betegek saját szükségletein és kívánságain alapuló lelkiismeretes szakmai döntésekkel megmagyarázni.
- Az elemzés arra is rámutatott, hogy az ellátás terén mutatkozó különbségek a betegek újbóli kórházba kerülésének és halálának későbbi kockázatát is érintik. A nyilvántartásokon alapuló elemzés alapján az is kiderül, hogy az újbóli kórházba kerüléssel és a halállal kapcsolatos eltérések többsége a kórház ellenőrzésén kívül eső tényezőkre volt visszavezethető.
- A nyilvántartásokon alapuló elemzés rávilágított továbbá, hogy a legrosszabb kilátásokkal rendelkező betegeknek nyújtott ellátás kevésbé felelt meg az összes releváns folyamatmutatónak (az ellátásra vonatkozó minőségi mutatók), mint a legjobb kilátásokkal rendelkező betegeknek nyújtott ellátás. Ez mind a négy betegségterületre érvényes volt.

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Az egészségügyi szolgáltatás minősége

103

- o A nyilvántartásokon alapuló elemzés tehát azt jelezte, hogy a legrosszabb kilátásokkal rendelkező betegek körében a négy betegségből három esetében az ellátás minőségében fennálló különbségek potenciálisan hatással lehetnek az újbóli kórházba kerülés vagy a halál későbbi kockázatára.
- o A tanulmány azt mutatta, hogy a Minisztérium és a régiók nyomon követték a kórházakban nyújtott ellátás minőségében fennálló regionális különbségeket és ezek okait. A minőségbiztosítást azonban nem szervezték meg és nem követték nyomon, külön hangsúlyt helyezve arra, hogy a hasonló ellátást igénylő, de eltérő körülményekkel rendelkező betegek ugyanolyan jó minőségű ellátásban részesültek-e. Ez azt jelentette, hogy a Minisztérium és a régiók semmilyen adattal nem rendelkeztek a különböző körülményekkel rendelkező betegeknek nyújtott ellátás minőségében fennálló különbségekre vonatkozóan, és azt sem tudták, milyen hatással lehet a potenciális különbség a beteg újbóli kórházba kerülésének vagy elhalálozásának kockázatára nézve.

Ajánlások

267 A *Rigsrevisionen* azt ajánlotta, hogy az Egészségügyi Minisztérium és a régiók értékeljék rendszeresen, hogy az összes releváns folyamatmutatóval összhangban lévő ellátás nyújtásának az elmulasztása csak bizonyos jellemzőkkel rendelkező betegeket érint-e. Ezek az információk alapként szolgálhatnának az ilyen típusú betegeknek nyújtott ellátás minőségének javítását célzó lépésekhez, és ily módon támogathatnák a Minisztériumnak és a régióknak azt a célkitűzését, hogy valamennyi beteg egységesen jó minőségű ellátásban részesüljön.

Közzététel és hasznosulásvizsgálat

268 A jelentést az Államháztartási Bizottság elé terjesztették, amely kiegészítette azt saját megjegyzéseivel, mielőtt választ kértek volna az egészségügyi minisztertől.

269 A jelentés az interneten szabadon hozzáférhető, és az újságírók kérdéseket tehetnek fel az Államháztartási Bizottságnak.

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Az egészségügyi szolgáltatás minősége

104

270 Mivel a jelentés viszonylag új (2019. január), a *Rigsrevisionen* még vár a miniszter nyilatkozatára, és a továbbiakban is szorosan figyelni fogja a jelentés ajánlásainak hasznosulását, amíg kielégítő intézkedéseket nem hajtanak végre.

Várható hatás

271 A jelentés hatásának megállapítása még korai lenne.

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Az egészségügyi szolgáltatás minősége

105



Oifig an Ard-Reachtair Cuntas agus Ciste
Office of the Comptroller and Auditor General



Írország

Office of the Comptroller and Auditor General

Az elektív egynapos sebészeti ellátások lebonyolítása

Áttekintés

272 Az ír legfőbb ellenőrző intézmény ellenőrzése azt mérte fel, hogy milyen előrehaladás történt a kezelések fekvőbeteg-ellátás helyett egynapos sebészeti beavatkozás keretében történő nyújtására való átállás terén. A jelentés az átállást megkönnyítő vagy gátló tényezők feltárására és annak értékelésére törekedett, hogy van-e lehetőség az egynapos sebészet alkalmazásának kiterjesztésére. A jelentés az Írországbán a 2006–2012-es időszakban az akut ellátást nyújtó közkórházakban végzett egynapos sebészeti tevékenységeket ölelte fel.

Hogyan hajtották végre az ellenőrzést

273 Az ellenőrzés a következő fő kérdésre kereste a választ: Van-e lehetőség a fekvőbeteg-ellátás keretében kezelt esetek számának csökkentésére annak biztosításával, hogy – amennyiben orvosi szempontból helyénvaló – ezeket az eseteket egynapos esetként kezeljék?

274 E fő kérdés keretében az ellenőrzés a következőket mérlegelte:

- az Egészségügyi Igazgatóság (HSE) elemezte-e a kórházak közötti eltérések okait, hogy feltárja a javítás lehetőségeit;
- feltárták és kezelték-e az egynapos sebészeti beavatkozások arányának javítása előtt álló akadályokat;
- a kórházak/HSE folyamatai megkönnyítik-e az információk megosztását a helyes gyakorlatokra vonatkozó elképzelések megszerzése érdekében.

A fő ellenőrzött szerv a HSE és az Egészségügyi Minisztérium volt.

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Az egészségügyi szolgáltatás minősége

106

Az értékelés főként az egynapos sebészeti adatok gyűjtésén, a kulcsfontosságú munkatársakkal készített interjúkon és az Egészségügyi Igazgatósághoz tartozó összes akut ellátást nyújtó közkórház körében végzett felmérésen alapult. Az értékelést két egyesült királysági orvostanácsadóval (egy aneszteziológussal és egy idegsebésszel) együttműködésben végezték el.

A főbb észrevételek

275 Az ír legfőbb ellenőrző intézmény a következő észrevételeket tette:

- 2006 és 2012 között állandóan nőtt az egynapos sebészet keretében végrehajtott bejelentett elektív sebészeti beavatkozások aránya. Az akut ellátást nyújtó közkórházakban elvégzett tervezett sebészeti eljárások mennyisége 26%-kal nőtt, és ugyanezen időszakban az egynapos sebészet keretében elvégzett ilyen eljárások aránya 55%-ról 69%-ra emelkedett.
- A teljesítményt illetően jelentős eltérések mutatkoztak a kórházak körében, jelezve, hogy egyes kórházakban még mindig tág tér nyílik az egynapos ellátás arányának növelésére.
- Az akut ellátást nyújtó kórházakban végrehajtott „nem célzott” elektív egynapos sebészeti beavatkozások mennyisége anélkül nőtt 2006 és 2012 között, hogy ennek megfelelően változott volna a fekvőbeteg-ellátás keretében elvégzett „nem célzott” eljárások száma. Ez azt jelentheti, hogy nő a kórházi felvétel mellett elvégzett kisebb sebészeti beavatkozások száma.
- Az orvosok által annak eldöntése során használt kritériumok, hogy egy beteget egynapos sebészeti beavatkozásra vagy fekvőbeteg-ellátásra vegyenek-e fel, az írott protokollok és ellenőrzőlisták hiánya miatt nem feltétlenül világosak és következetesek. A vezetés számára nem feltétlenül lehetséges annak értékelése, hogy egyes betegeket miért nem ítélték alkalmasnak az egynapos sebészeti beavatkozásra.
- Mivel az egynapos sebészeti beavatkozásra nem alkalmasnak ítélt betegek számát a felső vezetés nem kíséri figyelemmel, illetve nem vizsgálja felül, a kórházak nehezen tudják feltárni, ha egyes orvosok vagy szakterületek esetében alacsony az egynapos sebészeti beavatkozások aránya, és kivizsgálni ennek okait.

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Az egészségügyi szolgáltatás minősége

107

- A kórházak jelentős hányadában nem végeznek rutinszerűen műtét előtti felmérést, annak ellenére, hogy ez fontos lenne azon tényezők feltárásához, amelyek miatt az egynapos sebészeti beavatkozás egyes betegek esetében nem helyénvaló. A felmérésben részt vevő kórházak kevesebb mint fele követi figyelemmel a tervezett egynapos sebészeti beavatkozások törlésének arányát.
- Az ápolók mindössze a kórházból való elbocsátások körülbelül 50%-áért felelősek, noha a megfelelően képzett ápolók igénybevétele csökkenthetné az orvosok egyes terheit. Az egynapos sebészeti beavatkozásokon átesett betegek távozáskor kevés írásbeli információt kapnak.

Ajánlások

276 Az ír legfőbb ellenőrző intézmény a következő észrevételeket tette:

- A HSE kísérelje figyelemmel az ambuláns sebészeti beavatkozások kórházankénti, eljárásonkénti és szakterületenkénti szintjét, hogy meg tudja állapítani, hogy az egynapos beavatkozások száma a nagy mennyiségben végzett eljárások esetében hol alacsony, és a teljesítmény e területeken való javítására tudja az erőfeszítéseket összpontosítani. A kórházak határozzanak meg minden orvos tekintetében konkrét célértékeket az egynapos sebészeti beavatkozások arányára vonatkozóan. A kórházi orvosok sebészeti teljesítményértékelései felülvizsgálatának ki kell terjednie az egynapos sebészeti beavatkozások arányainak mérlegelésére is.
- Az elektív eljárások esetében az egynapos sebészeti beavatkozások arányának optimalizálása érdekében a HSE határozzon meg külön megfelelő célértékeket az egyes sebészeti eljárások tekintetében. Az egyes eljárások tekintetében meghatározott egynapos beavatkozási célértékeknek összességében a legjobban teljesítő kórházak teljesítményén kell alapulniuk, a máris a legjobb teljesítményt nyújtók közé tartozó kórházak számára pedig ambiciózusabb célok szabhatók meg.
- Annak biztosítása érdekében, hogy a kórházak valamennyi elektív sebészeti beavatkozás esetében figyelmet fordítsanak az egynapos sebészeti beavatkozások arányának növelésére, a HSE növelje azoknak az eljárásoknak a számát, amelyek esetében az egynapos beavatkozások arányára vonatkozó célértéket szab meg.

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Az egészségügyi szolgáltatás minősége

108

- A HSE kísérje figyelemmel a jelenleg egynapos sebészeti esetként osztályozott eseteket ezzel biztosítva, hogy az összes kórház a legmegfelelőbb és a leggazdaságosabb megvalósítási mód felé irányítsa a sebészeti eseteket.
- Minden kórház vezessen be helyi megállapodáson alapuló protokollokat és ellenőrzőlistákat, amelyek világosan meghatározzák az egynapos sebészeti beavatkozásra alkalmas betegek kiválasztásakor a kórházi orvosok által alkalmazandó kritériumokat. A HSE felügyelje ezt a folyamatot, biztosítva, hogy a kórházak körében egységes megközelítés érvényesüljön.
- Azon területek feltárása érdekében, amelyeken alacsony az egynapos sebészeti beavatkozások aránya, a kórházi vezetés kísérje figyelemmel, hogy hogyan alakul az egynapos sebészeti beavatkozások aránya az egyes kórházi orvosok és az egyes szakterületek esetében. A HSE kérjen megerősítést a kórházaktól arra vonatkozóan, hogy az érintett kórházi csoportokkal rutinszerűen megvitatják az egynapos sebészeti beavatkozások alacsony arányát.
- A kórházak biztosítsák a műtét előtti értékelési eljárások bevezetését az egynapos sebészeti beavatkozásra nem alkalmas betegek előzetes azonosítása érdekében.
- A kórházak gondoskodjanak róla, hogy elbocsátáskor megfelelő írásbeli tájékoztatás álljon az egynapos beavatkozáson átesett betegek rendelkezésére. Az írásbeli információk legyenek világosak, teljes körűek, és álljanak rendelkezésre a releváns nyelveken. A HSE segítse a kórházakat e tájékoztatás biztosításában.
- A betegek elbocsátásra való alkalmasságának értékelését ideális esetben az ápolóknak kell végezniük, a meghatározott kritériumok alkalmazásával.

Közzététel és hasznosulásvizsgálat

277 A jelentést ismertették a Dáil Éireann (az ír parlament) Államháztartási Bizottságával, és 2014. augusztus 19-én közzétették az ír számvevőszék (Office of the Comptroller and Auditor General of Ireland) honlapján. A közzétételre egy sajtóközlemény kíséretében került sor. A HSE vállalta, hogy végrehajtja az ellenőrzés kapcsán megfogalmazott ajánlásokat. A jövő dönti el, hogy ez milyen hatással lesz az elektív sebészeti beavatkozások hatékonyságára és költségére, illetve a betegeknek nyújtott szolgáltatás minőségére.

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Az egészségügyi szolgáltatás minősége

109

Várható hatás

278 Lehetőségek megnyílása a HSE számára arra, hogy az elektív egynapos sebészeti beavatkozások elvégzésével operatív és költséghatékonyságot érjen el.

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

110

Új technológiák és e-egészségügy



Bulgária
Сметна палата на Република
България
E-egészségügy

Áttekintés

279 A bolgár legfőbb ellenőrző intézmény azt értékelte, hogy eredményes volt-e Bulgáriában az e-egészségügy fejlesztése. Az ellenőrzés a 2012. január 1-jétől 2016. június 30-ig tartó időszakra terjedt ki.

280 Bulgária 2006-ban kezdte meg az e-egészségügy bevezetését, és azt a kormány stratégiáiban és terveiben prioritásként említik. 2016-ig még nem került bevezetésre olyan megfelelő egészségügyi információs rendszer, amely (1) biztosítja a döntéshozatali folyamatokhoz szükséges információkat, és (2) lehetővé teszi az egészségügyi adatok határokon átnyúló cseréjét.

Hogyan hajtották végre az ellenőrzést

281 A fő ellenőrzési kérdés a következő volt: „Eredményesen kialakították-e Bulgáriában az e-egészségügyet?”

282 E fő kérdést felbontva a legfőbb ellenőrző intézmény a következő két alkérdést vizsgálta meg:

- o Megteremtették-e az e-egészségügy bevezetéséhez és fejlesztéséhez szükséges előfeltételeket?
- o Sikerült-e elérni az e-egészségügy kiépítésének és fejlesztésének céljait?

283 A részt vevő fő ellenőrzött szervek az Egészségügyi Minisztérium, a Nemzeti Egészségbiztosítási Alap (NHIF) és a Nemzeti Közegészségügyi és Elemzési Központ (NCPHA) voltak.

284 Az ellenőrzés célkitűzéseinek elérésére az adatgyűjtés és elemzés szabványos módszereit – többek között dokumentumok áttekintése, interjúk készítése az Egészségügyi Minisztérium, a Nemzeti Egészségbiztosítási Alap és a Nemzeti Közegészségügyi és Elemzési Központ tisztségviselőivel, esettanulmányok – használták.

285 Az elektronikus egészségügyi dokumentációk pontosságát és teljességét a „próbavásárlás” módszerével értékelték. A bolgár legfőbb ellenőrző intézmény külön intézkedéseket tett a résztvevők személyes adatainak védelme érdekében. A polgárok elégedettségét és tudatosságát egy szakosodott ügynökség által lebonyolított közvélemény-kutatásokkal mérték.

A főbb észrevételek

286 Az e-egészségügy eredményes megvalósításához szükséges előfeltételek megteremtése nem történt meg:

- hiányzott az e-egészségügy és az azt alkotó elemek szabályozási kerete;
- az Egészségügyi Minisztérium, a Nemzeti Közegészségügyi és Elemzési Központ és a Nemzeti Egészségbiztosítási Alap szintjén hiányosságok mutatkoztak a stratégiai célkitűzések, intézkedések és tevékenységek operatív tervezése és elosztása terén;
- az e-egészségügy kiépítése mind a felső vezetői szintet, mind a szakértők szintjét tekintve nagyon gyakori strukturális és személyzeti változások közepette folyt, ami igen kedvezőtlenül hatott a folyamat nyomon követhetőségére és a célok elérésére;
- az e-egészségügy bevezetésével kapcsolatos felelősségek elosztása nem volt kellően átfogó, illetve megfelelő;
- nem hoztak létre a fellépések, projektek és közbeszerzés intézmények közötti koordinálására és harmonizálására szolgáló eredményes rendszert, ami a közforrások

nem hatékony kiadásához, a stratégiai prioritások elérése terén pedig késedelmekhez vezetett.

287 Az ellenőrzött időszak alatt késedelmet szenvedett Bulgáriában az e-egészségügy létrehozása, és az intézmények intézkedéseit eredménytelennek lehet minősíteni, a következők miatt:

- A rendszer kiépítését nem alapozta meg világos koncepció vagy a szükséges pénzügyi forrásokra vonatkozó terv; a különböző funkciók és projektek a különböző intézmények között párhuzamosan működtek stb.
- 2016. június 30-ig nem dolgoztak ki és nem hagytak jóvá olyan nemzeti egészségügyi információs szabványokat vagy egészségügyi dokumentációkat, amelyek lehetővé tették volna az orvosi és egészségre vonatkozó információk elektronikus feldolgozását és cseréjét.
- Nem állt rendelkezésre megfelelő integrált egészségügyi információs rendszer.
- Az egészségügyi információs rendszereket és nyilvántartásokat nem integrálták, és nem valósították meg közöttük a valós idejű adatcserét.
- Csaknem 10 évvel azután, hogy stratégiai prioritásnak nyilvánították az elektronikus beutalók, elektronikus vények és más valós idejű adatmegosztó szoftverek igényét, ezeket kifejlesztése még mindig nem történt meg.
- 2016. június 30-ig nem hoztak létre teljes körű elektronikus egészségügyi dokumentációt, amely biztosítaná a polgárok és az egészségügyi szakemberek számára a diagnózis, a kezelés és a rehabilitáció folyamatában a megfelelő döntések meghozásához szükséges információkat.
- Az ellenőrzött időszak végéig nem létezett működőképes nemzeti egészségügyi portál, amelyet az elektronikus egészségügyi szolgáltatásokhoz való egységes hozzáférési pontként használhattak volna, és amely fontos információkat adott volna többek között a megelőzésről vagy az egészségügyi felvilágosításról.
- A reprezentatív országos felmérés eredményei megerősítették, hogy az e-egészségügy megvalósítását célzó intézkedések nem voltak eredményesek.

Ajánlások

288 Az egészségügyi miniszter számára húsz ajánlást fogalmaztak meg, a következők javítása érdekében:

- o a szabályozási keret és a felelősségek szabályozása;
- o az intézkedések tervezésére és végrehajtására szolgáló általános szervezeti felépítés;
- o a végrehajtás összehangolására, nyomon követésére és ellenőrzésére szolgáló rendszer.

289 A Nemzeti Egészségbiztosítási Alap vezetője számára hét ajánlást fogalmaztak meg az automatikus valós idejű adatcserével és az információs rendszerek javításával kapcsolatban.

Közzététel és hasznosulásvizsgálat

290 A jelentést a bolgár parlament Költségvetési és Pénzügyi Bizottsága, valamint Egészségügyi Bizottsága elé terjesztették, és 2017. július 28-án elektronikusan közzétették a legfőbb ellenőrző intézmény honlapján. A közzétételre egy sajtóközlemény kíséretében került sor.

291 Az ellenőrzési jelentést széles körben ismertették különböző bolgár médiacsatornák útján is: újságokban, a bolgár nemzeti rádióban, a bolgár nemzeti televízióban, hírügynökségeknél és az elektronikus médiában.

292 A jelentés hasznosulásvizsgálatára a szokásos eljárással összhangban az ajánlások végrehajtására adott határidő után kerül majd sor.

Várható hatás

293 Az e-egészségügy végrehajtása összetett és költséges folyamat. Ezt figyelembe véve az ellenőrzés várható hatása a következő:

- o a szabályozási környezet javulása;

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban Új technológiák és e-egészségügy

115

- o világos koncepció kidolgozása az e-egészségügy kiépítésére vonatkozóan, valamennyi érdekelt fél részvételével;
- o jobb koordináció, hogy megszűnjön a közforrások nem hatékony kiadásának kockázata;
- o sürgős intézkedések az érintett intézmények részéről a kulcsfontosságú intézkedések – így az e-egészségügyi nyilvántartások, az elektronikus vények, az elektronikus beutalók, a nemzeti egészségügyi portál és a nemzeti egészségügyi információs rendszer – megvalósítása érdekében.



Észtország
Riigikontroll

Állami tevékenységek az e-egészségügyi rendszer
bevezetése során

Áttekintés

294 Ellenőrzésének keretében az észt legfőbb ellenőrző intézmény a nemzeti e-egészségügyi információs rendszer végrehajtását értékelte.

295 Az e-egészségügyre vonatkozó első tervek 2004-ben készültek Észtországban. Az észt egészségügyi információs rendszer 2005–2008-ra szóló fejlesztési tervét 2005-ben hagyta jóvá a kormány. 2005 novemberében létrehozták az Észt E-egészségügyi Alapítványt. Noha az egészségügyi információs rendszernek 2013-tól teljes mértékben működőképesnek kellett volna lennie, az elektronikus egészségügyi dokumentációt (a központi egészségügyi adatbázist) csak részben valósították meg, az egészségügyi szolgáltatók (az e-egészségügyi szolgáltatások fő felhasználóiként) elégedetlenek voltak a rendszerrel, és az eredetileg tervezetthez képest több pénzre volt szükség.

296 Az ellenőrzött időszak 2005-től 2012-ig tartott, és az Észt E-egészségügyi Alapítvány létrehozása óta végzett összes tevékenységet felölelte.

Hogyan hajtották végre az ellenőrzést

297 A fő ellenőrzési kérdések a következők voltak:

- (1) Megfelel-e az e-egészségügyi információs rendszer a célkitűzéseknek, és azt terv szerint valósították-e meg? Ha nem, mi volt ennek az oka?
- (2) A jelenlegi e-egészségügyi rendszer előfeltételei lehetővé teszik-e, hogy az a jövőben megfeleljen a céljainak?

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Új technológiák és e-egészségügy

117

298 A fő ellenőrzött szervek a Szociális Minisztérium, az Ész E-egészségügyi Alapítvány, és Ész Egészségbiztosítási Alap és az Ész Köztársaság Információs Rendszerekért Felelős Hatósága (ISA) voltak.

299 Az ellenőrzési módszertan a következőkből állt: dokumentumok és jelentések elemzése, egy hozzávetőlegesen 200 orvos részvételével lebonyolított felmérés, adatelemzés, e-egészségügyi információs rendszerek (például funkcióik és az orvosok rendelkezésre álló felhasználói felület) megfigyelése az egészségügyi szolgáltatókkal együttműködésben, valamint interjúk készítése az ellenőrzött szervekkel és egészségügyi szolgáltatókkal.

A főbb észrevételek

300 Az ész legfőbb ellenőrző intézmény megállapította, hogy az e-egészségügyi célkitűzések a következők miatt nem valósultak meg:

- az eredeti tervek ellenére az e-egészségügyi rendszerben lévő adatokat nem lehetett felhasználni a nemzeti statisztikákhoz, nyilvántartások vezetéséhez vagy felügyeleti célból, és azokat az orvosok sem használták aktívan kezelési célból;
- a digitális gyógyszerfelírás az egyetlen, az állam által létrehozott elektronikus alkalmazás, amelyet aktívan használnak;
- az elektronikus egészségügyi dokumentáció és a képhivatkozás használata kismértékű volt, a digitális bejelentkezés (elektronikus időpontfoglalási rendszer a vizsgálatokra való bejelentkezéshez) pedig a megvalósítása óta eltelt öt év során nem indult el;
- az e-egészségügy nem rendelkezik az állam érdekeit érvényesítő stratégiai vezetővel, és ez lassítja a megvalósítást;
- az e-egészségügy megteremtése és bevezetése a tervezettnél lényegesen többbe került, és nem ismert, hogy még mekkora összegű forrást igényel majd;
- az e-egészségügy nem segített az egészségbiztosítási összegek megtakarításában, illetve az orvosok munkaidejének optimalizálásában;

- az állam intézményei számára mindeddig nem hoztak hasznot az e-egészségügyi rendszerből nyerhető adatok, mivel rengeteg adat hiányzik vagy rossz az adatok minősége. Noha az egészségügyi szolgáltatóknak be kell vinniük az orvosi aktákat az e-egészségügyi rendszerbe, ezt nem teszik meg módszeresen, és rengeteg adat bevitelére egyáltalán nem kerül sor.

301 A legfőbb ellenőrző intézmény megállapította, hogy az e-egészségügy nem megfelelő elindításának hátterében a Szociális Minisztérium mint az e-egészségügy fejlesztéséért és megvalósításáért felelős stratégiai vezető céltalan és ötletszerű tevékenysége húzódik meg. A legfőbb ellenőrző intézmény megállapította, hogy az e-egészségügy sikere a Szociális Minisztérium vezető szerepének megerősítésétől függ.

Ajánlások

302 Az Észtt legfőbb ellenőrző intézmény számos ajánlást tett. A főbb ajánlásokat az alábbiakban soroljuk fel:

- állapítsák meg az állam e-egészségügy megvalósításához fűződő érdekét, és ezután határozzák meg az e-egészségügy megvalósítása során a Szociális Minisztériumra és az Észtt E-egészségügyi Alapítványra háruló feladatokat;
- mielőtt új szolgáltatások létrehozására tennének kísérletet, fejezzék be és valósítsák meg a már megkezdett e-egészségügyi projekteket (különösen a digitális nyilvántartást és az elektronikus egészségügyi dokumentációt);
- az egészségügyi szolgáltatókat azonnali hatállyal kötelezzék az e-egészségügyi információs rendszer használatának megkezdésére, és szükség esetén a szolgáltatások kifizetését kössék e rendszer használatához;
- az Észtt E-egészségügyi Alapítvánnyal együttműködve fejlesszék az e-egészségügy felhasználóbarát jellemzőit.

Közzététel és hasznosulásvizsgálat

303 A jelentést az ellenőrzött szervek, a parlament szociális ügyi bizottsága és az állami költségvetés ellenőrzésével foglalkozó különbizottsága elé terjesztették.

304 A jelentést közzétették a legfőbb ellenőrző intézmény honlapján. A közzétételre egy sajtóközlemény kíséretében került sor. A közzététel előtt egy nappal sajtótájékoztatót tartottak a legfőbb ellenőrző intézménynél.

305 A parlament állami költségvetés ellenőrzésével foglalkozó különbizottsága 2014. február 10-én nyílt ülést tartott az e-egészségügyi rendszer fő érdekelt feleinek és a legfőbb ellenőrző intézménynek a részvételével. Az ülést élőben közvetítették a parlament honlapján, valamint egy nagy hírportálon is. A legfőbb ellenőrző intézmény cikket írt a fő ellenőrzési észrevételekről, amelyet egy vezető napilapban jelentettek meg.

306 A jelentés hasznosulásvizsgálatát 2019 áprilisától szeptemberéig végezték. Megállapítást nyert, hogy az elmúlt öt év során jelentős előrehaladás történt az e-egészségügyi rendszer fejlesztése terén. Az elektronikus gyógyszerfelírásen túlmenően a digitális képek és a betegek portálját is megvalósították. 2019 augusztusában elindították az orvosi konzultációk országos digitális időpontfoglalási rendszerét is. Továbbra is fennáll azonban több fontos szűk keresztmetszet. Például, az elektronikus egészségügyi dokumentáció egyelőre nem vált felhasználóbaráttá, így az egészségügyi szakemberek nem férnek gyorsan hozzá az ahhoz szükséges valamennyi információhoz, hogy kellő időben, jó minőségű szolgáltatást nyújthassanak a betegeknek. Az e-járóbeteg-ellátási rendszer is javításokat igényel annak biztosítása érdekében, hogy az információk hatékonyan mozogjanak a járóbeteg-rendelések és a kórházak között, és így a betegek a lehető leggyorsabb kezelésben részesüljenek. Ezen túlmenően javítani kell az e-egészségügyi rendszeren belül az egészségügyi szolgáltatások minőségének értékeléséhez szükséges statisztikákat és elemzési kapacitást.

Várható hatás

307 Az ellenőrzéstől azt várták, hogy az e-egészségügyi rendszer stratégiai vezetőjeként rá háruló szerep betöltésére és az állam e-egészségügy megvalósításához fűződő érdekének

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban Új technológiák és e-egészségügy

120

meghatározására ösztönözze a Szociális Minisztériumot. Fontos volt, hogy a minisztérium biztosítsa a stratégiai és a pénzügyi tervezés integrálását, mert az ellenőrzés során az derült ki, hogy annak időpontjában hiányzott a rálátás arra, hogy mennyibe fog kerülni az e-egészségügyi projektek befejezése és megvalósítása. Az ellenőrzési jelentéstől összességében azt várták, hogy hozzájáruljon az e-egészségügyi rendszer fejlesztéséhez, hogy az abban rejlő lehetőségeket az egészségügyi szolgáltatók, a betegek és az állam javára maradéktalanul ki lehessen aknázni.



Lettország Valsts Kontrole

Megfelelő irányba tett lépés-e az „E-egészségügy Lettországon” projekt?

Áttekintés

308 Ellenőrzésének keretében a lett legfőbb ellenőrző intézmény azt értékelte, hogy az Egészségügyi Minisztérium és a Nemzeti Egészségügyi Szolgálat tevékenységei eredményesek és produktívak-e, illetve az e-egészségügy bevezetésével elérni kívánt célok elérésére összpontosulnak-e, valamint hogy az e-egészségügyi beruházásokat gazdaságosan és produktívan használták-e fel Lettországon. Az ellenőrzés a 2007. január 1-jétől 2015. április 1-jéig tartó időszakra terjedt ki.

309 Az e-egészségügy megvalósításának határideje 2015 vége volt. Kilenc év alatt 14,5 millió eurót ruháztak be, mégsem álltak semmilyen e-egészségügyi szolgáltatások a felhasználók rendelkezésére. Időközben 2016. január 1. óta az e-egészségügyi információs rendszert kötelezővé tették valamennyi egészségügyi szolgáltató számára (járóbeteg- és fekvőbeteg-ellátás, elektronikus időpontfoglalás, elektronikus beutaló vizsgálatokra és kezelésekre, elektronikus gyógyszerfelírás és elektronikus orvosi igazolások).

Hogyan hajtották végre az ellenőrzést

310 A fő ellenőrzési kérdés a következő volt: Úgy vezették-e be az e-egészségügyet, hogy az el fogja érni a hatékonyabb egészségügyi ellátás előmozdításával kapcsolatos célját?

311 E fő kérdésen belül a legfőbb ellenőrző intézmény a következőket vizsgálta:

- képes lesz-e az e-egészségügyi rendszer problémákat megoldani és célkitűzéseket elérni;

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Új technológiák és e-egészségügy

122

- o a Nemzeti Egészségügyi Szolgálat által az e-egészségügy bevezetése érdekében végzett tevékenységek megfelelőek-e a célkitűzések eléréséhez;
- o az újonnan kifejlesztett e-egészségügyi információs rendszer biztosítja-e az információbiztonságot és a személyes adatok védelmét;
- o létrehozták-e az „E-egészségügy Lettországbán” projekt hatékony felügyeletét és kontrollmechanizmusait.

312 A fő ellenőrzött szervek az Egészségügyi Minisztérium és alárendelt intézménye, a Nemzeti Egészségügyi Szolgálat voltak, amely utóbbi felelt az e-egészségügy bevezetéséért.

313 Az ellenőrzési módszertan a következőkből állt: külső törvények és rendeletek elemzése, az Egészségügyi Minisztérium által végrehajtott szakpolitika értékelése, annak értékelése, hogy az e-egészségügy megfelel-e az adatbiztonságra és a személyes (beteg-) adatok védelmére vonatkozó követelményeknek, valamint felmérések készítése, dokumentumok áttekintése és interjúk készítése az Egészségügyi Minisztérium és a Nemzeti Egészségügyi Szolgálat tisztségviselőivel.

A főbb észrevételek

314 Az Egészségügyi Minisztérium által végrehajtott projekt az egészségügyi szolgáltatások eredményességének javítását célzó, helyes irányba tett lépés. A rendszer révén a betegek nagyobb mértékű ellenőrzést gyakorolhatnak majd egészségük felett azáltal, hogy ösztönzik őket az egészséges életmódra, és a rendszer jobban alá fogja támasztani a döntéshozatalt, fel fogja gyorsítani az egészségügyi ágazat szolgáltatásait, és jó minőségű, hozzáférhető információkat biztosít majd.

315 Az Egészségügyi Minisztérium által az e-egészségügy területén előkészített szakpolitikát mindazonáltal nem sikerült a tervezett hatókörrel, a tervezett határidőig végrehajtani; így az egészségügyi szolgáltatásnyújtás eredményességének javítására vonatkozó célt csak részben érték el.

316 Az e-egészségügyi projekt kezdetétől fogva jelentős hiányosságok (hibák) merültek fel, azaz a projektbe nem vontak be ágazati szakértőket, többször változtatták a projektet

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Új technológiák és e-egészségügy

123

végrehajtó intézményt, feltárták, hogy nem eredményes a projektirányítás, és végezetül, a projektet nem felügyelték megfelelően.

- o Noha az Egészségügyi Minisztérium készített egy tervezési dokumentumot az e-egészségügy megvalósítására vonatkozóan, azt kilenc éven át (2007-től) nem frissítették, ezért nem tükrözte a valóságot.
- o Jóllehet az e-egészségügyi projekt kezdete óta (2007) kilenc év telt el, és az Egészségügyi Minisztérium 14,5 millió eurót fektetett be a projektbe, 2015. április 1-jén az egészségügyi információs rendszer és a tervezett e-szolgáltatások nem voltak elérhetők a felhasználók számára.
- o Fennállt annak a kockázata, hogy az e-egészségügyi rendszer nem tesz szert kellő népszerűsége a lakosság és az egészségügyi szolgáltatók körében, mert a rendszer nem volt az összes potenciális felhasználó számára érthető és hozzáférhető.
- o Az e-egészségügyi rendszert 2015. április 1-jén az adatbiztonság és a személyes adatok védelme szempontjából sem lehetett késznek tekinteni.
- o Az e-egészségügy megvalósítása felett az Egészségügyi Minisztérium által gyakorolt felügyelet és a kontrollmechanizmusok nem voltak kellően eredményesek.

Ajánlások

317 A lett Állami Számvevőszék több ajánlást fogalmazott meg. A legfontosabb, az Egészségügyi Minisztériumnak címzett ajánlás úgy szólt, hogy a minisztérium módosítsa az e-egészségügyi információs rendszerek kötelező használatának kezdési dátumára vonatkozó rendeletet, időt biztosítva a megállapított hiányosságok megoldására, és határozzon meg észszerű időtartamot – legalább hat hónapot – arra, hogy az érdekelt felek önkéntesen csatlakozhassanak az e-egészségügyi információs rendszerhez.

318 Az e-egészségügyi információs rendszer működésének sikeres elindításához a legfőbb ellenőrző intézmény a következőket ajánlotta az Egészségügyi Minisztériumnak:

- o ismételten tesztelje az összes kifejlesztett e-egészségügyi megoldást, a műszaki leírások követelményeinek megfelelően, hogy megbizonyosodjon a rendszer működéséről, a

más rendszerekkel való együttműködésre való képességéről és szemantikai kompatibilitásáról;

- o hozza helyre az adatbiztonsággal és a fizikai szervezetek adatvédelmével kapcsolatos összes hiányosságot és tökéletlenséget;
- o az egészségügyi ellátás eredményességének javítása érdekében dolgozzon ki tervet a vállalkozások számára az e-egészségügyi információs rendszert használó összes egészségügyi szolgáltató bevonásával;
- o miután elindították az e-egészségügyi információs rendszert és az egészségügyi szolgáltatók szabadon csatlakozhatnak az e-egészségügyi információs rendszerhez, folytasson célzott tájékoztató kampányt a rendszer népszerűsítése érdekében.

Közzététel és hasznosulásvizsgálat

319 A jelentést ismertették a parlament közkiadásokkal és ellenőrzéssel foglalkozó bizottságával. A jelentést 2015. szeptember 8-án tették közzé a lett Állami Számvevőszék honlapján. A közzétételre egy sajtókonferencia és egy sajtóközlemény kíséretében került sor.

320 Az Egészségügyi Minisztériumnak a megállapodás szerinti beszámolási időnek megfelelően tájékoztatnia kell a lett Állami Számvevőszéket az ajánlások végrehajtásáról. Ezen információk beérkezése után a lett Állami Számvevőszék értékeli az Egészségügyi Minisztérium által tett előrehaladást. Az Egészségügyi Minisztérium 2019-ig az összes ajánlás 70%-át végrehajtotta.

Várható hatás

321 Mivel az ellenőrzést abban az időszakban végezték, amikor az e-egészségügyi információs rendszer még nem volt kötelező, és még a bevezetés szakaszában tartott, valamennyi ellenőrzési ajánlástól azt várták, hogy javítsa az e-egészségügy megvalósításának folyamatát, végső soron pedig – az egészségügyi szolgáltatásnyújtás eredményességének javítása érdekében – biztosítsa az e-egészségügyi rendszer valamennyi érdekelt fél általi sikeres használatát. Az e-egészségügyi információs rendszer és az e-szolgáltatások 2016 óta fokozatosan elérhetővé váltak a felhasználók számára. A statisztikák szerint a leggyakrabban

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban Új technológiák és e-egészségügy

125

használt e-egészségügyi szolgáltatások az elektronikus orvosi igazolás és az elektronikus vény: 2018-ban 1 millió elektronikus orvosi igazolást és 11,7 millió elektronikus vényt állítottak ki.

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

126

Költségvetési fenntarthatóság és egyéb pénzügyi vonatkozások

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Költségvetési fenntarthatóság és egyéb pénzügyi vonatkozások

127



Cseh Köztársaság Nejvyšší kontrolní úřad

Kiválasztott kórházak által költségtérítésre költött
források

Áttekintés

322 Ellenőrzésének keretében a cseh legfőbb ellenőrző intézmény azt értékelte, hogy az egyetemi kórházak megfelelnek-e a jogszabályoknak az anyagok, áruk és szolgáltatások beszerzése során, és hogy a minisztériumok mint a kórházak alapítói betartják-e jogszabályi kötelezettségeiket. Az ellenőrzés a 2014–2016-os időszakot ölelte fel.

323 A legfőbb ellenőrző intézmény a gyógyszerek és orvostechnikai eszközök meghatározó nagyságrendű beszerzéseit ellenőrizte. Az ellenőrök emellett megvizsgálták az egyetemi kórházaknak azt a kötelezettségét is, hogy közbeszerzés keretében kell kiválasztaniuk a beszállítóikat, és értékelték, hogy a minisztériumok a törvénynek megfelelően eleget tettek-e alapítói kötelezettségeiknek.

Hogyan hajtották végre az ellenőrzést

324 Az ellenőrzés főként a következő kérdésekkel foglalkozott:

- Összhangban van-e az anyagok, áruk és szolgáltatások (különösen gyógyszerek és orvostechnikai eszközök) egyetemi kórházak általi beszerzése a jogszabályokkal, továbbá hatékony és költséghatékony-e?
- Fennállnak-e jelentős különbségek a beszerzési egységáruk tekintetében az egyetemi kórházak között?
- Betölti-e a szerepét az Egészségügyi Minisztérium és a Védelmi Minisztérium mint az egyetemi kórházak alapítóit?

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Költségvetési fenntarthatóság és egyéb pénzügyi vonatkozások

128

325 A fő ellenőrzött szervek az egyetemi kórházak alapítói voltak, azaz az Egészségügyi Minisztérium és a Védelmi Minisztérium, valamint a Brnói Egyetemi Kórház, a Motoli Egyetemi Kórház és a Központi Katonai Kórház – Prágai Katonai Egyetemi Kórház.

326 Az értékelést az összegyűjtött bizonyítékok elemzésére, dokumentumok áttekintésére, interjúkra és összehasonlításokra támaszkodva végezték el.

A főbb észrevételek

327 A cseh legfőbb ellenőrző intézmény a következő észrevételeket tette:

- Az anyagok és áruk beszerzése ugyan célszerű volt, de nem mindig volt költséghatékony és nem mindig felelt meg a jogszabályoknak. A szolgáltatások beszerzése nem mindig volt költséghatékony és nem mindig felelt meg a jogszabályoknak. A minisztériumok egyes esetekben nem tettek eleget a törvény szerint alapítóként rájuk háruló kötelezettségeknek.
- Az egyetemi kórházak vagy közbeszerzési eljárás keretében, vagy a beszállítóktól való közvetlen vásárlás keretében szerezték be a gyógyszereket. A felhasznált gyógyszerek és orvostechnikai eszközök széles portfóliója, a betegek életfunkcióinak biztosítására irányuló erőfeszítések, valamint gyártó piaci egyeduralma vagy a pályázati eljárás sikertelensége miatt az egyetemi kórházaknak nem mindig volt lehetőségük arra, hogy a pályázati eljárás eredményeinek megfelelően válasszanak ki beszállítót. A pályázati eljáráson kívül beszerzett áruk aránya jelentős, még ha az összes egyetemi kórház (a Brnói Egyetemi Kórház kivételével) meg is indokolta, hogy miért szerzett be gyógyszereket és orvosi árucikkeket pályázati eljárás nélkül.
- Az ajánlatok értékeléséhez nem szabtak meg egységes kritériumokat az egyetemi kórházak körében.
- A beszerzési egységarak egyes egyetemi kórházak között, ugyanazon gyógyszerek és orvostechnikai eszközök ellenőrzési mintáján végzett összehasonlítása arra világított rá, hogy mind az abszolút értékeket, mind a százalékarányokat tekintve jelentősek a különbségek.

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Költségvetési fenntarthatóság és egyéb pénzügyi vonatkozások

129

- A gyógyszerek és orvostechikai eszközök kiválasztott mintájának beszerzési egységárai jelentősen eltértek az egyetemi kórházak körében, gyakran még az ugyanazon beszállítóktól történő vásárlások esetében is. Ezek az árkülönbségek főként a beszállító által adott engedményekre, egyetlen gyártó létezésére, beszállítói hiányokra, pályázati eljárás nélküli beszerzésekre, az egyetlen beszállító általi közvetlen elosztásra, a térítés változásaira vagy generikus gyógyszer piaci bevezetésére voltak visszavezethetők. A legfőbb ellenőrző intézmény e jelentős árkülönbségek miatt úgy látja, hogy lenne mód a költségek csökkentésére.
- Az egészségügyi bónuszrendszer nem rendelkezett világos szabályokkal a gyógyszerek és orvostechikai eszközök beszerzésére vonatkozóan. A bónusz fogalmát nem határozták meg törvényben, hanem az csak az egyetemi kórház és a beszállító közötti konkrét szerződéses viszony feltételein alapult. Az egyetemi kórházak nem követtek egységes eljárást a bónuszok megtárgyalásakor és a bónuszbevételek felhasználásakor. Az egyetemi kórházak a fő beszállítói jogviszony mellett általában külön bónuszszerződéseket kötöttek. Az egyetemi kórházak a szerződés-nyilvántartásban üzleti titokra hivatkozva nem hozták nyilvánosságra a bónuszszerződéseket, sem a szerződésben szereplő bónuszok értékét.
- A Brnói Egyetemi Kórház megsértette a költségvetési fegyelmet azzal, hogy indokolás nélkül használt fel forrásokat az orvostechikai eszközök és a hulladékártalmatlanítási szolgáltatások beszerzése során.
- A Központi Katonai Kórház nem hatékonyan használta fel eszközeit, mivel a nyújtott jogi tanácsadásra vonatkozó 15 számla esetében nem biztosított meggyőző bizonyítékot.

Ajánlások

328 A cseh legfőbb ellenőrző intézmény a következő ajánlásokat fogalmazta meg:

- az egyetemi kórházak közbeszerzési eljárások alapján szerezzék be a gyógyszereket és orvostechikai eszközöket, ez törvényes kötelezettség és a források gazdaságos kezelésének és a beszállítók átlátható kiválasztásának is előfeltétele;

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Költségvetési fenntarthatóság és egyéb pénzügyi vonatkozások

130

- az Egészségügyi Minisztérium és a Védelmi Minisztérium világosan állapítsa meg az egészségügyi beszállítóktól kapott bónuszok elfogadására, jelentésére és kezelésére vonatkozó szabályokat;
- az egyetemi kórházak a közbeszerzési eljárások során ne csak az árat határozzák meg kritériumként, hanem – tekintettel a közbeszerzési szerződés tárgyának jellegére és összetettségére – a bónuszt is, ha biztosítanak ilyen;
- az Egészségügyi Minisztérium foglalkozzon a fejlesztési stratégiákkal, és készítse el a közvetlenül irányított szervezetek fejlesztésére vonatkozó saját koncepcióját;
- az Egészségügyi Minisztérium és a Brnói Egyetemi Kórház vizsgálják meg a Brnói Egyetemi Kórház alapítványának hasznosságát és érdemeit, és mérleget, hogy milyen indokok szólnak annak fenntartása mellett;
- a Védelmi Minisztérium foglalkozzon a források Központi Katonai Kórháznak való biztosítása terén megállapított kockázattal.

Közzététel és hasznosulásvizsgálat

329 A jelentést 2019. április 8-án terjesztették a kormány elé.

330 A jelentést 2018. szeptember 3-án tették közzé a legfőbb ellenőrző intézmény honlapján. A legfőbb ellenőrző intézmény hírlevelének 4/2018. számában tette közzé az ellenőrzés következtetéseit. A közzétételre egy sajtóközlemény kíséretében került sor.

331 A jelentés hasznosulását még nem vizsgálták.

Várható hatás

332 Az egyetemi kórházak eljárásainak változásai várhatók, valamint javulások várhatók a minisztériumok szerepének betöltését illetően, különösen a bónuszokra vonatkozó szabályok elfogadása, a közbeszerzési eljárások és az egyetemi kórházak költséghatékony gyakorlati és gazdasági működésének figyelemmel kísérése terén.

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Költségvetési fenntarthatóság és egyéb pénzügyi vonatkozások

131



Finnország Valtiontalouden Tarkastusvirasto

A társadalombiztosítási kiadások trendjeinek előrejelzése

Áttekintés

333 A finn legfőbb ellenőrző intézmény (NAOF) a társadalombiztosítási kiadások trendjeire vonatkozó előrejelzések megbízhatóságát értékelte. Ezeket az előrejelzéseket használják fel a szakpolitikai döntések és a gazdasági fenntarthatóságra vonatkozó becslések megalapozására.

334 Az ellenőrzés a makrogazdasági modell társadalombiztosítási kiadások előrejelzésére való felhasználását vette górcső alá. A modellt a 2007–2009-es években átalakították. Az ellenőrzés főként a 2010 utáni időszakra összpontosított, és a társadalombiztosítási kiadások szociál- és egészségpolitikai döntések alapjaként felhasznált hosszú távú trendjeinek az előrejelzését ölelte fel. A trendekre vonatkozó előrejelzések egy része a Szociális és Egészségügyi Minisztériumnál készült, a társadalombiztosítási kiadások elemzésének modelljével (SOME-modell).

Hogyan hajtották végre az ellenőrzést

335 A fő ellenőrzési kérdés a következő volt: Mennyire megbízhatók a társadalombiztosítási kiadások szakpolitikai döntések és gazdasági fenntarthatósági becslések alapjaként felhasznált hosszú távú trendjeinek az előrejelzései?

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Költségvetési fenntarthatóság és egyéb pénzügyi vonatkozások

132

336 E fő kérdés keretében a NAOF a következő kérdéseket tette fel:

- (1) Milyen fajta trendelőrejelzéseket vagy társadalombiztosítási kiadásokra vonatkozó előrejelzéseket állítanak össze a döntéshozatalhoz?
 - (a) Melyek az ezek közötti fő különbségek?
 - (b) Hogyan használják fel ezeket a döntéshozatali folyamatokban?
 - (c) Mi a szerepe ezekben az előrejelzésekben a finn statisztikai hivatal által készített népességi előrejelzéseknek?
 - (d) Milyen együttműködés áll fenn az előrejelzéseket összeállító, illetve felhasználó hatóságok között?
- (2) A Szociális és Egészségügyi Minisztérium rendelkezik-e az ahhoz szükséges kapacitással, hogy igény szerint fejlessze a modellt?
 - (a) Fejlesztését tekintve mennyire rugalmas a modell?
 - (b) Elegendő erőforrással és szakértelemmel rendelkezik-e a minisztérium a modell fejlesztéséhez?
- (3) A társadalombiztosítási kiadások trendjének előrejelzése tekintetében nyitott és átlátható módszereken alapul-e a politikai döntéshozatal?
 - (a) Hogyan dokumentálják a modelleket és a mögöttes feltevéseket?
 - (b) Módszeresen végeznek és közzétesznek-e feltevéseken alapuló érzékenységi vizsgálatokat?

337 A fő ellenőrzött szerv a Szociális és Egészségügyi Minisztérium és a Pénzügyminisztérium volt.

338 A megszerzett bizonyítékok a következő forrásokból származnak: a Szociális és Egészségügyi Minisztérium által készített, trendekre vonatkozó előrejelzések átláthatóságának és módszertanának értékelése, a Szociális és Egészségügyi Minisztérium és

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Költségvetési fenntarthatóság és egyéb pénzügyi vonatkozások

133

a Pénzügyminisztérium, valamint más, trendelőrejelzéseket készítő intézmények (a finn társadalombiztosítási Intézet [KELA] és a Központi Nyugdíjbiztosító Intézet [ETK]) szakértőivel készített interjúk, valamint a Szociális és Egészségügyi Minisztériumnál használt SOME-modell módszereinek a KELA-nál és az ETK-nál a trendelőrejelzésekhez használt módszerekkel való összevetése és elemzése.

A főbb észrevételek

339 A NAOF a következő észrevételeket tette:

- A társadalombiztosítási kiadásokra vonatkozó hosszú távú trendelőrejelzések előállítása során használt modellek közül a SOME-modell bizonyult a legátfogóbbnak. Az elszámolási keret világosan strukturált volt, és jó alapot nyújtott a további fejlesztéshez.
- A modell leírása és a technikai kézikönyv átfogó és részletes volt. A leírást azonban nem frissítették, annak ellenére, hogy bevezetése óta számos változtatást építettek be a modellbe.
- A modell továbbfejlesztett változataira is szükség lenne, mivel például a szociális és egészségügyi reform (SOTE-reform) miatt szükségessé vált az egyes SOTE-régiókon belüli társadalombiztosítási kiadások trendjeinek az előrejelzésére is.
- A SOME-modell központi szerepet játszik a Pénzügyminisztérium fenntarthatósági résre vonatkozó becsléseiben, mivel ez szolgál az életkorral kapcsolatos kiadásokra vonatkozó becslések alapjaként. Az életkorral összefüggő kiadásokra vonatkozó trendelőrejelzéseket a Szociális és Egészségügyi Minisztérium és a Pénzügyminisztérium nem hivatalos jelleggel közösen készítette el. A felelősségek megosztása ezen együttműködési folyamatban továbbra sem világos, annak ellenére, hogy a fenntarthatósági résre vonatkozó becslésért a végső felelősséget a Pénzügyminisztérium viseli. Az életkorral összefüggő kiadásokra vonatkozó fenntarthatósági résre vonatkozó becslés kapcsán alkalmazott módszertan leírása általános jellegű volt, és azt az átláthatóság hiánya jellemezte.
- A SOME-moddellel előállított forgatókönyveket vagy érzékenységi vizsgálatokat nem tették rendszeres jelleggel közzé. A megállapítások módszeres közzététele alapként

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Költségvetési fenntarthatóság és egyéb pénzügyi vonatkozások

134

szolgálna a szakértők közötti párbeszédhez, nyitottabbá és átláthatóbbá tenné a szociális és egészségügyi politikai döntéshozatalt és a fenntarthatósági résre vonatkozó, Pénzügyminisztérium által előállított becsléseket, és megkönnyítené a modell fejlesztését.

- o A SOME-modellhez rendelt erőforrások nem feltétlenül voltak megfelelőek ahhoz, hogy a modellt az igényekkel összhangban és a megállapítások módszeres elemzését lehetővé tevő módon fejleszthessék.

Ajánlások

340 A NAOF a következő ajánlásokat fogalmazta meg:

- o A Szociális és Egészségügyi Minisztérium biztosítsa, hogy frissítsék a SOME-modell technikai kézikönyvét. A SOME-moddellel előállított forgatókönyv-számításokra vonatkozó és érzékenységi vizsgálatokat tartalmazó jelentéseket szintén rendszeresen közzé kell tenni.
- o A Szociális és Egészségügyi Minisztérium a SOME-modell fejlesztésekor vegye figyelembe a SOTE-reformból eredő új információs igényeket. A minisztérium rendeljen megfelelő erőforrásokat a fejlesztési munkához és a rendszeres elemzéshez, és biztosítson kellő mértékű szakértői szintű együttműködést a társadalombiztosítási kiadásokra vonatkozó trendelőrejelzéseket előállító és számára információkat szolgáltató más szervezetekkel.
- o Készüljön átlátható leírás a Szociális és Egészségügyi Minisztérium és a Pénzügyminisztérium között a fenntarthatósági résre vonatkozó becslés elkészítése során folyó együttműködésről, amelynek célja az életkorral összefüggő kiadás előállítása. A Pénzügyminisztérium készítsen alapos és átlátható leírást a fenntarthatósági résre vonatkozó becslés módszertanáról, és a fenntarthatósági résre vonatkozó becslésről való rendszeres beszámolás során használjon érzékenységi vizsgálatot, például a társadalombiztosítási kiadások trendjeivel kapcsolatban.
- o A modellen alapuló elemzés a rövid távú szakpolitikai tervezésben szélesebb körben is felhasználható lenne.

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Költségvetési fenntarthatóság és egyéb pénzügyi vonatkozások

135

Közzététel és hasznosulásvizsgálat

341 A jelentést ismertették az ellenőrzött szervekkel és a parlament ellenőrzéssel foglalkozó bizottságával, továbbá 2017. január 16-án közzétették a NAOF honlapján. A közzétételre egy sajtóközlemény kíséretében került sor.

342 A hasznosulásvizsgálatra a terveknek megfelelően 2018 őszén került sor. A hasznosulásvizsgálatot az ellenőrzött szerveknek kiküldött kérdőív segítségével végezték el. Az erről szóló jelentést a NAOF honlapján adták ki.

Várható hatás

343 A várakozások szerint a SOME-modellért felelős Szociális és Egészségügyi Minisztérium energiát fordít a modell fejlesztésére és a módszertan dokumentálására, valamint az előrejelzési eredmények módszeres közzétételére. Arra is számítanak, hogy a Pénzügyminisztérium javítani fogja a gazdasági fenntarthatóságra vonatkozó becslések módszertanának és a SOME-modell ezzel összefüggésben történő használatának átláthatóságát.

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Költségvetési fenntarthatóság és egyéb pénzügyi vonatkozások

136



Görögország Ελεγκτικό Συνέδριο

Horizontális tematikus ellenőrzés az állam kórházakkal, a Nemzeti Egészségügyi Szolgáltató Szervezettel (EOPYY) és egy regionális egészségügyi igazgatósággal kapcsolatos hátralékaira vonatkozóan

Áttekintés

344 A görög legfőbb ellenőrző intézmény az állam hátralékainak a felhalmozódását mérte fel.

345 Az ellenőrzés a 2016. december 31-től 2017. szeptember 30-ig tartó időszakra terjedt ki.

Hogyan hajtották végre az ellenőrzést

346 A fő ellenőrzési kérdések a következők voltak:

- Rendeltetésszerűen használták-e fel az Európai Stabilitási Mechanizmus keretében a hátralékok felszámolásához nyújtott finanszírozást?
- Miért folytatódik a hátralékok felhalmozódása?

347 A fő ellenőrzött szervek a következők voltak: hat kórház, a Nemzeti Egészségügyi Szolgáltató Szervezet (EOPYY) és az Első Attika Régió Egészségügyi Igazgatósága.

348 A megszerzett bizonyítékok főként interjúkból, harmadik feleknek (beszállítók) küldött elszámoló levelekből, áruk és szolgáltatások szállításainak előre be nem jelentett helyszíni ellenőrzéseiből, dokumentumok áttekintéséből és a dokumentumok és eljárások jogszerűségének és szabályszerűségének ellenőrzéséből származtak.

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Költségvetési fenntarthatóság és egyéb pénzügyi vonatkozások

137

A főbb észrevételek

Lejárt kötelezettségek – hátralékok

349 Az ellenőrzés a következőket tárta fel:

- szabálytalanságok a hátralékok esedékesség szerint időrendbe állított egyenlege terén és az áruszállításokat és a szolgáltatásokat érintő alátámasztó dokumentumok vagy fizetési bizonylatok hiányossága;
- a kamatok és pénzügyi szankciók fizetését nyomon követő mechanizmusok és a bírósági ügyek állására vonatkozó nyilvántartások hiánya;
- jelentős számú kötelezettséget nem vettek nyilvántartásba vagy hibásan regisztráltak a kötelezettségek nyilvántartásában, vagy ezeket az informatikai rendszerekben nem vették figyelembe;
- az informatikai rendszerek nem exportálták a kompenzációkra vonatkozó meghatározott összesítő és elemző jelentéseket.

Hátralékkiegyenlítési program

350 A görög legfőbb ellenőrző intézmény a következőket állapította meg:

- egyes esetekben nem tartották be a FIFO-szabályt és a kötelezettségek rendezésére vonatkozó határidőket, az áttekintett dokumentumokat következetlenségek, a fizetési eljárásokat pedig hiányosságok jellemezték. Az adatok és a beszámolási rendszerek megbízhatóságára vonatkozó megállapítások főként a kötelezettségek nyilvántartására szolgáló rendszereket érintették; ezen túlmenően
- következetlenségek voltak tapasztalhatók a beszámolási rendszerek között.

351 Az ellenőrzés további célja volt az új hátralékok forrásainak feltárása is. A következő megállapítások születtek:

- nem reális költségvetéseknek betudható likviditáshiány, a kiadásokra vonatkozó felső határok megszakása az Európai Stabilitási Mechanizmus részéről, a visszatérítési és

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Költségvetési fenntarthatóság és egyéb pénzügyi vonatkozások

138

visszakövetelési mechanizmusok alkalmazásának késedelmei, a bevételek beszedésének késedelmei és az érintett követelések csökkentése meghatározott megállapodások alapján.

- o A közbeszerzési eljárásokra irányadó jogszabályi keret összetettsége (és egyes esetekben átláthatatlan volta) miatt a tendereljárásokat nem mindig fejezték be (a bürokrácia és a jogszabályi keret korlátozó jellege következtében, amely jogszerűségi problémák miatt számtalan kötelezettségvállaláshoz és késedelemhez vezetett a visszafizetések terén), és a hátralékok elszámolásához nagy mennyiségű alátámasztó dokumentumra volt szükség.
- o A hátralékfizetési program eredményeinek értékelése azt tárta fel, hogy a program nem volt kellőképpen érett, és hogy egyes esetekben nem tartották tiszteletben az önfinanszírozás szabályát, azaz a szervezetek saját kötelezettségeinek a saját forrásaikból való kifizetésére vonatkozó szabályt.

Ajánlások

352 A görög legfőbb ellenőrző intézmény a következőket ajánlja:

- o frissítsék az informatikai rendszereket és a rendes költségvetésekhez nyújtott támogatásukat;
- o használják e rendszereket valamennyi kötelező jelentés automatikus kinyerésére;
- o frissítsék automatikusan a kötelezettségvállalási nyilvántartást; végezzenek benne meghatározott változtatásokat és javításokat, hogy biztosítsák a kötelezettségek és hátralékok nyilvántartásának és kifizetésének jogszerűségét és szabályszerűségét;
- o a kötelezettségek kifizetésekor alkalmazzák a beérkezési sorrend elvén alapuló FIFO-módszert (*First-In-First-Out*); a kifizetéseket automatikusan egyeztessék a régebbi számlákkal;
- o tegyék teljes mértékben működőképpé a közegészségügyi ágazat nemzeti központi beszerzési szervét;

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Költségvetési fenntarthatóság és egyéb pénzügyi vonatkozások

139

- o orvosi eljárásonként dolgozzanak ki protokollokat, az adminisztratív beszerzési és kifizetési eljárásokra vonatkozó belső kontrollokat, egységes kódrendszert és osztályozást, egységes műszaki leírásokat, a fogyóeszközök, anyagok és orvosi berendezések esetében közös vonalkódokat és nyilvántartásokat;
- o javítsák a készletgazdálkodást;
- o gyorsítsák fel a közbeszerzési eljárásban a pályázatok értékelését;
- o vezessenek be közös konszolidált informatikai rendszert valamennyi kórházban;
- o alkalmazzanak mutatókat, fő teljesítménymutatókat, költségelszámolást és eredményszemléletű elszámolási rendszert;
- o kellő időben alkalmazzák a visszakövetelési mechanizmust az ápolási szolgáltatókra;
- o dolgozzanak ki reális költségvetéseket;
- o állapítsanak meg belső eljárási szabályzatot, eljárásonként belső kontrollokat és állítsanak össze egy belső ellenőrzési kézikönyvet;
- o javítsák a kockázatelemzési folyamatot a kórházakban; gondoskodjanak jobban a megfelelő a személyzetről és a személyzet elosztásáról;
- o gyorsítsák fel az elszámolási és kifizetési eljárásokat; és
- o havonta fizessék ki a kormányzati támogatásokat.

Közzététel és hasznosulásvizsgálat

353 A nyolc jelentést 2018 októberében terjesztették elő a parlamentben, a gazdasági, illetve a szociális állandó bizottság együttes ülésén. A jelentéseket a görög számvevőszék honlapján is közzétették. A fent említett előterjesztést a parlament tévéállomása is közvetítette.

354 A hasznosulásvizsgálat elvégzését egy éven belülre ütemezték be.

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Költségvetési fenntarthatóság és egyéb pénzügyi vonatkozások

140

Várható hatás

355 A horizontális ellenőrzés célja az általános kormányzati hátralékok okainak feltárása és a kormány segítése volt abban, hogy stratégiákat dolgozzon ki e probléma kezelése érdekében, valamint hogy intézményesítse a szükséges reformokat, megelőzve ezzel a további problémák fellépését.

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Költségvetési fenntarthatóság és egyéb pénzügyi vonatkozások

141



Luxemburg

Cour des comptes

A kórházi beruházások állami finanszírozása

Áttekintés

356 A luxemburgi legfőbb ellenőrző intézmény a 2011–2017-es időszakban megvalósult kórházi beruházások állami finanszírozását értékelte.

Hogyan hajtották végre az ellenőrzést

357 Az ellenőrzés keretében arról kívántak meggyőződni, hogy betartották-e a kórházi beruházásokban való állami részvételre vonatkozó részletes szabályok megállapításáról szóló nagyhercegi rendelet követelményeit. Ezen túlmenően a legfőbb ellenőrző intézmény az Egészségügyi Minisztériumban a kórházak által benyújtott térítési kérelmek validálásához használt ellenőrzési mechanizmusok eredményességét és következetességét is elemezte.

358 A fő ellenőrzött szervek az Egészségügyi Minisztérium és az állami részvétel mintában szereplő kedvezményezettjei voltak.

359 Az ellenőrzési módszertan az ellenőrzött szervekkel készített interjúkat és a rendelkezésre bocsátott dokumentumok elemzését foglalta magában.

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Költségvetési fenntarthatóság és egyéb pénzügyi vonatkozások

142

A főbb észrevételek

Állami részvétel a kórházak korszerűsítésének, felújításának vagy építésének finanszírozásában

360 Az Egészségügyi Minisztérium nem bocsátott rendelkezésre pénzügyi kimutatást, amely összehasonlította volna a projektek jogszabályban engedélyezett költségeit a tényleges beruházási költségekkel, beleértve az összegek jogszerű növekedésénél nagyobb mértékű túllépések indokolását.

Jogi és szabályozási rendelkezések

361 Noha törvény írja elő, a támogatás egyes kórházi projektek számára való odaítélését illetően nem volt semmilyen megállapodás, például egy kórház bővítése és egy másik kórház központi sterilizáló létesítményére irányuló munkák esetében. Ezenfelül az egyik projekttel kapcsolatos beruházásokat az Egészségügyi Minisztérium előzetes hivatalos engedélye nélkül végezték el.

362 A törvény azt is kimondja, hogy a pénzügyi támogatással kapcsolatos részletes eljárásokat, pl. a határidőket és az akták vizsgálatára irányuló eljárásokat, a benyújtandó alátámasztó dokumentumokat, valamint a szükségletekre és a hatásra vonatkozó tanulmány előírását és körét rendeletnek kell megállapítania. Az ellenőrzés időpontjában azonban nem létezett ilyen jellegű elfogadott rendelet.

Az építési, illetve korszerűsítési projektek nyomon követése

363 Ami a mintában szereplő négy projektet illeti, a projektvezetők rendszeresen készítettek eredményjelentéseket, de ezeket nem nyújtották be a rendeletben előírtak szerint módszeresen a minisztériumnak.

364 A számvevők ezenfelül különféle következtetlenségeket állapítottak meg a Kórházi Infrastruktúra Alap (az állami bevételeket és kiadásokat tartalmazó költségvetés részeként elkészült) többéves programozása és a támogatott projektek (egyes kórházak tekintetében az Egészségügyi Minisztérium által elkészített) monitoringtáblázatai között.

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Költségvetési fenntarthatóság és egyéb pénzügyi vonatkozások

143

365 Ami a kórházi beruházási projektek költségvetésének az építőipari árindex változásainak megfelelő kiigazítását illeti, a számvevők megállapították, hogy az Egészségügyi Minisztérium nem rendelkezett a szükséges eszközökkel ahhoz, hogy pontosan meg tudja állapítani az egyes folyamatban lévő projektekhez rendelkezésre álló költségvetést, vagy ellenőrizni tudja a kórházak számításait.

Visszatérítési kérelmek

366 Az ellenőrök megállapították, hogy 1) a projekteket külön szervezetek engedélyezték és támogatták; 2) e szervezetek nem voltak kapcsolatban egymással; és 3) a térítési kérelmek ellenőrzéséért egyetlen tisztségviselő felelt.

367 A törvény a kormány kórházügyi biztosát teszi felelőssé az állami támogatások elosztásának és a térítési kérelmeknek az ellenőrzéséért. Noha e biztos hatásköreit megerősítették, az ellenőrök megállapították, hogy az elegendő humán erőforrás hiánya miatt nincs abban a helyzetben, hogy maradéktalanul ellássa feladatait.

368 Ezen túlmenően a törvény szerint az állam fedezi a kórházakban végrehajtott, az Egészségügyi Minisztérium által engedélyezett ingó- és ingatlanberuházások költségeinek 80%-át. A számvevők azonban megállapították, hogy az egészségügyi miniszter több alkalommal eltért ettől a szabálytól.

369 Ami az olyan területeket illeti, amelyeket az Egészségügyi Minisztérium nem tud támogatni, a rendelet kimondja, hogy a projekt külön nem választható részeinek az esetében a nem támogatott részek költségeit a munka végén számítják ki. A mintában szereplő egyik projekt esetében azonban csak a föld alatti parkoló költségeit értékelték újra a projekt végén. Egy másik projekt esetében a nem támogatott területek költségét valóban újraértékelték, de továbbra sem volt világos, hogy ez az elkülönítés releváns-e, mivel bizonyos részleteket nem adtak meg.

370 Jóllehet a rendelet kiköti, hogy az egészségügyi miniszter egységes támogathatósági szabályokat fogadhat el valamennyi kórházra vonatkozóan, ez nem történt meg.

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Költségvetési fenntarthatóság és egyéb pénzügyi vonatkozások

144

Ajánlások

Az állam részvétele a kórházak korszerűsítésének, felújításának vagy építésének finanszírozásában

371 Az Egészségügyi Minisztérium:

- rendszeresen nyújtson naprakész tájékoztatást a Képviselőháznak a jelentős, állami támogatásban részesülő kórházi beruházási projektek előrehaladásáról;
- kövessen a Képviselőházban az állam által végrehajtott infrastrukturális projektek esetében alkalmazottakhoz hasonló eljárásokat, azaz a program minden jelentős változását felül kell vizsgálni, új jogszabálytervezetet kell benyújtani, ha a projekt kiadásai 5%-kal meghaladják az engedélyezett összeget, és a finanszírozási jogszabály által engedélyezett minden egyes projekt esetében elő kell terjeszteni a kiadások végső felbontását.

Az építési, illetve korszerűsítési projektek nyomon követése

372 Az Egészségügyi Minisztérium:

- határozza meg, milyen információkra van szüksége, és írja elő, hogy rendszeresen elküldjék a jelentéseket;
- részletesen vizsgálja felül a projektek pénzügyi adatait, és e célból használjon közös monitoringeszközt;
- hozza létre a költségvetési kiigazítások kiszámítására szolgáló saját eszközét, és rendszeresen értesítse a kórházakat a fennmaradó költségvetésről.

Visszatérítési kérelmek

373 A korszerűsítési, illetve építési projektek engedélyezésének és finanszírozásának feladatát egy új, külön egységen belül összevonva kell elvégezni, amelybe a középületek igazgatósága is delegál szakértőket. A minisztérium készítse el a támogatásra nem jogosult beruházási költségek listáját, szabjon pénzügyi határokat a kiadások bizonyos típusai tekintetében, és a listát szerepeltesse a jövőbeli finanszírozási megállapodásokban. A projekt

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Költségvetési fenntarthatóság és egyéb pénzügyi vonatkozások

145

végén értékeljék újra az összes részt, és adják meg a ténylegesen felmerült költségek bontását.

Közzététel és hasznosulásvizsgálat

374 A megállapításokat és ajánlásokat a kontradiktórius szakasz részeként 2018. november 15-én küldték meg az ellenőrzött szervnek. A különjelentést 2019. április 29-én terjesztették a Képviselőház elé, majd ezt követően egy sajtóközlemény kíséretében tették közzé a legfőbb ellenőrző intézmény honlapján.

375 A luxemburgi számvevőszék különjelentéseit a Képviselőház költségvetési végrehajtási bizottsága követi nyomon, amely jelentést készít az érintett hatóságok által a számvevőszék ajánlásaira reagálva hozott intézkedésekről.

Várható hatás

376 A várható hatás a kórházi beruházások támogatási folyamatának optimalizálása és a Képviselőház rendszeres tájékoztatásának biztosítása a jelentős, állami finanszírozású kórházi beruházások előrehaladásáról.

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Költségvetési fenntarthatóság és egyéb pénzügyi vonatkozások

146



Magyarország Állami Számvevőszék

A kórházak ellenőrzési tapasztalatait
összegző elemzés

Áttekintés

377 Az Állami Számvevőszék elemzése a kórházak ellenőrzése során szerzett tapasztalatokat foglalja össze.

378 Az elemzés a 2008-tól 2016-ig terjedő időszakot öleli fel.

Hogyan hajtották végre az ellenőrzést

379 Az elemzés a következőkre irányult:

- o az irányító szervek feladatainak ellátása;
- o a kórházak belső kontrollrendszere;
- o a kórházak pénzügyi gazdálkodása;
- o a kórházak vagyongazdálkodása;
- o az integritási szemlélet érvényesítése.

380 A fő ellenőrzött szervek között 21 kórház, az Emberi Erőforrások Minisztériuma és az Állami Egészségügyi Ellátó Központ szerepelt.

381 A módszertan a témában készült jelentések áttekintését, összehasonlító teljesítményértékelést és (statisztikai) adatok elemzését foglalta magában.

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Költségvetési fenntarthatóság és egyéb pénzügyi vonatkozások

147

A főbb észrevételek

382 Az Állami Számvevőszék a következő észrevételeket tette:

- Az irányító szervek a kórházak gazdálkodásához szükséges alapvető követelményeket meghatározták. A középírányító szerv feladatellátása során előfordultak szabálytalanságok a közbeszerzések és a jóváhagyási eljárások során. Az irányító szervek ellenőrzési tevékenységükkel ugyanakkor nem érték el, hogy a kórházak gazdálkodása szabályszerű legyen.
- A kórházak vezetői nem gondoskodtak a megfelelő belső kontrollrendszer kialakításáról és működtetéséről.
- A kórházak pénzügyi gazdálkodásában előforduló – a tervezést, az előirányzat-gazdálkodást és a közbeszerzéseket érintő – szabálytalanságok veszélyeztették a közpénzfelhasználás átláthatóságát és elszámoltathatóságát.
- Az állami vagyonnal való gazdálkodás során a tárgyi eszközök beszerzése, üzembe helyezése, nyilvántartása, értékcsökkenésének elszámolása és az eszközök és források leltározása során nem érvényesültek a törvényesség és az átlátható gazdálkodás követelményei.
- A kórházaknál erősödött az integritási szemlélet, ugyanakkor az integritási kontrollok a kórházak gazdálkodása során jelentkező szabálytalanságok miatt nem töltötték be szerepüket.

Ajánlások

383 Az Állami Számvevőszék összesen 441 ajánlást fogalmazott meg: ezek közül 16 a miniszternek, 21 a középírányító szervnek, 404 pedig a kórházvezetőknek szólt.

384 Az ajánlások a következő területeket érintették:

- belső kontrollrendszer;

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Költségvetési fenntarthatóság és egyéb pénzügyi vonatkozások

148

- o pénzügyi gazdálkodás;
- o vagyongazdálkodás;
- o az irányító szervek tevékenységei.

Közzététel és hasznosulásvizsgálat

385 Az elemzést 2019 áprilisában ismertették egy sajtókonferencián, és közzétették az Állami Számvevőszék honlapján.

Várható hatás

386 Az elemzés szerint hatás a kockázatos területek feltárásától várható. Az összefoglalt ellenőrzési tapasztalatok hozzájárulhatnak ahhoz, hogy a kórházak nagyobb figyelmet fordítsanak gazdálkodásuk során a jogszabályok betartására, és segíthetnek az ágazat más intézményeinek a gondos gazdálkodás és szabályos működés terén.

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Költségvetési fenntarthatóság és egyéb pénzügyi vonatkozások

149



Olaszország Corte dei conti

A közegészségügyi intézmények ingatlanjainak
épületfelújítására és technológiai korszerűsítésére
irányuló rendkívüli program végrehajtása

Áttekintés

387 Ellenőrzése során az olasz legfőbb ellenőrző intézmény a közegészségügyi intézmények ingatlanjainak épületfelújítására és technológiai korszerűsítésére irányuló rendkívüli program végrehajtását értékelte.

388 Az ellenőrzés a 2012–2016-os időszakot ölelte fel.

389 Az épületfelújítási és technológiai korszerűsítési programot a 67/88. sz. törvénnyel fogadták el, és az első szakaszt 1996-ban zárták le. A *Corte dei conti* már végrehajtott egy ellenőrzést, amelyről 2011 májusában jelentést terjesztett elő.

Hogyan hajtották végre az ellenőrzést

390 A fő ellenőrzési kérdés a következő volt:

- Egyensúlyba lehet-e hozni a számlák stabilitásához fűződő nemzeti érdeket az egészségügyet és az épületek biztonságát érintő prioritásokkal és szükségletekkel?

391 A fő ellenőrzött szerv az Egészségügyi Minisztérium volt.

392 Az értékelést az infrastrukturális beruházási program végrehajtásáért felelős Egészségügyi Minisztériumnak (Egészségtervezési Főigazgatóság) küldött információ- és dokumentumbekérésekből szerzett bizonyítékok felhasználásával végezték el.

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Költségvetési fenntarthatóság és egyéb pénzügyi vonatkozások

150

A főbb észrevételek

393 Az olasz legfőbb ellenőrző intézmény a következő észrevételeket tette:

- Az Egészségügyi Minisztérium még nem készítette el a 228/2011. sz. törvényerejű rendeletben előírtak szerint a **többéves tervezési dokumentumot**.
- Az úgynevezett „Mexa” módszertan nem tette lehetővé a beavatkozások eredményességének tényleges értékelését.
- A munkálatok előrehaladásáról a régiók által az Egészségügyi Minisztériumnak benyújtott éves jelentést alkalmatlannak minősítették a projektek végrehajtásának nyomon követésére. A munkálatok előrehaladásának helyzetére vonatkozó, a régiók által évente egyszer elküldött dokumentum nem megfelelő, mivel nem mutatja helytállóan a tényleges fejlődést.
- A köz-magán társulást nem használták ki hatékony módon, és a magánforrások szűkösek voltak.

Ajánlások

394 Az olasz legfőbb ellenőrző intézmény a következő ajánlásokat fogalmazta meg:

- az Egészségügyi Minisztérium fogadja el a 228/2011. sz. törvényerejű rendeletben előírt többéves tervezési dokumentumot;
- a „Mexa” módszertan tegye lehetővé mind a stratégiai ellenőrzést, mind a teljesítmény-ellenőrzést. Az állami beruházások értékelése legyen része a vezetői kontrollrendszernek, beleértve mind a célok kitűzését, mind az elért eredmények értékelését.

395 Ezen túlmenően hozzanak létre köz-magán társulást, amely lehetővé teszi:

- a köz- és a magánszektor közötti kölcsönhatásokat és kapcsolatokat;

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Költségvetési fenntarthatóság és egyéb pénzügyi vonatkozások

151

- o a projekt nagyobb mértékű láthatóságát, a magánpartner döntéshozatali folyamatba való maradéktalan bevonása érdekében;
- o a projektekhez társuló kockázatok megfelelőbb kezelését.

396 Ezenfelül a minisztérium részesítse előnyben a hosszú távú beruházásokra orientált és a projekteket a kezdeti szakaszban finanszírozni képes magánvállalkozásokat.

397 A program végrehajtása mögött meghúzódó irányítási folyamatokra vonatkozó igazgatási és számviteli információk gyűjtésének átszervezése és javítása alapvető.

398 Az Egészségügyi Minisztériumnak legyen tudomása a helyi szervezetek által elindított bármely, nemzeti vagy európai forrásokból finanszírozott, egészségügyi infrastruktúrát érintő kezdeményezésekről. Ezenfelül hozzon létre egy adatbázist a tervezési tevékenységek javításához és a beruházások optimalizálásához szükséges információk gyűjtése érdekében.

Közzététel és hasznosulásvizsgálat

A jelentés ismertetése:

399 A jelentést a parlament, a Gazdasági és Pénzügyi Minisztérium, az Egészségügyi Minisztérium, valamint Veneto, Emilia Romagna és Calabria régiók elé terjesztették.

400 A jelentést 2018. április 9-én tették közzé a *Corte dei conti* honlapján.

Várható hatás

401 Az olasz legfőbb ellenőrző intézmény a következő hatásra számít:

- o A közegészségügyi ágazatban használt ingatlanok épületfelújítását és technológiai korszerűsítését megkönnyítő jogszabályi változások.
- o Az ellenőrzött szervek által kiemelt kritikus problémák jobb felmérése új megoldások kidolgozása érdekében.

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Költségvetési fenntarthatóság és egyéb pénzügyi vonatkozások

152

- Az épületek biztonságának középpontba állítása, különösen a földrengések és tűz esetén védelmet nyújtó anyagok tekintetében.

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Költségvetési fenntarthatóság és egyéb pénzügyi vonatkozások

153



Spanyolország Tribunal de Cuentas

A gyógyszerészeti ellátások kezelése és ellenőrzése a Spanyol Általános Közzolgálati Kölcsönös Biztosító Társaság (MUFACE) által

Áttekintés

402 A spanyol legfőbb ellenőrző intézmény a gyógyszerészeti ellátások Spanyol Általános Közzolgálati Kölcsönös Biztosító Társaság (MUFACE) általi kezelését és kontrollját értékelte. Az ellenőrzött időszak a 2015. évi költségvetési év volt.

403 A MUFACE sok, gyógyszerészeti ellátásra jogosult taggal, nagyszámú és nagy összegű kifizetésekkel rendelkezik, és az eljárásban nagyszámú magánvállalat vesz részt. Ezen túlmenően hiányosságokat és túlfizetéseket tártak fel az olyan más hasonló szervek által finanszírozott gyógyszerészeti ellátások terén, amelyek gazdálkodását korábban elemezték.

Hogyan hajtották végre az ellenőrzést

404 Az ellenőrzés fő célkitűzése annak vizsgálata volt, hogy a gyógyszertáraknak és a kórházaknak teljesített gyógyszerészeti ellátásokat a hatályos szabályoknak és a gondos pénzgazdálkodás elveinek megfelelően számlázták és fizették-e ki.

405 A részletes cél a gyógyszerészeti ellátások gyógyszertárak és kórházak felé történő számlázásának és kifizetésének ellenőrzése érdekében a MUFACE által a fent említett szabályokkal és elvekkel összhangban végrehajtott eljárások elemzése, továbbá annak értékelése volt, hogy a MUFACE az alkalmazandó szabályozást és a spanyolországi Tartományi Gyógyszerészeti Kamarák Általános Tanácsával aláírt megállapodást követve finanszírozza-e a gyógyszerfelírásokat.

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Költségvetési fenntarthatóság és egyéb pénzügyi vonatkozások

154

406 A fő ellenőrzött szerv a MUFACE, a Területpolitikai és Közszolgálati Minisztérium alatt működő önálló szerv volt.

407 Az értékelés dokumentumok áttekintésén, interjúkon, a terepmunka alatti mintavételezésen és adatelemzésen alapult. Megvizsgálták a gyógyszer-szolgáltatások kedvezményezettjeinek adatbázisait és fizetési aktáit, valamint ellenőrizték a gyógyszerészeti ellátások aktáinak kezelésére használt számítógépes alkalmazást.

A főbb észrevételek

408 A spanyol legfőbb ellenőrző intézmény a következő észrevételeket tette:

- A pszichotróp gyógyszerek fogyasztása tekintetében a MUFACE által megszabott ellenőrzési határok valamennyi hatóanyag esetében közősek voltak, tekintet nélkül a Spanyol Gyógyszer- és Egészségügyi Termékekkel Foglalkozó Ügynökség által az egyes gyógyszertípusok esetében ajánlott maximális adagokra.
- A riasztási rendszer (amelynek célja, hogy korlátozza a vényekre felírt gyógyszerek normál felhasználást túllépő tagoknak való kiszállítását) többféle hiányosságot mutatott fel (útmutatások hiánya, az olyan tagokat érintő riasztások hiánya, akik vagy kiléptek a MUFACE-ból, vagy egyáltalán nem használtak, illetve túlzott mennyiségben használtak gyógyszereket).
- A decentralizált gyógyszerészeti ellátások kifizetési eljárása nem felelt meg a 2003. november 26-i 47/2003. sz. spanyol költségvetési törvényben meghatározott három típus egyikének sem.
- 55 998 euró összegben kétszer kiállított számlákat is felfedeztek.
- 2016. december 31-én még 329 988 eurós összeg volt függőben amiatt, hogy bizonyos gyógyszerek tekintetében túllépték a 2015-re vonatkozó maximális kiadási határt.
- A hepatitis C MUFACE által finanszírozott kezelésére vonatkozó gyógykezelési dokumentumokban a megfelelő árat kifizették, de a kórházak rendszerint nem végezték

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Költségvetési fenntarthatóság és egyéb pénzügyi vonatkozások

155

el a 8/2010. sz. spanyol királyi törvényerejű rendelet 9. cikkében meghatározott 7,5%-os levonást.

Ajánlások

409 A spanyol legfőbb ellenőrző intézmény a következő ajánlásokat fogalmazta meg:

- az ellenőrzések megerősítése, rendszeres összehasonlítások végzése a MUFACE adatbázisa, valamint a spanyol adóhivatal adatbázisa között (a jövedelem szintjének ellenőrzése), illetve a Nemzeti Társadalombiztosítási Intézet adatbázisa között (a tagság ellenőrzése);
- az elektronikus gyógyszerfelírási rendszer megvalósításának előmozdítása, hogy lehetővé tegye a gyógyszereket felíró orvosok és a gyógyszerekre vonatkozó egyéb érvényességi és kiadási követelmények feletti nagyobb mértékű ellenőrzést;
- megfelelő intézkedések elfogadása a vénák helyes kezelése, ezek előállítása és elosztása tekintetében, valamint a készletek ellenőrzése;
- a gyógyszerészeti ellátások rendszerére vonatkozó útmutatások hozzáigazítása az e kedvezmények feldolgozására szolgáló tényleges eljáráshoz, a gyógyszerfogyasztásra vonatkozó riasztási rendszer jelenlegi hiányosságainak kijavítása, az e célból létrehozott kontrollok bővítése, a fogyasztási korlátoknak az egyes gyógyszerekben található hatóanyagoktól függő megszabása;
- intézkedések meghatározása a hepatitis C gyógyszerelésének finanszírozásához a kórházak számára teljesített túlfizetések visszafizettetése érdekében, és megfelelő intézkedések elfogadása, hogy a kórházak alkalmazni tudják a 7,5%-os levonást a kórházban kiadott gyógyszerek számlázási folyamata során;
- a fizetéskezelési folyamat átalakítása a kórházban kiadott gyógyszerek esetében, amelyet a MUFACE bankszámláján keresztül végeznek.

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Költségvetési fenntarthatóság és egyéb pénzügyi vonatkozások

156

Közzététel és hasznosulásvizsgálat

410 Az előzetes jelentéstervezetet elküldték a MUFACE-nak, hogy megtehesse észrevételeit. A végleges ellenőrzési jelentést 2017. november 16-án terjesztették a parlamenti bizottság elé.

411 A jelentés 2017. október 1-je óta elérhető a spanyol számvevőszék honlapján. 2017. október 16-án közzétettek egy, a fő következtetéseket és ajánlásokat összefoglaló sajtóközleményt. A parlamenti bizottság 2017. november 23-i állásfoglalását 2018. február 26-án tették közzé a hivatalos állami közlönyben.

412 A jelentésben foglalt ajánlások hasznosulásának vizsgálatát vagy egy külön utóellenőrzés keretében, vagy az adott szervezethez kapcsolódó új ellenőrzési feladatokkal együtt fogják elvégezni. Eddig még nem került sor semmilyen nyomon követő intézkedésre, mivel a jelentés jóváhagyása óta csak rövid idő telt el.

Várható hatás

413 A MUFACE főigazgatója 2018. március 27-én több szervezeti, eljárási és szabályozási módosítás megvalósításáról tájékoztatta a spanyol számvevőszéket:

- az egészségügyi megállapodás módosítása;
- a feladatok átruházásáról szóló, 2012. május 23-i állásfoglalás módosítása;
- a kiadásokkal, fizetésekkel, pénzügyi ellenőrzéssel és elszámolással kapcsolatos MUFACE-specifikus számviteli szabályok átalakítása;
- az ellenőrzéseket megerősítették, rendszeres keresztellenőrzéseket végeznek a tagok adatbázisaiban, különös tekintettel a kedvezményezettekre és a tulajdonosokra;
- 2018-ban létre fognak hozni egy külön számítógépes alkalmazást a gyógyszerkifizetések kezelésére;

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Költségvetési fenntarthatóság és egyéb pénzügyi vonatkozások

157

- o intézkedéseket hoztak a hepatitis C gyógyszerek finanszírozása kapcsán a kórházaknak teljesített túlfizetések visszafizettetése érdekében;
- o egy elektronikus gyógyszerfelírási rendszer megvalósítása, a gyógyszerek túlfogyasztása tekintetében a felderítő és a megelőző ellenőrzések bővítése, megfelelő intézkedések elfogadása a vénák helyes kezelése érdekében.

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Költségvetési fenntarthatóság és egyéb pénzügyi vonatkozások

158



Szlovákia

Najvyšší kontrolný úrad

Slovenskej republiky

Közpénzügyek és az egészségügyi létesítmények
tulajdonosi szerkezete

Áttekintés

414 Ellenőrzése során a szlovák legfőbb ellenőrző intézmény a közpénzügyeknek, valamint az egészségügyi létesítmények ingatlanjainak a jogszabályoknak való megfelelését értékelte.

415 Az ellenőrzés a 2011–2015-ös időszakot ölelte fel, de egyes vizsgált tények objektív értékeléséhez más éveket is figyelembe vettek.

Hogyan hajtották végre az ellenőrzést

416 A fő ellenőrzési kérdések a következők voltak:

- Reális volt-e az ellenőrzött szervezet költségvetése?
- Követték-e a költségvetési egyensúly elvét?
- Milyen volt az egyes egészségügyi intézmények pénzügyi állapota?
- Kifizették-e az ellenőrzött szervezetek kötelezettségeit?
- Beruházott-e az ellenőrzött szervezet új orvosi berendezések beszerzésébe, és készültek-e beruházási tervek?
- Átlátható és megkülönböztetésmentes volt-e a közbeszerzés, és betartották-e a gazdaságosság és a hatékonyság elvét?

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Költségvetési fenntarthatóság és egyéb pénzügyi vonatkozások

159

- Fennállnak-e különbségek az egyes ellenőrzött területeken az egészségügyi létesítmények típusában (a tulajdon szempontjából)?

417 A fő ellenőrzött szervek kórházak és egészségügyi intézmények voltak, köztük 22 közlétesítmény (14 állami és 8 önkormányzati szervezet), 10 olyan szervezet, amelyet egyéb típusú szervezetté alakítottak át (vegyesvállalat, korlátolt felelősségű társaság, nonprofit szervezet) és 6 magánszervezet.

418 Az ellenőrzési módszertan dokumentumok áttekintését, interjúkat, összehasonlító teljesítményértékelést és statisztikai adatok elemzését foglalta magában.

A főbb észrevételek

419 Számos megállapítás az egészségügyi létesítmények valamennyi típusára vonatkozott (állami, önkormányzati, átalakított és magán), ám egyes területeken jelentősen eltértek a gazdálkodási megközelítések.

- A költségvetés-készítés és a költségvetések jóváhagyásának folyamata az állami és önkormányzati létesítményeknél nem volt realisztikus, mivel a korábbi években a gazdasági eredmény negatív volt. A költségvetések elégtelen minőségéért a költségvetéseket jóváhagyó és ellenőrző alapítók is bizonyos fokú felelősséggel tartoznak. Megállapítást nyert, hogy az átalakított és különösen a magánlétesítmények esetében jobb a költségvetési gazdálkodás és a vagyongazdálkodás megközelítése.
- Közvetlen kapcsolat állt fenn az irányítás szintje, a költségvetési források ellenőrzése és az elért gazdasági eredmények között. Az átalakított egészségügyi létesítmények és magánkórházak többségének gazdálkodása nyereséges volt (kivéve egy átalakított és egy magánkórház esetében).
- Az egészségügyi ellátás költségei nőttek, de ezeket a bevételek nem fedezték. Az ellenőrzött szervezetek jelentős összegű ki nem fizetett egészségügyi ellátásról számoltak be. A szlovák legfőbb ellenőrző intézmény úgy véli, hogy a kórházak eladósodottságának egyik fő oka, hogy az egészségbiztosítók nem fizetik ki az elismert egészségügyi ellátások egy részét.

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Költségvetési fenntarthatóság és egyéb pénzügyi vonatkozások

160

- Az ellenőrzött időszak (2011–2015) nem kevesebb mint egyharmada tekintetében a kötelezettségvállalások évről évre történő növekedését rögzítették.
- A közületi egészségügyi létesítményekben alacsony volt az orvostechnológiai beruházások mértéke, és ennek következtében emelkedtek a javítási és karbantartási költségek. Emellett nem volt semmilyen beruházási terv.
- A közbeszerzés területén hiányosságokat állapítottak meg a pályázók megkülönböztetését, egyes pályázók információs előnyét, az orvosi berendezések beszerzésének építési munkákkal való összekapcsolását, vélelmezhető összejátszást és vélelmezhető túlárazást illetően. A magánlétesítményekben a beszerzett orvosi berendezések ára lényegesen alacsonyabb volt, mint a más tulajdoni formában működő létesítményeknél.
- Az állami és önkormányzati egészségügyi létesítményekben több előnytelen szolgáltatási szerződést kötöttek.
- Az e-egészségügy és a diagnózis szerinti csoportok célkitűzéseit nem sikerült maradéktalanul megvalósítani.

Ajánlások

420 A szlovák legfőbb ellenőrző intézmény által a feltárt hiányosságok orvoslása és az államháztartási gazdálkodás és az egészségügyi létesítmények vagyonával való gazdálkodás javítása érdekében tett ajánlások főként a pénzügyi és dologi kiadások irányítását és ellenőrzését, a paraméterek optimalizálása érdekében a jelentéstétel és nyilvántartás egységesítését és az orvosi berendezések központosított beszerzésének lehetőségét érintették.

Közzététel és hasznosulásvizsgálat

421 A jelentést elküldték a Szlovák Köztársaság elnökének, a Szlovák Köztársaság Nemzeti Tanácsa elnökének, két parlamenti bizottságnak és a Szlovák Köztársaság miniszterelnökének. Az eredményeket elküldték a Szlovák Köztársaság Monopólium-ellenes

III. RÉSZ. A legfőbb ellenőrző intézmények jelentései dióhéjban

Költségvetési fenntarthatóság és egyéb pénzügyi vonatkozások

161

Hivatalának, az Egészségügyi Ellátás Felügyeletéért Felelős Hivatalnak, a Közbeszerzési Hivatalnak, a Szlovák Köztársaság Egészségügyi Minisztériumának, a Szlovák Köztársaság Főügyészi Hivatalának és a Nemzeti Bűnügyi Ügynökségnek is. Az ellenőrzés eredményeit ismertették a sajtóval, a rádióval és a televíziós médiával.

422 A szlovák legfőbb ellenőrző intézményről szóló törvény szerint az ellenőrzött kórházak, illetve egészségügyi létesítmények kötelesek intézkedéseket hozni a feltárt hiányosságok orvoslása érdekében, és ezeket bizonyos határidőig benyújtani a legfőbb ellenőrző intézménynek. Az ellenőrzött szervezetek összesen 168 intézkedést fogadtak el, amelyek közül 122 intézkedést közületi, 41 intézkedést átalakított, 5 intézkedést pedig magán egészségügyi létesítmények hoztak meg.

423 Az ellenőrzött szervezetek e törvénnyel összhangban írásbeli jelentést nyújtottak be a szlovák legfőbb ellenőrző intézménynek a feltárt hiányosságok orvoslását célzó intézkedések végrehajtásának helyzetéről. A benyújtott jelentések szerint a legfőbb ellenőrző intézmény figyelemmel kísérte a bevezetett intézkedések végrehajtását és további eljárásokat javasolt (pl. az intézkedések végrehajtásának további figyelemmel kísérése, az intézkedések végrehajtásának ellenőrzése valamely meghatározott ellenőrzött szervezetnél stb.).

Várható hatás

424 Az ellenőrzés eredményei a következőket érhetik el:

- o szervezeti/eljárási változások a Szlovák Köztársaság Egészségügyi Minisztériumánál az alárendelt szervezetek irányítása terén, valamint az állami egészségügyi létesítmények költségvetésének megállapítása és jóváhagyása, illetve ezeknek az egészségbiztosítókkal való kapcsolata terén;
- o az új orvostechikai eszközökre való beruházásra vonatkozó döntés felülvizsgálata;
- o az orvosi berendezések központi beszerzését biztosító eljárások;
- o más rendszerszintű változtatások az egészségpolitika végrehajtásában.

A részt vevő uniós legfőbb ellenőrző intézmények által 2014 óta elvégzett közegészségügyi vonatkozású ellenőrzések

425 Ez a felsorolás az uniós legfőbb ellenőrző intézmények azon ellenőrzési munkáiról nyújt áttekintést, amelyek – részben vagy teljes egészében – a közegészségügy területét érintették. Az adott ellenőrzést illetően további információk az érintett legfőbb ellenőrző intézménytől kérhetők.

Ausztria

- Qualitätssicherung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte [*Minőségbiztosítás a független orvosok számára*] – Bund 2018/37 (2018)

Belgium

- Vlaams preventief gezondheidsbeleid – Evaluatie van het uitvoeringslandschap [*A flamand megelőző egészségpolitika: a szakpolitika teljesítményének értékelése*]

Bulgária

- Ефективност на системата на психиатричното обслужване (одитът да бъде завършен и публикуван през 2020) [*A pszichológiai ellátó rendszer eredményessége, várható befejezés és közzététel: 2020*]
- Електронно здравеопазване (2017) [*E-egészségügy, közzététel: 2017*]
- Дейност на Центъра за асистирана репродукция (2017) [*Az Asszisztált Reprodukciós Központ munkája, közzététel: 2017*]
- Одит за съответствие при финансовото управление на Изпълнителна агенция по лекарствата за периода (2016) [*A Gyógyszerügyi Végrehajtó Ügynökség pénzgazdálkodásának szabályszerűségi ellenőrzése, közzététel: 2016*]

- Одит за съответствие при финансовото управление на Министерството на здравеопазването (2016) [*Az Egészségügyi Minisztérium pénzgazdálkodásának szabályszerűségi ellenőrzése, közzététel: 2016*]
- Ефективност на контрола върху дейностите по профилактика и диспансеризация на задължително здравноосигурените лица в РБ на възраст до 18 (2016) [*A kötelező egészségbiztosítás keretében végzett, kiskorúakra irányuló megelőző egészségügyi és orvosi felülvizsgálat eredményessége Bulgáriában, közzététel: 2016*]
- Дейност по оказване на спешна медицинска помощ (2015) [*A sürgősségi ellátó szolgálatok munkája, közzététel: 2015*]
- Механизъм за договаряне на изпълнението на болнична помощ (2014) [*Tárgyalási mechanizmusok a kórházi ápolás megvalósításával kapcsolatban, közzététel: 2014*]
- Одит на изпълнението на проекти, реализирани от Министерството на здравеопазването по Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси” (2014) [*Az Egészségügyi Minisztérium által a „Humánerőforrás-fejlesztés” operatív program keretében megvalósított projektek teljesítmény-ellenőrzése, közzététel: 2014*]

Cseh Köztársaság

- 18/14. sz.: Prostředky vybírané na základě zákona ve prospěch Vojenské zdravotní pojišťovny České republiky [*A törvény alapján a Cseh Köztársaság Katonai Egészségbiztosító Társaságának a javára gyűjtött források*]
- 18/13. sz.: Závěrečný účet kapitoly státního rozpočtu Ministerstva zdravotnictví za rok 2017, účetní závěrka Ministerstva zdravotnictví za rok 2017 a údaje předkládané Ministerstvem zdravotnictví pro hodnocení plnění státního rozpočtu za rok 2017 [*Az állami költségvetés Egészségügyi Minisztériumot érintő fejezeteinek a 2017. évre vonatkozó záró számlái, az Egészségügyi Minisztérium 2017. évi pénzügyi kimutatásai, valamint az Egészségügyi Minisztérium által az állami költségvetés 2017. évi teljesítésének értékelése céljából benyújtott adatok*]
- 18/11. sz.: Peněžní prostředky státu určené na podporu rozvoje a obnovy materiálně technické základny regionálního zdravotnictví [*A regionális egészségügyi ellátás*

anyagi-technikai bázisa fejlesztésének és megújításának támogatására szánt állami források]

- 17/19. sz.: Peněžní prostředky vynakládáné vybranými fakultními nemocnicemi na úhradu nákladů z činnosti [*Kiválasztott kórházak által költségtérítésre költött források*]
- 17/14. sz.: Majetek a peněžní prostředky státu, se kterými je příslušná hospodařit příspěvková organizace Národní ústav duševního zdraví [*A Nemzeti Mentális Egészségügyi Intézet kezelésében lévő állami eszközök és források*]
- 17/13. sz.: Majetek a peněžní prostředky státu, se kterými je příslušná hospodařit příspěvková organizace Státní zdravotní ústav [*A Nemzeti Egészségügyi Intézet kezelésében lévő állami eszközök és források*]
- 17/03. sz.: Zdravotnické informační systémy ve správě organizačních složek resortu zdravotnictví [*Az Egészségügyi Minisztérium szervezeti egységei által igazgatott egészségügyi információs rendszerek*]
- 16/28. sz.: Peněžní prostředky vynakládáné vybranými nemocnicemi na úhradu nákladů z činnosti [*A kiválasztott kórházak által a tevékenységeik költségeinek fedezésére elköltött pénzüsszegek*]
- 16/18. sz.: Majetek a peněžní prostředky státu, se kterými je příslušný hospodařit Státní ústav pro kontrolu léčiv [*A Kábítószer-ellenőrzési Állami Intézet által kezelt állami eszközök és források*]

Dánia

- Beretning om lægemiddelanbefalinger (2019) [*Jelentés a gyógyszeres kezelésre vonatkozó ajánlásokról, közzététel: 2019*]
- Beretning om forskelle i behandlingskvaliteten på sygehusene (2019) [*Jelentés az ellátás minőségének eltéréseiről a dán kórházak körében, közzététel: 2019*]
- Beretning om rettidigheden i indsatsen over for kræftpatienter (2018) [*Jelentés a rákbetegek onkológiai szolgáltatásokhoz való hozzáféréséről, közzététel: 2018*]

- Beretning om forløbet for flygtninge med traumer (2018) [*Jelentés a traumán átesett menekültek lehetőségeiről, közzététel: 2018*]
- Beretning om udredningsretten (2018) [*Jelentés a betegek gyors kivizsgáláshoz való jogáról, közzététel: 2018*]
- Beretning om Sundhedsplatformen (2018) [*Jelentés az egészségügyi platformokról, közzététel: 2018*]
- Beretning om salget af Statens Serum Instituts vaccineproduktion(2018) [*Jelentés az állami tulajdonban lévő Serum Institut oltóanyag-termelésének értékesítéséről, közzététel: 2018*]
- Beretning om forebyggelse af hospitalsinfektioner (2017) [*Jelentés a kórházban szerzett fertőzések megelőzéséről, közzététel: 2017*]
- Beretning om 3 regioners beskyttelse af adgangen til it-systemer og sundhedsdata (2017) [*Jelentés az informatikai rendszerek és az egészségügyi adatok védelméről három dán régióban, közzététel: 2017*]
- Beretning om Region Hovedstadens akuttelefons 1813 (2017) [*Jelentés a Dánia fővárosi régiója által létrehozott 1813-as orvosi segélyvonalról, közzététel: 2017*]
- Beretning om Beskæftigelsesministeriets data om ressourceforløb (2017) [*Jelentés a Foglalkoztatási Minisztérium erőforrásprogramokra vonatkozó adatairól, közzététel: 2017*]
- Beretning om indsatsen over for patienter med hjerneskade (2016) [*Jelentés a szerzett agysérülésben szenvedő betegekre irányuló erőfeszítésekről, közzététel: 2016*]
- Beretning om hospitalslægers bibeskæftigelse (2016) [*Jelentés a kórházi orvosok kettős praktizálásáról, közzététel: 2016*]
- Beretning om regionernes styring af ambulant behandling af voksne patienter med psykiske lidelser (2016) [*Jelentés a mentális betegségben szenvedő felnőtt betegek járóbeteg-ellátás keretében történő kezelésének dán régiók általi irányításáról, közzététel: 2016*]

- Beretning om Patientombuddets arbejde med utilsigtede hændelser (2015) [*Jelentés a betegjogi ombudsman betegbiztonsági incidensekkel kapcsolatos munkájáról, közzététel: 2015*]
- Beretning om Fødevareministeriets indsats mod husdyr-MRSA (2015) [*Jelentés az Élelmiszerügyi Minisztériumnak az állatállományhoz köthető LA-MRSA leküzdése érdekében tett erőfeszítéseiről, közzététel: 2015*]
- Beretning om hospitalernes brug af personaleresurser (2015) [*Jelentés a személyzeti erőforrások igénybevételéről a dán kórházakban, közzététel: 2015*]
- Beretning om forskningsmidler på hospitalerne (2015) [*Jelentés a külső kutatási forrásokról a dán kórházakban, közzététel: 2015*]
- Beretning om second opinion-ordningen (2014) [*Jelentés a második véleményre vonatkozó programról, közzététel: 2014*]
- Beretning om problemerne med at udvikle og implementere Fælles Medicinkort (2014) [*Jelentés a digitális alapú megosztott gyógyszeres kezelési nyilvántartás fejlesztésével és végrehajtásával kapcsolatos problémákról, közzététel: 2014*]
- Beretning om indsatsen for at få sygemeldte tilbage i arbejde (2014) [*Jelentés a betegállományban lévők munkába való visszatérésének segítése érdekében tett erőfeszítésekről, közzététel: 2014*]
- Beretning om kvindekrisecentre (2014) [*Jelentés a nők számára létrehozott menedékotthonokról, közzététel: 2014*]
- Beretning om regionernes præhospital indsats (2014) [*Jelentés a régiók által nyújtott, kórházi ellátást megelőző ellátásról, közzététel: 2014*]

Észtország

- E-tervise ülevaade (2019) [*Az e-egészségügy áttekintése, közzététel: 2019*]
- Erakorraline meditsiin (2018) [*Sürgősségi ellátás, közzététel: 2018*]
- Riigi tegevus laste tervise hoidmisel ja ravimisel (2016) [*Állami fellépés a gyermekek egészsége és orvosi kezelése területén, közzététel: 2016*]

- Riigi tegevus tervishoiu järelevalve korraldamisel ja kvaliteedi hindamisel (lõppes märgukirjaga) (2015) [*Állami tevékenységek az egészségügyi felügyelet és a minőségértékelés szervezésében (felszólító levéllel lezárva), közzététel: 2015*]
- Riigi tegevus iseseisva õendusabi korraldamisel (2015) [*Állami fellépés a független betegápolás szervezése területén, közzététel: 2015*]
- Riigi tegevus e-tervise rakendamisel (2014) [*Állami tevékenységek az e-egészségügyi rendszer bevezetése során, közzététel: 2014*]

Finnország

- Ohjauksen vaikutus ensihoitopalvelun toimivuuteen [*Az irányítás hatása a sürgősségi orvosi szolgáltatások működésére*], teljesítmény-ellenőrzés, 2019
- Asiakkaan lasten huomioiminen aikuisten mielenterveyspalveluissa [*Az ügyfelek gyermekeinek figyelembevétele a felnőtteknek nyújtott mentális egészségügyi szolgáltatások során*], teljesítmény-ellenőrzés, 2018
- Sosiaalimenojen kehitysarviot [*A társadalombiztosítási kiadások trendjeinek előrejelzése*], felülvizsgálat, 2017
- Lasten mielenterveysongelmien ehkäisy ja hyvinvoinnin tukeminen kouluterveydenhuollossa [*A gyermekek mentális egészségügyi problémáinak megelőzése és jóllétük támogatása az iskolai egészségügyi szolgáltatások révén*], felülvizsgálat, 2017
- Paljon palveluja tarvitsevat ja käyttävät asiakkaat perusterveydenhuollossa [*Az alapvető egészségügyi szolgáltatások gyakori igénybevevői*], teljesítmény-ellenőrzés, 2017
- Työnjaon kehittäminen sosiaali- ja terveydenhuollossa [*A munkamegosztás fejlesztése a szociális jóléti és egészségügyi ágazatban*], teljesítmény-ellenőrzés, 2016
- Teknisten apuvälineiden hyödyntäminen kotiin annettavissa vanhuspalveluissa [*Technikai segítő berendezések használata az idősebbeknek az otthonápolás során*], teljesítmény-ellenőrzés, 2015

- Pienhiukkasten terveys- ja kustannusvaikutusten huomioonottaminen strategioiden valmistelussa [A finomrészecskék egészségügyi és költséget érintő hatásainak figyelembevétele a stratégiák előkészítése során], teljesítmény-ellenőrzés, 2015

Franciaország

- Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (2019) [Jelentés a társadalombiztosítás finanszírozásáról szóló törvények végrehajtásáról, közzététel: 2019]
- La politique de prévention des infections associées aux soins: une nouvelle étape à franchir (2019) [Az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések megelőzését célzó szakpolitika: új lépés előre, közzététel: 2019]
- La politique de prévention et de prise en charge du VIH en France depuis 2010 (2019)[A HIV megelőzésének és kezelésének szakpolitikája Franciaországban 2010 óta, közzététel: 2019]
- Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2018, chapitre VI La lutte contre les maladies cardio-neurovasculaires: une priorité à donner à la prévention et à la qualité des soins (2018) [Jelentés a társadalombiztosítás finanszírozásáról szóló törvények végrehajtásáról, 2018. október, VI. fejezet: Küzdelem a kardio-neurovaszkuláris megbetegedések ellen: a megelőzésnek és az ellátás minőségének kell prioritást kapnia, közzététel: 2018]
- Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2018, chapitre VII Les soins visuels: une prise en charge à réorganiser (2018) [Jelentés a társadalombiztosítás finanszírozásáról szóló törvények végrehajtásáról, 2018. október, VII. fejezet: Szemészeti ellátás: átszervezés szükséges, közzététel: 2018]
- Le rôle des centres hospitaliers universitaires (CHU) dans le système de santé (2018) [Az egyetemi kórházak szerepe (CHU) a francia egészségügyi rendszerben, közzététel: 2018]
- L'avenir de l'assurance maladie (2017) [Az egészségbiztosítás jövője, közzététel: 2017]
- Les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool (2016) [A káros alkoholfogyasztás kezelésére szolgáló szakpolitikák, közzététel: 2016]

Görögország

- Οριζόντιος θεματικός έλεγχος στις ληξιπρόθεσμες υποχρεώσεις του Κράτους και ειδικότερα, μεταξύ άλλων, έξι νοσοκομείων, του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ) και μίας περιφερειακής διοίκησης υγείας (1η Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής). [*Horizontális tematikus ellenőrzés az állam kórházakkal, a Nemzeti Egészségügyi Szolgáltató Szervezettel (EOPYY) és egy regionális egészségügyi igazgatósággal kapcsolatos hátralékaira vonatkozóan*](2018)

Írország

- Managing elective day surgery [*Az elektív egynapos sebészeti ellátások lebonyolítása*] (2014)

Lengyelország

- System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian (megainformacja) [*Lengyelország egészségügyi rendszere: mi a jelenlegi helyzet, és hogyan kellene változnia (összefoglaló jelentés)*] (2019)
- Dostępność refundowanych wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie i bezpieczeństwo ich stosowania [*A kölcsönözhető támogatott orvostechnikai eszközök rendelkezésre állása és biztonsága*] (2019)
- Funkcjonowanie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej [*A kórházi alapellátás működése*] (2019)
- Bezpieczeństwo pacjentów przy stosowaniu antybiotykoterapii w szpitalach [*A betegek biztonságának biztosítása a kórházakban végzett antibiotikumkezelések alatt*] (2019)
- Wsparcie osób z autyzmem i zespołem Aspergera w przygotowaniu do samodzielnego funkcjonowania [*Támogatás az autisták és Asperger-szindrómával élők számára az önálló életre való felkészülés során*] (2019)
- Zapewnienie opieki paliatywnej i hospicyjnej [*A palliatív és hospice-ellátás biztosítása*] (2019)

- Pomoc państwa realizowana w formie środowiskowych domów samopomocy udzielana osobom z zaburzeniami psychicznymi [*Állami finansírozású közösségi önsegítő központok a pszichiátriai zavarokban szenvedők számára*] (2019)
- Wdrożenie przez podmioty lecznicze regulacji dotyczących ochrony danych osobowych [*Az adatvédelmi rendelkezések egészségügyi intézmények általi betartása*] (2019)
- Profilaktyka uzależnień od alkoholu i narkotyków [*Az alkohol- és kábítószer-függőség megelőzése*] (2019)
- Dostępność leczenia psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży [*Pszichiátriai kezelés rendelkezésre állása a gyermekek és fiatalok számára*] (2019)
- Działania podejmowane przez wojewodę wobec placówek udzielających całodobowej opieki bez wymaganego zezwolenia [*A vajdasági kormányzó fellépése a szükséges jóváhagyás nélkül 24 órás ellátást nyújtó létesítményekkel szemben*] (2019)
- Podlaski System Informacyjny e-Zdrowie [*Podlaskie vajdaság e-egészségügyi információs rendszere*] (2018)
- Profilaktyka i leczenie cukrzycy typu 2 [*A 2-es típusú diabétesz megelőzése és kezelése*] (2018)
- Tworzenie map potrzeb zdrowotnych [*Az egészségügyi szükségletek feltérképezése*] (2018)
- Żywienie pacjentów w szpitalach [*A betegek étkeztetése a kórházakban*] (2018)
- Funkcjonowanie aptek szpitalnych i działów farmacji szpitalnej [*A kórházi gyógyszerárak és a kórházi gyógyszerári egységek működése*] (2018)
- Dostępność świadczeń ginekologiczno-położniczych finansowanych ze środków publicznych na terenach wiejskich [*Az állami finansírozású nőgyógyászati és szülészeti ellátás rendelkezésre állása a vidéki területeken*] (2018)
- Zapobieganie i leczenie depresji [*A depresszió megelőzése és kezelése*] (2018)
- Opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym [*Egészségügyi szolgáltatások iskolás gyermekek és serdülők részére*] (2018)

- Zakażenia w podmiotach leczniczych [*Egészségügyi intézményekben szerzett fertőzések*] (2018)
- Ochrona intymności i godności pacjentów w szpitalach [*A betegek magánéletének és méltóságának védelme a kórházakban*] (2018)
- Bezpieczeństwo badań genetycznych [*A genetikai vizsgálatok biztonsága*] (2018)
- Działalność organów państwa na rzecz zapewnienia dostępności produktów leczniczych [*A nemzeti hatóságok fellépése a gyógyszerek rendelkezésre állásának biztosítása érdekében*] (2018)
- Realizacja strategicznego programu badań naukowych „Profilaktyka i leczenie chorób cywilizacyjnych” – STRATEGMED [*A „Civilizációs megbetegedések megelőzése és kezelése” stratégiai kutatási program — STRATEGMED – végrehajtása*] (2018)
- Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2017 roku [*A Nemzeti Egészségügyi Alap teljesítménye 2017-ben*] (2018)
- Pozasądowe dochodzenie roszczeń przez pacjentów [*Peren kívüli megegyezések a betegek számára*] (2018)
- Finansowanie i realizacja „Programu inwestycji rozwojowych i modernizacyjnych w szpitalach wojewódzkich na lata 2009–2016” w województwie kujawsko-pomorskim [*A 2009–2016-os kórházfejlesztési és korszerűsítési beruházási program finanszírozása és végrehajtása Kujávia-Pomeránia vajdaságban*] (2018)
- Nadzór nad obrotem i stosowaniem produktów zawierających substancje anaboliczne, hormonalne, odurzające i psychotropowe w leczeniu zwierząt, w tym towarzyszących [*Az anabolikus, hormonális, narkotikus és pszichotróp anyagokat tartalmazó termékek és a társuló termékek értékesítésének és felhasználásának nyomon követése az állatok kezelése során*] (2018)
- Wykorzystywanie naturalnych surowców leczniczych w lecznictwie uzdrowiskowym [*A természetes gyógyszerészeti nyersanyagok felhasználása a termálfürdőkben alkalmazott kezelések során*] (2018)
- Dostępność i efekty leczenia nowotworów [*A rákterápiák rendelkezésre állása és eredményei*] (2017)

- Przeciwdziałanie sprzedaży dopalaczy [*Fellépés a legális kábítószeres értékesítésének visszaszorítása érdekében*] (2017)
- Realizacja programów wczesnego wykrywania raka piersi oraz raka szyjki macicy w województwie lubelskim [*A mell- és az agydaganatok korai felismerését szolgáló programok végrehajtása Lublin vajdaságban*] (2017)
- Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia [*Megelőző kezelés az egészségügyi rendszerben*] (2017)
- Realizacja zadań Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego [*A mentális egészség védelmét célzó nemzeti program teljesítménye*] (2017)
- Dostępność i finansowanie diagnostyki laboratoryjnej [*A laboratóriumi diagnosztika rendelkezésre állása és finanszírozása*] (2017)
- Przygotowanie i wdrażanie pakietu onkologicznego [*Az onkológiai csomag előkészítése és végrehajtása*] (2017)
- Opieka nad osobami chorymi na chorobę Alzheimera oraz wsparcie dla ich rodzin [*Alzheimer-kóros betegek ellátása és támogatás nyújtása az érintett családok számára*] (2017)
- Profilaktyka stomatologiczna dzieci i młodzieży w województwie lubelskim [*Megelőző jellegű fogászati kezelés gyermekek és fiatalok számára Lublin vajdaságban*] (2017)
- Respektowanie praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej [*A betegjogok tiszteletben tartása a határokon átnyúló egészségügyi ellátásban*] (2017)
- Dostępność terapii przeciwbólowej [*A fájdalomcsillapító kezelések rendelkezésre állása*] (2017)
- Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2016 roku [*A Nemzeti Egészségügyi Alap teljesítménye 2016-ban*] (2017)
- Realizacja zadań związanych z zapewnieniem pracownikom badań profilaktycznych [*A munkavállalók megelőző orvosi ellenőrzéseinek végzésével kapcsolatos feladatok ellátása*] (2017)

- Realizacja świadczeń zdrowotnych z zakresu kardiologii przez publiczne i niepubliczne podmioty lecznicze [*Kardiológiai ellátás állami és magán egészségügyi intézmények általi biztosítása*] (2016)
- Kształcenie i przygotowanie zawodowe kadr medycznych [*Az orvosi személyzet képzése és szakmai fejlesztése*] (2016)
- Tworzenie i udostępnianie dokumentacji medycznej [*Egészségügyi dokumentációk létrehozása és megosztása*] (2016)
- Dostępność profilaktyki i leczenia chorób układu oddechowego [*A légzőszervi megbetegedések megelőzése és a kezeléséhez való hozzáférés*] (2016)
- Realizacja programów polityki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego [*Egészségpolitikai programok helyi önkormányzati szervek általi végrehajtása*] (2016)
- Opieka okołoporodowa na oddziałach położniczych [*Újszülött-gondozás a szülészeti osztályokon*] (2016)
- Korzystanie z usług zewnętrznych przez szpitale publiczne [*Külső szolgáltatások állami kórházak általi igénybevétele*] (2016)
- Przygotowanie szpitali do leczenia pacjentów z udarem mózgu [*A kórházak felkészültsége a stroke betegek ellátására*] (2016)
- Badania prenatalne w Polsce [*Szülést megelőző vizsgálatok Lengyelországban*] (2016)
- System szczepień ochronnych dzieci [*A gyermekkori oltások rendszere*] (2016)
- Restrukturyzacja wybranych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej korzystających z pomocy ze środków publicznych [*Kiválasztott független, állami finansírozású egészségügyi létesítmények átszervezése*] (2016)
- Wykonywanie przez Państwową Inspekcję Farmaceutyczną zadań określonych w ustawie Prawo farmaceutyczne [*A gyógyszererekről szóló törvényben a Nemzeti Gyógyszerfelügyelet számára előírt feladatok teljesítése*] (2016)
- Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2015 r [*A Nemzeti Egészségügyi Alap teljesítménye 2015-ben*] (2016)

Lettország

- Cilvēkresursi veselības aprūpē (2019) [*Emberi erőforrások az egészségügyben, közzététel: 2019*]
- Vai rehabilitācija ir pilnvērtīga veselības aprūpes pakalpojumu sastāvdaļa? (2019) [*„Az egészségügyi ellátás teljes értékű része-e a rehabilitáció?” közzététel: 2019*]
- Vai ambulatorā veselības aprūpes sistēma Latvijā ir pilnveidojama? (2017) [*„Javítani lehet-e a lettországi járóbeteg-ellátási rendszert?” közzététel: 2017*]
- Vai ievēroti rezidentūras finansēšanas noteikumi? (2016) [*„Betartják-e a kórházi tartózkodás finanszírozására vonatkozó szabályokat?” közzététel: 2016*]
- Vai projekts „E-veselība Latvijā” ir solis pareizajā virzienā? (2015) [*„Megfelelő irányba tett lépés-e az »E-egészségügy Lettorságban« projekt?” közzététel: 2015*]

Litvánia

- Kaip vykdoma onkologinė sveikatos priežiūra (2014) [*Egészségügyi ellátás az onkológiában, közzététel: 2014*]
- Visuomenės sveikatos stiprinimo organizavimas savivaldybėse (2015) [*A közegészségügy megerősítésének szervezése a településeken, közzététel: 2015*]
- Ar užtikrinamas kompensuojamųjų generinių vaistų prieinamumas (2016) [*A kompenzációs generikus gyógyszerek rendelkezésre állásának biztosítása, közzététel: 2016*]
- Viešosioms sveikatos priežiūros įstaigoms perduoto valstybės turto valdymas (2017) [*A közegészségügyi létesítményekre átruházott állami tulajdon kezelése, közzététel: 2017*]
- Elektroninės sveikatos sistemos kūrimas (2017) [*Egy elektronikus egészségügyi rendszer kifejlesztése, közzététel: 2017*]
- Savižudybių prevencija ir postvencija (2017) [*Az öngyilkosság megelőzése és az öngyilkosság miatt gyászolók támogatása, közzététel: 2017*]

- Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybė: saugumas ir veiksmingumas (2018) [*A személyes egészségügyi szolgáltatások minősége: biztonság és eredményesség, közzététel: 2018*]
- Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir orientacija į pacientą (2018) [*Az egészségügyi szolgáltatások elérhetősége és a betegközpontúság, közzététel: 2018*]
- Sveikatos priežiūros sistemos vertinimas (2019) [*Az egészségügyi rendszer értékelése (állapotfelmérés), közzététel: 2019*]

Luxemburg

- Rapport spécial sur le financement public des investissements hospitaliers [*A kórházi beruházások állami finanszírozása*] (2019)

Magyarország

- A kórházak ellenőrzési tapasztalatait összegző elemzés (2019)

Málta

- Utóellenőrzés: A Nemzeti Ellenőrzési Hivatal utóellenőrzési jelentései, 2018–2018. október
 - General Practitioner Function – The Core of Primary Health Care [*A háziorvosi funkció – az alapellátás központi eleme*] (a jelentés 46–52. oldala)
 - An Analysis of the Pharmacy of Your Choice Scheme [*A „Választása szerinti gyógyszerérték” rendszer elemzése*] (a jelentés 71–81. oldala)
- Teljesítmény-ellenőrzés: A Strategic Overview of Mount Carmel Hospital [*A Mount Carmel Kórház stratégiai áttekintése*], 2018. július
- An Investigation of the Mater Dei Hospital Project [*A Mater Dei Kórház projektjének vizsgálata*], 2018. május
- Teljesítmény-ellenőrzés: Outpatient Waiting at Mater Dei Hospital [*A járóbetegek váróideje a Mater Dei Kórházban*], 2017. november

- Utóellenőrzés: A Nemzeti Ellenőrzési Hivatal utóellenőrzési jelentései, 2017, 2017. november
 - The Management of Elective Surgery Waiting Lists [*Az elektív sebészeti beavatkozások várólistáinak kezelése*] (a jelentés 69–77. oldala)
 - The Provision of Residential Long-Term Care for the Elderly through Contractual Arrangements with the Private Sector [*Tartós bentlakásos ápolás biztosítása idősek számára a magánszektorral kötött szerződések révén*] (a jelentés 78–87. oldala)
- Teljesítmény-ellenőrzés: Service Agreements between Government and Richmond Foundation Malta [*Szolgáltatási megállapodások a kormány és a Richmond Foundation Malta között*], 2016. szeptember
- Teljesítmény-ellenőrzés: The General Practitioner Function – The core of primary health care [*A háziorvosi funkció – az alapellátás központi eleme*], 2016. június
- Információtechnológiai ellenőrzés: Mater Dei Hospital [*A Mater Dei Kórház*] – 2016. május
- Teljesítmény-ellenőrzés: Service Agreements between Government and INSPIRE Foundation [*Szolgáltatási megállapodások a kormány és az INSPIRE Alapítvány között*], 2016. február
- Teljesítmény-ellenőrzés: Provision of residential long-term care for the elderly through contractual arrangements with the private sector [*Tartós bentlakásos ápolás biztosítása idősek számára a magánszektorral kötött szerződések révén*], 2015. április

Németország

- Prüfung der Krankenhausabrechnungen durch die Krankenkassen der gesetzlichen Krankenversicherung – Bericht an den Rechnungsprüfungsausschuss des Haushaltsausschusses des Deutschen Bundestages nach § 88 Abs. 2 BHO (6. Mai 2019) [*A kórházi kezelések kötelező egészségbiztosító társaságok általi elszámolásainak ellenőrzése – Jelentés a német Bundestag Ellenőrzési Bizottságának a német szövetségi költségvetési törvény 88. cikkének (2) bekezdésével összhangban (2019. május 6.)*]

- Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und der Telematikinfrastruktur – Bericht an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages nach § 88 Abs. 2 BHO (18. Januar 2019) [*Az e-egészségügyi kártya és a telematikai infrastruktúra bevezetése – Jelentés a német Bundestag Ellenőrzési Bizottságának a német szövetségi költségvetési törvény 88. cikkének (2) bekezdésével összhangban (2019. január 18.)*]
- Finanzierung der Versorgung mit Rettungsfahrten und Flugrettungstransporten – Bericht an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages nach § 88 Abs. 2 BHO (20. August 2018) [*A közúti és légi mentőjárművek rendelkezésére bocsátásának finanszírozása – Jelentés a német Bundestag Ellenőrzési Bizottságának a német szövetségi költségvetési törvény 88. cikkének (2) bekezdésével összhangban (2018. augusztus 20.)*]
- Krankenkassen und Krankenhäuser vereinbaren unzulässige pauschale Rechnungskürzungen in Millionenhöhe und umgehen Abrechnungsprüfungen – Bemerkungen 2018 [*Az egészségbiztosítók és a kórházak a számlák milliós nagyságrendű jogszerűtlen, általányszerű leírásáról állapotodnak meg és megkerülik az elszámolások ellenőrzéseit – 2018. évi észrevételek*]
- Steuervorteile für Tabakindustrie abschaffen – Bemerkungen 2017 [*A dohányipar adókedvezményeinek megszüntetése – 2017. évi észrevételek*]
- Nutzen kieferorthopädischer Behandlung muss endlich erforscht werden – Bemerkungen 2017 [*Egészségügyi kutatásra van szükség a fogszabályozási kezelés előnyeinek tanulmányozásához – 2017. évi észrevételek*]
- Haftpflichtversicherung für kassenärztliche Behandlungsfehler gesetzlich sicherstellen – Bemerkungen 2017 [*A kötelező biztosítási program keretében dolgozó orvosok általi hibás kezeléssel szembeni felelősségbiztosítások jogszabályban való előírása – 2017. évi észrevételek*]
- Hilfsmittelversorgung durch die Krankenkassen der Gesetzlichen Krankenversicherung – Bericht an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages nach § 88 Abs. 2 BHO (20. Juni 2016) [*Az orvosi segédeszközök kötelező egészségbiztosítók általi biztosítása – Jelentés a német Bundestag Ellenőrzési Bizottságának a német szövetségi költségvetési törvény 88. cikkének (2) bekezdésével összhangban (2016. június 20.)*]

- Erstattung von Reiseschutzimpfungen: Rechtsgrundlage noch zeitgemäß? – Bemerkungen 2015 [*Az utazáshoz kapcsolódó oltások térítése: szükséges-e a jogi keret frissítése? – 2015. évi észrevételek*]

Olaszország

- L'attuazione del programma straordinario di ristrutturazione edilizia e ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico [*A közegészségügyi intézmények ingatlanjainak épületfelújítására és technológiai korszerűsítésére irányuló rendkívüli program végrehajtása*] (2018)

Portugália

- Auditoria orientada às dívidas ao Instituto Português do Sangue e da Transplantação, I.P. [*A Portugál Hematológiai és Transzplantációs Intézet adósságaira irányuló ellenőrzés*] (2018)
- Auditoria às práticas de gestão no Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE, e no Centro Hospitalar de São João, EPE [*A CHLN (Észak-Lisszaboni Kórház) és a CHS João (São João Kórház) irányítási gyakorlatának ellenőrzése*] (2018)
- Auditoria à Conta Consolidada do Ministério da Saúde – Exercícios de 2015 e 2016 [*Az Egészségügyi Minisztérium konszolidált beszámolójának ellenőrzése – 2015. és 2016. pénzügyi év*] (2017)
- Auditoria orientada à situação financeira da SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE [*Az SPMS (az Egészségügyi Minisztérium megosztott szolgáltatásai) pénzügyi helyzetére irányuló ellenőrzés*] (2017)
- Auditoria ao Acesso a Cuidados de Saúde no Serviço Nacional de Saúde [*A Nemzeti Egészségügyi Szolgálat által biztosított egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés ellenőrzése*] (2017)
- Auditoria aos acordos celebrados entre a Administração Regional de Saúde do Norte, IP, e a Santa Casa da Misericórdia do Porto [*Az Északi Regionális Egészségügyi Hatóság és a portói Santa Casa da Misericórdia között megkötött megállapodások ellenőrzése*] (2017)

- o Auditoria à prestação de contas por entidades do Ministério da Saúde [Az Egészségügyi Minisztérium szervezeteinek elszámoltathatóságára irányuló ellenőrzés] (2017)
- o Auditoria Financeira ao Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE – Exercício de 2014 [A CHLN (Észak-Lisszaboni Kórház) pénzügyi ellenőrzése, 2014. évi pénzügyi év] (2017)
- o Auditoria à execução do Contrato de Gestão do Hospital de Braga em Parceria Público-Privada (PPP). [A Bragai Kórház köz-magán társulás keretében kötött gazdálkodási szerződése végrehajtásának ellenőrzése] (2016)
- o Auditoria orientada a procedimentos de contratação pública das unidades de saúde do setor empresarial do Estado. [Az állami tulajdonú vállalatokon belüli egészségügyi egységek közbeszerzési eljárásainak ellenőrzése] (2016)
- o Auditoria de Seguimento de Recomendações Formuladas no Relatório de Auditoria ao Desempenho de Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários [Az egészségügyi alapellátást nyújtó intézmények teljesítményéről készült ellenőrzési jelentésben megfogalmazott ajánlások hasznosulásának ellenőrzése] (2016)
- o Auditoria de resultados ao Serviço de Urgência do Centro Hospitalar do Algarve, EPE [Az Algarvei Kórház sürgősségi osztályára irányuló teljesítményellenőrzés] (2016)
- o Auditoria de Seguimento das Recomendações formuladas no Relatório de Auditoria ao Sistema de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas (Relatório n.º 12/2015 – 2ª Secção) [A közszolgálati munkavállalók társadalombiztosítási rendszeréről szóló ellenőrzési jelentésben (a 12/2015. sz. jelentés 2. része) megfogalmazott ajánlások hasznosulásának ellenőrzése] (2016)

Románia

- o Dezvoltarea infrastructurii de sănătate la nivel național, regional și local în vederea creșterii accesibilității la serviciile de sănătate [Az egészségügyi infrastruktúra fejlesztése a nemzeti, regionális és helyi szintű, egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés javítása céljából] (2017)

Spanyolország

- 1231.- Fiscalización sobre la gestión y control de las prestaciones farmacéuticas a cargo de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, ejercicio 2015 (28/09/2017) [*A gyógyszerészeti ellátások kezelése és ellenőrzése a Spanyol Általános Közszolgálati Kölcsönös Biztosító Társaság (MUFACE) által, 2015. évi költségvetési év, közzététel: 2017*]
- 1213.- Fiscalización sobre la gestión del buque sanitario y de apoyo logístico „Esperanza del Mar”, ejercicio 2015 (29/03/2017) [*Az „Esperanza del Mar” orvosi és logisztikai segítségnyújtó hajó irányításának ellenőrzése, 2015. évi költségvetési év, közzététel: 2017*]
- 1205.-Fiscalización sobre la gestión y control de las prestaciones farmacéuticas a cargo del Instituto Social de las Fuerzas Armadas, ejercicio 2015 (23/02/2017) [*A gyógyszerészeti ellátások Fegyveres Erők Társadalombiztosítási Intézete általi kezelésének és kontrolljának ellenőrzése, 2015. évi költségvetési év, közzététel: 2017*]
- 1200.- Fiscalización de la Fundación Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares Carlos III, ejercicio 2014 (26/01/2017) [*A III. Károly Nemzeti Központ a Kardiovaszkuláris Kutatásért Alapítvány ellenőrzése, 2014. évi költségvetési év, közzététel: 2017*]
- 1199.- Fiscalización sobre la gestión del buque sanitario y de apoyo logístico „Juan de la Cosa”, ejercicio 2015 (26/01/2017) [*A „Juan de la Cosa” orvosi és logisztikai segítségnyújtó hajó irányításának ellenőrzése, 2015. évi költségvetési év, közzététel: 2017*]
- 1185.- Fiscalización de la actividad económica desarrollada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en relación con el área farmacéutica, ejercicios 2014 y 2015 (19/12/2016) [*Az Egészségügyi, Szociális Szolgáltatási és Egyenlőségi Minisztérium által a gyógyszerekkel kapcsolatban végzett gazdasági tevékenységek ellenőrzése, 2014. évi és 2015. évi költségvetési év, közzététel: 2016*]
- 1167.- Fiscalización sobre la gestión y control de las prestaciones farmacéuticas a cargo de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, ejercicio 2015 (28/09/2016) [*A gyógyszerészeti ellátások Bírósági Általános Kölcsönös Biztosítási Program általi kezelésének és kontrolljának ellenőrzése, közzététel: 2017*]

1119.- Fiscalización sobre la gestión y el control efectuados por las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social en materia de asistencia sanitaria concertada con medios ajenos (26/11/2015) [A Nemzeti Biztosítási Rendszer munkabalesetekkel és foglalkozási megbetegedésekkel foglalkozó kölcsönös biztosítói gazdálkodási és kontrolltevékenységeinek ellenőrzése a külső erőforrásokkal szervezett orvosi segítségnyújtás tekintetében, közzététel: 2015]

Szlovákia

- Verejné financie a majetok zdravotníckych zariadení [Közpénzügyek és az egészségügyi létesítmények tulajdonosi szerkezete] (2017)

Szlovénia

- Obvladovanje debelosti otrok [A gyermekkori elhízás kezelése] (2018)

Európai Számvevőszék

- 7/2019. sz. különjelentés: A határokon átnyúló egészségügyi ellátásra irányuló uniós intézkedések: a jelentős célkitűzésekhez hatékonyabb irányításnak kell társulnia(2019)
- 28/2016. sz. különjelentés: A határokon áttérjedő súlyos egészségügyi veszélyek kezelése az Unióban: fontos kérdésekben előrelépés történt, de még sok a tennivaló (2016)

Mozaikszavak és rövidítések

ACA: Osztrák Számvevőszék

ANSM: a gyógyszerek és egészségügyi termékek biztonságáért felelős nemzeti ügynökség
(*Agence Nationale de Sécurité des Médicaments et des Produits de Santé*)

ARS: regionális egészségügyi ügynökségek (*agences régionales de santé*)

ATC: a gyógyszerek anatómiai, gyógyászati és kémiai osztályozási rendszere

BNAO: a bolgár nemzeti számvevőszék

BUH: Brnói Egyetemi Kórház

CMH: Központi Katonai Kórház

CNAM: Nemzeti Egészségbiztosítási Alap (*Caisse nationale d'assurance maladie*)

COPD: krónikus obstruktív légúti betegség

CPIAS: az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések ellenőrző központjai

CT: komputertomográfia

DG SANTE: Egészségügyi és Élelmiszerbiztonsági Főigazgatóság

DRG: diagnózis szerinti csoportok

EB: Európai Bizottság

ECHI: alapvető európai egészségügyi mutatók

EHF: észt e-egészségügyi alapítvány

ENSZ: az Egyesült Nemzetek Szervezete

EOPYY: görög nemzeti egészségügyi intézmény

ERN: európai referenciahálózat

ESBA: Európai Stratégiai Beruházási Alap

ESZA+: Európai Szociális Alap Plusz

ETK: finn nyugdíjközpont

EUMSZ: az Európai Unió működéséről szóló szerződés

GDP: bruttó hazai termék

GP: házi orvos

HAS: egészségügyi főhatóság (*Haute Autorité de santé*)

Héa: hozzáadottérték-adó

HSE: Egészségügyi Igazgatóság (*Health Service Executive*, Írország)

HTA: egészségügyi technológiaértékelés

IKT: információs és kommunikációs technológia

ISA: Információs Rendszerekért Felelős Hatóság (Észtország)

ISSAI: nemzetközi könyvvizsgálati standard

KPI: fő teljesítménymutató

MoD: Védelmi Minisztérium

MoH: Egészségügyi Minisztérium

MRI: mágnesesrezonancia-képalkotás

MUFACE: Spanyol Általános Közzolgálati Kölcsönös Biztosító Társaság (*Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado General*)

MUH: Motoli Egyetemi Kórház

NAO: nemzeti számvevőszék

NAOF: Finnország nemzeti számvevőszéke

NCPHA: Nemzeti Közegészségügyi és Elemzési Központ (Bulgária)

NFZ: Nemzeti Egészségügyi Alap (Lengyelország)

NHIF: Nemzeti Egészségbiztosítási Alap (Bulgária)

NIK: lengyel legfőbb ellenőrző hivatal (*Najwyższa Izba Kontroli w Polsce*)

OECD: Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet

ÖQMed: Osztrák Gyógyászati Minőségbiztosítási és Minőségirányítási Társaság
(*Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin*)

PGEU: az Európai Unió Gyógyszerészeti Csoportja

PHCD: Egészségügyi Alapellátási Minisztérium (*Primary Healthcare Department* – Málta)

PPP: a köz és a magánszféra közötti partnerség

PTD: Lengyel Diabétesz Társaság

RKKP: dán klinikai nyilvántartások

ROsP: a közegészségügyi célkitűzéseken alapuló díjazás (*Rémunération sur Objectifs de Santé Publique*)

SAI: legfőbb ellenőrző intézmény

SOME-modell: társadalombiztosítási kiadások elemzésének modellje

SOTE-reform: szociális és egészségügyi reform

VRIND: flamand regionális mutatók

WHO: Egészségügyi Világszervezet

Glosszárium

A határokon átnyúló egészségügyi ellátásról szóló uniós irányelv: azon irányelv, amelynek célja, hogy a határokon átívelően biztonságos és jó minőségű egészségügyi ellátást nyújtson az Unióban, ugyanolyan feltételekkel biztosítva a térítést külföldön, mint otthon.

Alapvető európai egészségügyi mutatók (ECHI): az uniós polgárok egészségi állapotának és az egészségügyi rendszerek teljesítményének a figyelemmel kísérésére szolgáló mutatókészlet.

Az egészségügyi ellátáshoz való általános hozzáférés: az egészségügyi szolgáltatások megfelelő időben, helyen és áron való elérhetősége.

Az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzés: olyan fertőzés, amely egy beteg egészségügyi szakember általi kezelése során fordul elő, a járóbeteg-ellátásban, egy szociális egészségügyi ellátó intézményben vagy egészségügyi intézményben.

Beveridge-modell: egy adókból finanszírozott állami egészségbiztosítási rendszer, amely rendszerint egyetemes lefedettséget biztosít, és a lakóhely vagy az állampolgárság elvén nyugszik.

Digitális egységes piac: olyan piac, amelyben biztosított a személyek, a szolgáltatások és a tőke szabad mozgása, és ahol az egyének és vállalkozások, állampolgárságuktól vagy lakóhelyüktől függetlenül akadálymentesen, a fogyasztó- és adatvédelmi szabályok messzemenő betartása és tisztességes versenyfeltételek mellett végezhetik internetes tevékenységeiket.

E-egészségügy: azon eszközök és szolgáltatások összessége, amelyek információs és kommunikációs technológiákat használnak a megelőzés, a diagnosztizálás, a kezelés, valamint az egészség nyomon követése vagy kezelése érdekében.

Egészségügyi technológiaértékelés (HTA): tudományos megközelítés az egészségügyi technológiák eredményességének értékelésére.

E-gyógyszerfelírás: a vények számítógéppel való előállítás, továbbítása és benyújtása.

Európai referenciahálózatok (ERN): Európa-szerte működő egészségügyi szolgáltatókból álló virtuális hálózatok, amelyek célja a rendkívül szakosodott kezelést, valamint az ismeretek és erőforrások összevonását igénylő összetett vagy ritka betegségek és kórképek megvitatásának megkönnyítése.

Európai Stratégiai Beruházási Alap (ESBA): az ESBA az EBB csoport – az Európai Beruházási Bank és az Európai Beruházási Alap – és az Európai Bizottság által közösen elindított kezdeményezés, amelynek célja az Unióban jelenleg fennálló beruházási hiány megszüntetésének elősegítése. Az ESBA az európai beruházási terv három pillérének egyike, amelynek célja a stratégiai projektekre irányuló beruházások élénkítése az egész kontinensen, biztosítva, hogy a pénzforrások eljussanak a reálgazdasághoz.

Európai szemeszter: a gazdaságpolitikák egész Európai Unióban való koordinálására szolgáló keret, amely lehetővé teszi az uniós országok számára, hogy megvitassák gazdasági és költségvetési terveiket, és az év során meghatározott időpontokban nyomon kövessék az előrehaladást.

Európai Szociális Alap Plusz (ESZA+) / strukturális alapok: az Európai Regionális Fejlesztési Alapból (ERFA) és az Európai Szociális Alapból (ESZA) álló uniós alapok. Tevékenységük révén ezek az alapok (a Kohéziós Alappal együtt) a 2007–2013-as programozási időszakban (2004-es árakon számítva) 308 milliárd euró értékben támogatták a regionális növekedést és a munkahelyteremtés ösztönzését.

Fenntartható fejlődés: az ENSZ Közgyűlése által 1987-ben elfogadott Brundlandt-jelentés szerint olyan fejlődés, amely úgy elégíti ki a jelen szükségleteit, hogy nem veszélyezteti a jövő nemzedékeinek a saját szükségleteik kielégítésére való képességét.

Horizont 2020: pénzügyi eszköz az Európa 2020 stratégia kiemelt kezdeményezésének, az Innovatív Uniónak a megvalósításához, amely Európa globális versenyképességét hivatott biztosítani.

Kezelhető halálozások: a haláleset eredményes és kellő időben biztosított egészségügyi ellátással elkerülhető lett volna.

Közegészségügy: a betegségek megelőzésének, az élet meghosszabbításának és az emberi egészség fejlesztésének tudománya, amely a társadalom szervezett erőfeszítése révén valósul meg.

Logos: helyi egészségügyi hálózatok (Belgium).

Megelőzhető halálozások: a haláleset a közegészségügy és a megelőzés révén elkerülhető lenne.

Szociális egészségbiztosítási rendszer (vagy Bismarck-modell): olyan egészségbiztosítási rendszer, amelyben az egészségügyi ellátást kötelező társadalombiztosítási hozzájárulásokból finanszírozzák.

Unió kohéziós politika: az a politika, amelynek célja, hogy a régiók fejlettségi szintjei közötti eltérés csökkentése révén erősítse a gazdasági és társadalmi kohéziót az Európai Unióban.

Vegyes egészségbiztosítási modell: az önkéntes biztosítási rendszerekből származó magánfinanszírozáson és közvetlen fizetéseken alapuló egészségbiztosítási rendszer.

VRIND (flamand regionális mutatók): a flamand kormány monitoringeszköze.

Kapcsolatba szeretne lépni az EU-val?

Személyesen

Az Európai Unió területén több Europe Direct információs központ is működik. Keresse meg az Önhöz legközelebb eső központot: https://europa.eu/european-union/contact_hu

Telefonon vagy e-mailben

A Europe Direct központok feladata, hogy megválaszolják a polgárok Európai Unióval kapcsolatos kérdéseit. Vegye igénybe a szolgáltatást

- az ingyenesen hívható telefonszámon: 00 800 6 7 8 9 10 11 (bizonyos szolgáltatók számíthatnak fel díjat a hívásért),
- a rendes díjszabású telefonszámon: (+32 2) 29-99-696, vagy
- e-mailen: https://europa.eu/european-union/contact_hu

Információkat keres az EU-ról?

Online

Az EUROPA portál tájékoztatással szolgál az Európai Unióról az EU összes hivatalos nyelvén: https://europa.eu/european-union/index_hu

Unió kiadványok

A következő címen uniós kiadványok tölthetők le/rendelhetők meg díjmentesen/fizetés ellenében: <https://publications.europa.eu/hu/publications>. Ha bizonyos ingyenes kiadványokból több példányra van szüksége, rendeljen a Europe Direct központtól vagy hazájának helyi információs központjától (lásd: https://europa.eu/european-union/contact_hu).

Unió jogszabályok és kapcsolódó dokumentumok

Az EUR-Lex portálról bármelyik hivatalos nyelven letölthetők az EU jogi tartalmai és az 1952-től megjelenő jogszabályai: <https://eur-lex.europa.eu>

Az EU által gondozott nyílt hozzáférésű adatok

A nyílt hozzáférésű adatok európai uniós portálja (<http://data.europa.eu/euodp/hu>) uniós adatkészletekhez biztosít hozzáférést. Az adatok kereskedelmi és nem kereskedelmi célból egyaránt díjmentesen letölthetők és felhasználhatók.

