

# Válogatás a HealthOnLine cikkeiből

---

2010/5



<http://www.eski.hu/hol>

Egészségügyi  
Stratégiai  
Kutatóintézet

---

2010. április 26.

---

## Válogatás a HealthOnLine cikkeiből

2010. április 26.

<b>EU egészségügy</b> .....	3
Eurobarométer a megbízhatóságról.....	3
Eurobarométer a sportolási szokásokról és fizikai aktivitásról .....	5
Az esélyegyenlőség megvalósítása az egészségügyben .....	6
<b>Egészségpolitika</b> .....	7
Az egészségügyi rendszer szerepe az egészségi állapotban jelentkező egyenlőtlenségek csökkentésében - Franciaország.....	7
Forrásallokációs irányelvek az elkerülhető egészségügyi egyenlőtlenségek csökkentésére az angol alapellátási trösztökben .....	9
Elfogadták a 2010-es szolgáltatási tervet Írországban.....	10
<b>Egészségügyi rendszerek működése</b> .....	12
Az Alzira-modell: PPP az Integrált Egészségügyi Szolgáltatások Szervezetében.....	12
Csehország: Új szív-és érrendszeri ellátórendszer.....	13
Egészségpolitika az elmúlt 20 évben: reformok és ellenreformok .....	14
2009-es változások a svájci egészségügyi rendszerben .....	17
Létrejön az NHS Global .....	19
Ausztria Minőségjegy a letelepedett orvosi praxisok körében.....	19
<b>Népegészségügy</b> .....	21
Az idősek és a fogyatékkal élők otthoni ellátásának támogatása.....	21
<b>Egészségügyi informatika</b> .....	22
Egyszerűsített országos betegnyilvántartási rendszer Hollandiában .....	22
<b>Humán erőforrás</b> .....	23
A magánorvosok helyzete Franciaországban .....	23
Új szabályozó testület a brit orvospérezésben.....	23
Az egészségügyi dolgozók nemzetközi migrációja .....	24
<b>Gyógyszerügy</b> .....	28
Új gyógyszer-tájékoztató szolgálat alakult Franciaországban.....	28
A receptdíj megszüntetése Skóciában egy éven belül.....	28

---

---

Egészségügyi reformok.....	29
Németország: feszültségek az újabb egészségügyi reformok miatt .....	29
Megalakult a 26 regionális egészségügyi hatóságból álló hálózat Franciaországban .....	30
Az amerikai egészségügyi reform indítása a kockázatközösségek létrehozásával .....	32
Az amerikai egészségügyi reformtörvény intézkedéseinek menetrendje.....	32
Egészségügyi statisztika .....	35
A termékenység későbbi életkorra való kitolódása .....	35
Egészségügyi Világszervezet (WHO) .....	36
Európai Immunizálási Hét, 2010. április 24 -május 1. ....	36

## EU egészségügy

### ***Eurobarométer a betegbiztonságról***

A betegbiztonságról szóló Eurobarométer-felmérést 2009 szeptemberében-októberében végezték el, és 2010 áprilisában publikálták. Az EU-tagállamokban becslések szerint a kórházba felvett betegek 8-12%-a szenved el valamilyen káresetet a kórházi kezelés során. Az Európai Betegségmegelőzési és Ellenőrzési Központ (ECDC) becslése szerint az egészségügyi ellátással összefüggésbe hozható fertőzések a kórházban kezelt betegek 5%-ánál fordulnak elő, ami évente 4,1 millió beteget jelent. Az ECDC becslése szerint évente 37 ezer haláleset történik a kórházi fertőzések miatt.

#### **A kórházi és nem kórházi ellátásban történő káresetek valószínűsége**

Az EU-27 tagországok válaszadóinak 50%-a tartja valószínűnek a kórházi káresetek előfordulását, a nem kórházi ellátásban történő káreseteket pedig 46%-uk. Görögországban, Cipruson és Lettországon volt a legmagasabb (70% fölött) azon válaszadók aránya, akik úgy vélik, hogy nagy a kórházi, illetve nem kórházi kezelés során történő káresetek valószínűsége, Ausztriában és Finnországban pedig a legalacsonyabb (28% alatt).

A magyar válaszadók 48%-a tartja valószínűnek a kórházi kezelés során bekövetkező káresetet, a nem kórházi ellátásban történő káreseteket pedig 43%.

#### **A káros esetek előfordulásának valószínűsége**

Az EU-27 országokban a válaszadók a kórházi fertőzések előfordulását tartják a leginkább valószínűnek (59%), amelyet a helytelen, elfelejtett vagy készt diagnózisok követnek (58%). A gyógykezeléssel/gyógyszereléssel kapcsolatos hibák valószínűségét 49%-ra, a sebészeti hibákét 46%-ra, az orvosi eszközökkel kapcsolatos hibákét pedig 39%-ra becsüli az európai lakosság.

#### **A káros esetek gyakorisága**

Svédországban, Dániában, Lettországon és Hollandiában a válaszadók több mint 40%-a nyilatkozta, hogy ő vagy családtagja már szenvedett el káresetet az egészségügyi ellátásban. Az EU-27 országokban átlagosan 26%-a nyilatkozott így, Magyarországon a megkérdezettek 24%-a. Ausztriában, Görögországban, Bulgáriában és Portugáliában viszont a válaszadók több mint 80%-a nyilatkozta, hogy nem tapasztalt káresetet.

#### **A káros esetek bejelentésének gyakorisága**

Az egészségügyi káresetek többsége bejelentés nélkül marad. Azon válaszadóknak, akik elszennvedtek már valamilyen káresetet, csupán 28%-a jelentette a káresetet az illetékes szervnél.

Hollandiában és Finnországban a válaszadók fele, az Egyesült Királyságban és Írországon pedig mintegy 40%-a tett bejelentést a káresetről. Ezzel szemben Franciaországban az érintettek 96%-a nem jelentette be a káresetet, és Szlovénia, Lettország, valamint Litvánia is hasonlóan alacsony kárbejelentési arányt mutatott. Magyarországon is alacsony a kárbejelentési arány: a páciensek 82%-a nem tett bejelentést az esetről

Amennyiben az esetet bejelentik, 44%-ban a kórházi menedzsmentnek történik a bejelentés, vagy a releváns orvosnak, nővérnek vagy gyógyszerésznek (41%-ban).

## **Írásos beleegyezés a sebészeti beavatkozások esetén**

Németországban az írásos beleegyezés a páciensek 90%-a esetében megtörtént, Magyarországon, Írországban, Ausztriában, az Egyesült Királyságban és Szlovéniában pedig az esetek több mint 80%-ában. Ezzel ellentétben, a svédek 63%-a állítja, hogy esetükben sosem kértek írásbeli engedélyt, további 23% pedig bizonytalan ebben a kérdésben. Görögországban, Hollandiában és Finnországban is 40% fölötti azon válaszadók aránya, akik azt nyilatkozták, hogy sosem kértek tőlük írásbeli beleegyezést.

## **Információs források**

A legtöbb országban a televízió a legfőbb információs forrás, Magyarországon 85%. Görögországban és Cipruson a barátok és a család is fontos információs forrást képeznek (50% fölött).

## **Kárpótlás elérhetősége a saját országban**

A legtöbb országban a kárpótlás leggyakoribb formája az eset kivizsgálása, valamint az anyagi kompenzáció. Az eset kivizsgálását választják a leggyakrabban Finnországban, Dániában és Cipruson. Az anyagi kompenzációt Ausztriában, Magyarországon és Görögországban választják a leggyakrabban.

## **Jelentős különbségek az EU-ban az egészségügyi rendszer minőségének megítélésére vonatkozóan**

A válaszadókat arra is megkérték, hogy értékeljék országuk egészségügyi rendszerének átfogó minőségét. Az EU-27 országokat összességében tekintve, a válaszadók mintegy 70%-a értékelte a nemzeti egészségügyi ellátást jónak vagy nagyon jónak, 28%-uk pedig rossznak vagy nagyon rossznak (a fennmaradó 2% nem tudott véleményt alkotni). Az országok között jelentős különbségek figyelhetők meg: Belgiumban a megkérdezettek 97%-a, Ausztriában 95%-a, Finnországban pedig 91%-a értékelte jónak az egészségügyi ellátás minőségét, miközben a görögországi és romániai válaszadóknak csak 25%-a vélekedett így. Magyarországon a válaszadók 28%-a értékelte jónak az egészségügyi ellátás minőségét, 72%-a pedig rossznak (ezen belül 22% nagyon rossznak).

## **Társadalmi-demográfiai szinten, elsősorban a következő csoportok értékelték országuk egészségügyi ellátását rossznak:**

- ▶ a 25-39 év közöttiek
- ▶ az oktatást 19 éves koruk előtt befejezők
- ▶ az önfoglalkoztatók és munkanélküliek
- ▶ az anyagi gondokkal küszködők.

Azokban az országokban, ahol a lakosság nagy része rossznak értékelte az egészségügyi ellátás minőségét, általában rosszabbnak értékelték saját rendszerüket más EU-tagállamok egészségügyi rendszereinél. Magyarországon a megkérdezettek 67%-a vélekedett úgy, hogy az egészségügyi rendszer minősége rosszabb, mint más uniós tagországokban.

## **Az egészségügyi ellátás minőségének szempontjai**

Az EU-polgárok számára az egészségügyi ellátás minőségének egyik legfőbb kritériuma a jól képzett egészségügyi személyzet, amelyet a válaszadók 52%-a jelölt meg. A megkérdezettek 39%-a a hatásos kezelést is fontosnak véli. A válaszadók alig több mint negyede (29%-a) tartja fontosnak, hogy ne legyenek várólisták az orvos-beteg- találkozási, illetve kezeléseket esetében. A modern orvosi eszközöket és a betegek méltóságának tiszteletben tartását a megkérdezettek 27-27%-a véli lényegesnek. A válaszadók mintegy ötöde tartja szükségesnek az egészségügyi ellátás biztonságosságát, a szabad

orvosválasztást, valamint a kórház és az orvos közelségét. A szabad kórházválasztás, valamint a barátságos környezet állnak a kívánságlista legalján (14, illetve 7%-kal).(AZS)

Forrás: Special Eurobarometer: Patient safety and quality of healthcare. Európai Bizottság, 2010. április. [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_327\\_sum\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_327_sum_en.pdf)

2010-04-23 14:16:43

### ***Eurobarométer a sportolási szokásokról és fizikai aktivitásról***

Az európai lakosság sportolási szokásairól és fizikai aktivitásáról 2010 márciusában kiadott Eurobarométer jelentés főbb eredményei az alábbiakban foglalhatók össze:

- ▶ Az EU-polgárok 40%-a nyilatkozta, hogy hetente legalább egyszer sportol.
- ▶ Az EU-polgárok jelentős többsége (65%-a) legalább hetente egyszer végez testgyakorlatokat valamilyen formában. Mindazonáltal a válaszadók 34%-a nyilatkozta, hogy ritkán vagy sosem végez testmozgást.
- ▶ Az európai férfiak általában többet sportolnak, mint a nők. Mindazonáltal a különbség elsősorban a 15-24 év közöttiek körében jelentkezik markánsan, ugyanis a fiatal férfiak sokkal többet mozognak, mint a nők.
- ▶ A sportolás mennyisége a korral egyenes arányban csökken. Ugyanakkor a 70 év fölötti válaszadók 22%-a még mindig végez sporttevékenységet.
- ▶ Általánosságban, az északi országok, valamint Hollandia polgárai a fizikailag legaktívabbak az EU-ban, miközben a mediterrán országok, illetve a 12 új tagország lakossága az átlagosnál kevesebbet mozog.
- ▶ Miközben a fizikai aktivitásra EU-szerte széles körű formális létesítmények állnak rendelkezésre, a válaszadók kétharmada nem tagja egyetlen sportklubnak vagy sportközpontnak sem.
- ▶ Arra a kérdésre, hogy miért sportolnak, a legtöbben azt válaszolták, hogy az egészségüket szeretnék ezáltal fejleszteni. Egyéb gyakran említett okok: a fittség fejlesztése, a kikapcsolódás és a szórakozás.
- ▶ Az időhiány volt a leggyakoribb válasz arra a kérdésre, hogy miért nem végeznek sporttevékenységet.
- ▶ A válaszadók háromnegyede egyetértett abban, hogy van lehetőségük testgyakorlásra a közelükben, ugyanakkor a 12 új tagországban a válaszadóknak csak 56%-a nyilatkozott így.
- ▶ Az európaiak jelentős aránya (7%) nyilatkozta, hogy önkéntesen támogatnának helyi sportprojekteket.(AZS)

Forrás: [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_334\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_334_en.pdf)

2010-04-07 15:35:06

## ***Az esélyegyenlőség megvalósítása az egészségügyben***

2010. április 22-23-án a spanyol EU elnökség informális egészségügyi miniszteri találkozót rendezett "Az esélyegyenlőség megvalósítása az egészségügyben" címmel.

Az egészségügyi egyenlőtlenségek leküzdése, a méltányosság megvalósítása a fejlett és fejlődő világ számára egyaránt az egyik legnagyobb kihívást jelentő feladat. A Spanyol Egészségügyi és Szociálpolitikai Minisztérium az „Innováció a népegészségügyben: az egészség társadalmi meghatározóinak monitorozása és az egészségügyi egyenlőtlenségek csökkentése” témakört Spanyolország EU elnöksége egyik prioritásának tekinti

**A konferencia háttéranyagának tömörített változata az ESKI honlapján olvasható:**

<http://www.eski.hu/hol/cikkh.cgi?id=2255>

2010-04-19 11:26:14

## Egészségpolitika

### ***Az egészségügyi rendszer szerepe az egészségi állapotban jelentkező egyenlőtlenségek csökkentésében - Franciaország***

Franciaországban – ugyanúgy, mint más országokban – bizonyított tény az egészségi állapotban jelentkező egyenlőtlenségek megléte és fokozódása. Így például míg 1984 és 1999 között a fizikai dolgozók 35 éves korban várható élettartama 3,5 évvel, addig a szellemi munkát végzőké 4,5 évvel emelkedett. Így összességében a két kategória várható élettartamában mutatkozó különbség 6-ról 7 évre nőtt.

A 90-es években regisztrált adatok nemzetközi összehasonlításából kitűnik, hogy Franciaország és Finnország kiugró statisztikákkal rendelkezett a standardizált mortalitási ráták tekintetében, viszont a lakosság megítélése szerint értékeik átlagosak voltak, és ez a kettősség az újabb vizsgálatok szerint továbbra is fennáll.

Az egészségügyi egyenlőtlenségek fokozódó aggodalomra adnak okot Franciaországban, ugyanakkor csökkentésükre mind ez ideig nem készült átfogó stratégia. Az egészségüggyel foglalkozó kutatók nézete szerint az egészségügyi egyenlőtlenségek az átfogó társadalmi egyenlőtlenségekben gyökereznek. Az olyan kedvezőtlen tényezők, mint a nem megfelelő élet- és munkakörülmények a hátrányosabb helyzetű társadalmi-gazdasági csoportokat nagyobb mértékben teszik ki anyagi, pszichoszociális és magatartásbeli rizikófaktoroknak.

A Magas Szintű Népegészségügyi Bizottság már megalakítása során, 1994-ben fellépett a társadalmi egyenlőtlenségek csökkentése érdekében, melyet középtávú célkitűzései közé sorolt, és mindehhez szükségesnek tartotta az életkörülmények javítását, a hátrányos helyzetű állampolgárok társadalmi életbe való bevonását, illetve orvosi és szociális ellátáshoz való hozzáférésük biztosítását.

A bizottság 1998-ban kiadott jelentésében már foglalkozott a szegénység egészségi állapotra gyakorolt hatásával, és javaslatot tett egyebek között az egészségbiztosítás kiterjesztésére, a költségek kedvezőbb visszatérítésére a nehéz anyagi helyzetben lévők számára, valamint az alapellátásnak az egészségügyi rendszerben betöltendő kulcsfontosságú szerepére.

Az utóbbi időben újra fokozódó figyelem irányul az egészségi állapotban jelentkező egyenlőtlenségekre. Így különös hangsúlyt kapnak a prevencióban vagy a daganatos betegségek kezelésében mutatkozó területi egyenlőtlenségek. Ez utóbbi már a rák kezelésére vonatkozó 2009-2013-as terv megoldandó kérdéseinek részét képezi.

Az előző évtizedben az egészségi állapotban jelentkező egyenlőtlenségekre irányuló stratégiák a lakosság legnehezebb anyagi helyzetben lévő tagjaira összpontosítottak, és főként az egészségi ellátáshoz való hozzáférés megkönnyítése volt a céljuk. Mindazonáltal a speciális rizikófaktorokra vagy betegségekre irányuló stratégiák is közvetlen hatást gyakorolhatnak az egyenlőtlenségekre.

Franciaország állandó lakosainak teljes körű biztosítása az Átfogó Egészségügyi Fedezetre vonatkozó Törvény (CMU) értelmében 2000-ben valósult meg. Ekkor a kötelező egészségbiztosításon kívül a lakosság 85%-a rendelkezett önkéntes kiegészítő biztosítással (VHI) is. A VHI olyan költségekre nyújt fedezetet, melyekre a kötelező egészségbiztosítás nem nyújt visszatérítést (a beteg által teljesítendő fizetési hozzájárulás (co-payment), a fogprotézisek és szemüvegek esetén felszámított árkülönbözötek, stb.) Összességében a VHI fedezi az egészségügyi kiadások mintegy 13%-át.

A CMU Törvény a co-payment-ekkel is foglalkozott oly módon, hogy jövedelmi helyzeten alapuló térítésmentes kiegészítő biztosítást vezetett be a lakosság 7%-a, közel 4 millió állampolgár számára. Így az alacsony jövedelmű állampolgárok mentesülnek a co-payment kifizetése alól.

2004-ben, az Egészségbiztosítási Reformra vonatkozó Törvény további kedvezmény bevezetéséről rendelkezett. Azok az állampolgárok, akiknek a jövedelme a küszöbértéket kevesebb, mint 20%-kal haladta meg, segélyre váltak jogosulttá a kiegészítő biztosítás megkötéséhez. A támogatás összege életkortól függ, 100-500 EUR között mozog.

A CMU kétségtelenül megnövelte az egészségügyi ellátás anyagi elérhetőségét. Nincs különbség az egészségügyi ellátás hozzáférhetőségében és színvonalában a CMU által kedvezményezetttek és a lakosság fennmaradó hányada viszonylatában. Mindazonáltal a társadalmi-gazdasági gradiens átfogóbb áttekintése arra enged következtetni, hogy a szakellátás hozzáférhetőbb a jómódú állampolgárok számára, és a különbségek – a fogászati ellátás kivételével - nagyobb mérvűek Franciaországban, mint máshol. Problémaként jelentkezik az is, hogy előfordul, hogy az egészségügyi szakemberek vonakodnak a CMU kedvezményezettteket ellátni.

A francia egészségügyi rendszerre mindig is jellemző volt az alap- és a szakellátás igen könnyű elérhetősége, és a választás teljes szabadsága, ami a rendszer költségességéhez vezetett. Nemrégén még beutaló nélkül, közvetlenül lehetett szakorvoshoz fordulni. Az Egészségbiztosítási Reformra vonatkozó 2004-es Törvény vezette be az önkéntesen választható házi orvosok kapuőri szerepkörét. Az országban a házi orvos-választást inkább finánciális ösztönzőkkel támogatták, mint kötelezővé tették, jóllehet mostanra szinte már a teljes lakosság választott házi orvost, 99%-ban általános orvost.

Ez a reform megszilárdítja az alapellátást, és a házi orvosok hatáskörébe utalja a lakosság egészségi állapotáról való gondoskodást, illetve az egészségügyi ellátás teljes folyamatának áttekintését. 2009 óta az ellátás színvonalát és hatékonyságát finánciális ösztönzők mozdítják elő, és ennek tulajdoníthatóan minőségi változások észlelhetők a krónikus betegek ellátása és a szűrővizsgálatok terén.

Néhány rizikófaktor gyakrabban érinti a hátrányosabb helyzetű társadalmi-gazdasági csoportokat. A népegészségügyi projektek és a speciális egészségi problémákra irányuló célzott fellépés ugyan nem garantál csökkenést az egészségügyi egyenlőtlenségekben, de a rizikófaktorok figyelemmel kísérése javíthat a legnagyobb kockázattal küzdő csoportok helyzetén.

Ebben a vonatkozásban a 2004-es Népegészségügyi Törvény kvantitatív célkitűzéseket fogalmazott meg, és ezek alapján különféle népegészségügyi programokat valósítottak meg. Eredményes fellépés történt bizonyos indikátorok esetén (dohányzás, átlagos alkoholfogyasztás), viszont más vonatkozásban (túlzott alkoholfogyasztás, obezitás) nem mutatkozott javulás.

A rákszűrésben mutatkozó egyenlőtlenségek csökkentését a rák kezelésére vonatkozó 2009-2013-as terv a legfontosabb célkitűzései között tartja számon. Ez azért különösen fontos, mivel Franciaországban a daganatos betegségekre visszavezethető mortalitás rendkívül komoly helyet foglal el az egészségügyi egyenlőtlenségek növekedésének kiváltásában. (ZLL)

Forrás:

POLTON,D.: What is the role of the health care system in reducing health inequalities in France? Eurohealth, Vol. 15, No. 3, 19-21.

2010-04-21 11:11:00

## ***Forrásallokációs irányelvek az elkerülhető egészségügyi egyenlőtlenségek csökkentésére az angol alapellátási trösztökben***

Angliában az egészségügyi források megosztását a területi egészségügyi hatóságok között különböző célallokációs formulák vezérelték a 90-es évektől kezdődően (York Formula, AREA, CARAN). Az egymást követő formulák célja az volt, hogy azonos szükséglet esetén az ellátáshoz való azonos hozzáférés történhessen.

A formulák kiszámítása a többnyire kórházi kezelésekre vonatkozó „kifejezett szükséglet” mutatóinak modellezését vette alapul a lakosság száma, kora és társadalmi-demográfiai jellemzői szerint. Az AREA (Allocation of Resources to English Areas) modell bevezetésével (2002) a döntéshozók újabb célkitűzést teremtettek meg, az elkerülhető egészségügyi egyenlőtlenségek csökkentését. Az AREA formula ezt a célkitűzést a „kielégítetlen szükséglet” helyi felmérésével próbálta teljesíteni. Ennek következtében az AREA formula a korábbi formulákhoz képest inkább a nagyon szegény területek javára bizonyult újraelosztónak. A jelenlegi CARAN (Combining Age-Related and Additional Needs) formulát 2008-ban vezették be. Ennek elemei két különálló kategóriára bonthatók: a szolgáltatások korábbi igénybevételi arányaiból levezetett helyi kifejezett szükséglet modellje és az egészségügyi egyenlőtlenségek kategóriája, melyet a helyi lakosság morbiditásának és mortalitásának mutatójából vezettek le.

Felmerül a kérdés, miért nem alkalmazzák egyszerűen a kifejezett szükséglet formuláját úgy ahogy van? Az egészségügyi egyenlőtlenségek miatt aggódók két okot hoznak fel erre:

- ▶ Az ellátás fordított törvénye - az a nézet, hogy a jómódú lakosság jobban hozzá tud férni az ellátáshoz és jobban hasznát veszi az egészségügyi forrásoknak.
- ▶ Kielégítetlen szükséglet - az a nézet, hogy a kevésbé jómódú lakosság kisebb valószínűséggel fordul korán orvoshoz, vagy forráshiány miatt jobban gátolt a kórházi ellátás elérésében.

A kifejezett kereslet modellezése azon a feltételezésen nyugszik, hogy a betegség és az egészség lineáris dimenzión helyezkedik el. Ezért a konvencionális modellezés a lakosságot két kategóriára osztja fel: „jól van, nem beteg” és „nincs jól, beteg”. A forrásokat a betegek lakossági arányához viszonyítva osztja el.

Azonban a cikk szerzőjének álláspontja szerint az egészségügyi szolgálat nem „betegügyi szolgálat” és a „jól van” nem ugyanaz mint a „nem betegszik meg”, így szerinte a modellezésben további két lakossági kategóriára lenne szükség: „jól van, beteg” és „nincs jól, nem beteg”. A „jól van, beteg” szisztematikusabb kifejezést ad az „ellátás fordított törvénye” által jellemzett jelenségnek, míg a „nincs jól, nem beteg” szisztematikusabb kifejezéssel szolgál a „kielégítetlen szükséglet” számára.

Mindez fogalmi keretet nyújt az egészségügyi egyenlőtlenségekre, de vajon lehet-e empirikusan azonosítani a „jól-létet” mint a „betegségtől” elkülönülő dimenziót, és ha igen, ki lehet-e mutatni magasabb egészségügyi és halálzási kockázatot a „nincs jól, nem beteg” kategóriában, és alacsonyabb egészségügyi és halálzási kockázatot a „jól van, beteg” kategóriában.

A 2006-os Health Survey for England lakossági egészségfelmérés úgy határozza meg a „megbetegszik” kategóriát, mint „korlátozó hosszabb ideje fennálló betegséget”. A „jól-lét” összesítő eredménye úgy érhető el, hogy a HSE adatok 46 jellemzőjét két összesítő dimenzióra redukálják. Az egyik dimenzió nyilvánvalóan az „öregedés”, a másik dimenzió a „jól van” helyett alkalmazott „jól-lét” (being well, wellness) a háztartások jellemzőivel (jövedelem, társadalmi-gazdasági státusz) és az Általános Egészségügyi Kérdőívre adott egyéni értékekkel mérve.

A betegség és a jól-lét ábrázolásában a betegség dimenziója bináris, míg a jól-lét dimenziója folytonos. Az egyszerűség kedvéért a jól-lét is bináris jellemzőre alakítható át (jól - nem jól), 20 és 80%-os küszöbökkel. A megközelítést az Egészségfelmérés adataira alkalmazva a felnőtt lakosságból 64% besorolása „jól van, nem beteg”, 16% „jól van, beteg”, 10% „nincs jól, beteg” és 10% „nincs jól, nem beteg”. A 2006-os Egészségfelmérés rákérdezett arra is, hogy bizonyos (kardiovaszkuláris kockázatot jelentő) betegségeket korábban diagnosztizált-e az orvos náluk. A válaszok ugyanazon válaszadó saját értékelésével vethetők össze. Ha pl. a hipertóniás betegségek ezen négy kategória szerinti elemzésére kerül sor, akkor a korábban magas vérnyomással diagnosztizált betegek közül a „nincs jól, nem beteg” fogja a legkisebb valószínűséggel jelenteni a hipertóniát mint krónikus betegséget (18% a 26%-os átlaghoz képest).

A szerző szerint a fenti vizsgálódás jelentős és szisztematikus különbségekre mutat rá a betegségre való hajlam tekintetében és lehetséges, hogy az egészségügyi egyenlőtlenségek nagymértékben a beteggé válással szembeni megkülönböztető gátlásként jelennek meg. Ha az egészségügyi források a kifejezett szükségletet követik, akkor az egészségügyi befektetések haszna megkülönböztetetten a „jól van, beteg” irányában fog felhalmozódni, miközben a korai halálozás és a megelőzhető fogyatékoság a „nincs jól, nem beteg” felé koncentrálódik.

Eddig még nem vizsgált kérdések is felmerülnek a betegség és kialakulásának értelmezésében. Azzal, hogy valakit egy betegséggel diagnosztizálnak, még nem teszi őt beteggé. Valaki csak akkor beteg, ha társadalmi kontextusban úgy dönt, hogy beteg lesz, bár egy egyén fizikai vagy mentális állapota elég egyoldalúvá teheti a választást. Több egészségügyi kockázat esetében, ilyen pl. a magas vérnyomás és a diabetes, azonban a választás valóságos. A beteggé válás döntése azt a meggyőződést követeli meg, hogy ebből több előny, mint hátrány származik. A „jól van, beteg” ennek a meggyőződésnek nagyobb jelét mutatja, mint a „nincs jól, nem beteg”. Késve beteggé válni szerencsétlen választás lehet akkor, ha mint az Egészségfelmérés is tükrözi, a „nem megbetegedni” együtt jár olyan kockázatos egészségmagatartással, mint pl. a folyamatos dohányzás. Ez lehet az egészségügyi egyenlőtlenségek tartós meglétének mechanizmusa az egészségügyi finanszírozás valós növekvése ellenére. (SZL)

(A folyóirat szerint a cikk a szerző nézetét képviseli, és bár a szerző a North West Department of Health elemzője, nézete nem feltétlenül egyezik a Department of Health álláspontjával.)

Forrás: Tom Hennel: Resource allocation policies to reduce avoidable health inequalities between Primary Care Trusts in England

[http://www.euro.who.int/Document/Obs/Eurohealth15\\_3.pdf](http://www.euro.who.int/Document/Obs/Eurohealth15_3.pdf)

2010-04-22 14:42:15

### ***Elfogadták a 2010-es szolgáltatási tervezetet Írországban***

Az ír egészségügyi miniszter jóváhagyta az egészségügy irányításáért felelős Health Service Executive 2010-es tervezetét (National Service Plan 2010). A tervezet felvázolja, hogyan kívánja az egészségügyi és szociális szolgáltatásokat nyújtani a HSE a 2010-re megszabott 14 milliárd eurós költségvetéséből. A szolgáltatások szintje a 2009-es szinttel lesz összhangban, annak ellenére, hogy reformokat hajtanak végre az egészségügyi szolgáltatásokban, a gazdasági környezet gyorsan változik és általános forráselvonások történnek. A HSA költségvetése több mint 500 millió eurós csökkenést tartalmaz, összhangban a kormány országos büdzséjében lefektetett politikájával

2010-ben az aktív kórházi ellátás a fekvőbeteg ellátástól a nappali tevékenységek felé fog elmozdulni. A 2009-es célkitűzésekhez képest a nappali esetek 6,5%-kal fognak növekedni és a fekvőbeteg ellátás 5,6%-kal fog csökkenni. Ezt a kórházi tartózkodás minimalizálásával és a nappali eljárások növelésével fogják elérni. A rövid tartózkodási idővel sürgősségi osztályra kerülő betegek alternatív ellátását a közösségi szolgáltatások növelésével érik el. Bár a 2010-ben várható sürgősségi betegek száma nem változik, a HSE le kívánja csökkenteni a kórházi sürgősségi osztályra felvett betegek számát 33 313-mal. Ezt az „orvosi értékelési egységekhez” (Medical Assessment Units) való hozzáférés növelésével fogja teljesíteni, így a betegeket nem kell feleslegesen kórházba utalni.

A HSE vezetője szerint ennek az évnak a kihívása a szolgáltatások minőségének javításában áll, melyet a hatékonyság növelése révén érnek el, miközben csökkentik a költségeket. (SZL)

Forrás: Eurohealth, Volume 15 Number 4

[http://www2.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/LSEHealth/pdf/eurohealth/VOL15No4/Eurohealth\\_vol14no4.pdf](http://www2.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/LSEHealth/pdf/eurohealth/VOL15No4/Eurohealth_vol14no4.pdf)

2010-04-09 13:11:41

## Egészségügyi rendszerek működése

### ***Az Alzira-modell: PPP az Integrált Egészségügyi Szolgáltatások Szervezetében***

A spanyol nemzeti egészségügyi rendszer (NHS) elsősorban adóból finanszírozott rendszer, univerzális és a szolgáltatás pontján ingyenes. 1978 és 2002 között az egészségügyi szolgáltatások menedzsmentjének és nyújtásának felelősségét a központi kormányzatról a 17 autonóm régióra (ún. Autonóm Közösségekre) ruházta át, habár a finanszírozás túlnyomó része továbbra is a központi kormányzattól származik.

1994-ben és 1997-ben két új törvényt vezettek be, amelyek lehetővé tették a vásárlói és szolgáltatói funkció szétválasztását, valamint a menedzsment és kormányzati modellek bevezetését a Regionális Egészségügyi Szolgáltatások keretein belül.

A Valenciái Regionális Kormány az egészségügyi minisztériumon keresztül szervezi meg az egészségügyi ellátást. A La Ribera Egészségügyi Körzet egyike a régió 22 részlegének, és 1997-ben 240 ezer lakos tartozott a körzetébe. 1997-ben a magas kiadási szint miatt, valamint a bevezetett reformok hatására a Valenciái kormány alternatív menedzsment-módszereket tárt fel a kórházi szolgáltatások magánberuházással történő finanszírozására. Így az Alzira-modellt kezdetben „adminisztratív koncesszióként” értelmezték a public-privat partnership mentén, ahol az állami kórházakat magánúton menedzselik.

Az Alzira-modell a valenciái kormány és egy magáncég, az UTE (Cégek Ideiglenes Társulása) közötti megegyezés eredményeképpen jött létre (amelyet 51%-os részesedéssel az ADESALAS, a legnagyobb magánbiztosító társaság, 45%-kal a Ribera Salud, a regionális építőtársaság és 4%-kal a Lubasa, a kórházat építő társaság hozott létre).

A modellt a valenciái kormány fejkvóta rendszerben finanszírozta: a La Ribera Egészségügyi Részleg minden egyes lakosért éves díjat kapott, amelyet a valenciái kórház fizetett a privát partnernek. Az UTE volt felelős az új kórház felépítéséért és felszereléséért, az összes szolgáltatás biztosításáért és menedzseléséért az első 10 évben. A fejkvóta minden évben a fogyasztói árindexszel párhuzamosan növekedett.

Létrehozták a „pénz követi a beteget” rendszert, tehát ha a La Ribera Egészségügyi Intézmény betegeit nem a La Ribera Kórházban, hanem bárhol máshol kezelték, akkor az UTE-nek a teljes DRG-költséget ki kellett fizetnie. Ha más kórházi körzetből érkező betegeket kezelték, akkor az UTE a DRG-költségek 80%-át fizette (ez ellenősztönzőként szolgál, hogy az UTE ne akarjon túl sok területen kívüli beteget vonzani a kórházba).

A Valenciái kormány felelős azért, hogy biztosítsa, hogy a La Ribera Egészségügyi Körzet lakossága számára ugyanazokat a szolgáltatásokat legyenek hozzáférhetőek ugyanolyan minőségben, mint a régió többi lakója számára. Ezért speciális helyi kormányzati felügyelőt neveztek ki, aki a kórházban tevékenykedik, és a megfelelő működésért felelős.

A koncessziós periódus végén a kórházi épületek és orvosi felszerelések a valenciái kormány tulajdonába kerülnek vissza.

#### **A modell fejlődése**

Eredetileg az adminisztratív koncesszió csak a kórházi ellátásért volt felelős. Majd hamarosan felismerték, hogy potenciális problémák lehetnek az alapellátás és a kórházi ellátás közötti

költségeltolódás között, és szükséges volt átgondolni a lakosság átfogó szükségleteit, különösen az orvosi szolgáltatások duplikációja, valamint az alap- és szekunder ellátás közötti koordináció hiánya miatt.

Azt is felismerték, hogy a modell költségvetése nem megfelelő, mivel a fogyasztói árindex messze alacsonyabb, mint az egészségügyi kiadások növekedése Spanyolországban. Ezért 2003-ban új Alzira-modellt dolgoztak ki: a kórházi ellátásért és alapellátásért megszervezéséért való felelősséget, valamint a finanszírozási modellt a valenciai kormány egészségügyi költségvetésének növekedéséhez kapcsolták, nem a fogyasztói árindexhez.

Az UTE-nek éves költségvetése van, amely fejkvóta-rendszeren alapul, és felelős a kiadásokért és a szolgáltatások menedzseléséért. Ha az UTE az év végén túllépi a költségvetést, akkor fedeznie kell a különbséget. A 2003-as reformok óta a profitot limitálják. A kórház a bevételi tőke csak 7,5%-át tarthatja meg, a többi hasznot a valenciai kormánynak kell visszatéríteni.

### **Következtetések**

Az Alzira-modell a public-private partnership egy formája állami finanszírozással, ellenőrzéssel és tulajdonlással, de magán menedzsmenttel és ellátással. Eredetileg azért hozták létre, hogy kórházi ellátást biztosítson az egészségügyi körzet 240 ezer lakosának, később pedig Integrált Egészségügyi Szervezetté vált, amely alapellátást és kórházi ellátást biztosít. Ez a partnerség előnyösnek bizonyult a betegek, az egészségügyi személyzet, a regionális kormány és a magáncégek számára. (AZS)

Forrás: Ferrer-Morato-Serrano: The Alzira Model: PPP in an Integrated Health Services Organization. In: Euro Observer, 2010 tavasz. Carlos Trescoli Serrano, Tomas Quiros Morato, Manuel Marin Ferrer

[http://www.euro.who.int/document/OBS/EuroObserver\\_Spring2010.pdf](http://www.euro.who.int/document/OBS/EuroObserver_Spring2010.pdf)

2010-04-09 14:34:00

## ***Csehország: Új szív-és érrendszeri ellátórendszer***

Az Egészségügyi Minisztérium a szakmai szervezetek és egészségügyi biztosítók szakértőivel közösen, nemrégiben bemutatott egy új szív-és érrendszeri ellátási rendszert a Cseh Köztársaságban. Ennek eredményeként, a komplex szív-és érrendszeri központok egy új, teljes hálózatának létrehozására került sor. Az új központok biztosítják a különösen költséges vagy bonyolult esetek ellátását, beleértve a szívműtétet, invazív kardiológiát és a szívtranszplantációt. Az egyes központok listájával, valamint az ott nyújtott ellátás szintjével kapcsolatos információkat az Egészségügyi Minisztérium teszi közzé 2010-ben.

Szív-és érrendszeri megbetegedések az első számú halálokok a Cseh Köztársaságban. Minden évben több mint 50.000 ember hal meg szív-és érrendszeri megbetegedés következtében, ami az összes halálozás több mint felét jelenti. Az egészségügyi miniszter, Dana Juraskova, nyilatkozatában azt mondta, hogy "a személyi és technikai kapacitások ilyen jellegű koncentrációja ezen betegségek esetén egy Európai Unió által is szorgalmazott racionális lépésnek tekinthető". Az egészségügyi miniszter első helyettese, Marek Snajdr, hozzátette, hogy "az új központokban meginduló koncentrált ellátás kulcsfontosságú lépésnek tekinthető a Cseh Köztársaságban az egész lakosság számára hozzáférhető legmagasabb szintű szív-és érrendszeri ellátás megvalósítása során. Ez nem jelenti azt, hogy központokat zárnak majd be, hanem azt, hogy néhány olyan központ kerül kiválasztásra, melyek a különösen költséges és bonyolult esetekben képesek a szükséges szolgáltatások garantálására. Ezen

kívül a hálózat központjai regionális koordinátori szerepet is betöltenek, aktív kutatási munkát végeznek és az új ismereteket a napi gyakorlatban szintén alkalmazzák.

A szív-és érrendszeri központokat 2009 augusztusában és szeptemberében az Egészségügyi Minisztérium és az érintett szakterületek szakértői (pl. kardiológia, szívműtétet, angiológia, érsebészet, intervenció radiológia) értékelték. Az értékelés során elsősorban a humán erőforrásokra, technikai és anyagi eszközökre, hatékonyságra, különböző szakterületek orvosainak akkreditációjára, illetve a kutatásokban és publikációkban való részvételre fókuszáltak. A döntés arra nézve, hogy mely központok kerüljenek a hálózatba, 2009 novemberében született.

Az Egészségügyi Minisztérium támogatja az új központok alapvető modernizációját azáltal, hogy az integrált operatív program részeként biztosítja a standard berendezésekre a pénzügyi forrásokat az Európai Unió Strukturális Alapjaitól. A pályázati felhívás 2010. február 16-án került kihirdetésre. (VN)

Forrás: Czech Republic: New cardiovascular care system introduced

In: Eurohealth Vol 15 No 4, 44. oldal

2010-04-08 12:26:17

## ***Egészségpolitika az elmúlt 20 évben: reformok és ellenreformok***

Az elmúlt két évtized folyamán jelentős egészségügyi reformokat hajtottak végre több OECD országban. Ez a két évtizedes időszak a 80-as évek végén kezdődött, melyet különböző tényezők segítettek, mint az öregedő lakosság, az orvosi technológia vívmányai, a növekvő egészségügyi költségek és a lakosság nagyobb elvárásai. Több ország kormánya ezért úgy határozott, hogy alapvető reformokba fognak az egészségügyi ágazatban a nagyobb hatékonyság és eredményesség elérése céljából. A 90-es évek elején több ország reformja az egészségügyi rendszer különböző komponensei között történő szétválás és verseny irányába mozdult. Ezzel ellentétben a 90-es évek második felében a végrehajtott reformok nagyobb integrációra és szabályozásra törekedtek. A jelen tanulmány hat OECD ország reformjait vizsgálja: Franciaország, Németország, Hollandia, Új-Zéland, Svédország és az Egyesült Királyság.

### **Első hullám: szétválás és verseny**

A 80-as években több OECD ország radikális, neoliberális gazdaságpolitikát folytatott. A politikai újítások között volt a munkaerő és a tőkepiacok liberalizálása, az import korlátozások feloldása, az ipar deregulációja és az állami vállalatok privatizációja. Az állami szektorban átalakítások és leépítések történtek, számos funkciót kiszerveztek a magánszférába. A 90-es évek elején indított reformprogramok még az egészségügyi ágazatban is a piaci jellegű mechanizmusok bevezetésére és a nagyobb versenyre törekedtek.

Több ország, mint pl. Új-Zéland, Svédország és az Egyesült Királyság szolgáltatásvásárló szervezetek létrehozásának lehetett tanúja, melyek függetlenek voltak a szolgáltatást nyújtó más állami szervezetektől. Ezekben az országokban a különböző hivatalok közötti kapcsolat szabályozása megfelelő szerződések megkötése révén történt. A növekvő versenyt elősegítette még egy tényező, a nagyobb választási lehetőséghez való jog elismerése. Ilyen stratégia került megvalósításra Németországban és Hollandiában az egészségbiztosítási rendszerek vonatkozásában, és Svédországban az ellátók vonatkozásában.

## Második hullám: integráció és szabályozás

Röviddel keresztülvitelük után a piacorientált kísérletek mérséklődni kezdtek, és a versengő, szerződészerű mechanizmusok bírálata megnövekedett. Ezt részben az motiválta, hogy az egészségügy területén csalódtak a piacban, mint a hatékonyság és a válaszadó képesség növelésének eszközeiben, részben pedig olyan kormányok kerültek hatalomra, amelyek ideológiailag a szabályozást részesítették előnybe a versennyel szemben. Új-Zélandon és az Egyesült Királyságban az újonnan megválasztott baloldali kormányok meg voltak győződve arról, hogy a piaci kísérletek kétes hatással voltak a hatékonyságra, miközben aláásták az egészségüghöz való hozzáférés egyenlőségének elvét.

Ezért a 90-es évek közepétől több olyan ország, amely úttörőként vezetett be piacorientált intézkedéseket, visszafogta az ilyen jellegű reformokat és új irányvonalakat jelentett be a jövőre nézve. A korábban a nagyobb funkcionális szétválás és verseny irányába mozgó egészségügyi rendszerek a második hullában (1995-2000) az ellenkező irányba mozdultak, vagyis az egészségügyi rendszer különböző részeinek integrációja és szabályozása felé. Az egyes országok kormányai különböző útvonalakat követtek az egészségügyi rendszerük integrációjának növelésére. Új-Zélandon pl. visszaállították azokat a hivatalokat, amelyek az egészségügyi szolgáltatások nyújtásáért és vásárlásáért egyaránt felelősek voltak. Más országokban, mint az Egyesült Királyság és Németország ugyan formálisan megtartották a kettő szétválasztását, nagyobb stabilitást kerestek a fizetők és az ellátók között. Franciaországban, Új-Zélandon és az Egyesült Királyságban a helyhatóságokat nagyobb jogosítvánnyal ruháztak fel az egészségügy tervezésében és szabályozásában, és új kötelezettségeket és kontrollokat vezettek be az orvoslás gyakorlatában.

### A 2000-es évek és a betegjogokra való összpontosítás

A 90-es évek reformhullámaik elindító legtöbb probléma nagyrészt megoldatlan volt még a 2000-es évek elején. Az ezredforduló során az egészségügyi költségek erőteljesen, a GDP-t meghaladó arányban növekedett. A legtöbb állami egészségügyi rendszerben a betegek választási lehetősége még korlátozott volt. Sok fejlett országban a lakosság nagy része elégedetlen volt az egészségügyi rendszer teljesítményével. A reformokat illetően viszont a 2000-es évek kevésbé viharosak voltak, mint az azt megelőző évtized. Jelentős reformokat csak Angliában, Svédországban és Hollandiában hagytak jóvá, ahol az első reformhullám (verseny) irányában történtek visszalépések. Franciaország, Németország és Új-Zéland szakpolitikusai úgy döntöttek, hogy nem fognak bele alapvető reformokba, hanem a fennálló rendszereken hajtanak végre kisebb igazításokat. A 90-es évek elejéhez képest a reform retorikája megváltozott: a piac és a privatizáció utalásai mérséklődtek és nagyobb hangsúly helyeződött a szolgáltatások minőségére és a betegek jogaira.

A 2000-es évek egészségügyi reformjai mögött húzódó legfontosabb indíték a betegjogok betartására irányult, ami magába foglalja a választási lehetőség kiszélesítését és a várólisták csökkentésének prioritását. A betegjogok már a 90-es években fontos kérdést képviseltek. Az Egyesült Királyságban a Betegjogi Chartát már 1991-ben kiadták. Törvényileg betartatható betegjogokat először Hollandiában hozták létre 1995-ben, majd ezen minta alapján 1996-ban Új-Zélandon, 1999-ben Svédországban, 2002-ben Franciaországban és 2003-ban Németországban. Az alapvető betegjogok a következőket tartalmazzák majdnem mindenhol:

- ▶ az egészségi állapotról és a kezelési lehetőségekről kapott információhoz való jog
- ▶ tájékozott beleegyezéshez való jog
- ▶ a betegnyilvántartáshoz való jog
- ▶ a méltósággal történő kezeléshez való jog
- ▶ a titoktartáshoz való jog

- ▶ a másodvélemény lehetősége diagnózist illetően
- ▶ a panaszhoz való jog

A fenti betegjogok mellett több kormány kívánta védeni állampolgárait a hosszú várakozási időkkel szemben. Sok országban a hosszú várólisták nagy aggodalomra adnak okot, különösképpen azokban, ahol állami egészségügyi rendszer működik. A várakozási idők rövidítésére két megközelítést alkalmaznak. Az egyik a maximum várakozási idő garanciák kidolgozásából áll, amit Svédországban vezettek be. Eltérő stratégiát alkalmaznak Angliában, ahol a betegek választási lehetőségeit igyekeznek kiterjeszteni olyan módon, hogy az egész ország területén választhassanak állami és magán ellátók közül.

### **A reformok általános hatásai**

Ha az elmúlt két évtizedet valóban a reform ellentétes ciklusai jellemezték, a következő kérdés az újítások által létrehozott általános hatások vizsgálatára kell, hogy irányuljon. 1990-től kezdődően Anglia, Hollandia és valamennyire Svédország is három fő szakpolitikai fordulaton ment át, ami felfogható a „versenytől a koordinációig és vissza” vezető útként. Ugyanabban az időszakban Németország és Új-Zéland két jelentős szakpolitikai változáson ment keresztül (először bevezettek verseny elemeket, majd néhány év múlva részlegesen visszavonták). Ezzel ellentétben Franciaországban nem hagytak jóvá radikális ellenreformot.

#### **Anglia**

Az elmúlt 20 évben az angol NHS három fő stratégia váltáson ment át. Az első sokkot az 1990-es konzervatív reform idézte elő. A Thatcher által fémjelzett belső piacot azonban csak részlegesen valósították meg. Az NHS ezután következő 1997-es munkáspárti ellenreformja részben a gyökerekhez való visszatérést jelentette. Az alapellátó trösztök (PCT) egy szorosan koordinált rendszer keretét képezték, amely elősegítette az alap-, a szak- és a közösségi ellátás integrációját. A harmadik szakpolitikai visszafordulás a második Blair kormány alatt történt, amikor sok tekintetben visszatértek a verseny és az ellátás pluralitásának konzervatív célkitűzéseire.

#### **Hollandia**

A hollandiai reformokat az 1987-es Dekker Jelentés megvalósításának és megszüntetésének váltakozásai jellemezték. A 90-es évek elején a jelentés legtöbb ajánlását a kereszténydemokrata-munkáspárti Lubbers kormány törvénybe iktatta, amivel majd a következő kormány felhagyott (1994–2002). A kereszténydemokrata-liberális Balkenende kormány 2005-ben újabb reformokat indított, melyek az eredeti Dekker Jelentés reformjaira emlékeztetnek és jelenleg is folyamatban vannak.

#### **Svédország**

Az elmúlt 20 évben a svéd egészségügyi rendszer jelentős változáson ment keresztül. A leginnovatívabb intézkedéseket a közép-jobboldali Bildt kormány (1991–1994) vezette be, de azokat hamar visszavonták az utánuk jövő szociáldemokraták. Az állami ellátó rendszert felváltotta egy olyan rendszer, ahol a magánellátók folyamatosan növekedtek és piaci mechanizmusok léptek életbe. A szolgáltatások középpontjába a betegek kerültek és a főbb változások a betegek szabadságának kiszélesítését érintették.

#### **Németország**

A német egészségpolitika is a hatalmon levő kormány ideológiai irányultsága szerint változott. Az 1998-ig kormányzó kereszténydemokraták a betegek választását és a biztosítók közötti versenyt részesítették előnybe. A szociáldemokraták ehelyett az egészségügyi rendszer különböző részei közötti

koordináció javítását tűzték ki célul. A Schröder kormány által 2000-ben hozott intézkedések az integráció szintjét kívánták növelni, korlátolt sikerrel.

## Új-Zéland

Új-Zéland 1990-es egészségügyi reformjait a „forgóajtós” politika metaforájával lehetne jellemezni. Az egészségügy 1993-ban egy vertikálisan integrált rendszerből egy szerződéses modellé változott, majd egy integrált rendszerré változott vissza 2000-ben. Kevés bizonyíték áll rendelkezésre, hogy az 1993-tól végrehajtott bármelyik reform jobban teljesítene a többinél, főleg azért, mert igen rövid kifizetési idejük volt ahhoz, hogy jelentős javulást idézzenek elő.

## Franciaország

A francia egészségügyi rendszer legambiciózusabb reform kísértete az 1996-os Juppé Tervezet volt. Célja a finanszírozási rendszer egyenlőségének javítása és a pazarlás kiküszöbölése a különböző egészségügyi ellátók nagyobb fokú integrációja révén. Az orvosok szembenállása miatt azonban a Juppé reformok a célkitűzések csak egy részét voltak képesek elérni. Ezek közt volt a lakosság teljes körű lefedettsége és az egészségügyi rendszer finanszírozásában véghez vitt jelentős változtatások.

## Következtetés

A fenti vizsgálatból levonható néhány következtetés, ezek közt az első a politikaalkotás körköröségét érinti. Az egészségügyi szektorban a politikaalkotás nem egy lineáris folyamat, ahol a lépések egymásra épülnek, hanem ellentmondásosak, ismétlődőek és visszatérőek. Fejlődésük reformokon és ellenreformokon keresztül történik. A második következtetés a reformok nemzetköziségére utal. Bár a nemzeti egészségügyi rendszerek sajátos fejlődési utat járnak be, más országok tapasztalatai befolyásolják és ihletik a politikaalkotókat. Az új ötletek és megoldások reformhullámokat indítanak el, amelyek nemzetközi szinten terjednek. Az elmúlt két évtized alatt különböző hullámok jellemezték az egészségügyi reformokat (verseny, integráció, betegjogok). Végül megemlíthetők az ideológiai tényezők. A hatalmon levő kormányok politikai irányultsága bizonyos értelemben hatással volt a reformok tartalmára. Az első-hullámú reformokat konzervatív kormányok hajtották végre, míg a második-hullámú reformokat szociáldemokrata kormányok. A betegjogokra vonatkozó törvényhozás terén a reformokat támogató kormányok ideológiai elkötelezettsége viszont már heterogénebb volt. (SZL)

Forrás: Federico Toth: Healthcare policies over the last 20 years: Reforms and counter-reforms

Health Policy, Volume 95, Issue 1, April 2010

2010-04-07 14:46:02

## **2009-es változások a svájci egészségügyi rendszerben**

A 2009-es évben a következő költségcsökkentő, bevételnövelő intézkedések bevezetésére került sor a svájci egészségügyi rendszerben:

- ▶ Az orvosok minden igyekezete ellenére januárban sor került a svájci orvosi praxisok tarifájának csökkentésére. A szóban forgó intézkedés hatásait monitorozzák.
- ▶ Az új szolgáltatók kötelező betegbiztosítási piacra történő belépését korlátozták. A korlátozás a szakorvosokat és gyógyszerészeket érinti. A kantonok a korlátozást kiterjeszthetik a kórházi járóbeteg-szakrendelők orvosaira. A változtatás 2010 januárjában lépett érvénybe és 2011-ig marad hatályos.

- ▶ A betegbiztosítás terheit a lakosság körében tovább növelték. A normál önrésszel bíró felnőtt prémiumok 2010-től átlagosan 8,7%-kal növekedtek.
- ▶ Változott a kockázatiigazítás módszere. A kiigazítás korábban nem és kor alapján történt, 2009-től figyelembe veszik a 3 napnál hosszabb kórházi és ápolási otthonban történő ellátást a kiigazítás során.
- ▶ Költségcsökkentő intézkedések a gyógyszerek körében:
  - Csökkentésre került a választható önrész esetén igénybe vehető maximális kedvezmény.
  - 3%-kal csökkent a gyógyszerforgalmazás utáni árrés (800 frankig 15%-ról 12%-ra; 880 frank felett 10%-ról 7%-ra).
  - 3 évente sor kerül a támogatott készítmények listáján szereplő gyógyszerek gazdaságosságának, célszerűségének és hatékonyságának vizsgálatára. E vizsgálat alapján csökkentheti a Szövetségi Egészségügyi Hivatal az árakat.
  - Sor került az 1955 és 2006 között listára felvett készítmények rendkívüli felülvizsgálatára.

A 2009-es tervek között szerepelt a vizitdíj bevezetése és egy egészségügyi call center létrehozása, de ezek nem kerültek megvalósításra.

Módosításra került az ország minőségügyi stratégiája.

Új Nemzeti Palliatív Ellátási Stratégia került elfogadásra. Az új intézkedések többek között a következő területeket érintik: palliatív ellátás kínálata, finanszírozás, képzés, kutatás.

Tovább folytatódik az e-health stratégia megvalósítása. Az új információs és kommunikációs technológiák kihasználtsága Svájc területén alacsony, az e-health rendszerek kiépítettsége rossz, az Interneten keresztül elérhető egészségügyi információk koordinálása nem megfelelő, valamint az ilyen jellegű információk minősége ellenőrizetlen marad.

2009-ben került sor az első svájci felmérésre a kórházi kockázatmenedzsment terén. A felmérés eredménye röviden:

- ▶ A kórházak fele alkalmaz egy felelős személyt az ilyen jellegű tevékenységek koordinálására végett.
- ▶ A kórházak mintegy 35-40% rendelkezik ilyen jellegű stratégiai és operatív célokkal.
- ▶ A kórházak számos intézkedést vezettek be a betegbiztonság növelése érdekében, melyek azonban a legtöbb esetben inkább reaktív és nem proaktív jellegűek.
- ▶ A felméréskor (2007 tele/2008) a preventív jellegű kockázatmenedzsment a legtöbb helyen még nem képezte az elfogadott gyakorlat részét. (VN)

Forrás:

Szövetségi Egészségügyi Hivatal: <http://www.bag.admin.ch/index.html?lang=de>

2010-04-02 14:15:56

## **Létrejön az NHS Global**

A brit egészségügyi minisztérium a nyár folyamán létrehozta a NHS Global nevű szervezetet, amely lehetővé teszi az NHS intézmények számára, hogy a globális lehetőségeket a lehető legjobban kiaknázhassák. A hírt Gordon Brown miniszterelnök jelentette be egy új világszínvonalú orvostudományi kutatóközpont létesítésekor (UK Centre for Medical Research and Innovation). Az NHS a világ legnagyobb államilag finanszírozott egészségügyi rendszere, ahol úttörő kezeléseket és élvonalbeli kutatásokat végeznek. Az új szervezet megalkotásával a nemzetközi lehetőségek után kutatnak, hogy exportálhassák az NHS tudásbázisát és szolgáltatásait. Az egészségügy globális piaca 2007-ben 4100 milliárd dollárt tett ki és folyamatosan növekszik. Mivel az NHS világszínvonalú innovációknak ad otthont, maga is részesedhetne ebből a piacból.

Az NHS Global olyan szervezetek sikereit tekinti példának, mint a BBC Worldwide, amely külföldön árusítja műsorait és az így nyert pénzt visszaforgatja a BBC-be. Néhány NHS szervezet már megosztja szakértelmét nemzetközi szinten, ilyen együttműködésből jött létre az NHS Institute and Moorfields Eye Hospital.

A kormány először az NHS Global funkcióit fogja meghatározni. Az egészségügyi minisztérium már elkezdte az NHS szervezetekkel végzett előzetes munkát a termékek piacra hozására, és felhívást fog intézni az egész rendszerben további ötletek előterjesztésére. Ugyanakkor az ügyben is konzultálnak majd az NHS személyzetével és érdekeltjeivel, hogy az NHS Global a legteljesebb mértékben legyen az Egyesült Királyság betegei hasznára.

Az NHS Global műszaki és kereskedelmi támogatást fog nyújtani és közreműködik abban, hogy az NHS a legjobb értékre tegyen szert az általa birtokolt tudásért és szakértelmért, anélkül, hogy kihatással lenne az otthoni szolgáltatásokra. A szervezet központi kapcsolati pontként fog szerepelni olyan országok számára, melyek üzleti viszonyba szeretnének kerülni az NHS-szel. Ezért támogatást fog nyújtani az NHS számára számos üzleti funkcióban. (SZL)

Forrás: [http://www.dh.gov.uk/en/MediaCentre/Pressreleasesarchive/DH\\_114599](http://www.dh.gov.uk/en/MediaCentre/Pressreleasesarchive/DH_114599)

2010-03-26 14:01:38

## **Ausztria Minőségjegy a letelepedett orvosi praxisok körében**

Az Osztrák Minőségfejlesztési Munkaközösség egy orvosi praxisoknak szóló specifikus Ausztria Minőségjegyet fejlesztett ki, ami a 2005-től érvényes ISO 9001 certifikáción túlmutat. A minőségjegyet a törvényi előírásokon túlmutató minőségbiztosítás esetén kaphatja meg egy-egy letelepedett osztrák praxis.

A minőségjegy mintegy 50 minőségi kritériumot foglal magába, melyek a következők:

- ▶ az összes releváns törvényi előírás betartása,
- ▶ infrastruktúrára, folyamatokra vonatkozó kritériumok
- ▶ és betegközpontúsággal kapcsolatos kritériumok.

Az Ausztria Minőségjegy ezen kívül magába foglalja még az Orvosi Kamara minőségbiztosítási előírásainak követelményeit, illetve a következő előírásokat: higiéniai tervek készítése, dolgozók célzott

képzése és továbbképzése, hatékony határidőrendszer fenntartása, adatbiztonság, térítési átláthatóság, betegelégedettség fokozása és a szolgáltatások folyamatos fejlesztése.

A minőségjegyet két évre adják, majd azt követően meghosszabbításra kerülhet sor. A minőségjegy ezen kívül a betegek szükségleteinek és jogainak szem előtt tartását is hirdeti és előnyös a kitüntetett praxisok számára az praxis reklámozása során – homepage, nyomtatott média, praxisajtó stb. (VN)

Forrás:

Quality Austria: [http://www.qualityaustria.com/uploads/media/Arztpraxen\\_de.pdf](http://www.qualityaustria.com/uploads/media/Arztpraxen_de.pdf)

Augenarzt: [http://www.augenarzt.cc/patienteninfo/Austria\\_Guetezeichen\\_Consilium.pdf](http://www.augenarzt.cc/patienteninfo/Austria_Guetezeichen_Consilium.pdf)

2010-03-31 15:26:05

## Népegészségügy

### ***Az idősek és a fogyatékossgal élők otthoni ellátásának támogatása***

A francia állam és az Autonómiáért Szolidaritást vállaló Országos Pénztár (CNSA) március 19-én egyezményt írt alá egy, a Francia Vöröskereszt számára folyósítandó 1,2 millió EUR-os szubvencióról az idős és a fogyatékossgal élő emberek otthoni ellátásához segítséget nyújtó szociális dolgozói hálózat fejlesztéséhez.

A kormány prioritásként kezeli az idős és a fogyatékossgal élő emberek autonómiájának segítségét, támogatva őket abban, hogy életvitelüket – kívánságuk szerint – otthonukban folytathassák.

Az erre irányuló törekvéseket Xavier Darcos szociálisügyi miniszter is elsőbbségi kérdésnek tekinti, kiemelve, hogy prioritást kell biztosítani a rászorulókat rendszeresen ellátó szociális dolgozók és családtagok tevékenységéhez nyújtott támogatásnak.

2009 nyara óta, a segítségre szorulóknak autonómiáját támogató egyezmény már a hetedik ilyen jellegű, több évre vonatkozó és a nagyobb szövetségekkel (pl. ADMR – az Otthoni Ellátáshoz Vidéki Környezetben támogatást nyújtó Szervezet) összességében 70 millió EUR-ról szóló megállapodás, a szektor modernizálására irányuló és a megyei tanácsoknak már kiutalt 55 millió EUR-os dotáción kívül.

A költségvetési előirányzat a 2010-es évre 90 millió EUR-t különít el a szektor szolgáltatásainak korszerűsítésére és a segítők szakismereteinek fejlesztésére. (ZLL)

Forrás :

<http://www.gouvernement.fr/gouvernement/une-7e-convention-signee-en-faveur-de-l-aide-a-domicile-des-personnes-agees-et-des-pers>

2010-03-25 11:04:46

## Egészségügyi informatika

### ***Egyszerűsített országos betegnyilvántartási rendszer Hollandiában***

Az egészségügyi kiadások ugrásszerű emelkedése következtében a holland egészségügyi minisztérium egy költséghatékony megoldást keresett az egészségügyi szakemberek közötti információ megosztására. A megvalósult rendszer védelmet nyújt a betegadatok számára és gyorsan bővül az egyre növekvő felhasználói kereslet kielégítésére.

A Holland Országos Egészségügyi ICT Intézet (NICTIZ) azzal a problémával szembesült, hogy az ország területén szétszórtan működő, különálló rendszerek megnehezítették az orvosok számára a betegadatok megosztását. Ezért a CSC nevű technológiai cég létrehozta a Landelijk Schakel Punt (LSP) információ elosztó rendszert, amely standard felületek alkalmazásával hozzáférést nyújt az egészségügyi ellátók számára a betegek teljes kórelőzményéhez, még akkor is, ha az adatok különböző rendszereken vannak tárolva.

Az LSP egyszerre több ellátótól hívja le a nyilvántartásokat, hogy egy teljes képet nyújtson a beteg korábbi kezeléseiről. Az ellátók képesek információt cserélni egymást között, pl. patológia rekordokat vagy a vényköteles gyógyszerek biztonsági információit. A kézi műveletek csökkentésével az LSP lecsökkenti a hibákat és a költségeket, az információkhoz való széleskörű hozzáférés pedig felgyorsítja a kezelés menetét.

A felhasználók és a betegek önkéntes alapon kapcsolódhatnak a rendszerhez, ami ezért több biztonsági intézkedéssel van ellátva. Az orvosok azonosságát egy Java kártya hitelesíti, az LSP és az orvosi rendszerek nem tárolják a lekért állományokat, és az orvosok csak azokat az információkat láthatják, amelyeket a betegek korábban jóváhagytak hozzáférésre. A titoktartási gondok enyhítésére a betegek elérhetnek egy web portált, ahol láthatók azok a szervezetek és helyek, ahol adataikat tartják, és ahol naplózva van ki, mikor és milyen információt hívott le.

Az LSP olyan jól működik, hogy a CSC tárgyalásokat folytat más minisztériumokkal (köztük a gazdasági és az oktatási) hasonló rendszerek kiépítésére. A CSC bármilyen ügyfél számára képes ugyanazt a rendszert nyújtani a felhasználói felület megváltoztatásával. Az LSP kialakításáért a CSC az InterSystems Innovator Awards első díját nyerte el 2008-ban. (SZL)

Forrás: Netherlands: National patient records system made simple

[http://assets1.csc.com/uk/downloads/European\\_Healthcare.pdf](http://assets1.csc.com/uk/downloads/European_Healthcare.pdf)

2010-03-31 14:59:39

## Humán erőforrás

### ***A magánorvosok helyzete Franciaországban***

Franciaországban a magánorvosok helyzetéről szóló Legmann-jelentést 2010. április 13-án terjesztették a köztársasági elnök elé. A dokumentum a témakörben májustól-szeptemberig folytatandó egyeztetések vitaanyagául szolgál.

A Legmann-küldetés anyaga átfogó képet nyújt a magánorvosi hivatás mély válságáról

- ▶ a praktizáló orvosok elöregedéséről (az orvosok több mint 42%-a 55 évesnél idősebb),
- ▶ a magánorvosi praxis vonzerejének csökkenéséről (szemben a fizetésben részesülő alkalmazotti vagy helyettesítői státusz attraktivitásának növekedésével),
- ▶ az orvosellátottságban fokozottan jelentkező regionális egyenlőtlenségekről (238 orvos jut 100 ezer lakosra Picardiában, szemben Provence-Alpes-Côte d'Azur 375/100 ezres statisztikájával),
- ▶ az orvoslétszám következő tíz évben elkerülhetetlenül bekövetkező csökkenéséről, mely a hallgatói létszám 1972 és 1999 között történt korlátozásának következménye.

Tekintetbe véve a felsoroltakat, a Legmann-jelentés a következő intézkedéseket javasolja:

- ▶ a telemedicina fejlesztése, a javadalmazás és a tevékenységek változatosabbá tétele (a magán- és a kórházi tevékenység összeegyeztetése), egyetlen kassza létrehozása regionális szinten a letelepedni kívánó orvosok számára, az orvosi rendelők több praxist felölelő egységekbe való átcsoportosításának segélyekkel való támogatása.

Franciaország köztársasági elnöke már jelezte, hogy 2011. január 1-jétől az általános orvosok által nyújtott konzultáció díja 22 EUR-ról 23 EUR-ra fog emelkedni. (ZLL)

Forrás:

<http://www.vie-publique.fr/actualite/alaune/medecins-liberaux-contrer-hausse-inegalites-regionales.html>

2010-04-23 10:05:33

### ***Új szabályozó testület a brit orvosképzésben***

Április 1-től az eddig csak orvosi nyilvántartást végző General Medical Council (GMC) lett az orvostudományi képzés egyedüli szabályozója az Egyesült Királyságban. Először történik meg, hogy egyetlen szervezet határozza meg az oktatás és a praxis standardjait, felügyeli az orvostudományi oktatást és képzést, működteti az orvosok nyilvántartását, és biztosítja, hogy az orvosok kompetensek és alkalmasak a praxisra. Az új felállás a Postgraduate Medical Education and Training Board (PMETB) és a GMC fúziója után következett be, amely egy egyszerűbb és koordináltabb szabályozási rendszert teremt meg a színvonal emelésére és a jó gyakorlat terjesztésére.

A GMC hamarosan közzétesz egy jelentést, amely a fúzió leghatékonyabb lehetőségeit vizsgálja. A jelentés tartalmazni fogja az oktatás és képzés különböző stádiumait (orvosegyetemi, posztgraduális, praxis továbbképzés), a köztük levő kapcsolatokat és a más országokból jövő orvostudományi

végzősök helyzetét. Az ajánlások nemcsak az orvosokra és képzésükben résztvevőkre lesz hatással, hanem a betegekre és az egészségügyi szervezetekre is.

Egyelőre a PMETB struktúrái változatlan formában működnek tovább a GMC-n belül, ezek közt található a szakorvosi és háziorvosi képzés országos követelményeinek meghatározása, a képzés minőségbiztosítása és a tanúsítási folyamatok. (SZL)

Forrás: <http://www.gmc-uk.org/news/6517.asp>

2010-04-08 13:19:48

### ***Az egészségügyi dolgozók nemzetközi migrációja***

Az ezredforduló utáni első évtizedben, a legtöbb OECD ország vonatkozásában erősen fokozódott az egészségügyi dolgozók migrációja, és a tendencia jelenleg is folytatódik.

Az USA-ban például 2001 és 2008 között 70%-kal emelkedett a tengerentúlról érkező orvosok száma. Ugyanebben az időszakban az ideiglenes tartózkodásra Ausztráliába érkező orvosok száma megduplázódott, illetve Kanada esetében 40%-os növekedést mutatott.

A hosszú távra munkát vállalni szándékozó orvosok száma szintén jelentősen (+70% 2001 és 2008 között) emelkedett Svájcban, ahová a szakemberek főként Németországból érkeztek. Ezzel szemben az Egyesült Királyságban (UK) visszaesett a külföldön képzett orvosok teljes regisztrálása a 2003-as 14 000 főről 2008-ban 5000 főre, de az UK még így is a második legnagyobb célországnak tekinthető az USA után.

A legtöbb OECD országban a külföldön képzett orvosok aránya emelkedett az utóbbi időben. Arányuk 2008-ban 1% (Lengyelország) és 39% (Új-Zéland) között mozgott.

A külföldön tanult ápolónők aránya általában alacsonyabb, mint az orvosoké. Így például Svédországban a nővérek kevesebb, mint 3%-a szerezte meg képesítését külföldön, ugyanakkor az orvosok esetében ez az arány 18%-ot tesz ki. A statisztikák hasonló képet mutatnak a legtöbb OECD ország vonatkozásában, kivéve Írországot, ahol az ápolónők és az orvosok egymáshoz viszonyított aránya 5/1, és ahol a nővérek mintegy 47%-a külföldön szerezte meg szakismereteit, szemben az orvosok 36%-os arányával.

Mindazonáltal elmondható, hogy 2000 óta az ápolónők migrációja sok OECD ország vonatkozásában növekedést mutatott – így például az állandó tartózkodásra regisztrált nővérek aránya Ausztráliában 6-szorosára, Kanadában 3-szorosára, az USA-ban az utóbbi időig négyszeresére nőtt. Svédország, Dánia és Svájc viszonylatában 2003-ban mutatott kimagasló értéket, majd 2006-ig csökkent, jelenleg stagnál.

Nem valószínű, hogy a gazdasági válság jelentős mértékben hatna az egészségügyi dolgozók nemzetközi migrációjára, mivel az egészségügyi dolgozók foglalkoztatása rugalmasabban alkalmazkodik a ciklikus visszaesésekhez, mint a más szektorok által követett foglalkoztatási gyakorlat, és az egészségügyi szolgáltatások iránti igény sem csökken a krízis következtében. A válság azonban hatást gyakorolhat a migrációt – az országok és az egyének részéről – kiváltó tényezőkre: a kibocsátó országok romló gazdasági helyzete előmozdíthatja a külföldi munkavállalást, ugyanakkor az egészségügyi pályát más munkalehetőségekért elhagyó dolgozók visszatérhetnek az egészségügyi szektorba a biztosabb állás reményében.

Középtávon a gazdasági válság komoly terhet ró az állami finanszírozásra, és ez egyaránt gyakorolhat hatást az egészségügyi dolgozók képzésére és toborzására. Mind ez ideig megfelelő evidencia azonban nem támasztja alá ezeket a feltételezéseket.

A rövid és a középtávú hatások mellett azonban strukturáltabb okra is visszavezethető az, hogy az OECD országok különös figyelmet fordítanak az egészségügyi dolgozók migrációjára. Aggodalomra ad okot, hogy az egészségügyi munkaerő elöregedése következtében szakemberhiány lép fel a különböző országokban. A lakosság elöregedése viszont az egészségügyi szolgáltatások iránti igény növekedéséhez vezet. Az OECD országoknak ezért fokozott erőfeszítéseket kell tenniük az egészségügyi dolgozók képzésének előmozdítása és a szakemberek megtartása érdekében. A migráció rövid távon megoldást jelenthet a munkaerőhiány leküzdésére, de hosszabb távon nem jelent megfelelő választ a munkaerőgondokra.

Az OECD és a WHO nemrégben folytatott kutatásai fényt vetnek az orvosok és a nővérek nemzetközi mobilitásának okaira és következményeire. Ezek szerint: míg az országok közötti migrációban az utóbbi időben különösen a magasabban kvalifikált dolgozók elvándorlása volt számottevő, ez nem csupán az egészségügyi dolgozókra érvényes.

A növekvő jövedelmek, az új orvosi technológiai fejlesztések, az egészségügyi szolgáltatások fokozott specializációja és a lakosság elöregedése növeli az egészségügyi dolgozók iránti keresletet az OECD országokban. Az elvárásokra reagálva, az 1970-es és 1980-as években folyamatosan nőtt az egészségügyi szakemberek száma, az 1990-es évek elején viszont hirtelen visszaesés volt tapasztalható. A növekvő tendencia lelassulása a költségsökkentő irányelvekre, a hallgatói létszám korlátozására és a kórházi ágyak felszámolására vezethető vissza. Emellett az egészségügyi munkaerő elnöiesedése, a részmunkaidős foglalkoztatás arányának növekedése és a korai nyugdíjba vonulás is csökkentőleg hathatott az egészségügyi szakemberek átlagos munkaóráinak számára.

2000-ben már számos OECD ország jelzett orvos- és ápolónőhiányt, mely ha nem is az egész területükön, minimum néhány régióban jelentkezett. Így ezekben a migráció gyors megoldásnak tűnt a hosszú ideig tartó szakemberképzés helyett, jóllehet az utóbbi időben sok OECD ország tesz fokozott erőfeszítéseket orvos- és nővérképzésének kibővítésére.

2000 óta az ápolónői képesítéssel rendelkező dolgozók száma kb. 50%-kal emelkedett Ausztráliában, Franciaországban és az Egyesült Királyságban, és megkétszereződött Kanadában. A felvehető hallgatói létszám emelésére vonatkozó intézkedések viszont csak évek múltán fognak számottevő eredményre vezetni.

Az országok között jelentkező bérkülönbségek jelentős szerepet játszanak a migráció kiváltásában, de nem az egyedüli meghatározói a mobilitásnak, melyet a munkavállalók gyermekei számára nyújtott jobb kilátások is erősen motiválnak. Az egészségügyi dolgozók elvándorlása sok esetben a kibocsátó ország egészségügyi rendszerének és szélesebb értelemben véve társadalmának nehézségeit tükrözi, de ezeknek nem közvetlen következménye.

Az OECD/WHO tanulmány a migrációnak a kibocsátó országokra gyakorolt hatásait a következőképpen összegzi:

1. A nemzetközi mobilitás jelentős része az OECD országok között zajlik, bár többségében a fejlődő országokból ered,
2. A nagy alapterületű országokból – mint India vagy Oroszország – induló migráció, bár abszolút értékét tekintve nagy volumenű – az ország munkaerejének összlétszámához viszonyítva alacsony.

3. Az országok közötti migráció nem jelenti a fejlődő országok orvos- és nővérhiányának fő okát, és visszaszorítása sem lenne elegendő a világszerte jelentkező probléma kezelésére.

Mindazonáltal az egészségügyi munkaerő elvándorlása a fejlődő országokból tovább fokozza a hiányt, és gyengíti a már egyébként is nehézségekkel küzdő egészségügyi rendszereket.

A célországoknak bővíteniük kell képzési kapacitásukat nem csupán a helyi igények kielégítése, hanem a külföldi erőforrásoktól való függetlenné válás érdekében is.

Mindehhez az alábbiak szükségesek

1. a munkaerő-megtartásra alkalmazott irányelvek optimalizálása,
2. az egészségügyi munkaerő integrációjának fokozása a pályaelhagyó szakemberek visszahívásával,
3. az egészségügyi szakemberek kompetenciáját jobban figyelembe vevő, hatékony munkaszervezés,
4. a hatékonyság fokozása a teljesítmény szerinti díjazással.

Ezek közül az irányelvek közül az egyes országok különböző megoldásokat választanak munkaerőpiaci helyzetük rugalmassága, a létesítményi megkötések és a költségek alakulása függvényében.

A kibocsátó országoknak erőfeszítéseket kell tenniük munkaerőjük megtartása érdekében, és különösen a vidéki területekre vonatkozó stratégiájukra kell összpontosítani, mert többnyire ezekben a régiókban a legnagyobb a munkaerőhiány.

A WHO ajánlásokat adott ki az egészségügyi szakemberek vidéki és távoli helyeken való megtartása érdekében. Javaslati között szerepel a munkafeltételek javítása, a munkahely jobb felszereltségének biztosítása, a szakismeretek aktualizálásának és bővítésének lehetővé tétele.

Ezek az irányelvek jobb irányítást és hosszú távú anyagi elkötelezettséget jelentenek, így gyakorlati megvalósításuk a nemzetközi közösség támogatásától függ.

A nemzetközi együttműködés fokozása az egyike a migráció megoldására alkalmazható kulcsfontosságú stratégiáknak. Az utóbbi években számos etikai kódex készült az egészségügyi szakemberek toborzásával kapcsolatban, de ezek csak bizonyos földrajzi régiókra vonatkoztak. Így a 2004-es Egészségügyi Világtalálkozón a tagországok kérelmet terjesztettek be a WHO-hoz, hogy átfogó etikai kódexet adjon ki az egészségügyi dolgozók nemzetközi toborzására vonatkozóan.

Így elkészült az a tervezet, melyet számos nemzetközi fórumon vitattak meg, és mellyel kapcsolatban konzultációk folytak országos és regionális szinten egyaránt. A WHO Végrehajtó Testülete 2010 januárjában tartott ülésén hozott határozatot arról, hogy 2010 májusában további megvitatásra és a tagországokkal való egyeztetésre az Egészségügyi Világyűlés elé terjeszti a törvénytervezetet. A kódex, mely minden egészségügyi dolgozóra vonatkozik, olyan irányelveket tartalmaz, melyek révén standardok alakíthatóak ki az egyensúlyi helyzet megteremtéséhez az egyes országok és az egészségügyi szakemberek érdekeinek figyelembe vétele mellett.

Az egyes országok vagy az egészségügyi létesítmények közötti együttműködés során bilaterális és multilaterális megállapodások is segíthetik a migráció kezelését, a régió belüli migrációt, illetve az egészségügyi szakemberek más területekről való visszatérését. A megállapodások áttekintése és eredményeik rendszerezése a jövőben elsőbbséget élvező feladatként fogja szolgálni a jó gyakorlat előmozdítását.

Végezetül alapvető fontosságú a migrációra vonatkozó statisztikák jobb hozzáférhetőségének és nemzetközi összehasonlíthatóságának biztosítása az evidencián alapuló irányelvek kidolgozásához.

Mindehhez prioritást kell élveznie a területtel kapcsolatos adatgyűjtés optimalizálásának,

- ▶ a kulcsfontosságú indikátorok alkalmazására vonatkozó konszenzusnak,
- ▶ az egészségügyi munkaerővel kapcsolatos tájékoztatási rendszerek megszilárdításának,
- ▶ a nemzetközi migráció értékelésére és elemzésére alkalmazott innovatív módszereknek,
- ▶ valamint az információcserének és a széles körű tájékoztatásnak. (ZLL)

Forrás: <http://www.oecd.org/dataoecd/8/1/44783473.pdf>

2010-03-31 11:45:01

## Gyógyszerügy

### **Új gyógyszertájékoztató szolgálat alakult Franciaországban**

A Mutualité française (a Francia Mutuelle-biztosítók Szervezete) a „Prioritást a Kölcsönösségen alapuló Egészségügyi ellátásnak” című programjával új gyógyszertájékoztató szolgálatot indított Franciaországban.

Az új információs szolgálat elsődleges célja, hogy tájékoztatásával segítse a kölcsönösségi alapon működő szervezet biztosítottait a gyógyszertérítések és ezek megvonása, az egyre sokasodó térítési ráták és az újonnan bevezetett 15%-os visszatérítés közötti eligazodásban.

Az új szolgálat magukról a termékekről is információt közöl - használati utasítás, lehetséges mellékhatások, ellenjavallatok, alkalmazás -, valamint tájékoztat a generikumokról és a sokszor az egészséget veszélyeztető öngyógyszereléssel kapcsolatos állásfoglalásról. A szolgálat keretében a biztosítottakat orvos tájékoztatja, illetve ad számukra tanácsot bizonyos termékekkel kapcsolatban, viszont telefonon keresztül nem tart konzultációt.

A továbbiakban mutuelle kódja révén mintegy 24 millió mutuelle-biztosítással rendelkező állampolgár veheti igénybe az új szolgáltatást, amely értékes információkkal egészíti ki a következő kérdéskörökben – látásélesség, daganatos betegségek, kardiovaszkuláris problémák, függőség, az idős, illetve a fogyatékossgal élő emberek autonómiájának biztosítása - már az eddigiekben is rendelkezésre álló tájékoztatást. (ZLL)

Forrás: [http://www.viva.presse.fr/Priorite-Sante-Mutualiste-un,13725\\_13725.html](http://www.viva.presse.fr/Priorite-Sante-Mutualiste-un,13725_13725.html)

2010-04-22 11:03:11

### **A receptdíj megszüntetése Skóciában egy éven belül**

A receptdíj megszüntetése irányában tett intézkedések 600 ezer alacsonyjövedelmű embernek fognak kedvezni. A skót parlament által nemrég bevezetett szabályozás szerint a vényköteles gyógyszerek receptdíja áprilistól 3 fontra csökken, és ha jóváhagyják, 2011-től térítésmentessé válik. Az évi 16 ezer font jövedelem alatti háztartásokban élő 600 ezer felnőtt lakos a legnagyobb haszonélvezője a csökkentésnek, és több százezer mérsékelt jövedelmű lakos számára is megfizethetőbbé váltak a gyógyszerek.

A receptdíjak 4 fontról 3 fontra való csökkentésének jogszabályát január 6-án terjesztették elő a parlamentben. A parlamenti szabályok értelmében a jogszabályok 40 napig inaktívak maradnak, ami idő alatt bármelyik képviselő benyújthatja vétóját. A népegészségügyi miniszter február 3-án kijelentette, hogy elkötelezett a receptdíjak eltörlésére és a betegségekre kivetett ezen adó eltávolítására. Nézete szerint az országos egészségügyi szolgálatot vissza kell állítani az alapelvek szerinti állapotra, vagyis ingyenesnek kell lenni, és a klinikai szükségleten, nem pedig a fizetés képességén kell alapulni. Skócia betegségmutatói és az egészségben fennálló egyenlőtlenségek aggasztó helyzete miatt fontos, hogy mindent megtegyenek annak érdekében, hogy az emberek további pénzügyi terhek nélkül részesüljenek a szükséges ellátásban. (SZL)

Forrás: Eurohealth, Volume 15 Number 4

[http://www2.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/LSEHealth/pdf/eurohealth/VOL15No4/Eurohealth\\_vol14no4.pdf](http://www2.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/LSEHealth/pdf/eurohealth/VOL15No4/Eurohealth_vol14no4.pdf)

2010-04-09 13:11:41

## Egészségügyi reformok

### **Németország: feszültségek az újabb egészségügyi reformok miatt**

A Szövetségi Egészségügyi Minisztérium védnöksége alatt március 17-én került sor az új reformbizottság első ülésére Alsó-Szászországban, melynek témája az egészségügyi és szociális ellátás fenntartható finanszírozása volt. A nyolc miniszterből - egészségügyi miniszter dr. Philip Rösler (FDP), belügyminiszter Thomas de Maizière (CDU), igazságügy-miniszter Sabine Leutheusser-Schnarrenberger (FDP), pénzügyminiszter Wolfgang Schäuble (CDU), gazdasági miniszter Rainer Brüderle (FDP), munkaügyi miniszter Ursula von der Leyen (CDU), fogyasztóvédelmi miniszter Ilse Aigner (CSU) és családjügyi miniszter Krisztina Schroeder (CDU) - és két külső szakértőből – a Szövetségi Biztosítási Hivatal és a Szakértői Tanács elnöke - álló munkacsoport fő célja belátható határidőn belül történő javaslatétel egy új fenntartható és társadalmilag kiegyensúlyozott egészségügyi finanszírozási rendszerre.

A becslések szerint ugyanis a német rendszer 2011-re már mintegy 15 milliárd eurós hiánnyal és éves szinten közel 250 milliárd eurós egészségügyi kiadással számolhat.

Az egyik lehetséges modellhez szorosan hozzátartozna egy az FDP által javasolt jövedelmektől elváló járulékrendszer, egy ún. egészségügyi prémium modell fokozatos bevezetése, ami azonban már a tárgyalást megelőzően igen heves vitákat váltott ki a koalíción belül is.

Az egészségügyi prémium modell koncepció szerint – ami már a 2006-os reformtervek között is szerepelt - minden biztosított meghatározott, keresete nagyságától független összeget fizetne a rendszerbe. Az alacsonyabb keresettel rendelkezők befizetését az állam egészségíteni ki az általános adórendszeren keresztül. Azok számára pedig, akik egy alapsomagon felüli védelmet kívánnának, lehetőségük lenne magánbiztosítás vásárlására. A kritikusok véleménye szerint ezzel kétszintű ellátás alakulna ki.

Az egészségügyi prémium modellt a CSU vagy inkább Markus Söder (berlini CSU tartományi csoport) az általa beterjesztett javaslatban – amit azonban a saját pártja is kritikával illet - teljességgel elutasítja, mondván az se nem szolidarisztikus, se nem finanszírozható. A „Söder modellben” megmaradna a jelenlegi paritáson alapuló járulékfizetés, noha az a jövőben két részből állana: egy szövetségből és egy individuálisból. További módosítást jelentene a százalékos kiegészítő járulékfizetés, ami egyedül a munkavállalókat terhelné. A járulék a modell szerint továbbra is az Egészségbiztosítási Alaphoz folyna.

Egyes források szerint Rösler eredeti elképzelése az volt, hogy az egészségügyi prémium modell teljességgel váltsa fel a jelenleg fizetendő egységes biztosítási járulékot. Németországban jelenleg a bruttó munkabér 14,9%-a fizetendő be egészségbiztosítási járulékként. A járulékterhek megoszlása pedig a következő. A munkavállalók 7,9%-ék (7%+0,9% extra hozzájárulás (fogpótlás és táppénz), a munkáltatók 7%-ék járulékot fizetnek.

Ez azonban kevésnek bizonyult a kötelező biztosítóknak a finanszírozásra. Ennek következtében számos biztosító kezdett kiegészítő díjat szedni a biztosítottaktól. Ez többnyire egy 8 euró összegű kiegészítő járulék, amit a pénziánnyal küzdő pénztárak havi rendszerességgel szednek be tagjaiktól. Jelenleg sokan elkerülhetetlennek látják az emelést, de a várható járulékemeléssel kapcsolatos híreket cáfolja az egészségügyi és a belügyminisztérium is.

Egyes források pedig arról számoltak be, hogy a 0,9%-os kiegészítő járulékot fokozatosan, lépésről-lépésre egy havi 29 eurós díjfizetéses rendszerre kívánják átalakítani. Ezt azonban eddig az érintettek nem erősítették meg.

A legfrissebb hírekben pedig már arról olvasni, hogy az eredeti elképzeléseknek megfelelő „fejenkénti” prémiumfizetésre nem fog sor kerülni. A koalíció inkább a rendszer részleges átalakítását tervezi azzal a fő célkitűzéssel, hogy a növekvő egészségügyi költségek ne vezessenek automatikusan a bérek növekvő járulékos költségeihez és ezáltal a munkahelyek ne kerüljenek veszélybe. Pontosabban ezzel kapcsolatban talán a kormánybizottság második találkozóját követően lehet majd tudni, amire várhatóan április 21-én kerül majd sor.

A Techniker Krankenkasse vezérigazgatója egyébként támogatja az egészségügyi prémium modellt. Véleménye szerint a szociális kiigazítás éppúgy történhetne az adórendszeren keresztül, mint a járulékrendszeren. A pénztár számításai szerint az adórendszerből történő teljes szociális kiigazítás egy 140 eurós prémium esetén maximum 23 milliárd euróba kerül. Gyakorlati szabály ugyanis, hogy egy euró prémium a szociális kiigazítás számára 167 millió euróba kerül. Ha tehát egy 60 eurós prémiumot vennénk kezdésnek alapul, adópénzeiből mintegy 10 milliárd euróra volna szükség. Az átalány beszédese technikailag a pénztárak számára nem okoz semmilyen nehézséget.

Legnagyobb konszenzus talán ma Németországban abban van, hogy a gyógyszerkiadásokat csökkenteni kell. Az ezzel kapcsolatos elképzelések pillanatnyilag a következők:

- ▶ A gyógyszerárak 3 évre történő befagyasztása 2010-2013 között a 2009. augusztusi állapotok szerint. Ez mintegy 400 millió euró megtakarítást eredményezne.
- ▶ Ár maximálása, amennyiben egy Németországban forgalmazott készítmény ára nemzetközi összehasonításban jóval magasabbnak bizonyulna.
- ▶ Kényszerkedvezmény, amit az ipar adna a betegpénztárak részére, 6-ról 16%-ra való emelése, aminek bevezetésére 2011-et jelölték meg. Ez mintegy 1,1 milliárd euró megtakarítást eredményezne. Ezzel párhuzamosan kellene indulnia a nemzetközi árak összehasonlításának.
- ▶ Innovációs termékek esetén az ár meghatározásával kapcsolatban a gyógyszeripart tárgyalásra kényszeríteni a kötelező betegbiztosítás csúcsszövetségével/Rösler az egyes biztosítókkal szorgalmazná a tárgyalást. (VN)

Források: Deutsches Ärzteblatt: <http://www.aerzteblatt.de>

Germany: Tension over health care reforms in coalition government. In: Eurohealth Vol 15 No 4, 47. oldal

2010-04-19 14:31:41

## **Megalakult a 26 regionális egészségügyi hatóságból álló hálózat Franciaországban**

Április 1-jén 26 regionális egészségügyi hatóságot állítottak fel Franciaországban azzal a céllal, hogy egyenlő hozzáférést biztosítsanak az egészségügyi szolgáltatásokhoz az egész lakosság számára egy, az ország egész területére kiterjedő új területi struktúra révén. Az új hatóságok az egészségügyi erőforrások hatékonyabb felhasználásával lehetőséget teremtenek az egészségbiztosítási kiadások jobb fékentartására.

A regionális egészségügyi hatóságok feladata a Regionális Egészségügyi Projekt (PRS) több évre szóló célkitűzéseinek meghatározása együttműködve az Egészségügyet és az Autonómiát szolgáló Regionális Tanácsstestülettel.

A továbbiakban a regionális egészségügyi hatóságok egyedüli közbenjáróként fogják ellátni az egészségügyi és medikoszociális létesítmények, a helyi közösségek, szervezetek és az egészségügyi szakemberek képviselőit. Az új hatóságok egyesítik az egészségügy állami szolgálatait összegyűjtve minden, a régiókban és a megyékben egészségpolitikával foglalkozó állami szervezetet:

- ▶ a Regionális Kórházügyi Hatóságokat (ARH)
- ▶ a Regionális Népegészségügyi Csoportosulásokat (GRSP)
- ▶ az Egészségbiztosító Pénztárak Regionális Egyesületeit (Urcam)
- ▶ a Regionális Egészségügyi Missziókat (MRS),

valamint egyebek között néhány igazgatóságot:

- ▶ a Megyei Egészségügyi és Szociálisügyi Igazgatóságokat (Ddass)
- ▶ a Regionális Egészségügyi és Szociálisügyi Igazgatóságokat (Drass)
- ▶ a Regionális Egészségbiztosító Pénztárakat (Cram)
- ▶ az Orvosi Ellátás Regionális Igazgatóságait (DRSM)
- ▶ az Önálló Vállalkozók Szociális Rendszerét (RSI)
- ▶ a Mezőgazdasági Dolgozók Mutuelle-szervezetét (MSA).

A regionális egészségügyi hatóságok irányító szerepet fognak betölteni az egészségügyi ellátásban oly módon, hogy az ellátást a régiók speciális igényeihez fogják igazítani az alap-, a fekvőbeteg-ellátás és a szociális ellátás vonatkozásában. Szabályozó, irányító és szervező tevékenységükkel össze fogják hangolni a különböző területeken nyújtandó egészségügyi szolgáltatásokat.

A regionális hatóságok feladatai közé fog tartozni a prevenciós stratégiák meghatározása, finanszírozása és értékelése, a közegészségügyi felügyelet kríziskezelés keretében való megszervezése, és a szolgáltatások jobb eloszlásának biztosítása az egészségügyi és a szociális ellátás közötti határvonalak lebontásával. Ez utóbbi tevékenység lehetőséget teremt az idős és a fogyatékossgal élő emberek szükségleteinek jobb figyelembevételére.

Fő célkitűzésnek tekintve az egészségügyi kiadások kezelését és a deficit csökkentését, a regionális hatóságok ellenőrző tevékenységet fognak gyakorolni a közkórházak anyagi erőforrásai és teljesítménye fölött. A regionális szervek szerepe meghatározó lesz a Térségi Kórházközösségek kialakításában is, minthogy a „Kórház 2012-ben” program által nyújtott segélyeket (10 milliárd EUR-t) elsősorban a hálózatba szerveződő kórházak számára fogják kiutalni. A reformfolyamatokat támogató intézkedés az ellátási szintek szerint fogja lehetővé tenni az egészségügyi létesítmények számára tevékenységük és erőforrásaik koordinálását. (ZLL)

Forrás:

<http://www.gouvernement.fr/gouvernement/le-reseau-des-26-agences-regionales-de-sante-voit-le-jour>

2010-04-19 13:07:06

## ***Az amerikai egészségügyi reform indítása a kockázatközösségek létrehozásával***

Az új egészségügyi reformtörvény első intézkedéseként az amerikai egészségügyi miniszter levelet küldött az államok kormányzóinak, hogy mérjék fel az érdeklődést a magas kockázatú közösségek (high-risk pools) létrehozására irányuló program iránt. A reformtörvény 5 milliárd dollár pénzalappal szolgál közösségi hálózatok megteremtésére olyan emberek számára, akik előzetesen fennálló betegségben szenvednek vagy nincs biztosításuk. A kockázatközösségek 90 napon belül lépnek életbe és átmeneti intézkedésként funkcionálnak 2014-ig, amikor a biztosítótársaságok már nem tagadhatják meg a fedezetet bármely betegséggel élő személytől.

A high-risk pools program azonnali könnyítést nyújt több millió lakos számára. Magas kockázatú közösségek már több mint 30 államban léteznek, ezek azonban alulfinanszírozottak és sokban várólisták vannak. Mivel magas kockázatú ügyfeleket céloznak meg, sokan közülük az átlagosnál magasabb biztosítási díjakkal operálnak. Az egészségügyi reformtörvény ezzel szemben megköveteli, hogy a biztosítási díjakat szabványos szinten tartsák, vagy ne emeljék magasabbra, mint amit egy ugyanolyan korú személy fizetne a magánbiztosítási piacon. A reformtörvény jogosultsági követelményei is eltérnek az államokétól. Az új kockázatközösségre azok jogosultak, akiknek előzetes betegsége áll fenn és legalább hat hónapja biztosítás nélkül van.

A miniszter levelében felvázolta az államok opcióit a kockázatközösségek megvalósítására. Azok az államok, ahol már vannak kockázatközösségek, hozzáadhatnak újakat a régiek mellé. Azok az államok viszont, ahol nincsenek, építhetnek más programokra, melyek a magas kockázatú lakosság támogatását szolgálják, szerződhetnek biztosítókkal az állam által támogatott fedezet nyújtására, vagy maradhatnak passzívak, amely esetben az egészségügyi minisztériumnak van felhatalmazása kockázatközösség működtetésére az adott államban.

Az új program több része még nem egészen világos, pl. nem létezik becslés a lefedett emberek számáról és nem tudni hogyan osztják el az 5 milliárd dollárt az államok között. A levél azonban gyors cselekvésre készítet: az államoknak április 30-ig kell válaszolniuk és az egészségügyi minisztérium szándékában áll betartani a reformtörvény 90 napos határidejét a kockázatközösségek létrehozására. (SZL)

Forrás: <http://www.pbs.org/newshour/rundown/2010/04/health-reform-implementation-begins-with-high-risk-pools.html>

2010-04-12 15:17:52

## ***Az amerikai egészségügyi reformtörvény intézkedéseinek menetrendje***

Mint ahogy korábbi különszámunkban\* kifejtettük, 2010. március 30-án Obama elnök aláírta a Health Care and Education Affordability Reconciliation Act of 2010 nevű törvényjavaslatot, ami a korábban elfogadott Affordable Health Choices Act szenátusi törvényjavaslatban hozott képviselőházi módosításokat tartalmazza. Az alábbiakban felsoroljuk a törvény fontosabb intézkedéseit 2020-ig terjedően.

### **2010. április 1.**

- ▶ A kisvállalkozások adójóváírásában részesülnek a biztosítási díjak 35%-áig, 50%-ig emelkedő formában 2014-ig
- ▶ A „doughnut hole”-ba (gyógyszerjuttatási programban levő ez idáig nem finanszírozott hézagba) tartozó idősök 250 dolláros visszatérítést kapnak.

### 2010. július 1.

- ▶ Előzetes betegségben szenvedő biztosítás nélküli személyek biztosítást vásárolhatnak magas kockázatú közösségeken keresztül (high-risk pools)
- ▶ Jelenleg 34 államban vannak ilyen kockázatközösségek, eltérő jogosultsági követelményekkel, juttatásokkal és biztosítás díjakkal

### 2010. október 1.

Valamennyi egészségbiztosító esetében tiltott:

- ▶ A gyermekek fedezetének megtagadása előzetes betegség miatt
- ▶ A fedezet megszüntetése, ha egy biztosított megbetegszik vagy gyakran vesz igénybe szolgáltatást
- ▶ A fedezet megszüntetése, ha egy biztosított eléri a megengedett kiadás felső határát
- ▶ A biztosított egészségügyi kiadásaira kirótt éves vagy életre szóló felső határ megállapítása
- ▶ Valamennyi egészségbiztosító köteles fedezetet nyújtani a fiataloknak 26 éves korig a szülei biztosítása után

### 2011. január 1.

- ▶ A Medicare-re jogosult személyek 50%-os kedvezményben részesülnek az originál (nem generikus) gyógyszerek vásárlásánál – ez 2020-ben 75%-ra emelkedik
- ▶ A magánbiztosítási opcióval szolgáló Medicare Part C fizetéseket befagyasztják az elkövetkezendő 10 évben és 136 milliárd dollárral csökkentik az ilyen opciókat nyújtó magánbiztosítók támogatását
- ▶ Az orvoshiányban szenvedő területeken praktizáló háziorvosok és sebészek 10%-os bónuszt kapnak a Medicare-től 2011-2015-ig
- ▶ Valamennyi egészségbiztosító köteles bevételük legalább 80-85%-át egészségügyi ellátásra költeni

### 2013. január 1.

- ▶ 0,9%-kal megnövelik a Medicare kórházi biztosítási adót (1,45%-ról 2,35%-ra) az évi 200 000 dollár feletti jövedelmekre egyéneknél, 250 000 dollár feletti jövedelmekre házastársaknál
- ▶ Új kórházi biztosítási adót vetnek ki a kamatokból, befektetésekből stb. eredő jövedelmekre az évi 200 000 dollár feletti jövedelmekre egyéneknél, 250 000 dollár feletti jövedelmekre házastársaknál
- ▶ Az orvosok fizetési rátái a Medicare rátákkal lesznek egy szinten, amelyek kb. 20%-kal magasabbak, mint a Medicaid esetében

### 2014. január 1.

- ▶ Kötelezővé válik az egészségbiztosítás kötése, ennek elmulasztása minimum 95 dollár és maximum 695 dollár büntetést von maga után egyéneknél, 2058 dollár büntetést családonként
- ▶ A biztosítótársaságok már nem tagadhatják meg a fedezetet bármely betegséggel élő személytől
- ▶ A Medicaidre való jogosultságot kibővítik a szövetségi szegénységi szint 133%-ára minden lakos számára
- ▶ Azok az államok, amelyek nem bővítették ki a jogosultságot, 100%-os szövetségi támogatásban részesülnek 2017-ig, majd 90%-os támogatásban 2020-ig

- ▶ Létrejönnek az egészségbiztosítási piacok (Health Insurance Exchanges) az államokban kormányzati vagy nonprofit irányítás alatt
- ▶ A szövetségi kormány induló összeggel támogatja az államokat a piacok létrehozásában
- ▶ Ha egy állam nem kíván létrehozni ilyen piacot, akkor a szövetségi kormány teszi meg az adott államban
- ▶ Az Exchange-ekre csak azok jelentkezhetnek, akik 100-nál kevesebb alkalmazottat foglalkoztató munkaadóknál dolgoznak, vagy olyan egyének, akik vállalkozók, munkanélküliek vagy Medicare-re nem jogosult nyugdíjasok
- ▶ Az Exchange-ek nem határozhatják meg a biztosítási díjakat, de kizárhatnak egy biztosítót, ha elégedetlenek a biztosítási díjak összegével
- ▶ Az Exchange-ek kötelesek legalább négy juttatási csomagot nyújtani (platina, arany, ezüst, bronz)
- ▶ Egy 15 tagú független tanácsadó bizottság (Independent Payment Advisory Board) létrehozása a Medicare költségek növekedésének csökkentésére arra az esetre, ha a költségek meghaladja a kitűzött növekedési arányt
- ▶ A biztosítótársaságok piaci részesedés szerinti díjakat kezdenek fizetni az államnak
- ▶ Az 50-nél kevesebb teljes idejű alkalmazottat foglalkoztató munkaadók büntetést fizetnek, ha nem nyújtanak biztosítást alkalmazottainak, ha a nyújtott fedezet nem megfizethető, vagy ha a munkaadók támogatásban részesülő biztosítást vásárolnak egy Exchange-en keresztül

#### 2018. január 1.

- ▶ A luxus biztosításokra ("Cadillac" plans) kivetett 40%-os adó, ha a biztosítás értéke meghaladja a 10 200 dollárt egyéni fedezet esetén, 27 500 dollárt családi fedezet esetén

#### 2020. január 1.

- ▶ A Medicare Part D gyógyszerjuttatási programban levő hézag (doughnut hole) bezárása, összekötve egy 25%-os együttbiztosítással (coinsurance) addig a pontig, amíg az egyén el nem éri a katasztrófa fedezet küszöbét

Forrás:

\*Az amerikai egészségügyi reformtörvény

<http://www.eski.hu/new3/kiadv/healthonline-pdf/2010/2010-4-2010-03-30-USA-kulonszam.pdf>

The Patient Protection and Affordable Care Act

<http://www.democrats.senate.gov/reform/patient-protection-affordable-care-act-as-passed.pdf>

The Health Care and Education Reconciliation Act of 2010

[http://frwebgate.access.gpo.gov/cgi-bin/getdoc.cgi?dbname=111\\_cong\\_bills&docid=f:h4872eh.txt.pdf](http://frwebgate.access.gpo.gov/cgi-bin/getdoc.cgi?dbname=111_cong_bills&docid=f:h4872eh.txt.pdf)

US Health Care Reform: Clinton and Obama

[http://hecon.uni-corvinus.hu/download/conferences/Perlstadt\\_Corvinus\\_20\\_April.pdf](http://hecon.uni-corvinus.hu/download/conferences/Perlstadt_Corvinus_20_April.pdf)

## Egészségügyi statisztika

### ***A termékenység későbbi életkorra való kitolódása***

A 2008-2009-es statisztikák szerint, Franciaországban nőtt a fertilitás 30 éves kor fölött. Gilles Pison, az Országos Demográfiai Intézet (INED) jelentésének szerzője rámutat, hogy az időbeli eltolódás folytatódik. A gyermekvállalási kedv 100 év óta, - kivéve az első világháború időszakát -, először éri el a 30 éves korhatárt.

Az INED havonként megjelenő tájékoztató kiadványa szerint Franciaország mindemellett az európai átlagnak megfelelő értékeket mutat az anyák életkora vonatkozásában. A nemzetközi statisztikák szerint a holland, az ír, az olasz és a luxemburgi nők hozzák a világra a legkésőbb – 31,1 évesen - első gyermeküket –, a svéd és a görög nők átlagéletkora első gyermekük születésekor 30,9, a spanyoloké 30,8 év.

Fertilitás vonatkozásában, Franciaország kiemelkedő statisztikával (1,99) rendelkezik az európai országok között, csak Írország statisztikája magasabb (2,10). A hasonló mutatók értéke: Egyesült Királyság 1,96, Svédország 1,91, Dánia 1,89.

Gilles Pison becslései szerint az első gyermek vállalásának időpontja a jövőben előreláthatólag későbbi időpontra tolódik ki, és elérheti a 31 éves kort, sőt meg is haladhatja ezt, mint ahogy ezt Hollandia példája mutatja. (ZLL)

Forrás: <http://fr.news.yahoo.com/72/20100325/thl-votre-premier-bb-30-ans-0779602.html>

2010-03-26 11:51:46

## Egészségügyi Világszervezet (WHO)

### ***Európai Immunizálási Hét, 2010. április 24 -május 1.***

1994 és 2003 között a bejelentett kanyaró-megbetegedések számában látványos csökkenés volt tapasztalható a WHO Európai Régiójában. (1994-ben 200 000, 2003-ban 30 000, 2009-ben 7375). Az utóbbi időben azonban a betegség többször is újra nagyobb arányban jelentkezett.

Az Európai Régióban született gyermekek közül mintegy 1 millióan nem rendelkeznek teljes körű védettséggel, és 2000 óta néhány ország, ahol ez hagyományosan megoldott kérdésnek volt tekinthető, a WHO által küszöbértéknek tekintett 95%-os immunizáltságnál alacsonyabb szintet mutatott. A legalacsonyabb ráták némelyike Nyugat-Európában található, ahol a Régióban az utóbbi két évben jelentkező kanyaró-megbetegedések 76%-a fordult elő.

Jakab Zsuzsanna, a WHO Európai Irodájának Regionális Igazgatója azt nyilatkozta, hogy a javasolt immunizálási szinteket feltétlenül szükséges fenntartani. Minden országban vannak olyan nehezen elérhető csoportok, melyek tagjai nincsenek beoltva, és ennek következményei különösen nagy aggodalomra adnak okot.

Április 24. és május 1. között, az előrejelzések szerint a WHO Európai Régiójának 46 országa fog részt venni az 5. Európai Immunizálási Hét (EIW) rendezvényein. Az EIW, melyet a WHO Európai Regionális Irodája 2005-ben vezetett be, a vakcinálás fontosságának tudatosítására és a védettség fokozására irányuló országos kezdeményezések éves kampány-sorozata.

Ebben az évben, a kampány a kanyaró és a rubeola felszámolására összpontosul. A döntéshozók, az egészségügyi szakemberek és a szülők számára workshopok, kerekasztal-beszélgetések, szimpóziumok, tájékoztató szolgálatok és egy interaktív számítógépes hálózat révén lesz elérhető számos információ.

Az EIW-et videokonferencia fogja közvetíteni, és az esemény fölött a WHO Európai Regionális Irodájának Igazgatója, az UNICEF, Közép- és Kelet-Európa és a Független Államok Közösségének Regionális Igazgatója és az Európai Betegségmegelőzési és Ellenőrzési Központ megválasztott igazgatója fog fennhatóságot gyakorolni.

1998-ban, a WHO Európai Régiójának tagországai célul tűzték ki a kanyaró és a rubeola felszámolását 2010-ig. A célkitűzés elfogadása nyomán, a régióban a kanyaró incidenciája 110 eset/1 millió főről, kevesebb mint 1 eset/millió főre esett vissza a 2007-2008-as időszakban. 2008-ban, 29 tagországban volt a kanyaró incidenciája alacsonyabb, mint 1 eset/1 millió fő, idén azonban a jelek szerint nem sikerül megvalósítani a betegség felszámolására irányuló célkitűzést.

Alapvetően szükséges a politikai és a társadalmi kötelezettségvállalás a gyermekek védettségének növeléséhez és szinten tartásához a Régió egész területén. (ZLL)

Forrás: [http://www.euro.who.int/mediacentre/PR/2010/20100421\\_1](http://www.euro.who.int/mediacentre/PR/2010/20100421_1)

2010-04-23 13:59:46