

# Válogatás a HealthOnLine cikkeiből

---

2010/6



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

Egészségügyi  
Stratégiai  
Kutatóintézet

---

2010. május 20.

---

## Válogatás a HealthOnLine cikkeiből

2010. május 20.

<b>EU egészségügy</b> .....	3
Az Európai Parlament az illegális online gyógyszertárak ellen .....	3
<b>Egészségpolitika</b> .....	4
Andrew Lansley az új brit egészségügyi miniszter.....	4
A reformtörvény hatályon kívül helyezésének kérdése az amerikai választási kampányban.....	4
<b>Egészségügyi rendszerek működése</b> .....	6
Alapellátás: az egészségügyi ellátás költségei és minősége .....	6
A csoportos orvosi vizitek terjedése.....	8
Az észt egészségügyi rendszer fenntarthatóságának kihívásai.....	9
Az osztrák letelepedett orvosi praxisok minősége .....	14
<b>Népegészségügy</b> .....	15
Obezitással kapcsolatos tájékoztató rendezvények Franciaországban .....	15
A „Healthy People 2010” előzetes eredményei.....	15
Anglia 2009-es egészségprofilja .....	16
A kábítószerabúzással és más függőségekkel kapcsolatos 2010-2014-es kormányzati terv – Luxemburg.....	17
<b>Kórházügy</b> .....	18
Esettanulmány: a finn Coxa Kórház PPP-modellje .....	18
A román magánklinikai hálózat új beruházásai.....	20
<b>Finanszírozás</b> .....	21
Változik az orvosi konzultációk díjtétele Franciaországban .....	21
Mit tanulhatunk a német egészség ösztönző programokból? .....	21
Az új morbiditás alapú kockázatkiszármaztatási rendszer Németországban.....	23
Az egészségbiztosítás kiadásainak növekedése Franciaországban .....	24
<b>Humán erőforrás</b> .....	25
Az aneszteziológiai asszisztensek megmozdulása Franciaországban .....	25
Kötelezővé válik a szakmai továbbképzés az ír orvosok számára.....	25
Az ápolónői tevékenységet nem érinti a krízis – Belgium .....	26

---

---

Gyógyszerügy .....	27
Gyógyszerrendelés hatóanyag alapján - Belgium.....	27
Egyre nő a gyógyszerhamisítással kapcsolatos ügyek száma .....	27
A háromhavi gyógyszerkiszárlás előnyei .....	28
Egészségügyi informatika .....	30
Lassan halad az elektronikus betegnyilvántartás megvalósítása .....	30
Az egészségügyi kvalifikációra vonatkozó Európai kártya.....	31
Egészségügyi reformok.....	32
Az amerikai egészségügyi reformtörvény intézkedéseinek menetrendje.....	32
Események .....	35
Kultúra és egészség – Franciaország.....	35
Global E-Health Forum .....	35
Egészségügyi Világszervezet (WHO) .....	36
63. Egészségügyi Világtalálkozó, Genf, 2010. május 17-21. ....	36
A beteg-orientált medicina Harmadik Genfi Konferenciája, 2010. május 3-5. ....	36

## EU egészségügy

### ***Az Európai Parlament az illegális online gyógyszertárak ellen***

Az Európai Parlament környezetvédelmi és népegészségügyi bizottsága támogatja az interneten illegálisan árult gyógyszerek ellen hozandó új intézkedéseket. A bizottság nagy többséggel elfogadta a Marisa Matias portugál parlamenti képviselő által készített jelentést. A képviselők azt szeretnék, ha törvényileg szabályoznák a gyógyszerek interneten történő árusítását, és kifogásolják az Európai Bizottság 2008-as direktíva javaslatát („pharma package”), amiért nem tért ki a hamis gyógyszerek elleni törvénykezésre. A környezetvédelmi és népegészségügyi bizottság szintén meg kívánja erősíteni a gyógyszer ellátási láncot szabályozó előírásokat.

Jelentésében Marisa Matias népegészségügyi és fogyasztóvédelmi szempontok szerint értékelte át az eredeti direktíva javaslatot. Áttörésként értékelte az internetes gyógyszerekről szóló záradékot, ami nélkül az interneten szabadon áramolhatnának a hamis gyógyszerek. Matias különbséget tett a legális és az illegális online gyógyszertárak között és felhívta a fogyasztókat, hogy csak a jóváhagyott gyógyszertárakat vegyék igénybe, melyen az új EU logó látható. A hiteles internetes gyógyszertárak felhasználóbarát adatbázisba kerülnek és lakossági kampányok nyújtanak felvilágosítást a nem akkreditált gyógyszertártól való vásárlás veszélyeiről.

Bizottság javaslatával ellentétben a Matias jelentés foglalkozik még a hamis gyógyszerek külső országokba történő elosztásával és kontroljával. Nehezen tudja értelmezni, hogy miért vannak szigorú rendelkezések az európai piacra érkező gyógyszerek esetén, és miért nincsenek rendelkezések az EU-n kívüli országokba exportált gyógyszerek esetén. A 15 kompromisszumos módosítás szigorúbbá és erősebbé teszi a direktívát, a majdnem egyöntetű támogatás pedig megerősíti a Parlament hatáskörét a nemzeti kormányokkal való tárgyalásokban. (SZL)

Forrás: <http://www.euractiv.com/en/health/parliament-takes-aim-at-illegal-online-pharmacies-news-486752>

2010-05-04 15:20:23

## Egészségpolitika

### ***Andrew Lansley az új brit egészségügyi miniszter***

Az elmúlt hét év alatt árnyékminiszterként szereplő Andrew Lansley lesz az új brit kormány egészségügyi minisztere, akinek NHS-t pártoló politikája kedvező hatással volt a konzervatívokra a választások során. Bár David Cameron új miniszterelnök gyakran nyilatkozott pozitívan az NHS-ről, Lansley volt az, aki azt a politikát hirdette, hogy minden évben növeljék az NHS finanszírozását és hogy ne legyenek kórházbezárások.

A konzervatívok koalíciós partnerének, a szabaddemokratáknak az egészségpolitikája aránylag könnyen össze tud olvadni a Tory párt legtöbb javaslatával, bár a költségek növelése helyett a kiadások szinten tartását tervezik. Mindkét párt szeretné csökkenteni a bürokráciát és megszüntetni a Munkáspárt várólistára vonatkozó célkitűzéseit (amit politikai motiváltságúnak tartanak, Lansley szerint a betegek hosszú távú eredményei fontosabbak, mint a várakozási idők minimum célkitűzéseinek betartása. Pl. a várakozási idők célkitűzései, amelyek az első kezelésekre vonatkoznak, a mellrák esetében oda vezettek, hogy a műtétre, ami a kezelés első fázisa, csökkent a várakozás, a műtétet követő sugárkezelésre viszont nőtt. Daganatos betegségeknél fontosabb lenne az 5 éves túlélésekre koncentrálni.). Azonban eltérő módon vélekednek az NHS átalakítását és a magánszektor szerepének mértékét illetően. A szabaddemokraták azt szeretnék, hogy megválasztott helyi egészségügyi testületek vegyék át a szolgáltatás vásárlás szerepét az alapellátó trösztöktől.

Lansley felszólítaná a kórházakat, hogy legyenek nyitabbak sikereik és kudarcaik feltárásában. A betegek az eredmény adatok alapján választhassanak, hogy melyik kórházban részesüljenek ellátásban, ami a célkitűzések megszüntetésével javítaná a minőséget. A kórházak bezárására vonatkozó moratórium azonban nem nagyon képzelhető el hosszú távon, mivel a pénzühiannyal küszködő kormány nem engedheti meg magának a nem hatékony működést. (SZL)

Forrás: <http://www.guardian.co.uk/society/2010/may/12/andrew-lansley-becomes-health-secretary>

<http://www.thisislondon.co.uk/news/article-23382547-tories-reveal-plans-to-scrap-health-targets.do>

2010-05-18 14:41:04

### ***A reformtörvény hatályon kívül helyezésének kérdése az amerikai választási kampányban***

Az időközi választások kampányában az egészségügyi reform ügye problémás mind a demokrata, mind a republikánus jelöltek számára. A Quinnipiac University Polling Center felméréseket végzett a lakosság körében, hogy milyen véleménnyel vannak az új egészségügyi reformtörvény alkotmányosságát megkérdőjelező perekről. A pereket 21 állam kezdeményezte többnyire republikánus kormányzók és államügyészek vezetésével, melyekben kifogásolják a biztosítás vásárlásának kötelezővé tételét vagy a büntetés fizetésének kényszerét. A felmérések rámutattak arra, hogy az emberek bonyolult és ellentmondásos nézeteket vallanak a törvény hatálytalanításáról és magáról az egészségügyi reformról.

Kis többséggel a válaszadók ellene vannak az egészségügyi reformtörvénynek, ugyanakkor szintén rossz ötletnek tartják a törvény visszavonását célzó pereket, és emiatt sokan kevésbé támogatnának jelölteket. A szavazók ellenzik az egészségügyi reformot, de ugyanakkor nem is akarnak ellenszegülni

annak. Az egészségügyi reform mindkét jelölt számára hátrányos ügy, és keveset nyernek a törvény ellen vagy mellett való erőteljes kampánnyal.

Az eredményeknek főleg Florida esetében lehet jelentősége, ahol a republikánus kormányzó jelölt Bill McCollum államügyész vezető szerepet töltött be a hatálytalanítási mozgalomban. McCollum egy 12 államból álló koalíciót vezetett az egészségügyi reformtörvény eltörlésére irányuló perek indítására egy nappal azután, hogy a képviselőház jóváhagyta a törvényjavaslatot. A Quinnipiac felmérés szerint a floridai szavazók többsége (54%) nem tartja helyénvalónak a reform elleni pert, 38% szerint emiatt kisebb valószínűséggel támogatja McCollum kormányzói jelöltségét. Az el nem kötelezettek körében a per különösképpen népszerűtlen: 41% van ellene, 27% támogatja.

Bár az eredmények nem kecsegtetők McCollum számára, nem mutatják világosan az utat demokrata ellenfele Alex Sink számára sem. Nem lehet könnyen tőkét kovácsolni a hatálytalanítási perek népszerűtlenségéből az egészségügyi reformtörvénnyel szembeni széles körű szembenállás miatt. Sink némileg hátrányban van ellenfelével szemben, amin segítene a tévében vagy az újságokban való megjelenés. Ugyanakkor egy törvény melletti kiállítás nem nyeri el a többség tetszését, ezért az óvatosság és kiszámított döntéshozatal elengedhetetlen. A felmérés a többi államban is hasonló mintákat eredményezett. (SZL)

Forrás: <http://www.politico.com/news/stories/0510/36906.html>

2010-05-13 13:22:58

## Egészségügyi rendszerek működése

### *Alapellátás: az egészségügyi ellátás költségei és minősége*

Az amerikai szerzők 161 témában íródott publikáció feldolgozásával tanulmányukban arra keresték a választ, milyen bizonyítékok szólnak az alapellátás és a minőség valamint a költségek kapcsolatáról.

#### **Az alapellátás definícióját háromféleképpen határozták meg:**

Az első definíció szerint a **szolgáltató szakképzettsége szempontjából** alapellátás az általános gyermekorvos, az általános belgyógyász, a háziorvos és más általános végzettségű, beleértve a nem orvos végzettségű szolgáltatók által végzett ellátás. Ez a definíció kizárja az alapellátásból a szakorvosok által végzett tevékenységet.

A második definíció a **funkció** szempontjából közelíti az alapellátást. E szerint alapellátásnak nevezzük azt az ellátást, amelyet a páciensek új egészségproblémáikra az ellátórendszerrel történő első kapcsolódási ponton kapnak, ez az ellátás a legtöbb problémára átfogó megoldást nyújt, hosszú távú és az egyénre fókuszált formában, az ellátás szolgáltatók közötti koordinációjával. Ebben a fogalomban az alapellátás független a szolgáltató végzettségétől, az alapellátás funkcióit szakorvos is betöltheti.

A harmadik definíció a **helyi vagy regionális egészségügyi ellátórendszer irányultsága** szempontjából határozza meg az alapellátást. Az a terület nevezhető alapellátás orientáltnak, ahol az alapellátást végző orvosok aránya domináns a szakorvosokhoz képest illetve a betegekhez viszonyítva, a betegek által igénybevett gyakori, szokásos szolgáltatások az alapellátás funkcióinak felelnek meg. Alapellátás orientált a rendszer, ha minimálisak az alapellátás igénybevételét korlátozó pénzügyi akadályok, az alapellátás és az ellátás más szintjei közötti kapcsolat megbízható, az alapellátás szolgáltatója központi szerepet játszik az ellátás menedzselésében és a kulturális és viselkedési normák egészségügyi probléma esetén az alapellátás igénybevételét bátorítják.

#### **Eredmények és költségek a szolgáltató szakképzettsége szerinti alapellátásban**

Az alapellátás szolgáltató szakképzettsége szempontjából történő meghatározását használó tanulmányok néhány kivétellel arra utalnak, hogy a szakorvosok - az alapellátás orvosaihoz képest - a szakmájukhoz tartozó esetek kezelésében nagyobb mértékben tartják magukat az ajánlott kezelési folyamatokhoz, erőteljesebben használnak új módszereket és technológiákat, még ha azok hatékonyságra bizonytalan is. Az alapellátás orvosa és a szakorvos tevékenységének eredményeit kevés tanulmány tudta megfelelően összehasonlítani, legtöbbjük a sürgősségi ellátás és az akut helyzetek (pl. infarktus) utáni állapotok követésével foglalkozott. Néhány jobbnak találta a szakorvos által nyújtott ellátást, viszont a betegek alapállapotának különbségei az összehasonlítást eltorzítják. A krónikus betegségekből (magas vérnyomás, diabétesz) szenvedőket vizsgáló tanulmányok jó része is ellentmondásos tapasztalatokat jelzett az alapellátás orvosa és a szakorvos által kezelt betegek egészségi állapotbeli eredményeinek különbségében. Vannak tanulmányok az alapellátás orvosai által nyújtott ellátás esetében alacsonyabb 5 éves mortalitásról (Franks P, Fiscella K. Primary care physicians and specialists as personal physicians: health care expenditures and mortality experience. *J Fam Pract.* 1998;47(2):105–9.) és vannak olyan tanulmányok, amelyek azt tükrözik, hogy az 1. típusú diabétesz esetében lassabban fejlődnek ki komplikációk, ha a beteg a szakorvos kezelése alatt áll (Zgibor JC, Songer TJ, Kelsey SF, Drash AL, Orchard TJ. Influence of health care providers on the

development of diabetes complications: long-term follow-up from the Pittsburgh Epidemiology of Diabetes Complications Study. *Diabetes Care*. 2002;25(9):1584–90.).

A tanulmányok zöme azt jelzi, hogy az alapellátásban részesülők kevesebb diagnosztikai tesztet, eljárást vesznek igénybe és alacsonyabbak az ellátásuk költségei.

A leginkább szembevetendő különbség az alapellátás és a szakellátás ezen megközelítésében az, hogy az alapellátás orvosai tevékenysége kevésbé minták szerinti, viszont nem ismert ennek hatása a minőségre és az eredményekre.

### **Eredmények és költségek a funkció szerinti alapellátásban**

Az alapellátás funkció szerinti leírásában a tanulmányok a betegeknek nyújtott több preventív ellátásról, a betegek jobb tapasztalatairól, magasabb szintű elégedettségéről, az ellátás alacsonyabb költségeiről, a kórházi felvételek alacsonyabb rátájáról szólnak. Lényeges bizonyítékok léteznek arra, hogy pozitív kapcsolat van a krónikus ellátási modellek és a magasabb minőség, javuló eredmények között az asztma, a szívelégtelenség, a depresszió, a diabétesz esetében. Ugyanakkor ezekben az összehasonlításokban is megfigyelhetők módszertani hiányosságok: Például ha a beteg válthat abban az esetben, ha nem elégedett az orvosával, a hosszú távú orvos-beteg kapcsolat inkább következménye, mint oka a jó minőségű ellátásnak.

### **Eredmények és költségek az egészségügyi rendszer orientációja szerinti alapellátásban**

Az Amerikai Egyesült Államok statisztikáit feldolgozó tanulmányok szerint azokon a területeken, ahol magasabb az alapellátást nyújtó orvosok arányszáma a szakorvoshoz viszonyítva, jobbak az egészségügyi eredmények, alacsonyabb a mortalitás, kevesebb a sürgősségi osztályokon történő megjelenés, alacsonyabb a hospitalizáció és az egy főre jutó ellátások száma, alacsonyabbak a költségek. Ugyanakkor a Medicare kiadásainak 1995 és 2005 közötti vizsgálata azt tükrözi, hogy az egészségügyi kiadások növekedésének magasabb rátája nincs közvetlen összefüggésben a regionálisan jellemző alapellátó orvos/szakorvos hányadossal és a kiadások növekedésének csökkentésére nem elegendő az orvosok összetételének megváltoztatása. (Chernew ME, Sabik L, Chandra A, Newhouse JP. Would having more primary care doctors cut health spending growth? *Health Aff (Millwood)*. 2009;28(5):1327–35. ) A lakosságszámra vetített magasabb alapellátó orvos aránynál kevesebben kerülnek prevenció céljával kórházba, és az Egyesült Királyságban végzett felmérés szerint pozitív kapcsolat volt kimutatható a fenti arány és a lakosság önbevalláson alapuló egészségi állapota között. Nemzetközi összehasonlítások mutatnak rá arra, hogy azokban az ipari országokban, amelyek inkább alapellátás irányultságúak, a lakosság egészségügyi eredményei jobbak, az egészségügyi ellátás költségei alacsonyabbak. (Spanyolországban az alapellátás bevezetése területileg nem volt egységes, azokon a területeken, ahol ez a reformlépés előbb végbement, 10 év alatt erőteljesebben csökkent a magas vérnyomáshoz és a stroke-hoz kapcsolódó mortalitás, mint a reform nélküli területeken.)

A fenti pozitív kapcsolathoz azonban az igénybevételt korlátozó co-payment alacsony szintje, vagy teljes hiánya is előremozdítóan befolyásoló tényezőként társul.

Az alapellátó orvos és a szakorvos magas arányszáma és a jobb egészségügyi eredmények azonban nem szükségszerűen jelentik azt, hogy az alapellátó orvos jobb, magasabb minőségű ellátást nyújt, mint a szakorvos.

Az alapellátás erősítése mellett szóló bizonyíték, hogy javítja az ellátás minőségét, eredményességét és költségeit. Mindezek az alapellátás funkció és rendszerorientáció szerinti megközelítéséből származtathatók. Az alapellátás, mint szolgáltató szakképesítés kevés egyértelmű bizonyítékot nyújt a minőségre és a költségekre.

A közelmúltban elfogadott amerikai reformtörvény számos alapellátás erősítését szorgalmazó elemet tartalmaz (alapellátást nyújtó munkaerő növelése, a jelenlegi ellátó rendszer finanszírozás és szervezeti reformok segítségével történő átalakítása). (BI)

Forrás:

Mark W. Friedberg, Peter S. Hussey, and Eric C. Schneider: Primary Care: A Critical Review Of The Evidence On Quality And Costs Of Health Care. HEALTH AFFAIRS 29, NO. 5 (2010): 766–772

2010-05-12 15:09:46

### **A csoportos orvosi vizitek terjedése**

A „csoportos vizit” egyre népszerűbbé váló irányzat az amerikai egészségügyben, ami lehetővé teszi az orvos számára, hogy több beteggel foglalkozzon egyidejűleg, a beteg számára pedig hogy több időt tölthessen az orvossal, még ha meg is kell osztani másokkal. Pl. a denveri Clinix in Centennial rendelőben egy csoport több mint egy óráig beszélgetett az orvossal, aki különböző egészségügyi tanáccsal szolgált, vérnyomást mért és gyógyszerelés ügyben járt el. A betegeknek ugyan végig kellett hallgatniuk néhány kérdést, melyek nem vonatkoztak rájuk, mégis több információhoz jutottak az egyórás konzultáció folyamán, mint egy tízperces egyéni vizit alkalmából.

Bár a Kaiser Permanente és néhány klinika már korábban bevezette a csoportos vizitet, a profitorientált biztosítótársaságok egészen az utóbbi időkig nem térítették azokat az orvosokat, akik eltértek az egyéni vizit rendjétől. Mára azonban egy öt nagy biztosítót és 17 rendelőt magában foglaló projekt révén a Colorado állambeli orvosok térítést kapnak abban az esetben is, ha több mint egy beteget látnak el egy időben.

A hároméves projektre kiválasztott 17 orvosi rendelő "medical home"-nak tekinthető, vagyis olyan klinikának, amely teljes egészében menedzseli a beteg egészségét és koordinálja az ellátás különböző fázisait. A klinikák évenkénti bónuszban részesülnek, ha ki tudják mutatni, hogy javítják az ellátást. Az orvosi rendelők kétszámjegyű plusz fizetést kapnak a szolgáltatásért, bár ennek pontos összegét verseny megfontolásokból kifolyólag nem teszik közzé. A többletfizetés lehetővé teszi az orvosok számára, hogy koordinátorokat vegyenek fel a betegellátás támogatására, vagy időt töltsenek a csoportos vizitekre és az elektronikus levelezésre.

Az orvoslás hagyományos díjazási struktúrája, amely vizitenként fizet az orvosnak és nem a jobb egészség-kimenetekért vagy a betegség menedzselésének támogatásáért, az orvoslás „futókerék-szerű” gyakorlatához vezetett. Várhatóan mindez radikálisan meg fog változni. A kongresszus által elfogadott egészségügyi reform megköveteli a biztosítótársaságoktól, hogy olyan térítési terveket dolgozzanak ki, melyek a teljesítményen és nem a szolgáltatás darabszámán alapulnak. A "medical home" szemlélet kulcsfontosságú szerepet tölt majd be ebben az átalakulásban. A Kaiser Permanente biztosítótársaság úgy találta, hogy azok az idős betegek, akik csoportos vizitekre járnak havonta, kevesebb sürgősségi ellátásban és kórházi felvételen részesülnek. (SZL)

Forrás: [http://www.denverpost.com/news/ci\\_15027448](http://www.denverpost.com/news/ci_15027448)

2010-05-10 10:03:50

## **Az észtt egészségügyi rendszer fenntarthatóságának kihívásai**

Az észtt Szociális Ügyek Minisztériuma az Észtt Egészségbiztosítási Alappal (EHIF) és a WHO Európai Regionális Irodájával partnerségben 2009-ben jelentést készített az észtt egészségügyi rendszer finanszírozásának fenntarthatóságáról, amelyet egy évig tartó konzultációk és szakértői elemzések előztek meg.

### **Az észtt egészségügyi finanszírozási politika erősségei és gyengeségei**

Észtország egészségügyi rendszere túlnyomórészt bérekre kivetett adón (ún. szociális adón<sup>1</sup>) alapul. A szociális adó egészségügyi részét az EHIF gyűjti be, amely az alkalmazottak (a bér 13%-a) és az önfoglalkoztatottak (a keresetek 13%-a) hozzájárulásaiból tevődik össze.

2007-ben az egészségügyi kiadások (táppénz nélkül) a GDP 5,4%-át tették ki. Az állami egészségügyi kiadások 2005-ben az összes egészségügyi kiadás 77%-át alkották, ami megfelelt az EU-15 átlagának.

2007-ben az egészségügyi finanszírozási források 67%-a származott bérjellegű adókból (a keresetekre kivetett szociális és jövedelmi adókból), 22%-a out-of-pocket kifizetésekből, 7,5%-a fogyasztási jellegű adókból és mintegy 1,5%-a tőkejellegű adókból. A fennmaradó osztályozatlan tételek (egyéb kisebb adók és díjak, magánvállalatok egyéb kiadásai) 3%-ra tehetők. Az out-of-pocket kifizetések a magán egészségügyi kiadások több mint 90%-át teszik ki, a magán egészségbiztosítás szerepe korlátozott.

A legtöbb állami forrást az EHIF gyűjti be, amely független és autonóm ügynökségként a szolgáltatások széles körű vásárlásáért felelős. Az EHIF által lefedett szolgáltatásokra jogosultak köre meglehetősen széles (95%-os lefedettség), és nemrég kiterjesztették a hosszú távú munkanélküliekre is.

Az egybiztosítós rendszer jól működik a '90-es években történt bevezetése óta. A központi bevételgyűjtés, a nemzeti pooling és a központilag meghatározott árak hozzájárulnak a hatékony forrásfelhasználáshoz, miközben a lefedettség szélessége és mélysége elősegíti az egyenlő hozzáférést az alapellátáshoz és néhány szakellátáshoz. Ezen felül, az EHIF nemzetközi szinten elismert stratégiai vásárlása, magas szintű átláthatósága és elszámoltathatósága, valamint alacsony adminisztratív költségei miatt. Az érdekeltek egyhangúlag egyetértettek a szociális adóban, az EHIF körültekintő forrásmenedzsmentje pedig stabilitást eredményezett.

A felsorolt erősségek mellett a jelentés rávilágít néhány problémás területre is. Az egészségügyre fordított kormányzati kiadások szintje az összes kormányzati kiadás százalékában 10,8% volt 2007-ben, ami meglehetősen alacsony az EU-s szinthez képest, és 2000-2007 között csökkenő tendenciát mutatott. Ez azt sugallja, hogy az egészségügyi kiadások nem élveznek prioritást a közkiadásokban. Az érdekeltek szerint az egészségügy szociális adóból történő finanszírozása a jövőben kihívásokat jelenthet. Miközben az érdekeltek szívesebben hagynak a központi kormányzati finanszírozásra, aggódnak annak lehetséges instabilitása miatt.

Az egészségügybe történő állami beruházás alacsony szintje azt is jelenti, hogy az elmúlt időszakban nőtt a magánfinanszírozás aránya, elsősorban az out-of-pocket (OOP) kiadások formájában. Az állami és magánfinanszírozás egyensúlyának megváltozása azonban négy módon aláaknázhatja az egészségügyi rendszer célkitűzéseit:

- ▶ veszélyezteti az egészségbiztosítás poolingjából származó hatékonyság-nyereséget;

<sup>1</sup> Social tax az angol elnevezés, a társadalombiztosítási járuléknak felel meg

- ▶ az OOP-kiadások növekedése miatt csökken a háztartások anyagi biztonsága, különösen az idősebbek és szegények körében, a járóbeteg gyógyszerkiadások miatt;
- ▶ habár a finanszírozási politika progresszív jellegű, a progresszivitás foka (és ezáltal az egyenlőség a finanszírozásban) csökkent 2000 óta, elsősorban az OOP-kiadások arányának növekedése miatt;
- ▶ a lefedettségi szabályozások és a fogyasztói díjak aláássák azt az elvet, miszerint a hozzáférés sokkal inkább a szükségleteken, mint a fizetési képességen alapul.

Emellett egyéb tényezők is aggodalomra adnak okot. Észtország mutatói a várható élettartamot tekintve meglehetősen rosszak, különösen a férfiak esetében (2007-ben nők esetében: 78,7 év, férfiak esetében 67,1 év), ami aláhúzza a népegészségügybe és prevencióba történő nagyobb volumenű befektetés szükségességét. Jelenleg korlátozott központi irányítás áll rendelkezésre, hogy biztosítsa a hosszú távú célok eléréséhez szükséges tőkebefektetéseket, ami az infrastrukturális fejlesztés, ill. a drága felszerelések elhelyezésének gyenge központi kontrolljában nyilvánul meg. Ha a tőkebefektetéseket nem sikerül a lakosság egészségügyi szükségleteivel összekapcsolni, az erőforrás-vesztéséget jelent. További gyengeséget képez a fekvőbeteg-ellátásról a járóbeteg-ellátás felé történő elmozdulás elégtelen támogatása, ösztönzők hiánya az ellátás szolgáltatók közötti koordinációjához, valamint a racionális gyógyszerfelhasználáshoz, illetve az átfogó hosszú távú ellátási stratégia hiánya.

### **Előrevetített bevételi és kiadási trendek 2010-2030 között**

Az egészségügyi finanszírozási politika számos gyengeségét alátámasztották a jelentés előrejelzései, amelyek egy sor demográfiai, munkaerő-piaci, makro-ökonómiai és egészségügyi rendszerbeli tényező hatását vizsgálták meg. Mindegyik scenárió az egészségügyi kiadások nemzeti jövedelmen belüli részarányának jövőbeni növekedését vetítette előre. Az előrejelzések szerint az egészségügyi kiadások GDP-n belüli aránya (ha a táppénzt nem számoljuk hozzá) a jelenlegi 5,4%-os szintről 6,9-9,5%-ra növekedhet 2030-ig, ami 1,5-4,1 százalékpontos növekedést jelent. Ha a táppénzt is hozzászámoljuk, 2030-ban az egészségügyi összkiadások a GDP 7,5-10,1%-át is elérhetik.

Amennyiben az egészségügyi ellátás igénybevétele ugyanolyan ütemben növekszik, mint az utóbbi 5-10 évben, a kormányzat egészségügyi kiadásai nagymértékben megnövekedhetnek, előrejelzések szerint 2030-ban akár a GDP 0,7-1,1 %-át is kitehetik. Ezen kívül, a magán egészségügyi kiadások GDP-n belüli aránya is megduplázódhat 2030-ra, a felírt gyógyszerek szélesebb körű használatának köszönhetően.

A lakosság előregedésének következtében csökkenni fog az EHIF befizetőinek aránya, és növekedni fog azok aránya, akik nagyobb mértékben igénylik az egészségügyi szolgáltatásokat. Ennek következtében az EHIF bevételei még az átlagkeresetek növekedése esetén sem fognak elegendő mértékben növekedni ahhoz, hogy az egészségügyi kiadások legkonzervatívabb becsléseit ki tudja egyenlíteni. Jelentős szakadék lesz az állami bevételek és állami kiadások között, ami akár a GDP 0,4-1,4%-a, vagy akár ennek kétszerese is lehet attól függően, hogy mikor és milyen gyorsan kezdenek növekedni az egészségügyi szolgáltatások árai, és az ellátás igénybevételének mintái tükrözik-e az elmúlt 5-10 évben tapasztalható trendeket. Az EHIF jelenlegi pénzügyi tartalékai csak 2012-2013-ig elegendőek.

A szakadék mértéke nagymértékben függ a kiadások alakulásától. Előrejelzések szerint az egészségügyi ellátás egységnyi költsége egy kissé csökkenni fog a jelenlegi gazdasági válság idején, és nem fog növekedni 2010-ig, azután pedig folyamatos növekedés várható 2030-ig. Mindazonáltal, az érzékenységi analízis azt mutatja, hogy ha az egységköltség 2010-ben növekedésnek indul, a

költségek szintje rövid, közép és hosszú távon egyaránt magasabb lehet. Ez azt sugallja, hogy a közeljövőben hozott árazási döntéseknek kulcsfontosságú hatása lehet a kiadásokra.

Hozzá kell tenni, hogy az előrejelzések nem számolnak az egészségi állapotban, illetve a struktúrában bekövetkező változásokhoz kapcsolódó kiadásokkal, amelyek szintén jelentős mértékben befolyásolhatják a kiadások szintjét.

### **Az egészségügyi finanszírozási politika kihívásai**

A bevételi oldalon nyomás nehezedik a munkaerőpiacra, hogy finanszírozza az egészségügyi kiadásokat, illetve a központi kormányzati költségvetésre, hogy több forrást csoportosítson át az egészségügyi szektorra. A lakosság elöregedése miatt azonban a bevételi oldal zsugorodása várható. A kiadási oldalon a forrásallokáció, a vásárlás, valamint a szolgáltatók kifizetésének gyengeségei hatékonyságvesztést eredményeznek, és amennyiben ezt nem kontrollálják, ez hozzájárul a kiadások gyors növekedéséhez.

A pénzügyi fenntarthatóság koncepciója csak akkor nyer értelmet, ha azt az egészségügyi rendszer célkitűzéseivel kapcsolják össze. A jelentés négy megoldási lehetőséget vizsgál meg:

- ▶ az állami bevételi bázis szélesítése és pótlólagos bevétel generálása,
- ▶ a lefedettség szélességének (univerzalitás), kiterjedésének (juttatások) és mélységének (fogyasztói díjak) megváltoztatása;
- ▶ a forrásallokáció fejlesztése;
- ▶ az irányítás megerősítése.

### **Javaslatok a finanszírozási politika megerősítésére**

#### **1. Az állami bevételi bázis szélesítése**

A jelentés azt javasolja, hogy továbbra is tartsák fenn a jelenlegi rendszer kulcselemeit: az egészségügyre elkülönített adóbevételt, az állami források nemzeti poolingját, valamint az egybiztosítós rendszert. Ugyanakkor szinte teljes egyetértés van a felek között abban, hogy szélesíteni kell az állami bevételi bázist azáltal, hogy nagyobb mértékben hagyatkoznak a nem foglalkoztatási alapú, tőke- és fogyasztási jellegű adókra. Sokan úgy vélik, hogy azoknak, akik leginkább igénybe veszik az EHIF juttatásait – azaz elsősorban az idősebbeknek – mindenképpen hozzá kellene járulniuk a finanszírozáshoz is annak érdekében, hogy a rendszer igazságosan működjön. Ugyanakkor az idősek közül sokan már hozzájárultak az EHIF finanszírozásához, amikor még dolgoztak, mások pedig nem tudnak hozzájárulni, mivel a nyugdíjak meglehetősen alacsonyak. A jelentés készítői ezért azt javasolják, hogy a központi kormányzat járuljon hozzá az EHIF finanszírozásához az idősek támogatása érdekében.

Az igazságosság érdekében azt is javasolják, hogy a kormány szociális adót vessen ki a tőkebefektetésekből származó osztalékokra is.

## 2. A pénzügyi védelem fejlesztése az out-of-pocket kifizetések visszaszorításával

Az észtt egészségügyi finanszírozási politika a szolidaritás magas fokát, valamint az alapellátáshoz (az igénybevétel helyén ingyenes) és szakellátáshoz (korlátozott költségmegosztásnak alávetve) történő egyenlő hozzáférést biztosítja. Mindazonáltal a pénzügyi védelem kiterjedése, valamint a méltányosság a finanszírozásban az utóbbi években csökkent minden jövedelmi csoport, de különösen az idősebbek és a szegényebb háztartások körében, amely nagymértékben az OOP-kifizetések gyors növekedésének tudható be. Azon felül, hogy a járóbeteg vényköteles gyógyszerekhez, a fogorvosi és szakorvosi ellátáshoz való hozzáférés meglehetősen korlátozottá vált, az is bizonyított, hogy a fogyasztói díjak és a gyógyszerpolitikák nemcsak, hogy nem tudják megfékezni a költségeket, de a magán és állami források nem hatékony felhasználáshoz is vezetnek.

A tanulmány szerzői azt javasolják, hogy a Szociális Ügyek Minisztériuma és az EHIF sürgősen tegyen lépéseket a gyógyszerek racionális felhasználására vonatkozó politika kialakítására. Világos ösztönzők bevezetését javasolják a kötelező generikus gyógyszerfelírási politika megerősítésére, valamint a generikus helyettesítés politikájának kidolgozását a gyógyszerészek számára.

Javasolják továbbá, hogy minden egészségügyi szolgáltatás esetében vizsgálják felül a fogyasztói díjak politikáját – kezdve a járóbeteg vényköteles gyógyszerekkel – az egyszerűsítést, a célorientáltság fejlesztését és a közvetlen és közvetett védelmi mechanizmusok megerősítését szem előtt tartva.

A kormányzatnak a juttatási csomagot is felül kellene vizsgálnia, és menetrendet kellene kidolgoznia az olyan hatékony szolgáltatások lefedettségének növelésére, mint pl. a felnőtt fogászati ellátás.

## 3. Az egészségügyi rendszer teljesítményének további fejlesztése a jobb forrásallokáció és vásárlás révén

Habár az észtt egészségügyi rendszer sok területen jól teljesít, a beruházások és a forrásallokáció fejlesztése révén további hatékonyság-nyereséget lehetne realizálni. Habár a hatékonyság-nyereség nem elegendő ahhoz, hogy áthidalja a bevételek és kiadások közötti szakadékot, fejleszti a kimeneteket.

A jelentés szerzői a következő ajánlásokat fogalmazták meg ezen a területen:

- ▶ Meg kell fékezni a kórházi kapacitás növekedését, és erősebb stratégiát kell kidolgozni a beruházások irányítására, valamint a kórházi infrastruktúra megtervezésére vonatkozóan. A stratégiát sokkal inkább az egészségügyi rendszer célkitűzéseire kell igazítani, mintsem a kórházi menedzsment céljaihoz. Ki kell dolgozni egy politikát a kórházi felszerelésekbe való befektetések ellenőrzésére.
- ▶ Az észtt lakosságra jellemző meglehetősen alacsony várható élettartam, az egészséges öregedés biztosításának szükségessége, valamint az egészségbe való befektetés pozitív hatásai miatt a Szociális Ügyek Minisztériumának szorosan együtt kell működnie más minisztériumokkal a népegészségügyi és prevenció programok hatékonyabbá tételében.
- ▶ Az alapellátásra kell fókuszálni, intézkedéseket kell tenni a házi orvosok kapuőri funkciójának megerősítésére, funkcióik koordinálására, ellátni őket olyan eszközökkel, amelyek segítségével irányíthatják a beteget az egészségügyi rendszerben, fejleszteni az elszámoltathatóságukat, és fenntartani az alapellátás ingyenességét az igénybevétel helyén az egész lakosság számára.
- ▶ Az EHIF-nek ösztönzőket kell alkalmaznia a szolgáltatói kifizetések hatékonyabbá tételében, illetve a fekvőbeteg ellátásról a járóbeteg ellátás és az egynapos sebészet felé történő

elmozdulás céljából. A visszatérítésre vonatkozó döntéseket a beavatkozások hatékonyságára, valamint a költséghatékonyságra kellene alapozni, beleértve az egészségügyi technológiai értékelés szélesebb körű használatát.

#### 4. Az egészségügyi rendszer irányításának megerősítése

Az EHIF viszonylag erős (átlátható és elszámoltatható) kormányzati rendelkezéseket fogantatosított. A jelentés szerint ezeket a szolgáltatói tevékenység jobb monitorozásába és értékelésébe való befektetéssel kellene megerősíteni, különös hangsúlyt fektetve a klinikai minőség indikátorokra. Az egészségügybe történő befektetés hozzájárulhat a klinikai minőséghez a jobb információcsere és a tesztek és vizsgálatok duplikációjának elkerülése révén.

Az észtt egybiztosítós modell hatékony, nem lenne célszerű felváltani kompetitív modellel. A központi kormányzatnak meg kell tennie minden erőfeszítést annak érdekében, hogy elkerülje a források áramlásának további fragmentációját, amely hatékonyság-vesztést és ellentétes irányú ösztönzőket okoz. Ahol a fragmentáció fennáll – így pl. a közegészségügy és a sürgősségi ellátás finanszírozásában – a Szociális Ügyek Minisztériumának biztosítani kell a hatékony koordinációt.

#### Következtetések

Az egészségügyi finanszírozási politikának Észtországban számos kihívással kell szembenéznie. A lakosság elöregedése mérsékelt kihívást jelent a hosszú távú pénzügyi fenntarthatóságra. A fő kihívást az egészségügybe történő állami beruházás relatíve alacsony szintje, a munkaerőpiachoz kapcsolódó állami hozzájárulási mechanizmusok, valamint a forrásallokáció, a vásárlás és a szolgáltatók kifizetésének gyengeségei jelentik. Az egészségügyi finanszírozási politika megerősítésével azonban a forrásallokációban és az egészségügyi szolgáltatások igénybevételeben tapasztalható hatékonysági problémák kiküszöbölhetők.

Mindazonáltal a bevételek és kiadások közötti szakadék az előrejelzések szerint túlságosan széles lesz ahhoz, hogy csupán hatékonyság-takarékossággal át lehessen hidalni. A szakadék szűkítésének egyik módja az államilag finanszírozott egészségügyi ellátás jogosultságainak csökkentése, de ez aláásná a rendszer célkitűzéseit. A jelentős és rosszul időzített megnyirbálások a gazdaság újjáépítését és növekedését is gátolhatják.

Alternatív megoldást jelent a bevételi bázis szélesítése. A bérjellegű adóra való nagymértékű támaszkodás nem fenntartható megoldás a csökkenő foglalkoztatottság, valamint az idősek növekvő aránya miatt. A központi költségvetésből származó megnövekedett transzferekkel, valamint egyéb, az egészségügyi finanszírozás megerősítésére irányuló erőfeszítésekkel át lehet hidalni a bevétel-kiadás szakadékot, az állami kiadások szintjét EU-s szintre lehetne emelni, és fejleszteni lehet a rendszer azon képességét, hogy teljesíteni tudja a célkitűzéseket. A nagyobb volumenű központi kormányzati allokációknak világos formulán kell alapulniuk, hogy biztosítsák az átláthatóságot és a stabilitást.

Az egészségügyi rendszer pénzügyi fenntarthatósága azoktól a politikai döntésektől függ, hogy hogyan és mennyit fektessenek be az egészségügybe, illetve hogyan osszák el az egészségügyi erőforrásokat. Ezeket a döntéseket inkább előbb, mint utóbb kell meghozni, mivel az előrejelzések azt mutatják, hogy a cselekvés elmaradásának költsége magas lehet. (AZS)

Forrás: Sarah Thomson - Andres Võrk - Triin Habicht - Liis Rooväli - Tamás Evetovits - Jarno Habicht: Responding to the challenge of financial sustainability in Estonia's health system. WHO Europe, 2010. <http://www.euro.who.int/Document/E93542.pdf>

## **Az osztrák letelepedett orvosi praxisok minősége**

2009 júniusában került sor az osztrák letelepedett orvosok praxisainak minőségével kapcsolatos értékelés eredményeinek közzé tételére. Az értékelés elvégzésével az Osztrák Orvosi Kamara leányvállalata, a ÖQMed (Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH) lett megbízva, ami a munka elvégzése során a tartományi orvosi kamaráktól számíthatott segítségre.

A minőségi kritériumokat, az értékelés folyamatát és az országos szintű minőségi regisztereket az Osztrák Orvosi Kamara által kiadott és a Szövetségi Egészségügyi Minisztérium által jóváhagyott 2006.01.12-i minőségbiztosítási rendelet tartalmazza.

A felmérés 3 évig tartott. 2008 végéig minden orvosi praxis egy alkalommal értékelésre került - meg kell azonban jegyezni, hogy az értékelés eredménye főképp egy kérdőív alapján elvégzett önértékelésen alapszik -, az újonnan megnyitott praxisok folyamatosan értékelésre kerültek.

Amennyiben adott praxis minden minőségi kritériumnak megfelelt, az ÖQMed számára egy minőségi tanúsítványt állított ki, amely egészen a következő értékelésig érvényes marad.

### **Tanúsítványt kapott praxisok**

Összesen 17833 praxis kapott tanúsítványt, miután ezek az értékelési folyamatot hibátlanul teljesítették, illetve a felmerült hiányosságot megszüntették.

### **Feljelentések**

15 esetben került sor feljelentésre az Osztrák Orvosi Kamara illetékes szervénél. Ennek oka az önértékelés megtagadása, a hiányosság megszüntetésének elmaradása vagy a minőségi ellenőrzés megtagadása volt.

### **Praxisbezárások**

1207 esetben jelentettek még értékelés előtt álló praxist a tartományi orvosi kamarák az ÖQMed részére, melyek az üzemeltetőjük által még az értékelés befejezése előtt bezárásra kerültek. Mivel az orvosok számára nem kötelező a praxis megszüntetésének okát az ÖQMed-el közölni, 1008 esetben nem ismert a praxisbezárás oka. 126 esetben került sor a telephely áthelyezésére, 51 orvos ment nyugdíjba, 22 halálozott el. (VN)

Források: ÖQMed

A jelentés: [http://www.oeqmed.at/fileadmin/Downloads/WEB\\_OEQMed\\_Bericht.pdf](http://www.oeqmed.at/fileadmin/Downloads/WEB_OEQMed_Bericht.pdf)

Az értékeléssel kapcsolatos kérdések:

[http://www.oeqmed.at/fileadmin/Downloads/Muster\\_Evaluierungsfragen.pdf](http://www.oeqmed.at/fileadmin/Downloads/Muster_Evaluierungsfragen.pdf)

Patientenanwalt

A kritika:

[http://www.patientenanwalt.com/fileadmin/dokumente/04\\_publikationen/letter\\_noe\\_ppa/Qualitas\\_Interview\\_Gerald\\_Bachinger\\_Letter\\_Patientenanwalt.pdf](http://www.patientenanwalt.com/fileadmin/dokumente/04_publikationen/letter_noe_ppa/Qualitas_Interview_Gerald_Bachinger_Letter_Patientenanwalt.pdf)

A témáról egy hosszabb anyag az ESKI honlapján olvasható:

[http://vega.medinfo.hu/civiltajekoztatas/kepek/ho/anyagok/minoseggel\\_kapcs\\_ertekeles\\_eredmenyei.pdf](http://vega.medinfo.hu/civiltajekoztatas/kepek/ho/anyagok/minoseggel_kapcs_ertekeles_eredmenyei.pdf)

2010-05-13 15:59:13

## Népegészségügy

### ***Obezitással kapcsolatos tájékoztató rendezvények Franciaországban***

A túlsúlyos állapottal kapcsolatos európai rendezvények keretében, az Obezitással küzdő francia állampolgárok Szervezeteinek Egyesülete (CNAO) kétnapos tájékoztató rendezvénysorozatot tart május 21-22-én.

Az obezitással kapcsolatos információkat nyújtó napok megrendezésére idén kerül először sor Franciaországban, ahol a lakosság 14,5%-a, azaz közel 6,5 millió személy túlsúlyos, kétszer több mint 10 évvel ezelőtt. Becslések szerint Európában 150 millió felnőtt és 15 millió gyermek, azaz a lakosság 30%-a túlsúlyos.

A két napon át tartó rendezvénysorozat célja az obezitással, illetve az elhízással küzdő emberek által igényelt szolgáltatások reflektorfénybe helyezése, és az obezitás krónikus betegségként való elismertetése.

A CNAO elnöke, Anne-Sophie Joly sürgős intézkedéseket tart szükségesnek az obezitás kialakulása ellen, mely több betegséghez is vezethet - így pl. a II. típusú cukorbetegséghez - növeli a hirtelen halálozás rizikóját, és Európában több mint 120 000 daganatos megbetegedés is ennek az állapotnak tulajdonítható.

Dr. François-Marie Caron, az Ambuláns Pediátria Francia Egyesületének elnöke szerint is gyors intézkedésekre van szükség, mivel jelenleg a francia gyermekeknek 16%-a túlsúlyos, míg ez az arány 1970-ben csak 6%-ot tett ki. A szakember arra is rámutatott, hogy a túlsúlyos gyermekekből – ha állapotuk 1 és 6 év között nem normalizálódik – lesznek az obezitással küzdő felnőttek.

6 éves korban a testtömeg-mutató (BMI) optimális esetben 16, és ha már 25-ös értéket jelez, akkor súlyos elhízásról van szó. A BMI alakulásának figyelemmel kísérése szinte megoldhatatlan feladatot ró a gyermekorvosokra, mivel ezen a területen hosszú ideig tart az eredmények elérése.

Mindenesetre Franciaországban az obezitás elleni különféle kampányok már kezdenek eredményre vezetni. Azokban az országokban, amelyek nem indítottak ilyen jellegű népegészségügyi programokat, a túlsúlyos gyermekek aránya eléri a 30%-ot is, ugyanakkor Franciaországban arányuk 16% körül mozog. Ez arra enged következtetni, hogy az Országos Táplálkozás-egészségügyi Program hatékonyan lép fel az obezitással szemben. Ugyanakkor, ha a franciák kalória bevitele jelenleg 10%-kal kevesebb is, mint az előzőekben, további erőfeszítésekre van szükség az elhízással szembeni küzdelem eredményre viteléhez. (ZLL)

Forrás: [http://www.viva.presse.fr/spip.php?page=article&id\\_article=13827.html](http://www.viva.presse.fr/spip.php?page=article&id_article=13827.html)

2010-05-13 12:19:25

### ***A „Healthy People 2010” előzetes eredményei***

Az amerikai kormány tízévenkénti népegészségügyi értékelését a Healthy People nevű országos egészségfejlesztési és betegségmegelőzési programban végzi. A 2000-ben indított Healthy People 2010 hivatalos jelentése jövő év tavaszán jelenik meg, amelyben kiderül, hogy az ország mennyiben

volt képes teljesíteni a kitűzött célokat. Az előzetes eredmények szerint ez a közepesnél valamivel rosszabbul sikerült.

Howard Koh egészségügyi miniszter helyettes a New England Journal of Medicine orvostudományi szaklapban fejtette ki, hogy az ország a mérhető célok 52%-át közelítette meg és a 19%-át érte el. Az együttes 71%-os teljesítmény nagyjából megegyezik az előző évtizedével.

A szívbetegségek terén a hírek jók. A kor szerint igazított halálozási arány a szívkoszorúér-betegségekre meghaladta a 2007-es célkitűzést és 1999 óta 203-ról 135-re esett 100 ezer lakosra vetítve. A jelentés szerint az illegális kábítószerfogyasztás szinten maradt, csakúgy mint azon alkoholfogyasztók száma, akik havonta legalább egyszer nagyobb mennyiséget isznak. A védőoltásban részesült gyermekek száma 1998 óta 72,7%-ról 80,6%-ra emelkedett.

Más területeken is vannak lemaradások. Pl. a dohányzás elterjedtségének célkitűzése 12% volt, ez azonban 2008-ban 21% értéket mutatott. Az elhízott emberek arányát le kívánták csökkenteni 15%-ra, ami messze nem sikerült és ma az amerikai felnőtt lakosság harmada tekinthető túlsúlyosnak. Részben az elhízás növekedése miatt a diabetes prevalenciája ezer lakosra vetítve 40-ről 59-re emelkedett 1997-től 2008-ig. A 2010-es célkitűzés 25 eset volt. (SZL)

Forrás:

[http://blogs.wsj.com/health/2010/05/05/early-report-card-on-healthy-people-2010-barely-a-c/?utm\\_source=feedburner&utm\\_medium=feed&utm\\_campaign=Feed%3A+wsj%2Fhealth%2Ffeed+%28WSJ.com%3A+Health+Blog%29&mod=smallbusiness](http://blogs.wsj.com/health/2010/05/05/early-report-card-on-healthy-people-2010-barely-a-c/?utm_source=feedburner&utm_medium=feed&utm_campaign=Feed%3A+wsj%2Fhealth%2Ffeed+%28WSJ.com%3A+Health+Blog%29&mod=smallbusiness)

2010-05-06 14:41:05

### **Anglia 2009-es egészségprofilja**

Anglia országos és regionális adatait tartalmazó egészségprofilját 2006-ban publikálták először összehasonlítások végzésére. A 2009-es jelentés táblázataiban országos, regionális és nemzetközi egészség-indikátorok és egészség-meghatározók találhatóak. A profil az egészség-meghatározók és kimenetek széles körű mutatóin keresztül ábrázolja az elért teljesítményt. A „Health Profile of England 2009” a helyi közösségek közszolgálatában működő szakemberek és tisztviselők számára készült, pl. tanácsosok és az alapellátó trösztök vezetői, akik képesek befolyást gyakorolni a népegészségügyi programok tervezése, vásárlása és szolgáltatása terén. A jelentés egy szélesebb közönség számára is érdekességgel szolgál, vagyis bárki számára, aki kíváncsi az ország egészségre vonatkozó jellemzőire. A 2009-es egészségprofil a következőkről ad számot:

#### **Az egészségügyi eredmények javulása**

- ▶ csökkenő mortalitási ráták a halálozást okozó főbb betegségekben, mint rákbetegségek, keringési betegségek, öngyilkosság
- ▶ növekvő várható élettartam, amely elérte a valaha mért legmagasabb értéket
- ▶ csecsemő halálozás további csökkenése
- ▶ új gonorrhoea diagnózisok csökkenése

### **Néhány területen azonban még nagy kihívást jelent a javulás elérése és fenntartása:**

- ▶ diabetes növekvő aránya
- ▶ alkohollal kapcsolatos kórházi felvételek és halálozás növekedése

### **Az egészség-meghatározók vonatkozásában javulás történt néhány fontos területen:**

- ▶ dohányzó lakosság százaléka
- ▶ lakásállomány minősége
- ▶ azon iskolás gyermekek aránya, akik legalább heti kétórai testnevelésben és iskolai sportban vesznek részt

Azonban az egészségben megnyilvánuló egyenlőtlenségek gyakran előfordulnak olyan területeken is, ahol javulások tapasztalhatók. A jelentés bemutatja a különböző földrajzi egyenlőtlenségeket Angliában.

### **Az EU-15 országaival való nemzetközi összehasonlítások szélesebb kontextusba helyezik az ország előmenetelét:**

- ▶ a rákbetegségek és a keringési betegségek korai halálozási rátái gyorsabban csökkennek Angliában az EU átlaghoz képest férfiaknál és nőknél egyaránt
- ▶ a krónikus májbetegségek és a cirrhosis halálozási rátái néhány országban jelentősen növekedtek, Angliában az EU-15 átlaga fölé emelkedtek a férfiaknál és nőknél egyaránt
- ▶ az EU-15 országaihoz képest a 20 év alatti anyák elveszüléseinek aránya továbbra is a legmagasabb (SZL)

Forrás:

[http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsStatistics/DH\\_114561](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsStatistics/DH_114561)

2010-04-29 09:51:23

### ***A kábítószerabúzással és más függőségekkel kapcsolatos 2010-2014-es kormányzati terv – Luxemburg***

A kábítószerabúzással és más függőségekkel szemben fellépő és 2010. március 19-én érvénybe léptetett új kormányzati akcióterv 2014-re tűzte ki a szenvedélybetegségekre vezető magatartásformák, a kábítószerfogyasztás és a kóros szerencsejáték-függőség visszaszorítását Luxemburgban.

Az új intézkedési terv átfogóan foglalkozik a kábítószerfogyasztással és minden függőséget okozó tényezővel, így a kifejezett tiltás alá nem eső termékekkel is (pl. szeszes italok) - valamint a kóros szerencsejáték-függőséggel. (ZLL)

Forrás :

<http://www.ms.public.lu/fr/actualites/2010/04/plan-gouvernemental-2010-2014/index.html>

2010-04-28 14:10:12

## Kórházügy

### ***Esettanulmány: a finn Coxa Kórház PPP-modellje***

Az ízületi műtéteket végző Coxa Kórház a finnországi Tamperében található és 450 ezer lakos ellátását biztosítja a Pirkanmaa körzetben (amelyhez 28 önkormányzat tartozik). Országos beutalási rendszert is biztosít a komplex esetek számára. Nemzeti egészségügyi rendszer keretén belül működik, amelyet adóalapú finanszírozás, a legtöbb szolgáltatás közvetlen állami ellátása és a decentralizáció magas foka jellemez.

Finnországban az egészségügyi rendszert önkormányzati szinten szervezik meg, de mivel néhány önkormányzat meglehetősen kicsi, ezért összevonták őket 20 kórházi körzetbe, amelyek felelősek a területükön a szakellátás megszervezéséért. A kórházak többnyire az adott kórházi körzet egyik önkormányzatának állami tulajdonában vannak, amelyek évente megtárgyalják egymással a kórházi szolgáltatások ellátását és árazását. Kiegyenlítő mechanizmus működik a kórházi körzeteken belül, amely a magas költségű betegek kockázatát szétteríti az önkormányzatok között.

A Coxa Kórházban lezajlott változás fő elindítója egy 1990-es években Tamperében készült tanulmány volt az endoprotetikus sebészetről, amely rávilágított a minőségi problémákra, és azt javasolta, hogy a szolgáltatásokat kevesebb és specializáltabb szolgáltatói egységekbe tömörítsék. A tanulmány azt is előrevetítette, hogy 1997 és 2015 között kétszer annyi csípőprotézis-műtetre lesz szükség, a lakosság elöregedése miatt. A tanulmány fő üzenete az volt, hogy jelentős fejlesztést kell végrehajtani a minőség terén, és növekvő szükség van a csípőprotézis-műtétekre specializált létesítményekre.

További lendületet adott az a kormányzati törvény, amely arra ösztönözte az önkormányzatokat, hogy több szolgáltatást vásároljanak a magánszektortól, csökkentve ezáltal az állami szektorban a várakozási időt.

Az említett tényezők jelentős ösztönzést adtak a Pirkanmaa kórházi körzetnek, hogy koncentrálja a Coxa kórház szolgáltatásait és új ellátási modelleket vezessen be a csípőprotézis műtétek esetében. Azzal érveltek, hogy ezáltal jelentősen növelhető a kapacitás, csökkenthetők a költségek, a minőség pedig fejleszthető. Ezen felül, a privát szektor növekedésének irányába történő elmozdulás megteremtette annak lehetőségét, hogy a Coxa kórház szakítson az állami tulajdonlással, és újfajta szolgáltatási és üzleti kapcsolatot alakítson ki az önkormányzatokkal.

### **A Coxa-koncepció**

A Coxa-koncepció technikai megoldásai innovatívak. A Pirkanmaa kórházi körzet üzleti kultúrája nyitott az outsourcing irányában. A kérdés az, hogy milyen szervezeti formában, struktúrában, tőkefinanszírozásban és elérési módon kellene kialakítani. Végül egy testületi modell mellett döntöttek, amely a korlátolt felelősségű társaság adaptált verziója, és amely részvényesekként magában foglalja a helyi önkormányzatokat, néhány azokat alkotó kórházat (biztosítva ezáltal az állami tulajdonlás elemét), egy helyi magánkórházat (amely már nem részvényes) és jelentős magántőke alapú részvénytulajdont. A Coxa Kft.-t hivatalosan 2001 februárjában hozták létre.

A modell ellentétben áll számos egyéb public-private partnership modellel, amelyek szerződéses megegyezéseken alapulnak, és ahol egy pusztán privát modell biztosítja a közszolgáltatásokat engedély alapján. A Coxa-modellben a testületi stratégiát állami és magán érdekek és befolyások alakítják. A korlátozott felelősséggel kapcsolatos függetlenség elősegíti, hogy jobban tudjon

alkalmazkodni a piaci körülményekhez. Mindazonáltal, a Coxa kórháznak versengenie kell az egészségügyi dolgozókért, és a magán státusz megengedi azt a szabadságot, hogy meghatározza a szolgáltatás feltételeit. A kft. forma mentesít az állami intézményekre jellemző bürokratikus struktúrák alól is. Ugyanakkor a kft. formának is megvannak a maga kockázatai, és a Coxa nem rendelkezik állami biztonsági hálózattal.

A kórház 2002 óta működik, és összességében véve, a Coxa Kórház számos területen jó teljesítményt mutat. A kórház biztonságosnak tűnik, és a teljesítmény-indikátorok is ígéretesek.

### Teljesítmény:

- ▶ Az endoprotetikus műtétek száma 2003 és 2007 között 1494-ről 2740-re emelkedett.
- ▶ A kórházban szerzett fertőzések aránya kivételesen alacsony. A finn kórházak átlaga 1-2%, miközben a Coxa esetében 0,1%.
- ▶ A Coxa kórházban 19 percbe telik egy műtőszoba előkészítése, miközben amikor a Tampere-i egyetemi kórház részlege volt, mindez 1,5 órát vett igénybe.

### Minőség:

- ▶ A Coxa betegeinek 10 éves garanciát nyújt; ha felülvizsgálati műtét szükséges ezen időszak alatt, a beteg (vagy az önkormányzat) visszakapja a kezelés árának felét.
- ▶ A Coxa Finnország Legjobb Munkahelyeinek listáján a 4. helyen szerepelt.
- ▶ „Példás” minősítést kapott a STAKES rangsorolásában (finn kormányzati egészségügyi kutatóintézet) a betegek elégedettségét vizsgáló kutatásban.
- ▶ Az átlagos tartózkodási idő 3 napra csökkent.
- ▶ A betegek 90%-a a felvétel napján átesik a műtéten.
- ▶ A betegek 90%-át közvetlenül az alapellátó létesítményekbe irányítják rehabilitációra.

A Coxa Kórház sikeres átmenetet hajtott végre állami intézményből állami-magán vegyes tulajdonú intézménnyé. A szervezeti modell újszerű, és intézmények egy csoportjának egyedülálló partnerségén alapul: helyi önkormányzatok, kórházak, egyetemek és kereskedelmi érdekeltségek, szorosan egymásba fonódott stratégiai érdekekkel.

### Következtetések

A Coxa Kórház tapasztalata a minőségre és a jól körülhatárolt folyamatokra való fókuszálást illusztrálja, a folyamatokat betegfolyosókba és létesítmény-dizájnba integrálja, valamint biztosítja a személyzet elkötelezettségét.

A Coxa-modell tökéletesen integrált és hálózatos része a körzeti egészségügyi rendszernek, vezető szerepet biztosítva ezen a területen, és úgy tervezték meg, hogy kutató és oktató szerepet is el tudjon látni.

Néhány PPP-modell esetében (például az Egyesült Királyságban) a kereskedelmi érdekek bizonyultak dominánsnak, ahol a befektetőknek kevés lényegi hozzájárulása volt az egészségügyi értékekhez. A Coxa Kórház esetében azonban nincs ok ilyen jellegű aggodalomra.

Előrehaladott tervek vannak az állami akut egészségügyi ellátás biztosítására PPP-n keresztül számos szolgáltatással, amelyek a kft. forma felé mozdulnak el az elkövetkezendő 2 évben. Tampere nem elégszik meg azzal, hogy a klinikai kutatás fontos referenciacentruma legyen, így elképzelhető, hogy a jövőben Európa egyik vezető referenciaközpontja lesz az egészségügyi szolgáltatások szervezésének és biztosításának innovatív strukturális és kulturális átalakítása terén.(AZS)

Forrás:

Barrie Dowdeswell: Coxa Hospital Ltd. In: Euro Observer, 12. szám, 2010. tavasz.

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

2010-05-11 13:39:27

### ***A román magánklinikai hálózat új beruházásai***

A román magánklinikai hálózat különféle területeken komoly beruházásokra készül. Így például a tervek szerint a jövőben hét új magánkórház felállítására kerül majd sor, és a projekt megvalósítása egészségügyi területen 600 millió EUR-t is elérő rekordberuházást jelent 2012-ben.

A „Ziarul financiar” nemrégiben megjelent elemzése szerint, a román piac vezető magánklinikai - fejlesztési előirányzatuk megvalósítása után - körülbelül 500 főt fognak alkalmazni.

A jelenleg elérhető információk alapján, a CMU (Centrul Medical Unirea) egészségügyi hálózat fogja munkaerő-toborzására a legszélesebb körű kampányt indítani, mivel mintegy 300 szakembert kíván foglalkoztatni.

Romániában egy újonnan munkába álló orvos keresete körülbelül 2500 RON-t (625 EUR-t) tesz ki, és egy már 2-3 éves tapasztalattal rendelkező orvos fizetése meghaladhatja a 3500 RON-t (833 EUR). Cristian Sas, a Poliano és a CMU hálózatok munkatársának becslése szerint az olyan szakterületeken, mint a nőgyógyászat, a bőrgyógyászat vagy a kardiológia, a főállású szakemberek fizetése meghaladhatja a havi 1000 EUR-t.

A Sanador hálózat képviselői nemrégiben bejelentették, hogy a toborzás révén a jövőben munkába álló egészségügyi szakemberek – szakdolgozók és orvosok – számára nyújtandó fizetés 500 és 2000 EUR között fog mozogni. A kiemelkedő teljesítményt nyújtó, széles körben ismert specialisták keresete várhatóan 3000-3500 EUR körül alakul. (ZLL)

Forrás:

<http://www.roumanie.com/Roumanie-nouvelles-cliniques-cherchent-des-medecins-stars-A3241.html>

2010-05-03 16:04:04

## Finanszírozás

### ***Változik az orvosi konzultációk díjtétele Franciaországban***

Roselyne Bachelot, francia egészségügyi miniszter 2010. május 4-én ismertette a magánorvosokra és az egészségbiztosításra vonatkozó projektjét.

A tervezet újdonsága, hogy megemeli bizonyos orvosi konzultációk árát. Így például az általános orvosi konzultációk díjtétele 22-ről 23 EUR-ra emelkedik.

Az egészségbiztosítás továbbra is részt vállal az orvosok társadalombiztosítási járulékanak fedezésében, illetve kiegészítő nyugdíjbiztosításuk finanszírozásában.

Az elektronikus dokumentációhoz való hozzájárulás 0,07 cent/lap feltétele, hogy az orvosok Sesam-Vitale normáknak megfelelő számítástechnikai berendezést használjanak.

A tervezett rendelkezések a kiegészítő biztosítás kötéséhez támogatásban részesülő (ACS) biztosítottakra is vonatkoznak. Eszerint ők továbbra is mentesülni fognak a betegút betartása során felszámított tarifák biztosítási fedezet alá eső részének megelőlegezése alól. (ZLL)

Forrás:

[http://www.viva.presse.fr/La-consultation-a-23-euros-actee\\_13789.html](http://www.viva.presse.fr/La-consultation-a-23-euros-actee_13789.html)

2010-05-11 12:38:01

### ***Mit tanulhatunk a német egészség ösztönző programokból?***

Németország az elsők között járt a kötelező egészségbiztosításban alkalmazható, a biztosítottakat befolyásoló különféle ösztönzők bevezetésében. 1989-ben született az első ösztönző, amely a fogászati ellenőrző vizsgálatokon való részvételt jutalmazta a fogászati kezelés esetén felszámított alacsonyabb co-payment-tel.

#### **Az ösztönzők fő céljai:**

- ▶ a lakosság egészségi állapotának javítása (a lakosság egészségmagatartásának javítása),
- ▶ a szolgáltatások hatásosságának maximalizálása (a compliance jutalmazása),
- ▶ a biztosítók közötti verseny növelése (az ösztönző programok vevőcsalogatók lehetnek).

Vannak mindhárom célnak megfelelő ösztönző programok és vannak olyanok, amelyek csak egyes célokhoz rendelkezhetők.

#### **Az ösztönzőket Németországban a Társadalombiztosítási Törvénykönyv szabályozza.**

A Barmer Ersatzkasse, amely Németország egyik legnagyobb biztosítója, 6,8 millió biztosítottal rendelkezik (a lakosság 10%-a) az alábbi ösztönző programokat nyújtja:

### **Fogászati szűrővizsgálat ösztönzése:**

Fogászati kezelés esetében a pénztárak a kezelés 50%-át fedezik. Ez 20%-kal növelhető, ha a felnőtt páciens több mint 5 évig részt vesz az éves szűrővizsgálaton. 10 éves rendszeres vizsgálat esetén ez 30%-ig növelhető. A Barmer bonus füzetet ad a tagjainak, amelyben fogorvos igazolja a vizsgálatokat. Az eredmények szerint a füzettel rendelkezők több ellenőrző vizsgálaton vesznek részt (valószínűségi arány: 8,2).

### **Egészségtudatos magatartás ösztönzése:**

A pénztárak bonusokat nyújthatnak az egészségtudatos magatartás ösztönzésére, egészségfejlesztési, szűrési programokon való részvételre. A bonus lehet készpénz, csökkentett mértékű biztosítási díj, vagy valamilyen természetbeni juttatás (pl. sporteszköz). A pénztárak legalább háromévente készítenek jelentést a megtakarításaikról, bonus csak a tényleges megtakarításból fizethető. A Barmer 17 különböző tevékenységért (krónikus betegségek éves szűrésén való részvétel, dohányzásról való leszokás, rákszűréseken történő részvétel, ajánlott oltások, sportklub vagy fitness stúdió tagság, véradás stb.) ad bonuspontokat, szűréseknél alkalmanként 200 pont körüli nagyságrendet, sporttevékenységnél éves tagságért 150 pontot, véradásért alkalmanként 150 pontot. A pontokat 500 pont után lehet beváltani. 500 pontért pl. konyhafelszerelés, sportóra vagy az egészségügyi adatokhoz történő egy éves internetes hozzáférés kapható, de a pontok értékesebb ajándékokra is összegyűjthetők, vagy készpénzre válthatók (személyenként 30 euró évente). A Barmer biztosítottjainak több mint 10%-a vesz részt immunizációra, ellenőrző vizsgálatokra, szűrésre, tesztesztelésre és oktatásra irányuló bonus programokban, a tagonkénti éves megtakarítások a program adminisztrációs költségeinek levonása után közelítik a 100 eurót.

### **Az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele minimalizálásának ösztönzése:**

A pénztárak alacsonyabb járulékot (vagy alacsonyabb co-payment-et) ajánlhatnak, ha az érintettek részt vállalnak a pénztárak költségcsökkentő programjaiban vagy pl. a betegség-menedzsment programokban. A Barmer 2007-ben két, három éves kötelezettségű programot ajánlott ezen a területen. Az egyik szerint 80-200 euró biztosítási díj téríthető évente vissza, ha a biztosított nem került kórházba vagy a háziorvosi megjelenése nem vezetett receptíráshoz. A másik szerint a biztosított akkor kap éves engedményt a díjából, ha az egészségügyi költségei meghatározott százalékát ő fizeti. Egyes programok mindenki számára nyitottak, mások csak korlátozottan, pl. a magasabb jövedelműek számára választhatók. Mindenki választhatja pl. az éves 100 eurós visszatérítést, ha vállalja, hogy minden alkalommal, amikor szolgáltatást vesz igénybe, fizet 10 eurót (max. 150 euróig). Nem kell viszont fizetni a prevenció, szűrési, oltási stb. szolgáltatások igénybevétele esetén.

### **Krónikus betegségek korai megállapításának és a kezelésének ösztönzése:**

A Törvénykönyv szerint az éves jövedelem 1%-ára csökkenhet (2% helyett) a co-payment, ha a biztosított a megfelelő életkorban részt vesz a méhnyakrákhoz, bélrákhoz és emlőrákhoz kapcsolódó betegoktató, tanácsadási programokban, és ezekben a megbetegedésekben nem utasítja vissza a kezeléseket. (Egyébként jelenleg minden más krónikus beteg is maximum 1% co-payment-et fizet.) Néhány daganatos betegségnél az 1%-os co-payment-et 2%-ra emelték, ami aztán a fenti compliance révén 1%-ra csökkenhet. A Barmer ugyan bevezette ezeket a programokat, de nincs információ az eredményességükről.

A bonus programok értékelése számos kérdést vet fel, megítélésük így nem tekinthető egyértelműnek. A programok jelenleg kombinálják az ösztönző és a büntető elemeket.

A bonus programok különösen érdekesek a magas jövedelműek számára, akik a jövedelemarányos járulék miatt lényegesen többet fizetnek az átlagnál, és mivel bizonyítottan ez a réteg jellemezhető jobb egészséggel, kevesebb szolgáltatást vesznek igénybe. A magas jövedelműek részvétele a programokban lényegesen nagyobb, mint az alacsony jövedelműeké.

Az egészségmagatartás esetében nem tud a pénztár arról számot adni, hogy nem olyan tevékenységért fizeti-e a bonust, amit a biztosított addig is szokásosan végzett (pl. sport).

A bonus programokban a biztosítottak nem egyenlő mértékben vesznek részt, az ösztönzők büntetést jelentenek azok számára, akik nem tudnak részt venni. Hasonlóképpen vitatható, hogy jó-e az olyan ösztönző, amely a szolgáltatások igénybevételének 3 éves korlátozására irányul.

### **A bonus programok értékelése többek között az alábbi kérdésekre kell, hogy keresse a választ:**

- ▶ A bonus mennyire szolgálja a magatartás megváltoztatását, vagy mennyiben díjazza az esetleg addig is végzett rutintevékenységet?
- ▶ Mi jellemzi az egyes társadalmi-gazdasági csoportok bonus használatát?
- ▶ Lehet-e azonosítani, hogy mely programok segítik legjobban az egészséget?
- ▶ Milyen feltételekkel helyezhetik az egyes programok az orvosokat ellenőrző szerepkörbe? (BI)

Forrás:

Harald Schmidt, Andreas Gerber, Stephanie Stock: What can we learn from German health incentive schemes? BMJ 2009;339:b3504

2010-05-10 11:18:02

## ***Az új morbiditás alapú kockázatiigazítási rendszer Németországban***

A 1990-es évektől számos kötelező betegbiztosítási rendszert fenntartó ország kínál biztosítottai számára lehetőséget a szabad pénztárválasztásra. E választási szabadság legtöbbször a betegbiztosítók esetében egy államilag előírt szerződési kényszerrel párosul. Németország mellett további országpéldaként említhető Hollandia, Belgium, Csehország, Svájc vagy Szlovákia. Ezekben az országokban egyaránt jellemző, hogy a biztosítók egymással versengenek a biztosítottakért, illetve a törvényhozó erősen szabályozza a járulékképzést. A biztosítók vagy jövedelemtől függő járulékot szednek a biztosítottaktól (mint például jelenleg Németországban) vagy ún. egészségprémiumot (Svájc), illetve ennek kombinációja is megfigyelhető például Hollandia vagy Belgium esetében, mely országok egy főként jövedelem szerinti járulékokból és egészségprémiumokból finanszírozott vegyes rendszert működtetnek. A biztosítók pénzügyi helyzete ilyen körülmények között erősen függővé válik a biztosított struktúráról, ami a pénztárakat kockázatszelekcióra vagy a biztosítottak önszelekciós tendenciáinak kihasználására ösztönözheti.

A német kötelező betegbiztosítók között (kivételem képez a mezőgazdászok betegpénztára) a kockázatiigazítás 1994-ben kezdődő bevezetésével egy átfogó pénzügyi kiigazítás vette kezdetét, amit az 1996-os szabad pénztárválasztás és a biztosítók között meginduló verseny tett szükségessé. 1995

végéig csupán egyes foglalkozáscsoportok élhettek korlátozott választási lehetőséggel és választhattak az alkalmazottak vagy a dolgozók kiegészítő pénztárai között. Az 1994-es kockázatkiigazítási rendszer korrekciós tényezőként a kort, nemet és a csökkent keresőképességet vette alapul és retrospektív volt.

Az Egészségügyi Alap, amely a Szövetségi Biztosítási Hivatal által működtetett elkülönített vagyon, bevezetése és ezzel a finanszírozási rendszer teljes átalakítása 2009. január elsején vette kezdetét. Ettől az időponttól a törvényi úton meghatározott járulékbefizetések és a költségvetési hozzájárulások az Egészségügyi Alaphoz folynak be, ami azután a pénztárak között a rizikókompenzációs rendszernek megfelelő korrekció után kerül szétosztásra. Így a kockázati kiigazítás már csak a kiadási oldalt érinti azáltal, hogy az Egészségügyi Alaptól pénztárakhoz érkező kiutalások a biztosított struktúra szerint kerülnek korrigálásra.

Első körben a pénztárak a biztosítottak után a kötelező betegbiztosítás átlagos egy főre jutó kiadásai után meghatározott alapátalányt kapják térítésként. A sok idős és beteg biztosított taggal rendelkező pénztárak számára ez természetesen még elégtelen finanszírozást jelent, míg a főként fiatal, egészséges tagokkal bíró pénztárak esetében túlf finanszírozást. Ezért kerül sor az alapátalány levonásokkal és pótlékokkal történő utólagos korrekciójára. A kockázatkiigazítás új modelljében az eddig használt kritériumok mellett - kor, nem, csökkent keresőképesség esetén járó juttatás – figyelembe vételre kerülnek a pénztárak mérhető betegségterhei, aminek alapjául a kiválasztott 80 betegség szolgál. (VN)

**A téma bővebb kifejtését az ESKI honlapján olvashatja:**

<http://vega.medinfo.hu/civiltajekoztatask/kepek/ho/anyagok/morbirsa2010.pdf>

2010-04-29 11:53:23

### ***Az egészségbiztosítás kiadásainak növekedése Franciaországban***

A francia egészségbiztosítás (CNAM) kiadásai a 2010-es év első három hónapjában 4,1%-kal emelkedtek a 2009-es statisztikákhoz viszonyítva. Eredetileg 3%-os növekedést irányoztak elő.

Az egészségügyi kiadások növekedése 2010 első trimeszterében nagyobb volt, mint az utóbbi 12 hónap során (+3,5%). Az alap- és a járóbeteg-ellátásra nyújtott visszatérítések 4%-kal növekedtek az orvosi asszisztencia megemelkedett költségei miatt (+6,1% 2010 első három hónapjában, szemben az előző 12 hónap 4,8%-os értékével) és a kórházi napidíjak alakulása (+6,1% 2010 első trimeszterében szemben az előző 12 hónap során regisztrált 4,8%-kal) is hozzájárult a növekvő tendenciához. Mindez összefüggésbe hozható a 2009 végén a H1N1 influenza-járvány kezelésére fordított kifizetésekkel.

Márciusban a növekedés üteme újból a megszokott éves szintre: 4,8%-ra csökkent.

Az orvosi, fogorvosi honoráriumokra fordított kiadások viszont kevésbé emelkedtek 2010 első trimeszterében, mint az előző 12 hónapban (+0,9% szemben az éves +1,8%-kal).

Márciusban az általános orvosi ellátásra fordított kiadások stabil helyzetet jeleztek, növekedésük mindössze 0,1%-os volt. (ZLL)

Forrás :

<http://fr.news.yahoo.com/68/20100428/tsc-assurance-maladie-hausse-de-4-1-des-04aaa9b.html>

2010-04-29 10:34:24

## Humán erőforrás

### ***Az aneszteziológiai asszisztensek megmozdulása Franciaországban***

Országos érdekvédelmi szervezetük kezdeményezésére, a francia aneszteziológiai asszisztensek május 18-án munkabeszüntetést tartanak követeléseik érvényesítése érdekében.

Az aneszteziológia területén felsőfokú szakirányú végzettséggel rendelkező dolgozók felelősségteljes munkájukat jobban honoráló béreket és tevékenységük nehézségi fokának jobb elismerését – így a korengedményes nyugdíjba vonulást (55 éves korban) továbbra is lehetővé tevő intézkedéseket követelnek. Akciójukra ez év tavaszán már harmadszor kerül sor.

Az aneszteziológiai asszisztensek 5 éven át folytatnak tanulmányokat oklevelük megszerzéséért, és feladataik teljesítése rendkívül nagy felelősséggel jár. Ismételt megmozdulásuk is jelzi határozott szándékukat követeléseik érvényesítésére. (ZLL)

Forrás:

[http://www.maxisciences.com/infirmier-anesth%e9siste/greve-des-infirmiers-anesthesistes-le-18-mai\\_art7379.html](http://www.maxisciences.com/infirmier-anesth%e9siste/greve-des-infirmiers-anesthesistes-le-18-mai_art7379.html)

2010-05-18 14:06:50

### ***Kötelezővé válik a szakmai továbbképzés az ír orvosok számára***

Az ír egészségügyi miniszter aláírt egy rendeletet, miszerint az orvosoknak kötelező lesz részt venni a szakmai kompetencia fenntartását célzó programokban. A rendelet május 1-től teszi érvényessé az orvosokról szóló 2007-es törvény ide vonatkozó részeit. A csúszás amiatt következett be, hogy időt adjanak a megfelelő struktúrák kiépítésére.

Az orvosoknak évi 50 óra szakmai továbbképzésben (Continuing Professional Development) kell részt venniük, ennek betartását bármikor ellenőrizhetik. Jelenleg az orvosok 50%-a látogat ilyen programokat önkéntes alapon. Az ír orvosok nyilvántartását végző Medical Council üdvözli a rendeletet és egy év kifizetési időt adott az orvosoknak, hogy feliratkozzanak egy szakmai kompetencia programra.

Bár az orvospképzés naprakészen tartásának feladata végső soron a Medical Council hatáskörébe tartozik, a programok napi szintű igazgatását különböző posztgraduális képzést nyújtó testületek végzik majd, mint az Irish College of General Practitioners, a Royal College of Surgeons in Ireland és a Royal College of Physicians of Ireland. A posztgraduális képzés szervezeteit tömörítő Forum of Irish Postgraduate Medical Training Bodies és a Medical Council jóváhagyott egy közös keretdokumentumot, amely felsorol néhány általános alapelvet a specifikus programok kidolgozásához.

A kötelező klinikai ellenőrzés szintén részét képezi majd az új követelményeknek, mely újdonságként jelenik meg a legtöbb orvos számára. A felügyelet magában foglalja az orvos praxisának szisztematikus áttekintését és értékelését a betegellátás javítása érdekében. Az orvosok klinikai ellenőrzése a következőket tartalmazhatja: beteg eredmények elemzése, osztályos eredmények elemzése, képek és lemezek másodszori olvasása, betegelégedettségi felmérések. A rendszer finanszírozásának módjáról még nem döntöttek, de a költségekhez várhatóan hozzájárul az orvosi szakma, a Health Service Executive és az egészségügyi minisztérium. (SZL)

Forrás: [http://www.imt.ie/news/2010/04/harney\\_signs\\_legislation\\_to\\_en.html](http://www.imt.ie/news/2010/04/harney_signs_legislation_to_en.html)

2010-05-11 13:13:23

## ***Az ápolónői tevékenységet nem érinti a krízis – Belgium***

A VDAB, Forem és Actiris (Munkavállalást segítő cégek) site-jai szerint 2000 ápolónői állás betöltetlen Belgiumban.

A statisztikák alapján elmondható, hogy az országban az ápolónői foglalkozást nem sújtja a gazdasági válság. Az egészségügyi dolgozók toborzását segítő Express Medical cég szerint, az országnak 140000 ápolónője van, és évente közel 5000 új végzős szerez ápolónői oklevelet.

A 140 000 ápolónőből 105 ezren gyakorolják hivatásukat, és bár évente sokan szereznek ápolói szakképesítést, mintegy 2000 ápolónői állás továbbra is betöltetlen marad.

Az utóbbi években a szakiskolákban új beiratkozásokra került sor, de az ápolás iránti lakossági igény változatlanul rendkívül nagy, így a pályaválasztóknak ez az egészségügyi hivatás továbbra is sok lehetőséget kínál. (ZLL)

Forrás:

<http://www.lalibre.be/actu/belgique/article/581806/deux-mille-postes-d-infirmieres-toujours-vacants.html>

2010-05-10 15:06:28

## Gyógyszerügy

### **Gyógyszerrendelés hatóanyag alapján - Belgium**

Belgiumban a hatóanyag alapján történő (DCI) gyógyszerrendelés egyre jobban terjed. Az INAMI belga egészségbiztosító szerint ezt a 2009-es év utolsó trimeszterére vonatkozó "Pharmanet" statisztikák is alátámasztják.

Az orvosok a gyógyszereket az esetek 7%-ában a nemzetközileg elfogadott közös elnevezésük alapján írják fel. Amennyiben az orvos nem márkanev, hanem DCI szerint rendel gyógyszeres kezelést, a gyógyszerész ennek alapján a legkedvezőbb gyógyszert szolgáltathatja ki a beteg részére.

A DCI szerinti gyógyszerrendelés nem kötelező, hanem választható az orvos számára, aki ezzel a gyógyszerészre bízva az előírtak megvalósítását, figyelembe véve a beteg szükségleteit a kezelés folyamatossága, árfekvése és elérhetősége tekintetében.

#### **A gyógyszerész az alábbiak alapján dönt arról, hogy melyik készítmény legyen kiszolgáltatva a beteg számára:**

- ▶ a DCI rendeléshez létezik egy ennek megfelelő generikum vagy egy originális szer, mely szerepel a referenciaáron alapuló visszatérítési rendszerben, és melynek ára megegyezik a visszatérítés kiindulási alapjával. A betegnek ez nem jelent további kiadást.
- ▶ Kizárólag, ha az 1. pontban foglaltak nem alkalmazhatóak, a gyógyszerész kiadhat egy a referencia áron alapuló visszatérítési rendszerben szereplő originális szert, melynek ára eltér a visszatérítés kiindulási alapjától. A beteg ebben az esetben kiegészítést fizet.
- ▶ Kizárólag, ha az 1. és a 2. pontban foglaltak nem alkalmazhatóak, a gyógyszerész kiszolgáltathat egy olyan originális készítményt, mely nem szerepel a referencia áron alapuló visszatérítési rendszerben, de amelyre ennek ellenére visszatérítés jár a beteg részére.

A DCI-rendelések száma lassan, de folyamatosan nő. A generikumokkal helyettesíthető szerek esetén, a DCI-rendelések aránya 2006-ban évvégén 4,5%, 2007-ben 5,1%, 2008-ban 5,5% és 2009-ben 7,1% volt. (ZLL)

Forrás:

[http://www.belgium.be/fr/actualites/2010/news\\_inami-prescription-sous-dci.jsp?referer=tcm:116-100210-64-a1](http://www.belgium.be/fr/actualites/2010/news_inami-prescription-sous-dci.jsp?referer=tcm:116-100210-64-a1)

2010-05-19 12:18:38

### **Egyre nő a gyógyszerhamisítással kapcsolatos ügyek száma**

Egy gyógyszerbiztonságról szóló irányelvvel kapcsolatban kell véleményt nyilvánítania az Európai Parlament Egészségügyi Bizottságának. Ennek oka, hogy huzamosabb ideje megfigyelhető már a gyógyszerhamisítással kapcsolatos ügyek egyre növekvő száma, ami szinte már-már a drogkereskedelemhez hasonló méreteket ölt.

Az Unió irányelv előírta, hogy a gyógyszerek csomagolása egységes biztonsági jelzésekkel legyen ellátva. Az elképzelések szerint ez vonalkódból, szériaszámból és hamisíthatatlan hologramokból állna.

Az Európai Bizottság adatai szerint az Európai Unió külső határain évente több millió hamisított gyógyszert foglalnak le. 2005 és 2006 között például 2,7 millió hamis készítményt foglaltak le. Ez az esetek 384 százalékos emelkedését mutatja és a feltáratlan esetek száma ennél jóval magasabb. 2007-es és 2008-as statisztikai adatok szintén megerősítik a növekvő tendenciát.

Különösen az internetes kereskedelem könnyíti meg a gyógyszerhamisítók dolgát. Tovább súlyosbítja a helyzetet, hogy ma már az Interneten vásárolható hamis készítmények TOP 10-es listáján nem csupán potencia növelő szerek, hanem a rák gyógyítására alkalmas készítmények is megtalálhatóak.

Mivel abszolút biztonság sajnos nem létezik, ezért az intézkedések csupán a legális gyógyszertárakban lehetnek hatékonyak. Azokat az embereket, akik kétes forrásból származó gyógyszereket is hajlandóak megvásárolni, nem lehet semmilyen jogszabállyal védeni.

A német gyógyszerészek javaslata az internetes kereskedelem betiltása volna. Ennek a javaslatnak az EU-s irányelv nem tesz eleget. Az irányelv célja, hogy a vényköteles gyógyszerek hamisítása ellen tegyen, mivel a nem vényköteles gyógyszerekre való kiterjesztés már túlmutat a célokon.

Az Egészségügyi Bizottság véleménynyilvánítását követően az EU-Parlament júniusban hozza meg az ezzel kapcsolatos döntését. (VN )

Forrás: Ärztezeitung:

[http://www.aerztezeitung.de/politik\\_gesellschaft/arzneimittelpolitik/article/599796/eu-parlament-diskutiert-arzneimittelfaelschung.html?sh=7&h=390269967](http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/arzneimittelpolitik/article/599796/eu-parlament-diskutiert-arzneimittelfaelschung.html?sh=7&h=390269967)

2010-04-30 11:56:12

### ***A háromhavi gyógyszerkiszárlás előnyei***

Franciaországban, 2007 óta négy krónikus betegség – a cukorbetegség, a magas vérnyomás, a megemelkedett koleszterinszint és a csontritkulás – gyógyszerei nagy kiszárlásban, azaz három hónapi adagban is kaphatóak.

A CNAMTS - a rendszeres jövedelemben részesülő dolgozók fedezetét ellátó országos biztosító - múlt héten megjelent közleményében emlékeztet arra, hogy a nagyobb kiszárlás – mint ahogy ezt a számadatok is alátámasztják - nem elhanyagolható mértékű megtakarítást tesz lehetővé, nemcsak az egészségbiztosításnak, hanem a biztosítottaknak és az általuk választott kiegészítő biztosítóknak is.

Franciaországban a Magas Szintű Egészségügyi Hatóság rendelkezése értelmében lehet háromhavi kiszárlásban hozzájutni ezeknek, a hosszú távú kezelést igénylő betegségeknek a gyógyszereihez. Attól kezdve, hogy a kezelés eredményeként a beteg állapota stabilizálódik, lehetőség nyílik a gyógyszer nagyobb kiszárlásban való felírására, mint a gyógyszeres kezelés praktikus és költséghatékony módjára. 2009 végén, a fent említett négy krónikus betegség gyógyszerelése közel 80%-ban háromhavi kiszárlásban volt elérhető a gyógyszertárak 91%-ánál.

2009-ben, a gyógyszertárak az ilyen szerek közel negyedét háromhavi csomagolásban szállították ki. A betegek számára a nagy kiszárlás 13%-kal olcsóbb, mint ugyanaz a gyógyszer mennyiség három dobozba csomagolva. A beteget vagy a kiegészítő biztosítóját terhelő költségek is alacsonyabbak, mivel három alkalom helyett csak egyszer kell megfizetni a gyógyszerfelírás átalánydíját.

Amennyiben a négy krónikus betegség kezeléseinek 60%-át háromhavi kiszereelésben forgalmazzák, ez évente 390 millió EUR megtakarítást eredményezne, és ebből 230 millió az egészségbiztosítás megtakarítása lenne.

A CNAMTS számításai szerint, csupán a csonttritkulás legelterjedtebb kezelése évente 408,96 EUR-t tesz ki havi csomagolásban, szemben a háromhavi kiszereelésben kiszolgáltatót gyógyszer mennyiség 349,87 EUR-os árával. Az 59,12 EUR-os különbség további megtakarításokra lebontva 20,69 EUR-t jelent a biztosított vagy a kiegészítő biztosítója számára, 34,43 EUR-t az egészségbiztosítás számára, valamint 4 EUR összegű átalánydíj-megtakarítást a beteg számára, minthogy erre nem igényelhető visszatérítés. (ZLL)

Forrás:

<http://www.lepoint.fr/actualites-sciences-sante/2010-04-26/depenses-de-sante-l-interet-des-medicaments-en-boites-de-trois-mois/1055/0/448121>

2010-04-27 15:45:28

## Egészségügyi informatika

### ***Lassan halad az elektronikus betegnyilvántartás megvalósítása***

Az elektronikus betegnyilvántartás létrehozására irányuló erőfeszítések a vártnál lassabban haladnak szerte a világon, miközben megvalósításuk költségei egyre emelkednek. Mindez igaz Anglia esetében is, ahol az ambiciózus, 12 milliárd font költségű és 10 év kifizetési idővel járó erőfeszítés, hogy elektronikus betegdokumentációval szolgáljon 50 millió lakos számára, legalább négy év késésben van és nem fog teljes egészében megvalósulni a közeljövőben.

A világ legnagyobb civil IT programjának tekintett Connecting for Health a „senki sem lehet próféta saját hazájában” szindrómában szenved - bizonyos eredményeit csodálják külföldön, míg Angliában csak a kudarcokat látják. Egyre több brit háziorvos elektronikus úton továbbítja a betegekről szóló feljegyzéseket, amivel többhetes várakozási időt takarítanak meg az írott dokumentáció továbbításával összehasonlítva. Az országban a röntgen filmeket digitális képek váltották fel, amivel pénzt takarítanak meg, javítják a diagnosztikai pontosságot és elkerülik az elveszett filmek eshetőségét.

A kórházi előjegyzések kisebb-nagyobb sikerrel már elektronikus úton történhetnek, és a betegek választhatnak a vizit helyét és idejét illetően. A Spine<sup>2</sup> nevű kommunikációs rendszer adatbázisai minden beteget egy számmal látják el, ezzel biztosítva a pontos azonosítást. A nap 24 órájában országosan elérhető összefoglaló betegadatok is megjelentek már, amelyek tartalmazzák a betegek által szedett gyógyszereket és a fennálló allergiákat, segítve a rendelési időn kívül nyújtott sürgősségi ellátást.

Ugyanakkor számos ellenvetés is elhangzik, némely olyan súlyos, hogy megingathatja az egész program jövőjét. A program központi célját egy elektronikus betegnyilvántartás alkotta, amely 2005-től kezdődően vezettek be és amely elérhető kórházakból, háziorvosi rendelőkből és közösségi ellátóktól. Ennek teljesítéséhez a nagyobb szerződéseket nem egészséginformatikai cégekkel, hanem IT integrálókkal kötötték, mint CSC, Accenture, Fujitsu és BT. Ez egy erősen központosított megoldás volt, merőben eltérő egy lehetséges alternatív megoldástól, amelyben meghatározzák, hogy mit tartalmazzon és hogy nézzen ki a nyilvántartás, kommunikációs standardokat szabnak meg, majd lehetővé teszik az egészségügyi rendszer számára, hogy vásároljon a jóváhagyott termékek katalógusából.

Azonban a fizetési mechanizmusok, a klinikai betegnyilvántartás és beteg adminisztráció szoftverei közötti kompatibilitás hiánya hatalmas késéseket és többszörösen elmulasztott határidőket eredményezett. Még a megbízott miniszterek is beletörődnek abba, hogy ez a nagy skálájú program nem fogja teljesíteni az eredetileg elképzelt átfogó megoldásokat. A választások után hamarosan színre lépő új kormánynak kell majd eldöntenie, hogy érdemes-e tovább folytatni az erőfeszítéseket, vagy megengedhető-e egy gyökeres átalakítás a programban - az érvénytelenítések költségei és a korlátozott állami kiadások tudatában. (SZL)

Forrás: <http://www.ft.com/cms/s/0/46201d0e-5678-11df-aa89-00144feab49a.html>

2010-05-05 13:37:48

---

<sup>2</sup> Spine: 50 millió beteg információit tartalmazó elektronikus tárház. Létrehozására igen nagy hányad jutott az NHS 12 milliárd fontos IT fejlesztési alapjából. A rendszert úgy tervezték, hogy az információ feltöltése automatikusan menjen végbe a GP számítógépes rendszerétől, anélkül, hogy ebbe a betegnek lenne beleszólása.

## ***Az egészségügyi kvalifikációra vonatkozó Európai kártya***

Az – Európai kártyát – mint az egészségügyi szakemberek kvalifikációjára vonatkozó projektet - az egészségügyi szakemberek regisztrálásával foglalkozó kompetens hatóságokra alapuló HPRO konzorcium indította el. A kezdeményezés, melyet a Francia Gyógyszerészkamara karolt fel, részben az Európai Bizottság finanszírozása alatt áll.

A kezdeményezés célja, hogy megkönnyítse az egészségügyi szakemberek – orvosok, ápolók, szájsebészek, szülésznők és gyógyszerészek – elhelyezkedését, mobilitásra irányuló törekvéseik támogatásával.

Az egészségügyi kvalifikációk elismerésére vonatkozó 2005-ös direktíva rendelkezései ellenére, az egészségügyi szakembereknek alá kell vetniük magukat a tevékenységük gyakorlásához választott ország hatóságai által folytatott adminisztratív eljárásoknak.

Az új kártya bevezetése megkönnyítené a kibocsátó ország szakmai kamaráinak adatbázisaihoz való hivatalos célú hozzáférést, és ily módon a naprakész információk alapján egyszerűbbé válna a más országban munkát vállalni szándékozó szakemberek akkreditációjának ellenőrzése.

A projekt ötlete a francia-belga határon lévő egészségházak tevékenységét előmozdító együttműködés nyomán jött létre. A Belgiumban dolgozó gyógyszerészek munkájának megkönnyítésére, a francia betegek gyógyszerdokumentációja alapján válik lehetővé a számukra szükséges gyógyszerek kiszolgáltatása, és annak figyelemmel kísérése, hogy Franciaországban már milyen gyógyszeres kezelésben részesültek. (ZLL)

Forrás:

<http://www.fhf.fr/Informations-Hospitalieres/Dossiers/Europe/programmes-et-projets-europeens/Carte-europeenne-des-professionnels-de-sante>

2010-04-26 15:22:22

## Egészségügyi reformok

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

Mint ahogy korábbi különszámunkban<sup>3</sup> 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 adójóváírásban 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

---

<sup>3</sup> Az amerikai egészségügyi reformtörvény

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

### 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 bonus-t 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 meghaladják 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 (SZL)

Forrás:

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)

2010-04-27 12:16:41

## Események

### **Kultúra és egészség – Franciaország**

Roselyne Bachelot-Narquin egészségügyi és sportügyi és Frédéric Mitterrand oktatás- és kommunikációsügyi miniszterek 2010. május 6-án „Kultúra és egészség” elnevezés alatt egyezményt írtak alá a két terület kapcsolódásának erősítéséről.

A két szaktárca miniszterei már közel 10 éve hoznak közös erőfeszítéseket annak érdekében, hogy kórházi környezetben minden betegnek lehetősége legyen a kulturális termékekhez való hozzáférésre.

Az egészségügyi és az oktatási tárca vezetőinek erre vonatkozó szándéka a már folyamatban lévő egészségügyi reformokban is megnyilvánul. A tervek szerint, az egyezményben foglaltakat a szociális létesítményekre is ki fogják terjeszteni.

A minisztériumok közötti partneri együttműködés a régiók szintjén a Regionális Oktatásügyi Igazgatóságok és az új Regionális Egészségügyi Hatóságok közötti együttműködési megállapodások révén fog megvalósulni.

Számos kórházlétesítmény a művészet és a kultúra minden területét felölelő célkitűzéseket is bevett elérendő céljai közé, és ezek révén a kórházi környezettel kapcsolatban álló minden személyt – a betegeket, családtagjaikat, valamint az egészségügyi szakembereket – egyaránt el akarják érni. A „kultúra és egészség témakör” mindenki számára való hozzáférhetővé tétele mellett, az illetékesek közötti tapasztalatcserét is elő kívánják mozdítani egy erre kialakítandó internetes site-tal. Az egyezmény egy alapítvány létrehozását szintén szorgalmazza a célkitűzések megvalósításának támogatásához.

A két minisztérium a Francia Kórházszövetség közreműködésével szoros figyelemmel fogja kísérni a megállapodásban foglaltak gyakorlatba való átültetését. (ZLL)

Forrás:

[http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Doddier\\_de\\_presse\\_convention\\_culture\\_sante.pdf](http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Doddier_de_presse_convention_culture_sante.pdf)

2010-05-07 14:14:05

### **Global E-Health Forum**

A Hamburgban október 25-26-ig rendezendő Global E-Health Forum alkalmat nyújt a betegközpontú egészségügyi ellátás megoldásainak megvitatására. Az esemény előzménye az elmúlt három évben szervezett Balti E-Health Konferencia sorozat volt, amely jelentős érdeklődés váltott ki a balti-tengeri régió kívüli országokban is. Ez azzal magyarázható, hogy az egészségügyi rendszerek az egész világon hasonló kihívásokkal néznek szembe, mint a demográfiai változások, a krónikus betegségek és a költséges kezelések növekvő terhe, a globalizáció hatása. Ezért a balti konferencia szervezői létrehozták a Global E-Health Forumot, mint utódrendezvényt.

A konferencia vendéglátói az EHTEL (European Health Telematics Association), a Hamburgi Kereskedelmi Kamara, az IBM és az Asklepios. Október 25-én különböző földrészekről érkező előadók prezentációjára kerül sor csoportos megbeszélésekkel és vitafórumokkal, valamint megoldások kiállításával. Az október 26-i program megrendezése a hamburgi Asklepios kórházláncban történik, ahol előadások, látogatások, kiállítások és megbeszélések lesznek. A több mint 100 intézményből álló Asklepios Kliniken GmbH a három legnagyobb munkaadó közé tartozik Hamburgban és Németország legfontosabb kórházközpontja. (SZL)

Forrás: <http://www.ehealthnews.eu/events/2040-global-e-health-forum-hamburg-2010>

2010-04-30 11:12:58

## Egészségügyi Világszervezet (WHO)

### **63. Egészségügyi Világtalálkozó, Genf, 2010. május 17-21.**

2010. május 17-21-én a WHO Egészségügyi Világtalálkozójának 63. ülészsaka kerül megrendezésre Genfben.

**A rendezvényen a Világgűlés résztvevői számos népegészségügyi kérdést fognak megvitatni, így egyebek között az alábbiakat:**

- ▶ a 2005-ös Nemzetközi Egészségügyi Rendszabályok gyakorlatba való átűtűtetése,
- ▶ az Egészségűgygel kapcsolatos Milleniumi Célűtűzések megvalósításának monitorozása,
- ▶ a mértéktelen alkoholfogyasztás csökkentésére vonatkozó stratégiák,
- ▶ a hamisított gyógyszerek alkalmazásának megelőzése.

A Világgűlésen megtárgyalásra kerülnek a WHO programjával kapcsolatos költségvetési, adminisztrációs és irányítási kérdések is. (ZLL)

Forrás:

<http://www.who.int/mediacentre/events/2010/wha63/en/index.html>

2010-05-17 14:07:27

### **A beteg-orientált medicina Harmadik Genfi Konferenciája, 2010. május 3-5.**

A Beteg-orientált Medicina Harmadik Genfi Konferenciája, melyre májusban kerül sor Genf Kantonális Kórházában, várhatóan több mint 200 résztvevő – egészségűgyi szakemberek és döntéshozók, valamint a betegszervezetek, fogyasztói csoportok, civilszervezetek képviselői részvételével fog lezajlani.

Az egészségűgyi ellátással szemben támasztott igények az utóbbi időben erőteljesen növekednek. A betegek elvárják a szolgáltatóktól, hogy együttérzéssel kezeljék problémáikat, bizalomteli légkört teremtsenek, és ne csak a betegséget kezeljék, hanem a beteget minden problémájával együtt.

Sok fejlett országban, a beteg-orientált alapellátás elve szervesen épűl az egészségűgyi rendszerbe. Azonban ez még nem jellemző a fejlődő országok többségére bár a beteg-orientált ellátás nem luxus, és még korlátozott erőforrásokkal is megoldható. Azok az egészségűgyi szolgáltatók, melyek kapcsolatot teremtenek az egyének, a közösségek és az egészségűgyi szolgáltatók között jobban meg tudnak felelni a betegek által támasztott igényeknek.

A WHO május 3-án szimpóziomot tart arról, hogy „Miért létfontosságű az egyénre összpontosító, beteg-orientált medicina súlyozása?”

Május 5-én speciális ülészsak fogja tárgyalni „A beteg-orientált egészségűgyi ellátás helyzetét az alacsonyabb és a közepes jövedelmű országokban”. Az ülészsak rá fog világítani számos ország

gyakorlatára, kimutatva, hogy az ilyen ellátási forma szükséges és megvalósítható, és meg fogja határozni a jövőbeli prioritásokat.

A konferencia szervezésében szerepet vállaló szervezetek között szerepel a Beteg-orientált Medicina Nemzetközi Hálózata (INPCM), az Orvosok Világszövetsége (WMA), a Családorvosok Világszervezete (WONCA) és az Egészségügyi Világszervezet (WHO) együttműködésben más jelentős orvosi, ill. egészségügyi vonatkozású nemzetközi szervezetekkel. A konferencia megrendezése felett a Genfi Universitas Orvosi Egyeteme vállal védnökséget. (ZLL)

Forrás:

[http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2010/geneva\\_conference\\_20100503/en/index.html](http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2010/geneva_conference_20100503/en/index.html)

2010-04-30 10:22:35