

Válogatás a HealthOnLine cikkeiből

2010/7



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



2010. június 23.

Válogatás a HealthOnLine cikkeiből

2010. június 23.

Egészségpolitika	3
Az új brit kormány egészségügyi és szociális programja	3
Szlovénia új egészségügyi miniszterének feladatai	5
Egészségügyi reformok	6
A német egészségügyi reform az Általános Helyi Betegpénztárak véleménye szerint	6
A francia regionális egészségügyi hatóságok	7
„A kórház, a betegek, az egészség és a térségek” törvény ismertetése (Franciaország)	8
Palliatív ellátás a humánus jegyében Franciaországban	12
Az egészségügyi reformok eredményes megvalósítása	13
Finanszírozás	18
Az osztrák betegbiztosítás 2009-es mérlege	18
A szociális védőháló biztosítása az egészségügyi kiadások fékentartásának köszönhetően Franciaországban	19
McKinsey jelentés az NHS pénzügyi jövőjéről	20
Személyes egészségügyi büdzsé a brit egészségügyi szolgálatban	22
A DRG finanszírozás jellemzői néhány ország példája alapján	24
Egészségügyi rendszerek működése	25
A Medicare részvétele egy alapellátási demonstrációs projektben	25
A krónikus betegségek elleni küzdelem Európában	25
Kórházügy	31
Tőkebefektetés és stratégiai tervezés az egészségügyi létesítményekben	31
A franciák véleménye kórházi ellátásukról - Kórházi barométer 2010	34
Pénzbüntetés a korai kórházi elbocsátásért az NHS-ben	34
Népegészségügy	35
A Rák elleni küzdelem Programjai és prognózisai Franciaországban	35
Dán tanulmány a mammográfiás szűrésről.....	40
Humán erőforrás	41
A francia orvosképzés reformjára vonatkozó 2010-2011-es tervek	41
Projekt az ápolással kapcsolatos kutatások kórházi programjához – Franciaország	41
Egészségügyi informatika	43
Az első elektronikus receptek Finnországban	43

EU egészségügy	44
EU: a Tanács jóváhagyta a határon átívelő ellátásra vonatkozó irányelv-tervezetet	44
Eurobarométer az alkoholfogyasztással kapcsolatos attitűdökről.....	45
Az Európai Parlament a rákmegelőzés ügyéért.....	47
Egészségügyi Világszervezet (WHO)	48
A gyógyszerek racionális alkalmazása – a WHO javaslatai.....	48
A WHO/Europe ismereteket összegző adatbankkal segíti a spanyol egészségügy reformját	49

Egészségpolitika

Az új brit kormány egészségügyi és szociális programja

A májusi parlamenti választásokat követően az Egyesült Királyságban a konzervatívok és a szabaddemokraták alkottak koalíciós kormányt David Cameron miniszterelnök vezetésével. Az új kormány programja (The Coalition: our programme for government) 31 témakört ölel fel, köztük a brit egészségügyi szolgálat (National Health Services, NHS) programját, a szociális ellátás programját és a népegészségügy programját. A kormány szerint az NHS az ország nemzeti értékeinek fontos kifejezője. Az NHS egy ingyenes, mindenki számára szükséglet (és nem fizetőképesség) szerint elérhető szolgálat. A kormány növelné az NHS-ben a demokratikus részvételt és a betegekkel szemben felelősségre vonhatóvá tenné. Várakozások szerint a kormány ezzel emelné a szolgálat színvonalát, támogatná a szakmai felelősséget és egy egészségesebb országot hozna létre.

Az országos egészségügyi szolgálat programjai:

- ▶ Az egészségügyi költségek valós értékű növekedésének garantálása minden évben.
- ▶ Az NHS felülről-lefelé történő átszervezésének leállítása, amely hátráltatta a betegellátást. Elkötelezettség a duplikációk csökkentésére, az adminisztrációs költségek ellátásba való visszaforgatására.
- ▶ A látszólagos civil szervezetek számának jelentős csökkentése.
- ▶ Az NHS adminisztrációs költségeinek harmadával való csökkentése, a források átirányítása az orvosok és ápolók támogatására.
- ▶ A sürgősségi/ baleseti és anyasági osztályok központilag irányított bezárásának leállítása.
- ▶ A házi orvosok útmutató hatáskörének megerősítése, akik végigkísérik a betegeket az egészségügyi rendszeren és szolgáltatásokat rendelnek számukra.
- ▶ Annak biztosítása, hogy az alapellátó trösztök (PCT-k) testületeiben a betegek nagyobb fokú érdekérvényesítést gyakorolhassanak közvetlenül megválasztott egyéneken keresztül. A PCT testületek összetételének átalakítása.
- ▶ A helyi PCT a betegek érdekeit szolgálja, felelősséget vállal a terület népegészségügyének javításáért, szorosan együttműködik az önkormányzatokkal és más helyi szervezetekkel.
- ▶ Ha egy önkormányzat problémásnak találja bizonyos helyi szolgáltatások megszüntetését, pl. sürgősségi és baleseti osztályokét, akkor jogában áll óvást emelni a szervezetek ellen egy független bizottság előtt, mely az egészségügyi miniszternek tesz jelentést.
- ▶ A betegeknek korlátozás nélkül jogukban áll bármelyik házi orvosnál regisztrálni.
- ▶ Napi 24 órás sürgősségi szolgálat kialakítása Anglia minden területén, benne a házi orvosi ügyeleti szolgálattal. Az ellátáshoz való hozzáférést a különböző típusú sürgősségi ellátáshoz rendelt egyedi számokkal és az orvos-beteg kommunikációját elősegítő technológiák alkalmazásával javítják.
- ▶ A házi orvosi szerződések újratárgyalása és az alapellátáshoz való hozzáférés javításának ösztönzése az elmaradott területeken.
- ▶ Az NHS működésének javítása a kórházi elbocsátás javításával, a nappali műtétek számának maximalizálása, a műtétek előtti késedelmek csökkentése, a közösségi ellátáshoz való hozzáférés elősegítése.

- ▶ Az idős emberek támogatása, hogy hosszabb ideig élhessenek otthonaikban olyan megoldások révén, mint otthoni átalakítások és közösségi segítség.
- ▶ A külföldi egészségügyi szakemberek NHS-ben történő foglalkoztatásának megtiltása, ha nem felelnek meg a szigorú nyelvi és kompetencia teszteknek.
- ▶ Az orvosok és az ápolók nagyobb kontrollt gyakorolhatnak munkakörnyezetükre, és ezáltal jobban alkalmazhatják szakmai megítélésüket a betegellátásban.
- ▶ Az ellátás minőségét felügyelő Care Quality Commission szerepének erősítése.
- ▶ Egy független NHS testület létrehozása a források allokálására és a szolgáltatás vásárlás irányelveinek nyújtására.
- ▶ A betegek felhatalmazása, hogy osztályozzák a kórházakat és az orvosokat az ellátás minősége szerint. A kórházaknak kötelező lesz elismerni hibáikat és közölni a betegekkel, ha valami rosszul sikerült.
- ▶ Az igazán fontos egészségügyi eredmények sikerének mérése, mint pl. a rákbetegségek és a stroke túlélési rátái vagy a kórházi fertőzések csökkentése.
- ▶ Az egészségügyi ellátók teljesítményét leíró részletes adatok online közzététele.
- ▶ A betegek felhatalmazása, hogy dönthessenek saját ellátásuk ügyében, benne az egészségügyi nyilvántartás fölötti ellenőrzéssel.
- ▶ Egy rák elleni gyógyszer alap (Cancer Drugs Fund) létrehozása, hogy a betegek hozzáférjenek a szükséges rák elleni gyógyszerekhez.
- ▶ A NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) megreformálása és értékalapú árazásra való átállás, hogy a betegek hozzáférjenek az orvosuk által javasolt gyógyszerekhez és kezelésekhöz.
- ▶ Egy új fogászati szerződés bevezetése, amely javítja az NHS fogászati ellátáshoz való hozzáférést, különös figyelemmel az iskolás gyermekek szájápolására.
- ▶ A gyermek hospice szolgáltatások bővítése és fejlesztése.
- ▶ Elkötelezettség a betegellátás minőségének folyamatos javítására, ennek megvalósítása érdekében a független és önkéntes ellátók jóval nagyobb mértékben lesznek beavatva.
- ▶ A betegek felhatalmazása, hogy bármilyen, az NHS standardoknak megfelelő egészségügyi ellátó közül választhassanak. Ez lehet független (magán), önkéntes és közösségi szektorból való ellátó.

A szociális ellátás programjai:

- ▶ Egy bizottság létrehozása a krónikus ellátás érdekében, amely különböző ötleteket vizsgál meg a területen (pl. önkéntes biztosítás az időotthonba kerülő személyek vagyonának védelmére).
- ▶ Az egészségügyi és szociális ellátás finanszírozása között fennálló akadályok lebontása a megelőzés ösztönzésére.
- ▶ A személyes büdzsék nyújtásának kiszélesítése, hogy nagyobb kontrollt és vásárlóerőt adjanak az emberek és ellátók számára.
- ▶ Az ellátóknak nyújtott közvetlen kifizetések és a közösség alapú ellátás igénybe vétele a támogató szolgálat (respite care) javítására.
- ▶ Az Access to Work program megreformálása, hogy a rokkant emberek munkába állhassanak sajátos igényeiknek megfelelően.

A népegészségügy programjait:

- ▶ A helyi közösségek nagyobb kontrollt gyakorolhatnak a népegészségügyi költségvetésben, ahol a finanszírozás a helyi lakosság egészségének javításában elért eredmények szerint történik.
- ▶ A háziorvosok nagyobb ösztönzésben részesülnek a népegészségügyi problémák leküzdésében.
- ▶ A megelőző egészségügyhöz való hozzáférés javítása a hátrányos területeken élő lakosság számára az egyenlőtlenségek leküzdése érdekében.
- ▶ A beszélgető terápiákhoz való hozzáférés növelése az NHS hosszú távú költségeinek csökkentésére.(SZL)

Forrás: <http://programmeforgovernment.hmg.gov.uk>

2010-06-03 10:28:45

Szlovénia új egészségügyi miniszterének feladatai

2010. április 7-től Szlovénia új egészségügyi minisztere Dorjan Marušič, aki a lemondott Borut Miklavčič-től vette át hivatalát.

Az orvos végzettségű új miniszter, aki korábban 5 éven keresztül (2002-2007) államtitkári pozíciót töltött be a minisztériumban, legutóbb pedig a Szlovén Egészségbiztosítási Intézet tanácsadója volt, legsürgetőbb feladatai között említette az egészségbiztosítás év végéig várható 100 millió EUR nagyságrendre becsült hiányának kezelését.

A kormány első költségcsökkentő intézkedése a kórházak finanszírozásának 33 millió EUR-val történő csökkentése. Az új miniszter szerint fordulatra van szükség az egészségügyben, a nagyszámú kórházi kezelések egy részét fokozatosan a hatékonyabb és olcsóbb ellátás fele kell irányítani. Tovább folytatódik az alapellátás megerősítése. Meg kell egyezni a szociális partnerekkel arról is, hogy a járulékfizetés bázisát szélesíteni tudják, ugyanakkor a szolgáltatási csomag is alapos felülvizsgálatra szorul.

Marušič elődje, Borut Miklavčič sajnálta, hogy az egészségügyi szolgáltatásokkal kapcsolatos törvénytervezet tárgyalásai nagyon elhúzódtak, már korábban döntésre kellett volna jutnia a témában. Az új miniszter szakértőket hallgat meg a törvénytervezetről és rövid időn belül döntést ígér a tervezet sorsáról.

Marušič megemlítette még az állami egészségügyi szektor béreiről várható tárgyalásokat, első feladatai közé sorolta az ügyeleti ellátás korszerűsítését. Bejelentette az Országos Rák Prevenációs Program felülvizsgálatát.

Marušič szerint a kórházi vezetők, az Egészségbiztosítási Intézet és más érdekeltnek nélkül nem lehet döntéseket hozni az egészségügyben. (BI)

Forrás:

Dorjan Marusic Appointed New Health Minister

<http://www.sta.si/en/vest.php?s=a&id=1499928&pr=1>

Minister Dorijan Marušič takes office at the Ministry of Health

<http://www.mz.gov.si/en/splosno/cns/news/article/670/6029/485f344818/>

2010-06-18 12:04:29

Egészségügyi reformok

A német egészségügyi reform az Általános Helyi Betegpénztárak véleménye szerint

A nyári szünetig vélhetően elkészülnek a német szövetségi kormány egészségpolitikai reformtervei, hisz a kötelező betegbiztosítás számára a cselekvés már égetővé vált. 2011-re Szövetségi Biztosítási Hivatal becslése szerint a hiány akár már a 15 milliárd eurót is elérheti, ami az eddigi legnagyobb hiány lenne a német kötelező betegbiztosítás történetében. Ezt a betegpénztárak a jelenlegi eszközökkel már nem képesek kordában tartani. A helyzet olyan megoldást kíván, amely az embereket anyagilag nem terheli túl és a kötelező betegbiztosítás terén kibontakozott versenyt tovább fokozza.

A következő reform főként az egészségügy jövőbeni finanszírozását, a gyógyszerügyet és a szükséglettervezést érinti.

Finanszírozás

A szövetségi kormány idén adópénzekből egy 3,9 milliárd eurós csomaggal egészítette ki a gazdasági válság okozta bevételi hiányt. Az ezen felül várható 3,1 milliárdos hiányt a pénztárak még képesek lesznek valahogy elhárítani, habár egyesek ezt már jelenleg is csupán a biztosítottaktól beszedett kiegészítő járulékok szedésével képesek megoldani. A 2011-re prognosztizált 15 milliárd eurós hiány a kiegészítő járulékszedés jelenlegi szabályozása mellett azonban már semmiképp sem kompenzálható. A kiegészítő járulékok beszedésének jelenlegi szabályozása révén – figyelembe véve a bruttó jövedelem maximum 1%-os terhelhetőségét - legfeljebb tíz milliárd eurós hiány – az adminisztrációhoz szükséges díjak levonása nélkül – fedezete biztosítható. Nem beszélve arról, hogy ennek révén a biztosítottak jövedelme válik a pénztárak közti verseny egyik legfontosabb mutatójává. Az 1%-os szabályozás ahhoz vezethet, hogy a sok alacsony jövedelmű tagot magáénak tudó betegpénztár a sok magas jövedelmű tagot biztosító pénztárral szemben hátrányos helyzetbe kerül.

Gyógyszerkiadások csökkentése

A gyógyszerkiadások csökkentésének nincs alternatívája, mivel az aktuális gazdasági válság miatt további adópénzek már nem kerülnek a rendszerbe. Az ide vonatkozó kormányzati tervek első elemei - mint például a gyártók által adandó kényszerkedvezmény növelése, vagy a gyógyszerárak 3 évre történő befagyasztása - már a parlamenti szakaszban vannak. Az új készítmények gyorsértékelésével és a gyógyszergyártók és pénztárak közötti ártárgyalásokkal kapcsolatos sarokpontokat a szövetségi kabinet elfogadta, a törvénytervezet hamarosan elkészül. Az árképzés újraszabályozása nélkül e téren nagyobb gazdaságosság Németországban már nem biztosítható.

Szükséglettervezés

Az ambuláns ellátás terén is pozitív változásokra van kilátás. A tartományi egészségügyi miniszterek május elején síkra szálltak az új szükséglettervezés mellett, amely már nem választja külön a járóbeteg- és fekvőbeteg-ellátást, valamint fokozottabban figyelembe veszi a helyi demográfiai és morbiditási sajátosságokat. Ez egy olyan irány, ami a pénztárak számára is elfogadható. Nem az orvosok vagy a kórházi ágyak száma a döntő ugyanis, hanem az, hogy milyen egészségügyi ellátásra van szüksége az embereknek, ami régióként eltérő lehet, és ennek megfelelően régióként eltérő módon is szervezendő. A tartományi egészségügyi miniszterek beleszólási jog iránti követelését, ami a betegpénztárak és szerződéses orvosok, valamint kórházak közötti megkötendő szerződésre vonatkozik, az Általános Helyi Betegpénztár már szkeptikusan fogadta. Véleményük szerint helyesebb

volna a tartományok által meghatározott ellátási szükségletek alapján lehetővé tenni a pénztárak és szerződéses orvosok, valamint kórházak közötti szabad szerződéskötést. (VN)

Forrás:

Általános Helyi Betegpénztárak:

http://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/presse/medienservice/politik/ams-politik_0510_web.pdf

2010-06-10 14:21:53

A francia regionális egészségügyi hatóságok

Franciaországban a „**Kórház, a betegek, az egészség és a térségek**” törvényt hosszú egyeztető tárgyalások előzték meg, több jelentés (Larcher, Ritter, Flajolet) és az egészségügyi rendszer struktúrájának felmérése alapján. A törvény szövegét az Országgyűlés 2009. június 23-án, a Szenátus pedig június 24-én fogadta el, 2009. július 21-én emelkedett törvényerőre.

A törvény fontos része a regionális egészségügyi hatóságok megalakítására vonatkozó előírás. Az új hatóságok, melyek az egészségügyi rendszer regionális irányításáért felelősek, térségekből kiinduló, decentralizáltabb szervezést tesznek lehetővé, mely közelebbről követi a betegek igényeit. Felállításuk az egészségügy jobb koordinációját teszi lehetővé és egyszerűsíti a szervezést.

2010. április 1-jén, Franciaország minden régiójában felállították a Regionális Egészségügyi Hatóságokat (ARS). Az állami számvevőség fennhatósága alatt álló 26 közintézmény mindegyike saját költségvetéssel – átlagosan 40 millió EUR-ral – rendelkezik, mely részben állami szubvencióból, részben az egészségbiztosítás járulékaiból áll.

Hosszabb távon, a költségvetési tervezetet az ARS főigazgatója fogja előkészíteni a felügyeleti tanács jóváhagyásához, de a regionális hatóságok első költségvetését az egészségügyi, az idősügyi, valamint a fogyatékosokkal élők ügyét irányító miniszterek és az egészségbiztosítás alapította meg.

Az ARS-ek költségvetése mindenestre messze elmarad a kórházak, a mediko-szociális ellátás, a prevenció és a különböző hálózatok finanszírozására szolgáló 40 milliárd EUR-os összegtől, mely a jövőben a regionális hatóságok szabályozása alá kerül.

Az ARS-ek alkalmazottainak száma 9500 fő, az általuk megoldandó 9 országos célkitűzés a következő:

- ▶ az elkerülhető korai halálozás visszaszorítása
- ▶ az egészségmegőrzés és a betegségmegelőzés előmozdítása
- ▶ a járványügyi felügyelet hatékonyabbá tétele
- ▶ a területi és a szociális egyenlőtlenségek csökkentése
- ▶ az ügyeleti ellátás optimálissá tétele
- ▶ az egészségügyi és a mediko-szociális ellátás szervezése az igényeknek megfelelően
- ▶ az egészségügyi és a mediko-szociális szolgáltatások színvonalának és hatékonyságának javítása
- ▶ az egészségügyi intézmények pénzügyi egyensúlyának tartós rendezése
- ▶ az idősek és a fogyatékosokkal élők által követendő betegút kialakítása.

A **regionális egészségügyi terv (PRS)** a regionális hatóságok stratégiai dokumentuma, amely rögzíti a régióban megoldandó egészségügyi célkitűzéseket, prioritásokat, és megtervezi az ARS intézkedéseit a következő területeken: megelőzés, a járó- és a fekvőbeteg-ellátás megszervezése, a mediko-szociális szektor tevékenysége, az ellátás elérhetőségének biztosítása, kockázatkezelés, a fogyatékossgal élők, illetve az autonómiájukat veszített személyek segítése, telemedicina, az egészségügyi területek meghatározása.

A regionális egészségügyi terv kidolgozása becslések szerint 18 hónapot vesz igénybe. A különböző régiókban elkezdődtek az előkészítő munkálatok, és folyamatban van a stratégiai terv meghatározása. Az ARS-ek tevékenységéhez alapul szolgáló egészségügyi térségek kijelölésének határideje 2010 szeptembere.

Forrás:

http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/010410DP_ouverture_AR_S.pdf

A Regionális Egészségügyi Hatóságokat is szabályozó „**Kórház, a betegek, az egészség és a térségek**” törvény teljes szövegének ismertetése az alábbiakban olvasható:

„A kórház, a betegek, az egészség és a térségek” törvény ismertetése (Franciaország)

A törvény témakörei:

- I. az egészségügyi intézmények modernizálása,
- II. a minőségi ellátás hozzáférhetővé tétele mindenki számára,
- III. a betegségmegelőzés szerepének növelése
- IV. az egészségügyi ellátórendszer területi szervezése.

I. Az egészségügyi intézmények modernizálása

Az egészségügyi intézmények modernizálásának célja a létesítmények állami kötelezettségvállalásának megerősítése, szervezeti felépítésük nyitottabbá tétele és a térségi szintű együttműködés előmozdítása. Az intézményekkel szemben támasztott elvárás a nagyobb transzparencia a betegellátás színvonalában és biztonságában.

A törvény újradefiniálja az intézmények közszolgálati misszióját. (Az ellátáshoz való hozzáférés biztosítása mindenki számára minden diszkrimináció nélkül a nap 24 órájában, a szolgáltatások jellegének és árának transzparenciája stb.) A közszolgálati missziók keretében nyújtott szolgáltatások beteg terhelő tarifája minden intézményben azonos.

Egyértelművé teszi az egészségügyi intézmények státuszát.

- ▶ az állami intézmények szintjén egy kategóriát használnak a jövőben, ez a **kórházközpont**, mely régebben a regionális és az egyetemi kórházközpontokat jelölte, a továbbiakban a kórházközpont és a helyi kórház elnevezést egyaránt fogja helyettesíteni.
- ▶ az állami kórházi ellátásban részt vevő intézmények között megjelenik a **közszolgálatban részt vevő magánkórház** kategóriája.

Megváltozik az állami egészségügyi intézmények irányítására:

- ▶ az adminisztratív tanács helyébe a **felügyeleti tanács** lép. A testület fő feladata az intézmény stratégiai irányítása és tevékenységének felügyelete,
- ▶ a végrehajtó tanács tevékenységét az **igazgatóság** veszi át. Az igazgatóság konzultációkat tart a főbb döntésekkel kapcsolatban, határozatot hoz az orvosi terv elfogadásáról és előkészíti az intézményre vonatkozó projektet,
- ▶ az intézmény **igazgatójának** (az igazgatóság vezetője) szerepe hangsúlyozottabbá válik. Hatáskörébe tartozik az intézmény projektjének megvalósítása, valamint a bevételek és a kiadások előirányzatainak (kölségvetés) meghatározása. Az igazgató kibővített hatásköre a hatékony működést szolgálja.
- ▶ az intézmény **orvosbizottságának** elnökét is megerősíti vezetői szerepkörében az intézmény vezetőségének második posztján. A bizottság elnökének hatáskörébe tartozik az orvosi terv koordinációja, és - teljes felelősséggel tartozik, mint az igazgatóság alelnöke- az igazgatóval együttműködve a létesítmény orvosi tervének kidolgozásáért. Az orvosbizottság részt vesz az ellátás minőségének és biztonságának, valamint a betegfelvétel feltételeinek javítására vonatkozó irányelvek kidolgozásában, és egy indikátorokon alapuló akcióprogramra tesz javaslatot az igazgatóság elnökének. (A magánlétesítményekben az orvosi tanácsadó testületeknek hasonló a kötelezettsége.)
- ▶ A **kötelező jelleggel felállított bizottságok** száma csökken csak a következő bizottságok maradnak fenn: orvosbizottság, műszaki bizottság, ápolási rehabilitációs és orvostechikai bizottság, a fogyasztókkal való kapcsolatot tartó és minőségügyi bizottság, higiéniai és munkavédelmi bizottság.
- ▶ Fontos egységei még az intézménynek a feladatok ellátására specializálódott **pólusok**, amely vezetőinek megerősített a hatásköre az adott pólus belső szervezete és eszközei fölött. A pólussal kapcsolatos szerződés a belső irányítás kiemelt eszköze.

Az intézményeket segítő könnyítések vonatkoznak a közbeszerzésekre (előzetes törvényességi vizsgálatok eltörlése), a munkatársak egyszerűbb felvételére, a rugalmasabb bérezésre, ösztönzésekre.

Az ellátás minőségének és biztonságának javulását szolgálja a minőségére és biztonságra vonatkozó indikátorokról szóló éves értékelések közzététele az egészségügyi miniszter által meghatározott feltételek mellett.

Az intézmények közötti együttműködés javulását a **térségi kórházközösségek** segítségével kívánják elérni. **A térségi kórházközösségek az állami kórházak közötti együttműködés jogi formái**, a bennük való részvétel önkéntes. A térségi kórházközösség székhely és tagintézményekből áll, amelyek szerződésen alapuló közös stratégiát követve megosztják egymás között az ellátással kapcsolatos kompetenciákat és tevékenységeket, miközben mindegyikük megtartja költségvetését és közjogi személyiségét. A tagintézmények képviseltetik magukat a székhely jellegű intézmény testületeiben, így a felügyeleti tanácsban, az igazgatóságban és a térségi kórházközösség személyzetét képviselő szervezetekben.

Az **állami és a magán intézmények** közötti együttműködés is önkéntesen történik. Rugalmasabbá válnak a szerződéskötések, kibővülnek a tevékenységi körök. Közöttük **együttműködési csoportosulás** jöhet létre.

Létrehozzák az Intézmények Teljesítményét Támogató Országos Hatóságot (**Anap**) több feladattal, köztük a kórházi beruházások a kórházi szakértelem és audit, kórházi informatikai rendszerek támogatása. A betegek számára nyújtott szolgáltatások hatékonyságát olyan eszközök kidolgozásával és elterjesztésével támogatja, melyek lehetővé teszik a kiadások visszaszorítása érdekében az irányítás modernizálását, az ingatlanvagyon optimalizálását, valamint a teljesítmény követését és fokozását.

II. A minőségi ellátás hozzáférhetővé tétele mindenki számára

A fejezetben megfogalmazottak célja a minőségi ellátás hozzáférhetőségének optimalizálása az ország egész területén.

A szükségletek szerinti ellátás biztosítására a regionális egészségügyi hatóságok számos ösztönző intézkedést hoznak – a szolgáltatások minőségét és koordinációját segítő alap, az ügyeleti ellátás valamint a közös praktizálás támogatása, egészség-szolidaritás szerződés, az eszközökre vonatkozó több éves szerződés stb.

Az **általános orvos** kulcsfontosságú szerepet tölt be a beteggel történő első találkozás során és a betegek folyamatos ellátásában. Irányítja a beteget az egészségügyi rendszerben, koordinálja a kezeléseket, összegzi a beteg állapotáról nyújtott információkat, részt vesz a betegségmegelőzésben és a szűrővizsgálatok szervezésében, stb. A **gyógyszerészek** is részt vesznek az első találkozás ellátásában, az ügyeleti ellátással kapcsolatos közszolgálati misszióban, a közegészségügyi felügyeletben stb.

Az **ügyeleti ellátás** megszervezése korábban a prefektusok feladatkörébe tartozott, ez a regionális egészségügyi hatóságok feladatává vált.

Az orvosok elhelyezkedésének irányítása már a rezidensi időszakban megtörténik. A rezidensi helyeket szakterületek és régiók szerint osztják el. Az általános orvosi tanulmányok során meghatározzák az álláshelyek számát. A regionális egészségügyi hatóságok és az egészségügyi hálózatok, az egészségügyi központok, az egészségügyi pólusok és az egészségházak többéves szerződéseket (CPOM) kötnek a pénzügyi támogatással és a szubvenciókkal kapcsolatban. A **közszolgálati elkötelezettséggel kapcsolatos szerződés** azt jelenti, hogy az egyetemi hallgatók és a rezidensek számára havi juttatást fizetnek az orvoshiánnyal küzdő területeken való praktizálás, illetve a szerződéses tarifák melletti praktizálásról szóló megállapodás értelmében.

Az „**egészség-szolidaritás**” **elnevezésű szerződést** a regionális egészségügyi hatóságok főigazgatói kötik az orvosokkal jól ellátott területeken dolgozó orvosokkal annak érdekében, hogy kötelezettséget vállaljanak az orvoshiánnyal küzdő területek lakosságának ellátására. Azok az orvosok, akik nem írnak alá ilyen szerződést, illetve nem teljesítik az ebben foglalt kötelezettségeiket, éves átalánydíjban meghatározott büntetés kirovására számíthatnak.

Az **egészségügy szervezete számára** lehetőség nyílik a térségek orvosellátottságának jobb megszervezésére, valamint a járó- és a fekvőbeteg-ellátás ügyeleteinek optimalizálására.

III. A betegségmegelőzés szerepének növelése

Ez a fejezet a krónikus és a daganatos betegségekkel és prevenciójukkal foglalkozik, így pl. a fő rizikófaktorok (mint az alkohol-fogyasztás és a dohányzás) elleni fellépéssel, valamint a szövődmények kialakulásának megelőzésével a betegeknek nyújtott terápiás oktatás révén. Ez utóbbi először képezi részét az országos egészségpolitikának. A környezeti ártalmakkal szemben, a nők és a hátrányos helyzetű lakossági csoportok érdekében, valamint az obezitás leküzdésére szintén hoztak prioritást élvező intézkedéseket.

A betegek számára nyújtott terápiás oktatás országos prioritás. A terápiás oktatás a krónikus betegek életminőségének javulását kívánja elérni a betegséggel kapcsolatos felelősségteljes magatartás előmozdításával és a betegek autonómiájának fokozott biztosításával. Részét képezi az előírt betegútnak, felvették az egészségügyi jogszabálygyűjteménybe, meghatározták az ezzel kapcsolatos kompetenciákat. Az oktatás a tevékenységes díjszabási táblázatába is beépül.

A fiatalok védelmében tiltó, illetve korlátozó intézkedéseket hoztak az alkohol és a dohánytermékek árusításával kapcsolatban (pl. betiltották az alkohol árusítását a fiatalok számára és szigorították a büntetőjogi intézkedéseket, korlátozó intézkedéseket hoztak az árusító helyekre és szigorították a szeszes italok és a dohánytermékek ellenőrzését, betiltották a dohánytermékek árusítását fiatalok számára).

IV. Az egészségügyi ellátórendszer területi szervezése

A fejezetben foglaltak elsősorban a regionális egészségügyi hatóságok felállítására vonatkoznak. Az új hatóságok, melyek az egészségügyi rendszer regionális irányításáért felelősek, térségekből kiinduló, decentralizáltabb szervezést tesznek lehetővé, mely közelebről követi a betegek igényeit. Felállításuk az egészségügy jobb koordinációját teszi lehetővé és egyszerűsíti a szervezést.

A regionális egészségügyi hatóságok

- ▶ alapvető szerepet játszanak az egészségügyi rendszer regionális szintjén. Az országos egészségpolitikát ezen a szinten valósítják meg, és figyelemmel kísérik, hogy az egészségügyi, szociális és mediko-szociális csomagterv hatékonyan valósul-e meg.
- ▶ kompetenciáik széles köre átfogó megközelítést tesz lehetővé az egészségügyi és a mediko-szociális ellátás szervezése, az ellátás biztonságának felügyelete és a prevenció vonatkozásában,
- ▶ A korábbi szervezeteket felváltva egyedülálló területi közvetítők az egészségügynek, az idősgügynek és a fogyatékkal élők ügyének, valamint az egészségbiztosításnak,
- ▶ a regionális egészségügyi hatóságok független közjogi személyiségek.

Célkitűzéseik közé tartozik az egészségpolitika regionális irányításának megszilárdítása, az egészségügyi rendszer folyamatainak egyszerűbbé tétele valamint a fekvő-, a járóbeteg-ellátás és a mediko-szociális ellátás közötti korlátok lebontása és az egészségügyi rendszer hatékonyságának növelése.

Szervezetük a minisztertanács által kinevezett főigazgatóból, a felügyeleti tanácsból (tagjai az állam, az egészségbiztosítás, a helyi közösségek, a betegek, az idősek és a fogyatékkal élők képviselői) és egy egészségüggyel és autonómiával foglalkozó tanácsstületből áll.

Országos szinten **országos irányító bizottságot** állítanak fel, melynek tagjai az állam és az állami létesítmények (pl. a Szolidaritás és az Autonómia Országos Pénztára - Cnsa), valamint az Országos Egészségbiztosítás (Uncam) tagszervezetei. Feladata a hatóságok tevékenységének koordinálása, direktívák készítése a regionális egészségügyi hatóságok számára, és az irányelvek megvalósításának kiértékelése.

Az önálló vállalkozóként dolgozó szakemberek képviselőit regionális egyesületek (Urps) látják el, tagjaik között az önálló vállalkozóként dolgozó szakemberek képviselői szerepelnek minden szakterületről.

Az egészségügy informatikai rendszerei a regionális egészségügyi hatóságok tevékenységének fontos támogatói. Megalakul az osztott informatikai rendszerek hatósága (Asip), amely végzi a betegek orvosi dokumentációjának (Dmp) kezelését, az informatikai rendszerek interoperabilitásának biztosítását és az információs-kommunikációs technológiák fejlesztését.

A reform célkitűzései összefoglalóan a következőkre irányulnak:

1) optimalizált szervezés a betegek számára

- ▶ magas színvonalú szolgáltatások biztosítása, figyelembe véve az intézmények és a szakemberek kapacitását és sajátosságait,

- ▶ a megelőzés és a szolgáltatások mindenki számára minden szinten való hozzáférhetővé tétele,
 - ▶ a betegút átjárhatóságának biztosítása a járó-, a fekvőbeteg-ellátás és a mediko-szociális ellátás között
- 2) az ellátás kvalifikáltabb, nagyobb felelősséggel rendelkező és nagyobb elismerés mellett dolgozó szakemberekkel történő biztosítása**
- ▶ a csoportmunka értékének emelése
 - ▶ a képzés színvonalának emelése
 - ▶ a betegek terápiás oktatása és a minőségi ellátás
- 3) jobb területi szervezés**
- ▶ megfelelőbb, a lakosság igényeit jobban figyelembe vevő forrásallokáció
 - ▶ jobb munkamegosztás a szereplők között
- 4) a feladataiknak jobban megfelelő intézmények kialakítása**
- ▶ az állami kötelezettségvállalás - térségek jobb lefedését lehetővé tevő - átalakítása
 - ▶ az állami és/vagy a magánintézmények közötti együttműködés ösztönzése,
 - ▶ az állami kórházak működésének rugalmasabbá tétele.

Forrás:

“Hôpital, patients, santé, territoires” Une loi à la croisée de nombreuses attentes

http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Loi_Hpst_07-09-09.pdf

2010-06-08 11:18:55

Palliatív ellátás a humánus jegyében Franciaországban

Franciaország idősügyi államtitkára, Nora Berra június 8-án, a guyancourt-i mediko-szociális központ meglátogatása során, közleményt adott ki a palliatív ellátással kapcsolatos 2008-2012-es tervidőszak eddigi eredményeiről.

A „Les Saules” elnevezésű EHPAD intézmények (az önálló életvitelre nem képes időseket ellátó otthonok) szakembereinek részvételével tartott kerekasztal-konferencián, az államtitkár asszony megemlítette, hogy február óta 49 EUR-os napi díjban részesülnek azok a szakdolgozók, akik végső stádiumban lévő betegeket gondoznak, és az erre a tevékenységre jelentkező önkéntesek képzésére 2008-tól évi 1,5 millió EUR-t különítenek el.

A képzés részét képezi annak az öt intézkedésnek, melyet már hatékonyan alkalmaznak:

- ▶ a betegközeli ellátásra való felkészítés finanszírozása,
- ▶ a Francia Geriátriai és Gerontológiai Társaság által 2007 óta előkészített mintegy 3000 segédeszköz (könyvecske, útmutató kiadvány, DVD) adaptálása a rászoruló otthoni ellátására, illetve széles körű terjesztésük a következő tanévtől kezdve a szakemberek számára;
- ▶ a gondozottakat rosszullet esetén, sürgős esetben még az éjszaka folyamán kórházba szállítják. Az ilyen esetek előfordulásának csökkentésére szolgál az éjszakai ápolási ügyelet megszervezése,
- ▶ a mediko-szociális intézmények mobil csoportjai által folytatott tevékenység, valamint az egészségügyi intézmények és az Ehpád együttműködésének hatékonyabb koordinálása. Ennek érdekében körlevelet fognak küldeni a Regionális Egészségügyi Hatóságoknak (ARS) és az intézmények igazgatóinak. Az értesítéshez csatolt szerződés lehetőséget fog teremteni az

egészségügyi létesítmények és az Ehpád közötti kapcsolat megszervezésére és a kölcsönös kötelezettségvállalás írásban történő rögzítésére;

- ▶ a betegek (gyermekek és felnőttek) állapotának kísérésére kialakított három gondozóotthon tevékenységének elindítása a humánus gondoskodás jegyében. (ZLL)

Forrás:

<http://www.gouvernement.fr/gouvernement/vers-une-veritable-culture-des-soins-palliatifs>

2010-06-15 14:40:22

Az egészségügyi reformok eredményes megvalósítása

Az OECD által készített tanulmány (Effective Ways To Realise Policy Reforms In Health Systems) megvizsgálja azokat a tényezőket, amelyek segíthetik vagy hátráltathatják az OECD országok egészségügyi rendszereinek reformját. A tanulmány többnyire előretételező szemléletmódot alkalmaz, vagyis azt elemzi, hogy a kormányoknak mit kellene tenniük a reformok sikerének növelése érdekében.

Az egészségügyi rendszer-reformok tervezése és megvalósítása egy körfolyamataként fogható fel. Az egészségügyi rendszer teljesítményének értékelése általában hiányosságokat fed fel a rendszer hatékonyságában vagy méltányosságában. Ez a diagnózis ezután arra ösztökéli a kormányt vagy más érdekeltet, hogy szerkezeti reformokat javasoljanak a hiányosságok orvoslására. Ha a kormány meggyőződött a reform szükségességéről és megfelelő politikai felhatalmazással bír a folyamat előmozdítására, akkor folyamodhat törvények, jogszabályok vagy más politikai intézkedések bevezetésére, hogy szabad utat engedjen a reformoknak. A kör akkor zárul be, ha értékelik a reformok egészségügyi rendszerre gyakorolt hatását. Ez a keret két különböző kérdés vizsgálatát teszi lehetővé: mik az egészségügyi reformfolyamat sikerének meghatározói és mik az eredmények sikerének meghatározói?

A különböző országok egészségügyi rendszerei egyedinek tekinthetők és szakpolitikai nem szakíthatók ki az adott nemzeti kontextusból, még ha az összehasonlítások segíthetnek is az országok reformerei számára. Számos OECD ország jelentős múlttal rendelkezik az egészségügyi rendszer megreformálására. Az egyik jól bevált út az egészségbiztosítási fedezet kiszélesítése volt a lakosság különböző csoportjai számára. Ez hosszú évek folyamán alakult ki, amely a legtöbb OECD országban a teljes körű egészségbiztosítás megvalósítását eredményezte, általában a kötelező biztosítás elemeivel és a jövedelem jelentős újraelosztásával. Az egészségügyi kiadások azonban növekedésnek indultak az orvosi technológia fejlődése és az öregedő lakosság következtében. A költség-visszatartás és az ár-érték arány keresése az egészségügyi rendszerek mikro-hatékonyságának javítását célozta meg, amely valamennyi OECD országban jelenleg is történik.

Egy nemrégiben közzétett OECD tanulmány egy sor tényezőt javasol a reformok megvalósításának sikeréhez, amely négy fő csoportra osztható:

- ▶ Megfelelő intézmények megléte a reformok döntéstől megvalósításig történő támogatására
- ▶ A reformok személyekre gyakorolt hatása, a személyek reakciói
- ▶ A reform menetrendje, időzítése, a különböző szakpolitikai területek közötti kölcsönhatások
- ▶ A bizonyítékok és a nemzetközi szervezetek szerepe a reformok fenntartásában

Az egészségügyi reformokat segítő vagy hátráltató fenti tényezők vonatkozásában néhány hipotézis állítható fel a következő csoportosításban:

- ▶ Az egészségügyi rendszer teljesítményéről és javításának lehetőségeiről rendelkezésre álló információ, bizonyíték és elemzés elérhetősége és felhasználása
- ▶ A politikai vezetés és a kormány politikai lehetőségei a reformok előmozdítására, a törvények bevezetésére és más érdekeltelk elkötelezettségének vagy együttműködésének biztosítására
- ▶ Ösztönzők alkalmazása, hogy összehangolják a rendszer főbb szereplőinek motivációját a szakpolitika célkitűzéseivel
- ▶ A fejlesztésekhez szükséges források elérhetősége és felhasználása

1. A rendelkezésre álló információ, bizonyíték és elemzés elérhetősége

Az egészségügyi rendszerek reformjában felmerülő problémák egy része abból ered, hogy információs aszimmetria áll fenn a betegek és az ellátók közt, valamint a kormányzatok, a menedzserek és az ellátók közt. Az egészségügyi szakemberek ismerik leginkább az egészségügyi ellátás előnyeit vagy potenciális előnyeit, míg a biztosítók, a kormányzatok és a menedzserek a költségekről informáltak jól. A betegeknek ugyanakkor kevés tudomásuk lehet az ellátás előnyeiről és költségeiről egyaránt.

A sikeres reform előfeltétele az egészségügyi rendszer teljesítményében jelentkező hiányosságok pontos felmérése. A reformok sikeres tervezésében segíthet egy bizottság vagy csoport kijelölése, amely megállapítja a rendszerben fennálló problémákat és megoldásokat javasol. Erre két nemzetközi példa hozható fel, az egyik az NHS megalakulásához vezető Beveridge Jelentés (1942) az Egyesült Királyságban, a másik a Dekker Bizottság (1987) Hollandiában, amely egy szerkezeti reformfolyamatot ihletett a holland egészségügyi rendszerben az elmúlt két évtized folyamán.

A legjobb esetben az egészségpolitika-alkotás bizonyítékokon nyugszik, vagy legalább is bizonyítékok által informált. Azonban az eredmény-mérés és a reform értékelés hiánya oda vezet, hogy az egészségügyi reformok bizonyítékalapja elégtelen, különösen akkor, amikor a hatékonyság javításának módjait kell meghatározni. Mindez ugyanakkor lehetővé teszi a versengő ideológiák virágzását a hatékonyság elérésére, mint pl. a közszolgálati (Beveridge) modell vagy a szabályozott piac amerikai modellje.

Ennek ellenére egyre növekvő irodalom áll rendelkezésre az egészségügyi ellátás finanszírozására és szolgáltatására, melyek felhasználhatók az egészségpolitika-alkotók döntéseinek informálására. A reform tervezők számára általában könnyebb a kitaposott utakat követni. Pl. számos OECD ország fogadta be az egészségbiztosítás bismarcki modelljét, melyet Németországban vezettek be 1883-ban. Mindez azonban nem akadályozott meg több reformert abban, hogy innovatív megoldásokat vezessenek be. Ilyen pl. az állami egészségügyi szolgálatok kórházaiban létrehozott „belső piac” és a társadalombiztosítási rendszerekben az egészségbiztosítási pénztárak közötti irányított verseny.

Végül igen fontos a reformok megvalósult hasznának és költségének - lehetőleg független hivatalok által történő - értékelése, ha a politikaalkotók tanulni akarnak a tapasztalatokból. Kívánatos lenne az értékelést előzetesen elvégezni, hogy meg lehessen határozni egy alapértéket, mielőtt változások történnek. Szintén kívánatos lenne a kimenetekre való összpontosítás - erre Hollandia esete nyújt jó példát, ahol hajlandóság mutatkozik a legutóbbi reformok eredményeinek felfedésére.

2. Politikai vezetés és politikai lehetőségek

A sikeres szerkezeti reformok megkövetelik a politikai hatalom gyakorlását, hogy átvezesse a reformokat a törvényhozási és megvalósítási stádiumokon. Csak ritkán történik meg, hogy elégséges politikai akaratot és hatalmat tudnak mozgósítani az OECD országok egészségügyi rendszereinek szerkezeti átalakítására. Az OECD országok különböznek abban, hogy milyen mértékben támogatják a status quo-t vagy az abban véghezvitt változásokat. A politikai vezetés fontos tényezőként szerepel a

sikeresebb szerkezeti reformok végrehajtásában. A vezetés gyakorlását főleg az egészségügyi miniszterektől követelik meg.

Bizonyos szakpolitikák néha több minisztérium hatáskörébe is tartozhatnak, ami nézeteltérésre adhat okot. Amikor pl. az egészségügy állami kiadásairól van szó, legtöbbször feszültség alakul ki a pénzügyminisztérium és az egészségügyi minisztérium között. Amikor pl. a betegség-megelőzésről van szó, több minisztériumnak (földművelés/ élelmiszer, környezet) kell együttműködni és új szakpolitikát alkotni.

Problémák léphetnek fel a reform megvalósítási stádiumában tett lépések során is. Ha a biztosítók és a szolgáltatók szétválasztottak, a megvalósítás sikere érdekében egyezkedésekre lehet szükség a privát felekkel. Még akkor is, ha az egészségbiztosítók és az ellátók állami tulajdonban vannak, az ellátók saját érdekeiket tarthatják elsősorban szem előtt. Bármilyen tulajdoni formáról is legyen szó, az egészségügyi szakemberek, főleg az orvosok, nagy ellenállást fejthetnek ki a reformokkal szemben, ha úgy látják, hogy szakmai szabadságuk és gazdasági érdekük fenyegetve van.

Az orvosszakma kivételes gazdasági hatalomra tett szert a klinikai döntésekben való vezető szerepe és az ellátás fölötti monopóliuma miatt. Az államilag finanszírozott szolgáltatások feltételeinek megszabásánál a kormányzat mellett az orvosok jelentős alkupozícióval rendelkeznek, így kétoldalú monopóliumról beszélhetünk. Az OECD országokban gyakran az orvoslás a legjobban fizetett szakma, bár a fizetési arányok nagy különbséget mutatnak országonként. Az orvosszakma magas státuszt és jelentős politikai hatalmat von maga után. Ez főleg akkor nyilvánvaló, amikor a fogyasztók az orvosok mellett foglalnak állást a reformokkal szemben. Általában elmondható, hogy a fogyasztók jobban bíznak az orvosokban, mint a politikusokban. Politikai és gazdasági hatalma következtében az orvosszakmának megvan az a képessége, hogy megakadályozza az egészségügyi rendszer szerkezetében véghezvitt azon változásokat, amelyekkel nem ért egyet. Kiváltképpen a hatékonyság javítását célzó reformoknak állhat ellen, ha úgy véli, negatívan befolyásolják a szakma klinikai függetlenségét vagy gazdasági érdekeit. Ugyanakkor az orvosokra lehet számítani olyan intézkedések támogatásában, amelyek kimutathatóan javítják az ellátás minőségét (pl. újítások).

A közigazgatás minősége is hozzájárul a reformok sikeréhez. A siker esélye növelhető azokban az országokban, ahol az egészségügyi minisztérium az egészségügyi rendszer irányítására és szabályozására összpontosít, és nem avatkozik be konkrétan a szolgáltatások nyújtásába. Az intézményvezetés minősége is fontos tényező azokon a helyeken, ahol az ellátás az állam felelőssége. A vezetők különösen nehéz feladattal néznek szembe, ha olyan reformok megvalósításával bízzák meg őket, amelyek népszerűtlenek a klinikai személyzet körében.

3. Ösztönzők és ellenőztönzők használata

A sikeres reformok, különösen a mikrogazdasági hatékonyságot célzó reformok, gyakran változásokat vonnak maguk után az egészségügyi rendszer szereplőinek pénzbeli és nem pénzbeli ösztönzői tekintetében. Az ösztönzők tartalmazhatják a fogyasztók költségmegosztásában véghezvitt változásokat, az egészségbiztosítók ösztönzőinek és lehetőségeinek megváltoztatását, és az ellátók fizetésének vagy egyéb ösztönzőinek módosítását. A központi kormányok pénzügyi ösztönzőket is használhatnak más hatóságok (pl. önkormányzatok) meggyőzésére, hogy működjenek együtt az egészségügyi reformokban, ha ezen hatóságok felelőssége jelentősnek bizonyul az egészségügyi ellátásban. A központi kormányok pénzügyi támogatásban részesíthetik az önkormányzatokat, ha azok elfogadják bizonyos reformokat, vagy vállalhatják a költségek megosztását különböző szolgáltatások nyújtásában bizonyos országos célkitűzések teljesítése esetén.

4. A források elérhetősége

A források elérhetősége segíthet annak megállapításában, hogy a reformok sikerrel jártak-e. Általában többletkiadással járnak azok a reformok, amelyek az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférést vagy a hozzáférés egyenlőségét hivatottak javítani. Az ilyen jellegű reformok tervezésénél szükségszerű, hogy számításba vegyék a megfizethetőség kérdését. A legtöbb ország, amely teljes egészségbiztosítási lefedettséget volt képes megvalósítani, lépésenként tette és több évtizeddel ezelőtt kezdte el - először a fizetőképesebb lakosságban, majd később a rászorultabb csoportokban. A teljes állami fedezetet megvalósító országok is felismerték, hogy továbbra is problémák állnak fenn az államilag nyújtott szolgáltatásokhoz való hozzáférés egyenlőségében földrajzi területenként. Ezért jelentős forrásokra vagy hosszú időre van szükség ahhoz, hogy elérjék az egyenlő szükséglettel párosuló egyenlő hozzáférést az ország valamennyi régiójában.

A reform ütemtervének számolnia kell a források felhasználhatósági szintjével. A nagyobb fokú gazdasági növekedés segítheti mind az esélyegyenlőség, mind a hatékonyság ügyét, ha megfelelő szakpolitikával párosul. Ahogy azonban néhány egészségügyi rendszer bizonyítja, a megnövekedett források elkényelmesíthetik a döntéshozókat, míg a hiányok a hatékonyság növelésére sarkallhatnak. A stagnálás vagy a lassú növekedés arra ösztönözheti a reform hirdetőit, hogy innovatív módszereket találjanak a hatékonyság növelésére. Beállhat az a nehéz helyzet is, hogy a kormányzati költségek más területeiről kell forrásokat átcsoportosítani az egészségügybe.

Esettanulmány: Finnország

A finn egészségügyi rendszer a többi északi ország rendszereihez hasonlít, amit a teljes körű lefedettség, az adóalapú finanszírozás és az ellátás többnyire állam által történő nyújtása jellemez. A többi északi országokhoz képest az egészségügyi rendszer decentralizáltabb és vegyes finanszírozású. A több mint 400 önkormányzat vezető szerepet játszik mind a finanszírozásban, mind az egészségügyi ellátás nyújtásában. Az OECD 2005-ös országtanulmányában igen jónak értékeli a finn egészségügy teljesítményét. A legnagyobb problémát a hosszú várakozási idők jelentik több szolgáltatás (pl. a háziorvosi előjegyzések vagy az elektív műtétek) terén is. Az OECD jelentés megvizsgált néhány reformot, melyekből kettő tűnik érdekesnek az egészségügyi reformok hatékony megvalósítására irányuló projekt szempontjából: az Országos Egészségügyi Projekt és az Önkormányzatok és Szolgáltatások Átalakítása Projekt.

Az Országos Egészségügyi Projekt 2001-2007-ig tartott és leginkább fokozatos reformok együtteseként jellemezhető. A projekt legfontosabb célkitűzése a kezelésben országszerte fennálló különbségek csökkentése, valamint az előjegyzések és a kezelések várakozási időinek csökkentése volt. Az előbbi klinikai irányelvek bevezetésével, az utóbbit maximálisan megszabott várakozási idővel próbálták megoldani - 3 nap a háziorvosi rendelésre, 3 hét a szakorvosi rendelésre és 3-6 hónap a kórházi ellátásra (benne az elektív műtétekkel). A célkitűzéseket szükség esetén többlet finanszírozással, követő értékelésekkel és gyenge teljesítmény esetén büntetéssel egészítették ki.

A projekt értékelése sikerekre és kudarcokra egyaránt rámutatott. A legjobb eredményeket a szolgáltatásokhoz való hozzáférés javítását célzó cselekvés hozta. A műtetre hat hónapnál hosszabb ideig várakozó betegek száma 60 000-ről 34 000-re csökkent 2002-2005-ig, majd 2008 végére 1700-ra csökkent. A háziorvosi vizit 3 napos várakozási idejét a rendelők 90%-a teljesítette. A klinikai irányelvek pozitív hatással voltak az ellátáshoz való hozzáférésre és a hozzáférés egyenlőségére. A reform ezen elemeinek sikere az egyöntetű ellátást biztosító és a finn orvosszakma által jóváhagyott irányelveknek, a várakozási idő csökkentés népszerűségének a betegek körében, és a várakozási idők orvosszakma általi elfogadásának tulajdonítható, mivel irányelvek vezérelték és pénzügyi ösztönzők motiválták.

Az Önkormányzatok és Szolgáltatások Átalakítása Projekt. 2005-ben kezdődött és jelenleg is folyamatban van. Célja a helyhatóságok és szolgáltatásaik hatékonyságának növelése volt. A projekt érdekessége, hogy nemcsak az illetékes minisztériumok és önkormányzatok képviselői vesznek részt, hanem az ellenzéki pártok képviselői is. Mindez a finn politika konszenzusra törekvő hagyományát tükrözi.

A helyhatósági reform három modelljének vizsgálata után 2006-ban úgy döntöttek, hogy az önkormányzatok önkéntes egyesülését ösztönző modellre összpontosítanak. A kutatások arra engedtek következtetni, hogy a legkisebb lakosság, amely szükséges egy egészségügyi központ fenntartásához 20-30 000 emberből áll. Ennek ellenére több mint 250 önkormányzat áll 6000-nél kevesebb lakosból. A projekt elért némi sikert az önkormányzatok számának csökkentésében (432-ről 348-ra 2005-2009-ig), és további csökkentéseket jelentettek be. Az eddigi eredmények szerint egy fokozatos, konszenzus alapú megközelítés működőképesnek mutatkozik Finnország decentralizációjának hatékonyabbá tételére.

Következtetések

Az egészségügyi rendszerek megreformálása egy komplex, több fázisból álló folyamat. Ezen folyamat valamennyi fázisát - diagnózis, tervezés, jogalkotás, megvalósítás - sikeresen teljesíteni kell ahhoz, hogy a reform egésze sikeres legyen. A sikeres egészségügyi reformok megkövetelik az egészségügyi szolgáltatásokat nyújtó szakemberek, különösképpen az orvosok együttműködését. Az egészségügyi rendszer reformjának sikeréhez vagy a kudarcához vezető tényezők a reformot hirdető kormányok által bizonyos mértékben irányíthatók. A reformfolyamatok tapasztalatai arra engednek következtetni, hogy kompromisszumra lehet szükség az egészségügyi reformok sikerének és fenntarthatóságának maximalizálása, a megvalósítás ütemének maximalizálása és a megvalósítás forrásainak minimalizálása között. Gyakran előfordul, hogy ezen kívánalmak közül csak kettő kiválasztása lehetséges, és nem mindháromé. (SZL)

Forrás:

Jeremy Hurst: Effective Ways To Realise Policy Reforms In Health Systems

OECD Health Working papers No. 51, March 2010

[http://www.ois.oecd.org/olis/2010doc.nsf/LinkTo/NT00000F96/\\$FILE/JT03280896.PDF](http://www.ois.oecd.org/olis/2010doc.nsf/LinkTo/NT00000F96/$FILE/JT03280896.PDF)
2010-06-01 11:36:07

Finanszírozás

Az osztrák betegbiztosítás 2009-es mérlege

Az osztrák betegbiztosítók 2005 óta első ízben 2009-ben zárták többlettel az évet. A 2010-re vonatkozó előrejelzések szerint éves szinten már újra 45 milliós hiánnyal kell számolniuk, ami csak abban az esetben tartható, ha a meghatározott konszolidációs lépéseket minden érintett betartja.

Az előzetes kalkulációk szerinti 146,2 millió eurós többlettel a 2009 novemberében előre jelzett 60 milliós pozitív mérlegeredménynél is kedvezőbben zárták végül a tavalyi évet az osztrák biztosítók. Ez az eredmény egyrészt a szövetség oldalán keletkezett kiegészítő bevételeknek, másrészt a hatásukat lassan kifejítő konszolidációs intézkedéseknek köszönhető. Ezzel azonban Ausztria - habár a megadott úton halad - még mindig nem érte el azon célkitűzését, hogy a betegpénztárak pénzügyi helyzetét hosszú távon fenntartható módon stabilizálja.

A kilenc területi betegpénztár összesen 9,6 millió eurós veszteséggel zárta az évet. A gyógyszerekkel kapcsolatos kiadások emelkedése az orvosok felelős receptfelírási gyakorlatának köszönhetően jóval csekélyebb mértékű volt a korábbi évekhez, és sikerült az ellátás minőségét is megőrizni. A foglalkozási csoportonként szervezett biztosítók pozitív mérleggel zártak 2009-ben.

Területi betegpénztárak összesen	-9,6
<i>Bécsi Területi Betegpénztár</i>	+ 22,9
<i>Alsó-Ausztriai Betegpénztár</i>	-6,4
<i>Burgenlandi Területi Betegpénztár</i>	+7,5
<i>Felső-Ausztriai Területi Betegpénztár</i>	-20,8
<i>Stájermarki Területi Betegpénztár</i>	-6,4
<i>Karintiai Területi Betegpénztár</i>	+10,5
<i>Salzburgi Területi Betegpénztár</i>	-8,3
<i>Tiroli Területi Betegpénztár</i>	0,0
<i>Vorarlbergi Területi Betegpénztár</i>	-8,6
Üzemi betegpénztárak	-0,7
Vasút	+8,3
Közhivatalnokok	+66,3
Önfoglalkoztatók	+36,2
Mezőgazdasági Dolgozók	+45,7
Összesen	+146,2

Bécsi Területi Betegpénztár

A Bécsi Területi Betegpénztár 2009-ben az előzetes eredmények szerint 22,9 millió eurós pozitív mérleggel zárt, ami tíz év óta az első pozitív zárást jelenti. A Katasztrófaalap és a szövetségi költségvetésből származó eszközök 47 millió euró kiegészítő bevételhez vezettek. A 2009-ben megtett egyszeri intézkedések miatt 2010-ben azonban ismét jelentős hiánnyal kell számolni. Az a célkitűzés, hogy 2013-ig kiegyensúlyozott maradjon a mérleg, csupán megtakarításokkal biztosan nem

realizálható, ezért a Bécsi Területi Betegpénztár a biztosításidegen szolgáltatások szövetség általi újbóli kompenzációjára szólított fel.

Tiroli Területi Betegpénztár

A Tiroli Területi Betegpénztár 2009-ben nullás mérleggel zárt, azaz nem lett a mérleg rosszabb, mint 2008-ban. 2010-ben ezzel szemben már várhatóan nyolc millió eurós plusszal fognak zárni. A Tiroli Orvosi Kamarával tárgyalások vannak folyamatban, amelyek során többek között az egyre drágábbá váló krónikus sebellátását kell újra szabályozni.

Salzburgi Területi Betegpénztár

A Salzburgi Területi Betegpénztár a 2009-es évre nézve előzetesen egy mintegy 8,3 millió eurós hiányról adott számot. A Salzburgi Területi Betegpénztár és a Salzburgi Orvosi Kamara között szintén folynak a tárgyalások.

Felső-Ausztriai Területi Betegpénztár

A Felső-Ausztriai Területi Betegpénztár nagymértékű hiányt halmozott fel 2009-ben és az előzetes becslések szerint mintegy 20,7 millió eurós hiánnyal zárja az évet. Ennek oka, hogy habár a tartomány a szokásos üzleti tevékenység terén közel hat millió eurós pozitív eredményt ért el, a kompenzációs alapba történő befizetések és a tartalékképzés a betegpénztárnál már hiányt eredményezett. A 2010-es évet a pénztár ezért nagy aggodalommal várja.

További területi betegpénztárak

Az Alsó-Ausztriai, Stájermarki és Vorarlbergi Területi Betegpénztárak szintén mínusszal zárták az évet, a Burgenlandi és a Karintiai Területi Betegpénztárak azonban már pozitív eredményt könyvelhetnek el 2009-ben.

A következő évekre nézve a betegpénztáraknak és azok szerződéses partnereinek már számolniuk kell az elmúlt évben elkészült szanalási koncepcióval is, ami többek között előírja, hogy az összes pénztárnak kiegyensúlyozott mérleget kell felmutatnia 2013-ig. A 2010-es évre vonatkozó előrejelzés szerint a 19 betegbiztosító összességében 45 millió eurós hiánnyal számolhat. Ezzel azonban a pénztárak a konszolidációs programnak megfelelő pályán mozognak majd. Az ehhez kapcsolódó kötelező pénzügyi célokról 2009 decemberében állapodott meg a Főszövetség a pénztárakkal. Az itt meghatározott célok betartása az előfeltétele a központi költségvetésből 2010-re beígért 100 millió eurós támogatásnak.(VN)

Forrás:

Krankenversicherung: Vorläufiges Hoch; Beginn eines steinigen Weges In: Medical Tribune Austria 42. Jahrgang, Nr. 8/2010

2010-06-16 15:47:16

A szociális védőháló biztosítása az egészségügyi kiadások fékmentésének köszönhetően Franciaországban

Franciaországban, június 9-én a pénzügyek, az egészségügy, a munkaügy és a szociális ügyek legfelsőbb vezetésének elnöklétével ülésezett a társadalombiztosítás Számvetési Bizottsága. A 2009-es 20,3 milliárd EUR-os deficitről 2010-re előreláthatólag 26,8 milliárd EUR-ra növekvő hiány prioritásként szerepelt a napirenden lévő kérdések között.

Az egészségbiztosítási ágazat 2009-es deficitje 10,6 milliárd EUR volt, és előreláthatólag 13,1 milliárdra nő 2010-ben. A gazdasági válság az egészségbiztosítást súlyosan érintette, mivel a bértömeg csökkenése hátráltatta a biztosítási járulékok befizetését.

Az Egészségbiztosítás 2010-es kiadásaira vonatkozó Országos Célkitűzést (ONDAM 2010), a Társadalombiztosítás finanszírozására vonatkozó Törvény 3%-ban határozta meg, és ennek betartása - a bizottság által kiadott közlemény szerint - megvalósítható. További célkitűzés a kiadások növekedésének csökkentése 2,9%-ra 2011-ben és 2,8%-ra 2012-ben.

A tervezett célok eléréséhez nagy segítséget jelentenek az új kórháztörvény által felállított Regionális Egészségügyi Hatóságok, melyek zökkenőmentesebbé teszik az egészségügy különböző területei közötti együttműködést. Becslések szerint közel 2 milliárd EUR-os megtakarítás érhető el a kiadások visszaszorítása és a tarifák megfelelő alkalmazása révén.

A finanszírozás tervezésénél nem hagyhatóak figyelmen kívül a 2012-es kórházi reformterv keretében megvalósítandó projektekkel, kórház-rekonstrukciókkal kapcsolatos beruházások.

A családgügyi ágazat, mely szinte egyensúlyban volt 2008-ban, egyre nagyobb hiánnyal küzd (2009-ben 1,8 milliárd EUR, 2010-ben 3,8 milliárd EUR). A deficitet nem annyira a kiadások növekedése, mint inkább a bevételek csökkenése okozza.

A munkaköri ártalmakkal, üzemegészségüggyel kapcsolatos ágazat jelenleg szinte egyensúlyban van, hiánya mindössze 0,6 milliárd EUR. A 2010-2014-es időszakra vonatkozó munkaegészségügyi terv célja a munkahelyi balesetek előfordulásának 25%-os csökkentése, valamint a munkaköri ártalmak szélesebb körű megjelenésének visszaszorítása.

Az idősekkel foglalkozó ágazat deficitje 9,3 milliárd EUR-ra tehető 2010-ben. Ezen a téren vélhetően a nyugdíjreform jelent majd megoldást. (ZLL)

Forrás:

<http://www.gouvernement.fr/gouvernement/garantir-notre-systeme-de-protection-sociale-grace-a-la-maitrise-des-depenses-de-sante>

2010-06-16 13:55:03

McKinsey jelentés az NHS pénzügyi jövőjéről

A brit egészségügyi minisztérium június 2-án közzétett egy jelentést (McKinsey Report), amely az NHS számára szükséges megtakarítások lehetőségeit tárgyalja. A még munkaspárti irányítás alatt levő minisztérium 2009 márciusában kérte fel a McKinsey nevű menedzsment tanácsadó céget, hogy ötletekkel szolgáljon az NHS produktivitásának növelésére, a szolgáltatás vásárlás javítására és a 2014-ig szükségszerű kiadások csökkentésére. Andrew Lansley jelenlegi konzervatív egészségügyi miniszter a nyílt és átlátható kormányzás jegyében tette nyilvánossá a dokumentumot. Szakértők szerint az elemzés fontos lehet a jelenlegi kormányzat számára is.

A McKinsey jelentés ábrák, táblázatok és diagramok segítségével vázolja fel a brit egészségügyi szolgálat jelen helyzetét és jövő lehetőségeit. Az elemzésből kiténik, hogy 2014-re egy 10-15 milliárd font finanszírozási hiány várható az NHS költségeiben. Az elemzés szerint az elkövetkezendő 3-5 évben az NHS 13-20 milliárd fontig lenne képes hatékonysági megtakarításokra, ami a jelenlegi kiadások 15-22%-át jelenti. A kiadások csökkentését három forrásból lehetne elérni:

- ▶ az ellátói költségekből nyert 6-9,2 milliárd font technikai hatékonysági megtakarítás

- ▶ az alacsony értékű egészségügy vásárlásának megszűnéséből adódó 4,7-6,6 milliárd font allokációs megtakarítás
- ▶ 2,7-4,1 milliárd font megtakarítás a kórházból a költséghatékonyabb, kórházon kívüli ellátási formák felé történő elmozdulásból

További megtakarítások érhetőek el a megelőzés előtérbe helyezésével, amely az egészségügyi szolgáltatások alacsonyabb keresletét eredményezné, bár ez az elkövetkezendő 3-5 éven belül nem valósulna meg. A jelentés ajánlása szerint szükség lenne egy országos szintű programra, amelyet a stratégiai egészségügyi hatóságok (SHA) és az alapellátó trösztök (PCT) valósítanak meg hatékonysági megtakarítások révén. Az egészségügyi minisztériumnak közvetlen beavatkozással kell részt vállalnia az erőfeszítésekben, pl. a díjszabások csökkentésével, az akadályok eltávolításával, keretrendszerek és eszközök kidolgozásával, a hatékonyság növelésére irányuló tevékenységnek a meglévő mechanizmusokba való beágyazásával.

Az erőfeszítések 16 program köré illeszthetők, 4 csoportra osztva:

A költséghatékonyság megvalósítása valamennyi szolgáltatásban

1. Akut ellátás produktivitása
2. Akuton kívüli ellátás produktivitása
3. Szállítmányozási lánc
4. Vagyon optimalizálás

A költségek optimalizálása és a standardoknak való megfelelés

5. Az ellátási utakon belüli kiadások optimalizálása
6. A PCT szerződések/standardok betartatása

Az ellátás költséghatékonyabb környezetbe való áthelyezése

7. Az öngondoskodás és krónikus betegség menedzsment megerősítése
8. A helyi egészségügyi gazdaság átalakítása

A megvalósítás mechanizmusai

9. Piaci szerkezet/menedzsment
10. Díjszabás és térítések
11. Háziiorvosi és szakorvosi szerződések
12. Személyes büdzsék és pénzügyi ösztönzők
13. Szolgáltatás vásárlási eszközök és betartató szerződések

Akadályok/lehetőségek

14. Munkaerő
15. IT
16. Képességek

A jelentés részletesen elemzi a fenti programokban véghez vihető megtakarításokat. Pl. a költséghatékonysági programban az alapellátás produktivitása úgy növelhető, hogy a gyengén vagy nagyon gyengén teljesítő háziiorvosok standard teljesítmény érnek el. Ha feltételezzük, hogy a háziiorvosok 5-10%-a nagyon gyengén teljesít, a háziiorvosok 15-25%-a pedig gyengén teljesít, akkor az

Angliában praktizáló 31 000 teljes munkaidejű házi orvos esetén összesen 200-400 millió font takarítható meg. Egyéni orvosokra lebontva ez 22 000-70 000 font potenciális megtakarítást jelent a standard teljesítmény elérése esetén.

A hatékonysági megtakarítások másik forrása az NHS személyzet csökkentésében található. Ha 2014-ig 20 milliárd font megtakarítást céloznak meg, akkor az egészségügyi szolgálatban dolgozók számát 10%-kal kell csökkenteni. A legjobb esetben is (10 milliárd font célkitűzéssel) az NHS személyzet számát csak szinten lehet tartani, ami jelenleg 1,1 millió teljes munkaidejű alkalmazottat jelent Angliában. (SZL)

Forrás:

McKinsey report on the fiscal future of the NHS

http://www.dh.gov.uk/en/FreedomOfInformation/Freedomofinformationpublicationschemefeedback/FOIreleases/DH_116520

2010-06-07 12:46:50

Személyes egészségügyi büdzsé a brit egészségügyi szolgálatban

Lord Darzi brit egészségügyi miniszter a 2008. évi beszámolójában (High Quality Care for All) bejelentette, hogy kísérleti projektek indulnak a személyes egészségügyi büdzsé lehetőségeinek kutatására. A kísérleti programot a „Personal health budgets: first steps” című minisztériumi dokumentumban dolgozták ki. E szerint a betegek egy költségvetési keretben részesülnek egészségügyi szolgáltatások vásárlására. Az egészségügyi büdzsé javíthatja az ellátás minőségét azzal, hogy nagyobb választási lehetőséget és kontrollt nyújt a betegeknek a szolgáltatások felhasználásában. A kísérleti program ugyanakkor lehetővé teszi az ellátók számára az innovációt és a lehetőségek felkutatását az ellátás minőségének javítására. Szigorú értékelést követően dől majd el, hogy a személyre szabott egészségügyi ellátás és a közvetlen készpénzfizetések mennyire bizonyulnak hatékonyak, és hogy a továbbiakban támogatásban részesülnek-e. A személyes egészségügyi büdzsé hat fő elvre épül:

1. Az NHS értékek megőrzése, mint térítésmentes ellátás
2. Minőség, biztonság, eredményesség és a beteg tapasztalatának központi szerepe
3. Az egyenlőtlenségek leküzdése és az egyenlőség védelme
4. A személyes egészségügyi büdzsék teljesen önkéntes alapon működnek
5. Döntéshozatal az egyénhez lehető legközelebb történjen
6. Partnerség

Az egészségügyi büdzsé segíti az betegeket olyan szolgáltatások elérésében, melyeket szükségesnek tekintenek bizonyos egészségügyi eredmények elérésében. Az egészségügyi büdzsé ezt úgy éri el, hogy megengedi a betegeknek, hogy az adott keretből annyit fizessenek ellátásukért, amennyit jónak tartanak. A büdzsé feletti kontroll több formában történhet pl. mint:

- ▶ a szolgáltatások vásárlójánál tartott eszmei büdzsé
- ▶ egy külső szervezet által menedzselt büdzsé
- ▶ az egyénnek nyújtott készpénzfizetés

A személyes egészségügyi büdzsé nem mindenki számára jelent megfelelő megoldást és nem is tervezik kiterjeszteni az egész NHS-re. Szintén nem neveznek meg konkrét szolgáltatásokat vagy betegcsoportokat, melyek hasznát látnák az egészségügyi büdzsé igénybevételének. Az NHS szervezetek ezért csak néhány kulcsfontosságú területre összpontosítanak, ezek közül a következők említhetők meg:

- ▶ folyamatos ellátás
- ▶ mentális egészségügyi szolgáltatások
- ▶ tanulási rendellenességek szolgáltatásai
- ▶ anyasági szolgáltatások
- ▶ életvégi gondozás
- ▶ néhány krónikus betegség

Összhangban az NHS alapelveivel, az egészségügyi büdzsé a klinikai szükségleten és nem a fizetőképességen alapul. A költségvetési keret teljes mértékben fedezi az egyén jóváhagyott szükségleteit és nincs szükség saját források használatára. A keret az egyén egészségügyi elvárásainak megfelelő részletes ellátási tervhez tartozik. Az egészségügyi büdzsén keresztül nyújtott ellátás finanszírozása az ellátásra jellemző allokációk alapján történik, bár a kísérleti program részesül némi költség-támogatásban. A megállapított költségvetési keret nagy valószínűséggel fedezi az egyén ellátási csomagjának költségeit, és a személyes egészségügyi büdzsé akkor sikeres, ha hosszú távon költségsemleges marad.

A kísérleti projektek várhatóan három évig futnak 2009 nyarától kezdődően. Kezdetben a kísérletek az eszmei és külső szervezet által menedzselt büdzsékre korlátozódnak. Az egyénnek nyújtott közvetlen készpénzfizetés (direct payments) tesztelése 2010-ben kezdődik. Az egészségügyi minisztérium egy független kutatócsoportot bíz meg a kísérleti projektek hatásvizsgálatára. A csoport 2012 második felében készíti el végső jelentését, miután a projektek lezárultak és megtörtént a szakmai áttekintés. Az értékelés öt fő területre fog kiterjedni:

- ▶ egyénekre gyakorolt hatás
- ▶ magatartásban beálló változások (betegek, NHS személyzet)
- ▶ finanszírozás és költséghatékonyság
- ▶ rendszer szintű hatások (személyzet és a fennálló szolgáltatások)
- ▶ személyes egészségügyi büdzsé megvalósítása (SZL)

Forrás:

High quality care for all: NHS Next Stage Review final report

http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_085828.pdf

Personal health budgets: first steps

http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_093839.pdf
2010-05-26 09:27:58

A DRG finanszírozás jellemzői néhány ország példája alapján

A kórházi szolgáltatások térítésére az elmúlt 20 évben Európa országainak többsége DRG vagy ahhoz hasonló osztályozási rendszeren alapuló finanszírozást vezetett be.

Minden ország a saját útját járja a DRG alkalmazásában. Az egyes országok rendszerei közötti különbségek lényegesek, harmonizálásuk nem igazán reális forgatókönyv. A harmonizálás témája azonban a határokon átnyúló ellátás miatt is napirenden marad. Az EU 6. Kutatási Keretprogramja alatt szervezett HealthBasket project is az európai DRG rendszerek heterogén jellegét tárta fel. Fő konklúziói közé tartozott, hogy a szerkezeti változók (szabályozás, piaci struktúra, oktató státusz) fontosabb szerepet játszanak az egyedi esetek költségeinek különbségében, mint az eset csoportok eltérései. A legtöbb európai DRG rendszer mégis kizárólag a DRG klasszifikáció finomítására koncentrált. Az EU 7. Kutatási Keretprogramja finanszírozásában 2009-ben indult a három éves EuroDRG projekt. A project 10 EU tagország DRG rendszerét vizsgálja meg, hasonlítja össze.

Az ESKI Egészségügyi Rendszertudományi Irodájának következő linken: [http://vega.medinfo.hu/civiltajekoztatas/kepek/ho/anyagok/drg-eu_\(2\).pdf](http://vega.medinfo.hu/civiltajekoztatas/kepek/ho/anyagok/drg-eu_(2).pdf) olvasható szakirodalmi összefoglalója a DRG alkalmazását vizsgálja az egyes országokban, köztük az Egyesült Királyságban, Hollandiában, Franciaországban, Németországban, Ausztriában, Olaszországban Spanyolországban.

2010-06-03 15:39:10

Egészségügyi rendszerek működése

A Medicare részvétele egy alapellátási demonstrációs projektben

Az amerikai egészségügyi minisztérium és a Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) meghívást intézett az államok felé, hogy részt vegyenek egy demonstrációs projektben (Multi-payer Advanced Primary Care Practice Demonstration). Ebben a Medicare, a Medicaid és a magánbiztosítók közösen törekednek az alapellátás javítására és az egészségügyi költségek csökkentésére. Az Advanced Primary Care (APC) praxis képviseli a legígéretesebb modellt az ellátás minőségének javítására. A Medicare részvételével ezek az innovatív modellek szélesebb körben terjedhetnek el és hozzájárulhatnak egy jobban működő egészségügyi rendszer megteremtéséhez.

Az APC praxis vagy más néven „patient-centered medical home” meghatározó modell az egészségügyi ellátás hatékony menedzsmentjére és szolgáltatására. Az APC praxis az elérhető, folyamatos és koordinált ellátás híve, amely előtérbe helyezi a csapatmunkát, a megelőzést, az egészségügyi informatikát, az ellátás koordinációját, valamint a betegek és az ellátók közötti döntés megosztását.

A demonstrációs projekt lehetőséget nyújt arra, hogy értékeljék ezen alapellátási praxisforma hatását a következőkre:

- ▶ Az egészségügyi ellátás biztonsága, eredményessége, időszerűsége és hatékonysága
- ▶ A Medicare, a Medicaid és a magánbiztosítók által fedezett szolgáltatások elérhetőségének és megfelelő igénybe vételének biztosítása a kiadások csökkentése mellett
- ▶ A kedvezményezettek azon képessége, hogy hatásosan vegyenek részt az ellátásukat érintő döntésekben
- ▶ A bizonyítékokon nyugvó irányelvek szerinti ellátás nyújtása

A projektre való jogosultsághoz az államoknak bizonyítaniuk kell, hogy megfelelnek bizonyos követelményeknek (felelős állami hivatal megléte, fizetési feltételek stb.) A CMS maximum hat államnak nyújt lehetőséget a részvételre és független értékelést végez a demonstrációs projektekről. Az ilyen projektek lehetővé teszik a CMS számára, hogy kipróbálja az egészségügyi ellátás innovatív modelljeit és a tapasztalatokat beültesse a jövő szakpolitikáiba és programjaiba. A demonstrációs projekt azon programok közé tartozik, amelyeket az Affordable Care Act reformtörvény által létrehozott Center for Medicare and Medicaid Innovation központ hajt végre. Az amerikai egészségügyi minisztérium új hivatalának feladata abban áll, hogy új fizetési módszereket és szolgáltató rendszereket teszteljen a költségek csökkentésére és a minőség javítására. (SZL)

Forrás:

<http://www.hhs.gov/news/press/2010pres/06/20100602b.html>

2010-06-10 10:14:53

A krónikus betegségek elleni küzdelem Európában

A WHO European Observatory on Health Systems and Policies 2010-ben publikált tanulmánya a krónikus betegségek okozta terhekkel, a krónikus betegek (egészségügyi) ellátásában megfigyelhető új stratégiákkal és az ellátás előtt álló kihívásokkal foglalkozik.

A krónikus betegségek Európában a megbetegedések és a halálozások vezető okai közé tartoznak. A WHO krónikus betegségeknek nevezi a hosszan tartó, lassú javulást mutató betegségeket. Hagyományosan a szív-és érrendszeri betegségeket, a cukorbetegséget, az asztmát, a krónikus obstruktív légzőszervi betegséget (COPD) sorolták a krónikus betegségek kategóriájába. A túlélési esélyek javulásával, és a tartósan fennálló jellegük miatt ma már a krónikus betegségek között tartják számon a daganatos betegséget, az AIDS-t, mentális betegségeket (pl. depresszió, skizofrénia, demencia), valamint több rokkantsághoz vezető okot, mint a látáskárosodás, izületi kopás stb. A krónikus betegségek részben az öregedő társadalmakkal hozhatók összefüggésbe, de kapcsolatosak az életmóddal (dohányzás, szexuális viselkedés stb.) és a genetikai hajlammal is. Közös jellemzőjük a tartós, komplex, különböző szakemberek között koordinált egészségügyi ellátásra, gyógyszerekre, eszközökre, szociális ellátásra való igény. Ezzel szemben az egészségügyi ellátórendszer inkább akut esetek ellátására strukturált.

A WHO a betegségterhek számszerűsítésére a DALY (disability-adjusted life year), rokkantsággal korrigált életévek mutatóját használja, amely egy mérőszámba sűríti az idő előtti halálozás és a rokkantság hatását a lakosságra. A DALY a krónikus betegségek hatását is megfelelően tükrözi, egy DALY megegyezik egy elveszített egészséges életévvel. A WHO statisztikái szerint 2002-ben a magas jövedelmű országokban a halálozások 87%-át a krónikus betegségek okozták. A krónikus betegségek nem csak az idős emberek problémái. Ugyancsak 2002-ben a magas jövedelmű országok 60 év alatti lakossága körében bekövetkezett halálesetek 72%-a krónikus betegségeknek volt tulajdonítható. A dohányzás, a magas vérnyomás és a magas koleszterinszint a magas jövedelmű országok legjelentősebb kockázati tényezői, a legnagyobb mértékben felelősek a halálozásokért és a rokkantsággal korrigált életévekért. A betegségek jövőbeli alakulására különféle becslések léteznek. Biztosan növekedni fog a diabétesz és a COPD miatt bekövetkező halálozás és hatékony megelőzés és kezelés nélkül Európában a 60 év felettiek körében drámai mértékben nőhet a demenciában szenvedők száma (2001 és 2040 között a betegek száma megduplázódhat).

A krónikus betegségek gazdaságra gyakorolt hatása közül egyértelmű bizonyítékok tükrözik pl. a munkaerőpiacra ható negatív következményeiket. Makrogazdasági szempontból a gazdasági növekedést csökkentő hatásuk emelhető ki.

Suhrcke és Urban (2006) betegség költségekre vonatkozó kutatásai szerint a krónikus betegségek és azok kockázati tényezőinek költségei az országok GDP-jére 0.02%-tól 6.77%-ig terjedő hatást gyakorolhatnak. A fejlett országokban a kardiovaszkuláris betegségek mortalitásában bekövetkező 1%-os növekedés az 1 főre jutó jövedelmet a növekedést követő 5 évben 0,1%-kal csökkenti.

A krónikus betegségek elleni stratégiák

Prevenció és korai felismerés

A prevenció az elsődleges, másodlagos és harmadlagos megelőzés fogalmát is magában foglalja. Az egyes országok különböző megközelítéseket alkalmaznak, más-más módon teszik felelőssé a közösségeket és az egyéneket. A skandináv országokban pl. jelentős szerepet szánnak a környezeti tényezőknek és a szociális feltételeknek. Franciaország, Németország és az USA pedig erőteljesebben fókuszál az egyéni kockázatos életmódok csökkentésére (dohányzás, alkoholfogyasztás, táplálkozás). Az Egyesült Királyság és Kanada integrált megközelítést alkalmaz, a népegészségügyi és egészségfejlesztési tevékenységet a betegségmenedzsmenttel és az önellátás támogatásával kapcsolja össze. A kutatások a különféle beavatkozások együttesén alapuló széles spektrumú megközelítéseket tartják leginkább hatékonyak. Új-Zéland diabétesz prevenció programja a sikeres többszintű megközelítés példája. A program 10 területet határozott meg a cselekvésre (pl. a viselkedés befolyásolása társadalmi marketing segítségével, egészséget és aktív életstílust támogató

várostervezés, gyermekjóléti szolgáltatások fejlesztése, iskolákkal, élelmiszeriparral történő együttműködések, a hátrányos helyzetű családok egészséges választásainak támogatása stb.), mindegyikben speciális célokkal, és mértékekkel, különböző szektorok (helyi önkormányzatok, élelmiszeripar, kulturális csoportok, iskolák, sportklubok, állami és magán intézmények) együttműködésével.

Bár reménykeltő példák találhatók a világban, a prevenció mégsem nevezhető fejlettnak a legtöbb országban, több odafigyelést és jelentősebb forrásokat igényel a helyzet megváltoztatása.

Új szakmák, szakképzettségek a szolgáltatók körében

A krónikus betegek ellátása változásokat hozott az egészségügyben dolgozók feladataiban, kompetenciáinak, felelősségüknek a megosztásában, új képzések iránt keltett fel igényeket. Megváltozott az orvos és a nővér közötti hagyományos munkamegosztás. Az orvosok a betegek ellátórendszerben történő irányításában játszanak kulcsszerepet, ehhez a tevékenységek koordinációjában kell felkészültségüket javítani. Új szakmák jelentek meg, ilyen pl. a nurse practitioner, aki egyetemi végzettséggel a hagyományos nővéri feladatokat is ellát, ugyanakkor végez korábban az orvosok munkakörébe tartozó feladatokat is, mint pl. egyes gyógyszerek felírása, kevésbé komplex kezelések stb. Ez a képzettség megtalálható az Egyesült Királyság, Hollandia, az USA, Kanada stb. egészségügyi rendszereiben.

Németország community nurse, közösségi nővér elnevezéssel hozott létre a nurse practitioner-hez hasonló foglalkozást. A közösségi nővérek e-egészségügyi eszközökkel támogatva otthoni alapellátást végeznek. Elsősorban a falusi területeken segítik a krónikus betegek alapellátáshoz való hozzáférését, de tehermentesítik az orvosokat más tevékenységükben is.

Új kategória a liaison nurse, összekötő nővér is, több európai ország alkalmazza. Kórházi elbocsátás utáni utókezelést, COPD betegek légzőszervi rehabilitációját, gyógyszerhasználat, compliance felülvizsgálatát, betegoktatást, a szolgáltatások navigálását végzik.

A case manager, esetmenedzser a krónikus betegek, a komplex szociális és egészségügyi szükségletekkel jellemezhető betegek ellátását koordinálja. Feladatai közé tartozik a páciens szükségleteinek meghatározása, ellátási tervek készítése, a megfelelő ellátás megtalálásában való segítségnyújtás, az ellátás minőségének figyelemmel kísérése, a beteggel és a családjával való kapcsolattartás. Angliában az eset menedzselés minden alapellátó tröszt (PCT) feladataiban szerepel. Ezt a feladatkört gyógyszerészek és szociális munkások is betölthetik. 2004-től a gyógyszerészeknek lehetőségük van ismételt receptek felírására, a gyógyszerelés és a compliance áttekintésére, dohányzásról leszoktató programok lebonyolítására.

A family caregiver, családgondozó a krónikus betegek ellenőrzésében, kezelésében, a betegség menedzselésében játszik szerepet. Feladataik az egészségügyi ellátás változásával (korai kórházi stb.) bővülnek, különösen olyan betegségek esetében, mint pl. a demencia, szívbetegségek, depresszió stb. Helyük van az egészségügy intézményi környezetében, pl. a kórházakban is, valamint hatásos tevékenységet végezhetnek az otthoni egészségügyi ellátási modellekben.

Az egészségügyi (alap)ellátásban nemzetközi tendenciaként figyelhető meg a csoportpraxisok elterjedése. A csoportpraxist sokkal inkább beteg-orientálnak, költséghatékonyak tartják, mint az egy fő praxisokat. Kanadában pl. az egészségügyi reform fontos része volt olyan modellek kialakítása, ahol az orvosok nővérekkel, szociális munkásokkal, pszichológusokkal, dietetikusokkal, szülésznőkkel és fizioterápiás szakemberekkel dolgoznak együtt. Németországban az általános orvosokat, szakorvosokat és más egészségügyi dolgozókat foglalkoztató poliklinikákat 2004-től vezetik be újra (a kelet-német területen korábban jellemző gyakorlat volt).

Számos olyan országban, ahol erős az alapellátás (Egyesült Királyság, Skandinávia, Hollandia) számos krónikus betegség (magas vérnyomás, diabétesz, allergia/asztma/COPD stb.) menedzselése a nővérek által vezetett klinikák hatáskörébe kerül. Ennek gazdasági okai vannak, de ugyanakkor új karrier lehetőséget is jelentenek a nővérek számára.

Krónikus betegek ellátásának új koordinált formája: betegség menedzsment programok, disease management, DMP

A betegség menedzsment programok fő elemei:

- ▶ Átfogó ellátás, a betegség teljes időszakára kiterjedő multidiszciplináris ellátás,
- ▶ Integrált, folyamatos ellátás, az egyes elemek koordinációja révén,
- ▶ Lakossági orientáció (betegorientáció),
- ▶ Aktív beteg menedzsment eszközök (egészségügyi oktatás, megerősítés, önellátás).
- ▶ Bizonyítékokon alapuló } irányelvek, protokollok, betegutak,
- ▶ Információs technológia, rendszer szintű megoldások,
- ▶ Folyamatos minőségjavulás.

A betegség menedzsment a betegség teljes klinikai időszaka alatt koordinálja az ellátást, amelyet tudományos bizonyítékokon alapulva, és a beteget aktívan bevonva nyújtanak.

Eredetileg az USA-ban alakult ki ez az ellátási forma, később több európai ország is átvette. Azokban az országokban, ahol az alapellátás egyszemélyes praxisokban működik és szeparált a szakellátástól, hasznos lehet az ellátás koordinációjában. Németországban 2002-ben vezették be a diabétesz 1 és 2 típusainak, az asztmának/COPD-nek, és a koronáriás szívbetegségnek, valamint a mellráknak az ellátásában. 2008-ban már 4,7 millió fő vett részt a programokban. A részvételt anyagi ösztönzők is segítették. A kockázatiigazításban a DMP-ben való részvételt figyelembe vették (a résztvevő betegek kiadásait külön térítették) és ez előnyös volt a biztosítók és az orvosok számára is. 2009-től a kockázatiigazításban megjelent a morbiditás (80, főként krónikus betegség) figyelembe vétele, így a DMP elkülönítése is megszűnt, a jövőben hasznosságuk alapján kell bizonyítani létjogosultságukat. Svédországban a koordinált ellátást ellátási láncnak hívják, az ellátásért felelős megyei hatóságok főként a diabéteszben, demenciában, reumás betegségekben szenvedők számára szerveznek ellátási láncokat.

A betegség menedzsment programok egyes krónikus megbetegedésekre koncentrálnak. Elsősorban az egészségügyön belüli koordinációval foglalkoznak. A krónikus állapotok nem feltétlenül önmagukban jelentkeznek (egyszerre több krónikus betegség is terhelheti ugyanazt a páciens), az összetett problémák ellátására szolgálnak az integrált ellátási modellek, amelyek a szociális szférára is kiterjedhetnek.

Krónikus betegek ellátásának menedzselése: integrált ellátási modellek

Az integrált ellátási modell megszervezi, integrálja a kezeléseket és a megelőzést az ellátás teljes tartama során. Az integrált ellátási modell is az USA-ból indult, a Kaiser Permanente HMO kezdeményezésével (Evercare modell és Chronic Care Model), majd megjelent az angol NHS-ben is.

Az integrált ellátás modelljét tesztelték Spanyolország több régiójában, bevezették Németországban (az integrált ellátásra szóló szerződések az ellátás legalább két különböző részében tartalmaznak szereplőket, vagy interdiszciplináris együttműködéseket).

Európában az egészségügyi ellátók számos különböző hálózata jött létre. Franciaországban az 1996-os Juppé reform a helyi ambuláns szolgáltatók hálózatának létrejöttét ösztönözte és az ambuláns és a kórházi ellátás közötti kapcsolatot javította. Hasonló kezdeményezések figyelhetők meg Hollandiában a 90-es évektől, főként olyan betegekre fókuszálva, akik nem képesek teljesen önálló életre, így számukra a kórházi ellátás és az alternatív megoldások közötti kapcsolatot menedzselni szükséges.

Míg a prevenció intézkedések hatásosságáról, főként a dohányzás ellenes intézkedések eredményességéről számos felmérés ad számot, publikációk szólnak a nővérek kiterjesztett feladat- és felelősségkörének az ellátás minősége javulására gyakorolt hatásairól, az ellátás új modelljeinek hatásosságáról kevés a populációs szintű értékelés, elemzés. A DMP modellekkel kapcsolatban nagyobb betegelégedettségről, az ellátási folyamat javulásáról szólnak bizonyítékok. Hasonló a helyzet a költséghatékonysággal is. Költséghatékonynak bizonyultak a dohányzás ellenes intézkedések, a kardiovaszkuláris betegségek nagyobb kockázatainak szűrése (pl. a 45 év feletti magas kockázatú, magas vérnyomással élők esetében a gyógyszeres megelőzéssel), javul a koleszterinszint csökkentésére irányuló erőfeszítések költséghatékonysága, de mindezen intézkedések költséghatékonysága sok mindentől, pl. életkor, kockázat szintje stb. függ. Az új ellátási formák esetében a közép- vagy hosszú távú elemzések ma még hiányoznak

A krónikus betegségek gyógyításának kihívásai

A tanulmánykötet szerzői meghatározzák azokat a területeket, amelyekben az ellátás javítása érdekében a jövőben megoldásokat kell találni. Közéjük tartozik az új gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök kérdése. Közöttük megemlíthető a személyre szabott gyógyszer (a gyógyszerek betegekre gyakorolt hatása részben a gyógyszer tulajdonságaitól, részben az egyéni, pl. genetikai stb. jellemzőktől függ, pl. a rákkutatás használja a gyógyszer genomikát a gyógyszerterápia személyre szabásában), ez azonban új kérdések megoldását veti fel az engedélyezési és gyógyszer-támogatási rendszerekben.

Hasonlóképpen kihívást jelent a pénzügyi ösztönzők kérdése. A megfelelően alkalmazott pénzügyi ösztönzők hatékonyak lehetnek a gyors változások előidézésében, viszont számolni kell azzal, hogy a krónikus betegségek esetében csak évek elteltével láthatók a valós eredmények, az ellátás minősége csak akkor javulhat, ha az ellátók biztosak lehetnek abban, hogy befektetéseik megtérülnek. A szolgáltató finanszírozásában a fejkvóta, a bérjellegű kifizetés, a napidíj nem támogatja a krónikus betegek jobb ellátását, a szolgáltatás szerinti fizetés pedig túlzott ellátásokhoz vezethet. Az esetátalány kezdetben nem kezelte az összetett, magas költségigényű eseteket, majd azokat (outlier) kiemelve külön finanszírozta, így számos országban a DRG és a szolgáltatás szerinti finanszírozás hibrid módját teremtette meg, a krónikus betegségek kezelésére nézve mindkettőnek lehet hátrányos következménye, de csökkentheti is ezeket a hátrányokat. Születtek új megoldások, ilyen pl. az Egyesült Királyságban alkalmazott Quality and Outcomes Framework (QOF), amelyben a háziorvosok jövedelmének 25%-a a háziorvosok teljesítményének eredményességétől és minőségétől függ. Bár még vitatott a program értékelése, a krónikus ellátás minőségére általánosságban pozitív a hatása.

Franciaország és Németország kivételével, ahol azok a krónikus betegek, akik egyeztetett protokoll szerinti kezelést vagy DMP programban történő részvételt választanak, csökkentett co-paymentet fizetnek, vagy egyáltalán nem kell fizetniük. Ezeknek az ösztönzőknek az értékelése is várat még magára.

A koordináció (aminek az egészségügyi rendszerek egészét jellemző hiánya ma a krónikus betegek ellátásának legfőbb akadálya) javítására irányuló reformoknak jól előkészítettnek kell lenniük és erős politikai akaratot igényelnek. Pontosan kell rögzíteniük az érintett személyek és csoportok felelősségét, a helyi autonómiát és a központi hatóságok szerepét.

Boon és kollégái (2004) az egészségügyi ellátásban a koordináció szintjét illetően 7 típust azonosítottak. A koordinációt nélkülözi a szigorúan egyszemélyes praxis. A skála másik végén a különböző szakmák (gyógyítás, rehabilitáció, prevenció) teljes integrációja található. Köztük helyezkedik el a paralell praxis, ahol az orvosok egymástól függetlenül dolgoznak, a konzultatív praxis, ahol esetenként informálisan megosztják egymással a betegekkel kapcsolatos információkat, a koordinált praxis, ahol betegségekhez kötődik a betegadatok cseréje és formális rendszerben zajlik a terápia. Következő szint a multidiszciplináris team, ami formalizáltabb, több taggal bír, gyakran vezetővel, világos struktúrával. Az utolsó kettő az interdiszciplináris team, ahol csoportdöntés születik, rendszeres személyes megbeszéléseken és az integratív praxis, a döntéshozás, a betegcentrikus ellátás tökéletesen összekapcsolt folyamatban zajlik.

A kapuőr alapellátó rendszerekben jól működhet pl. a szakellátás kontrollja, de sokszor tisztázatlan a háziorvos szerepe a kapun történő átjutás után, vagyis akkor, amikor a beteg kikerül a háziorvosi rendszerből és bekerül a szakellátásba.

A reformok végrehajtásához szükség van természetesen a megfelelő finanszírozásra, a szakmai csoportok részvételét ösztönző kompenzációs formákra. Nem nélkülözhető az egészségügyi dolgozók képzése és a kommunikáció, az információs-kommunikációs technológiák (ICT) megfelelő alkalmazása.

A programok integráns része kell, hogy legyen az értékelés, az informált döntésekhez bizonyítékok szolgáltatása. (BI)

Forrás:

Reinhard Busse, Miriam Blümel, David Scheller-Kreinsen, Annette Zentner: Tackling chronic disease in Europe. World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies 2010. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96632/E93736.pdf

2010-06-02 16:29:48

Kórházügy

Tőkebefektetés és stratégiai tervezés az egészségügyi létesítményekben

A kórházak az egészségügyi rendszerek létfontosságú alkotóelemei. A WHO Európai Régiójában a kórházi szektor a nemzeti egészségügyi kiadások 35-70%-át teszi ki. Habár a tőkebefektetések az összes egészségügyi kiadásnak csupán 2-6%-át alkotják, az, hogy a kórházak hogyan vannak megépítve (amely messze a legfőbb tőkeberuházást jelenti) évtizedekre előre meghatározza a működési és orvosi költségek áramlását. Ez azt jelenti, hogy annak a módszernek, ahogyan több millió eurót investálnak évente Európa-szerte új egészségügyi létesítményekbe, illetve a régiók felújításába, fontos következményei vannak az egész rendszer pénzügyi fenntarthatóságára nézve. Ez a beruházás figyelemreméltó lehetőséget nyújt, hogy az egészségnyereséget maximalizálják. Biztosíthatja azt is, hogy a szolgáltatások megfeleljenek a fogyasztók legitím elvárásainak. Ugyanakkor a gyakorlatban ezek a lehetőségek sokszor hiányoznak.

Számos kulcsdimenzió van a tőkebefektetések vizsgálatára, amelyekről azonban kevés a bizonyíték. Mely finanszírozási mechanizmus a leghatékonyabb a kórházakban való beruházás esetében? Hogyan lehet az egészségügyi létesítmények teljes életciklusát figyelembe venni a kezdeti tervezési fázisban? Hogyan lehet a kórházakat képessé tenni a jövőbeni változásokhoz való alkalmazkodásra? Milyen hatással vannak a szisztematizált ellátási modellek a kórházak funkcionálására? Hogyan kellene a kórházakat konceptuálisan strukturálni (azaz olyan entitásként, amely ki tudja elégíteni az ellátási szükségleteket), illetve tényleges épületként? Hogyan lehet a kórházakat környezetvédelmi szempontból fenntarthatóbbá tenni? Hogyan lehet a szolgáltatásokat tőkévé konvertálni? Ezek azok a kérdések, amelyek foglalkoztatják az új kórházak tervezésében, finanszírozásában, valamint menedzsmentjében érdekelteket.

A cikk szerzői egy kétrészes tanulmányra alapozták feltevéseiket, amelyet 2006-2009 folyamán készítettek. Az első rész néhány európai ország esettanulmányát tartalmazza, illusztrálva a kórháztervezés innovatív megközelítését. A fejezetekben szó esett a rugalmas dizájnról, a betegutakról, integrált regionális tervezésről és az ellátási modellek integrációjáról.

A második részben a szerzők elemzik az első részben beazonosított kulcselemeket, a publikált szakirodalom felülvizsgálatára, valamint az esettanulmányokra alapozva. A szerzők különböző megközelítéseket tártak fel a kapacitástervezésre, az új ellátási modellekre, új tőkefinanszírozási modellekre, az életciklus-gazdaságtan alkalmazására, valamint a fenntartható tervezés innovációjára vonatkozóan.

Új megközelítések a kapacitástervezésben

Habár a kórházi szolgáltatások bevétele a legtöbb európai országban egyre inkább a tevékenység mérésén (pl. DRG-kon) alapul, egy nemzetközi összehasonlítás úgy találta, hogy az ágykapacitás továbbra is preferált tervezési egység a kórházi ellátásban Finnországban, Németországban, Olaszországban, Új-Zélandon és a legtöbb kanadai tartományban. A vizsgált országok közül csak Anglia és Franciaország mozdult el a szolgáltatás-volumenen és tevékenységen alapuló tervezés felé. Ugyanakkor az ágyak foglaltsága és a lakosságszámra vetített ágyak aránya továbbra is fontos mércét jelent.

Ez a megközelítés azonban számos problémát generál, mivel sem az ágyszám, sem az ágyak betöltöttsége nem jelent megfelelő mércét a kórházi szolgáltatások számára, tekintve a case-mix széles variációját, valamint a betegek különböző kezelési költségeit, és arra sem alkalmasak, hogy előre jelezzék a jövőbeni keresletet. Majdnem általánosnak mondható ugyanis az a tendencia, hogy nő az

egynapos esetek száma, miközben a kórházi tartózkodás időtartama rövidül, így az ágyak egyre kevésbé tudják megfelelően betölteni a kapacitásmérés funkciót. Emiatt a kórházi kapacitástervezést inkább a folyamatok szolgáltatásának képességére kellene alapozni. Ezért a kórház valódi kapacitásának sokkal kifinomultabb értelmezésére van szükség. Sokkal célszerűbb lenne az ún. betegutakat megvizsgálni, azaz az egészségügyi szakemberek által elvégzett folyamatokat, valamint a létesítményeket, amelyek megfelelnek ezeknek a folyamatoknak. A finnországi Coxa Kórház (Esettanulmány: a finn Coxa Kórház PPP-modellje: (<http://www.eski.hu/hol/cikkh.cgi?id=2285>) valamint a spanyol Alzira-modell (Az Alzira-modell: PPP az Integrált Egészségügyi Szolgáltatások Szervezetében: <http://www.eski.hu/hol/cikkh.cgi?id=2253>) különböző megközelítéseket illusztrál ezen célkitűzések elérésére.

A rugalmasság biztosítása a jövőben

Az egyik legfőbb tényező, ami kihívást jelent az egészségügyi szektorba történő hatékony tőkebefektetés szempontjából, az a változó környezet, amelyben a kórházak működnek Európában. A kórházaknak számos változó és egymással kölcsönhatásban lévő tényezőhöz kell alkalmazkodniuk, beleértve a lakosság elöregedését, a betegségmintákban bekövetkező változásokat, az egészségügyi munkaerő mobilitását, az új technológiák és gyógyszerek bevezetését, a politika és a közvélemény növekvő elvárásait, valamint az új finanszírozási mechanizmusokat. A rugalmasság kulcsfontosságú aspektus: hogyan lehet a kórházakat úgy megépíteni és finanszírozni, hogy könnyen tudjanak alkalmazkodni a változó igényekhez?

Ideális esetben az épületeknek képesnek kell lenniük az alkalmazkodásra, megengedve változtatásokat az elrendezésben, funkcióban és volumenben. Egyre fontosabb az is, hogy felül tudjunk tekinteni a kórház életciklusán, felismerve az épület valódi értékét, valamint a néhány iroda, hotel vagy apartman későbbi átalakításának lehetőségét.

Életciklus-perspektíva

Az életciklus-szemlélet kulcsfontosságú. Az elmúlt évtizedekben a tőkeeszközök szabadon álltak rendelkezésre a legtöbb egészségügyi szolgáltató számára Európában, mivel kormányzati költségvetésből finanszírozták őket, kevés vagy nulla kockázattal a szolgáltatók számára. Ennek azonban 2 fontos hátránya van: egyrészt a tőkeállomány egyszerű túlhalmozódásához vezethet, másrészt a befektető intézmények nincsenek arra ösztönözve, hogy viseljék a beruházás hosszú távú következményeit. Ezen tőkefinanszírozási mechanizmus dominanciája miatt gyakran nincsenek tudatában a tőkebefektetések valós költségeinek, és az életciklus-koncepció is alulfejlett maradt. A helyzet azonban változó, Hollandiában például a kormány belefoglalta a tőkeköltséget az output árazási mechanizmusba, miközben az Egyesült Királyságban a kórházak éves tőkeárfolyamot fizetnek a Kincstárnak.

Az életciklus perspektíva szempontjából nyilvánvaló, hogy a kezdeti befektetés csak egy kis része az épület költségeinek annak teljes életciklusa alatt. A norvég kormány jelenleg számolja ki az összes fő infrastrukturális projekt életciklus-költségét. Az ilyen számviteli gyakorlatok feltárják, hogy a kórházi költségek jelentős része nem az „elsődleges” orvosi folyamatokhoz kapcsolódik, hanem az olyan kiegészítő „másodlagos” szolgáltatásokhoz, mint a létesítmény-menedzsment. A kórháztervezés, amely explicit módon számításba veszi a létesítmény menedzsment-költségeit, valószínűleg jelentős hatékonyság-nyereséget eredményez, akár 20%-os költségmegtakarítással.

Szisztematizált betegutak

Az egészségügyi létesítmények elsődleges funkciója, hogy képessé tegyék az egészségügyi dolgozókat a magas minőségű egészségügyi ellátás biztosítására, amely megfelel a lakosság igényeinek. Ez a létesítmények tervezésének betegutakkal történő integrációját teszi szükségessé. A betegutakat az 1980-as években kezdték kifejleszteni, amely az eljárások standardizálásához vezetett arra a felismerésre alapozva, hogy számos területen – legalábbis kezdetben – a betegeknek hasonló

szükségeik vannak. Természetesen jelentős számú betegnek le kell térnie a standard betegútról. Ezért lényeges, hogy a betegutak elegendő rugalmasságot foglaljanak magukba, hogy meg tudjanak felelni a betegek különleges szükségleteinek, valamint azon betegek szükségleteinek, akiknek több egészségügyi problémájuk is van. Lehetséges egyszerűsített csatornákat is kialakítani, amelyek lehetőséget biztosítanak a fejlett koordinációra.

A szisztematizált ellátásban történő gondolkodás szükségességét egyre inkább megerősíti a kórházak (illetve általában véve az egészségügy) folyamatokat menedzselő létesítményekként való szemlélete. Ahogyan számos más komplex eljárásban, a 80:20 szabály érvényes, azaz a tevékenységek 80%-át lehet standardizálni, illetve költség-minimalizáló protokolloknak alávetni. Ez kihatással van a kapacitástervezésre, mivel tartalékkapacitást kell beépíteni a rendszerbe, hogy megbirkózzon az ellátás azon 20%-ával, amely nem standard és elkerülhetetlen hullámzásokat a keresletben. Fontos megjegyezni, hogy az egészségügyi ellátás iránti kereslet nem konstans, ezért mindig szükség van tartalékkapacitásra, hogy az ilyen hullámzásokkal meg lehessen birkózni.

Az egészségügyi rendszer egészét szemlélve

A kórházakba való befektetés, különösen egy ilyen gazdasági recessziós időszakban, a kórházak egészségügyi rendszerekben betöltött jövőbeni szerepének stratégiai visszatükröződését igényli. A kórházi kezelés gyakran csak része egy hosszabb vagy szélesebb betegútnak. Az elmúlt évtizedekben jelentős változások történtek az egészségügyi szolgáltatások konfigurációjában. Számos ellátást, amelyet korábban a kórházakban biztosítottak, egyéb létesítményekre ruháztak át, és egyre inkább elismert az alap-, a szociális, valamint az ambuláns ellátás helyettesítő szerepe. A közösségi létesítmények felé történő elmozdulást elsősorban pénzügyi megfontolások motiválták (habár kevés a bizonyíték arra nézve, hogy ez jelentős költségmegtakarításokhoz vezet), ugyanakkor követte azon lehetőségek növekedését is, hogy komplex és kifinomultabb diagnózist és kezelést biztosítsanak az alapellátó létesítményekben.

Ezek a trendek kiváltották az egész rendszerre kiterjedő tervezés iránti igényt, olyan szakszavakban kifejezve, mint „területi egészségügyi ellátás”, „az ellátás folytonossága”, „integrált betegutak”, „ellátási hálózatok”. Új ellátási hálózatok jönnek létre, amelyek nem korlátozódnak a kórházakra, pl. ellátási csomagok olyan betegségek számára, mint pl. diabétesz, asztma, szívbetegség vagy daganatos megbetegedés, amelyek az alap-, másodlagos és szociális ellátást magukban foglaló, integrált klinikai betegutakon alapulnak. Észak-Írországban például az egészségügyi szolgáltatások a regionális tervezésben szorosan összekapcsolódnak a közösségi szolgáltatásokkal.

Következtetések

A tanulmány szerzői, miközben felismerték, hogy a tőkebefektetés számos kulcsdimenziójára vonatkozóan még mindig kevés bizonyíték áll rendelkezésre, úgy vélik, hogy tanulmányuk számos lehetőséget bemutat, amelyek révén a tőkebefektetések sikeressége növelhető. Ezek magukban foglalnak olyan megközelítéseket, amelyek a finanszírozási rendszerek beruházásokhoz történő igazítására irányulnak, biztosítva az épületek jövőbeni rugalmasságát, teljes rendszer-perspektívát tekintve, a szisztematizált ellátásra építve, figyelembe véve az egészségügyi létesítmények életciklusát, valamint biztosítva az új épületek környezeti és egyéb fenntarthatósági aspektusait. Habár gyakran nem könnyű választ adni a tőkebefektetési projektek speciális kérdéseire, vannak pontos mutatók, mint például merre kellene irányítani a politikai figyelmet és a jövőbeni kutatást. (AZS)

Forrás:

Bernd Rechel - Stephen Wright - Barrie Dowdeswell - Martin McKee: Even in tough times: investing in hospitals of the future. Euro Observer, 2010 tavasz. 12. évf., 11. szám.

<http://www2.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/LSEHealth/pdf/euroObserver/obsvol12no1.pdf>
2010-06-18 14:26:19

A franciák véleménye kórházi ellátásukról - Kórházi barométer 2010

A TNS Sofres francia véleménykutató intézet a „Franciák és a közkórház” témakörben 2004 óta, minden második évben felmérést végez a Francia Kórházszövetség számára. A felmérést, mely a kórházi ellátással kapcsolatos vélemény valódi barométere, több mint 1000 francia felnőttből álló mintán végzik el.

A kórházi ellátással kapcsolatos vélemények 2010-es vizsgálata két tendenciát támaszt alá: a résztvevők az előző vizsgálat óta újból megerősítették, hogy rendkívül fontosnak találják az ellátás hozzáférhetőségének biztosítását mindenki számára, és aggodalmukat fejezték ki a kórházi erőforrások (anyagi és humán erőforrás) alakulásával kapcsolatban.

A megkérdezettek 80%-a pozitívan nyilatkozott a közkórházi ellátásról, és bár ez az arány 2008 óta stabilnak mondható, az egészségügyi személyzet és a betegek közötti kapcsolatra vonatkozó nézetekben visszaesés mutatkozik; ezen a téren az elégedettség csak 58%-os.

A franciák továbbra is nagyon elégedettek az ellátás minőségével, melyről 83%-ban, és a betegek fogadásával, melyről 73%-ban pozitív vélemény született.

A felmérés rámutat azokra a vonatokra is, melyek esetében szükség lenne további intézkedésekre: így a franciák mindössze 43%-a nyilatkozott kedvezően az idősek ellátásáról, illetve a palliatív ellátás megítélése is hasonló volt, így színvonalának emelését szükségesnek találnák. Végezetül a vizsgálatból kitűnt, hogy igény lenne a betegek fokozottabb tájékoztatására is. (ZLL)

Forrás:

<http://www.fhf.fr/Informations-Hospitalieres/Dossiers/Communication/sondages/Resultats-du-barometre-2010-Les-Francais-et-l-hopital>
2010-06-14 12:22:32

Pénzbüntetés a korai kórházi elbocsátásért az NHS-ben

Andrew Lansley brit egészségügyi miniszter tervei szerint pénzbüntetést rónak ki a kórházakra, ha egy beteg az elbocsátás után 30 napon belül sürgősségi újrafelvételre szorul. A miniszter nem tartja elfogadhatónak, ha hazaküldik a betegeket még mielőtt kezelésük lezárulna és teljesen egészségesé válnának. A sürgősségi újrafelvétel nem pusztán traumát jelent a betegnek, de költséges is az NHS számára.

Az elmúlt 10 évben jelentősen emelkedett azon betegek száma, akiket vissza kellett szállítani a kórházba sürgősségi ellátásra az elbocsátás utáni 30 napon belül. Lansley nyilatkozata szerint a kormány azt a világos üzenetet kívánja küldeni, hogy a betegellátás nem ér véget akkor, amikor a betegek kikerülnek a kórház falai közül. A kórházi újrafelvételek elsősorban nem azért ugrottak meg az elmúlt 10 évben, mert a betegek rosszabb állapotban voltak, hanem azért, mert a kórházak ösztönözve voltak, hogy minél előbb megszabaduljanak az emberektől. Ezek a folyamat célkitűzések kockázatot jelentettek a betegek számára. Ezért a kormány biztosítani kívánja, hogy a kórházak nemcsak az ellátás ideje alatt felelősek a betegekért, hanem az elbocsátást követő 30 nap idejére is. Ha egy beteget újra felvesznek ezen időn belül, akkor a kórház nem részesül fizetésben az utána következő ellátásért, így szükségszerűen a kezdeti ellátás sikerére összpontosítanak. (SZL)

Forrás:

<http://www.guardian.co.uk/politics/2010/jun/08/hospitals-lansley-penalty-patient-readmissions>
2010-06-11 12:43:38

Népegészségügy

A Rák elleni küzdelem Programjai és prognózisai Franciaországban

Franciaországban, 2002-ben indította el Jacques Chirac köztársasági elnök a Rák elleni küzdelem 2003-2007-es időszakra vonatkozó Programját, azzal a célkitűzéssel, hogy öt év alatt 20%-os csökkenést érjen el a francia lakosság rák okozta mortalitásában.

A 2003-2007-es program átfogó és egységes stratégiát képviselve határozza meg a közösségi fellépés különböző területeit (a megelőzés, a szűrés és az ellátás színvonala, a szociális struktúrák, valamint a képzés és a kutatás vonatkozásában). A dokumentum 70 intézkedése ezek alapján 6 fejezetre tagolódik:

1) a primér prevenció előmozdítása a daganatos betegség okainak jobb ismerete révén, dohányzás elleni küzdelem, munkahelyi és környezeti ártalmak elleni fellépés, az egészségtudatos magatartás szorgalmazása

2) a szűrővizsgálatok hatékonyságának növelése, különösen az emlő-, a vastag- és végbél- valamint a méhnyakrák vonatkozásában, a melanoma korai diagnosztizálása és a daganatos betegségek öröklődő formáit kiszűrő módszerek jobb elérhetősége

3) az ellátás színvonalának emelése és a betegekre való összpontosítás, a legszínvonalasabb szolgáltatásokhoz való egyenlő hozzáférés biztosítása, a szakemberek, valamint a kórház és az otthoni ellátás közötti együttműködés fokozása, a betegek jobb tájékoztatása és a betegek igényeinek való jobb megfelelés, az új diagnosztikai és kezelési eljárások hozzáférhetővé tétele az ilyen jellegű létesítmények kibővítésével, valamint a rendkívül költséges új gyógyszerekre fordítandó anyagi erőforrások növelése

4) humánusabb és átfogóbb szociális védelmi struktúrák felállítása: a rákos betegek számára olyan mechanizmusok bevezetése, melyek révén állásukban maradhatnak, a betegek számára a kölcsönök és a biztosítás jobb elérhetőségének lehetővé tétele, az otthoni ellátás előtérbe helyezése, illetve a szülők számára annak biztosítása, hogy kórházba utalt gyermekük mellett maradhassanak, valamint lelki támasz nyújtása a betegek számára

5) a szakemberek képzésének az onkológiai betegek ellátására való adaptálása az ápolás és az orvosképzés tananyagába integrálva

6) a kutatás előmozdítása Regionális Onkológiai Központok (Kórházpólusok), valamint a Rákkal foglalkozó Országos Intézet felállításával.

A rák elleni projekt finanszírozására, mely a dohánytermékek megnövelt adóján alapult, 2007-ig 640 millió EUR-t irányoztak elő, a következő célok szerinti elosztással:

13 % prevenció és szűrés

21% a szolgáltatások koordinálása és a betegeknek nyújtott támogatás

16% a létesítmények és az ellátás fejlesztése

32% az új kezelésekhez való hozzáférés biztosítása

18% kutatás, képzés

A 2003-2007-es program célkitűzése a ráknak tulajdonítható mortalitás jelentős mértékű visszaszorítása, valamint a prevenció és az innovatív kezelésekre való hozzáférés előmozdítása, illetve a kutatótevékenység támogatása volt. 2003-ban, országos szinten kvantitatív célkitűzéseket is meghatároztak:

- ▶ a dohányzás visszaszorítása: 30%-kal a fiatalok, 20%-kal a felnőttek és 20%-kal az alkoholfüggő felnőttek vonatkozásában,
- ▶ 80%-os részvétel elérése az emlőrák-szűrésben az 50-74 éves nők, és méhnyakrák-szűrésben a 25-69 éves nők viszonylatában
- ▶ az egyénekre lebontott és otthoni gondozást is biztosító programokhoz való hozzáférés mindenki számára
- ▶ tájékoztatást és támaszt nyújtó szolgáltatások elérhetőségének biztosítása mindenki számára
- ▶ nemzetközileg is elismert kiváló színvonal elérése a kutatások területén.

Az egészségügyi szakemberek és a kutatók közötti együttműködés és tapasztalatcsere előmozdítására speciális regionális és interregionális struktúrákat állítottak fel. Így 2003-ban hét ilyen létesítményt jelöltek ki onkológiai központnak (Cancéropóles), és ezek az intézmények új feladataikhoz anyagi támogatásban is részesültek. A kutatási projektek prioritást élvező témaköreinek finanszírozására tendert írtak ki 2004 februárjában, és támogatták a kutatócsoportok és az ipar képviselői közötti együttműködést. 2003. augusztus 9-én, a Népegészségügyi Törvény keretében rendelkeztek Franciaország Rákkal foglalkozó Országos Intézetének (INCa) felállításáról.

2008-ban a projekt finanszírozására és eredményeire vonatkozóan egymástól függetlenül két értékelést végeztek. Az értékelő vizsgálatok eredményei alapján új stratégiai terv készült, melynek kidolgozásához Nicolas Sarkozy köztársasági elnök Jean-Pierre Grünfeld professzort kérte fel szakértői jelentés készítésére. „Az ajánlások a rákkal kapcsolatos 2009-2013-as projekthez” 2009 februárjában készült el.

Az új terv a 2003-2007-re vonatkozó projekt folytatása, és részben annak intézkedéseire alapul, ugyanakkor új intézkedéseket is tervbe vesz, mint például:

- ▶ a rák kezelésével kapcsolatos egyenlőtlenségek fokozottabb figyelembe vétele és megoldása,
- ▶ a szolgáltatások jobb koordinálása a kórházi ellátás intézményen kívüli kiterjesztésével és a kezelőorvosok jobb bevonásával,
- ▶ új egészségügyi és mediko-szociális intézkedések bevezetése a daganatos betegek ellátásának kísérésére a betegség fennállása idején és kezelése után.

A Rák elleni küzdelem 2009-2013-ra vonatkozó terve 5 főcsoportra tagolódva 30 intézkedést és 118 akciót tartalmaz.

Az 5 főcsoport témakörei és célkitűzései

I. Kutatás

az elért eredmények mielőbbi alkalmazása a betegek ellátásában

II. Megfigyelés

a rákkal kapcsolatos franciaországi helyzet összefüggéseinek jobb megértése

III. Prevenció-szűrés

a rák megjelenésének, illetve a betegség súlyosbodásának megelőzése

IV. Ellátás

minden beteg számára személyes és hatékony ellátás biztosítása

V. Életvitel a rák idején és utána

az életminőség javítása a betegség idején és utána, valamint fellépés a kirekesztés minden fajtája ellen

A főcsoportok előrelátható finanszírozása

Kutatás 95 287 000 EUR

Megfigyelés 12 241 000 EUR

Prevenció-szűrés 177 359 000 EUR

Ellátás 402 772 000 EUR

Életvitel a rák idején és utána 45 000 000 EUR

Összesen 732 659 000 EUR

Az intézkedések főcsoportok szerint

Kutatás

1. A pluridiszciplináris kutatás módszereinek megszilárdítása és anyagi támogatásának fokozása. Az onkológiai központok révén az alapkutatás és a szakemberek megfigyeléseinek összegzése felgyorsul, és az interaktív kutatás által gazdagítja a tudományos ismeretanyagot. Az interaktív kutatás anyagi támogatása fontos célkitűzés.

2. A rákkal kapcsolatos egyenlőtlenségek átlátása és csökkentése a kutatás révén. Terepvizsgálatok révén lehet az egyenlőtlenségeket jobban feltérképezni és csökkenteni.

3. A környezeti és az életviteli kockázatok jellegének megállapítása.

4. A klinikai kutatás dinamikusabbá tétele. Az állami és a magán szektor valamint a háziorvosi praxisok betegeinek nagyobb mértékű bevonása a klinikai kutatásokba.

5. A francia kutatások nemzetközi referenciává tétele. A francia kutatások nemzetközi szinten való markánsabb megjelenésének ösztönzése, és a nemzetközi rákkutatás fejlesztésének támogatása. A francia kutatócsoportok európai rákkutató programokban való szerepvállalásának támogatása.

Megfigyelés

6. Éves tájékoztatás és információ-közlés a rákról, a rákkutatásról és az onkológiáról.

7. A felügyeleti rendszer optimalizálása és fejlesztése. Franciaországban a rák monitorozására szolgáló rendszer elsősorban a szakorvosi és az általános orvosi nyilvántartásokon alapul. Fejlesztése vagy a meglévő nyilvántartási rendszerek rövid idő alatt friss adatokkal történő kiegészítésével oldható meg, vagy az anonim adatokat tartalmazó, számos forráson alapuló automatizált országos nyilvántartás továbbfejlesztésével.

8. A rákbetegségek társadalmi epidemiológiájának fejlesztése. Fontos feladat az elérhető adatok elemzése, illetve a daganatos betegségben szenvedő betegek létfeltételeivel és életminőségével kapcsolatos adatgyűjtés.

9. A munkaköri ártalmakkal (karcinogén anyagokkal) összefüggő rákbetegségek megfigyelésének és felügyeletének javítása.

Prevenció-szűrés

Prevenció

10. Fellépés a dohányzás ellen.

11. A táplálkozás, a testmozgás és a rákbetegségek összefüggéseivel kapcsolatos prevenció előmozdítása

12. A környezeti és a munkaköri ártalmakkal összefüggésben lévő rákbetegségek megelőzésének kiemelt kezelése

13. A fertőzésekkel (pl. hepatitis B, HPV) kapcsolatos rákbetegségek megelőzése

Szűrés

14. A szűrés hozzáférhetőségében és igénybevételében jelentkező egyenlőtlenségek elleni fellépés

15. A rákbetegségek szűrésére indított országos programok struktúrájának, koordinációjának javítása

16. A kezelőorvos bevonása az országos szűrőprogramokba és a leghatékonyabb módszerek (HPV teszt, digitális mammográfia, stb.) elérhetőségének biztosítása mindenki számára az ország egész területén

17. Szolgálat biztosítása a kutatási eredmények figyelemmel kísérésére és a rákbetegségek korai felismerésével kapcsolatos ismeretek bővítése

Ellátás

18. A betegek ellátásának személyesebbé tétele és a kezelőorvos szerepének megszilárdítása. Biztosítani kell a daganatos betegek kórházi és otthoni ellátásának folyamatosságát, és ennek koordinálásában a beteg kezelőorvosa kiemelt szerepet játszik, a nővérek, gyógyszerészek és más egészségügyi dolgozók mellett. Ezt a koordináló tevékenységet fogják erősíteni azok az új munkakörök, melyek az ápoló tevékenység feladatai közé sorolják a kórházi és az otthoni ellátás összehangolását.

19. Az onkológiai ellátás színvonalának emelése minden daganatos beteg számára

20. A patológiai szakterület támogatása. A kutatási eredmények gyakorlatban való alkalmazásának elősegítése, a térségek patológusokkal való ellátottságának javítása

21. Egyenlő hozzáférés biztosítása a kezelésekhöz és az új eljárásokhoz

22. A radioterápia fejlesztése

23. A ritkábban előforduló rákos betegségben szenvedő betegek, a betegségre való genetikai hajlamot hordozó személyek, az idősek, a gyermekek és a serdülőkorúak speciális ellátásának fejlesztése az erre akkreditált referencia központok kijelölésével. Az örökletes hajlam monitorozása a családokban, speciális kezelési terv kialakítása a gyermekek és a serdülőkorúak számára, valamint az idősek onkológiai ellátásának kombinálása a geriatriai ellátással

24. A szakterületekkel kapcsolatos demográfiai problémák kezelése és új kompetenciák kialakítása. Prioritás az onkológiai szakemberek számának növelése és a térségek onkológusokkal való ellátottságának javítása, szakemberképzés a dozimetria, anatómo-citopatológia területén.

Életvitel a rák idején és utána

25. Személyes szociális gondoskodás kialakítása és a beteg támogatása a rák kezelése idején és az ez utáni időszakban

26. A személyes szociális támogatás kialakításához szükséges eszközök, módszerek alkalmazásának kiterjesztése. Rehabilitációs intézmények felállítása az egészségügyi központok mellett, országos irányelvek kidolgozása a szociális helyzet feltérképezésére és anyagi támogatás nyújtása

27. A rákkal kapcsolatos esetleges fogyatékoság vagy autonómia-vesztés ellátásának javítása. A daganatos betegek, akik hosszú távú follow-up alatt állnak, igénybe vehetik a speciálisan a

fogyatékossgal élők számára kifejlesztett szolgáltatásokat, illetve kortól függően részesülhetnek geriatríai ellátásban is.

28. A betegsükből felgyógyult emberek számára a biztosítás-vásárlás és a hitel-folyósítás nyújtotta lehetőségek hozzáférhetővé tétele

29. Az akadályok elhárítása a munkakörüket újra betölteni szándékozó daganatos betegek munkába állása elől

30. Társadalmi összefogáson alapuló kutatóintézet felállítása a rákbetegség figyelemmel kísérésére.

A legfontosabb intézkedések és megvalósítandó feladatok

I/1 A több szakterületet (epidemiológiai, népegészségügyi, klinikai és mediko-szociális vonatkozásokat) átfogó pluridiszciplináris kutatás módszereinek megszilárdítása és anyagi támogatásának fokozása – ennek keretében öt integrált rákkutató site számára nyújtanak akkreditációt azzal a céllal, hogy tájékoztatásuk által a kutatási eredmények előbb valósulhassanak meg a betegellátás gyakorlatában, és lépéseket tesznek a klinikai vizsgálatokban való részvétel 50%-os emelésének előmozdítására.

I/3 A környezeti és az életviteli kockázatok jellegének megállapítása – a kutatási költségvetés több mint 15%-át fogják a környezeti és az életviteli kockázatok elemzésével kapcsolatos tervre fordítani, és részt vesznek a tumorokkal kapcsolatban világszerte folyó genomkutatásban az öt leggyakoribb rákfajta vonatkozásában.

II/6 Éves tájékoztatás és információ-közlés a rákról, a rákkutatásról és az onkológiáról – a rákbetegségek országos megoszlását tükröző elemzés készítése évente

III/14 A szűrés hozzáférhetőségében és igénybevételében jelentkező egyenlőtlenségek elleni fellépés – a teljes lakosság szűrésen való részvételi arányának 15%-kal való növelése. A növekedés szintjének el kell érnie az 50%-ot a leghátrányosabb helyzetű megyékben.

IV/18 A betegek ellátásának személyesebbé tétele és a kezelőorvos szerepének megszilárdítása – annak biztosítása, hogy a betegek 80%-a minimum egy személyre szabott ellátási terv szolgáltatásaiban részesüljön. A kórházi és a kórházon kívüli ellátás koordinálásában alapvető a beutalót adó kezelőorvos szerepe.

V/25 Személyes szociális gondoskodás kialakítása és a beteg támogatása a rák kezelése idején és az ez utáni időszakban – annak biztosítása, hogy a betegek 50%-a igénye szerint minimum egy, rákkezeléseket követő program pszichoszociális vonatkozású szolgáltatásaiban részesüljön.

Franciaország Rákos megbetegedésekkel foglalkozó Országos Intézete (INCa) 2010. április 22-én jelentést tett közzé a rákos betegségek prognózisáról. Az országban évente 320 000 esetben diagnosztizálnak daganatos megbetegedést, és a betegek több mint 50%-a (több mint 165 ezren) 5 évvel túlélnek a betegséget, és mintegy 120 ezren teljesen meg is gyógyulnak.

A jelentés kiemeli, hogy nem egy, hanem sokféle rákos megbetegedés fordul elő, és ezek különbözőképpen alakulnak, kimenetelük is eltérő. A rák egyre több fajtája gyógyítható, némelyek esetén azonban a prognózis továbbra is kedvezőtlen, és vannak olyan ráktípusok is, melyek hasonlóan alakulnak a krónikus betegségekhez.

Az INCa helyzetjelentése a francia és a nemzetközi statisztikák alapján nyújt tájékoztatást a rák túlélési rátáiról. A dokumentum a rák fajtáit prognózisuk szerint három csoportba sorolja:

- ▶ jó prognózis – az 5 éves túlélés több mint 80%-os,
- ▶ közepes prognózis - az 5 éves túlélés 20-80%
- ▶ kedvezőtlen prognózis – az 5 éves túlélés rátája maximum 20%.

Az INCa rámutat, hogy a túlélés időtartama az egyre korábbi diagnosztizálásnak és a hatékonyabb kezeléseknek köszönhetően számottevően nő, és így egyre több beteg számára van remény a teljes gyógyulásra. (ZLL)

Forrás:

http://www.hpm.org/en/Surveys/IRDES_-_France/04/The_cancer_plan__2003-2007.html

http://www.hpm.org/en/Surveys/IRDES_-_France/13/Evaluation_of_the_cancer_plan.html

<http://www.e-cancer.fr/plancancer-2009-2013>

<http://www.sante-sports.gouv.fr/plan-cancer-2009-2013.html>

<http://www.24hsante.com/cancer-etat-des-lieux-sur-la-survie-des-patients-en-france>

2010-06-09 14:08:35

Dán tanulmány a mammográfiás szűrésről

Egy, a British Medical Journalban megjelent dán tanulmány kétségesbe vonja, hogy a mammográfiai szűrés befolyásolná az emlőrák okozta halálozást. Habár Dániában a vizsgált időszakban a mérések szerint ténylegesen csökkent az emlőrák okozta halálozás a dán kutatók úgy vélik, hogy az inkább tulajdonítható a kockázati tényezők csökkenésének és a kezelések hatékonyabbá válásának.

Koppenhágában a mammográfiás szűrést 1991-ben vezették be, Fünen régiójában 1993-ban. 2005-ben egy dán tanulmány arra a következtetésre jutott, hogy az emlőrák okozta halálozás Koppenhágában a szűrés bevezetése óta 25 százalékkal csökkent. A jelenlegi tanulmányt készítő munkacsoport azt vizsgálta meg, hogy ez a csökkenése valóban a szűrés bevezetésének volt-e köszönhető.

A kutatás során megvizsgálták hogyan alakult az emlőrák mortalitás azokon a területeken ahol végeztek szűrést (Koppenhága és Fünen), majd összehasonlították az adatokat azokkal a dán régiókkal (a lakosság mintegy 80 százaléka), ahol nem végeztek rákszűrési programot. A munka során a kutatók azt feltételezték, hogy a szűrés hatása (jobb gyógyulási esélyek a korai diagnózisnak köszönhetően) csak körülbelül öt évvel a program bevezetése után figyelhető meg.

A kutatást végzők megállapították, hogy a szűrést végző területeken a mellrák miatti halálozás az 55-74 éves korcsoportban 1997-2006 között évente egy százalékkal csökkent. Az azonos korú szűrésen részt nem vett nők körében viszont a halálozás ugyanebben az időszakban két százalékos csökkenést mutatott. Még egyértelműbb volt a mellrák halálozás csökkenése a 35-55 év közötti nők esetében, akik koruk miatt nem voltak jogosultak a szűrésen való részvételre. Körükben a szűrt régiókban az emlőrák okozta halálozás a 1997 és 2006 közötti időszakban öt százalékkal, azokon a területeken ahol szűrést nem végeztek hat százalékkal csökkent.

A kutatást végzők véleménye szerint nem mutatható ki tehát a dán szűrési program hatása az emlőrák halálozás tekintetében. Álláspontjuk szerint az emlőrák okozta halálozások csökkenését inkább a kockázati tényezők csökkenésével és a hatékonyabb kezelésekkal lehet összefüggésbe hozni. (VN)

Forrás:

British Medical Journal: http://www.bmj.com/cgi/content/full/340/mar23_1/c1241

2010-06-17 16:10:11

Humán erőforrás

A francia orvosképzés reformjára vonatkozó 2010-2011-es tervek

Valérie Pécresse, francia felsőoktatás- és kutatásügyi miniszter az orvosi egyetemek vezetőinek tartott tájékoztatóján bejelentette, hogy a következő tanévtől kezdve a leendő orvosok, fogorvosok, gyógyszerészek és szülésznők első éves képzése közös törzsanyagra fog épülni. Az első év végén a közös tananyag számonkérésére négy különálló vizsgán kerül majd sor.

A hallgatók az első szemeszterben a négy terület speciális kívánalmainak megfelelő közös ismeretanyagban részesülnek, majd a második szemeszter folyamán kerül sor a szakterületekre lebontott speciálisabb ismeretek közlésére. A tanévet a választott szakterület szerinti záróvizsga követi.

A közös törzsanyaghoz tartozó tantárgyakhoz szakterület szerint különböző szorzószámok kapcsolódnak. Az első év folyamán a hallgatók pályaválasztásának megerősítését szolgálja a négyféle szakterülettel kapcsolatos tájékoztatás. A közös ismereteket nyújtó első év lehetőséget fog teremteni a különböző területek közötti átjárásra, illetve az eredeti pályaválasztás módosítására.

A hallgatók pályamódosítását lehetővé tevő intézkedések legkésőbb a 2012-2013-as tanévben lépnek érvénybe. Az elsőévesek az első két szemeszterben alaposabban tájékozódhatnak az általuk választott hivatásról, majd ennek értelmében dönthetnek további tanulmányaikról. Több átjárás lesz a négy szakterület vonatkozásában az egyetemek második és harmadik évfolyama között is, illetve az első két év teljesítése után más szakirányt is lehet majd választani.

A Jean-François Bach professzor 2007 októberi ajánlásaira épülő reform célja, hogy csökkentse a sikertelenség mértékét az orvosi egyetemek első évfolyamán. Minden évben több mint 60 000 fiatal jelentkezik az orvosi vagy a gyógyszerészeti fakultásra, de a sikeres vizsga letételére igen kicsi – orvostanhallgatók esetén 20%, gyógyszerészhallgatók esetén 30% - az esély. A tervezett intézkedések jobb kilátásokat kívánnak teremteni az egészségügyi hivatást választó hallgatók számára. (ZLL)

Forrás :

<http://www.gouvernement.fr/gouvernement/la-reforme-de-la-premiere-annee-de-medecine-mise-en-oeuvre-des-la-rentree-universitaire>
2010-06-21 14:55:43

Projektek az ápolással kapcsolatos kutatások kórházi programjához – Franciaország

Roselyne Bachelot-Narquin, egészség- és sportügyi miniszter 2009 szeptemberében indította el az „Ápolási kutatás első kórházi programját” (PHRI). Ez a Franciaországban egészen úttörő jellegű program anyagi támogatást nyújt azoknak az ápolási szakembereknek a tevékenységéhez, akik a betegek biztonságának és komfortérzetének fokozására kívánnak lépéseket tenni, és az ápolás kutatási projektjei révén szolgálják a kórházi kezelések színvonalának emelését.

Egy orvosokból és ápolókból álló bizottság több mint 80 ápolási projektet tanulmányozott át. A bizottság szakvéleménye alapján az Egészségügyi Minisztérium 15 hároméves projekt finanszírozásáról döntött.

A kutatási témakörök rendkívül szerteágazóak. Így például:

- ▶ Limoges Egyetemi Kórházközpontjában a demenciával küzdő idős emberek számára leginkább megfelelő légkör kialakításán fáradoznak, vizsgálva a zeneterápia fájdalomcsillapító hatását sebkeletkezés során,
- ▶ a párizsi Robert Debré kórházban az anesztézia előtt álló gyermekek félelmét enyhítő hipnózis hatására vonatkozóan végeznek vizsgálatokat, stb.

A miniszter 2011 elejétől a program kiterjesztését tervezi a paramedikális területek dolgozóinak tevékenységére is. (ZLL)

Forrás:

<http://www.sante-sports.gouv.fr/le-ministere-de-la-sante-finance-15-projets-pour-le-programme-hospitalier-de-recherche-infirmiere-phri.html>

2010-05-25 12:30:31

Egészségügyi informatika

Az első elektronikus receptek Finnországban

Turku város egyik egészségügyi központjának és gyógyszerárának együttműködése révén megkezdődött az elektronikus gyógyszerfelírás (ePrescription) Finnországban. Az új módszeren alapuló gyógyszerrendelés alkalmazását még ez év során kiterjesztik a város több patikájára és egészségügyi központjára.

Az ePrescription-t a tervek szerint az egész országban be fogják vezetni, de erre csak fokozatosan, több szakaszban kerül sor.

Turku az alkalmazás különböző modelljeit teszteli az egészségügyi szakemberek, - orvosok, gyógyszerészek, gyógyszerész-asszisztensek – valamint a betegek bevonása révén, azzal a céllal, hogy felmérje, hogy az ePrescription hogyan működik a gyakorlatban, és hogy milyen módon szükséges a betegeket erről tájékoztatni. A turkui tapasztalatok az elektronikus gyógyszerrendelés más településekre való kiterjesztése során fognak segítséget nyújtani a gyakorlati megvalósításhoz.

Finnországban az Elektronikus Gyógyszerrendelésre vonatkozó Törvény 2007-ben lépett életbe. Az elektronikus gyógyszerrendelés országos bevezetését a Helyi és a Regionális Hatóságok Finn Szövetségének KunTo projekthivatala fogja koordinálni. (ZLL)

Forrás:

<http://www.stm.fi/en/pressreleases/pressrelease/view/1508762#en>

2010-06-11 13:24:00

EU egészségügy

EU: a Tanács jóváhagyta a határon átvélő ellátásra vonatkozó irányelv-tervezetet

Az Európai Unió Tanácsa - a spanyol elnökség kompromisszumos javaslata alapján - 2010. június 8-án elfogadta azt az irányelv-tervezetet, amely a betegjogok határon átnyúló ellátásban való alkalmazására vonatkozik.

Az Európai Bizottság 2008. július 2-án terjesztette elő eredeti javaslatát. Az Európai Parlament első olvasatban 2009. április 23-án fogadta el a maga álláspontját, a Tanács pedig tavaly decemberben már tárgyalta a kérdést, de akkor több vitás kérdésben (elsősorban a külföldön élő nyugdíjasok ellátása, valamint a nem szerződéses egészségügyi szolgáltatók) nem tudtak megegyezni a 27 tagállam szakminiszterei.

Az irányelv-tervezet célja, hogy megkönnyítse a határon átnyúló biztonságos és jó minőségű ellátáshoz való hozzáférést, valamint elősegítse az együttműködést az egészségügy területén a tagállamok között. Ez a kompromisszum tükrözi a Tanács azon szándékát, hogy teljes mértékben elismerje az Európai Bíróság esetjogát a határon átvélő ellátásban, miközben megőrzi a tagállamok jogát saját egészségügyi rendszerük megszervezésére.

Az irányelv-tervezet főszabályának értelmében a jövőben egy uniós polgár bármelyik EU-tagállamban kaphat egészségügyi ellátást, az ellátás költségeiből azonban csak annyit igényelhet vissza, amennyiben egy hasonló beavatkozás a saját hazájában kerülne.

Ugyanakkor ezen főszabály alól vannak kivételek. A tagállamok ugyanis bizonyos esetekben előzetes engedélyhez köthetik a kiutazást annak elkerülése érdekében, hogy a társadalombiztosítási rendszereikre túl nagy nyomás nehezedjen. Ennek értelmében nem részesülnek automatikus visszatérítésben (vagyis előzetes engedélyhez köthetők) azok az ellátások, amelyek esetében a pácienseknek éjszakára is bent kell maradniuk a kórházban, vagy akiknek a kezeléséhez speciális és nagyon drága orvosi eszközökre lenne szükség, illetve amennyiben az ellátás minősége és biztonsága aggodalmakra adhat okot. Bizonyos esetekben pedig, az ún. „kapuőri elv” alapján az otthoni kezelőorvos dönthet arról, hogy a páciensnek valóban szüksége van-e a külföldi kezelésre.

A Tanácsban az egyik fő vitapontot a (közfinanszírozású) szerződéssel nem rendelkező egészségügyi szolgáltatók igénybevehetőségének kérdése volt, miután az általuk nyújtott ellátásokat bizonyos tagországokban (így pl. Spanyolországban és Magyarországon) nem térítik vissza. Ebben a kérdésben 2009 decemberében nem tudtak megegyezni a szakminiszterek, most azonban egy kompromisszumos javaslat született: a tagállamoknak ugyanazokat a jogokat kell biztosítaniuk a betegeknek a határon átnyúló ellátás esetében, mint amelyeket a betegek hasonló helyzetben a saját országukban élveznének.

A másik fő vitatott kérdést - a 883/2004 (EK) rendelet (a szociális biztonsági rendszerek koordinálásáról) IV. mellékletében felsorolt országokra vonatkozóan - a külföldön élő nyugdíjasok harmadik országban történő kezelése képezte. Főszabályként végül azt fogadták el, hogy az a tagország, amely az előzetes engedély kiadására jogosult, téríti majd vissza a nyugdíjas külföldi gyógykezelésének költségeit. Ha egy nyugdíjast a származási országában kezelnek, akkor ennek az államnak saját költségén kell biztosítania az illető egészségügyi ellátását.

A Tanács döntött arról is, hogy az egyik tagállamban kiadott recepteket, amennyiben az adott termék megkapta a forgalomba hozatali engedélyt, az EU más tagországaiban is kiválthassák. Az orvosi

termékek és eszközök online kereskedelmére, a bentlakásos otthonokban biztosított hosszú távú ápolási szolgáltatásokra, illetve a transzplantációra felajánlott szervekkel kapcsolatos ügyekre nem vonatkozik a későbbi irányelv hatálya.

Emellett a tagállamok közötti együttműködést az e-egészségügy terén, valamint az európai referenciahálózat kialakítása révén is meg kívánják erősíteni, amely közelebb hozza egymáshoz a különböző tagországok speciális központjait. A tagállamoknak nemzeti kontakt-pontok révén kell biztosítaniuk, hogy a más EU-tagországból érkező betegek megkapják a területükön érvényes biztonsági és minőségi standardokra vonatkozó információt, hogy ezáltal racionális, tájékozott döntést tudjanak hozni.

A szakminiszterek jóváhagyása után az irányelv-tervezet most visszakerül második olvasatra a képviselők elé.(AZS)

Forrás: http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/lisa/114992.pdf

<http://www.europolitics.info/social/ministers-agree-to-spanish-compromise-art274268-26.html>
2010-06-16 12:54:39

Eurobarométer az alkoholfogyasztással kapcsolatos attitűdökről

Európa az a régió, ahol az egy főre jutó alkoholfogyasztás a világon a legmagasabb. Az alkoholfogyasztás magas szintje számos ártalmat von maga után, és 2004-ben a betegségterhek és sérülések 12%-a (az elveszített életévek számában mérve) az alkoholfogyasztással volt összefüggésbe hozható – derül ki az Alkoholfogyasztással kapcsolatos attitűdöket vizsgáló, 2010. április 21-án közzétett Eurobarométer- felmérésből.

Az Európai Unióban a káros és kockázatos alkoholfogyasztás a rossz egészségi állapot harmadik leggyakoribb rizikófaktora, évente 195 ezer halálzásért felelős, valamint a férfiak idő előtti halálzásának 12%-a, a nők idő előtti halálzásának pedig a 2%-a tudható be az alkoholfogyasztásnak. Az alkoholfogyasztás okozta ártalmak gazdasági költsége az EU-ban 125 milliárd euróra becsülhető évente.

Az EU 2006-ban stratégiát fogadott el, amely az alkohol okozta ártalmak csökkentésének támogatására irányul. A stratégia implementációjáról szóló első jelentés azt mutatja, hogy 2009-re a tagállamok széleskörű akcióba fogtak az alkoholpolitikák kidolgozására, és lépéseket tettek az alkohol fogyasztására és árusítására vonatkozó korhatár felemelésére, valamint a fiatal és tapasztalatlan vezetők véralkoholszintjének csökkentésére.

Az Eurobarométer jelentésben egy 2009 őszén végzett felmérés eredményeit mutatják be, és ahol lehetséges, összevetik az adatokat a 2006-os hasonló kutatás eredményeivel is, amelyet az alkoholstratégia elfogadásával nagyjából egy időben készítettek.

A jelentés 3 fő fejezetre tagolódik:

1. Az EU-polgárok alkoholfogyasztási szokásai: az alkoholfogyasztás gyakorisága, prevalenciája és a fogyasztott alkohol mennyisége.
2. A kockázatokkal és ártalmakkal kapcsolatos tájékozottság: az EU-polgárok attitűdje az alkoholfogyasztás, biztonság és népegészségügy vonatkozásában.
3. Az alkohollal kapcsolatos állami politikák támogatása: a válaszadók véleménye az egyéni/állami felelősségről az ártalmas kimenetek prevenciójában. Az alkohol ára és a fogyasztói magatartás közötti

kapcsolat vizsgálata, valamint azon politikai lehetőségek vizsgálata, amelyek a sérülékeny csoportokat (terhes nők és fiatalok) érintő alkohollal kapcsolatos problémák enyhítését, valamint az ittas vezetés okozta ártalmak csökkentését célozzák.

1. Alkoholfogyasztás

Az EU-polgárok 76%-a fogyasztott szeszes italt az elmúlt 12 hónapban, miközben 24% nyilatkozta, hogy absztinens. 2006-ban is hasonló volt az arány (75%).

Azok közül, akik az elmúlt évben fogyasztottak alkoholt, 88% az elmúlt 30 napban fogyasztott szeszes italt. Ez az arány is hasonló volt 2006-ban is (87%).

Az alkoholfogyasztók aránya Dániában (93%), Svédországban (90%) és Hollandiában (88%) volt a legmagasabb, Portugáliában (58%), Olaszországban (60%) és Magyarországon (64%) pedig a legalacsonyabb.

Az alkoholfogyasztók mintegy 49%-a nyilatkozta, hogy heti 1-3-szor fogyaszt alkoholt, de egyes országokban a válaszadók egy része naponta fogyaszt szeszes italt (Portugáliában 43%, Olaszországban 25%).

A legtöbb alkoholt fogyasztó (68%) egyszerre 2 vagy annál kevesebb pohár szeszes italt fogyaszt, ugyanakkor 10% nyilatkozta azt, hogy 5 vagy annál is több pohárral iszik.

A férfiak sokkal nagyobb arányban (84%) fogyasztanak alkoholt, mint a nők (68%), továbbá gyakrabban és egyszerre nagyobb mennyiségű alkohol fogyasztanak a másik nemnél. A magasabb foglalkozási státusz korrelációt mutat az alkoholfogyasztás magasabb prevalenciájával.

Az alkoholfogyasztás szintje és gyakorisága életkor szerint is eltéréseket mutat. Azok között, akik az elmúlt 30 napban alkoholt fogyasztottak, az 55 év fölöttiek 25%-a fogyaszt szeszes italt napi szinten, miközben a 15-24 éves korcsoportnak csupán 3%-a. A 15-24 év közöttiek negyede fogyaszt hetente 1-szer 5 vagy annál több pohár szeszes italt, miközben az 55 év fölöttieknek csupán 1%-a. Ezért a fiatalok nagyobb mértékben vannak kitéve a túlzott mértékű italozás ártalmas hatásainak.

2. A kockázatokkal és ártalmakkal kapcsolatos tájékozottság

Az EU-polgároknak csupán mintegy negyede (27%-a) válaszolt helyesen arra a kérdésre, mennyi a véralkoholszint törvényes határa a vezetéskor a saját országában. A megkérdezettek 36%-a adott helytelen választ, miközben majdnem ugyanennyien (37%) nyilatkozták, hogy nem tudják a választ. Habár viszonylag kevesen tudták a törvényes limitet, a válaszadók 60%-a nyilatkozta, hogy a vezetés előtt elfogyasztott egy vagy több ital (2 órán belül) túl sok.

Az EU-polgárok túlnyomó többsége elismeri, hogy az alkohol káros hatással van az egészségre. A válaszadók 97%-a úgy véli, hogy az alkoholfogyasztás hozzájárul a májproblémák kialakulásához, de csak a megkérdezettek mintegy kétharmada (67%-a) van tudatában a rák kockázatának.

Az EU-polgárok egyetértenek abban, hogy az alkohol olyan társadalmi kimenetekhez vezethet, mint utcai erőszak (96%), problémák a házasságban vagy termelékenység-vesztés a munkában (94-94%).

3. Az alkoholra vonatkozó közpolitikák támogatása

Az EU-polgárok körében megoszlanak a vélemények arról, hogy ki felelős elsődlegesen az alkohollal kapcsolatos ártalmakért. Miközben 53%-uk úgy véli, hogy az egyének felelőssége elegendő ahhoz, hogy megvédjék magukat az alkohollal kapcsolatos ártalmaktól, 43% azon a véleményen van, hogy az állami hatóságoknak be kell avatkozniuk az egyének védelme érdekében.

A férfiak, a fiatalok, az alacsonyabb foglalkozási státuszban lévők, illetve az anyagilag kevésbé tehetősek úgy vélik, hogy az árszintben bekövetkező jelentős változás feltehetőleg befolyásolná az alkoholvásárlási szokásukat.

Az EU-polgárok mintegy háromnegyede (73%-a) szeretné, ha a véralkoholszint limitet EU-szerte következetesen csökkentenék a fiatalok és tapasztalatlan vezetők esetében, 83%-uk pedig támogatná a véletlenszerű politikai ellenőrzéseket az EU útjain. A válaszadók 89%-a támogatná, hogy EU-szerte bevezessék a 18 éves korhatárt a szeszes italok értékesítésére és kiszolgálására. 77% úgy gondolja, hogy be kellene tiltani a fiatalokat célzó alkoholreklámokat az EU egész területén.

Az EU-polgárok többsége üdvözlőné a figyelmeztető üzeneteket az üvegeken és alkoholreklámokon egyaránt. A válaszadók 79%-a támogatná a figyelmeztetések elhelyezését az üvegeken terhes nők és vezetők számára. A figyelmeztetések alkoholreklámokon való elhelyezése még nagyobb támogatást élvez (82%).(AZS)

Forrás: EU citizens' attitudes towards alcohol. Special Eurobarometer 331. Európai Bizottság, 2010. április. http://ec.europa.eu/health/alcohol/docs/ebs_331_en.pdf

2010-06-04 14:12:54

Az Európai Parlament a rákmegelőzés ügyéért

Az Európai Parlament határozatban üdvözlötte az Európai Bizottság javaslatát, hogy hozzanak létre egy európai partnerséget a tagállamok rákellenes erőfeszítéseinek támogatására 2009-13-ig (European Partnership for Action Against Cancer). A tagállamokat integrált tervek készítésére ösztönzik, hogy teljesítsék a partnerség 2020-ig terjedő hosszú távú célját, mely a rákbetegségek 15%-os csökkentését célozza.

A parlamenti képviselők szerint különleges erőfeszítésekre van szükség az új tagállamok esetében. A képviselők további cselekvésre szólítottak fel az egészséges életmód előmozdítása és a környezeti/munkahelyi kockázatok csökkentése érdekében, és a tájékoztató és szűrési kampányokba való nagyobb arányú EU-s befektetést követelnek. Támogatják, hogy a rákmegelőzés kiemelt hangsúlyt kapott és hogy a környezeti tényezők, mint pl. a mérgező vegyszerek szerepet játszanak a rákbetegségek növekedésében.

A határozat megállapítja, hogy a megelőzés a legköltséghatékonyabb válaszadás, mivel a rákbetegségek harmadát meg lehetne előzni. Ezért a megelőzés terén több forrásra lenne szükség, támogatni kellene az egészséges életmódot, és a rákszűrés tájékoztató kampányaival a szélesebb lakosságot és az egészségügyi ellátókat kellene megcélózni. Évenként több mint 3 millió új esettel és 1,7 millió halálalással a rák a második legnagyobb halálok Európában. A parlamenti képviselők szeretnék, ha az EU-s kormányok és intézmények fokoznák a rák elleni harcot. Kiállnak amellett is, hogy a rákellenes gyógyszerek és kezelési eljárások minden beteg számára egyaránt rendelkezésre álljanak. (SZL)

Forrás: <http://www.euractiv.com/en/health/parliament-urges-action-on-cancer-prevention-news-493945>

2010-05-25 10:43:53

Egészségügyi Világszervezet (WHO)

A gyógyszerek racionális alkalmazása – a WHO javaslatai

Az Egészségügyi Világszervezet becslései szerint a gyógyszerek több mint felének felírása és forgalmazása nem megfelelő, és a betegeknek körülbelül a fele helytelenül alkalmazza a patikaszerket. A nem megfelelő használat túlzott, nem elégséges vagy helytelen gyógyszerfogyasztáshoz vezet a recept-köteles, illetve a vény nélkül beszerezhető gyógyszerek esetén.

Általános probléma

- ▶ egyidejűleg túl sok gyógyszer fogyasztása,
- ▶ az antibiotikumok és az injekciók túlzott alkalmazása,
- ▶ a gyógyszerrendelésnél a klinikai irányelvek betartásának figyelmen kívül hagyása,
- ▶ a szakszerűtlen öngyógyszerelés.

A fejlődő országok alapellátását felkereső betegek kevesebb mint 40%-a részesül klinikai előírások szerinti kezelésben az állami szektorban, illetve ez az arány kevesebb, mint 30% a privát szektorban.

Minden ország vonatkozásában a gyógyszerek nem megfelelő alkalmazása amellet, hogy egészségkárosodást, gyógyszer-rezisztenciát okozhat, anyagi veszteségeket is előidézhet, melyek a betegségek elhúzódása révén az USA-ban évente 4-5 milliárd USD, Európában 9 milliárd EUR gyógyszerkiadáshoz vezethetnek.

A WHO a gyógyszerek racionális alkalmazásának előmozdítása érdekében a következő intézkedéseken alapuló országos programok bevezetését tartja célszerűnek:

- ▶ országos testület felállítása a gyógyszerek alkalmazására vonatkozó irányelvek koordinálására és a gyógyszerek hatásának monitorozására,
- ▶ evidencián alapuló klinikai irányelvek kidolgozása a gyógyszerekkel kapcsolatos képzésre és a gyógyszerfelügyeletre, valamint a gyógyszerekkel kapcsolatos döntéshozás támogatására,
- ▶ az alapvető medicinák jegyzékbe foglalása a gyógyszerbeszerzés és a költség-visszatérítés céljából,
- ▶ bizottságok felállítása a körzetekben és a kórházakban a gyógyszerek alkalmazásának monitorozására és hatékonyabbá tételére,
- ▶ a gyógyszeres kezelés és a gyógyszerrendelés probléma-orientált oktatása az egyetemi hallgatók számára,
- ▶ a szakemberek továbbképzése, mint az engedélyezési eljárások feltétele,
- ▶ az egészségügyi dolgozók és a betegek széles körű, objektív tájékoztatása a gyógyszerekkel kapcsolatban,
- ▶ a lakosság gyógyszerekkel kapcsolatos tájékoztatása,
- ▶ a gyógyszerrendelés pénzügyi ösztönzőkkel való befolyásolásának kiküszöbölése,
- ▶ a gyógyszerpromóció szabályozása az etikai kritériumoknak megfelelően,
- ▶ a gyógyszerek és az egészségügyi dolgozók elérhetőségének biztosítása megfelelő finanszírozás révén.

A gyógyszer-alkalmazás racionálisabbá tétele érdekében, a WHO

- ▶ monitorozza az átfogó gyógyszerfogyasztást és a gyógyszerpolitikát,
- ▶ irányelveket ad a különböző országoknak a gyógyszerek alkalmazásának monitorozásához, és a racionális alkalmazást előmozdító országos stratégiák felállításához
- ▶ képzési programokat dolgoz ki és alkalmaz a gyógyszerelés optimálisabbá tételére és monitorozására az egészségügyi rendszer minden szintjén. (ZLL)

Forrás:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs338/en/index.html>

2010-06-10 15:21:48

A WHO/Europe ismereteket összegző adatbankkal segíti a spanyol egészségügy reformját

2010 márciusában, a WHO/Europe felsővezetők, illetve a szakma képviselői részvételével ülést tartott abból a célból, hogy megvitassák azokat az egészségpolitikai kérdéseket, melyek a spanyol tartományok, így Katalónia egészségügyi rendszerével kapcsolatban felmerülnek.

A találkozó megrendezése az első mozzanata volt a Katalóniában, a Valencia Autonóm Közösségben és a Baszkföldön bevezetésre kerülő kísérleti projektnek, melyet egy tapasztalatokat és ismeretanyagot összegző adatbanknak (KEE Bank) a WHO által kezdeményezett felállítása előzött meg. A spanyol egészségügyi rendszer reformját és autonóm tartományokban való bevezetését előmozdító intézkedés révén, a KEE Bank összegezni fogja az egészségpolitikai változások tapasztalatait és az ezekkel kapcsolatban szerzett ismereteket, és a lehető legjobb gyakorlat bevezetését fogja előmozdítani a spanyol egészségügyi rendszer intézményi struktúrájának felállításához.

A WHO/Europe a KEE Bank által képviselt módszertani vonatkozású támogatását az egészségügy finanszírozására, az egészségpolitikai intézkedésekre és az intézményi kapacitás fejlesztésére összpontosítja, és ily módon kívánja előmozdítani az együttműködést a spanyol és a katalán egészségügyi intézmények és szakemberek között.

Az elgondolások szerint a jövőben a KEE Bank gyakorlata a WHO más európai tagországai számára is segítséget fog nyújtani egészségügyi rendszerük megszilárdításához. A katalán tapasztalatok azért is jelentősek, mivel megoldást kínálnak a pénzügyi, az intézményi és a tervezési feladatok országos egészségügyi rendszerbe való foglalására. (ZLL)

Forrás:

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/112987/TheBRIDGE_28_Spring-Summer2010.pdf

2010-06-17 14:34:17