

Válogatás a HealthOnLine cikkeiből

2011/1



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



2011. január 12.

Válogatás a HealthOnLine cikkeiből

2011. január 12.

Egészségpolitika

A brit orvosszövetség szerint az NHS-t összeomlás fenyegeti	3
Jogvita egy, az egészségügyi szolgáltatások igénybevételéhez nyújtott állami támogatás (AME) átalánydíjassá tételével kapcsolatban – Franciaország	4

Egészségügyi reformok

A francia orvosok gyakorlatát érintő változások	4
---	---

Finanszírozás

Az USA egészségügyi kiadásai elérték a 17,6%-ot	5
Csak az egészségügyi ellátás hatékonyságának növelésével fogható vissza a kiadások rohamos növekedése – OECD	6

Egészségügyi rendszerek működése

Írország 2011-re szóló egészségügyi szolgáltatás tervezete	7
Az NHS javítása a kimenetekre való összpontosítással	8
Disease-management programok – Németország	9
Németországi egészségügyi ellátóközpontok – 2010-es helyzetkép	11
Az orvosok térítési módjának hatása a praxisra – a kanadai háziorvosok esete	12
Beteg-kártérítési rendszerek az észak-európai országok gyakorlatában	14

Kórházügy

Nem megfelelő a higiénia a német kórházakban	15
Csökken a nozokomiális fertőzések előfordulása Franciaország egészségügyi intézményeiben	16

Népegészségügy

Anglia új népegészségügyi stratégiája	17
A gyógyszerészek bevonása az asztmás betegek gondozásába Franciaországban	18

Humán erőforrás

A francia Orvosi Demográfia 2010-es Atlasza	19
2011 az ápolás éve lesz Németországban	20
Nővérhiány Máltán	21

Gyógyszerügy, patikapiac

A gyógyszeripar Franciaország dinamikus szektora 21

Egészségügyi statisztika

Health at a Glance Európa 2010..... 22

Egészségügyi informatika

A személyes orvosi dokumentáció már elérhető a szakemberek számára Franciaországban 28

EU egészségügy

Fenntartható egészségügyi rendszerek: a magyar EU-elnökség egészségügyi prioritásai 28

Egészségügyi Világszervezet

Klímaváltozással szembeni egészségvédelmi projektek a WHO keleti térségében..... 29

Egészségpolitika

A brit orvosszövetség szerint az NHS-t összeomlás fenyegeti

A brit kórházi orvosokat tömörítő Federation of the Royal Colleges of Physicians szerint az NHS az elkövetkezendő évek során törésponthoz érkezik.

Az orvosszövetség tagjai között végzett legutóbbi felmérés rávilágít arra, hogy az NHS feszültség alatt működik, különösképpen a nagyon beteg embereket ellátó szakterületeken. Az egyre növekvő kórházi felvételek, a kevesebb szakorvos, az orvosok munkaidejét csökkentő európai törvény a töréspontig feszítheti az egészségügyi szolgálatot. A legnagyobb nyomást a sürgősségi osztályon megjelenő rekordszámú beteg váltja ki. Az elmúlt évben a sürgősségi és baleseti osztályokon ellátott betegek száma 5%-kal növekedett és elérte a 20,5 milliót, vagyis a lakosság 40%-ával megegyező számot.

A fekvőbetegek számának növekedése nem járt együtt a kórházi orvosok számának növekedésével. 2004 óta a munkaerő 12%-kal növekedett, míg a munkateher 19%-kal. Mindezt súlyosbította az európai munkaidő szabályozás bevezetése, amely maximum heti 48 órára korlátozza az orvosok munkaidejét. Több kórházi tröszt csökkenti szolgáltatásait, és előfordulnak elbocsátások is a költségvetés egyensúlyba hozása érdekében.

Olyan aggodalmak is megjelentek, hogy a jelenleg képzésben levő orvosok számára nem lesz elegendő állás a jövőben. 2010-ben már kevesebb új orvosi munkahelyet hirdettek. Az orvosszövetség szerint ez a trend folytatódni fog, mivel az NHS-nek 2014-ig 20 milliárd font megtakarításra van szüksége, és ha nem történnek radikális lépések, akkor ezt a betegellátás sínyli meg.

John Healey árnyc egészségügyi miniszter szerint a koalíciós kormány azon ígérete ellenére, hogy megvédi az egészségügyi szolgálat finanszírozását, valós értékben csökkeni fog az NHS kiadása, mivel az orvosi költségek gyorsabban növekednek, mint ahogy erről Andrew Lansley egészségügyi miniszter számot adott. Az Alsóház számításai azt mutatják, hogy 2009-10-es árak szerint az NHS költsége 0,25%-kal, vagyis 100,4 milliárd fonttal lesz kevesebb 2014-15-ben.

Lansley viszont kitart amellett, hogy az egészségügyi kiadások növekednek. Hangot adott még a képzésben résztvevő orvosok támogatását érintő aggodalmaknak és kifejtette, hogy a posztgraduális orvoscépzés elsődleges célja nem a szolgáltatás nyújtása, hanem olyan tudású szakorvosok képzése, akik képesek magas minőségű és biztonságos betegellátást nyújtani. (SZL)

Forrás:

- ▶ Randeep Ramesh: NHS could hit breaking point in next few years, warns doctors' group. The Guardian, 2010.12.09.
<http://www.guardian.co.uk/society/2010/dec/09/nhs-breaking-point-years-doctors>
(letöltés dátuma: 2010.12.15.)

2010-12-17 11:54:19

Jogvita egy, az egészségügyi szolgáltatások igénybevételéhez nyújtott állami támogatás (AME) átalánydíjassá tételével kapcsolatban – Franciaország

Franciaországban a Szenátus elvetette egy, a képviselők által az egészségügyi szolgáltatásokhoz nyújtott állami támogatás (AME) igénybevételére megszavazott átalánydíj bevezetését a hivatalos iratok nélkül ideiglenesen az országban tartózkodók számára.

Franciaországban a képviselők 30 EUR-os átalánydíj bevezetését szavazták meg egy, az egészségügyi szolgáltatásokhoz nyújtott állami támogatás (AME) igénybevételére. Az AME-re való jogosultság eddig a még nem rendezett körülmények között, három hónapon túl az országban tartózkodó, minden biztosítást nélkülöző és havonta 634 EUR-nál kisebb jövedelemmel rendelkező bevándorlók és családtagjaik számára tette elérhetővé az egészségügyi szolgáltatásokat.

Az AME igénybevételére kirovandó átalánydíj bevezetését a Szenátus a pénzügyi törvény áttekintése nyomán elvetette. A döntés alapjául az szolgált, hogy a politikai élet minden területéről módosító javaslatok érkeztek be az indítvánnyal kapcsolatban.

Az UMP (Unió egy Népi Mozgalomért) egyik képviselője azzal indokolta az indítvány elvetésének szükségességét, hogy a rászorulóknak állami támogatása szorosan összefügg a nemzeti szolidaritással, és nem a biztosítás ügymenetét követi. A 30 EUR-os összeg a támogatásra jogosultak jövedelmének átlagosan 8%-át teszi ki, ami sokak számára az Átfogó Egészségügyi Fedezetre vonatkozó Törvény (CMU) értelmében nyújtott teljes körű biztosítás kérvényezését tenné szükségessé, amennyiben jogi helyzetük rendeződne.

Az AME-val kapcsolatos módosítás, melyre vonatkozóan a jövőben újabb szavazásra kerül sor, mintegy 215 000 rászoruló érintene Franciaországban. (ZLL)

Forrás:

- ▶ Le Sénat refuse d'imposer un droit d'entrée pour l'Aide médicale d'Etat. Viva Presse, 2010.12.08.
http://www.viva.presse.fr/Le-Senat-refuse-d-imposer-un-droit_14601.html
- ▶ L'Aide médicale de l'État. L'Assurance maladie, 2010.08.17.
<http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-personnelle/vous-avez-des-difficultes-financieres/l-8217-aide-medicale-de-l-8217-etat/a-qui-s-adresse-l-a.m.e.php> (letöltés dátuma: 2010.12.13.)

2010-12-13 12:03:56

Egészségügyi reformok

A francia orvosok gyakorlatát érintő változások

Xavier Bertrand, francia egészségügyi miniszter, január 6-án bejelentette, hogy lépéseket tesz néhány, az orvosok gyakorlatát az eddigiekben megszorító intézkedés megszüntetésére.

A kormánypárt által újonnan beterjesztett törvényjavaslat értelmében, Franciaországban februártól megszűnik az orvosoknak az a kötelezettsége, hogy szabadságukat már két hónappal ennek megkezdése előtt jelezzék az ellátás folyamatosságának biztosítása érdekében, valamint megszűnik a

büntetés kilátásba helyezése az orvoshiánnyal küzdő területeken való kiegészítő praktizálás elmulasztása esetén. Ezek az intézkedések ugyan valójában sohasem léptek érvénybe, mivel alkalmazásukra nem született határozat, felvetésüket az orvos-szakszervezetek még így is nehezményezték, és eltörlésüket örömmel fogadják.

A multidiszciplináris egészségházak felállítása – mint az orvoshiány megoldására tett erőfeszítések egyike – a tervek szerint hamarosan megvalósul. Ezeket – a különböző egészségügyi szakemberek együttes tevékenységén alapuló – szervezeteket speciális jogi státusszal kívánják felruházni. A járóbeteg-ellátás szakterületeit átfogó társasági forma révén megoldódik a szakemberek között a honoráriumok megfelelő elosztása, ami jelenleg esetenként még bonyodalmakat vált ki.

Xavier Bertrand, egészségügyi miniszter tájékoztatást nyújtott arról is, hogy az orvosok szerződéses viszonyának új alapokra helyezése csak későbbi időpontban, 2012-ben várható. (ZLL)

Forrás:

- ▶ Xavier Bertrand aux petits soins pour les médecins. Mutualité française, 2011.01.07. <http://www.mutualite.fr/L-actualite/Kiosque/Revue-de-presse/Xavier-Bertrand-aux-petits-soins-pour-les-medecins> (letöltés dátuma: 2011.01.10.)

2011-01-10 12:46:58

Finanszírozás

Az USA egészségügyi kiadásai elérték a 17,6%-ot

2008-hoz képest az egészségügyi kiadások 2009-ben a GDP 1%-ával növekedtek.

2009-ben az Egyesült Államok egészségügyi kiadásai 4%-kal emelkedtek és 2490 milliárd dollárt tettek ki, ami egy főre vetítve 8086 dollárt jelent és az amerikai gazdaság 17,6%-át képezi. Az egészségügyi költségek úgy növekedtek, hogy közben a gazdaság egésze 1,7%-kal csökkent és a szövetségi Medicaid kiadások emelkedtek. A recesszió jelentősen megnövelte az önrészfizetésből adódó egészségügyi kiadások mértékét és az ellátók bővítési terveinek visszafogását eredményezte.

A Health Affairs jelentése szerint 2008-ban az egészségügyi kiadások a GDP 16,6%-át képezték, vagyis egy év alatt egy egész százalékos növekedés történt. A szövetségi és állami finanszírozásból az alacsony jövedelműek számára fenntartott Medicaid egészségbiztosítási program kiadásai közel 22%-kal növekedtek 2009-ben.

Az egészségügyi költségek továbbra is meghaladják a gazdasági növekedés mértékét, ami 2009-ben esett a legnagyobbat 1938 óta. Az egészségügyre kevesebb pénzügyi forrás állt rendelkezésre, mivel a recesszió terheket rótt a háztartásokra, a vállalkozásokra és a kormányzatokra. Közgazdászok szerint a költségvetési hiány évi 1000 milliárd dolláros növekedésével az egészségügyi költségek növekedése nem fenntartható.

Több pénzügyi szűkösségben szenvedő államnak kellett jelentősen lecsökkenteni Medicaid kiadásait és szövetségi támogatásért folyamodni, hogy tompítsák a segélyezettek számának növekedéséből adódó hatásokat. 2014-ben várhatóan 16 millióval több ember vesz részt a Medicaid programban, ami további pénzügyi aggodalmakra ad okot. A Wall Street Journal szerint néhány állam – köztük Texas – ki szeretne lépni a Medicaid programból.

Sokan kevesebb egészségügyi ellátást vettek igénybe jövedelmük csökkenése vagy munkahelyi biztosításuk elvesztése miatt. Egyre gyakoribbá válik, hogy az emberek lemondanak az egészségügyi szolgáltatásokról egyszerűen azért, mert nem tudják megfizetni. Az orvosi rendelői látogatások száma lecsökkent, csakúgy mint a kórházi felvételek száma. A fenti adatok 2009-ből származnak, és nem tükrözik Obama elnök új egészségügyi törvényének hatásait, melyet 2010 márciusában írt alá. (SZL)

Forrás:

- ▶ Health Care Spending Rose To 17.6% Of US Economy In 2009. Medical News Today, 2011.01.06.
<http://www.medicalnewstoday.com/articles/212980.php> (letöltés dátuma: 2011.01.07.)

2011-01-07 11:45:14

Csak az egészségügyi ellátás hatékonyságának növelésével fogható vissza a kiadások rohamos növekedése - OECD

Egy nemrégben nyilvánosságra hozott OECD-jelentés szerint a különböző országoknak hatékonyabbá kell tenniük egészségügyi rendszerüket, ha az ellátás minőségét az anyagi terhelés fokozása nélkül kívánják fenntartani.

Az OECD az „Egészségügyi rendszerek hatékonysága és politikai környezete” című dokumentumában, arra mutat rá, hogy az anyagi eszközök szűkös voltával küzdő kormányok már nem képesek nagyobb ráfordításokkal optimalizálni egészségügyi kimeneteiket, mint ahogy azt az előző évtizedekben tették.

Angel Gurría, az OECD főtitkára szerint „Jelenleg az állami kiadások egyik legnagyobb hányadát (az OECD országokban átlagosan 15%-ot) az egészségügyre fordítják, és az erre a területre összpontosuló kiadások további emelkedése várható. A gazdasági és pénzügyi válság súlyos terheket ró az állami finanszírozásra, és a krízis nyomán fokozott igény jelentkezik az egészségügyi ellátás hatékonyságának növelésére”.

Az OECD-jelentés említést tesz arról is, hogy az egészségügyi kiadások ugrásszerű növekedése, melynek egy főre jutó mértéke a 90-es évek eleje óta meghaladta a 70%-ot – jelentős mértékben járult hozzá az egészségügyi kimenetek folyamatos javulásához az OECD országok viszonylatában. A születéskor várható élettartam négyévente 1 évvel nő, súlyos betegség esetén javulnak a túlélési statisztikák, és jelentős csökkenést mutat a koraszülések és a csecsemőhalandóság aránya.

Az egészségügyi rendszereket összehasonlító elemzés rámutat az egészségügyi teljesítmények országok közötti különbségeire is. Az értékelések szerint:

Ausztrália, Japán, Korea, Svájc és Izland kedvező egészségügyi kimenetei tükrözik a legjobban az egészségügyi ráfordításokat. Dánia, Görögország, Magyarország, a Szlovák Köztársaság és az Egyesült Államok oldja meg a legjobban az egészségügyi kimenetek optimálisabbá tételét a kiadások növelése nélkül.

A jó gyakorlatra vonatkozó irányelvek követése a költségeknek a GDP közel 2%-át kitevő csökkenését idézheti elő az OECD országokban 2017-ig, és a megtakarítások a GDP 3%-át is meghaladhatják Görögországban, Írországban és az Egyesült Királyságban.

Ha minden ország olyan hatékonyan teljesítene, mint a legjobb eredményt felmutatók, a születéskor várható élettartam átlagosan több mint 2 évvel lenne növelhető az OECD térségben, anélkül hogy emelkednének az egészségügyi kiadások. Amennyiben a hatékonyság alakulása stagnálna, az

egészségügyi kiadások 10%-os növekedése a várható élettartamot mindössze 3-4 hónappal növelné meg.

A jelentés egy olyan egyedülálló egészségpolitikai adatbázison alapul, mely átfogja az egészségügyi rendszerük jellemzői szerint (magánbiztosításra, piaci mechanizmusokra épülő vagy állami irányítás alatt álló rendszer) különböző csoportokba osztható 29 OECD tagország adatait.

A jelentés a kiválasztott egészségügyi stratégiák alkalmazása és az egészségügyi rendszerek hatékonysága között fennálló összefüggéseket tekinti át, és országokra lebontva tesz javaslatot a fejlesztési lehetőségekre. (ZLL)

Forrás:

- ▶ Health: Improving health care efficiency is key to curbing spiraling costs. OECD,2010.11.29. http://www.oecd.org/document/54/0,3343,en_21571361_44315115_46534006_1_1_1_1,00.htm (letöltés dátuma: 2010.12.10.)

2010-12-11 10:04:43

Egészségügyi rendszerek működése

Írország 2011-re szóló egészségügyi szolgáltatás tervezete

Az ír Egészségügyi Szolgálat Végrehajtó Hivatala (Health Service Executive, HSE) 2010. december végén tette közzé 2011-re vonatkozó tervezetét, amelyben a nyújtandó egészségügyi szolgáltatások volumenét és prioritásait határozza meg. A 2011-es egészségügyi költségvetés nagyságrendje 13,5 milliárd euró. A HSE 2011-es prioritásai:

- ▶ A 2010-es szolgáltatási szintek fenntartása
- ▶ A költségcsökkentő és szerkezet átalakító programok végrehajtása annak érdekében, hogy a szolgáltatási szintek fenntarthatók lehessenek a csökkentett (962 millió euróval) egészségügyi költségvetés szerint is
- ▶ Jó minőségű és biztonságos szolgáltatások nyújtása
- ▶ A HSE reformprogram felgyorsítása az alapvető szolgáltatások átrendezésére, egyensúly teremtése a kórházi és a közösségi szolgáltatások között, legjobb ellátási modellek létrehozása a gyermekgondozás, a rokkantság, a mentális egészségügy és az idősek számára nyújtott szolgáltatások terén
- ▶ A klinikai változásokra irányuló országos programok és a szolgáltatás fejlesztések megvalósítása

A 2011-re kitűzött szolgáltatási célkitűzéseket a foglalkoztatás növelése nélkül kell végrehajtani, ami szükségessé teszi a szolgáltatások átalakítását. A fekvőbeteg ellátásban 2%-os csökkenés várható, amit 3%-os növekedés fog ellensúlyozni a nappali ellátásban. A célkitűzések teljesítéséhez több országos program megvalósítására lesz szükség, pl. az akut gyógyítás és a sebészeti ellátás programjai. A rákbetegellátás minőségének javítása folytatódni fog, csakúgy mint a járóbetegellátás javítására irányuló program.

A HSE tervezet legfőbb területét az országos klinikai programok megvalósításának elkezdése képezi. Az ambiciózus terv magában foglalja az ellátás standardizálását, az életmentés bizonyított módjainak

megvalósítását, a várólisták megszüntetését és a pénzforrások megtakarítását. Bár a munka eredményei hosszabb távon lesznek nyilvánvalók, a 2011-es év fontos lesz abban, hogy ezek a megoldások beágyazódjanak a jelenlegi klinikai szolgáltatásokba. Mindebben a következő területek programjai érintettek: akut gyógyítás, sürgősségi ellátás, elektív műtét, diabetes, szívelégtelenség, stroke, epilepszia, krónikus obstruktív tüdőbetegség, valamint a neurológia, a bőrgyógyászat és a reumatológia várólistái.

Néhány stratégiailag fontos terület finanszírozására 56 millió euró értékű többletforrást juttatnak. Ezek közt található az otthoni ellátás, az öngyilkosság megelőzése, a fogyatékkal élő emberek számára nyújtott szolgáltatások, a rákbetegellátás és a gyermekgondozás fejlesztése. A mentális egészségügy 15 millió euró többletköltségben részesül.

2010-hez képest a tőkeköltségek 373 millió euróval, vagyis 16,2%-kal csökkennek 2011-ben.

A National Service Plan 2011 működési tervezetet jelent a 2011-es évre vonatkozóan. Az év első hónapjainak prioritása egy új hároméves tervezet kidolgozása lesz (HSE Corporate Plan 2011-2013), ami a kormány által közzétett National Recovery Plan 2011-2014 tervezet finanszírozási előrejelzésén alapul. (SZL)

Forrás:

- ▶ HSE Publishes National Service Plan 2011. Health Service Executive, 2010.12.20.
<http://www.hse.ie/eng/services/newscentre/nsp2011.html> (letöltés dátuma: 2011.01.11.)
- ▶ Jelentés: HSE National Service Plan 2011
<http://www.hse.ie/eng/services/Publications/corporate/nsp2011.pdf>

2011-01-12 14:28:18

Az NHS javítása a kimenetekre való összpontosítással

Az NHS Outcomes Framework felvázolja a kimeneteket és a kapcsolódó indikátorokat.

A brit egészségügyi minisztérium december 20-án tette közzé az NHS kimenetekre vonatkozó első keretrendszert, amely új korszakot jelent a betegellátásban, amennyiben kézzelfogható eredmények elérésére fog összpontosítani. A keretrendszer a nyáron publikált NHS Fehérkönyv és egy konzultációs folyamat nyomán jött létre, és az első ilyen jellegű rendszert képviseli. Célja, hogy a központilag meghatározott célkitűzésektől a betegellátás fontos kérdései felé irányítsa az NHS figyelmét.

Az évente korrigálható NHS Outcomes Framework országos áttekintést nyújt a beteg-kimenetek javítására irányuló NHS célokról. Parlamenti jóváhagyással felhasználható lesz még a GP konzorciumok szolgáltatás-vásárlását felügyelő NHS Commissioning Board elszámoltatására is a beteg-kimenetek terén.

A keretrendszer kijelöli a minőség javítása felé vezető utat és rávilágít az egyenlőtlenségek leküzdésére öt területen:

- ▶ a korai halálozás megelőzése
- ▶ a krónikus betegségben szenvedők életminőségének javítása
- ▶ az emberek segítése a megbetegedés vagy sérülés utáni felépülésben
- ▶ annak biztosítása, hogy az embereknek pozitív tapasztalatuk legyen az ellátásról

- ▶ annak biztosítása, hogy az embereket biztonságos környezetben kezelik és megvédik az elkerülhető ártalmaktól

Az NHS Framework kiegészítéseként közzétettek javaslatokat egy népegészségügyi keretrendszerre is (Public Health Outcomes Framework), amely előírja, hogy a társadalom, a kormányzat és az egyének hogyan osztják meg a felelősséget a lakosság egészségének javításában és védelmében. (SZL)

Forrás:

- ▶ NHS Outcomes Framework. Department of Health, 2010.12.20.
http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_122944 (letöltés dátuma: 2011.01.03.)

2011-01-03 12:26:50

Disease-management programok – Németország

Az általános helyi betegpénztárak megbízásából két tanulmány készült a disease-management programokkal kapcsolatban. Az ELSID¹ tanulmány eredményei azt mutatják, hogy a programban résztvevő betegek halálozási aránya, életminőséggel kapcsolatos mutatói kedvezőbben alakultak a kontrollcsoportnál tapasztaltaknál. A KORA² tanulmány eredményei szerint az ellátás minősége a disease-management-programoknak köszönhetően egyértelműen javul.

ELSID tanulmány

A német általános helyi betegpénztárak felkérésére a Heidelbergi Egyetemi Klinika Általános Orvosi és Ellátáskutató osztálya tanulmányt készített a német disease-management programokkal kapcsolatban. A 2005-ben induló tudományos munka során összehasonlításra kerültek a programba feliratkozott, illetve fel nem iratkozott betegek kezelésével kapcsolatos adatok, a betegek körében végzett felmérések eredményei.

Az ELSID tanulmány során összességében 2300 disease-management programban résztvevő és 8779 kontroll személyt vizsgáltak, akiket a Sachsen-Anhalt és Rheinland-Pfalz tartományokban fekvő háziorvosi rendelőkben kezeltek.

A tanulmány főbb eredményei:

- ▶ a DMP programban résztvevő cukorbeteg (2-es típusú diabetes mellitus) között a halálozási arány lényegesen alacsonyabb, mint a programba be nem iratkozott betegek körében,
- ▶ főként a multimorbid betegek profitálnak a programban való részvételből,
- ▶ a programban résztvevő cukorbeteg ellátásának költségei összességében alacsonyabbak,
- ▶ a programban résztvevő betegek elégedettebbek a kezelésükkel.

A programban résztvevők esetében a tanulmány során halálozással és életminőséggel kapcsolatos kedvező mutatók a heidelbergi kutatók szerint elsősorban a következőkkel magyarázhatók:

¹ ELSID: Evaluation of a Large Scale Implementation of Disease Management Programmes

² KORA: Kooperative Gesundheitsforschung in der Region Augsburg

- ▶ rendszeres vizsgálati időpontok,
- ▶ terápiás célok előzetes, együttes kitűzése,
- ▶ oktatások és célzott információk (egészségügyi komplikációk elkerülésére, gyors felismerésére) a betegek és orvosok részére,
- ▶ nagyobb szociális támogatottság.

A heidelbergi tanulmány egy másodlagos célkitűzése volt az, hogy összehasonlítsák az általános DMP cukorbeteg programokat és az ún. „optimalizált” DMP ellátást. Az ún. optimalizált DMP programok néhány főbb jellemzője:

- ▶ speciális szakmai kollégiumon való részvétel lehetősége az orvosok számára,
- ▶ kiegészítő információk az orvosok részére a kezeléssel kapcsolatban,
- ▶ feedback a felírt gyógyszerekről,
- ▶ továbbképzésen való részvételi lehetőség a szakasszisztensek számára.

Egy év elteltével az egyetemi kórház kutatói összehasonlították a kapott „optimális DMP” és „általános DMP” eredményeket. Az elemzés megmutatta, hogy az optimális DMP programban résztvevő praxisok mintegy 35 százaléka a DMP-hez kapcsolódó feladatok terén sikeresen módosította a felelősségi köröket. A felelőségek újradefiniálása a praxison belül a szakasszisztensek szerepét megerősítette, ami könnyítette a program magasabb szintű megvalósulását. Nyilvánvalóvá vált az is, hogy több idő és személyes erőforrás kell, hogy rendelkezésre álljon ahhoz, hogy a DMP a praxison belül hatékonyan működtethető és a praxis gyakorlatába integrálható legyen.

Az ELSID tanulmány a 3 év adatait értékelve megerősítette, hogy a programokban résztvevők körében alacsonyabb a halálozások száma, mint az azonos korú és azonos betegségben szenvedő programban részt nem vevő betegek esetében. Ennek vizsgálatához konkrétan 1927 azonos tulajdonságokkal bíró (kor, nem, biztosítási státusz, ellátási szükséglet) személy ellátását kísérték figyelemmel. A 3 éves megfigyelés eredménye azt mutatja, hogy a programban résztvevők körében a halálozási arány csupán 11,3% volt, míg a programban részt nem vevők körében 14,4%. A vizsgálat eredményei az American Journal of Managed Care (Miksch A, Laux G, Ose D et al. Survival Benefit Within a German Primary Care-Based Disease-Management Program. Am J Manag Care. 2010; 16(1): 49-54) számában is közzétételre került.

KORA tanulmány: az ellátás minősége javul a disease-management programoknak köszönhetően

A kötelező biztosítottak körében a disease-management programok bevezetésével a 2-es típusú cukorbeteg esetében az ellátás minőségének jelentős javulása volt megfigyelhető. Erre az eredményre jutott a Münchener Helmholtz Központ által készített reprezentatív tanulmány.

A tanulmány eredményei röviden:

- ▶ az orvosok a szükséges ellenőrző vizsgálatokat a DMP résztvevők esetében gyakrabban elvégzik,
- ▶ a betegek oktatáson való részvételének száma magasabb a programba beiratkozottak körében,
- ▶ a gyógyszerek előírászerű szedését a programba feliratkozottak felelőseknél hajtották végre,
- ▶ a vérnyomás beállítása jobb volt a programban résztvevők esetében,

- ▶ a programban résztvevők magasabb számban hagytak fel a dohányzással,
- ▶ mindkét csoportban nőtt a hosszú távú vércukorszint (HbA1c) a megfigyelési időszak alatt átlagosan mintegy 0,3 százalékkal, de az átlagos HbA1c 6,8 százalékkal még mindig jónak minősül,
- ▶ a dohányzással ellentétben a DMP résztvevők rosszabb kockázati profilját a túlsúly terén nem sikerült kedvezően befolyásolni. Feltűnő volt, hogy a programban részt nem vevő betegek gyakrabban végeztek testmozgást. (VN)

Forrás:

- ▶ ELSID-Studie:
<http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/dmp/evaluation/elsid/index.html>
(letöltés dátuma: 2010.12.27.)
- ▶ KORA-Studie zeigt: Qualität der Versorgung durch DMP verbessert:
<http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/dmp/evaluation/kora/index.html>
(letöltés dátuma: 2010.12.28.)

2010-12-31 10:47:54

Németországi egészségügyi ellátóközpontok – 2010-es helyzetkép

Németországban 2004 óta az egészségügyi ellátóközpontok és az ott dolgozó orvosok száma, illetve a központok mérete folyamatos növekedést mutat. A tulajdonosi struktúrát vizsgálva kiderül, hogy elsősorban szerződéses orvosok és kórházak hoznak létre egészségügyi ellátóközpontokat. A központokban tevékenykedő orvosok között leggyakrabban háziorvosokat és belgyógyászokat találunk.

Egészségügyi ellátóközpontok alapítása 2004 óta lehetséges Németországban. Míg 2004-ben csupán 74 ilyen létesítményt tartottak nyilván (54 szerződéses orvos, 10 kórház, 10 egyéb fenntartó), a 2010-es statisztikák szerint már 1503-ra emelkedett az országban működő központok száma. A németországi egészségügyi ellátóközpontokban jelenleg 7526 orvos tevékenykedik. Alkalmazotti státuszban 6206, szerződéses orvosként 1320 orvos végzi tevékenységét.

Az ilyen jellegű létesítmények folyamatosan növekvő száma nyilvánvalóvá tette, hogy azok igen fontos kiegészítői az önálló orvosi praxisoknak és csoportpraxisoknak, illetve nélkülözhetetlen feladatokat látnak el az ambuláns és a fekvőbeteg ellátás közötti zökkenőmentes átmenet megteremtése során.

A német rendszerben az ellátóközpontok alapítása és vezetése terén az orvosok jelenleg prioritást élveznek a kórházakkal szemben. Ennek fontosságát főként a Pénztári Orvosok Szövetségi Egyesülete hangsúlyozza, de az Önálló Praxist Működtető Orvosok Szövetségi Csúcsszervezete sem tartaná előnyösnek például a részvénytársaságok betörését a szegmensbe, mivel az ellátóközpontok igen jelentős betegforgalmuk révén akár manipulációs célokkal is működtethetőek volnának.

Jelenleg átlagosan öt orvos dolgozik egy-egy egészségügyi ellátóközpontban. 332 olyan nagyobb létesítményt (22%) tartanak számon, amelyek már több mint hét orvost foglalkoztatnak. Az alapítók főként szerződéses orvosok (2010. március: 48,7%) és kórházak (38,5%).

A legtöbb kórházi tulajdonban lévő központ Alsó-Szászországban (71), Bajorországban (70) és Baden-Württembergben (58) található. Az ellátóközpontok kórházi tulajdonban lévő magas koncentrációja különösképpen a volt NDK területei közül Mecklenburg-Előpomerániában, Thüringiában és Brandenburgban, illetve Schleswig-Holsteinban jellemző.

Az ellátóközpontokat közel azonos arányban hoznak létre városi (56%) és vidéki régiókban (41,3%).

A pénztári orvosok egyesületeinek negyedéves értékelése az ellátóközpontokban dolgozó orvosok szakirány szerinti arányát szintén megmutatja. Az elemzések szerint a központokban tevékenykedő orvosok többsége háziorvos (1164), illetve belgyógyász (701). További gyakran megjelenő szakmák: sebész (551), laboratóriumi orvos (482), nőgyógyász (470) és neurológus (424). Bőrgyógyászok (134) és urológusok (94) viszont alig vannak jelen a központokban.

Az egészségügyi ellátóközpontokban hosszú távon megfigyelhető tendenciák:

- ▶ Az egészségügyi ellátóközpontokban dolgozó orvosok száma folyamatosan nő.
- ▶ 2005 végétől az alkalmazotti státuszban foglalkoztatottak körében jelentősebb a növekedés, mint a szerződéses orvosok esetén.
- ▶ A kórházi tulajdonban lévő egészségügyi ellátóközpontokban szinte kizárólag az alkalmazott orvosi státusz jellemző.
- ▶ A legtöbb egészségügyi ellátóközpontot magas lélekszámú, sűrűn lakott területen hozzák létre.
- ▶ Az ellátóközpontokban foglalkoztatott orvosok számát figyelembe véve, a központok mérete folyamatosan nő. (VN)

Forrás:

- ▶ Maus, Josef, Medizinische Versorgungszentren: Weiter auf Wachstumskurs. Deutsches Ärzteblatt, 2010.12., 543 oldal
<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=suche&p=&id=79589>
(letöltés dátuma: 2010.12.13.)

A témáról bővebben az ESKI honlapján olvashatnak:

<http://vega.medinfo.hu/civiltajekoztatas/kepek/ho/anyagok/mvz.pdf>

2010-12-15 15:54:22

Az orvosok térítési módjának hatása a praxisra – a kanadai háziorvosok esete

A Health Policy folyóirat tanulmánya megvizsgálja, hogy a fizetés módja milyen hatással van a kanadai háziorvosok munkatevékenységére a közvetlen rendelői betegellátásban, a közvetlen nem rendelői ellátásban és a közvetett ellátásban.

Az alapellátás a hatékony egészségügyi rendszer alappilléret képezi. Az erős alapellátással bíró országokban az emberek egészségi állapota jobb, mint a gyengébbekben. A háziorvosi ellátáshoz való hozzáférés hiánya nem csak kedvezőtlen hatással van a lakosság egészségére és jólétére, de jelentős pénzügyi terhet is ró az egészségügyi rendszerre a szakorvosi szolgáltatások megnövekedett kereslete következtében.

Az alapellátás fontosságának elismerése ellenére a háziorvos elérhetőségének hiánya több fejlett országban is egyre inkább problémává válik. Az ilyen jellegű aggodalmak Kanadában is megjelennek, mivel sok idősebb háziorvos lecsökkenti munkaóráinak számát vagy nyugdíjba vonul, és a többi orvos nem akar, vagy nem tud több beteget vállalni. Egy 2005-ös országos felmérés (Canadian Community Health Survey) szerint kb. 3,9 millió lakos nem rendelkezik állandó háziorvossal

Ezek a fejlemények jelentős kihívást jelentenek a tartományi kormányzatoknak, melyek próbálják összeegyeztetni az egészségügyi szolgáltatások megnövekedett keresletét a költségvetési korlátokkal. Ezért nagy hangsúlyt helyeznek a meglévő egészségügyi források teljesítményének javítására, amelyben az orvosok kulcsfontosságú szerepet játszanak. A szűkös orvosi munkaerő hatékony kihasználása céljából szükségessé válik a térítés módja és az orvosi munkatevékenység kapcsolatának megértése.

Az orvosok fizetésének hagyományos módja a tételes elszámolás (fee-for-service), a fix fizetés és a fejkvóta. Az utóbbi években egyre több vita folyik az alternatív térítési módszerekről a hatékonyság növelésére, a minőség javítására és az egészségügyi szolgáltatások költségeinek csökkentésére. A hagyományos fizetési módokat innovatív elképzelések váltják fel, mint a különböző térítési elemek vegyítése, melyet célzott szolgáltatások ösztönzőivel és teljesítmény szerinti finanszírozással kombinálnak.

Mivel Kanadában az orvosokat a tartományi egészségügyi minisztérium fizeti, a térítés formája erőteljes eszköznek bizonyulhat az orvosok magatartásának befolyásolására. Ennek felismerésével a politikaalkotók elmozdultak a hagyományos fee-for-service struktúrától a háziorvosok innovatív térítése felé. Az új fizetési módszerek bevezetése után felmerül a kérdés, hogy milyen hatással vannak ezek az orvosok munkatevékenységére.

A tanulmány eredményei szerint azok az orvosok, akiket nem fee-for-service alapon fizetnek, csökkentik a közvetlen rendelői betegellátásban töltött órák számát, s ezzel az orvosi munkaerő kínálat csökkenését idézik elő. Ezek az orvosok azonban több időt szentelnek a közvetlen nem rendelői ellátásra, pl. a betegeknek az egészségügyi rendszer más részeiben történő követésére, ami az ellátás folyamatosságának, esetleg minőségének javulásához vezet.

Az alternatív térítés alapján praktizáló orvosok összességében nem dolgoznak kevesebbet. A vizsgálatban az alternatív rendszerben működő átlagos orvos a fee-for-service orvoshoz képest 13 órával kevesebbet töltött a közvetlen rendelői betegellátásban, ugyanakkor 7 órával többet töltött a rendelőn kívüli közvetlen betegellátásban és 8 órával többet a közvetett betegellátásban (kórlapok és jelentések készítése, telefonhívások, a beteg családjával való találkozás, tanítás, kutatás). Nyilvánvalónak látszik, hogy egy hatékony alapellátási rendszerben egyensúlyt kell teremteni a közvetlen és a közvetett betegellátás között. Az a rendszer, amelyik túlságosan összpontosít a rendelőben megjelenő betegek volumenére (pl. fee-for-service), alulszolgálhatja a fontosabb kiegészítő szolgáltatásokat. Az a rendszer pedig, amelyik nem veszi tekintetbe a fizetés és a rendelőben megjelenő betegek volumene közti kapcsolatot, az kiváló ellátást nyújthat, de kevés beteg számára.

A csoportban való praktizálás ténye nincs hatással a közvetlen rendelői betegellátásra, így a csoportpraxis nem szolgál megoldásként az ilyen típusú ellátás növelésére. Azonban az egyéni praxissal összehasonlításban a csoportpraxis a közvetlen ellátás csökkenését eredményezte egyéb, nem rendelői környezetben, csakúgy mint a közvetett ellátásban. Ennek egyik oka az lehet, hogy a praxisközösségekben való részvétel elősegíti a betegellátás orvosok közötti megosztását, ezzel csökkentve az egy személyre töltött idő hosszát. Emellett az orvoson kívüli egészségügyi szakemberekkel való együttműködés is szerepet játszhat.

Érdekes eredménynek számít még, hogy a külföldi diplomával rendelkező orvosok jelentősen több időt szentelnek a közvetlen rendelői betegellátásban a kanadai diplomásokhoz képest. Lehetséges, hogy a nemzetközi orvosoknak keményebben kell dolgozniuk, hogy „bizonyítsanak”, de az is lehet, hogy rájuk maradnak a nagyobb szükséglettel bíró betegek, miután a többi orvosnak már kialakult praxisa van. A lakosság demográfiai változása és a fennálló orvoshiány rosszabbra fordulhat az elkövetkezendő évtizedben, így érdemes figyelemmel kísérni a bevándorló orvosok tevékenységét, mivel szerepük lehet az alapellátás jövőbeni fenntarthatóságára.

A tanulmány elismer korlátokat is, amennyiben nem tudja megállapítani, hogy milyen hatással van a lakosság egészségére és jólétére a közvetlen betegellátásban eltöltött kevesebb munkaidő és a más betegellátási környezetben megnövekedett munkaidő. További elemzésre van szükség az orvosi munkaórák optimális összetételének meghatározásához, amelyet kapcsolatba kell hozni a térítés módja és az egészség-kimenetek közötti viszony megértésével. (SZL)

Forrás:

- ▶ Sarma, Sisira et al.: Does the way physicians are paid influence the way they practice? The case of Canadian family physicians' work activity. Health Policy, Volume 98, Issues 2-3, December 2010. (2010-12-15 15:00:13)

Beteg-kártérítési rendszerek az észak-európai országok gyakorlatában

A no-fault rendszerek a kártérítés alternatív módját nyújtják az orvosi kezelésekkal illetve azok során okozott károkért. Alapvető tulajdonságuk, hogy a kártérítés jogosultságának elnyeréséhez elegendő az ok-okozati összefüggés megléte, és nem szükséges bizonyítani a gondatlanság tényét.

Az északi országokban a no-fault rendszerek alkalmazása terjedt el az orvosi sérülések kárpótlására. 1975-ben Svédország vezette be elsőként a no-fault rendszert, azóta azonban a rendszer paraméterei többször módosultak. Finnország 1987-ben, Norvégia 1988-ban, Dánia pedig 1992-ben vezette be a no-fault modellt, az alkalmazott rendszerek között sok a hasonlóság.

A no-fault rendszerek céljai:

- ▶ A beteg akkor jogosult a kompenzációra, ha olyan sérülést szenvedett el, amely orvosi kezelés következménye,
- ▶ A kárt szenvedett betegek könnyű és széles körű hozzáférése a kompenzációhoz,
- ▶ Jó kapcsolat elősegítése az egészségügyi szakemberek és a betegek között,
- ▶ Hangsúlyeltolódás az egészségügyi szakemberek személyes felelősségétől egy olyan felfogás felé, amely a hibákból történő tanulást mozdítja elő, és erősíti a betegbiztonságot, javítja az ellátás minőségét
- ▶ Az egészségügyi káresetekre kompenzációt biztosító adminisztratív rendszerek a megoldás költségei és időtartama szempontjából hatékonyabbak.

A no-fault rendszerek előnyei:

- ▶ A kérelmeket gyorsan intézik, a káresetet szenvedők könnyen és gyorsan hozzáférhetnek az igazságszolgáltatáshoz,
- ▶ A jogosultság az elkerülhetőségi elven alapul, ahol a betegek akkor jogosultak a kompenzációra, ha olyan káresetet szenvedtek, ami elkerülhető lett volna,
- ▶ A kártérítéshez való hozzáférés megkönnyítése céljából a betegek ingyenesen nyújthatják be kérelmüket,
- ▶ A rendszer célja, hogy elősegítse az egészségügyi szakemberek és a kárt szenvedett betegek közötti jó kapcsolatot. Habár a betegeknek nincs szükségük az orvosok támogatására, mégis gyakran kikérik a tanácsukat annak eldöntésében, hogy nyújtsanak-e be kérelmet vagy sem. Svédországban például becslések szerint az orvosok az összes kérelem 60-80%-át támogatják.

A no-fault rendszerek hátrányai:

- ▶ Az északi rendszerek élesen elválasztják egymástól a betegek kártalanítását és a szakmai elszámoltathatósági/fegyelmi tevékenységet,
- ▶ Vannak a kompenzációra vonatkozó korlátozások: meghatározott a kártérítések összegének felső határa, illetve az ún. rokkantsági küszöb, amelyen felül a beteg jogosult lehet a kártérítésre,
- ▶ A bírósági rendszerek kártérítéseihez képest a kompenzáció szintje relatíve alacsony. Ezt azzal összefüggésben érdemes értékelni, hogy az északi no-fault rendszerek jól finanszírozott és átfogó egészségügyi rendszer keretei között működnek.

Az ESKI Egészségügyi Rendszertudományi Irodájának hosszabb tanulmánya az ESKI honlapján olvasható:

http://vega.medinfo.hu/civiltajekoztatas/kepek/ho/anyagok/no_fault-form1.pdf

2010-12-13 09:20:21

Kórházügy

Nem megfelelő a higiénia a német kórházakban

Németországban aggasztóan magas az orvosi műhibák és kórházi fertőzések száma; az EU egészségügyi biztosa ezért a higiéniai előírások következetes betartását követeli meg.

Az orvosi műhibák és fertőzések száma a német kórházakban riasztóan magas. Az orvosok számára az ilyen esetek azonban legtöbbször semmilyen következménnyel nem járnak.

Az EU rendkívül aggasztónak találja, hogy a német kórházakban minden tizedik kezelés műhibával jár. John Dalli, az EU egészségügyi biztosa így nyilatkozott a „Welt Online-nak”: „Az Európai Unióban minden tizedik kórházi kezelés esetében káreset fordul elő. Ezen káresetek közül sok elkerülhető lenne”. A jobb kórházi menedzsment, valamint az egészségügyi személyzet folyamatos továbbképzése elősegítheti a probléma megoldását. Dalli hozzátette: „Követeljük, hogy az orvosi műhibákat az illetékes hatóságok vegyék nyilvántartásba, hogy a panasztételt megkönnyítsék, és az érintettek kártalanítását biztosíthassák.”

Németországban a kritikusok szerint továbbra is nehézséget jelent a kártérítési igények érvényesítése az orvosi műhibák esetében. Továbbra sincs ugyanis ún. betegjogi törvény. A Szövetségi Kormány Betegkért Felelős Megbízottja, Wolfgang Zöller (CSU) ezt már régóta követeli: „Szeretnék egy Betegjogi Törvényt, amelynek révén a beteg sokkal inkább partnerként vehetne részt az egészségügyi rendszerben”. Zöller egy bejelentési regiszter létrehozását is szorgalmazza az orvosi műhibák számára. „Az orvoslásban új hibakultúrára van szükségünk”. Az orvosszövetségek azonban óva intenek attól, hogy az egészségügyi rendszerben egy „áldozat-elkövető szerep” alakuljon ki. Az egyéni betegjogok a kezelési szerződésben „kielégítően” biztosítva vannak – vélekedik a Szövetségi Orvosi Kamara.

Dalli, aki éppúgy a konzervatív Európai Néppárt tagja, mint Angela Merkel német kancellár (CDU), szintén úgy látja, hogy a kórházi higiénia „kezelésre szorul”. Dalli kifejtette, hogy az Európai Bizottság elvárja, hogy a kórházak „a higiéniai intézkedéseket a betegek jóléte szempontjából következetesen nagyon szigorúan ellenőrizzék, és betartsák a legmagasabb fokú biztonsági standardokat”. A kórházi higiénian nem szabad spórolni, még akkor sem, ha sok kórházra költségvetési nyomás nehezedik.

„A helyzet riasztó. 37 ezer ember hal meg évente az EU-ban kórházi fertőzések miatt, és 4,1 millió beteg fertőződik meg évente a kórházi kezelés során” – nyilatkozta a máltai származású egészségügyi

biztos. Ezeket a fejleményeket a Német Kórházhigiéniai Társaság (DGKH) is bírálta. „Számos orvosi kezelés esetében nem tartják be a higiéniai minimumkövetelményeket. Sok ember hal meg, akiknek nem kellene meghalniuk” – nyilatkozta Klaus-Dieter Zastrow, a DGKH szóvivője, a berlini Vivantes Klinika higiéniaért felelős főorvosa.

Az intenzív osztályokat - elsősorban éjszakánként - továbbra sem kielégítően látják el, hogy a szükséges higiéniai követelményeknek eleget tudjanak tenni. Zastrow egységes higiéniai előírásokat sürget egész Németországban. „A törvényhozásnak most már cselekednie kell. A baktériumok mindenhol azonosak, e tekintetben nincs különbség az egyes tartományok között” – nyilatkozta. Jelenleg az egyes tartományoknak egyéni higiéniai előírásai vannak, amelyek azonban jelentősen különböznek egymástól. Az egyik fő problémát az jelenti, hogy hiányoznak a higiéniai szakemberek. Ez a helyzet csak pár éven belül fog megváltozni.

Zastrow hozzátette: „Ahhoz, hogy a higiéniai helyzet javuljon a kórházakban, szükséges, hogy minden, 450-nél több ágygal rendelkező kórház egy higiéniai szakorvost alkalmazzon.” A kisebb kórházaknak pedig szakorvostól kell tanácsot kérniük. „Ezen kívül ápolókat kell foglalkoztatni, akiket egyéves továbbképzéssel higiéniai szakembernek képeznek ki”.

A kórházi higiénia egyik indikátora az MRSA, amely Németországban 20-szor gyakrabban fordul elő, mint Hollandiában. A kedvezőtlen fejlemény oka a higiéniai szakértők szerint az, hogy az érintett betegeket Hollandiában következetesen és időben elkülönítik. Ehhez járul még az, hogy költségvetési okokból Németországban az MRSA gyanúja esetén sok esetben nem végzik el azonnal az összes antibiotikus tesztet – az ún. antibiogramot, ami arra szolgál, hogy a szükséges ellenszert a multirezisztens kórokozó ellen megtalálják. Ezáltal értékes időt veszítenek el, ami a páciensnek az életébe is kerülhet.(AZS)

Forrás:

- ▶ EU-Warnung: Miserable Hygiene in deutschen Krankenhäusern.
<http://www.welt.de/wirtschaft/article12060434/Miserable-Hygiene-in-deutschen-Krankenhaeusern.html> (letöltés dátuma: 2010.01.12.)

2011-01-12 14:00:18

Csökken a nozokomiális fertőzések előfordulása Franciaország egészségügyi intézményeiben

A francia Egészségügyi Minisztérium közzétette az országban bekövetkezett nozokomiális fertőzések 2009-es évi helyzetéről készített statisztikát, mely látványos javulást jelez az előző évekhez képest.

Az országos nyilvántartás szerint a francia egészségügyi intézmények vezetésének nozokomiális fertőzések elleni fellépése egyre hatékonyabb. A 2009-es év komoly eredménye, hogy az intézmények 98,6%-a az A-tól E-ig terjedő degresszív kategorizáláson belül a magas színvonalat jelző A, B és C csoportba, illetve 87,3% a legjobb eredményt felmutató A és B csoportba tartozik. 2007-ben viszont az A és a B csoportba tartozók aránya még mindössze 48,2% volt.

Az évente közzétett országos táblázat 5 indikátor alapján nyújt tájékoztatást a különböző intézmények minősítéséről a szakemberek és a lakosság számára. Az indikátorok a következőket tükrözik:

- ▶ a nozokomiális fertőzések elleni óvintézkedések szervezettsége, módszerei
- ▶ a hidroalkoholos szerek, oldatok alkalmazása
- ▶ a műtőbeli fertőzések elkerülésére hozott óvintézkedések

- ▶ az antibiotikumok megfelelő alkalmazása
- ▶ a meticillin rezisztens staphylococcus aureus potenciális fellépésének megelőzésére szolgáló mikrobiológiai mérések.

Az indikátorok közzétételének kettős célja van: egyrészt irányvonalat ad a szakemberek számára a nozokomiális fertőzések elleni intézkedéseik hatékonyabbá tételéhez, másrészt tájékoztatást nyújt a lakosságnak az egészségügyi intézményekben folyó tevékenység színvonaláról. Az indikátorok közzététele minden intézmény számára – épületen belül is – kötelező.

A 2009-es helyzetjelentés pozitív eredményeket tükröz, azonban továbbra is fenn kell tartani a szigorú követelmények révén elért sikereket, mivel a párizsi AP-HP kórházi hálózat szerint a nozokomiális fertőzések évente mintegy 8000 halálesetet okoznak Franciaországban.

A francia Egészségügyi Minisztérium 2012-re célul tűzte ki az infekciók előfordulásának negyedére csökkentését a következő esetekben:

- ▶ vércsőtűvel kapcsolatos balesetek, a fertőzés kisebb kockázatát magukban hordozó műtéti beavatkozások, illetve a reanimációnál alkalmazott centrális vénás katéterezés.

A gyógykezelés alatt fellépő infekciók megelőzését Franciaországban Országos Stratégiai Terv szolgálja, melynek legfőbb célja a prevenció kiterjesztése az egészségügy minden szektorára, így a kórházi, a kórházon kívüli és az egészségügyi-szociális szektorra egyaránt. (ZLL)

Forrás:

- ▶ Les infections nosocomiales reculent dans les établissements de santé. Portail du Gouvernement, 2010.12.08.
<http://www.gouvernement.fr/gouvernement/les-infections-nosocomiales-reculent-dans-les-etablissements-de-sante> (letöltés dátuma:2010.12.15.)

2010-12-16 10:55:16

Népegészségügy

Anglia új népegészségügyi stratégiája

Az új „Healthy Lives, Healthy People” fehérkönyv a helyhatóságok vezetésével és elkülönített népegészségügyi pénzalapokkal kívánja javítani az egészséget.

A „Healthy Lives, Healthy People” című kormányzati dokumentum felvázolja Anglia népegészségügyének hosszú távú jövőképét. A tervezet átalakítja az ország népegészségügyét és egy új egészségügyi szolgálatot hoz létre Public Health England néven, amely az egészségügy kihívásaira kíván válaszolni. A különböző népegészségügyi programokra (pl. szűrés és védőoltás) 4 milliárd fontot különítenek el.

Az egészség fejlesztését helyi szinten valósítják majd meg, ahol az önkormányzatok az egészségügyi minisztérium védett forrásaiból gazdálkodhatnak a közösség egészségének javítására. Andrew Lansley miniszter szerint a népegészségügyi költségvetéshez gyakran hozzányúltak az NHS hiányok fedezésére, ezért ezentúl ezeket a pénzeket védetté teszik és csak a betegségek megelőzésére használhatják. Az emberek lakóhelyükhöz közel, személyre szabott szolgáltatásban részesülnek. A helyhatóságok vezetésével megvalósuló tervezet révén jelentős javulást várnak az ország lakosainak egészségében.

A népegészségügyi kihívások széleskörűek. A brit lakosok a legkövérebbek Európában, évente több mint 80 ezren halnak meg dohányzás következtében és 1,6 millió ember alkoholfüggő. Emellett az elmúlt évben több mint egy millió szexuális úton terjedő fertőzést diagnosztizáltak, és a kedvezőtlen mentális egészségügy az összes betegségteher csaknem negyedéért felelős.

Az új Public Health England nevű népegészségügyi szolgálat egy szervezetbe integrálja az olyan vezető népegészségügyi hivatalok szakértelmét, mint a Health Protection Agency, a National Treatment Agency for Substance Misuse és az egészségügyi minisztérium. Az egészségügyi és szociális ellátásról szóló törvénytervezet (Health and Social Care Bill) elfogadásától függően a Public Health England az egészségügyi minisztériumon belül jön létre 2012 áprilisában. Közvetlenül a miniszter felügyelete alatt az egészséget veszélyeztető tényezőkre fog összpontosítani és tudásbázisként működik a lakosság egészségének javítását szolgáló legjobb és legfrissebb bizonyítékok számára. A Public Health England – együttműködve az iparral és más kormányzati hivatalokkal az egészséget befolyásoló szélesebb környezet kialakítására – forrásokkal és ötletekkel támogatja a helyi stratégiákat. A kormány szerint a népegészségügy a társadalom, az egyének és a kormány kollektív felelőssége, és az új rendszer mindegyik felet bátorítja, hogy szerepet vállaljon az ország egészségének és jólétének javításában, védelmében. (SZL)

Forrás:

- ▶ Healthy lives, healthy people: our strategy for public health in England. Department of Health, 2010.11.30.
<http://www.dh.gov.uk/en/Publichealth/Healthyliveshealthypeople/index.htm>
(letöltés dátuma: 2010.12.09)

2010-12-10 12:38:39

A gyógyszerészek bevonása az asztmás betegek gondozásába Franciaországban

Az asztma nemzetközi vonatkozásban az egyike a leggyakrabban előforduló krónikus betegségeknek. Franciaországban 3,6 millió 5-44 éves beteg kapott a 2009-es év során minimum egy gyógyszeres kezelést asztmájára.

A kiterjedt népegészségügyi problémára reagálva, a francia Egészségbiztosítás új programot indított el a betegség alakulásának kontroll alatt tartására. Ennek keretében felkérték a gyógyszerészeket, hogy egy kérdőíves vizsgálat adatai alapján mérjék fel, hogy betegek komfortérzetét mennyiben korlátozzák légzőszervi problémáik. Ennek nyomán a gyógyszerészek az asztma follow up vizsgálatáról tájékozódhatnak, illetve nyújtanak a betegek számára tanácsadást, valamint arról is meggyőződhetnek, hogy a betegek megfelelőképpen alkalmazzák-e inhaláló készülékeiket.

A gyógyszerészeket az asztma gondozásába bevonó program előtt, a francia Egészségbiztosítás már 2008/2009-ben is indított kampányt az asztmás betegek problémáinak felmérésére, ösztönözve az érintetteket, hogy gyakrabban konzultáljanak problémáikról háziorvosukkal. (ZLL)

Forrás:

- ▶ Asthme : l'Assurance maladie lance un programme d'accompagnement. Viva Presse,2010.12.01.
http://www.viva.presse.fr/Asthme-l-Assurance-maladie-lance_14572.html
(letöltés dátuma:2010.12.17.)

2010-12-17 11:12:55

Humán erőforrás

A francia Orvosi Demográfia 2010-es Atlasza

A francia Orvosi Kamara 2010-ben az Orvosi Demográfia negyedik kiadását jelentette meg, a 2010. január 1-jei statisztikák alapján. Az indikátorok tanúsága szerint, az év folyamán egyre nőtt az eltérés az adatok jegyzékbe való felvétele (+1,8%), illetve onnan való kikerülése (+6,6%) között. Így kétségek merülnek fel az orvosi szakma humán erőforrásának regenerálódását illetően.

2010. január 1-jén, a francia Orvosi Kamara nyilvántartásában 261 378 orvos szerepelt, közöttük 44 928 nyugdíjas, akik közül 5612 szakember (a teljes orvoslétszám 17%-a) továbbra is praktizál.

A 2010-es Atlasz is megerősíti, hogy az önálló vállalkozóként való praktizálás nem jelent különösebb vonzerőt a fiatal orvosok számára. Az Orvosi Kamarához 2009-ben újonnan feliratkozottaknak mindössze 8,6%-a választotta ezt a praktizálási formát. Ez az érdektelenség egyaránt érinti az általános orvosi és a szakorvosi hivatást. Így a statisztikák szerint például az újonnan regisztrált radiológusoknak mindössze 4,4%-a, a fül-orr-gégészeknek pedig csupán 9%-a választotta a magánorvosi praxist.

2010. január 1-jén a kamara nyilvántartásában 10 006 helyettesítő orvos szerepelt, azaz az aktívan praktizáló szakemberek 4,5%-a, és közülük 6003-an tanulmányaik befejezése után egyáltalán nem praktizáltak főállásban. A helyettesítő orvosok számának alakulására jellemző, hogy létszámuk 2007 és 2010 között 9,1%-kal nőtt.

Az Orvosi Kamara Nemzeti Tanácsának (CNOM) felmérései szerint az ily módon munkát vállaló orvosok többsége fiatal, minden második 34 éven aluli és 66%-uk nő. Számukra a praktizálásnak ez a formája megközelíti a teljes munkaidős munkavállalást, mivel közel 80%-uk évente több mint 6 hónapot dolgozik. A 6 hónapon túl tartó helyettesítő tevékenységet inkább a férfiak választják, a nők 50%-ánál a helyettesítés gyakorlásának módja a hetente kevesebb mint 3 napot igénybe vevő tevékenység.

A helyettesítő orvosok 82,8%-a a magánszektor keretében egyedül vagy csoportpraxisban tevékenykedik.

A helyettesítő orvosok 45%-ának karriertervében a főként városi területen (85%) található konkrét munkahelyen, csoportpraxisban (76%) történő hosszabb-rövidebb ideig tartó praktizálás szerepel. Ez a preferencia aggályokat kelt a vidéki területen egyedül praktizáló orvosok körében, mivel kérdésessé válhat utánpótlásuk.

A helyettesítő orvosok 32%-a kívánja hosszabb távon folytatni helyettesítő tevékenységét azzal a céllal, hogy nagyobb rálátást kapjon az orvosi praktizálás különböző módjaira (közalkalmazotti státuszban, kórházi keretek között vagy önálló vállalkozóként folytatott tevékenység).

A végleges elhelyezkedés elutasításában nem a szabadidő előtérbe helyezése játszik különösebb szerepet, hanem a munkaszervezésben adódó problémák és az adminisztratív terhek. A nyugdíjuk mellett helyettesítést teljesítő orvosok nagyon nagy feladatot vállalnak az ellátás folyamatosságának biztosításában, de tevékenységük szociális terhekre is rá- irányítja a figyelmet.

Múlt év tavaszán a CNOM felállított egy Demográfiai Vizsgálatokat végző Hivatalt, mely közvetítő szerepet játszik az elhelyezkedni kívánó orvosok és a területi egészségügyi ellátás hozzáférhetővé tételével foglalkozó illetékesek között.

Jóllehet a francia Orvosi Kamaránál nyilvántartott külföldi orvosok száma évről évre nő, az ő jelenlétük önmagában nem képes megoldani az orvoshiánnyal küzdő területek ellátási gondjait és a magánorvoslás visszaszorulását. A külföldi szakemberek 2/3-a közalkalmazotti állást vállal, és az orvosokkal jobban ellátott régiókban kíván elhelyezkedni.

A francia Orvosi Kamara Nemzeti Tanácsa (CNOM) már 30 éve foglalkozik az orvosi demográfia alakulásával. Színvonalas kiadványait, így a 2007 óta évente megjelentetett Orvosi Demográfiai Atlaszt, az Európa Parlament is referencia anyagnak tekinti. 2010-ben a CNOM Népegészségügyi és Orvosi Demográfiai Szekciója már régiókra lebontott Atlaszt is kiadott. Tervei között szerepel a regionális adatokat tartalmazó Atlasz második kiadásának megjelentetése 2011-ben. (ZLL)

Forrás:

- ▶ Acchiardi, Evelyne: Atlas de la démographie médicale française 2010. Ordre National des Médecins, 2010.11.23.
<http://www.conseil-national.medecin.fr/> (letöltés dátuma: 2011.01.04.)

2011-01-04 13:12:02

2011 az ápolás éve lesz Németországban

Németországban az előrejelzések szerint, ha nem történik változás 2025-re igen súlyos szakemberhiány alakulhat ki az ápolás terén. Az érintettek a problémát felismerték és közös erővel dolgoznak annak megszüntetésén.

Már a 2011-es évben intézkedéseket tervez a kormány a jövőben várható szakemberhiány megfékezésére. A Német Statisztikai Hivatal utóbbi hetekben készült számításai szerint 2020-ig mintegy 2,9 millióra nő az ápolásra szorulóknak száma az országban és a demográfia változás következtében 2025-ig közel 152 000 szakember hiányával kell számolni a kórházakban és ápolási otthonokban.

Az álláspontok azzal kapcsolatban szintén megegyeznek, hogy az időskori, beteg- és gyermek ápolás terén a szakmáról kialakult kép egységesítése szükséges. Szabályozásra kerül továbbá a külföldről érkező szakemberek végzettségének elismerése, de az ápolás terén a szakemberek külföldről történő bevándorlásának elősegítése csupán ez egyik pillére lehet a német ápolási rendszernek. Ezen kívül fokozni próbálják az ápolói szakma attraktivitását – például a család és a foglalkozás jobb összeegyeztethetőségének elősegítése révén. (VN)

Forrás:

- ▶ Fachkräftemangel: Rösler will 2011 zum Pflegejahr machen. Deutsches Ärzteblatt
<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=suche&p=&id=79771>
- ▶ <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=suche&p=&id=79724>
(letöltés dátuma: 2010.12.21.)

2010-12-21 12:00:10

Nővérhiány Máltán

A Szülésznők és az Ápolónők Máltai Egyesülete már régóta jelzi, hogy tagjai számára az országban észlelhető ápolónőhiány komoly stresszt jelent.

Az ápolónőhiány már régóta vitatott kérdés a Szülésznők és az Ápolónők Máltai Egyesülete (MUMN) és a máltai kormány között. Az egyesület vezetőinek állítása szerint egy, a kormánnyal 2007-ben aláírt egyezmény ellenére, a szigetországban kevesebb ápolónő szerez képesítést, mint amennyire szükség lenne.

A MUMN becslései szerint az ápolónőhiány mintegy 700 betöltetlen állást jelent, és a problémát évente 300 új szakdolgozó toborzásával lehetne megoldani. 2010-ben mindössze 44 ápolónő szerzett képesítést az országban, és ezzel nem oldódott meg a nővérhiány okozta stressz a betegellátásban.

Az egyesület tiltakozó akciót hirdetett, miután az egyetem elutasított 100 nővérképzéssel kapcsolatos felvételi kérelmet, azzal az indoklással, hogy a fekvőbeteg-ellátásban csak korlátozott számban nyílik mód az új szakdolgozók alkalmazására. A továbbiakban, az akciót lezáró tárgyalás-sorozat eredményre vezetett, és mindkét fél elismerte a szakképzett ápolónők hiányának tényét.

Minthogy a MUMN az ápolónőhiány külföldi munkavállalókkal való betöltését csak részleges megoldásnak tekinti, így a hiány pótlása érdekében a 2010/2011-es tanévre 170 hallgató nővérképzésre való felvételéről született döntés. (ZLL)

Forrás:

- ▶ Saviour, Rizzo: Industrial action by nurses over staff shortages. Eurofound, 2010.10.25. <http://www.eurofound.europa.eu/eiro/2010/10/articles/mt1010019i.htm> (letöltés dátuma: 2010.12.20.)

2010-12-20 15:51:25

Gyógyszerügy, patikapiac

A gyógyszeripar Franciaország dinamikus szektora

A francia gyógyszeripar – ellentétben európai versenytársaival – nem a vegyipar egyik ágaként jött létre, hanem a gyógyszeripari laboratóriumok tevékenysége nyomán alakult ki.

Franciaországban a laboratóriumokban új készítményeket előállító gyógyszerészek, már a XIX. század közepétől egyre nagyobb csoportokba tömörültek, és ily módon járultak hozzá a gyógyszerkutatás és termelés ipari méretűvé válásához. Napjainkban a francia gyógyszeripari és laboratóriumok képviselőit szakmai szervezetük a LEEM (Gyógyszervállalatok Egyesülete) látja el.

Franciaország 1995 óta a szektor legnagyobb termelője és exportálója. 2008-ban a francia gyógyszeripar pénzforgalma 47,5 milliárd EUR volt, és ennek 45%-a származott export-tevékenységből. A francia gyógyszeripar a 2008-as évet 7,1 milliárd EUR többlettel zárta.

A szektor által foglalkoztatott alkalmazottak száma meghaladja a 100 ezret, és 2008-ban a kutatásra szánt 4,9 milliárd EUR a szektor üzleti forgalmának körülbelül 12%-át tette ki. Ezek az eredmények azért is rendkívül jelentősek, mivel egy új molekula forgalomba hozatalára sokszor csak 7-12 év elteltével kerülhet sor.

2008-ban 31 fejlesztés történt, és ezek elsősorban az onkológia, az infektológia és a ritkább betegségek területére összpontosultak. A LEEM által akkreditált vállalatok közül 177 kifejezetten a biotechnológiára specializálódott.

Az új technológiák az innovatív terápiák kidolgozását igen nagymértékben mozdítják előre, alkalmazásuk nagy időnyereséget is jelent. A csúcstechnológiát képviselő orvosi műszerek és berendezések több milliárd EUR-os üzleti forgalmat képviselnek, és az utóbbi években folyamatos fejlődést mutatnak. (ZLL)

Forrás:

- ▶ GIP SPSI: Organisation et Système de Santé en France. Ministère de la Santé (DGS, DSS, DGOS, et DAEI), la CNAMTS, le RSI, la MSA, la FHF, la Mutualité française, l'EHESP et le Ministère des Affaires Étrangères (direction de la mondialisation). 2010.07.

2010-12-21 15:50:54

Egészségügyi statisztika

Health at a Glance Európa 2010

Az OECD és az Európai Bizottság együttműködésével készült tanulmány 31 európai ország lakosságának egészségi állapotáról, valamint egészségügyi rendszerének teljesítményéről nyújt képet.

A Health at a Glance ezen speciális kiadása az EU 27 tagországának, a 3 EFTA- tagországnak (Izland, Norvégia és Svájc), valamint Törökországnak az egészségügyi kérdéseire fókuszál. Célja, hogy az olvasóknak világosabb képet adjon azokról a tényezőkről, amelyek a lakosság egészségi állapotát, valamint az egészségügyi rendszerek teljesítményét befolyásolják ezekben az országokban. 42 indikátora segítségével összehasonlítható adatokat biztosít számos témát lefedve, mint pl. az egészségi állapot, az egészségre ható kockázati tényezők, az egészségügyi munkaerő és az egészségügyi kiadások kérdései.

A tanulmány az OECD és az Európai Bizottság hosszú távú együttműködése révén készült el, a 31 tagország nemzeti adatjelentőinek közreműködésével. Az indikátorok kiválasztása az ECHI listán (Európai Közösség Egészségügyi Indikátorok) alapult, amelyet az Európai Bizottság dolgozott ki az egészségügyi statisztikák fejlesztésének és jelentésének előmozdítása céljából. Néhány indikátor különbözik az ECHI-definícióktól, az adatok elérhetősége vagy korlátozások miatt, illetve azért, mert az ECHI-indikátorok még nem állnak készen az implementációra.

Főbb eredmények

Az egészségi állapot sokat fejlődött Európa-szerte, de az egyes országok között jelentős különbségek tapasztalhatók.

A születéskor várható élettartam az EU-tagországokban 6 évvel emelkedett 1980 óta, elérve a 78 évet 2007-ben. A nők esetében Franciaországban volt a legmagasabb a születéskor várható élettartam (84,4 év), a legalacsonyabb Romániában (76,2 év). A férfiak esetében pedig Svédországban (78,8 év) volt a legmagasabb, és Litvániában a legalacsonyabb (65,1 év). Magyarországon is jóval az EU-átlag alatti a születéskor várható élettartam: a nők esetében 77,6 év, a férfiak esetében pedig 69,1 év.

2005-2007-ben az egészséges életévek száma 61,3 év volt a nők, 60,1 év pedig a férfiak esetében az EU-ban. A nemek közötti szakadék valamivel kisebb, mint a várható élettartam esetében, tükrözve azt a tényt, hogy a nők magasabb aránya él tevékenység-korlátozások mellett. A születéskor várható egészséges életévek száma 2005-2007-ben Máltán volt a legmagasabb mind a nők, mind a férfiak esetében, a legalacsonyabb pedig a nők esetében Lettországon, a férfiak esetében pedig Észtországban.

Magyarországon a születéskor várható egészséges életévek száma szintén jelentősen alacsonyabb, mint az EU-átlag, mind a nők, mind a férfiak esetében, még egyes kelet-közép-európai országoknak (Csehország, Lengyelország, Románia) is jobbak a mutatóik.

Nehéz megbecsülni, hogy a számos orvosi és nem orvosi tényező relatív kombinációja milyen hatással van a várható élettartamra, illetve az egészséges életévek számára. A magasabb nemzeti jövedelem általában magasabb várható élettartammal jár együtt Európa-szerte, habár ez a kapcsolat kevésbé hangsúlyos a nemzeti jövedelem magasabb szintjein, egy „csökkenő fordulatot” sugallva egy bizonyos szint után. Az egészség egyéb meghatározói is fontos szerepet játszanak.

2008-ban jelentős különbségek voltak megfigyelhetők az EU-tagországok között az összes halálozási okra vonatkozó, korstandardizált halálozási rátákban. A halálozási ráták Svájcban, Olaszországban, Izlandon és Spanyolországban voltak a legalacsonyabbak (100 ezer főre 520 vagy annál kevesebb halálozás). Litvániában és Lettországon volt a legmagasabb a 100 ezer főre jutó halálozások száma (1000 halálozás 100 ezer főre, az EU-átlag 696). Magyarországon 926 halálozás volt 100 ezer főre, de több más kelet-közép-európai országban is 800 fölött volt a halálozási arány. Az EU-12 országok közül csak Szlovéniában volt alacsonyabb a halálozási ráta (634) az uniós átlagnál.

Habár Kelet-Közép-Európában a halálozási ráták továbbra is magasak, jelentős csökkenés figyelhető meg több EU-12 országban is 1994 óta. A halálozási ráták Magyarországon, Észtországban, Szlovéniában, Csehországban és Lengyelországban több mint 30%-kal csökkentek, amely nagyobb mértékű csökkenést jelent az uniós átlagnál.

A kardiovaszkuláris megbetegedések képezik a legfőbb halálokokot majdnem minden EU-tagországban: a halálozások 40%-áért voltak felelősek 2008-ban. Az ischaemiás szívbetegség önmagában a halálozások 15%-át okozta. A halálozási ráták Litvániában (nők: 240, férfiak 449), Lettországon, Szlovákiában és Észtországban voltak a legmagasabbak. Magyarországon 100 ezer főre nők esetében 166, férfiak esetében 289, miközben az EU-átlag 89, ill. 171.

A stroke szintén fontos halálokokot képez, a halálozások 10%-át okozta 2008-ban. A stroke miatt bekövetkezett halálozások aránya szintén a kelet-közép-európai régióban volt a legmagasabb, beleértve Bulgáriát (korstandardizált halálozási adatok 100 ezer főre, nők: 163, férfiak 217), Romániát, Lettországot, Litvániát, Szlovákiát és Magyarországot (nők: 76, férfiak 115, vö.: EU-átlag nők: 64, férfiak: 82).

A daganatos megbetegedések képezik a második legfőbb halálokokot az EU-ban, 2008-ban a halálozások 26%-áért voltak felelősek. A rák okozta (korstandardizált) halálozási ráták Cipruson, Finnországban, Svájcban és Svédországban voltak a legalacsonyabbak (kevesebb, mint 150 halálozás 100 ezer főre), legmagasabbak pedig Magyarországon, Lengyelországban, a balti államokban, valamint Dániában. A férfiak esetében Magyarországon volt a legmagasabb a 100 ezer főre jutó rák okozta halálozások száma (337), nők esetében pedig Dániában (182), ezt követi Magyarország (177). Az EU-átlag 100 ezer főre vetítve nők esetében 136, férfiaknál 236.

A tüdőrák továbbra is a vezető halálokat képezi a férfiak esetében a daganatos halálozások között minden EU-tagországban, kivéve Svédországot. Ugyanakkor a nők esetében is az egyik legfőbb daganat okozta haláloknak tekinthető. 2008-ban a tüdőrák okozta halálozások Magyarországon voltak a legmagasabbak a férfiak körében (115 halálozás 100 ezer főre, vö.: EU-átlag: 66), amit Lengyelország és a balti országok követnek. Ezekben az országokban a dohányzási arány is magasabb volt a többi országhoz viszonyítva. Magyarországon a nők körében is jóval magasabb a tüdőrák halálozási rátája (38), mint az EU-átlag (19).

Az egészségre ható kockázati tényezőkben bekövetkezett változások

Számos EU-tagország jelentős haladást ért el a dohányzás visszaszorítása terén, habár az a korai halálozásnak még mindig vezető oka maradt. A visszaesés leginkább a nemzeti és uniós szinteken megvalósított politikáknak köszönhető, amelyek a lakosság figyelmét felkeltő kampányokra, reklámozási tilalmakra, valamint az adózás növelésére irányultak. A svéd és izlandi felnőttek kevesebb, mint 18%-a dohányzik napi szinten; 1980-ban ez az arány még 30% volt. Ugyanakkor a görög felnőttek mintegy 40%-a dohányzik továbbra is napi szinten. A dohányzási ráták Bulgáriában, Írországon és Hollandiában továbbra is viszonylag magasak. Magyarországon a felnőttek 25,9%-a dohányzik napi szinten, ami magasabb, mint az uniós átlag (24,2%). Magyarországon 1995 és 2008 között a dohányzás aránya a férfiak körében 29%-kal, a nők esetében 21%-kal csökkent, amely nagyobb mértékű csökkenés jelent az uniós átlagnál (19%, ill. 13%).

Az EU-ban egy felnőtt átlagosan 10,8 liter alkoholt fogyaszt évente. Ha Luxemburgot nem számítjuk (mivel nagyon sok külföldi vásárol alkoholt ebben az országban), akkor Észtországban (14 liter), Magyarországon (12,6 liter) és Franciaországban (12,6 liter) volt a legmagasabb az alkoholfogyasztás aránya 2007-08 folyamán.

Az alkoholfogyasztásban is csökkenés tapasztalható számos európai országban az elmúlt 3 évtizedben (az EU-ban átlagosan 13%-os visszaesés tapasztalható). A reklámozásra és eladásra vonatkozó korlátozások, valamint az adóztatás hatékony eszközöknek bizonyultak az alkoholfogyasztás csökkentésében. A hagyományos bormelző országokban, mint pl. Olaszország, Franciaország és Spanyolország, az egy főre jutó alkoholfogyasztás lényegesen csökkent 1980 óta. Magyarországon 15%-os csökkenés tapasztalható. Ugyanakkor jelentősen növekedés mutatkozik más országokban, így pl. Írországon, az Egyesült Királyságban és néhány északi országban.

Európa-szerte a felnőtt lakosság több mint fele túlsúllyal vagy elhízással küzd. Ez az 27 EU-tagországból 15-re jellemző. Az obezitás előfordulási gyakorisága jelentős különbségeket mutat az egyes országokban: Romániában, Svájcban és Olaszországban 10%, miközben az Egyesült Királyságban, Írországon, Máltán és Izlandon 20% fölött van. Az összes EU-tagországban átlagosan véve a felnőtt lakosság 15,5%-a túlsúlyos, Magyarországon ugyanez az arány 18,8%.

Az obezitás aránya több mint kétszeresére nőtt az elmúlt 20 évben a legtöbb olyan tagállamban, amelyre vonatkozóan rendelkezésre állnak adatok. A gyors növekedés attól függetlenül következett be, hogy 2 évtizeddel ezelőtt milyen szintű volt az obezitás az egyes országokban. Az obezitás Hollandiában és az Egyesült Királyságban egyaránt több mint duplájára nőtt 1988 és 2008 között, ugyanakkor Hollandiában az obezitási ráta jelenleg kevesebb, mint fele az Egyesült Királyságban tapasztalható aránynak.

Mivel az obezitás a krónikus betegségek magasabb rizikójával jár együtt, jelentős pótlólagos egészségügyi költségeket von maga után. Egy nemrégiben Angliában készült tanulmány becslése

szerint a túlsúlyhoz és obezitáshoz kapcsolódó teljes költségek 70%-kal növekedhetnek 2007 és 2015 között, 2025-re pedig 2,4-szeresére nőhetnek.

Az egészségügyi szakember-hiány aggodalomra ad okot számos országban

Számos európai ország orvoshiánnyal küzd. Az 1000 főre vetített orvosok száma jelentős eltéréseket mutat: Görögországban a legmagasabb (6), Törökországban pedig a legalacsonyabb (1,5). Az orvosok száma ugyanakkor bizonyos EU-15 tagországokban, így pl. az Egyesült Királyságban (2,6) és Finnországban (2,7) is relatíve alacsony. Az EU-átlag 3,3, Magyarországon pedig 3,1 orvos jut 1000 főre.

2000 óta az 1000 főre vetített orvosok száma a Szlovák Köztársaság kivételével minden európai országban növekedett. Átlagosan, a 2000-ben 1000 főre jutó 3 orvosról 2008-ban 3,3-ra. Különösen gyors növekedés tapasztalható Írországban (közel 50%-os). A növekedés legnagyobb részben a külföldön képzett orvosok toborzásának tudható be: a külföldi orvosok aránya ugyanis háromszorosára nőtt a vizsgált periódusban. Hasonlóképp, az 1000 főre vetített orvosok száma az Egyesült Királyságban 2000 és 2008 között 30%-kal nőtt, az 1000 főre jutó 2 orvosról 2,6-ra. Ezzel szemben nem tapasztalható tényleges növekedés a lakosságszámra vetített orvosok számában Franciaországban és Olaszországban 2000 óta.

Majdnem minden országban felborult az egyensúly a háziorvosok és szakorvosok számában az elmúlt évtizedekben, mivel a szakorvosok száma sokkal gyorsabban nő. Ennek eredményeképpen, a legtöbb országban több a specialista, mint az általános orvos (Románia és Portugália kivételével). Ez magyarázható a hagyományos típusú általános orvosi/ családorvosi szakma csökkent vonzerejével, valamint az egyre növekvő kereseti különbségekkel. A lassú növekedés vagy csökkenés az általános orvosok lakosságszámra vetített arányában aggodalmat kelt az alapellátáshoz való hozzáférés vonatkozásában. Több ország fontolgatja, hogyan lehetne növelni az általános orvosi szakma vonzerejét, valamint új feladatokat kialakítani más egészségügyi ellátók, így például a nővérek számára.

Számos európai országban az is gondot okoz, hogy nincs elegendő nővér. A nővérek nemcsak a hagyományos létesítményekben, így pl. kórházakban és ápolási intézményekben játszanak fontos szerepet, hanem egyre növekvő mértékben az alapellátásban is, speciális ellátást kínálva a krónikus betegek számára, valamint a betegek otthonaiban. 2008-ban Dániában (24,6) volt a legmagasabb az 1000 főre jutó nővérek száma, Törökországban pedig a legalacsonyabb (1,3). Az uniós átlag 9,8 nővér 1000 főre, a magyar adat alacsonyabb ennél (8,7).

2000 óta a nővérek lakosságszámra vetített aránya növekedett minden európai országban, Litvániát és Szlovákiát kivéve. A növekedés különösen nagy volt Portugáliában, Spanyolországban, Franciaországban és Svájcban.

Az elmúlt 15 évben az 1000 főre jutó kórházi ágyak száma csökkenést mutat minden európai országban. Az EU-tagállamokban átlagosan 7,3-ról (1995) 5,7-re (2008) csökkent. Magyarországon 2008-ban 1000 főre 7 ágy jutott.

A kórházi ágyak számának csökkenését a kórházi tartózkodás átlagos időtartamának csökkenése kísérte, valamint egyes országokban a kórházi felvételek számának csökkenése. A kórházi ágyak számának csökkentése Lettországban, Litvániában és Bulgáriában különösen hangsúlyos volt. Az orvosi technológiákban tapasztalható fejlődés minden országban lehetővé tette az egynapos sebészet elterjedését, valamint a hosszú kórházi kezelés csökkentését irányába történő elmozdulást.

Az egészségügyi kiadások növekedése nyomást gyakorol a kormányzati költségvetésekre

Az egészségügyi kiadások minden európai országban növekedtek, gyakran a gazdaság növekedését meghaladó ütemben, amelynek eredményeképpen nő az egészségügyi kiadások GDP-n belüli aránya is. 2008-ban az EU-tagállamok átlagosan a GDP-jük 8,3%-át fordították egészségügyre (1998-ban ez az arány 7,3% volt). Az egészségügyi kiadások GDP-n belüli részaránya jelentős mértékben változik az egyes országok között, a legkevesebb Cipruson és Romániában (6%), miközben Franciaországban, Svájcban, Németországban és Ausztriában 10% fölötti.

2008-ban Norvégiában volt a legmagasabb az egy főre jutó egészségügyi kiadások mértéke vásárlóerő-paritáson számolva: mintegy 4300 euró, amely majdnem kétszerese az EU-átlagnak (2192 euró). Ezután Svájc, Luxemburg és Ausztria következik. A legtöbb észak- és nyugat-európai országban 2500-3500 euró között változik az egy főre jutó egészségügyi kiadások mértéke, ami 10-60%-kal több, mint az uniós átlag. Általában a kelet- és dél-európai országok költenek kevesebbet az egészségügyre, a legkevesebbet Törökország (671 euró), öt követi Románia, Bulgária, Lengyelország és Magyarország (1233 euró).

2008-ban az EU-tagországok átlagosan a GDP-jük 8,3%-át fordították egészségügyi kiadásokra. A legtöbbet Franciaország (11,2%), Svájc (10,6%), Ausztria és Németország (10,5-10,5%), a legkevesebbet Románia (5,5%). Magyarországon 2008-ban 7,3% volt az egészségügyi kiadások GDP-n belüli aránya.

Egyes országokban a jelenlegi gazdasági visszaesés jelentős növekedést eredményezett az egészségügyi kiadások GDP-n belüli arányában: Írországon a 2007-es 7,5%-os szintről 2008-ra 8,7%-ra, Spanyolországban pedig 8,4%-ról 9%-ra nőtt az egészségügyi kiadások GDP-n belüli aránya.

Az egy főre jutó egészségügyi kiadások és az egy főre jutó GDP között pozitív korreláció figyelhető meg, habár ez a kapcsolat erősebb az alacsony GDP-vel rendelkező országok esetében.

1998 és 2008 között az európai országokban – Norvégia és Észtország kivételével – az egészségügyi kiadások gyorsabban növekedtek, mint az egy főre jutó GDP, amely azt eredményezte, hogy a legtöbb országban a GDP egyre nagyobb hányadát fordítják egészségügyre. Néhány európai ország relatíve erős gazdasági növekedést tapasztalt ebben a periódusban – pl. Szlovákia, Írország és Törökország –, így ezekben az országokban még inkább növekedtek az egészségügyi kiadások, illetve az egészségügyi kiadások GDP-n belüli aránya is. Szlovéniában, Csehországban és Magyarországon szintén relatíve nagyobb gazdasági növekedés volt megfigyelhető, de az egészségügyi kiadások növekedése, habár számottevő volt, nem haladta meg jelentősen a gazdaság egészének növekedési ütemét, így csak mérsékelt növekedést eredményezett a GDP egészségügyre fordított hányadában.

Az EU-tagországok az egészségügyi kiadások legnagyobb részét, átlagosan 31%-át a fekvőbeteg-ellátásra fordítják, ezt követi a járóbeteg-ellátás (30%). Egészségügyi termékekre (gyógyszerekre, gyógyászati segédeszközökre) a kiadások 25%-át fordítják. Az ápolási kiadások átlagosan 8%-ot tesznek ki, az ún. közösségi szolgáltatások (közegészségügyi ellátás és egészségügyi adminisztráció) pedig 6%-ot.

Magyarországon a legjelentősebb tételt az egészségügyi termékek képezik az egészségügyi kiadásokon belül (37%), ezt követi a kórházi ellátás (28%), járóbeteg-ellátás (26%), közösségi szolgáltatások (5%), ápolás (4%).

Az egészségügyi rendszereket gyakran bírálják amiatt, hogy túlzott mértékben fókuszálnak a „betegellátásra”, azaz a betegségek kezelésére, ugyanakkor nem fordítanak kellő figyelmet a

megelőzésre. Az EU-tagországokban átlagosan a jelenlegi egészségügyi kiadásoknak csak mintegy 3%-át fordítják prevencióra és népegészségügyi programokra, Magyarországon ennél többet (4%).

A gyógyszerkiadások átlagosan a GDP 1,7%-át teszik ki az EU-tagországokban. Luxemburg költ a legkevesebbet gyógyszerre (0,6%), Litvánia pedig a legtöbbet (2,8%). Magyarország gyógyszerkiadásai is az uniós átlag fölöttiek (2,3%)

Ciprus kivételével minden európai országban az állami szektor jelenti az egészségügyi finanszírozás fő csatornáját. 2008-ban az állami források átlagosan az összes egészségügyi kiadás mintegy háromnegyedét tették ki, általános adózáson vagy társadalombiztosítási járulékokon keresztül. Luxemburgban, Csehországban, az északi országokban (Finnországot kivéve), az Egyesült Királyságban, Hollandiában és Romániában az állami finanszírozás az egészségügyi kiadások több, mint 80%-át tette ki. Számos olyan ország, ahol az 1990-es évek elején viszonylag magas volt az állami finanszírozás hányada, így pl. Magyarország és Lengyelország, csökkentették részarányukat, miközben más államok, ahol történelmileg alacsonyabb volt az állami finanszírozás hányada az egészségügyben (pl. Portugália és Törökország), növelték az arányt.

Magyarországon 2008-ban 71% volt az állami finanszírozás aránya az egészségügyben, amelynek forrását döntő mértékben a társadalombiztosítási járulékok alkották.

A magánfinanszírozás mértéke és összetétele országonként eltérő, az EU-ban átlagosan 23,5%. A magánfinanszírozás aránya Cipruson a legnagyobb (55,9%), Luxemburgban pedig a legkisebb (8,2%). Magyarországon a magánkiadások aránya meghaladja az uniós átlagot (26%).

A legtöbb országban a betegek által fizetett out-of-pocket kifizetések jellemzőek. A magán egészségbiztosítás az összes egészségügyi kiadásnak átlagosan csak mintegy 3-4%-át teszi ki az EU-tagországokban. Néhány országban viszont jelentős szerepe van a magán egészségbiztosításnak. Németországban alapvető lefedettséget biztosít bizonyos lakosságcsoportoknak. Franciaországban a magán egészségbiztosítás az összes egészségügyi kiadás 13%-át teszi ki, de kiegészítő vagy pótlólagos fedezetet nyújt az univerzális állami rendszerben.

Mivel számos országban csökkenteni kell a költségvetési deficitet, a kormányoknak rövid távon nehéz politikai döntésekkel kell szembenézniük: vagy meg kell fékezniük az egészségügyi költségek növekedését, és csökkenteniük kell a kiadásokat egyéb területeken is, vagy növelniük kell az adókat és társadalombiztosítási járulékokat a deficit csökkentése érdekében. Az egészségügyi szektor hatékonyságának növelése elősegíti ezen nyomások összeegyeztetését, például az egészségügyi technológiák szigorúbb értékelése vagy az információs és kommunikációs technológiák (e-Egészségügy) fokozottabb alkalmazása révén. Ezeknek a kezdeményezéseknek szintén van hozzáadott értékük az ellátás minőségének fejlesztése szempontjából, amely egy másik együttműködési területet képez az OECD és az Európai Bizottság között.(AZS)

Forrás:

- ▶ Health at a Glance Europe 2010. OECD, 2010. dec. 1.
http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2010_health_glance-2010-en (letöltés dátuma: 2010. december 17.)

2010-12-17 12:20:09

Egészségügyi informatika

A személyes orvosi dokumentáció már elérhető a szakemberek számára Franciaországban

A francia lakosság személyes orvosi dokumentációja (DMP) hosszú várakozás után immár elérhető a szakemberek számára.

2011. január 5. óta, Franciaországban minden egészségügyi szakember számára lehetőség nyílik arra, hogy betegeik adatairól – kérésükre – számítógépes orvosi dokumentációt nyissanak. Ily módon egy speciális site révén „on line” elérhetővé válnak a lekérdezett adatok az illetékesek számára.

A DMP gyakorlatának elfogadása nem tehető kötelezővé a betegek részére. Adataik ily módon történő tárolása kizárólag önkéntes felhatalmazásukon alapulhat.

A DMP alkalmazásának következő szakasza előreláthatólag áprilisban valósul meg, mivel ekkor az interneten már a betegek is hozzá fognak férni dokumentációjukhoz.

A DMP bevezetése és első szakasza kedvező fogadtatásra számíthat az országban, de az orvosi dokumentáció számítógépes kezelésével kapcsolatos célkitűzések megvalósítása még valószínűleg hosszú időbe fog telni, minthogy a DMP előkészítése is igen hosszú ideig – éveken át – tartott.

A DMP-ről az első közlemény 2004-ben jelent meg. Bevezetése, melyet eredetileg 2007-re terveztek, 2006-ban még kísérleti szakaszban volt. A terv megvalósítását számos tényező késleltette, majd 2009-ben a projektet újra indították, és kísérleti bevezetésére ekkor került sor bizonyos régiókban.

Az elektronikus dokumentáció révén minden egyes beteg összes egészségügyi adatának egységbe foglalása, és ezzel a szolgáltatások jobb koordinálása és nyomon követése váltható valóra. A DMP lakosságra kiterjedő alkalmazásával – ha a várakozások teljesülnek – 3,5 milliárd EUR megtakarítás lenne elérhető évente. (ZLL)

Forrás:

- ▶ Maudet, Elsa: Le dossier médical personnel désormais accessible aux professionnels de santé. Viva Presse, 2011.01.06.
http://www.viva.presse.fr/Le-dossier-medical-personnel,14729_14729.html
(letöltés dátuma: 2011.01.11.)

2011-01-11 13:04:16

EU egészségügy

Fenntartható egészségügyi rendszerek: a magyar EU-elnökség egészségügyi prioritásai

2011 első félévében Magyarország tölti be az EU soros elnöki tisztségét, és az egészségügyi együttműködés területén a fenntartható egészségügyi rendszerek megteremtését tűzte ki célul.

2011 első félévében Magyarország tölti be az Európai Unió soros elnöki tisztségét. Hazánk első alkalommal látja el az elnökségi teendőket.

Az egészségügy nem tartozik az Unió közösségi politikái közé, mivel az egészségügyi ellátás megszervezése a tagállamok hatáskörébe tartozik. Ugyanakkor vannak bizonyos – elsősorban közegészségügyi – területek, amelyeken a tagországok nem tudnak kellő hatékonysággal fellépni, ezért közösségi együttműködés szükséges. Ezek a területek a következők: a táplálkozás, a túlsúlyosság elleni küzdelem, a dohányzás, a különböző fertőző betegségek és járványok (AIDS, tuberkulózis, hepatitis B és C, szezonális és H1N1 influenza) ellenőrzése, a határon átívelő egészségügyi szolgáltatások, valamint az emberi szervek (vér, szövetek, sejtek) felhasználásának szigorú szabályozása. A gyógyszerészeti termékek egységes piacának megteremtése szintén fontos részét képezi a tagországok közötti egészségügyi együttműködésnek, amely nem csak az egészségvédelmet szolgálja, hanem a gyógyszeripar fejlődését, a versenyképességet és a kutatást is ösztönzi.

Az egészségügyi rendszereknek EU-szerte hasonló kihívásokkal kell szembenézniük: a lakosság elöregedése, az egészségügyi szakemberek és a betegek mobilitása, az orvos-technológia gyors fejlődése, valamint az egészségügyi rendszerek finanszírozásának fenntarthatósága. A magyar elnökség célul tűzte ki a fenntartható egészségügyi rendszerek megteremtését; ennek érdekében elő kívánja mozdítani a jövő egészségügyi rendszereibe való befektetést, az egészségügyi ellátás hatékonyságát növelő új modellek támogatását; az egészségügyi humán erőforrás problémák uniós szintű megközelítését, valamint az e-egészségügyi rendszerek fejlesztését.

A gyógyszerügyet illetően, a magyar elnökség haladást kíván elérni a Bizottság által előterjesztett jogszabályjavaslatokból álló gyógyszer-csomag még nyitott kérdéseiben. Célul tűzte ki a vényköteles gyógyszereken feltüntetett beteg-tájékoztatásról szóló tervezettel kapcsolatos politikai megállapodás elérését is.

Az egészségügyi biztonság megerősítése érdekében a magyar elnökség felül kívánja vizsgálni az EU influenzajárványra vonatkozó felkészülési tervét, valamint kiemelt figyelmet kíván fordítani a gyermekkori védőoltások határon átívelő aspektusaira is. Újra kívánja gondolni az EU Népegészségügyi Programjának jövőjét. Teret kíván engedni a mentális egészséggel kapcsolatos uniós és tagállami szintű kezdeményezéseknek. Prioritásként fogja kezelni a gyermekek és fiatalok egészséges életmódra nevelését is. (AZS)

Forrás:

- ▶ Az Európai Unió Tanácsának Magyar Elnöksége.
<http://www.eu2011.hu/hu/foglalkoztatasi-szocialpolitikai-egeszsegugyi-es-fogyasztovedelmi-tanacs-epsco> (letöltés dátuma: 2011. január 3.)

2011-01-03 15:15:54

Egészségügyi Világszervezet

Klíma-változással szembeni egészségvédelmi projektek a WHO keleti térségében

A WHO/Europe hét országot átfogó, illetve Németország környezetvédelmi főhatósága által elindított projektje egészségvédő intézkedéseket tervez a klíma-változással szemben.

A WHO Európai régiójának minden országában már jelenleg is észlelhető a környezet hőmérsékletének emelkedése, mely a továbbiakban előreláthatólag tovább fog fokozódni. A klíma-változás által előidézett egészségkockázatok típusa és súlyossága régió-szerte nagy eltéréseket mutat.

A WHO/Europe hét országot átfogó kezdeményezése és a Német Környezet-, Természet- és Sugárvédelmi Minisztérium (BMU) ehhez kapcsolódó projektje a klímaváltozással szembeni egészségvédelemhez az adaptációt, az egészségügyi rendszerek megszilárdítását és az infrastruktúra kiépítését tartja elengedhetetlenül fontosnak. A hét országot átfogó projektben Albánia, Kazahsztán, Kirgizisztán, az Orosz Föderáció, Tadzsisztán, Macedónia Volt Jugoszláv Köztársaság és Üzbegisztán vesz részt.

Az egészségmegőrző projektek eredménye 2011-re várható. Az előzetes eredményekről a Környezettel és az Egészséggel kapcsolatos 5. Miniszteriális Konferencia nyújtott márciusban tájékoztatást az olaszországi Pármában.

A WHO/Europe koordinálja a klímaváltozással és az egészséggel kapcsolatos munkaterv megvalósítását előmozdító projekteket, egyben technikai támogatást és szaktanácsadást nyújt a megvalósításhoz.

Minden részt vevő országban multiszektoriális irányító bizottságot állítanak fel, és a tervek országos szintű megvalósítását projekt koordinátor fogja összehangolni. Az országok közötti koordinációs tevékenységet a WHO/Europe támogatja, és minden tervezett tevékenység a BMU és a 7 ország vezetése közötti együttműködés révén fog létrejönni. (ZLL)

Forrás:

- ▶ Protecting health from climate change: a seven-country initiative in the eastern part of the WHO European Region. WHO, 2010
<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/environmental-health/Climate-change/country-work/protecting-health-from-climate-change-a-seven-country-initiative-in-the-eastern-part-of-the-who-european-region> (letöltés dátuma: 2010.12.15.)

2010-12-15 10:20:41