
Válogatás a HealthOnLine cikkeiből

2011. december 7.

EU egészségügy	2
"Európa 2020" – egy egészségesebb Európai Unióért	2
Egészségpolitika	4
A walesi NHS ötéves terve	4
Egészségügyi rendszerek működése	6
Integrált ellátás a Trafford NHS-nél	6
A fogyatékossgal élők számára nyújtott egészségügyi-szociális szolgáltatások fejlesztése Franciaországban	9
Görögország: a gazdasági válság egészségügyi hatásai	9
Az USA egészségügye az iparosodott országok mögött kullog	11
Finanszírozás	12
Magas bevételkiesések a magán betegebiztosítóknál Németországban	12
Csehország: a 2012-re tervezett egészségügyi kiadások	14
Egészségügyi informatika	15
Titkosítatlan betegadatok az Interneten - Németország	15
A SIS egészségbiztosítási kártyát elektronikus személyigazolvány váltja fel Belgiumban	16
Humán erőforrás	16
Szlovákiában hosszú tárgyalások után megállapodás született az orvosokkal	16
A cseh egészségügyi miniszter a magasabb orvosi bérekről	18
Orvoshiány – német helyzetkép	19
Gyógyszerügy, patikapiac	20
Gyógyszervásárlás határátlépéssel Belgium és Hollandia között	20
Új terv az antibiotikumok helytelen alkalmazásának visszaszorítására Franciaországban	21
Észtország: a betegeket az olcsóbb gyógyszerek megvásárlására ösztönzik	22
Egészségügyi reformok	23
Az OECD szerint a brit egészségügyi törvényjavaslat aláássa az NHS-t	23
Csehország: az egészségügyi reform második fázisa	24
A német egészségügyi ellátórendszer szerkezetének átalakítását célzó törvénytervezet	24
Egészségügyi statisztika	26
Az elkerülhető halálozás trendjei 16 országban	26
Health at a Glance 2011: indikátorok az összes OECD-országra	27
A kiegészítő biztosítás szerepe a fogászati ellátás térítésében – Franciaország	31
Egészségügyi Világszervezet (WHO)	32
A Harmadik Egészségügyi Miniszteri Fórum eredményei. Banja Luka, Bosznia-Hercegovina, 2011. október 13-14.	32

EU egészségügy

“Európa 2020” – egy egészségesebb Európai Unióért

Az "Európa 2020" az EU következő évtizedre vonatkozó növekedési stratégiája, amely a polgárok egészségi állapotának fejlesztését is célozza, beleértve az egészséges öregedést, a munkahelyi egészséget és az egészségügyi egyenlőtlenségek felszámolását.

Az egészségfejlesztés integráns része az EU "Európa 2020" elnevezésű, 10 éves gazdasági növekedési stratégiájának. Az egészségpolitika elengedhetetlen a fenntartható gazdasági növekedés célkitűzéseinek eléréséhez, mivel:

- ▶ az emberek egészségének és aktivitásának hosszú távú megőrzése pozitív hatással van a termelékenységre és a versenyképességre;
- ▶ az innováció elősegítheti az egészségügyi szektor fenntarthatóbbá tételét, és új gyógymódokat találhat az egészségügyi problémákra;
- ▶ az egészségügyi szektor fontos szerepet játszik a képességek fejlesztésében és a munkahelyteremtésben, mivel az EU legjobban képzett munkavállalóinak egytizedét alkalmazza;
- ▶ a 65 év fölöttiek számában a következő 20 évben várható 45 százalékos növekedés miatt a növekvő egészségügyi kiadások finanszírozása, valamint az elöregedő lakosság számára a méltóságteljes és független élet biztosítása a politikai viták központi kérdése lesz a jövőben.

Az EU 2020 hét kiemelt kezdeményezése közül a következő négy vonatkozik leginkább a népegészségügyre:

- ▶ Innováció Unió
- ▶ Európai Digitális Agenda
- ▶ Agenda az új képesítésekre és munkahelyekre vonatkozóan
- ▶ Európai Platform a szegénység ellen

Innováció Unió

Az Innováció Unió célja, hogy maximalizálja az EU innovációs és kutatási kapacitását, és a társadalmi kihívásokra összpontosítsa azokat. Az Európai Bizottság célja, hogy Európát a világ vezetőjévé tegye az aktív és egészséges öregedés elősegítésére vonatkozó innovatív módszerek kifejlesztése által.

2011-ben kísérleti jelleggel elindították az Aktív és Egészséges Öregedésre vonatkozó Európai Innovációs Partnerséget, melynek fő célja, hogy 2020-ra 2 évvel növelje az átlagos egészséges élettartamot az EU-ban. Ennek során a következőket is célul tűzte ki:

- ▶ lehetővé tenni az idősebb EU-polgárok számára, hogy egészséges, aktív és független életet éljenek;
- ▶ fejleszteni a szociális és egészségügyi rendszerek fenntarthatóságát és hatékonyságát;

- ▶ fellendíteni és fejleszteni az innovatív termékek és szolgáltatások piacainak versenyképességét, amelyek mind EU- szinten, mind globálisan válaszolni tudnak az előrejedés kihívásaira, ezáltal új üzleti lehetőségeket teremtenek.

Európai Digitális Agenda

Az Európai Digitális Agenda a digitális alkalmazások fejlesztésére és alkalmazására fókuszál. A szociális kihívásokra irányuló info-kommunikációs technológiák zászlaja alatt, az Agenda terveket tartalmaz az egészségügyi ellátás fejlesztésére, az ellátási költségek csökkentésére, valamint a beteg és rokkant emberek független életének előmozdítására.

Az egészségügyre vonatkozó négy kulcsfontosságú akció:

- ▶ 75. Akció: Biztosítani az európai polgárok számára a biztonságos online hozzáférést egészségügyi adataikhoz, és elérni a telemedicina széleskörű alkalmazását
- ▶ 76. Akció: Ajánlás a minimális közös adatállomány meghatározására
- ▶ 77. Akció: Az egész EU-ra kiterjedő standardok, az interoperabilitás tesztelésének és az e-Egészségügy tanúsításának előmozdítása
- ▶ 78. Akció: Az "Ambient Assisted Living" elnevezésű közös program megerősítése, amely elsősorban az idős emberek életvitelének infokommunikációs eszközökkel való támogatására irányul.

Agenda az új képesítésekre és munkahelyekre vonatkozóan

Az új képesítésekre és munkahelyekre vonatkozó Agenda rávilágít a munkaerő egészségi állapotának, mentális egészségének gazdasági jelentőségére. A cél a munkakörülmények és az olyan munkahelyek fejlesztése, amelyek munkavállalók egészségét és jólétét helyezik előtérbe, csökkentve ezáltal az egészségügyi egyenlőtlenségeket, a munkaerő-hiányt és hiányzásokat. Az EU támogatja a mentális betegségek növekvő gyakoriságának kutatását is a munkahelyeken.

A munkahelyi egészségre vonatkozó törvénykezés nagyszabású felülvizsgálata szintén folyamatban van, és 2014-re ki fogják egészíteni a következők szerint:

- ▶ Jelenleg felülvizsgálat alatt: a munkaidőre és a dolgozók kiküldetésére vonatkozó törvénykezés
- ▶ Jövőbeni prioritások: azon irányelvek felülvizsgálata, amelyek a következőkkel foglalkoznak:
 - elektromágneses mezők,
 - karcinogének és mutagének,
 - váz- és izomrendszeri rendellenességek,
 - környezeti dohányfüst,
 - nanoanyagokkal kapcsolatos kockázatok.

2012-re az Európai Bizottság egy Akciótervet is ki fog dolgozni a munkaerőhiány leküzdésére, az EU-tagállamokkal együttműködésben. Az Akciótervhez egy Közös Akció társul az Egészségügyi Program keretén belül, amely az egészségügyi munkaerő szükségleteinek előrejelzésére és munkaerő-tervezésre irányul.

Európai Platform a szegénység ellen

Az Európai Platform a szegénység ellen a gazdasági és szociális kohézió megteremtését célozza. A konkrét célkitűzés, hogy 2020-ra legalább 20 millió európai polgárt kiemeljenek a szegénységből. Ennek egyik módja, hogy a Bizottság növelni kívánja az erőfeszítéseket az egészségfejlesztés és prevenció terén, az egészségben fennálló egyenlőtlenségek csökkentésére fókuszálva.

A Bizottság ki akarja dolgozni az idős emberek egészséggel kapcsolatos szolgáltatásainak innovatív és fenntartható finanszírozását. Támogatni fogja a közösségi alapú válaszokat az olyan szükségletekre, mint pl. az idősek szociális ellátása, a gyermekek egészsége, valamint a globális egészségügyi kihívások.

Az egészségügyi egyenlőtlenségek csökkentése terén a Bizottság a következő intézkedéseket tervezi:

- ▶ elősegíteni az EU-tagországok és az érdekeltek számára a legjobb gyakorlat azonosítását és gyakorlati alkalmazását,
- ▶ rendszeres statisztikák készítése és jelentéstétel az EU-ban tapasztalható egyenlőtlenségekről, valamint az ezek csökkentésére irányuló sikeres stratégiákról,
- ▶ eljárások kidolgozása ezen politikák hatásainak értékelésére az egészségügyi egyenlőtlenségekre és csökkentésükre vonatkozóan, ahol lehetséges,
- ▶ előmozdítani, hogy a tagországok az EU-forrásokat a legszegényebbek egészségének fejlesztésére használják fel, és csökkentsék az egészségügyi egyenlőtlenségeket a régiók között, pl. az alapellátó intézmények, a vízellátás és higiénia, házfelújítások terén.

Az első jelentést a program előrehaladásáról 2012-ben készítik el.(AZS)

Forrás:

- ▶ http://ec.europa.eu/health/europe_2020_en.htm (Letöltés dátuma: 2011. 11. 03.)

2011-11-03 14:47:29

Egészségpolitika

A walesi NHS ötéves terve

A walesi kormány közzétette az egészségügyi szolgálatra vonatkozó tervezetét (Together for Health - Együtt az egészségért).

Az ötéves időszakot átölelő tervezet szerint az egészségügyi szakemberek „klinikai hálózatokat” fognak létrehozni a betegek helyi közösségekben történő ellátására, a szakellátáshoz való gyorsabb hozzáférés érdekében pedig „kiválósági központok” jönnek létre. Szintén nagyobb hangsúlyt fognak fektetni a megelőzésre és a lakosság tájékoztatására az elhízás, a dohányzás és az alkoholfogyasztás veszélyeiről. A walesi egészségügyi miniszter szerint erkölcsileg elfogadhatatlan, hogy sok ember egészsége jóval elmarad az átlagostól.

A tervezet becslése szerint két évtizeden belül a lakosság közel harmada lesz 60 évesnél idősebb, ezért elérkezettnek látják az időt arra, hogy határozott váltás történjen a betegség egyszerű

menedzselésétől egy egészséges Wales megteremtése felé. Példaként említi a dokumentum, hogy az asztma rohamban szenvedő betegeket még mindig kórházba szállítják, ami elkerülhető lenne a helyi megelőző tevékenység és támogatás megléte esetén.

A Together for Health többek közt a következőket tartalmazza:

- ▶ Az alapellátás és közösségi szolgáltatások (GP-k, gyógyszerészek, közösségi ápolók) vezető szerepet játszanak majd az ellátás nyújtásának módjában, amely közelebb kerül az emberek otthonához.
- ▶ A betegség megelőzésére való összpontosítás a népegészségügyi kihívások kezelésére. A körzeti általános kórházak továbbra is fontos szerepet fognak játszani, bár a jelenleg nyújtott szolgáltatások megváltoznak, és kevesebb ember kerül kórházi felvételre.
- ▶ A kiválósági központok biztosítani fogják, hogy a legjobb szakértelem és műszerezettség a nap 24 órájában rendelkezésre álljon komplex, életveszélyes betegségek esetén.
- ▶ Az alapellátás és a közösségi szolgáltatások szakembereiből álló klinikai hálózatok támogatni fogják a helyi kórházakat a betegek otthonához közel nyújtott ellátásban a specialista központokból való elbocsátást követően. A vidéki területeken megnövelik a telemedicina használatát, hogy a szolgáltatások bármilyen időpontban elérhetőek lehessenek.
- ▶ A minőség javítása érdekében információkat tesznek közzé az NHS teljesítményéről az eredmények és a betegelégedettség szerint, a főbb szolgáltatási területeken éves jelentéseket készítenek.
- ▶ Sor kerül egy megállapodás megfogalmazására a walesi NHS és a betegek között annak biztosítására, hogy az emberek megfelelő információk birtokába kerüljenek annak érdekében, hogy felelősséget tudjanak vállalni saját egészségükért. (SZL)

Forrás:

- ▶ Morris, Steven: Welsh government unveils five-year plan for NHS. The Guardian, <http://www.guardian.co.uk/society/2011/nov/01/welsh-government-five-year-plan-nhs>
(Letöltés dátuma: 2011.11.04.)

Dokumentum:

- ▶ Together for Health
<http://wales.gov.uk/docs/dhss/publications/111101togetheren.pdf>

2011-11-05 10:41:57

Egészségügyi rendszerek működése

Integrált ellátás a Trafford NHS-nél

A Nuffield Trust brit kutatóintézet tanulmánya felvázolja a Trafford egészségügyi szolgálatnak az integrált ellátás kialakítására irányuló törekvéseit.

A Trafford Healthcare NHS Trust a Greater Manchester város 215 ezer lakosú Trafford kerületében működik. Az egészségügyi szolgálat szervezetei több mint három éve egy új integrált ellátó rendszer kialakításán dolgoznak, amely átfogná az egészségügy teljes spektrumát.

Az integrált ellátás a szolgáltatások szervezésének olyan módja, amely lehetővé teszi a jobban koordinált, proaktív ellátást. Célja a betegellátás töredezettségének megszüntetése és az egészségügyi rendszer nagyobb hatékonyságának elérése. Traffordban az integrált ellátás kialakítását elhúzóó pénzügyi problémák ösztönözték. Egyre nyilvánvalóbbá vált, hogy a helyi aktív ellátó tröszt nem képes helyreállítani pénzügyi helyzetét anélkül, hogy súlyos pénzügyi gondokat okozna az egész rendszernek és a lakosságnak, mivel az egészségügyi szolgáltatások meglévő mintájának fenntartásához nem voltak meg pénzalapok.

Emellett az NHS által finanszírozott ellátás kereslete növekedőben van. A lakosság száma növekszik, főleg a 65 éven felülieké, és a krónikus betegség jelentős terhet jelent a szolgálat számára. A halálozás kb. 80%-a kardiovaszkuláris betegségből, rákbetegségből és krónikus obstruktív légzőszervi betegségből ered. Ezért a traffordi alapellátó tröszt stratégiai fókuszja a krónikus betegségek menedzselésétől és az idősek aktív ellátásától elmozdult az elkerülhető hospitalizáció csökkentése és az emberek otthoni/otthon közeli ellátása felé.

Az integrált ellátás megvalósításának becsült költségei a 2010-es költségvetési évre (2010 április-2011 március):

- ▶ A szolgáltatások átalakításának költségei: 1.200.000 GBP
- ▶ Információ és jelentések: 150.000 GBP
- ▶ Betegtapasztalatok és koordináció: 150.000 GBP
- ▶ Vertikális integráció: -
- ▶ Vezetés és minőségfejlesztés: 100.000 GBP
- ▶ Projekt iroda és értékelés: 200.000 GBP

Az integráció számos formát ölthet a különböző ellátók közötti laza együttműködéstől a szolgáltatás-vásárlási modellig és az ellátók közötti (vertikális vagy horizontális) szervezeti fúzióig. Az ellátók koordinálása történhet szervezeti fúzió nélkül is közös költségvetés, irányítás és információs rendszerek révén. Traffordban az integrált ellátás kialakítására irányuló erőfeszítések a következőkre összpontosítottak: alapellátás, közösségi egészségügy, általános aktív ellátás, mentális egészségügy és szociális ellátás.

Az integrált ellátás kialakítását irányító elvek:

- ▶ A beteg szava elsődleges szempont az ellátás valamennyi területén
- ▶ Az integrált szolgáltatások fő színhelye az alapellátás
- ▶ A szakorvosi szakértelem az eredményes integrált szolgáltatások lényeges részét képezi
- ▶ Az integrált szolgáltatások nyújtása elsősorban az ápolók és az egészségügyi szakdolgozók kiszélesített szerepein fog nyugodni
- ▶ Az integrált szolgáltatások magukba foglalják a szociális ellátást
- ▶ A jövőbeni integrált ellátás az alapellátás szolgáltatásainak egészét kell, hogy egységbe hozza
- ▶ 2008 januárjában a Trafford PCT felvázolt egy tervezetet az integrált ellátás kialakítására (Commissioning and Strategic Plan 2008–13). A 2008 szeptemberében 110 orvos és egészségügyi szakember részvételével megtartott első „Klinikai Kongresszus” további támogatást és vezetést biztosított a kialakulóban levő ötletekhez. A Trafford integrált ellátás felé való elmozdulása még folyamatban van. Jelentős munkát végeztek idáig a főbb kihívások azonosítására és megoldására. A kihívásokat nehezítette az a körülmény, hogy a változásokat olyan időben kell bevezetni, amikor pénzügyi megszorítások történnek az ágazatban és az NHS országos szintű reformja zajlik (PCT-k és a stratégiai egészségügyi hatóságok megszüntetése, helyi szolgáltatás-vásárló csoportok létrehozása).

Az integráció kihívásai és tanulságai:

1. Annak felismerése, hogy alapvető változásra van szükség

- ▶ Világos és megállapodott jövőkép biztosítása
- ▶ Egyidejű együttműködés a szolgáltatás-vásárlókkal és az ellátókkal
- ▶ A változás és az integráció felé haladás világos érvelése
- ▶ A változás sebességének reális felmérése
- ▶ Az integráció magas szintű támogatásának biztosítása

2. A betegek középpontba helyezése

- ▶ Tapasztalt személyzet biztosítása a betegek eredményes és folyamatos bevonásába

3. Az integrált rendszerek kialakításakor az érdekeltek bevonása

- ▶ Az alapellátás és a szakellátás klinikai dolgozóinak aktív bevonása
- ▶ Az integrált ellátás vonzóvá tétele valamennyi klinikai dolgozó számára
- ▶ Tér és idő biztosítása a kapcsolatok építésére
- ▶ A szociális szolgáltatások bevonása a kezdetektől fogva
- ▶ Megfelelő nyelv használata

4. A hatékony helyi vezetés támogatása

- ▶ A meglévő és kialakuló testületek szerepének elismerése
- ▶ Az integrált ellátási szemlélet előmozdítása a felső vezetés körében
- ▶ A helyi vezetők aktív meggyőzése és támogatása

5. A minőség és a hatékonyság javítására való összpontosítás

- ▶ Az érdekelték szerepének és tevékenységének tudatosítása az integrált ellátási rendszeren belül
- ▶ Adatrendszerek és az információ-megosztás használata az integráció megvalósításához
- ▶ A technológia eredményes használata

Az integrált ellátási szervezetek (ICO) pontos formájáról még nem történt döntés. A „rendelői orvoslás” koncepciója azonban megmarad központi modellként, amely a GP-k és a kórházi szakorvosok együttműködésén alapul. A GP-k által irányított szolgáltatás-vásárló csoport jövőbeni megvalósulásával az integrációs tervezet megerősíti a háziorvosok szerepét. Az ellátók és a szolgáltatás-vásárlók együttműködnek a szélesebb NHS-szel és a szociális ellátással a minőségi ellátás nyújtására, a kedvezőbb betegtapasztalatok elérésére és az NHS források hatékonyabb felhasználására.

A helyi fejleményekkel egyidejűleg változások történtek az országos szakpolitikában is az egészségügyi minisztérium fehérkönyvének megjelenésével (Equity and Excellence: Liberating the NHS). Ennek értelmében megszüntetnék az alapellátó trösztöket és az NHS szolgáltatások vásárlása háziorvosi konzorciumok feladata lenne (ezt később „klinikai szolgáltatás-vásárló csoportok”-ra nevezték át). A traffordi GP-k is létrehoztak egy ilyen csoportot a fennálló praxis-alapú konzorciumból. 2010 decemberében a Trafford Commissioning Consortium nevű csoport „pathfinder” státuszt kapott, ami azt jelenti, hogy elláthat szolgáltatás-vásárló feladatokat, kezelheti a helyi költségvetést és vásárolhat integrált ellátást más NHS szervezetekkel vagy helyhatóságokkal közösen.¹

A Trafford NHS megfelelő kísérleti helyszínnek bizonyul az integrált ellátás kialakulóban levő szakpolitikája számára, ahol központi szerepet kap a klinikai vezetés, a betegek és a nyilvánosság bevonása és a kimenet-alapú szolgáltatás értékelés. A Traffordban nyert tapasztalatok rámutatnak arra, hogy járható útnak bizonyul a szolgáltatások átrendezésével elért fejlődés, még akkor is, ha a szerkezeti kérdések még nincsenek teljesen kidolgozva. (SZL)

Forrás:

- ▶ Sara Shaw, Ros Levenson: Towards integrated care in Trafford. Nuffield Trust, November 2011,
http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/towards_integrated_care_in_trafford_report_nov11.pdf (Letöltés dátuma: 2011.12.01.)

2011-12-06 09:50:12

¹ A „GP pathfinder” programot az egészségügyi minisztérium indította 2010 végén: GP commissioning pathfinders announced:http://www.dh.gov.uk/en/Aboutus/Features/DH_122396

A fogyatékossgal élők számára nyújtott egészségügyi-szociális szolgáltatások fejlesztése Franciaországban

Franciaországban a fogyatékossgal élők érdekében hozott 2002-es, 2005-ös és 2009-es törvények komoly változásokat idéztek elő a handicap-pel élés intézményi és adminisztrációs háttérben. Különösen a 2005. február 11-i törvény irányított fokozott figyelmet a fogyatékossgal élők társadalmi életbe való bevonására és esélyegyenlőségének megteremtésére, illetve ennek megvalósításában az egészségügyi-szociális intézmények és részlegek szerepének jelentőségére.

Marie-Anne Montchamp, társadalmi kohézióért és szolidaritásért felelős államtitkár felkérte Jean-Yves Hoquet, nagy kitekintéssel és felsővezetői múlttal rendelkező független szakértőt, hogy folytasson egyeztető tárgyalásokat az egészségügyi-szociális szektor fogyatékosügyi tevékenységet végző intézményeinek és szolgáltatásainak fejlesztésében kiemelt szerepet betöltő illetékesekkel – a különböző szervezetek, regionális egészségügyi hatóságok, megyei tanácsok vezetőivel, valamint az Autonómiáért Szolidaritást vállaló Országos Pénztár vezetésével. Az egyeztetés a várakozások szerint kiindulásul fog szolgálni az elvárások közös felméréséhez és a stratégiák 2012 márciusáig történő kidolgozásához.

Mindezzel egy időben, az előzetes ütemezés szerint kerül majd sor 51 ezer új férőhely kialakítására a fogyatékossgal élő felnőttek és gyermekek részére megfelelő elhelyezést és ellátást biztosító intézményekben. A terv megvalósításában, melyhez az állam nyújt dotációt, a regionális egészségügyi hatóságok kiemelt szerepet fognak játszani.

Az egészségügyi és az egészségügyi-szociális szolgáltatások terén az előző évtizedben hozott jogszabályok révén elért eredmények alátámasztják a pozitív változások intézményi támogatásának szükségességét, így a 2010-ben felállított regionális egészségügyi hatóságok és partner intézményeik közötti partnerségi kapcsolatok kiépítésére és továbbfejlesztésére is megkülönböztetett figyelem irányul. (ZLL)

Forrás:

- ▶ Faire évoluer les services médico-sociaux accompagnant les personnes handicapées. Portail du Gouvernement, 2011.11.03.
<http://www.premier-ministre.gouv.fr/gouvernement/faire-evoluer-les-services-medico-sociaux-accompagnant-les-personnes-handicapees>
- ▶ Handicap : des lois de 2002 à la loi du 11 février 2005 ? Loi handicap.
<http://www.loi-handicap.fr/> (Letöltés dátuma: 2011.11.07.)

2011-11-09 09:00:33

Görögország: a gazdasági válság egészségügyi hatásai

Nyilvánvaló jelek mutatnak arra, hogy a pénzügyi válság alatt romlottak az egészségügyi kimenetek Görögországban, különösen a sérülékeny csoportok körében. Erre a következtetésre jutottak a University of Cambridge és a London School of Hygiene and Tropical Medicine kutatói a The Lancetben 2011 októberében publikált tanulmányukban.

Görögországot a 2007-ben begyűrűzött gazdasági recesszió erőteljesebben sújtotta, mint bármely más európai országot. A görög gazdaság 15 év folyamatos növekedés után fordulatot vett. 2008 májusa és 2011 májusa között a felnőttek körében a munkanélküliség 6,6 százalékról 16,6 százalékra nőtt, az államadósság pedig 2007 és 2010 között a GDP 105,4 százalékáról 142,8 százalékára (azaz 239,4 milliárd euróról 328,6 milliárd euróra nőtt). Görögország probléma-kezelési lehetőségei korlátozottak voltak, mivel az Eurózána tagjaként nem élhetett olyan lehetőséggel, mint a valuta leértékelése. Az adósságok finanszírozására Görögország 110 milliárd eurós kölcsönt vett fel az IMF-től és az Eurózána partnerektől, olyan szigorú feltételek mellett, amelyek magukban foglalták a kormányzati kiadások drasztikus megnyirbálását. Miközben más országok (pl. Franciaország és Németország) már a gazdasági felépülés jeleit mutatják, Görögországban tovább gyűrűzik a válság: 2010-ben az ipari termelés 8 százalékkal esett vissza.

A kutatók az EU Jövedelmi és Megélhetési Feltételekre vonatkozó Statisztikáit használták a Görögország egészségi állapotra és egészségügyre vonatkozó elemzésének alapjául, amely keresztmetszeti és longitudinális adatokat biztosít a társadalmi és gazdasági jellemzőkről, valamint életfeltételekről minden EU-tagországra vonatkozóan. Emellett 2007-ben 12 346, 2009-ben 15 045 görög polgárt is megkérdeztek, társadalmi-demográfiai adatok gyűjtése céljából. A tanulmány készítéséhez egészségügyi kutatóintézetek, NGO-k jelentéseit is felhasználták, amelyek epidemiológiai indikátorokat, kórházi felvételekre vonatkozó adatokat, mentális egészségügyi problémákra vonatkozó jelentéseket és a sérülékeny csoportok helyzetére vonatkozó információkat is tartalmaztak.

Az EU Jövedelmi és Megélhetési Feltételekre vonatkozó Statisztikái azt mutatják, hogy a görög polgárok 15 százalékkal kisebb valószínűséggel fordultak orvoshoz 2009-ben, mint 2007-ben, a válság kezdete előtt, ami elsősorban a hosszabb várakozási időnek, az utazási távolságnak, valamint a jobbulásra való várakozásnak tudható be. Mivel Görögország univerzális egészségügyi rendszere feljogosítja a pácienseket a háziorvossal való ingyenes konzultációra, és a járóbeteg intézményekben is nagyon alacsony a vizitdíj (0-5 euró, azaz 0-1530 Ft), a tanulmány szerzői úgy vélik, hogy az orvosi vizitek számában tapasztalt csökkenések a kínálati oldal problémáit tükrözik. A kórházi költségvetésekben mintegy 40 százalékos csökkentés volt, emellett az egészségügyi szakemberek száma is alacsonyabb a szükségesnél, és alkalmanként hiány tapasztalható az orvosi felszerelések terén is. Az egészségügyi dolgozókat a páciensek megvesztegetik, hogy előrébb jussanak a hosszú várólistákon.

Habár a háziorvosi és járóbeteg vizitek számában csökkenést tapasztaltak, 2010-ben a kórházi felvételek száma 24 százalékkal nőtt 2009-hez képest, 2011 első felében pedig 8 százalékkal emelkedett 2010 ugyanezen időszakához viszonyítva.

Meglehetősen aggasztó, hogy 2009-ben 2007-hez viszonyítva 14 százalékkal nőtt azon görög polgárok aránya, akik egészségi állapotukat „rossznak” vagy „nagyon rossznak” ítélték meg. Ugyanezen időszakban az öngyilkosságok aránya 17 százalékkal emelkedett, és egy nem hivatalos, parlamenti felszólalásban említett adat szerint 2010-ben az öngyilkosságok aránya 25 százalékkal nőtt 2009-hez képest. Az egészségügyi miniszter 40 százalékos emelkedést jelentett 2011 első felében 2010 ugyanezen időszakához viszonyítva.

Emellett más indikátorok is aggasztó tendenciát mutatnak: az erőszakos cselekedetek, emberölések és betörések száma 2007 és 2009 között közel duplájára nőtt. A betegségi juttatásokra jogosultak száma ugyanezen periódus alatt 40 százalékkal csökkent, feltehetőleg a költségmegtörlesztések miatt. 2010 végén a HIV fertőzések számában jelentős emelkedés mutatkozott: a legfrissebb adatok szerint az új fertőzések 52 százalékkal fognak emelkedni 2010-hez képest (922 új eset a korábbi 605-tel szemben), és ez a növekedés jelentős részben az intravénás drog fogyasztók körében történő fertőzéseknek

tudható be, valamint a prostitúció (és a védekezés nélküli szexuális együttlét) elterjedésének. A 2011 első 7 hónapjára vonatkozó adatok több mint 10-szeres növekedést mutatnak az intravénás drogfogyasztók fertőzéseiben, 2010 ugyanezen időszakához viszonyítva. A heroinfogyasztás prevalenciája szintén növekedett 2009-ben 20 200-ról 24 100-ra, azaz 20 százalékkal. A 2009-es és 2010-es költségvetési megszorítások az ország utcai munka programjának egyharmadával való csökkentését eredményezték.

A tanulmány szerzői rávilágítottak ugyanakkor arra is, hogy - ahogyan az recessziós időszakokban lenni szokott - jelentősen csökkent az alkoholfogyasztás, és a rendőrség adatai szerint, az ittas vezetés is.

A szerzők arra a következtetésre jutottak, hogy összességében véve, a görög egészségügyi helyzet aggodalomra ad okot. Úgy vélik, hogy az adósságok visszafizetéséért tett erőfeszítések során a végső árát a hétköznapi emberek fizetik meg: csökken az egészségügyi ellátáshoz és a prevencióhoz való hozzáférés, nő a HIV és más szexuálisan terjedő betegségek magasabb kockázata, és legrosszabb esetben életek elvesztésével is szembe kell nézni. Felhívják a figyelmet arra, hogy nagyobb figyelmet kell fordítani az egészségre, valamint az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférésre annak érdekében, hogy elkerüljék, hogy a görög válság aláaknázza az ország jólétének végső forrását: a lakosságot.

Clive Needle, az EuroHealthNet igazgatója úgy véli, hogy az EU is segíthet a görög válság egészségügyi hatásainak leküzdésében. Véleménye szerint egy uniós szintű egészségügyi és gazdasági munkacsoport felállítására lenne szükség, amely támogatná a tagországok kormányait a gazdasági változások elindításában. (AZS)

Forrás:

- ▶ Evidence of health effects of financial crisis in Greece.
<http://eurohealthnet.eu/sites/eurohealthnet.eu/files/press-release/PR-2011-17.pdf>
- ▶ Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy.
[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)61556-0/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)61556-0/fulltext) (Letöltés dátuma:2011.11.05.)

2011-11-04 11:59:15

Az USA egészségügye az iparosodott országok mögött kullog

Az Egyesült Államok egészségügye további romlást mutatott a minőség, az elérhetőség és a megfizethetőség terén a 2010-es reformtörvény bevezetése előtti időszakig.

A Commonwealth Fund által bemutatott országos egészségügyi teljesítmény értékelés (National Scorecard) szerint az Egyesült Államok abszolút értékben számított ponteredménye 67-ről 64 pontra csökkent 2004-től 2009-re (a lehetséges 100 pontból). A 75 éves kor előtti megelőzhető halálozások alapvető indikátorai terén javulás tapasztalható (pl. rákbetegségek, diabetes, bakteriális fertőzések). Ez a javulás azonban lassabban történik más országokhoz képest. Míg az Egyesült Államokban tíz év alatt 20%-kal csökkent a halálozás, más országokban ez az arány 30-35% vagy több volt. Az Egyesült Királyság pl. jelentős javulást mutatott ezen a területen és megelőzte az Egyesült Államokat.

A teljesítmény értékelésben a 16 iparosodott ország közül összesítésben az USA végzett az utolsó helyen. Itt az egészségügyi ellátáshoz köthető halálozás 68%-kal magasabb, mint a vezető helyen levő országokban. Az Egyesült Államok a hozzáférés tekintetében is rosszul szerepel, ami a minőség

romlását és a költségek növekedését eredményezi. A jelentés szerint a 2010. év valamelyik időpontjában a 65 év alatti lakosság 44%-a, vagyis 81 millió ember nem rendelkezett biztosítással vagy volt alulbiztosítva. Ez 2003-hoz képes egyharmados növekedést jelent. A lakosság kétharmada jövedelmének 18%-át (vagy többet) egészségbiztosítási díjakra költi. A juttatások viszont leszűkítettek, így még a biztosítással rendelkező emberek is szembenézhetnek egészségügyi számlákból eredő tartozásokkal.

Az Egyesült Államok alacsony hatékonyságának fő tényezői közé sorolhatók a duplikált szolgáltatások, a kórházi újrafelvételek magas aránya, az elektronikus információ viszonylag alacsony fokú használata és a magas adminisztratív költségek. Bár más országokban is vannak egymással versengő biztosítók (Németország, Hollandia), bonyolult biztosítási rendszerrel, az adminisztratív költségek ott mégis alacsonyabbak. Ha az Egyesült Államok ugyanazon a határfokon működne, évi 55 milliárd dollárt takaríthatna meg az adminisztratív költségeken.

A Commonwealth Fund elnöke szerint a teljesítmény jelentés kiindulási pontnak tekinthető az egészségügyi reform hatásának értékelésénél, amint a törvény rendelkezései megvalósulásra kerülnek az elkövetkezendő években. (SZL)

Forrás:

- ▶ Roehr, Bob: US healthcare falls further behind that of other industrialised countries. BMJ, <http://www.bmj.com/content/343/bmj.d6851.full> (Letöltés dátuma: 2011.10.27.)

2011-10-28 11:17:34

Finanszírozás

Magas bevételkiesések a magán betegbiztosítóknál Németországban

A német számítások szerint a járulékaikat nem fizető magán betegbiztosítottak – a német rendszerben ezek a személyek csak magán betegbiztosítással rendelkeznek, és nem összetévesztendőek azokkal az állami rendszerben lévő kötelező betegbiztosítottakkal, akik kiegészítő magán betegbiztosítást is kötnek, például jobb minőségű szolgáltatások megváltására – eddig 289 (magán betegbiztosítók szövetségének számadata) és 554 (a piacvezető Debaka magánbiztosító becslése) millió euró közötti veszteséget okoztak biztosítóiknak. Értesülések szerint a magán betegbiztosítók bevételkiesése a 2010 közepe óta csaknem megkétszereződött. Erre a tényre a magánbiztosítók szövetsége röviddel ezelőtt hívta fel a figyelmet és követelte törvényi megoldást a biztosítók tehermentesítésére.

A nem fizetők legnagyobb része a törvényi szabályozás révén legolcsóbb csomagot igénybe vevő új magán betegbiztosított személyek közül kerül ki. 2011 júniusában a mintegy 40 német magán betegbiztosító összesen 142 800 olyan tagot tartott nyilván (a német rendszerben a magánbiztosítottak száma összesen 9 millió körüli, azaz ez csupán 1,59 százalékot jelent), akik már legalább három hónapja nem fizették biztosítási járulékaikat.

A magán betegbiztosítók számára a nem fizetők 2009-et megelőzően még nem jelentettek problémát. E szegmenst is érinti a bevezetett teljes lefedettségű törvény, az a fajta biztosítási kötelezettség, aminek köszönhetően a biztosítók már nem zárhatják ki azokat a tagjaikat, akik nem fizetik rendszeresen betegbiztosítási járulékaikat. A német rendszerben az alapproblémát tehát az okozza, hogy a kötelező

betegbiztosítás versenyt erősítő törvénye értelmében a járulékat nem fizető magán betegbiztosítottak ellátását a többi magánbiztosított befizetéseiből kell, hogy biztosítsa a szolgáltató ún. „szolidáris elven”.

A hatályos törvény értelmében a magán betegbiztosítóknak csupán arra maradt lehetőségük, hogy a nemfizetők biztosítási védelmét korlátozzák. Az érintett személyek részére a sürgősségi ellátáson kívül, csupán a fájdalmak kezelését, illetve a terhességgel vagy anyasággal kapcsolatos szolgáltatásokat nyújtják.

Számos szakértő szerint a magán betegbiztosító cégek a kezdőtarifa összegét is túl alacsonyan határozták meg. A kalkulációikkal ellentétben a biztosítottak ugyanis nem váltottak magasabb tarifaosztályba, hanem megmaradtak a belépő szinten, ami a magán biztosítócégek kalkulációit tejesen felborította.

E biztosítási szegmens azonban még további problémákkal is küzd. A nem fizetőknek, illetve az alacsony kamatoknak köszönhetően a magán betegbiztosítás rendszere egyre növekvő tarifákkal és imázs problémákkal szembesül. Több piaci szereplő ezért a magán betegbiztosítás-e piacáról való teljes kivonulást fontolgatja (a kiegészítő betegbiztosítás piacáról nem!).

Láthatóan e szegmens politikai támogatottsága is igen jelentősen csökkent. Ezért egyesek úgy vélik, hogy hamarosan az ún. „polgári biztosítás” rendszere kerülhet majd bevezetésre – amiről korábbi reformokban is volt már szó –, azaz egy minden állampolgárra kiterjedő kötelező biztosítási rendszer (ami már kiterjed a köztisztviselőkre, egyéni vállalkozókra is, akik jelenleg csak magán betegbiztosítással rendelkeznek), illetve e mellett volna mód magán kiegészítő betegbiztosítás megkötésére.

A járulék nem fizetését a kötelező betegbiztosítás rendszere is hasonlóképpen szankcionálja, ami a szolidáris közösséget hivatott védeni az egyes személyek általi indokolatlan túlterheléstől. A kötelező biztosítottak esetén kéthavi járulék elmaradásakor és az erre való figyelmeztetés semmibe vételét követően a kötelező betegbiztosítás szolgáltatási katalógusából igénybe vehető szolgáltatások korlátozásra kerülnek fizetőképes biztosítottak esetén. Indokolt esetekben a rászorultak támogatás igényelhetnek, ilyen esetekben nem kerül sor a szolgáltatáscsomag korlátozására. A kötelező betegbiztosításban az ilyenkor minimálisan nyújtott szolgáltatások köre megegyezik a magánbiztosításnál is említettekkel, azaz a sürgősségi ellátás, fájdalmak kezelése, illetve terhességgel vagy anyasággal kapcsolatos szolgáltatásokat nyújtják a biztosítottaknak.

Kivételes esetekben még a fogpótlás is a nyújtható szolgáltatások körébe tarthat. Itt olyan esetekről lehet szó, amikor:

- ▶ a fogpótlás elmaradása további egészségkárosodáshoz vezethetne,
- ▶ a tervezett ellátás későbbi időpontban nem volna már eredményesen kivitelezhető,
- ▶ az elmaradó beavatkozás a fennálló állapot rövid távú súlyosbodásához vezethetne. (VN)

Forrás:

- ▶ Deutsches Ärzteblatt: Private Krankenversicherung macht hohe Verluste
http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/48285/Private_Krankenversicherung_macht_hohe_Verluste.htm Letöltés: 2011.12.05.
- ▶ Private Krankenversicherung: Nichtzahler: PKV-Verband fordert gesetzliche Regelung
<http://www.pkv-private-krankenversicherung.net/nichtzahler-pkv-verband-fordert-gesetzliche-regelung-2039>

- ▶ PKV: Nichtzahler verursachen 500 Mio. Euro Schaden
<http://www.pkv-private-krankenversicherung.net/pkv-nichtzahler-verursachen-500-mio-euro-schaden-2517>
- ▶ PKV: Versicherer planen Abkehr von der Vollversicherung
<http://www.pkv-private-krankenversicherung.net/pkv-versicherer-planen-abkehr-von-der-vollversicherung-2513>
- ▶ Wenn die private Krankenversicherung zur Kostenfalle wird
<http://www.pkv-private-krankenversicherung.net/wenn-die-private-krankenversicherung-zur-kostenfalle-wird-2519> (Letöltés dátuma: 2011.12.06.)
- ▶ Patientenportal Bayern: Folgen von Beitragsrückständen in der Gesetzlichen Krankenversicherung
<http://www.patientenportal.bayern.de/patientenbeauftragter/detailansicht.htm?tid=20059>
(Letöltés dátuma: 2011.12.06.)

2011-12-05 11:24:48

Csehország: a 2012-re tervezett egészségügyi kiadások

A Cseh Egészségügyi Minisztérium 2012-re vonatkozó egészségügyi finanszírozási irányelve az ellátás azonos volumenét kívánja biztosítani, mint 2011-ben, a kórházi költségvetések átlagosan 3 százalékos és az orvosok kereseteinek 6,25 százalékos emelésével – nyilatkozta Leos Heger cseh egészségügyi miniszter. Azt is hozzátette, hogy el fogja küldeni az irányelvtervezetet a releváns testületeknek véleményezésre. A jövő évben összesen 226 milliárd cseh koronát (2712 milliárd Ft) kívánnak az egészségügyi rendszerre fordítani. (A cseh ÚZIS statisztikái² szerint az állami egészségügyi kiadások nagysága 2010-ben előzetes adatok szerint 243 milliárd cseh korona volt. Ebből a kórházi kiadások nagysága 127 milliárd cseh korona volt.)

Heger elmondása szerint a minisztérium kész arra, hogy további tárgyalásokat folytasson a 2012-es egészségügyi finanszírozás részleteiről, és ezáltal a direktíva végső formájában maximálisan megfeleljen a páciensek igényeinek, ugyanakkor figyelembe veszi Csehország és az EU makrogazdasági folyamatait. Heger hozzátette, hogy a minisztérium fő alapelve az volt, hogy ne sodorják bajba az állami egészségbiztosítási rendszert. Ezért jövőre is folytatódni fog az új orvosi felszerelésekbe, épületekbe és masszív fejlesztésbe történő befektetési stop.

A jelenleg különböző finanszírozást minden kórház számára egységesítik. Azok a kórházak, amelyek jobban vonzzák a betegeket, több pénzt fognak kapni. A többi kórháznak meg kell fontolnia az átalakulást, például krónikus ellátásra. A járóbeteg ellátás legfeljebb ugyanazt az összeget fogja megkapni, mint 2011-ben. A laboratóriumok számára történő kifizetéseket csökkentik.

Amennyiben az egészségbiztosítási járulékok nem érik el a várt 1 százalékos növekedési szintet, a minisztérium frissíteni fogja a finanszírozási direktívát, és szigorúbb feltételeket határoz meg 2012 közepén. Az 1 százalékos növekedésből finanszíroznák a kórházi orvosok megígért keresetemelését.

² ÚZIS: Zdravotnická ročenka České republiky 2010:
<http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2010>

Az orvosok szakszervezete azt nyilatkozta, hogy az új finanszírozási direktíva számukra akkor válik világossá, amikor február elején megkapják a januári keresetüket.(AZS)

Forrás:

- ▶ Czech ministry to keep same health care volume in 2012 as in 2011.
<http://www.ceskenoviny.cz/news/zpravy/czech-ministry-to-keep-same-health-care-volume-in-2012-as-in-2011/721170> (Letöltés dátuma:2011.12.02.)
- ▶ ÚZIS: Zdravotnická ročenka České republiky 2010:
<http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2010>

2011-12-02 14:30:34

Egészségügyi informatika

Titkosítatlan betegadatok az Interneten - Németország

Schleswig-Holsteinban mintegy 3600 pszichés beteg rendkívül érzékeny személyes betegadatokkal ellátott dokumentumai voltak szabadon hozzáférhetőek az Interneten.

A helyi tartományi adatvédelmi központ adatai szerint elsősorban a Brücke Renedsburg-Eckerförde e.V., Brücke gGmbH, new start gGmbH és a Kirschberg e.V. pszichiátriai adatai voltak érintettek. Az adatok védelméért felelős Rebus szolgáltató cég, ami a Brücke Szociális és Terápiás Központ leányvállalata, maga is meglepődött az adatok hozzáférhetősége láttán.

A kezdeti elemzések után a tartományi adatvédelmi központ arra a következtetésre jutott, hogy az adatok hozzáférhetősége súlyos hiányosságokra vezethető vissza. A hibázás legfőbb okai a több létesítmény közötti tisztázatlan munkaviszonyokra és felelősségi körökre, az IT dokumentáció és minőségellenőrzés hiányosságaira, illetve egy biztonságtechnikai szempontból nem kellően bevizsgált szoftvert alkalmazására vezethetőek vissza.

Jelenleg még tisztázatlan, hogy mennyi ideje voltak hozzáférhetőek a kérdéses betegadatok és valóban történt-e jogosulatlan hozzáférés. Az eddig vizsgálata már azt is megállapította, hogy szinte semmilyen adatvédelmi menedzsmentre vonatkozó előírást nem tartott be a szolgáltató. A lehetséges konzekvenciákról csak a részletes vizsgálatok eredményei után tudnak döntést hozni. (VN)

Forrás:

- ▶ Schwere Datenpanne: Patientendaten unverschlüsselt im Internet, Deutsches Ärzteblatt:
<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=suche&p=&id=113441>(Letöltés dátuma: 2011.11.24.)

2011-11-24 11:23:26

A SIS egészségbiztosítási kártyát elektronikus személyigazolvány váltja fel Belgiumban

Belgiumban előkészületek folynak az eddigiekben az egészségügyi ellátás igénybevételét elektronikusan támogató SIS egészségügyi kártya alkalmazását módosító projekt kidolgozására.

Az ország Vállalatainak Társadalombiztosítással kapcsolatos Központi Adatbankja (BCSS), az Országos Egészség- és Rokkantszociális Intézet (INAMI), a különböző biztosító szervezetek, a Információtechnológiai és Kommunikációs Közszolgáltatási Hivatal (Fedict) és az Országos Nyilvántartó Hivatal az eddig az egészségügyi ellátás lakossági igénybevételében fontos szerepet betöltő SIS egészségbiztosítási kártya alkalmazását módosító projekten dolgozik.

A SIS kártyát azzal a céllal vezették be, hogy minden biztosított egyedi társadalombiztosítási azonosítója révén, elektronikus támogatással részesüljön egészségügyi ellátásban. 2013-tól a SIS-kártya szerepét az elektronikus személyi igazolvány fogja fokozatosan átvenni.

A jövőben az egészségügyi szolgáltatók az elektronikus személyi igazolványról fogják leolvasni betegeik azonosító adatait, és ennek a dokumentumnak a segítségével fognak online kapcsolatban állni adminisztratív kérdésekben az egészségbiztosítással. (ZLL)

Forrás:

- ▶ La carte SIS disparaîtra. Service Public Fédéral, Sécurité Sociale, 2011.10.10.
<http://www.socialsecurity.fgov.be/fr/nieuwpublicaties/nieuwsoverzicht/2011/10.htm#101011>
(Letöltés dátuma: 2011.11.10.)

2011-11-10 14:53:27

Humán erőforrás

Szlovákiában hosszú tárgyalások után megállapodás született az orvosokkal

Szlovákiában, szeptember végén több mint kétezer orvos helyezte letétbe december 1-jére szóló felmondását az alábbi követeléseik alátámasztására: a bérek rendezése, az állami kórházak részvénytársaságokká alakításának leállítása, a Munka Törvénykönyve által előírtak szigorú betartása és az állami egészségügyi ellátás nagyobb mértékű anyagi támogatása.

Az orvosok nyomatékosan kijelentették, hogy csak minden követelésük teljesülése esetén vonják vissza letétbe helyezett felmondásukat, és Iveta Radičová, miniszterelnök is jelezte, hogy a kormány érdekében áll a lakosság megóvása az egészségügyi válsághelyzet káros hatásaitól. Bár a kórházak átalakításáról és a bérrendezésekről már folytattak tárgyalásokat, és közös célként jelentkezett a szlovák kórházak működésének ésszerűsítése, de a vélemények eltérőek voltak a cél megvalósítását illetően. Ivan Gašparovič köztársasági elnök és Radičová miniszterelnök intézkedett a kórházak részvénytársaságokká való átalakításának leállításáról, és egyetértés volt a tekintetben is, hogy az orvosok magasabb béreket érdemelnének, de a konkrét követelés – az 1644 eurós orvosi átlagbér átlagosan 1900 euróval való emelése 2012-ben – további tárgyalások tárgyát képezte.

Az egészségügyi szakembereket az is megosztotta, hogy a nővérek tavasszal benyújtott petíciójuk nyomán, ígéretet kaptak bérük rendezésére. Ezáltal aggályossá vált, hogy az ápolónői fizetések az erre vonatkozó tervezet megvalósulása esetén meghaladják az orvosokét.

Ivan Uhliarik, egészségügyi miniszter memorandumot fogalmazott meg, mely 2012-ben 300 euro összegű fizetésemelést helyezett kilátásba az orvosok számára. Az Orvosi Szakszervezet (LOZ) ezt nem fogadta el és szintén memorandummal válaszolt.

A kormány november 29-én szükségállapotot hirdetett ki az ország legkritikusabb helyzetben lévő 15 kórházában. November 30-án a legszükségesebb ellátás – így a sürgősségi ellátás – Szlovákia minden kórházában elérhető volt.

A szlovák Orvosok Szakszervezete (LOZ) és a kabinet által december 1-jére virradóan folytatott tárgyalások nem vezettek megállapodásra, így 1226 orvos, akik felmondásukat éjfélig nem vonták vissza, időlegesen megvált munkahelyétől, és az állami kórházak a kihirdetett szükségállapot szerint dolgoztak.

Szlovákiában a több napon át folytatott tárgyalássorozat eredményeként végül december 3-án született megállapodás a kormány és az Orvosok Szakszervezete között. A megállapodás az orvosok bérének rendezését három szakaszban vetíti előre: az első fizetésemelés az országban regisztrált nemzetgazdasági átlagbér (769 euró) 1,05-1,6-szorosát, júliusban további fizetésemelést, majd 2013 januárjában az átlagbér 1,25-2,3-szorosát helyezi kilátásba, az orvosok végzettségétől függően. Az orvosok követelése eredetileg az átlagfizetés 1,5-3-szorososa volt.

A LOZ elnöke, Marian Kollár szerint az aláírt memorandumban foglalt ígéret messze nem teljesíti az orvosok követelését, így elképzelhető, hogy nem állítja meg az egészségügyi szakemberek elvándorlását a szlovák kórházakból.

A megállapodás szavatolja, hogy a tiltakozó akció miatt állásukat elvesztett orvosok visszatérésükkor ugyanabba a pozícióba kerüljenek vissza, mint megmozdulásuk előtt. A LOZ ugyan garantálja a szakemberek visszatérését, de nem pontosítja, hogy mikor. Mindenesetre az Orvosi Szakszervezet az új munkaszerződések áttanulmányozásához jogi szakértők bevonását is szükségesnek tartja. (ZLL)

Forrás:

- ▶ Slovak doctors want average salary to more than double
<http://www.visegradgroup.eu/news/slovak-doctors-want> (Letöltés dátuma: 2011.11.11.)
- ▶ Higher salaries for nurses leads to split among medical workers. The Slovak Spectator, 2011.11.04.
http://spectator.sme.sk/articles/view/44402/10/higher_salaries_for_nurses_leads_to_split_among_medical_workers.html
- ▶ State of emergency declared for 15 hospitals. The Slovak Spectator, 2011.11.29.
http://spectator.sme.sk/articles/view/44676/2/state_of_emergency_declared_for_15_hospitals.html
- ▶ Deal between doctors and government ends protest. The Slovak Spectator, 2011.12.03.
http://spectator.sme.sk/articles/view/44700/2/deal_between_doctors_and_government_ends_protest.html

A cseh egészségügyi miniszter a magasabb orvosi bérekről

A cseh egészségügyi miniszter, Leos Heger tájékoztatása szerint az Egészségügyi Minisztérium alá tartozó 19 kórház és más egészségügyi intézmény az év első felében pozitív gazdasági eredményt ért el az orvosok bérének emelése ellenére. A bevételek így is 750 millió koronával haladták meg a kiadásokat.

Ehhez a költségek csökkentésére is szükség volt. A kórházak pl. csak elektronikus aukciókon keresztül vásárolhatnak gyógyszereket és műszereket, és az elektronikus aukciók tágabb körű alkalmazása és az engedményeket célzó központosított beszerzések is a tervezett intézkedések között szerepelnek. Jövő évtől vezetik be azt az országos információs rendszert, amely a gyógyszer, műszer stb. beszerzések költségeit monitorozza.

Az Egészségügyi Minisztérium az év elején ígéretet tett az orvosok és az ápolók béreinek emelésére, miután a cseh orvosok negyede – február 28-ig letétbe helyezve felmondását – távozásával fenyegette meg az egészségügyi kormányzatot.

A „Köszönjük, Elmegyünk” kampány több hónapon keresztül tartott, és következményeképpen egy memorandumot adtak ki, amelyet mind a szakszervezetek, mind a minisztérium aláírt februárban. Ennek alapján a cseh orvosok kereseteit 5000-8000 cseh koronával (60.000-96 000 Ft) emelték márciustól, és ígéret született az orvosok jövő évtől történő 10 százalékos fizetésemelésére.

Leos Heger egészségügyi miniszter és a cseh orvosok szakszervezetének vezetői november 9-én viszont nem tudtak megegyezni a kórházi keresetek következő évben történő növeléséről

Az egészségügyi miniszter ragaszkodott ahhoz, hogy a kórházi személyzet kereseteit egyelőre csupán 6,25 százalékkal emeljék, miközben a szakszervezetek 10 százalékos emelést követeltek a memorandumra hivatkozva.

A minisztérium közlése szerint minden, a memorandumban tett ígéretüket teljesítették, és nincs elegendő tartalék a költségvetésben arra, hogy több pénzt adjanak a kórházi személyzet számára. Amennyiben az egészségbiztosítók nyáron rendelkezni fognak ezzel a pénzüsszeggel, az orvosok és nővérek megkapják a fennmaradó 3,75 százalékot.

Így a „Köszönjük, elmegyünk” kampányt követő „Maradunk, Teljesítsétek az Ígéreteiteket” kampány a következő hetekben folytatódni fog.

A LOK, az Egészségügyi és Szociális Szakszervezet (OSZSP) és az Egészségügyi Dolgozók Szakszervezete (POUZP) megalakították az Egészségügyi Hármak (Z3) vészhelyzeti bizottságát. Ez a csoport 48 ezer alkalmazottat képvisel több mint 180 kórházban, azaz az összes cseh kórház személyzetének csaknem felét.

A szakszervezetek azt nyilatkozták, hogy júliusban a keresetek 13,75 százalékos emelésével kellene kompenzálni az orvosokat, ha januárban nem kapják meg a kért emelést. A minisztérium elutasította ezt a követelést.

Leos Heger egészségügyi miniszter a Cseh Orvosi Kamara november 19-i ülésén a magánorvosok újbóli regisztrációs kötelezettségével is foglalkozott. Egy új törvény, melyet a Képviselőház november elején fogadott el, kötelezővé tette a magán orvosok számára, hogy újból kérvényezzék a szakmai hivatásuk gyakorlásának engedélyezését.

A regisztráció megújítása részét képezi az egészségügyi törvényeknek, amelyek újonnan definiálják az egészségügyi ellátás feltételeit, valamint az állam, az egészségügyi szolgáltatók és a betegek szerepét.

Az orvosok attól tartanak, hogy az újbóli regisztrációs kötelezettség túlzott adminisztratív terheket fog eredményezni. A Cseh Orvosi Kamara jogsértőnek véli a regisztrációs kötelezettséget előíró törvényt, és panaszt kíván erre vonatkozólag benyújtani az Alkotmánybírósághoz.

Forrás:

- ▶ Health minister: Hospitals prosperous despite higher doctors' salaries
<http://praguemonitor.com/2011/11/04/health-minister-hospitals-prosperous-despite-higher-doctors-salaries> (Letöltés dátuma:2011. november 8.)
- ▶ Health ministry, unions in disagreement on doctors' pay rise.
<http://praguemonitor.com/2011/11/10/health-ministry-unions-disagreement-doctors-pay-rise> (Letöltés dátuma: 2011.11.10.)
- ▶ Doctors protest against new legislation.
<http://praguemonitor.com/2011/11/21/doctors-protest-against-new-registration> (Letöltés dátuma: 2011.11.21.)

2011-11-21 16:03:22

Orvoshiány – német helyzetkép

Az utóbbi években az egészségpolitikán belül egyre többet hallani az orvoshiányról. E kontextusban meglepő, amikor a Betegpénztárak Csúcsszövetsége kijelenti: az önálló praxissal rendelkező orvosok száma az elmúlt húsz évben 45 ezerrel növekedett. Mivel magyarázható ez a paradoxon?

Az orvoshiány jelenségének egyik oka az egyre növekvő ellátási szükségletben keresendő, ami a társadalmon belül főként az idősek arányának növekedésére vezethető vissza. Egyrészt az egészségügyi szolgáltatások iránti növekvő szükséglet közvetetten fokozta az orvosok iránti keresletet, másrészt az orvosi területen tapasztalható fejlesztések egyre több specialistát igényelnek mind a fekvőbeteg ellátásban (szívsebészet), mind az ambuláns ellátás (allergológia terén megjelenő szubspecialisták) terén.

A téma szempontjából egy további fontos aspektus az új ellátási modellek (például a német egészségügyi ellátási központok) megjelenése, melyek az ambuláns területen részidős foglalkoztatást tesznek lehetővé, illetve megkönnyítik azt.

Így tehát hibába a nő az orvosok száma, mégsem növekszik ezzel arányosan a ledolgozott, illetve ténylegesen ellátásra fordítható munkaórák száma (például a növekvő bürokratikus terhek miatt).

Kétségtelen az is, hogy az orvosok körében egyre nagyobb gondot jelent az átlagéletkor növekedése, ami a helyzetet csak tovább súlyosbítja. A német háziorvosok körében már jelenleg is 55 év vagy magasabb az átlagéletkor, tehát ők vélhetően tíz éven belül elhagyják praxisaikat. A Szövetségi Orvosi kamara és a Szövetségi Pénztári Orvosok Egyesületének 2010-es tanulmánya szerint a kórházi és szerződéses orvosi ellátásban már ma is mutatkozó hiány mellett 2020-ig mintegy 71 625 orvost kellene pótolni a rendszerben.

Tovább súlyosbítja a helyzetet az orvosok egyenlőtlen eloszlása az egyes ellátási területeken. Régiós szinten túlkínálat figyelhető meg az agglomerációs területeken és ellátási hiány a vidéki körzetekben.

A fent megnevezett problémák megoldása elkerülhetetlen, mert rövid időn belül igen súlyos ellátási problémákhoz vezet. Lehetséges megoldást a legújabb német reformtörekvések jelenthetnek a problémákra. (VN)

Forrás:

- ▶ Kopetsch, Thomas: Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur- und Arztlentwicklung, 5. aktualisierte und komplett überarbeitete Auflage. Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin, August 2010.
- ▶ Adam, O.: „Plakataktion Ärztemangel“, Medienkonferenz Bern, 2003. Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und –ärzte
- ▶ Kein Ärztemangel, sondern Verteilungsproblem:
http://www.aokbv.de/presse/medienservice/thema/index_05120.html

További információk: http://vega.medinfo.hu/civiltajokoztatask/kepek/ho/anyagok/orvoshiany_pdf.pdf

2011-11-04 09:49:50

Gyógyszerügy, patikapiac

Gyógyszervásárlás határátlépéssel Belgium és Hollandia között

Míg az Európai Egészségbiztosítási Kártya célja a külföldi tartózkodás során fellépő egészségi problémák esetén való segítségnyújtás, és nem a külföldi egészségügyi ellátás igénybevételét célzó utazások lehetővé tétele, addig növekvő aggályokat vet fel az, ha a betegek – a kártya által nyújtott lehetőségekkel visszaélve – rendszeresen külföldre utaznak gyógyszert vásárolni a kedvezőbb árak ismeretében.

A betegek számára a potenciálisan olcsóbb gyógyszerárak jelentik a motivációt a gyógyszerek külföldön való beszerzésének megkísérléséhez. Minthogy a belga betegek hollandiai gyógyszerbeszerzései extra költséget jelentenek a belga egészségügyi rendszer számára, így elengedhetetlen minden határon túli gyógyszervásárlás törvényességének ellenőrzése.

A betegek szomszédos országokban történő gyógyszervásárlása, mint a helyi gyógyszertárakat és biztosítókat potenciálisan károsító tényező, a világ sok részén – így Európában, az USA-ban és Kanadában – kedvezőtlen elbírálás alá esik, így jogi keretek közé terelése elengedhetetlenül szükséges.

Bár a külföldön történő gyógyszervásárlás előnyös a betegek számára, gyakorlata visszaélésekre ad lehetőséget, így előfordul a co-payment kifizetésének megkerülése az egyes országok gyakorlatában jelentkező eltérések nyomán.

A támogatásra és a mentességekre különböző szabályozás van érvényben Hollandiában és Belgiumban is, és előfordul, hogy egy gyógyszer támogatása csak speciális feltételek –beutalók, megfelelő dokumentáció – mellett van lehetőség az egyik országban, a másikban viszont nem vonatkoznak speciális szabályok az adott gyógyszerre.

A gyakorlat az, hogy az EHIC birtokában Hollandiában co-payment nélkül kiváltott belga receptek árára a belga egészségbiztosítás (NIHDI – Országos Egészség- és Rokkantsbiztosítási Intézet) kifizetést teljesít a holland Egészségbiztosítási Hivatalnak (CVZ), mely ennek alapján megtéríti az érintett holland biztosítótársaság kiadásait.

Egy vizsgálat keretében összehasonlították a NIHDI holland gyógyszerekre fordított kiadásait azokkal a kiadásokkal, melyek a gyógyszerek belga gyógyszerárban való vásárlásakor merültek volna fel, referenciának tekintve a legalacsonyabb belga árat. Az elemzés kimutatta, hogy a határon túli beszerzések 41,5 százalékkal magasabb kiadást jelentettek a NIHDI-nek a Belgiumban történő vásárlásokhoz képest. Bár a külföldön történő gyógyszervásárlások önmagukban nem törvénybe ütközőek, potenciálisan magas költségeik miatt csak az EHIC szabályozás által engedélyezett vásárlások körére korlátozandóak.

Az EHIC-rendszerrel való további visszaélések megelőzésére a NIHDI, a holland biztosítók és a CVZ együttesen kíván fellépni az egészségbiztosítási kiadásokról szóló jelentések gyakoribb áttekintésével és az EHIC korrekt alkalmazásáról szóló lakossági tájékoztatással.

Az EHIC-rendszer az utazók biztonságát szolgálja, mivel a külföldön váratlanul fellépő egészségi problémák esetén nyújt segítséget, de az EHIC-kártya nem megfelelő alkalmazásának és a veszteséget okozó költségeknek a megelőzéséhez a határon átívelő ellátás folyamatos monitorozása szükséges. (ZLL)

Forrás:

- ▶ DEPRAETERE,J. – CYLUS,J.: Cross-border Shopping for Medicines in Belgium and the Netherlands. Eurohealth, 2011,17,4.
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/154516/EuroHealth_V17n4.pdf (Letöltés dátuma: 2011.12.5.)

2011-12-07 10:48:21

Új terv az antibiotikumok helytelen alkalmazásának visszaszorítására Franciaországban

A november 18-án tartott Európai Antibiotikum Nap alkalmából, Franciaországban a túlzott antibiotikum-fogyasztás veszélyeire figyelmeztető és a 2011-2016-os időszakban megvalósítandó országos tervet indítottak az Európai Bizottság hasonló kezdeményezése nyomán.

2001 óta ez már a harmadik ilyen, a gyógyszerfogyasztás visszaszorítására irányuló országos terv Franciaországban. Az antibiotikumok hatékonyságának csökkenése a túlzott gyógyszerfogyasztás miatt különösen komoly problémát jelent, mivel előreláthatólag nem lesznek újabb antibiotikumok az elkövetkezendő tíz év során, és a gyógyszer-rezisztencia a vizsgálatok szerint már napjainkban is évente 25 000 halálesetre vezet Európában.

Az antibiotikumok hatékonyságának megőrzését célul kitűző előző két országos terv (2001-2005 és 2007-2010 viszonylatában) a gyógyszerrendelés racionalizálására irányult, de nem járt kellő eredménnyel, mert 15-20%-kal ugyan csökkent a gyógyszerfogyasztás 2008-ig, de 2009 óta újra növekedő tendenciájú a legnagyobb antibiotikum-fogyasztó országok között számon tartott Franciaországban.

Az új terv 25 százalékos csökkenést irányoz elő, és ehhez a betegek jobb ellátására, az orvosok gyógyszer-rezisztenciával kapcsolatos ismereteinek bővítésére és a betegek figyelmének a túlzott antibiotikum-fogyasztás veszélyeire való ráirányítására helyezi a hangsúlyt.

Szintén fontos célkitűzés az antibiotikumok hatékonyságának megőrzése a gyógyszerfogyasztás megfelelő keretek között tartásával. Tervek vannak arra is, hogy az antibiotikumokat, mint különálló gyógyszercsoportot, csak speciális vényre lehessen felírni a jövőben.

Az antibiotikumokkal és a velük szemben fellépő rezisztenciával kapcsolatos kutatások intenzívebbé tétele fontos előrelépést jelenthet ahhoz, hogy szükség esetén megfelelő mennyiségű hatékony antibiotikum álljon a betegek rendelkezésére. (ZLL)

Forrás:

- ▶ Un nouveau plan contre le mauvais usage des antibiotiques. Viva Presse, 2011.11.21.
http://www.viva.presse.fr/Un-nouveau-plan-contre-le-mauvais_16161.html
- ▶ Le Plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016
<http://www.sante.gouv.fr/plan-national-d-alerte-sur-les-antibiotiques-2011-2016.html> (Letöltés dátuma : 2011.11.29.)

2011-11-29 14:30:17

Észtország: a betegeket az olcsóbb gyógyszerek megvásárlására ösztönzik

Az Észti Egészségbiztosítási Pénztár célja a generikumok alkalmazásának szélesebb körű elterjesztése, ezért a betegeket az ugyanazon aktív hatóanyagot tartalmazó, de olcsóbb készítmények választására sarkallják.

Az Észti Egészségbiztosítási Pénztár arra ösztönzi a betegeket, hogy alacsonyabb árú gyógyszereket kérjenek a gyógyszerésztől.

Az Egészségbiztosítási Pénztár folytatja "Az ár a különbség" kampányát. A kampány eredményeképpen az egy főre jutó co-payment vényenként majdnem 2 euróval csökkent. Arra ösztönzik a betegeket, hogy kérjék meg a patikust, hogy a lehető legolcsóbb gyógyszert adja számukra (ugyanazzal az aktív hatóanyaggal). Bár egyre több beteg választja az egyenértékű, de olcsóbb (bioekvivalens) gyógyszereket és a generikumokat, Észtországban a generikumok a felírt és fogyasztott gyógyszereknek mintegy 35 százalékát alkotják, miközben Angliában és Németországban ez az arány 60-70 százalék fölötti. (AZS)

Forrás:

- ▶ Estonia: National Health Insurance Fund encourages patients to seek for lower priced drugs.
<http://europe-health-care.eu/estonia-national-health-insurance-fund-encourages-patients-to-look-for-lower-priced-drugs/>

2011-11-10 14:52:07

Egészségügyi reformok

Az OECD szerint a brit egészségügyi törvényjavaslat aláassa az NHS-t

Az OECD jelentésében kifejti, hogy az NHS-nek nincs szüksége nagyléptékű reformra, mivel a világ egyik legjobb egészségügyi rendszere, ahol a betegellátás évek óta javulást mutat.

Az OECD szerint az Egyesült Királyság népegészségügyi mutatói világviszonylatban is kedvezőek, az egészségügyi ellátásért pedig a lakosoknak ritkán kell fizetni. A brit NHS az egyik legjobban teljesítő egészségügyi rendszer, azonban minden öt évben jelentős reformokat hajtanak végre. Az OECD számításai szerint minden reform a minőség fejlődésének két évébe kerül. Nincs még olyan ország, ahol ilyen gyakran újítanak meg az egészségügyi szolgáltatásokat.

Jelenleg az NHS az elmúlt 60 év legnagyobb felfordulásának néz elébe a hatalmon levő konzervatív-liberális-demokrata koalíció egészségügyi törvényével. Az NHS annyira központi részét képezi a politikai folyamatnak, hogy minden politikusnak ígéretet kell tennie javítására. Jobb lenne azonban békén hagyni a szolgálatot és csak részleges javításokat végrehajtani rajta, mivel nem annyira az számít milyen a rendszer típusa, hanem hogyan menedzselik azt.

A jelentésben kiemelték még a brit házi orvosok magas fizetését. A GP-k az átlagfizetés 3,6-szeresét keresik, ami a fejlett világban a második legmagasabb. A várakozási idők a Munkáspárt kormányzása alatt jelentősen csökkentek. Míg 2005-ben a betegek 60%-a négy hetet várt egy szakorvosi vizitre, 2010-re ez az arány 28%-ra csökkent és kedvezőbb, mint Svédországban, Hollandiában és Franciaországban.

Andrew Lansley egészségügyi miniszter úgy véli, hogy az OECD jelentés megfelelő érvekkel szolgál a reformra. Bár az NHS jól teljesít bizonyos területeken, a betegellátás néhány fő területein más országok mögött kullog. Olyan dolgokra kell összpontosítani, amelyek fontosak a betegek számára, pl. túlélési ráták, gyógyulási ráták, az emberek tudjanak önállóan és méltóságban élni.

A Munkáspárt szerint Lansley leértékeli az NHS-t annak érdekében, hogy igazolja a rosszul kitervelt törvényjavaslatát. A Munkáspárt egészségügyi szóvivője úgy értékeli, hogy a jelentés alátámasztja mindazt, amit mások idáig mondtak az egészségügyi szolgálatról. Az OECD a Commonwealth Fund nemrég közzétett jelentésével együtt úgy találja, hogy az Egyesült Királyság rendelkezik a világ egyik legjobb egészségügyével, ezért különös, amiért a kormány a feje tetejére akarja állítani és veszélyeztetni a fejlődést. (SZL)

Forrás:

- ▶ Ram, Randeep: Coalition health bill will undermine NHS, says OECD thinktank. The Guardian, <http://www.guardian.co.uk/politics/2011/nov/23/health-bill-nhs-oecd-report> (Letöltés dátuma: 2011.11.28)

2011-11-30 12:54:07

Csehország: az egészségügyi reform második fázisa

A cseh parlament hosszas vitákat követően elfogadott néhány egészségügyi reformtervezetet. A minisztérium már a reform második szakaszán dolgozik, melyben az oktatókórházakat, a krónikus ellátást és az egészségbiztosítást érintő törvénytervezeteket készítene elő.

Heves parlamenti csatározásokat követően, a cseh kormánynak sikerült elfogadtatnia néhányat a vitatott egészségügyi reformok közül. Módosult az egészségbiztosítási törvény, szabályozták a különleges egészségügyi szolgáltatásokat és a sürgősségi ellátást.

(<http://www.eski.hu/hol/cikkh.cgi?id=2687>)

Az elkövetkező 3 évben még három kulcsfontosságú területet kívánnak megcélózni a reformokkal: az oktatókórházakat, a krónikus ellátást és az egészségbiztosítást. A változások bevezetése 2013-ban várható.

Terveik szerint az egyetemi kórházakat depolitizálják: nem az egészségügyi minisztériumnak, hanem egy (a kormányzat és az egyetemek képviselőiből álló) tanácsnak kellene kinevezni igazgatójukat. Javulnia kell a kórházak és az egyetemek együttműködésének.

Felmerültek aggodalmak arra vonatkozóan, hogy a reformok a kórházak privatizációjához vezethetnek. Ugyanakkor a politikai vezetés hangsúlyozta, hogy a kórházi tulajdon eladására nem kerül sor, és a biztosítóknak szerződniek kell a kórházakkal. A Munkaügyi és Szociális Minisztériummal együttműködésben dolgoznak a krónikus ellátás átalakításán. Növelni akarják a krónikus ágyak számát és csökkenteni az aktív ágyszámot.

Hangsúlyt fognak fektetni a cseh egészségbiztosítási rendszer működésére, a biztosítók gazdálkodása átláthatóságának megteremtésére. Az Általános Egészségbiztosítónak és a többi kötelező biztosítónak egyenlő jogokkal kellene rendelkezniük. Központi szolgáltató szervezetként létrehoznák az Egészségbiztosítók Hivatalát, amely ellátná azokat a szervezeti szolgáltató feladatokat, amelyeket jelenleg még az Általános Egészségbiztosító végez (pl. regiszterek adatgyűjtések stb.) (BI, AZS)

Forrás:

- ▶ Czech Republic: Second phase of the Healthcare reform.
<http://europe-health-care.eu/czech-republic-second-phase-of-the-healthcare-reform/>
- ▶ II. fázis reform ve zdravotnictví
http://www.mzcr.cz/dokumenty/iifaze-reform-ve-zdravotnictvi_5591_1.html

2011-11-14 16:28:18

A német egészségügyi ellátórendszer szerkezetének átalakítását célzó törvénytervezet

Az egészségügy szerkezeti átalakítását célzó törvény a jelenlegi menetrendet követve várhatóan 2012. január elsején lép majd életbe Németországban. A témát a mai napig heves viták övezik. A tervezetet az egészségügyi miniszter a Bundestag előtt október 23-án mutatta be.

A kormányjavaslat egyik központi témája az orvoshiány kérdésének rendezése. Elsősorban az alulellátottsággal küzdő régiókban kívánják az orvosokat praxisalapításra vagy a megüresedett praxisok

átvételére sarkalni. A vidéki területeken munkát vállaló orvosoknak az ott jelentkező ellátási gondok leküzdése érdekében a kormány magasabb jövedelmet helyezett kilátásba, ami az előzetes becslések szerint mintegy 200 millió euró többletköltséget jelent majd a kötelező betegbiztosítás számára. Ehhez társul még 2013-ban a tervek szerint egy 120 millió eurós szerződéses fogorvosok díjazásának javítását célzó keretösszeg.

A tervezett változtatások között szerepel az elsősorban nagyvárosokra, agglomerációs területekre jellemző túlzott egészségügyi ellátás csökkentése. E célból bővíteni kívánják a pénztári orvosok egyesületének lehetőségét, a szerződéses orvosi engedélyről való önkéntes lemondás támogatására. Lehetőséget kapnak tovább a pénztári orvosok egyesületei a megüresedett orvosi praxisok felvásárlására is azzal a céllal, hogy azok ily módon kivonhatóvá váljanak a rendszerből. Ennek kapcsán az egyesületek számára elővásárlási jogot kívánnak biztosítani, amennyiben egy túlzott kínálattal rendelkező területen merül fel orvosi praxis utódlásának lehetősége.

A kormány további célja a család és a foglalkozás összeegyeztethetőségének javítása. Ebből a célból a szerződéses orvosnők számára a jelenlegi fél év helyett, egy éves helyettesítés igénybe vételének lehetőségét kívánják biztosítani a szülést követő időszakban.

A kormány tervezi ezen kívül egy ún. „speciális orvosi ellátás” bevezetését is, aminek keretében bővíteni kívánják a kórházak és multimorbid betegek (rák, AIDS, SM) ambuláns ellátásának lehetőségeit.

Tovább kívánják fejleszteni a szükséglettervezést. A tervezés során a jövőben régióként kívánják figyelembe venni a lakosság korösszetételét, valamint az egyes tervezési területek nem automatikusan lennének a városoknak és járásoknak megfelelően, hanem azok a szükségleteknek megfelelően kerülnének meghatározásra.

Az új ellátási törvénnyel a kormány igyekszik a biztosítottak jogainak további erősítésére annak érdekében, hogy egy esetleges pénztárcsődöt követően a biztosítottak valóban szabadon választhassanak új pénztárat (ne ismétlődhessen meg a májusban történt botrányos City BKK eset). Amennyiben az új tagság jogellenesen kerül elutasításra, a felügyeleti szerv haladéktalanul kötelezhetné a pénztárat a helyzet orvoslására, ennek nyomatékosítására pedig esetenkénti 50 000 eurós pénzbüntetés bevezetése is a tervek között szerepel.

A további tervek között szerepel egy hatékonyabb, átfogóbb és szektorokon átívelő szükséglettervezés a lakóhely közeli egészségügyi ellátás megteremtéséhez. Az ellátástervezés során követelmény lenne a szükséglet elemzéséhez, tervezéséhez és a tervek végrehajtásához a morbiditás, mobilitás, fogyatékoság, nemek megoszlása, illetve a biztosítottak és szolgáltatók korösszetételének, a szociális változásoknak a figyelembe vétele, a regionális infrastruktúra integrálása. (VN)

Forrás:

- ▶ Bundesministerium für Gesundheit:
http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Laufende_Verfahren/G/GKV-VStg/Gesetzesentwurf_GKV-VStG.pdf (Letöltés dátuma: 2011.október 29.)
- ▶ Bundesministerium für Gesundheit:
<http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/gkv-versorgungsstrukturgesetz.html> (Letöltés dátuma: 2011.október 29.)

2011-11-03 12:40:54

Egészségügyi statisztika

Az elkerülhető halálozás trendjei 16 országban

A Health Policy szakfolyóirat tanulmánya 16 fejlett ország elkerülhető halálozását, mint az egészségügyi rendszer teljesítmény mutatóját vizsgálja.

Egyre nagyobb érdeklődés mutatkozik a különböző egészségügyi rendszerek teljesítményének összehasonlítása iránt. Mivel az egészségügy a költségvetés jelentős hányadát teszi ki, az országok kényszer alatt állnak, hogy forrásait hatékonyan használják fel. A teljesítmény értékelésére léteznek már módszerek, amelyek indikátorokon keresztül próbálják megragadni az egészségügyi rendszerek különböző aspektusait, azonban az általánosan használt indikátorok nem állnak egyértelmű kapcsolatban az egészségügyi eredményekkel, és az összehasonlítások szakpolitikai értelmezése sem mindig világos.

Az elkerülhető halálozás (amenable mortality) koncepcióját azért fogalmazták meg a 70-es években, hogy érthetőbbé váljon, hogyan járul hozzá az egészségügy a népegészségügyi helyzethez. A szükségtelen és idő előtti halálozás fogalmát az „American Working Group on Preventable and Manageable Disease” munkacsoport alkalmazta először, és azon betegségekből eredő korai halálozást tükrözi, amelyek az időszerű és hatásos egészségügyi ellátás megléte esetén nem történtek volna meg. Az „amenable mortality” az „avoidable mortality” fogalmának részét képezi és azokra a halálesetekre korlátozódik, amelyek az egészségügyi ellátáshoz köthetők. Általában az „avoidable mortality” a halálozás azon eseteit foglalja magában, amelyek 75 éves kor alatt állnak be és potenciálisan elkerülhetők lettek volna megelőző vagy gyógyító beavatkozások révén.

Az elkerülhető halálozás fogalmát széles körben alkalmazták Európában is, pl. az angol egészségügyi minisztérium és az OECD indikátorként használja az egészségügyi rendszerek teljesítményének mérésére. A fogalom használata rámutatott arra, hogy az egészségügy pozitív hatást fejtett ki több iparosodott ország népegészségügyi helyzetére a 80-as és a 90-es évek folyamán. Az elkerülhető halálozás fogalmát országok közötti összehasonlításra is használják – pl. egy a 90-es évek végén készült tanulmány rámutatott, hogy az Egyesült Államok más iparosodott országokhoz képest elmarad ebben az indikátorban. A jelen tanulmány arra a munkára épít és megvizsgálja, hogy változott-e az Egyesült Államok pozíciója.

A Health Policy tanulmányában 16 ország mortalitási adatait vetik össze: Ausztria, Ausztrália, Dánia, Finnország, Franciaország, Németország, Görögország, Írország, Olaszország, Japán, Hollandia, Új-Zéland, Norvégia, Svédország, Egyesült Királyság, Egyesült Államok. Az adatokat a WHO halálozási adatbázisából vették 1997-től 2007-ig terjedően, a halálozás kódolása az ICD9/10 szerint történt nemek és ötéves korszakok szerint. Az egészségügyi ellátáshoz köthető halálokok között a következők találhatók: gyermekkori fertőzések, kezelhető rákbetegségek, diabetes, agyérrendszeri megbetegedések, hipertónia, műtéti eljárásokból adódó komplikációk, ischaemiás szívbetegség. A tanulmányban az elkerülhető (amenable) halálozás az ischaemiás szívbetegségek 50%-át teszi ki.

A tanulmány eredményei szerint a gazdagabb országokban a 75 éves kor alatti mortalitás jelentős részét képezi az a fajta halálozás, amely az időben történő, hatásos egészségügyi ellátásra válaszolni képes okokból ered. Bár 1997 és 2007 között az ilyen betegségekből eredő halálozás valamennyi vizsgált országban csökkent, ennek mértéke és sebessége változatosságot mutat. A 16 országból tizenben tapasztalható 30%-os vagy annál nagyobb csökkenés, míg az Egyesült Államokban és

Görögországban ennek aránya csak kevéssel van 20% fölött. Ennek következtében 2007-ben az Egyesült Államokban az elkerülhető halálozás szintje majdnem kétszer annyi volt, mint Franciaországban. A teljes mortalitási szint az Egyesült Államokban volt a legmagasabb, a nőknél és a férfiaknál egyaránt. Számokban kifejezve, az elkerülhető halálozás 100 ezer lakosra eső standardizált halálozási arányszáma (SDR 0–74) az Egyesült Államokban (95,54) és az Egyesült Királyságban (82,54) volt a legmagasabb, míg a legalacsonyabb Franciaországban (55,00) és Ausztráliában (56,92) volt.

Az elkerülhető halálozás fogalma azt tükrözi, mi történhetne az időben történő, hatásos egészségügyi ellátás esetén. Ugyanakkor elismeri, hogy problémás lehet, ha egy kimenetet (jelen esetben halálesetet) az egészségügy bizonyos aspektusainak tulajdonítanak, mivel a legtöbb kimenet többtényezős tulajdonsággal bír. Így az eredmények értelmezésénél szükség van bizonyos fokú ítéletalkotásra is, mivel a több okból eredő halálozás az események bonyolult láncolatának végső stádiumát képezi, ahol megjelennek társadalmi és gazdasági tényezők, az életmód változói, a megelőző és gyógyító ellátás korábbi igénybe vétele. Ezen kapcsolódó, több időszakon átívelő tényezők komplexitása megakadályozza, hogy bármilyen egyszerű igazítás megvalósulhasson közöttük.

Az elemzés csak országos szinten történt, vagyis nem történt meg az adatok szétválasztása régió, etnikum vagy társadalmi-gazdasági jellemzők alapján, így a népeiségeken belül meglévő potenciális változatosság rejtve maradt. Bizonyítékok állnak rendelkezésre a tekintetben, hogy Ausztrália, Új-Zéland és az Egyesült Államok kisebbségei körében (bennszülöttek, afrikai amerikaiak) magasabb az elkerülhető halálozás a nem bennszülött és fehér amerikai lakossághoz képest. Az Egyesült Államokban nagy a változatosság az államok között is, ami arra utal, hogy a különbségek nem tulajdoníthatók kizárólag életmódbeli vagy biológiai tényezőknek. Az Egyesült Államokat érintő másik fontos megfigyelés az egészségügyi rendszer gyenge teljesítményére vonatkozik, amint az elkerülhető halálozás szerinti értékelés erre rámutat. Mivel a többi fejlett országban folyamatos javulás történik ezen a téren, a rosszabb teljesítmény többek közt a teljes lefedettség hiányának és a magas egészségügyi költségeknek tudható be. (SZL)

Forrás:

- ▶ Nolte, Ellen: Variations in amenable mortality – Trends in 16 high-income nations. Health Policy, Volume 103, Issue 1, November 2011.

2011-11-03 14:51:03

Health at a Glance 2011: indikátorok az összes OECD-országra

A Health at a Glance jelenlegi, 2011-es kiadása magában foglalja a legfrissebb összehasonlító adatokat az OECD-országok egészségügyi rendszereinek teljesítményéről. Ez a jelentés az OECD megalapításának 50. évfordulója alkalmából nemcsak a pillanatnyi helyzetképet írja le, hanem az elmúlt 50 év főbb tendenciát is elemzi. Bizonyítékokat tár fel az egyes országok közötti különbségekről az egészségügyi rendszerek eredményeit, tevékenységeit és költségeit illetően. Az idei évben először tartalmaz egy fejezetet a krónikus ellátásra vonatkozóan is.

A jelenlegi, hatodik kiadás mind a 34 OECD-országra, valamint ahol lehetőség van rá, a legjelentősebb nem OECD-tagországokra (Brazília, Kína, India, Indonézia, az Orosz Föderációra és Dél-Afrikára) vonatkozóan is tartalmaz adatokat.

Jelentős fejlődés az egészségi állapot mutatói terén

A jelentésből kiderül, hogy az OECD-országok lakosságának egészségi állapota sokat javult az elmúlt 50 évben. 1960 óta a születéskor várható élettartam átlagosan 11 évvel nőtt, 2009-ben 79,5 év volt. Japánban volt a legmagasabb ez a mutató (83 év), melyet Svájc és Olaszország követ. Törökországban volt a legalacsonyabb a születéskor várható élettartam (73,8 év), melyet Magyarország (74 év) és Szlovákia követ. A tanulmány szerzői azt is hozzátették, hogy Magyarországon csak mérsékelten nőtt a várható élettartam 1960 óta, miközben Törökországban gyors növekedés volt megfigyelhető. Ugyanakkor az összes OECD-országot tekintve jelentős javulás figyelhető meg a közelmúltban: 2000-ben még csak két országban volt magasabb a születéskor várható élettartam 80 évnél, 2009-ben viszont már 22 ország büszkélkedhetett 80 fölötti értékkel.

A várható élettartamban a nemek között tapasztalható különbség 2009-ben 5,5 év volt az OECD-országokban átlagosan (nők: 82,2 év, férfiak 76,7 év). Miközben az 1960-as és 1970-es években nőtt a nemek közötti különbség a várható élettartam terén, az 1980-as évektől kezdődően csökkenni kezdett, a férfiak élettartamának meghosszabbodása következtében.

A várható élettartamban tapasztalható nyereségek tükrözik a halálozások csökkenését minden életkorban. A gyermekhalandósági ráták jelentősen csökkentek minden országban. A kardiovaszkuláris megbetegedések mortalitási arányai terén (beleértve a szívinfarktust és a stroke-ot) szintén nagymértékű csökkenés volt tapasztalható. Habár továbbra is a szív- és érrendszeri megbetegedések képezik a legfőbb halálokat az OECD-országokban (2009-ben az összes halálozás 35 százalékáért voltak felelősek), a mortalitási ráták felére csökkentek 1960 óta.

2009-ben a szívinfarktust követően kórházban kezelt páciensek 4 százaléka halt meg a kórházi felvételt követő 30 napon belül az OECD-országokban átlagosan, miközben 2000-ben ez az arány még 8 százalék volt. A szív- és keringési betegségek mortalitási rátáinak csökkenésében jelentős szerepet játszott a rizikófaktorok, így pl. a dohányzás visszaszorulása, valamint az orvostudomány fejlődése. Ugyanakkor az egyes országok között jelentős eltérések tapasztalhatók. Magyarország mind az ischaemiás szívbetegség, mint a stroke mortalitási rátái esetében meglehetősen rosszul teljesít. 2009-ben Magyarországon volt a negyedik legrosszabb az ischaemiás szívbetegség halálozási aránya (Orosz Föderáció, Szlovákia és Észtország előzi meg), a stroke pedig hazánkban mutatta a harmadik legrosszabb értéket (az Orosz Föderáció és Szlovákia után). Ezekben az országokban a '80-as évek óta meglehetősen csekély javulás volt megfigyelhető ezen a területen.

A különböző típusú daganatos betegségek túlélési arányai szintén javultak, a korai felismerésnek és a jobb kezeléseknak köszönhetően, de továbbra is a második vezető halálokat képezik az OECD-országokban: 2009-ben az összes halálozás 28 százalékáért voltak felelősek. A 2004-ben mellrákkal diagnosztizált nők körében az 5 éves túlélési arány az OECD országokban átlagosan 84 százalék volt 2009-ben (vö: az 1997-ben diagnosztizáltak körében az 5 éves túlélési ráta 79 százalék). Az egyes országok között ezen a téren is jelentős eltérések tapasztalhatók: 2009-ben az összes daganatos megbetegedés halálozási aránya Magyarországon volt a legmagasabb, melyet Észtország, Lengyelország, Szlovénia, Szlovákia és Csehország követett. A rákos megbetegedések mortalitási arányai Mexikóban, Finnországban, Japánban és Svájcban voltak a legalacsonyabbak.

A tüdőrák mortalitási aránya is hazánkban volt a legmagasabb, különösen a férfiakosság körében volt kiugró. A mellrák halálozásai arányokat tekintve a legkedvezőtlenebb a helyzet Dániában, melyet Belgium, Írország és Magyarország követ. A prosztaták halálozási arányok Észtországban, Dániában és Svédországban a legrosszabbak.

Az öngyilkosság a halálozások jelentős számát okozza számos OECD-országban (2009-ben mintegy 150 ezer öngyilkosságot követtek el összesen). Az öngyilkossági halálozási ráták a dél-európai országokban (Görögország, Olaszország, Spanyolország) voltak a legalacsonyabbak, a legmagasabbak pedig Koreában, az Orosz Föderációban, Magyarországon és Japánban.

Az olyan krónikus megbetegedések, mint asztma és a diabétesz jobb megelőzésére és kezelésére van szükség. Túl sok esetet utalnak indokolatlanul kórházba ilyen megbetegedések miatt. Az asztmát az alapellátás szintjén kellene hatékonyan kezelni. Ugyanakkor az OECD-országokban 100 ezer felnőtt közül átlagosan 50-et utalnak évente kórházba asztma miatt. Szlovákiában, az Egyesült Államokban és Koreában az asztmás megbetegedés kórházi felvételi rátái legalább kétszer magasabbak az OECD-átlagnál. Hasonlóképpen, az ellenőrizetlen diabétesz következtében évente átlagosan 100 ezer felnőtt közül 50-et utalnak kórházba. A diabétesz miatti felvételi ráták több mint kétszer magasabbak az OECD-átlagnál Ausztriában, Magyarországon és Koreában.

2009-ben mintegy 50 ezer új HIV-esetet diagnosztizáltak az OECD-országokban. Az 1980-as évek elején, miután az első HIV-eseteket diagnosztizálták, a járvány nagyon gyors terjedésnek indult, és csúcspontját a '90-es évek közepén érte el. A figyelemfelkeltő kampányoknak és a vírusellenes gyógyszerek szélesebb körű elérhetőségének köszönhetően a '90-es évek második felétől lelassult a HIV/AIDS terjedése. Az OECD-országok között az új HIV esetek száma mindig az USA-ban volt a legmagasabb, a fejlődő országok között azonban Dél-Afrikában a legkedvezőtlenebb a helyzet, ahol a felnőtt lakosság majdnem egyötöde fertőzött. Európában jelenleg Észtországban, Portugáliában és Spanyolországban a legmagasabb az új esetek gyakorisága, és a kelet-közép-európai országokban (Csehország, Szlovákia, Lengyelország, Magyarország), valamint Izlandon és Törökországban a legalacsonyabb.

Az egészségre ható kockázati tényezők változásai

Az elmúlt évtizedekben tapasztalható egészség-nyereségek nagymértékben köszönhetők a kockázati tényezőkben bekövetkezett csökkenésnek. Ugyanakkor a betegségterhek jelentős része az OECD-országokban továbbra is az olyan életmódbeli tényezőknek tulajdonítható, mint a dohányzás, alkoholfogyasztás, elhízás, egészségtelen táplálkozás és a fizikai aktivitás hiánya.

Habár sok OECD-tagország számottevő haladást ért el a dohányzás visszaszorításában az elmúlt évtizedekben, az továbbra is a korai halálozások egyik fő kockázati tényezője, valamint fontos népegészségügyi kérdés maradt. A dohányzás visszaszorulása nagymértékben köszönhető a lakossági figyelemfelkeltő kampányoknak, a reklámozási tilalmaknak és a megnövelt adóknak. Számos OECD-országban a dohányzási ráták a felnőttek körében kevesebb, mint felére estek vissza az 1960-as évek óta, 40 százalékról 20 százalékra.

Az alkoholfogyasztásra vonatkozó eredmények ellentmondásosak. Számos OECD-tagországban jelentősen csökkent az alkoholfogyasztás a '80-as évek óta, a reklámozási tilalmaknak, értékesítési korlátozásoknak és a megnövelt adóknak köszönhetően. Az északi országokban, az Egyesült Királyságban és Írországban azonban nőtt az alkoholfogyasztás mértéke. Aggasztó, hogy elsősorban a fiatalabb korosztály körében figyelhető meg növekedés, ami gyakran a mértéktelen ivásban nyilvánul meg. A magas alkoholfogyasztásnak jelentős negatív hatásai vannak mind az egészségre, mind az egészségügyi és szociális költségekre.

Az utóbbi évtizedekben az elhízási ráták jelentős növekedése vált a legfőbb népegészségügyi napirendi ponttá, nemcsak az OECD-országokban, hanem egyre inkább a fejlődő országokban is. Az elhízás számos krónikus megbetegedés fő rizikófaktora. Kutatások bebizonyították, hogy a súlyosan elhízott

emberek akár 8-10 évvel korábban halhatnak meg normál súlyú társaiknál. Az obezitási ráták számos országban megduplázódtak vagy megtriplázódtak 1980 óta, és az OECD-országok többségében a lakosság legalább fele túlsúlyos vagy elhízott. Az USA-ban a legmagasabb az obezitási ráta a felnőtt lakosság körében, amely az 1980-as 15 százalékról 2008-ra 34 százalékra nőtt. Japánban és Koreában a legalacsonyabb ez a ráta (4 százalék), bár ezekben az országokban is növekedés tapasztalható az utóbbi években.

Több OECD-tagállam kormánya intenzívebb erőfeszítéseket kíván tenni az egészségesebb táplálkozás és aktívabb életmód előmozdítására, a kezdeményezések döntő többsége az iskoláskorú gyermekeket célozza. Néhány országban nemrégiben adót vetettek ki a magas zsír- vagy cukortartalmú élelmiszerekre, így például Dániában, Finnországban, Franciaországban és Magyarországon. Ugyanakkor még nem bizonyosodott be, hogy ezek a politikák elegendőek, különösen a társadalom legszegényebb rétege esetében, amely a leginkább kitett téve az obezitás kockázatának. Az OECD tanulmánya rámutat arra, hogy átfogó prevenciók stratégiára – egészségfejlesztési kampányok, kormányzati szabályozás és háziorvosi tanácsadás – van szükség ahhoz, hogy elkerüljék a krónikus megbetegedésekből származó évi százezres halálozásokat. Ez az országoktól függően egy főre vetítve 10-30 amerikai dollárba kerülne.

Az egészségügyi kiadások folyamatos növekedése

Az elmúlt 50 évben megfigyelhető harmadik legfontosabb tendencia az egészségügyi kiadások folyamatos növekedése, amely meghaladja a GDP növekedési ütemét. 1960-ban az egészségügyi kiadások kevesebb, mint a GDP 4 százalékát tették ki átlagosan az OECD-országokban. 2009-re ez az arány 9,6 százalékra növekedett, és több országban 10 százalék fölött van. Az egészségügyi kiadások GDP-n belüli aránya különösen az USA-ban növekedett gyorsan, és 2009-ben is itt volt a legmagasabb (1960: 5 százalék; 2009-ben 17 százalék). Ezt követi Hollandia (12 százalék) és Franciaország (11,8 százalék).

Az egy főre jutó egészségügyi kiadások szintén gyorsan növekedtek az OECD-országokban az elmúlt pár évtizedben, az 1970-es években reálértékben évente átlagosan 6,1 százalékkal, az 1980-as években 3,3 százalékkal, az 1990-es években 3,7 százalékkal, 2000 és 2009 között pedig 4 százalékkal. Az egy főre jutó egészségügyi kiadások aránya is az USA-ban a legmagasabb: 2009-ben 7960 amerikai dollár, amely az OECD-átlag két és félszerese. Őt követte Norvégia és Svájc, amelyek kb. 50 százalékkal többet fordítanak egészségügyi kiadásokra, mint az OECD-átlag.

A legtöbb OECD-országban továbbra is az állami szektor az egészségügy fő finanszírozója, kivéve Chilében, Mexikóban és az USA-ban. 2009-ben az OECD-országokban átlagosan 72 százalék volt az állami egészségügyi kiadások részaránya az összes egészségügyi kiadáson belül, amely viszonylag stabil volt az elmúlt 20 évben. Ugyanakkor megfigyelhető egyfajta konvergencia az állami kiadások részarányában az OECD-országok között az utóbbi évtizedekben. Sok olyan országban, ahol a '90-es évek elején meglehetősen magas volt a közkiadások részaránya, mint pl. Lengyelországban és Magyarországon, csökkent ez az arány, miközben más államokban, ahol történelmileg alacsony szintű volt az állami kiadások aránya (pl. Portugália, Törökország), növekedés volt tapasztalható, az egészségügyi reformok és az állami egészségbiztosítás lefedettségének kiterjesztése miatt.

Habár van némi összefüggés a magas egy főre jutó egészségügyi kiadások és a magas várható élettartam között, ez a kapcsolat a kiadások magasabb szintjén kevésbé hangsúlyos. Japánban és Spanyolországban például magas a várható élettartam, ugyanakkor az egy főre jutó egészségügyi kiadások szintje relatíve alacsony. Ezzel ellentétben az Egyesült Államokban, Dániában és Magyarországon, ahol az egy főre jutó egészségügyi kiadások szintje viszonylag magas, a várható

élettartam az OECD-átlag alatti. Ez azt sugallja, hogy az egészségügyi kiadásokon túlmenően számos egyéb tényező befolyásolja a várható élettartamot. Ugyanakkor rámutat arra is, hogy a magas egészségügyi kiadások mellett is van még mit fejleszteni az egészségügyi rendszerek hatékonyságán, hogy biztosítsák, hogy a pótlólagos pénzbevonás mérhető hasznosságot hozzon a kimenetek szintjén.

A Health at a Glance 2011 rávilágít arra is, számos országban jellemző az orvostársadalom elöregedése, valamint az orvosi szakmák elnöiesedése. 2009-ben az OECD-országokban átlagosan az orvosok mintegy 30 százaléka 55 év fölötti volt. Izraelben a legmagasabb ez az arány (46 százalék), de Franciaországban, Németországban és Olaszországban is 35 százalék fölötti. Az Egyesült Királyságban magasabb a fiatalabb korosztály aránya, mivel ott az utóbbi években több orvostanhallgatót képeztek.

Egy másik jellemző tendencia a háziorvosok és a szakorvosok közötti egyensúly megváltozása az utóbbi évtizedben: a szakorvosok száma sokkal gyorsabban nő, mint az általános orvosoké. Ez az egyensúlytalanság magyarázható a háziorvosok és a szakorvosok keresetei közötti egyre növekvő különbségekkel, amely számos országban, de különösen Kanadában, Finnországban, Franciaországban és Írországban jellemző. (AZS)

Forrás:

- ▶ Health: medical care improving but better prevention and management of chronic diseases needed to cut costs, says OECD.
http://www.oecd.org/document/3/0,3746,en_21571361_44315115_49048899_1_1_1_1,00.html
- ▶ Health at a Glance 2011 - OECD Indicators.
<http://www.oecd.org/dataoecd/6/28/49105858.pdf> (Letöltés dátuma: 2011.11.28.)

2011-12-02 10:14:05

A kiegészítő biztosítás szerepe a fogászati ellátás térítésében – Franciaország

Az 1990-es évek óta, a kiegészítő biztosítás egyre nagyobb szerepet vállal a fogászati ellátás térítésében Franciaországban.

Míg 1995-ben a francia kiegészítő biztosítás a fogkezelések árának 31,2 százalékára nyújtott fedezetet, addig 2010-re ez az arány 37,1 százalékra emelkedett. Minthogy a társadalombiztosítás ezzel azonos arányban támogatja a fogászati ellátást, így a betegeknek kezelési költségeiknek mindössze 25,7 százalékát kell állniuk.

A Párizsban november 23-27-én tartott fogászati konferencián megjelentek beszámoltak tevékenységük humán erőforrással kapcsolatos vonatkozásairól. Eszerint az országban magánorvosként dolgozó 40100 fogorvos 47 900 alkalmazottat foglalkoztat, és 17 800 fogtechnikussal és 4000 beszállítóval áll kapcsolatban.

Az országos statisztikák szerint, a francia lakosság fogászati kiadásai 2010-ben 9,9 milliárd eurót tettek ki, az egészségügyi kiadások 175 milliárd eurós összegéből. Ezeknek a kiadásoknak a térítése különösen kedvező a preventív célú éves konzultációk és a konzervatív kezelések (fogszuvasodás kezelése, fogkő-eltávolítás) esetén.

Ebben a két esetben csak a kötelező biztosítás által rögzített tarifák érvényesíthetőek, ugyanakkor a koronák és a hidak feltételét is tartalmazó szolgáltatások szabad díjszabásúak, így ez utóbbiaknál előfordul, hogy a betegek anyagi okokból kénytelenek lemondani a kezeléstről.

A Francia Fogászati Társaság (ADF) szaktanácsadója, Dr Joël Trouillet szerint az anyagi probléma különösen azokat az állampolgárokat érinti, akiknek a keresete alig haladja meg a minimálbért, de emiatt már nem jogosultak a teljes körű egészségügyi fedezet (CMU) igénybevételére, illetve azokat, akik anyagi okokból nem tudnak kiegészítő biztosítást kötni. (ZLL)

Forrás:

- ▶ Soins dentaires : la part des complémentaires en hausse. La Mutualité française, 2011.11.25.
<http://www.mutualite.fr/L-actualite/Kiosque/Revue-de-presse/Acces-aux-soins-pour-un-droit-a-la-complementaire-pour-tous>
- ▶ The ADF 2011 Conference. Paris, 2011.11.23-27.
http://www.adf.asso.fr/cfm/site/afficher_rubrique.cfm?rubrique=39 (Letöltés dátuma: 2011.11.28.)

2011-11-28 14:14:59

Egészségügyi Világszervezet (WHO)

A Harmadik Egészségügyi Miniszteri Fórum eredményei. Banja Luka, Bosznia-Hercegovina, 2011. október 13-14.

A Bosznia Hercegovinában, 2011. október 13-14-én tartott Harmadik Egészségügyi Miniszteri Fórumon aláírásra került a „Banja Luka-i Kötelezettségvállalás”. Az első és a második Egészségügyi Miniszteri Fórum „Kötelezettségvállalására” Dubrovnik-ban és Skopje-ban, 2001-ben és 2005-ben került sor.

Jelenleg, a Harmadik Egészségügyi Miniszteri Fórumon aláírt „Banja Luka-i Kötelezettségvállalás” ötéves időtartamra irányozza elő az egészség társadalmi és gazdasági vonatkozásainak áttekintését és a nem fertőző betegségek csökkentésére irányuló erőfeszítéseket az „Egészséget minden vonatkozásban” irányelvek és a szektorközi együttműködés révén, és ezzel a WHO Európai Régiójában egyedülálló törekvést fogalmaz meg.

A „Kötelezettségvállalás” aláírói szerint történelmi jelentőségű előrelépés történt a népegészségügyi célok előmozdítására irányuló regionális szintű együttműködés szorosabbra fűzésére való törekvésben.

A Dél-Kelet Európai Egészségügyi Hálózat tíz országa – Albánia, Bosznia-Hercegovina, Bulgária, Horvátország, Izrael, Montenegro, a Moldovai Köztársaság, Románia, Szerbia és Macedónia Volt Jugoszláv Köztársaság – megállapodott

- ▶ a regionális szintű népegészségügyi együttműködés fenntartásában és megszilárdításában Dél-Kelet-Európa vonatkozásában,
- ▶ egyenlőségre és elszámoltathatóságra való törekvésben az egészségügy területén,
- ▶ a nem fertőző betegségek megelőzésére és visszaszorítására irányuló egészségügyi szolgáltatások és kapacitások megerősítésében,

kiemelt figyelmet fordítva az „Egészséget minden vonatkozásban” irányelvek alkalmazására minden az egészség egyenlő hozzáférését és a helyi és országos szintű beruházásokat érintő döntésnél.

A Fórum résztvevői megünnepelték a Dél-Kelet-Európa régiói között 10 éve tartó szoros népegészségügyi együttműködést, mely nemcsak produktív szakmai tapasztalatcserében nyilvánul meg, hanem eredményei közé számítható még kilenc regionális egészségfejlesztő központ és tíz helyi szintű elmeegészségügyi központ felállítása, valamint egy 60 intézményből álló regionális népegészségügyi hálózat kiépítése is.

A Banja Luka-i „Kötelezettségvállalás” felhívja a WHO Európai Régiójához tartozó országok kormányait és a partnerszervezeteket a Dél-Kelet-Európai Hálózathoz, az általa kitűzött nagy léptékű célok elérésében való támogatására, és azt a meggyőződést fogalmazza meg, hogy az országos, regionális, dél-kelet-európai és összeurópai szintű együttműködés nagymértékben mozdítja elő a területen élő lakosság egészségét és jólétét.

A Fórum résztvevői megvitatták a nem fertőző betegségek Dél-Kelet-Európát sújtó betegségterhét, és áttekintették a nem fertőző betegségekkel kapcsolatban a 2011-es év folyamán elért eredményeket, így a Moszkvai Deklaráció elfogadását, a Nem fertőző Betegségek Megelőzésére és Visszaszorítására irányuló Európai Stratégia Megvalósításának Akciótervét és az ENSZ nem fertőző betegségekkel kapcsolatos felsőszintű találkozási Deklarációját.

A nem fertőző betegségek – mint a szívbetegség, az agyvérzés, a cukorbetegség és a krónikus tüdőproblémák – jelentik a betegségre és halálra vezető legfőbb okokat Dél-Kelet-Európában. A régió ezzel kapcsolatos gyakorlata változatos képet mutat: egyes országok rendkívül jó statisztikákkal rendelkeznek a kardiovaszkuláris betegségek és a méhnyakrák előfordulásának visszaszorításában, mások még most készítik elő az ezekkel a betegségekkel szembeni szervezett fellépésüket.

A Fórum áttekintette a népegészségügyi programok gyorsan megmutató eredményére vonatkozó evidenciákat: így például néhány dohányzással kapcsolatos betegség előfordulásának csökkenése már 1-2 éven belül jelentkezett a dohányárak árának emelése és a közterületeken való dohányzás betiltása után. Ebben a vonatkozásban nagy tere van a regionális együttműködésnek, melynek előmozdítására egy új egészségfejlesztő központ épül Montenegró-ban.

A Fórum értékelései szerint a népegészségügyi eredmények eléréséhez önmagában nem elegendő az egészségügy keretei közötti összefogás, hanem más (társadalmi és környezeti kérdésekkel foglalkozó) szektorok egészségüggyel való hatékony együttműködése is alapfeltétele a nem fertőző betegségek megelőzésének és visszaszorításának. (ZLL)

Forrás:

- ▶ Banja Luka Pledge signed. WHO, 2011.10.13-14.
<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Health-systems/public-health-services/news/news3/2011/10/banja-luka-pledge-signed> (Letöltés dátuma: 2011.10.26.)

2011-10-27 13:57:11