

# Válogatás a HealthOnLine cikkeiből

2011/5



**GYEMSZI**

Gyógyszerészeti és Egészségügyi  
Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet

Informatikai és  
Rendszerelméleti  
Főigazgatóság



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

2011. július 7.

---

## Válogatás a HealthOnLine cikkeiből

2011. július 7.

<b>Egészségpolitika</b> .....	<b>3</b>
Az Obama kormányzat közzétette betegségmegelőző stratégiáját .....	3
<b>Egészségügyi reformok</b> .....	<b>4</b>
David Cameron megreformált NHS reformjai .....	4
<b>Kórházügy</b> .....	<b>5</b>
Az Európai Kórházszövetség a válság hatásairól .....	5
<b>Népegészségügy</b> .....	<b>6</b>
Új kutatási központok alakultak a népbetegségek leküzdése érdekében Németországban .....	6
Sok egyetemi hallgató nem fordul orvoshoz Franciaországban.....	7
<b>Humán erőforrás</b> .....	<b>8</b>
A román orvosok külföldi munkavállalása .....	8
Orvosdemográfiai helyzetkép – Franciaország.....	8
<b>Finanszírozás</b> .....	<b>9</b>
OECD: az egészségügyi kiadások növekedése továbbra is meghaladja a gazdasági növekedés ütemét	9
A német kötelező betegbiztosítás 1,47 milliárd eurós pozitív mérleggel zárta az első negyedévet .....	10
Az orvosi műhibák biztosítási fedezetének változásai Franciaországban.....	11
A francia egészségbiztosítás szerint az orvosok megemelt díjtételei aggodalomra adnak okot .....	11
<b>Gyógyszerek, patikapiac</b> .....	<b>13</b>
A Medicaid gyógyszerlistái költségesek és nem elég hatosak .....	13
A gyógyszerárak visszaszorítására tervezett intézkedések – Szlovákia.....	14
<b>Egészségügyi rendszerek működése</b> .....	<b>14</b>
Egészségügyi ellátás-tervezés Finnországban.....	14
A kötelező betegbiztosítottak esetében csökkent a várakozási idő Németországban .....	15
Németországi helyzetkép az orvosi praxisok eladásával kapcsolatban .....	16
Hogyan küzdhetik le az egészségügyi rendszerek az egészségügyi egyenlőtlenségeket a Strukturális Alapok hatékonyabb felhasználásán keresztül? .....	18
<b>Egészségügyi informatika</b> .....	<b>23</b>
Az NHS informatikai rendszer országos kiépítésének kudarca.....	23

---

## Rendszeranalízis Főosztály

---

mHealth - a mobil alkalmazások lehetőségei az egészségügyben .....	24
eHealth Benchmarking III .....	26
<b>Bizonyítékokon alapuló orvoslás .....</b>	<b>26</b>
Egészségügyi technológia-értékelés Lengyelországban .....	26
<b>EU egészségügy .....</b>	<b>28</b>
A Lengyel EU Elnökség egészségügyi prioritásai .....	28
A brit NHS európai ügyekbe való bekapcsolódása .....	29
<b>Események .....</b>	<b>31</b>
Az európai egészségturizmus perspektívái – Európai Turizmus Konferencia 2011 .....	31

## Egészségpolitika

### ***Az Obama kormányzat közzétette betegségmegelőző stratégiáját***

A megelőző stratégia bizonyítékokon nyugvó ajánlásokat ad az amerikai lakosság egészségének javítására, amelybe a társadalom összes szektorát be kívánják vonni.

Az Egyesült Államok népegészségügyi tanácsadó testülete, a 17 szövetségi hivatalból álló National Prevention Council - amelynek az egészségügyi minisztérium is része -, közzétette az országos megelőző stratégiát (National Prevention Strategy). A stratégia szerint a jó egészség nemcsak a minőségi egészségügyi ellátásból ered, hanem a tiszta levegő és víz, a biztonságos munkahelyek és egészséges élelmiszerek is szerepet játszanak.

Kathleen Sebelius egészségügyi miniszter szerint az egészségügyi törvény (Affordable Care Act) által meghatározott megelőző stratégia elősegíti az egészségügyi rendszer átalakítását a betegségekre való összpontosítástól a megelőzésre és jól-létre való összpontosítás felé. A stratégia olyan cselekvéseket tartalmaz, amelyeket az állami és a magán szféra partnerei is képesek végrehajtani a lakosság egészségben tartására. A megelőző stratégia négy fő irányvonalat jelöl ki az ország egészségének javítására:

- ▶ Egészséges és biztonságos környezetek építése
- ▶ A jó minőségű megelőző szolgáltatások kibővítése klinikai és közösségi környezetekben egyaránt
- ▶ Az emberek felvértezése az egészséges választások képességére
- ▶ Az egészségesegyenlőtlenségek megszüntetése

A megelőző stratégia országos, állami és helyi szintű megvalósítását a National Prevention Council az állami és a magán szféra partnereivel együttműködésben hajtja végre. A kormány tagjai együttesen lépnek fel különböző programok végrehajtásában (pl. America's Great Outdoors Initiative, Neighborhood Revitalization Initiative, Executive Order 13548). (SZL)

Forrás:

- ▶ Obama Administration releases National Prevention Strategy. Department of Health and Human Services, <http://www.hhs.gov/news/press/2011pres/06/20110616a.html> (letöltés dátuma: 2011.06.21.)

Jelentés:

- ▶ National Prevention Strategy,  
<http://www.healthcare.gov/center/councils/nphpphc/strategy/report.pdf> (4,66 MB)

2011-06-22 15:55:58

## Egészségügyi reformok

### *David Cameron megreformált NHS reformjai*

Az egészségügyi érdekérvényesítő csoportok nyomására David Cameron brit miniszterelnök újabb reformok bevezetése mellett több korábbi reformintézkedés visszavonását ígéri.

A miniszterelnök a University College London Hospital előtt tartott június 7-i beszédében az egészségügyi törvénytervezetben végrehajtandó módosításokról számolt be, amelyek az egészségügyi szervezetekkel folytatott konzultációk folyamán jöttek létre („listening exercise”). A Brit Orvosszövetség szerint a miniszterelnök NHS reformját érintő ígérete megfelelő irányba tett jelentős lépésnek tekinthető, bár igazán az fontos, hogy mindebből mi valósul meg. Az Orvosszövetség elnöke szerint Cameron elkötelezett az integrált NHS szolgáltatások iránt és hajlandó bevonni a dolgozók széles körét a szolgáltatások tervezésébe.

Beszédében Cameron a törvénytervezet következő változásait említette:

- ▶ Az egészségügyi és szociális törvénytervezet módosításra kerül, hogy egyértelművé tegye az NHS alapítványi trösztöket szabályozó Monitor elsődleges szerepét, mint a betegek érdekeinek védelmezőjét és nem mint a verseny előmozdítóját.
- ▶ A GP-k által irányított szolgáltatás vásárló/rendelő konzorciumok létrehozásának 2013-as határidejét megszüntetik.
- ▶ Megvalósul a klinikai szolgáltatás rendelés kórházi orvosok és ápolók részvételével. Létrejönnek a klinikai irányító testületek, amelyek lehetővé teszik az orvosok és az egészségügyi szakemberek számára, hogy megvizsgálják az ellátás integrációját az NHS-ben.
- ▶ Megtartják a 18 hetes maximum várakozási időt, amelyet az új egészségügyi kormányzat meg akart szüntetni.

A Royal College of Nursing ápoló szövetség üdvözölte, hogy a nők nagyobb szerephez jutnak az NHS szolgáltatások szervezésében. A szövetség szerint a konzultációk eredményesek voltak és elismerésre került, hogy az ápolók a beteggel való kapcsolat középpontjában foglalnak helyet. Az NHS dolgozókat tömörítő NHS Confederation úgy véli, a miniszterelnök reformokról szóló beszédében érezhető volt, hogy az egészségügyi szolgálatot érintő számos vélemény és aggodalom meghallgatásra talált. A Brit Vöröskereszt a többi egészségügyi szervezethez hasonló nézeteket fejtett ki, és kihangsúlyozta, hogy a Cameron által tett ígéreteket valós reformokkal kell alátámasztani.

A törvénytervezet módosításának szándékát még áprilisban fejezte ki a brit kormány, amikor elindított egy "meghallgatási gyakorlatot" az NHS modernizációja céljából. A konzultációs folyamatba bevonták a közösséget, a betegeket és az egészségügyi szakembereket, amely a következő témakörökre összpontosított:

- ▶ A választás és a verseny szerepe a minőség javításában
- ▶ A nyilvános elszámoltathatóság biztosítása és a betegek bevonása
- ▶ Új oktatási és képzési rendszer a modernizációs folyamat támogatására
- ▶ Az egészségügyi szakemberek által nyújtott tanácsok hogyan javíthatják a betegellátást (SZL)

## Rendszerelemzési Főosztály

---

Forrás:

- ▶ Sade Laja: Cautious welcome for David Cameron's reformed NHS reforms. Guardian, <http://www.guardian.co.uk/healthcare-network/2011/jun/08/nhs-reforms-david-cameron-cautious-welcome> (letöltés dátuma: 2011.06.14.)

Háttér:

- ▶ Government launches NHS listening exercise. Department of Health, [http://www.dh.gov.uk/en/MediaCentre/DH\\_125865](http://www.dh.gov.uk/en/MediaCentre/DH_125865) (letöltés dátuma: 2011.06.14.)

2011-06-14 12:42:44

## Kórházügy

### ***Az Európai Kórházzövetség a válság hatásairól***

Az Európai Kórházzövetség (HOPE) közzétett egy tanulmányt a pénzügyi és gazdasági válság hatásairól az Európai Unióban.

Az Kórházzövetség megvizsgálta a gazdasági válság európai egészségügyi rendszerekre gyakorolt közvetlen és közvetett hatásait. A vizsgálat eredményeit a „The Crisis, Hospitals and Healthcare” című tanulmányában publikálta (A válság, a kórházak és az egészségügy). A gazdasági és pénzügyi válság kedvezőtlen hatással van az európai kórházakra és az egészségügyi szolgáltatásokra. Az összehasonlító jelentés elemzi a hatásokat és a hozott intézkedéseket a kórházak, a szolgáltatások, az egészségügyi dolgozók és a betegek vonatkozásában.

Az európai GDP több mint nyolc százalékát kitevő egészségügyi szektor az állami pénzek legnagyobb hányadát képezi. A szektort így közvetlenül befolyásolják az állami kiadások csökkentését célzó intézkedések. A forráscsökkentés egészségügyi dolgozókra gyakorolt hatása leginkább a foglalkoztatási politikákban és a nyugdíjreformokban észlelhető, melyeket valamennyi EU-s tagállam elfogadott. Az adott egészségügyi rendszertől függően különböző intézkedések kerületek elfogadásra: a lakosság költség-hozzájárulásának növekedése, fizetéseszkökenés, költségek plafon, költségvetés csökkentése. Ezek közül néhánynak nincs köze a válsághoz, de valamennyi megváltoztatja az egészségügyet.

A válság hatásait érintő információkat 2010. március és 2011. március közötti időszakban gyűjtötték az Európai Kórházzövetség tagjai. Az információk kiegészültek más forrásokból is, mint a tagállamok Stabilitási programja vagy Konvergencia programja. A jelentés első részében közölt általános ország információkat hivatalos európai dokumentumokból vették.

A Magyarországot bemutató részből megtudható, hogy a gazdasági válság elsősorban a legkiszolgáltatottabb csoportokat sújtotta. 2010-ben a fő népegészségügyi kihívást az jelentette, hogy innovatív megoldásokat találjanak a válság hatásainak csökkentésére, és hogy védelmezzék és javítsák a magyar lakosság egészségét. Ez két okból nem volt könnyű feladat. Egyrészt több hónapos bizonytalanság előzte meg a 2010. áprilisi választásokat, másrészt 2010. júniustól nem létezik Egészségügyi Minisztérium, államtitkárság foglalkozik az egészségüggyel a Nemzeti Erőforrás

## Rendszerelemzési Főosztály

---

Minisztériumon belül. Az egészségügy javítására az EU-s Strukturális Alapok és az Új Magyarország Fejlesztési Terv bevonását említik példaként. (SZL)

Forrás:

- ▶ The Crisis, Hospitals and Healthcare. European Hospital and Healthcare Federation, [http://www.hope.be/05eventsandpublications/docpublications/86\\_crisis/86\\_HOPE-The\\_Crisis\\_Hospitals\\_Healthcare\\_April\\_2011.pdf](http://www.hope.be/05eventsandpublications/docpublications/86_crisis/86_HOPE-The_Crisis_Hospitals_Healthcare_April_2011.pdf) (letöltés dátuma: 2011.05.28.)

2011-05-31 14:29:09

## Népegészségügy

### ***Új kutatási központok alakultak a népbetegségek leküzdése érdekében Németországban***

2011. június 9-én került sor hat új egészségfejlesztési kutatóközpont bemutatására Németországban. A központokkal optimális kutatási feltételeket kívánnak teremteni a népbetegségek számító diabetes, rák, neurodegeneratív megbetegedések, szív- és érrendszeri megbetegedések, tüdőbetegségek és fertőző betegségek számára, mivel továbbra is aggasztó azoknak a betegeknek a száma, akik ezekben az ún. népbetegségek számító betegségekben szenvednek vagy betegszenek meg.

Az új központok ebben a formában nemzetközi szinten is egyedülállónak számítanak, ami az országot az egészségkutatás terén szintén az élvonalba emelheti. Ezt a nézetet osztja a gyógyszerkutatással foglalkozó német vállalatok szövetsége is. Véleményük szerint ezek a központok Németország tudományos hírnevét nemzetközi szinten csak tovább növelik, ezzel jó alapot teremtve az új gyógyszerek, diagnosztikai és orvostechikai eszközök magasabb színvonalú fejlesztéséhez, amivel közvetetten hozzájárulnak a betegek ellátásának javításához.

A hat központ közül kettő (Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen, Deutsches Zentrum für Diabetesforschung) már 2009-ben megkezdte működését 20 tagintézménnyel összesen 13 működési helyen. A most megnyitott négy új központhoz pedig 27 működési helyen száznál is több főiskola, egyetemi klinika és egyetemen kívüli kutatóintézet tartozik. A kutatási munkák többek között a diagnosztika és az ellátás javítását, illetve individuális terápiák koncepcióinak kidolgozását célozzák, amik együttesen a betegek optimálisabb ellátását eredményezhetik.

A Szövetségi Kutatási Minisztérium a központokat 2015-ig mintegy 700 millió euróval támogatja. A minisztérium véleménye szerint a javuló megelőzés és terápia nem csak a betegek életminőségének és várható élettartamának növekedésével járhat, hanem hosszú távon szintén csökkenhetnek a járulékos pénzügyi terhek is.

A központokkal kapcsolatos további információk a következő linkeken érhetőek el:

- ▶ Deutsches Zentrum für Herz-Kreislauf-Forschung: <http://www.bmbf.de/de/16542.php>
- ▶ Deutsches Zentrum für Infektionsforschung: <http://www.bmbf.de/de/16544.php>
- ▶ Deutsches Zentrum für Lungenforschung: <http://www.bmbf.de/de/16549.php>
- ▶ Deutsches Konsortium für Translationale Krebsforschung: <http://www.bmbf.de/de/16551.php>

## Rendszeranalízis Főosztály

---

- ▶ Deutsches Zentrum für Diabetesforschung: <http://www.bmbf.de/de/14064.php>
- ▶ Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen: <http://www.bmbf.de/de/16553.php>

Forrás:

- ▶ Bundesministerium für Bildung und Forschung, <http://www.bmbf.de/de/gesundheitszentren.php> Letöltés dátuma: 2011.06.10.
- ▶ Deutsches Ärzteblatt: Neue Zentren zur Erforschung von Volkskrankheiten vorgestellt, [http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/46183/Neue\\_Zentren\\_zur\\_Erforschung\\_von\\_Volkkrankheiten\\_vorgestellt.htm](http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/46183/Neue_Zentren_zur_Erforschung_von_Volkkrankheiten_vorgestellt.htm) Letöltés dátuma: 2011.06.10.

2011-06-10 13:20:07

### ***Sok egyetemi hallgató nem fordul orvoshoz Franciaországban***

Franciaországban az Egyetemi hallgatók Kölcsönösségi alapon működő (mutuelle) Biztosítója (LMDE) május 27-én Tours-ban konferenciát tartott, és ezen ismertette az egyetemi hallgatók orvoshoz fordulásával kapcsolatos vizsgálatának eredményét.

Az LMDE beszámolt arról, hogy a hallgatók 34 százaléka anyagi okokból nem fordul orvoshoz, és 20 százaléka nem tudja kiváltani a számukra felírt gyógyszereket. Azoknál, akiknek nincs mutuelle biztosítójuk, az egészségügyi ellátás igénybevételének mellőzése elérheti a 40 százalékot is. Míg az összlakosság 6 százaléka nem rendelkezik kölcsönösségi alapon működő kiegészítő biztosítással, addig ez az arány az egyetemi hallgatók esetében 19 százalékra tehető.

Az LMDE által javasolt megoldások között szerepel

- ▶ a kötelező orvosi vizsgálat visszaállítása az első év során és a tanulmányok második ciklusába lépéskor, azaz a mesterképzés elején,
- ▶ a betegségmegelőzésre vonatkozó tanácsadás előtérbe helyezése,
- ▶ az ellátás könnyű elérhetőségét biztosító egészségházak felállítása minden egyetemi városban,
- ▶ egy 200 euróra szóló egészségügyi csekk bevezetése a rászoruló hallgatók számára. (ZLL)

Forrás:

- ▶ Enquête de la LMDE : un étudiant sur cinq renonce à des soins. Mutualité Française, 2011.05.27. <http://www.mutualite.fr/L-actualite/Kiosque/Revue-de-presse/Enquete-de-la-LMDE-un-etudiant-sur-cinq-renonce-a-des-soins> (Letöltés dátuma: 2011.05.31.)

2011-06-01 09:50:27

## Humán erőforrás

### ***A román orvosok külföldi munkavállalása***

2007-ig a román orvosok külföldi munkavállalása nem volt különösebben számottevő, 2007 óta azonban érzékelhetően felgyorsult ez a tendencia.

Vasile Astarastaoe, a Román Orvosi Kamara elnöke az orvosmigrációról tett nyilatkozatában elmondta, hogy 2007-ig a 41 000 román orvos csupán 0,3-05 százaléka vállalt külföldön munkát, azóta azonban 8900-an mentek más országokba praktizálni. 2011 eleje óta 1000-rel csökkent az országon belül gyógyító tevékenységet folytató orvosok száma, és a veszteség annál is nagyobb, mivel 2007 óta mindössze 7300 orvostanhallgató szerezte meg diplomáját. Így az országban érzékelhető orvoshiány egyre nő, és jóval meghaladja az Egészségügyi Világszervezet által aggasztónak ítélt 2 százalékos értéket.

A migráció által leginkább érintett szakterületek: a sebészet és a kardiológia. A külföldi munkavállaláson túl, országon belüli – Bukarest és a nagyvárosok felé történő – elvándorlás is tapasztalható. Az orvoshiány különösen számottevő a kisebb városokban és vidéken, de újabban már az egyetemi központokat is érinti.

Romániában az 1000 lakosra jutó orvosszám (1,9/1000) eddig is jóval elmaradt az átlagosnak tekintett értéktől 3,5/1000. A tendencia, ha tovább fokozódik, egyrészt megnehezíti a betegek számára az orvosi ellátáshoz való hozzáférést, másrészt az orvosok túlterheltségéhez, és ezzel a műhibák kockázatának megnövekedéséhez is vezethet. (ZLL)

Forrás:

- ▶ GUYONVARCH,M.: Quelle est l'ampleur du phénomène de migration des médecins? Le Petit Journal, 2011.06.15. <http://www.lepetitjournal.com/societe-bucarest/80535-sante-alerte-rouge.html> Letöltés dátuma: 2011.06.22.

2011-06-22 11:33:32

### ***Orvosdemográfiai helyzetkép – Franciaország***

A francia Orvosi Kamara által kiadott Orvosdemográfiai Atlasz adatai szerint, Franciaországban a rendszeres orvosi tevékenységet folytató szakemberek száma meglehetősen stabil, 2010. január 1-je óta, éves szinten mindössze 0,03 százalékos csökkenést mutatott.

Az év elején megjelentetett Orvosdemográfiai Atlasz statisztikái szerint, Franciaországban 199 987 orvos praktizál folyamatosan, és a rendszeres gyógyító tevékenységet folytatók 41 százaléka nő. A szakemberek körében előregedés tapasztalható. Míg 2010-ben az orvosok átlagéletkora 50 év volt, jelenleg meghaladja az 51,4 évet (53 év a férfiak és 49 év a nők esetében).

Az orvosok 46 százaléka folytat magánpraxist, de az önálló vállalkozói életforma egyre kevésbé vonzó a hivatást választók számára. Az általános és a szakorvosok egyaránt a közalkalmazotti státusszal járó, kórházi környezetben folytatott gyógyító tevékenységet részesítenék előnyben.

## Rendszerelemzési Főosztály

---

Az Atlasz rámutat, hogy a Franciaországban praktizáló orvosok negyede külföldön szerezte diplomáját. A külföldi szakemberek többségükben az orvoshiánnyal küzdő területeken enyhítik a lakosság ellátásában felmerülő problémákat.

A francia Orvosi Kamarához újonnan feliratkozó szakemberek 70 százaléka a közalkalmazotti státuszt választja, 20 százalékuk helyettesítő orvosként kíván dolgozni, és csak 10 százalékuk tervezi magánpraxis indítását. (ZLL)

Forrás :

- ▶ Médecins: 41% sont des femmes. Viva Presse, 2011.06.14.  
[http://www.viva.presse.fr/Medecins-41-sont-des-femmes\\_15508.html](http://www.viva.presse.fr/Medecins-41-sont-des-femmes_15508.html)
- ▶ Atlas de la Démographie Médicale en France, Situation au 1-er janvier 2011  
<http://www.fmcdinan.org/article-atlas-de-la-demographie-medicale-de-l-ordre-l-edition-2011-76759745.html> (Letöltés dátuma : 2011.06.15.)

2011-06-15 15:05:14

## Finanszírozás

### ***OECD: az egészségügyi kiadások növekedése továbbra is meghaladja a gazdasági növekedés ütemét***

Az egészségügyi kiadások a legtöbb OECD-országban továbbra is gyorsabb ütemben növekednek, mint a gazdasági növekedés, fenntartva a '70-es években megfigyelt trendet. Az OECD Health Data 2011 szerint 2008-ban az egészségügyi kiadások elérték a GDP átlagosan 8,8 százalékát, 2009-ben pedig (a legutolsó olyan év, amelyre rendelkezésre állnak adatok) már a 9,5 százalékát.

Az egészségügyi kiadások GDP-n belüli aránya valószínűleg stabilizálódni vagy kissé csökkenni fog 2011-ben. Ennek oka a gazdasági növekedés felgyorsulása, valamint az, hogy a kormányok a költségvetési hiány csökkentése céljából visszafogják az egészségügyi kiadások növekedését.

Miközben a kormányoknak többet kell tenniük az egészségügyi kiadások jobb ár-érték arányáért, az OECD szerint továbbra is törekedniük kell a hosszú távú célkitűzések elérésére, az igazságosabb, fogékonyabb és hatékonyabb egészségügyi rendszerek kialakítására.

Az egészségügyi kiadások GDP-n belüli arányának növekedése különösen azokban az országokban volt jellemző, amelyeket a globális recesszió erőteljesen sújtott. Írországból a GDP egészségügyre fordított aránya a 2007-es 7,7 százalékos szintről 2009-re 9,5 százalékra emelkedett. Az Egyesült Királyságban 2007 és 2009 között 8,4 százalékról 9,8 százalékra nőtt az egészségügyi kiadások GDP-n belüli aránya.

Az egy főre jutó egészségügyi kiadások szintje az OECD- országokban 2008-ban átlagosan 3,8 százalékkal, 2009-ben pedig átlagosan 3,5 százalékkal nőtt. Az egészségügyi közkiadások szintje még gyorsabban nőtt, átlagosan 4,8 százalékkal 2008-ban és 4,1 százalékkal 2009-ben. A magán egészségügyi kiadások szintén növekedtek a legtöbb országban, de lassabb ütemben (2008-ban 1,9 százalékkal, 2009-ben 2,7 százalékkal).

## Rendszerelemzési Főosztály

---

2009-ben jelentős különbségek voltak az OECD-tagországok között az egészségügyre fordított kiadások mértéke, valamint az egészségügyi kiadások GDP-n belüli részaránya között. Az USA továbbra is lényegesen többet költött egészségügyre a többi OECD-oroszánál: az egy főre jutó egészségügyi kiadások aránya 7960 dollár (=1 456 680 Ft) volt. Ez két- és félszerese az OECD-átlagnak (3223 dollár= 589 809Ft).

Az egészségügyi kiadások GDP-n belüli arányát tekintve, az USA 2009-ben 17,4 százalékot fordított egészségügyre, ami 5 százalékponttal nagyobb, mint az öt követő két legmagasabb értékkel rendelkező országban, Hollandiában (12 százalék) és Franciaországban (11,8 százalék). Őket Norvégia és Svájc követi a sorban, ahol az egy főre jutó egészségügyi kiadások 2009-ben meghaladták az 5000 dollárt (915 000 Ft).

Magyarországon 2009-ben az egészségügyi kiadások GDP-n belüli aránya 7,4 százalék volt, amely alacsonyabb, mint az OECD-átlag (9,5 százalék), és a 34 OECD-oroszág között is a legalacsonyabbak között található (legalacsonyabb Törökország: 6,1 százalék). (AZS)

Forrás:

- ▶ Health: spending continues to outpace economic growth in most OECD countries.  
[http://www.oecd.org/document/38/0,3746,en\\_21571361\\_44315115\\_48289894\\_1\\_1\\_1\\_1,00.htm](http://www.oecd.org/document/38/0,3746,en_21571361_44315115_48289894_1_1_1_1,00.htm)  
I (letöltés dátuma: 2011.07.05.)

2011-07-05 16:30:50

### ***A német kötelező betegbiztosítás 1,47 milliárd eurós pozitív mérleggel zárta az első negyedévet***

A kötelező betegbiztosítók pénzügyi helyzete Németországban eddig a tavalyinál kedvezőbben alakult. Az egészségügyi minisztérium adatai szerint a kötelező betegpénztárak 2011 első negyedéves bevételei 45,85 milliárd eurót, kiadásai 44,38 milliárd eurót tettek ki, azaz 1,47 milliárd euró többletet értek el tavalyhoz képest (2010: 235 millió euró).

A német Egészségügyi Alap az első negyedévben összesen 44,74 milliárd eurót utalt a pénztáraknak. Az első negyedévben az Egészségügyi Alap járulékokból és adókból befolyt bevétele viszont csupán 44,22 milliárd euró volt, azaz 0,52 milliárd eurós deficittel zárta ezt az időszakot.

A betegpénztárak összességében tavalyhoz képest biztosított tagonként 3,1 százalékkal költöttek többet, így a teljes költségnövekedés 1,2 százalékkal haladta meg a tervezettet.

Növekedés elsősorban az orvosi ellátás terén jellemző: a kórházi kezelésekre fordított kiadások 4,8 százalékkal, az ambuláns orvosi ellátás költségei 1,2 százalékkal emelkedtek biztosított tagonként. A megelőző intézkedések szintén jelentős 4,1 százalék többletköltséget okoztak. A tartományi alapesetértékek mérsékelt növekedése ellenére a szolgáltatások mennyiségének növekedése sajnos a fekvőbeteg területen jelentősebb kiadásnövekedést okozott a vártnál.

## Rendszerelemzési Főosztály

---

A gyógyszer-megtakarítási csomag ezzel szemben beváltani látszik a hozzá fűzött reményeket. Az utóbbi évek megfékezhetetlennek tűnő kiadásnövekedései után ezen a területen első ízben sikerült 4,8 százalékos kiadáscsökkenést elérni.

A táppénzt terén tapasztalt kiadásnövekedés változatlan, jelenleg 11,2 százalék.

A pénztárak nettó adminisztrációs költségei biztosított tagonként 2,4 százalékkal növekedtek. Az év további részében a jelenlegi szabályozás szerint mindenképpen költségcsökkenést kell realizálni, mert a kötelező betegbiztosítás finanszírozásáról szóló törvény 2010-hez viszonyítva se 2011-ben, se 2012-ben nem teszi lehetővé az adminisztratív költségek növekedését. (VN)

Forrás:

- ▶ **Ärzteblatt: Gesetzliche Krankenversicherung erwirtschaftet Milliardenüberschuss:**  
[http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/46283/Gesetzliche\\_Krankenversicherung\\_erwirtschaftet\\_Milliardenuberschuss.htm](http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/46283/Gesetzliche_Krankenversicherung_erwirtschaftet_Milliardenuberschuss.htm) Letöltés dátuma: 2011.06.20.

2011-06-20 15:43:10

### ***Az orvosi műhibák biztosítási fedezetének változásai Franciaországban***

A francia Országgyűlés május 19-én fogadott el módosító rendelkezést az orvosok polgári jogi felelősségvállalását feltételező műhibák biztosítási fedezetére vonatkozóan.

A francia kormány döntése értelmében a biztosítóknak az eddigi 3 millió euró összegű küszöbérték helyett, a továbbiakban 8 millió Euró összegig kell fedezetet vállalniuk a műhibák miatt bekövetkezett egészségkárosodásokra.

8 millió euró fölött közös kötelezettségvállalás lép érvénybe, melynek finanszírozása az orvosok felelősségbiztosítási díjtételeinek, 10-25 eurós (szakterülettől függően) emelésén fog alapulni. Ez a megoldás a biztosítók összevont pénzalapteremtését váltja ki, mivel ez utóbbi – megvalósítása esetén – túl költségigényesnek bizonyult volna.

A módosító rendelkezés előreláthatólag 2012 elején lép hatályba. (ZLL)

Forrás:

- ▶ **Responsabilité civile médicale : le principe de mutualisation public est adopté à l'Assemblée nationale.** Viva Presse, 2011.05.20. [http://www.viva.presse.fr/Responsabilite-civile-medicale-le\\_15375.html](http://www.viva.presse.fr/Responsabilite-civile-medicale-le_15375.html) (Letöltés dátuma: 2011.05.25.)

2011-05-25 15:56:42

### ***A francia egészségbiztosítás szerint az orvosok megemelt díjtételei aggodalomra adnak okot***

Franciaországban az utóbbi 10 évben évente 6,4 százalékkal emelkedtek a szakorvosok tarifái, és így összegük 2010-ben elérte a 2,5 milliárd eurót.

## Rendszerelemzési Főosztály

---

Az Országos Egészségbiztosítás (CNAM) főigazgatója szerint reformintézkedésekre van szükség az egészségügyi ellátás igénybevételét akadályozó tendencia megállítására.

2010-ben minden negyedik francia orvos a társadalombiztosítás által meghatározott alaptarifák túllépését lehetővé tevő II. szektorban dolgozott, és ez az arány még nagyobb a szakorvosok körében, akiknél a tarifa-túllépés gyakorlata még elterjedtebb.

Ile-de-France egyes klinikáin előfordult, hogy az egészségbiztosítás által előírt alaptarifák 10-szeresét is felszámították. A régióban az átlagos tarifa-túllépés 2010-ben 54 százalékos volt, szemben az 1990-es években regisztrált 25 százalékkal.

A 2010-ben 2,5 milliárd eurót elérő tarifa-túllépések összességében az orvosi honoráriumok 12 százalékát teszik ki, ugyanakkor ez az arány - további bontásban - szakorvosok esetében 17 százalékra, sebészeknél pedig 32 százalékra tehető.

Nagyok az eltérések a különböző szakterületek között is. Így a sebészorvosok túlnyomó többsége (85 százalék) a II. szektorhoz tartozik, és ez jóval meghaladja a többi terület specialistáinak II. szektorban folytatott tevékenységét. Ez az arány 50 százalékos a fül-orr-gégészek, szemorvosok és nőgyógyászok körében, viszont nem éri el a 20 százalékot sem a radiológusok, a kardiológusok vagy a tüdőgyógyászok esetében, akik többnyire az I. szektorban praktizálnak.

A fiatal orvosok számára a II. szektorban való elhelyezkedés jelent vonzó perspektívát, ez azonban a honoráriumok díjtételeinek erőteljes növekedéséhez vezet. A különbségek a régiók között is jelentkeznek, és a legjobban ellátott területeken vannak a legnagyobb tarifa-túllépések.

A CNAM főigazgatója sürgős intézkedéseket tervez a tarifa-túllépések emelkedésének visszaszorítására. Ehhez a megoldást az I. és a II. szektor mellett felállítandó opcionális szektorban látja. Az ezt a szektort választó orvosok tevékenységére a tarifa-túllépések nagyobb mértékű korlátozása mellett, a mutuelle-biztosítók általi kedvezőbb visszatérítés, illetve egyes alacsony összegű alaptarifák esetén, ezek központi emelése lenne érvényes.

Az opcionális szektor bevezetésének kérdése már évek óta napirenden van Franciaországban, és a CNAM főigazgatója a Kölcsönösségi alapon működő Biztosítószervezet, a Mutualité Française elnökével egyetértésben sürgős intézkedést tart szükségesnek az ellátáshoz való hozzáférést akadályozó probléma rendezésére. (ZLL)

Forrás:

- ▶ Dépassements d'honoraires des médecins : l'assurance maladie tire la sonnette d'alarme, La Mutualité Française, 2011.05.18. <http://www.mutualite.fr/L-actualite/Assurance-maladie/Depassements-d-honoraires-des-medecins-l-assurance-maladie-tire-la-sonnette-d-alarme> (Letöltés dátuma: 2011.05.23.)

2011-05-24 09:57:51

## Gyógyszerek, patikapiac

### ***A Medicaid gyógyszerlistái költségesek és nem elég hatásosak***

A San Francisco-i University of California kutatói által végzett tanulmány szerint az amerikai Medicaid program a szükségesnél jóval többet költ gyógyszerekre. Az evidencia-alapú, biztonságos és hatásos gyógyszerekből álló nemzetközi listák figyelmen kívül hagyásával a Medicaid nem nyújtja betegei számára a leghatásosabb készítményeket.

A tanulmány 40 állam Medicaid programjának gyógyszerlistáit (Preferred Drug Lists) vetette össze a WHO 2009-ben közzétett listájával (Essential Medicines List). Az eredmények azt mutatták, hogy az államok által működtetett és finanszírozott Medicaid programok gyógyszerlistái nagy eltérést mutatnak államonként, és kevés protokoll vagy ésszerűség létezik kiválasztásukra a költség, a biztonság és a hatásosság terén.

A WHO 2007-ben vizsgálta az alapvető gyógyszereket tartalmazó listákat a világon és azt találta, hogy 151 ország közül 131 használta az Essential Medicines List gyógyszereit az országos gyógyszerkönyvben, az Egyesült Államok azonban nem volt köztük. A Medicaid programban 51 különböző gyógyszerlista létezik és a rajtuk levő gyógyszerek csupán harmada szerepel következetesen a listákon. A kutatók szerint a Medicaid jelentős pénzüsségeket takaríthatna meg, ugyanakkor biztonságosabb és hatásosabb gyógyszerekkel szolgálna a betegek számára, ha következetesebben döntene a térített gyógyszerekről.

Jelenleg a Medicaid program 60 millió alacsony jövedelmű lakosnak nyújt egészségügyi ellátást az Egyesült Államokban. A programot a szövetségi és az állami kormányok közösen finanszírozzák. Minden állam maga dolgozza ki a preferált gyógyszerlistáját, az ebben szereplő termékeket a Medicaid teljes mértékben téríti előzetes engedélyezés szüksége nélkül. A vényköteles gyógyszerjuttatások képezik a Medicaid program második legnagyobb kiadási tételét.

A tanulmány a District of Columbia és 40 állam Medicaid programjának gyógyszerlistáit vizsgálta, és 9 terápiás osztályban 369 gyógyszert azonosított. A WHO lista 120 gyógyszeréből 114 feltűnt az államok listáin is, azonban használatuk nem volt következetes. Ezen felül 249 gyógyszer jelent meg az állami gyógyszerlistákon, amelyeket a WHO nem tart a leghatásosabb és legbiztonságosabb termékeknek. Ezek vagy originál, nem generikus gyógyszerek voltak, vagy nem javasoltak az adott betegség terápiájaként. Az állami listákon szereplő gyógyszerek 56 százalékának létezik olcsóbb, helyettesíthető változata, míg a WHO listán ez az arány 76 százalék, vagyis az államok a szükségesnél többet költenek gyógyszerekre. (SZL)

Forrás:

- ▶ Kristen Bole: US Medicaid Drug Lists Cost More, Deliver Less. Medical News Today, <http://www.medicalnewstoday.com/releases/228956.php> (letöltés dátuma: 2011.06.27.)

2011-06-28 10:00:25

## ***A gyógyszerárak visszaszorítására tervezett intézkedések – Szlovákia***

Szlovákia Egészségügyi Minisztériuma új gyógyszerrendelettel kíván 100 millió eurós nagyságrendet is meghaladó megtakarítást elérni az ország gyógyszer-forgalmazásában.

Kormányzati tervek szerint Szlovákiában a gyógyszerárak megállapítása az Európai Unió második legalacsonyabb gyógyszerárának kialakításához fog vezetni, korrupció-ellenes intézkedéseket hoznak, és a generikumok széles körű alkalmazása válik gyakorlattá.

A gyógyszeripar képviselői komoly aggodalmukat fejezték ki a változtatások életbe léptetésével szemben.

A minisztérium gyógyszerekre, orvosi segédeszközökre, dietetikus élelemiszerekre valamint ezek biztosítási fedezetére vonatkozó törvénytervezetével nemcsak a betegek, hanem az egészségbiztosítók anyagi helyzetére is pozitív hatást kíván gyakorolni.

A gyógyszeráraknak Európai Uniós viszonylatban a második legalacsonyabb szintre való helyezése, a törvény elfogadása utáni első évben – a várakozások szerint – 75 millió euró megtakarítást, a gyógyszerek hatóanyag szerinti rendelése pedig mintegy 50 millió euró költségcsökkenést fog eredményezni a betegek és a biztosítók számára egyaránt.

A tervezett korrupció-ellenes intézkedések szankciókat helyeznek kilátásba az orvos-látogatók számára az orvosok rendelési időben történő felkeresése és megajándékozása esetén, valamint előírják a gyógyszereket kategorizáló bizottság tevékenységének átláthatóvá tételét.

A minisztérium eredetileg a biztosítási fedezet kiterjesztésére vonatkozó törvénymódosítással kívánta ezeket a változtatásokat meghozni, de végül törvényjavaslatot terjesztett a Parlament elé, melynek megvitatására júniusban került sor. (ZLL)

Forrás:

- ▶ The Slovak Spectator, 2011.06.20.  
[http://spectator.sme.sk/articles/view/43024/3/pharma\\_cries\\_foul\\_over\\_new\\_bills.html](http://spectator.sme.sk/articles/view/43024/3/pharma_cries_foul_over_new_bills.html) (Letöltés dátuma: 2011.06.23.)

2011-06-23 15:57:23

## **Egészségügyi rendszerek működése**

### ***Egészségügyi ellátás-tervezés Finnországban***

Finnországban május 1-jén lépett érvénybe az az új Egészségügyi Törvény, mely lehetővé teszi, hogy krónikus problémák fennállásakor az állandó lakóhely szerint illetékes helyhatóság által irányított területen kívül is igénybe lehessen venni az egészségügyi központok szolgáltatásait, a lakóhelytől való hosszabb ideig tartó távollét esetén.

Már három héttel az első konzultáció előtt jelezni kell az ideiglenes tartózkodási hely szerint illetékes egészségügyi központnak az előreláthatólag szükségessé váló kezeléseket. Ehhez az állandó

## Rendszerelemzési Főosztály

---

lakóhelyen működő egészségügyi központnak egy kezelési tervet is el kell készítenie, melynek révén a beteg jogosulttá válik kezeléseinek egy másik központban való igénybevételére.

Sürgősségi ellátást természetesen továbbra is mindenhol igénybe lehet venni kezelési terv nélkül is.

Minden krónikus betegnek, de különösen a többféle egészségi problémában szenvedőknek, szükségük van a számukra megfelelően kialakított ellátásra és kezelésekre, melyekhez a kezelési terv előírásai nyújtanak útmutatást. Az egészségügyi szakemberek a beteg közreműködésével készítik el a beteg optimális ellátására szolgáló kezelési tervet. Néhány egészségügyi központ helyben tartózkodó betegei ellátásához is tervet készít kezdeti problémáik jelentkezésekor.

Az új Egészségügyi Törvény rendelkezései megkönnyítik az egészségügyi központok közötti adatátvitelt, és ez lehetővé teszi a betegellátás biztonságosabbá és zökkenőmentessé tételét. Egy kórház vonzáskörzetében minden egészségügyi központ és kórház közös elektronikus nyilvántartást vezet a betegek adatairól. A beteget kezelő szakemberek számára így mindenütt elérhetőek a beteg kezeléséhez szükséges információk.

A beteget tájékoztatni kell adatai közös kezeléséről, valamint arról, hogy módjában áll ezt letiltani. A tiltás további értesítésig érvényes, és bármikor feloldható. A letiltott adatok sürgős esetben sem érhetőek el, kivéve ha az ilyen alkalmazásról a beteg már előre rendelkezett.

Finnországban lakóközveten belül vagy az ezzel együttműködésben álló területen évente egyszer lehet egészségügyi intézményt váltani. A betegnek – három héttel első orvoshozfordulása előtt – erről mindkét érintett intézményt tájékoztatnia kell. Speciális szakrendelést is lehet választani a szomszédos kórházkerzetek által közösen ellátott, úgynevezett „felelősségi terület” rendelkezéseiből, ehhez a beteg kezelőorvosa adhat beutalót.

A rendelkezések szerint a betegnek a jövőben előreláthatólag tágabb tere nyílik betegellátása helyszínének megválasztására. 2014-től szabadon választhat majd az ország minden egészségügyi rendelőintézete, szakrendelője és kórháza által nyújtott ellátás között. (ZLL)

Forrás:

- ▶ Patients have access to health services according to care plan even outside their home municipality. Ministry of Social Affairs and Health, 2011. 05.03.  
<http://www.stm.fi/en/pressreleases/pressrelease/view/1560084#en> (Letöltés dátuma: 2011.06.27.)

2011-06-27 12:16:38

### ***A kötelező betegbiztosítottak esetében csökkent a várakozási idő Németországban***

A vállalati betegpénztárak szövetségi egyesületének felmérése szerint, melynek során 6000 14 év feletti személyt kérdeztek meg, a kötelező biztosítottaknak 2011-ben átlagosan 20 napot kell az ellátásra várakozniuk. Esetükben a várakozási idő 2008-hoz viszonyítva egy nappal csökkent.

A magánbiztosítottaknak 2011-ban 14 napot kell az ellátásra várniuk, az ő esetükben a várakozási idő négy nappal növekedett.

## Rendszerelemzési Főosztály

---

A 2011-es felmérés szerint a kötelező és magán biztosítottak aránya nem változott a három évvel azelőtti helyzethez képest: a lakosság 85 százaléka továbbra is a kötelező biztosításban biztosítja magát, a magánbiztosított aránya nyolc százalékot tesz ki.

A felmérésben részt vevők mintegy 80 százaléka ismét azt jelezte, hogy legalább egyszer felkereste orvosát az elmúlt 12 hónapban.

A betegeknek 2011-ben a háziorvosi időpontra nyolc napot (2008-ban tíz nap) kellett várniuk, a szemészeti ellátás esetén a várakozási idő azonban már 37 napot tesz ki.

A szakorvosi területen 2008-hoz viszonyítva a várakozási idő esetén nem volt változás tapasztalható. A korábbiakhoz hasonlóan az átlagos várakozási idő 24 napot tesz ki. A nőgyógyászok esetében a várakozás ideje 2011-ben és 2008-ban is 27 nap maradt. Ortopéd szakorvosok esetében viszont két nappal nőtt 2011-ben a várakozási idő, ami így 18 napra növekedett.

A praxisokban a betegeknek továbbra is körülbelül fél órát kell várakozniuk az ellátásra.

Forrás:

- ▶ Kürzere Wartezeiten für Kassenpatienten:  
[http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/46126/Kuerzere\\_Wartezeiten\\_fuer\\_Kassenpatienten.htm](http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/46126/Kuerzere_Wartezeiten_fuer_Kassenpatienten.htm)  
Letöltés dátuma: 2011.06.07.

2011-06-07 14:34:14

### ***Németországi helyzetkép az orvosi praxisok eladásával kapcsolatban***

A német orvosok igen kreatívan viselkednek, ha a praxisuk értékesítéséről van szó, mert az egészségügyi piacon egyre kiélezettebb a verseny. Ezt mutatja a Springermedizin Szakkiadó és a Deutsche Apotheker- und Ärztebank által 1041 orvos (mintegy 700 háziorvos és 300 szakorvos) körében elvégzett felmérés eredménye. A német piacon jelenleg már az innovatív praxismodellek a legkeresettebbek, a vásárlást megelőzően az új tulajdonosok a praxisteammel vagy informatikával kapcsolatban korábban eszközölt beruházásokat is szem előtt tartják. Egy önállóan működtetett praxis eladása olyan utód számára, aki a praxist szintén egy személyben kívánja tovább működtetni mára már nem az egyedüli lehetősége az eladásnak. A potenciális követőkért folyó éleződő versenyben az eladást elősegítő intézkedések közé tartozik a praxis eladását követő továbbfejlesztési lehetőségek kidolgozása is, amire a praxist megvásároló építkezhet.

Praxiseladás során a felmérés eredménye szerint tíz orvosból hárman a praxisuk eladási értékének növelése érdekében azt tervezik, hogy a praxis eladását megelőzően magukhoz vesznek egy fiatal orvost, aki idővel majd felnő a feladathoz, illetve az átmeneti időszakban ily módon már személyesen is megismerheti a jövőbeni praxisának betegkörét.

A második lehetőség az eladás elősegítésére, hogy a praxist kooperációs formában működtetik, azaz például orvosi ellátóközpontba vagy egy nagyobb csoportpraxisba viszik be. Ennek legnagyobb jelentősége abban rejlik, hogy ily módon a rész munkaidős modell könnyebben megvalósítható, ami vonzó a fiatal generációk számára. A praxis eladását elősegítheti még egy praxishálózathoz való csatlakozás vagy egy részben csoportpraxisként – a közös működtetés az orvosi szolgáltatásspektrum egy részére terjed ki – történő működtetés. Minden hatodik felmérésben résztvevő orvos praxisát ebbe az irányba igyekeznek továbbfejleszteni.

## Rendszerelemzési Főosztály

---

Azonban éppen az ilyen stratégiai jellegű intézkedések megtervezéséhez van a legtöbb időre szükség. Különösen a kooperációs formák tűnnek a legtöbb orvos számára attraktív lehetőségnek, hogy mind orvosi, mind gazdasági szempontból sikereket legyenek képesek elérni.

A praxiseladás előmozdításának harmadik Németországban alkalmazott módszere a praxisba történő befektetés. Minden harmadik megkérdezett e szerint jár el. Itt első helyen az informatikába történő beruházás (46 százalék), második helyen a képzésbe, továbbképzésbe (41 százalék) történő beruházás áll – két olyan feltétel, melyek a praxistulajdonostól függetlenül a praxis zökkenőmentes működését garantálja.

Az orvostechikába 36 százalék, marketingbe 34 százalék, a praxis helyiségeinek és berendezési tárgyainak fejlesztésébe 29 százalék kíván orvosi tevékenységének feladása előtt beruházni.

A házi- és szakorvosok beruházási szokásai között különbségek mutatkoznak. A szakorvosok 46 százaléka a praxis eladása előtt elsősorban az orvostechikába ruházna be, ez az arány a házi orvosok esetében csupán 31 százalék. Ez azzal magyarázható, hogy a szakorvosok esetében az orvostechikának nagyobb a jelentősége, mint a legtöbb házi orvos számára. A praxismarketing és az imázsépítés terén is jóval aktívabbak azonban a szakorvosok (39,5 százalék) a házi orvos (31,5 százalék) kollégáiknál.

Nem minden egyes orvos számára tűnik egy-egy ilyen beruházás kifizetődőnek. Szakértők bevonásával – adótanácsadó, banki szakember – egy jövedelmezőségi vizsgálat keretében azonban viszonylag hamar kideríthető van-e értelme egyáltalán a ráfordításnak. Egy olyan recept, amivel a praxis eladásakor minden orvos jól jár, természetesen nem létezik, hiszen minden egyes orvosi praxisnak meg van a maga sajátossága.

Amennyiben alacsonyabb a kereslet mint a kínálat, az csökkenti az árat és az eladó számára azt a veszélyt hordozza, hogy az eladni szándékozott terméket nem képes kedvező áron értékesíteni. Ez a köztudott tény a praxisukat eladni szándékozó német orvosok számára ismert, többségüknek a praxis eladásából származó bevétellel kapcsolatban nincsenek nagy elvárásai.

A praxis értékét illetően pesszimistának tűnnek az orvosok Németországban. A megkérdezettek mintegy kétharmada maximum 100 000 eurót remél az eladásból és az orvosok 30 százaléka még 50 000 eurónál is kevesebbre számít. Az orvosok csupán kevesebb, mint nyolc százaléka remél 200 000 eurónál többet a praxisa eladásából.

Az orvosok többsége nehéznek tartja az utódlás kérdését is. Csupán minden negyedik megkérdezett tartotta biztosnak vagy valószínűnek, hogy egyáltalán követőre talál. Ezzel szemben 60 százalék nyilatkozott úgy, hogy az utánpótlás nehézkes, illetve 10 százalékuk számára ez egyenesen lehetetlennek tűnik.

Ezen a téren is kedvezőbb a szakorvosok helyzete, ami az értékesebb orvostechikával magyarázható: közülük mintegy 20 százalék vár 200 000 eurónál magasabb bevételt és csupán 16 százalék remél 50 000 eurónál kevesebbet. Az orvosok 23 százaléka ezért az eladásból származó bevételt nem is tekinti az időskori megtakarítása részeként, 38 százalékuk a bevételnek kevés jelentőséget tulajdonít. Mégis az orvosok 37 százaléka az időskori előtakarékoság szempontjából jelentősnek ítéli meg a praxiseladásból származó bevételt.

Az orvosok a kooperációs formától a praxis értékének emelkedését remélik, így a csoportpraxisban tevékenykedő orvosok az eladást illetően valamivel optimistábbak. A felmérésben 777 önálló praxisban és 174 csoportpraxisban tevékenykedő orvos vett részt. Az önálló praxist fenntartó orvosok esetében 22 százalék, a csoportpraxist fenntartó orvosok esetében 30 százalék bizakodó az eladást illetően.

## Rendszerelemzési Főosztály

---

Hasonló a helyzet az utánpótlást tekintve: a csoportpraxisok 30, az önálló praxisok 24 százaléka optimista a kérdést illetően. Az eladási árat tekintve szintén a csoportpraxisok vannak előnyben. Esetükben 21 százalék számít 50 000 eurónál alacsonyabb bevételre, míg ez az arány az önálló praxist fenntartók körében 33 százalék.

Szintén eltérőek a beruházási magatartások a két területen. A csoportpraxisok tulajdonosainak 36 százaléka, az önálló praxisok tulajdonosainak 32 százaléka mutat hajlandóságot a praxisba történő beruházásra az eladás előmozdítása érdekében. A beruházások terén szintén a csoportpraxisok vezetnek minden téren. A legszembetűnőbb különbség a továbbképzések esetében volt megfigyelhető: a csoportpraxist fenntartók 55 százaléka kíván a praxis bezárásáig a munkatársak továbbképzésére költeni, ez az arány az önálló praxisok körében viszont csupán 39 százalék. (VN)

Forrás:

- ▶ **Ärztezeitung: Viele Ärzte gehen neue Wege im Praxisverkauf**  
[http://www.aerztezeitung.de/praxis\\_wirtschaft/w\\_specials/special-praxisabgabe/article/654307/viele-aerzte-gehen-neue-wege-praxisverkauf.html](http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/w_specials/special-praxisabgabe/article/654307/viele-aerzte-gehen-neue-wege-praxisverkauf.html) Letöltés dátuma: 2011.05.24.
- ▶ **Beim Praxiswert sind Ärzte eher pessimistisch**  
[http://www.aerztezeitung.de/praxis\\_wirtschaft/w\\_specials/special-praxisabgabe/article/652729/praxiswert-aerzte-eher-pessimistisch.html?sh=4&h=2116188664](http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/w_specials/special-praxisabgabe/article/652729/praxiswert-aerzte-eher-pessimistisch.html?sh=4&h=2116188664) Letöltés dátuma: 2011.05.24.
- ▶ **Ärzte erwarten höheren Praxiswert in Kooperationen**  
[http://www.aerztezeitung.de/praxis\\_wirtschaft/w\\_specials/special-praxisabgabe/article/654309/aerzte-erwarten-hoeheren-praxiswert-kooperationen.html?sh=1&h=1971200170](http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/w_specials/special-praxisabgabe/article/654309/aerzte-erwarten-hoeheren-praxiswert-kooperationen.html?sh=1&h=1971200170) Letöltés dátuma: 2011.05.24.

2011-05-30 14:06:03

### ***Hogyan küzdhetik le az egészségügyi rendszerek az egészségügyi egyenlőtlenségeket a Strukturális Alapok hatékonyabb felhasználásán keresztül?***

A Strukturális Alapokból származó források elsősorban az egészség és egyenlőség minden szakpolitikába történő integrálása, a társadalmilag kirekesztett csoportok egészségi állapotának javítása, valamint a Konvergencia Régiók egészségügyi rendszereinek fejlesztése révén segíthetik elő az egészségügyi egyenlőtlenségek csökkenését.

A Strukturális Alapok és a Kohéziós Alap az EU regionális politikájának szerves részét képezik. A támogatások célja, hogy csökkentsék a keresetekben, jólétben és lehetőségekben megmutatkozó regionális egyenlőtlenségeket. Az EU szegényebb régiói kapják a legtöbb támogatást, de a többi európai régió is jogosult a támogatásra különböző alapokon és programokon keresztül.

2008-2009 óta a Strukturális Alapok egészségügyi egyenlőtlenségek felszámolására irányuló felhasználásának erős gazdasági ösztönzője is van. Ha az egészséget tőkejósággként értelmezzük, az egészségügyi egyenlőtlenségekhez kapcsolódó veszteségek relatív viszonylatban mérsékeltek (a GDP 1,4 százalékát teszik ki), de abszolút értelemben jelentősnek mondhatók (2004-ben évente mintegy 141 milliárd euróra/38 070 milliárd Ft/ becsülték őket). Amennyiben az egészséget fogyasztási jósággként

## Rendszerelemzési Főosztály

---

értelmezzük, az egészségügyi egyenlőtlenségekből származó veszteségek a GDP 9,4 százalékát teszik ki.

Az egészségügyi rendszerek kulcsszerepet játszanak az egészségügyi egyenlőtlenségek csökkentésében a Strukturális Alapok felhasználásának segítségével, elsősorban a következő módokon:

- ▶ Az egészség és egyenlőség fejlesztése minden szakpolitikában
- ▶ A társadalmilag kirekesztett csoportok egészségének fejlesztése
- ▶ Az egészségügyi rendszerek fejlesztése a Konvergencia Régiókban

A Strukturális Alapok hatékony felhasználásához az egészségügyi rendszereknek jelentős és folyamatos beruházásra van szükségük a kapacitástervezésbe (szervezeti fejlesztés, munkaerő-fejlesztés, vezetőség-fejlesztés, partnerség fejlesztés, forrásallokáció) minden szinten, az országotól a helyi szintekig, amennyiben a Strukturális Alapok felhasználása megvalósítható, fenntartható és hatékony.

Ahhoz, hogy az egészségügyi méltányosságot integrálják a Strukturális Alapok felhasználásába, az országos egészségügyi minisztériumok és a regionális egészségügyi rendszerek együttműködésére van szükség a Strukturális Alapok menedzsmenete (a politikai kezdeményezéstől a végrehajtásig) és a Strukturális Alapok szétosztása (a megegyezett prioritásoktól a közbeszerzésen és projektvégrehajtáson keresztül a végső auditig) terén.

A Strukturális Alapok következő időszakában (2014-2020) a tervezési folyamat során nagyobb hangsúlyt kell fektetni a regionális egészségügyi rendszerek azon szerepére, hogy a Strukturális Alapokból származó támogatásokat célzottan, az egészséget meghatározó tényezőkre és az egészségügyi egyenlőtlenségek leküzdésére használják föl.

A Strukturális Alapok szétosztásának szintjén szükség van összehasonlítható implementációs folyamatok kidolgozására az EU 27 tagországában. A következő szempontok fontosak:

- ▶ Bizonyíték alapú, racionális, méltányosság-orientált célok a regionális főtervekben és/vagy országos stratégiákban, és pénzügyi fenntarthatóság akkor is, ha megszűnik a Strukturális Alapokból nyújtott támogatás;
- ▶ Az egészségügyi rendszereknek együtt kellene működniük a menedzselő hatóságokkal, hogy megkönnyítsék az egészségügyi vagy integrált hatásértékelést;
- ▶ Folyamatos támogatásra van szükség, hogy a regionális egészségügyi rendszerek és az interszektorális partnerek a lehető legjobban használják fel a Strukturális Alapokat általánosságban véve az egészségügy számára, speciálisan pedig az egészségügyi egyenlőtlenségek csökkentése céljából.

A Strukturális Alapok egészségügyi egyenlőtlenségek csökkentésére irányuló felhasználása következő lehetőségeket foglalja magába:

- ▶ „Az egészség és méltányosság minden szakpolitikában” megközelítés alkalmazása a Strukturális Alapok allokációja terén,
- ▶ Intézkedések finanszírozása a hátrányos helyzetű emberek egészségügyi és társadalmi befogadására,

## Rendszerelemzési Főosztály

---

- ▶ A Strukturális Alapok alkalmazása az egészségügyi rendszerek megerősítésére a hátrányos helyzetű régiókban.

Az előbb felsorolt lehetőségek megvalósításához a következő kihívásokat kell leküzdeni:

- ▶ biztosítani kell a Strukturális Alapok finanszírozásával folytatott akciók fenntarthatóságát, beleértve a társfinanszírozási forrásokét is;
- ▶ a Strukturális Alapok folyamataiban résztvevő egészségügyi személyzet kapacitásának és kompetenciájának fejlesztése az országos, regionális és helyi szinteken egyaránt.

Strukturális Alapok 2007-2013 között

A 201 milliárd eurós (53 265 milliárd Ft) költségvetéssel rendelkező Európai Regionális Fejlesztési Alap olyan programokat támogat, amelyek a regionális fejlesztést, a gazdasági szerkezetváltást, a fokozottabb versenyt és a területi együttműködést célozzák meg az EU-n belül. A finanszírozási prioritások magukban foglalják

- ▶ a gazdasági szerkezetek modernizálását,
- ▶ a fenntartható munkahelyek megteremtését és a gazdasági növekedést,
- ▶ a kutatást és innovációt,
- ▶ a környezetvédelmet és kockázatvédelmet. Az infrastrukturális beruházásoknak szintén fontos szerepük van, elsősorban a legkevésbé fejlett régiókban.

Az Európai Szociális Alap költségvetése 76 milliárd euró (20 140 milliárd Ft), és négy kulcsfontosságú területre fókuszál:

- ▶ a dolgozók és vállalatok rugalmasságának növelése,
- ▶ a foglalkoztatottság és a munkaerőpiacon való részvétel növelése,
- ▶ a társadalmi befogadás megerősítése a diszkrimináció leküzdése, valamint a hátrányos helyzetű emberek munkaerőpiachoz való hozzáféréseinek megkönnyítése révén, valamint
- ▶ partnerség előmozdítása a foglalkoztatottság és a társadalmi befogadás reformja céljából.

A Kohéziós Alap 70 milliárd euróval (18 550 milliárd Ft) járul hozzá a környezetvédelem és transz-európai szállítási hálózatok területén eszközölt beruházásokhoz. Azon tagállamok részesülhetnek a Kohéziós Alap forrásaiból, amelyek bruttó nemzeti jövedelme (GNI) kevesebb, mint az EU-átlag 90 százaléka. Ennek alapján mind a 12 új tagállam, valamint Görögország és Portugália részesül a forrásokból. Spanyolország is jogosult a támogatásra, de csak átmenetileg.

Esettanulmány 1. Svédország: a „szakadék” áthidalása a népegészségügyi politika fejlesztése révén

2003-ban a svéd kormány országos népegészségügyi politikát fogadott el, amelynek átfogó célja, hogy „olyan társadalmi feltételeket teremtsen meg, amelyek biztosítják a jó egészségi állapotot, és egyenlő viszonyokat biztosítanak a teljes lakosságnak.”

A 11 célkitűzés, amely az egészséget meghatározó tényezőkön alapul, a következő:

- ▶ részvétel és befolyás a társadalomban
- ▶ gazdasági és társadalmi előfeltételek
- ▶ gyermekkori és serdülőkori feltételek

## Rendszerelemzési Főosztály

---

- ▶ egészséges munkakörülmények
- ▶ környezet és termékek
- ▶ egészségfejlesztő egészségügyi szolgáltatások
- ▶ védelem a fertőző betegségek ellen
- ▶ szexualitás és reprodukív egészség
- ▶ fizikai aktivitás
- ▶ táplálkozási szokások és élelmiszerek
- ▶ dohányzás, alkohol- és kábítószerfogyasztás, szerencsejáték

A politikát 2007-ben továbbfejlesztették, az egyéni választásra és felelősségre történő fókuszálással. A WHO Egészséget Meghatározó Szociális Tényezőkkel Foglalkozó Bizottsága (Commission on Social Determinants of Health, CSDH) 2008-ban jelentést készített, amelyben a következő két fő ajánlást fogalmazta meg:

1. Az egészségügyi egyenlőtlenségek csökkentése politikai akciót és elkötelezettséget igényel. Fontos, hogy az egészségügyi szektoron kívül más politikai szektorok is stratégiákat dolgozzanak ki a „health in all policy” (egészség minden szakpolitikában) megközelítés implementációjára. Emellett szükség van egy interszektorális, országos szinten koordinált bizottság létrehozására, amely ajánlásokat tesz az egészség (és egyenlőség) minden szakpolitikában történő implementálására irányuló akciókra és stratégiákra.

2. Mivel a regionális és helyi szereplők jelentősen részt vesznek az egészségügy megszervezésében Svédországban, a társadalmi egyenlőtlenségek és a méltányosság-orientált perspektíva rutinszerű ellenőrzésének módszereit a közegészségügyi politika implementációjának részeként kellene kialakítani. Ez a második ajánlás különösen releváns a Strukturális Alapokból származó egészségnyereségek maximalizálása szempontjából. Svédországban minden régió Versenyképességi és Foglalkoztatási Régió, mindegyiknek van az Európai Regionális Fejlesztési Alap által működtetett ROP és az Európai Szociális Alap által finanszírozott országos operatív programja.

Svédország fő Kohéziós Politikai prioritásai a 2007-2013 évre vonatkozóan lehetőséget teremtenek a regionális és helyi egészségügyi szolgálatok számára, hogy irányítsák a közegészségügyi politika implementációját, a nem egészségügyi szektor beruházásain keresztül (partnerekként és/vagy az egészséghatás-értékelés révén és/vagy monitoring révén), amelyek az egészséget meghatározó szociális tényezőket célozzák meg:

- ▶ 204 millió eurót (54 672 millió Ft) investálnak a foglalkoztathatóság, oktatás és képességek fejlesztésébe (2. és 4. célkitűzések);
- ▶ 459 millió eurót (123 012 millió Ft) fordítanak a munkaerő-kínálat növelésébe, például oktatási rendszerek és képzések révén az iskolát korán abbahagyók, migránsok, hosszú távon betegszabadságon lévők és idősek számára (2. és 4. célkitűzések).

Esettanulmány 2: az egészségügyi szolgáltatások modernizálása a vidékfejlesztés részeként Brandenburg-Nordost tartományban (Németország)

Brandenburg-Nordost 2000-2006 között 1. célkitűzés alá tartozó régió volt, és jelenleg is Konvergencia Régió, GNP-je 18 000 - 22 000 euró. Neuruppin/Fontanstadt vidéki, gyéren lakott helység, csökkenő számú orvossal. A lakosok 18 százaléka az állami egészségügyi szektorban dolgozik. Ebben a

## Rendszerelemzési Főosztály

---

régióban a fiataloknak kevés hozzáférése van a felsőoktatáshoz. Németország egyesítése idején a terület infrastruktúrája rossz állapotban volt, beleértve a kórházak, rendelőintézetek és úthálózatok állapotát is. Számos korábban államilag működtetett rendelőintézetet bezártak az egyéni orvosi praxisok javára, az orvosi technológiában való beruházás esetében pedig a nagyobb kórházakat favorizálták. Ez a tendencia ahhoz vezetett, hogy elhanyagolták a szétszórta vidéki közösségek egészségügyi ellátáshoz való hozzáférését.

A Berlin-Brandenburg regionális egészségügyi tervet 2007-ben dolgozták ki, 12 célkitűzéssel. A regionális egészségügyi szolgálat azt látta fő kihívásnak, hogy olyan módon modernizálja szolgáltatásait, hogy a vidéki területeken minőségi hozzáférést tudjon biztosítani, miközben kontrollálja a költségvetést, és a jövőben lehetővé teszi a távtanulást. A tervben Brandenburg prioritásai az orvosi technológia, a telemedicina, az idősek gondozása, a prevenció és a rehabilitáció: ezeket egy szélesebb körű főtervbe integrálták. Ezeket a prioritásokat interszektorális akciókká, ötletekké és koncepciókká transzformálták, a következőképpen:

- ▶ regionális hálózatok kialakítása az összes szereplő számára;
- ▶ közös (transz-szektorális) klinikai betegutak kialakítása;
- ▶ ezen betegutak összekapcsolása a telemedicinával;
- ▶ a telemedicina kiegészítése telecoachinggal.

Lényegében véve, egy lakóhely közeli egészségügyi ellátást akarnak elérni (azaz az egészségügyi szolgáltatásokat a lehető legközelebb hozni a közösségekhez) közvetlenül finanszírozva, minimális bürokráciával. Más regionális egészségügyi szolgálatok számára fontos annak megértése, hogy az egészségügyi egyenlőtlenségek leküzdését célzó modernizáció nem működhet elszigetelten. A 2000-2006-os időszakban ezeket a fejlesztéseket más, Strukturális Alapokon belül megfogalmazott prioritásokkal kapcsolták össze, mint pl. szállítás, adatközlés, kommunikáció, telemonitoring a hátrányos helyzetű csoportok támogatására, vidéki teleworking, valamint az egész életen át tartó tanulás hálózatának kialakítása.

Új, innovatív egészségügyi projekteket tárnak fel, mint pl. „A védett út: technikai és szervezeti hálózati struktúrák a kardiológiai folyamatokra”, hogy elősegítsék a modernizációt. Az eddig megtanult lecke a következők:

- ▶ az ideológiailag inspirált befektetéseket érdemes elkerülni,
- ▶ a fókuszot ki kell terjeszteni a kevésbé nagyszabású projektekre is,
- ▶ ösztönözni kell az összes regionális érdekelt fél hálózatosodását,
- ▶ azonosítani kell a dialógus támogatására szolgáló fókuszpontokat,
- ▶ az ötletek versenyét meg kell könnyíteni, de a projektek kiválasztását a minőségre kell alapozni,
- ▶ szinergiát kell létrehozni az Európai Regionális Fejlesztési Alap és az Európai Szociális Alap beruházásai között.(AZS)

Forrás:

- ▶ How health systems can address health inequities through improved use of Structural Funds. WHO, 2010. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/129868/e94606.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/129868/e94606.pdf)

2011-05-24 16:13:52

## Egészségügyi informatika

### ***Az NHS informatikai rendszer országos kiépítésének kudarca***

Az Egyesült Királyság állami kiadásait ellenőrző független szervezet, a National Audit Office közzétett egy jelentést, miszerint a „National Programme for IT in the NHS” nevű informatikai projekt nem kifizetődő és nem jár előnnyel a betegek vagy az orvosok számára.

A National Programme for IT (NpFIT) megvalósítását az NHS Connecting for Health végzi, amely az egészségügyi minisztérium hivatala és az NHS számítógépes infrastruktúrájának kialakításáért felelős. A National Audit Office (NAO) erősen kritikus véleményt fogalmazott meg az NpFIT programról és kétségbe vonta, hogy egyáltalán érdemes-e folytatni a 11,4 milliárd font költségű rendszer fejlesztését.

A NAO szerint az elektronikus betegnyilvántartás megvalósulásának üteme jóval a várakozások alatt marad és nem tudja elérni alapcélját, hogy minden beteg rendelkezzen elektronikus kórlappal. Az eddig megvalósult programokból kevés teljesítette a hozzájuk fűződő reményeket. A betegnyilvántartásra eddig elköltött milliárdok nem tekinthetők kifizetődő befektetésnek, és az eddigi teljesítmény alapján kevés a remény arra, hogy a tervezett további kiadások terén más lenne a helyzet.

A 2003-ban induló program eredeti célkitűzése alapján 2010-re minden betegnek elektronikus kórlappal kellett volna rendelkeznie. Az egészségügyi minisztérium által szerződötetett vállalatok előreláthatólag nem képesek 2015-16 előtt üzembe állítani a rendszereket. A betegdokumentációs rendszer megvalósítása jelentős változatosságot mutat régióként. A fejlesztések nagyobb ütemben folynak Londonban, bár a GP praxisokat még nem érte el a program és az aktív kórházi környezetben felállítandó rendszerek számát is felére csökkentették.

Ahol a betegnyilvántartási rendszerek már működnek, még mindig nem a minisztérium elvárásai szerint teljesítenek. Az akut ellátó trösztökben a felállított rendszerek inkább adminisztratív haszonnal bírnak, pl. a vényfelírás terén. Az egészségügyi minisztérium mára megváltoztatta megközelítését, és már nem kívánja teljes egészében lecserélni a rendszereket, hanem a trösztök meglévő rendszereire építene.

Az ellenőrző hivatal véleménye szerint az NpFIT eredeti tervét nem lehetséges kivitelezni, és mindez újabb példája annak, hogy az egészségügyi minisztérium alaposan alábecsüli egy IT program méretét és komplexitását. A NAO szerint a minisztériumnak be kell ismernie, hogy amit jelenleg tehet, az a károk csökkentésére irányulhat csak, hogy megakadályozzák a közpénzek további pazarlását.

A NAO aggodalmát fejezte ki a tekintetben is, hogy a projektet működtető menedzsment struktúra nagy része felbomlik az új konzervatív-liberális kormány hatalomra kerülésével még a szerződések lejárta előtt. Ezért kérdéses, hogy ki fogja menedzselni a fennálló szerződéseket 2016-ig és ki fog értékelést vagy beszámolót készíteni a program hasznosságáról.

Az egészségügyi minisztérium NAO kritikájára adott válaszában elismerte, hogy a NpFIT eredeti koncepciója elhibázott volt és szükség van változtatásokra. Ezért határozták el még az elmúlt évben, hogy elmozdulnak a központosított, országos IT lefedettség szemléletétől a helyi hatáskör és döntéshozás irányába. A minisztérium ezért úgy véli, az eddig történt befektetésnek megvan a lehetősége, hogy kifizetődő legyen, amennyiben a rugalmasabb szemlélet már lehetővé teszi a helyi NHS számára az egyéni szükségletek meghatározását. (SZL)

## Rendszerelemzési Főosztály

---

### Források:

- ▶ NHS Connecting for Health: A guide to the National Programme for Information Technology [http://www.connectingforhealth.nhs.uk/resources/archive/npfit\\_brochure\\_apr\\_05\\_final.pdf](http://www.connectingforhealth.nhs.uk/resources/archive/npfit_brochure_apr_05_final.pdf)
- ▶ The National Programme for IT in the NHS
- ▶ <http://www.nao.org.uk/publications/1012/npfit.aspx>
- ▶ National Audit Office criticises NHS IT as poor value for money. Department of Health, [http://www.dh.gov.uk/en/MediaCentre/Statements/DH\\_126913](http://www.dh.gov.uk/en/MediaCentre/Statements/DH_126913) (letöltések dátuma: 2011.06.24.)

### Jelentés:

- ▶ The National Programme for IT in the NHS: an update on the delivery of detailed care records systems
- ▶ <http://www.nao.org.uk/idoc.ashx?docId=b2171d57-3120-40a6-abe4-84b878cbf35c&version=-1>

2011-06-30 15:02:26

## ***mHealth - a mobil alkalmazások lehetőségei az egészségügyben***

A WHO felmérést végzett a tagállamokban a mobil egészségügy elterjedtségéről.

A mobil technológiák használata az egészségügyi célok megvalósításában átalakíthatja az egészségügyi szolgáltatások jellegét az egész világon. Mindezt számos tényező segíti elő, köztük a mobil technológiák gyors fejlődése és a mobil egészségügynek a meglévő eHealth szolgáltatásokba való integrálása. Az International Telecommunication Union szerint jelenleg több mint 5 milliárd vezeték nélküli előfizető létezik a világon, 70 százalékuk alacsony- és középjövedelmű országokból valók.

A WHO Global Observatory for eHealth először próbálta meghatározni az mHealth státuszát a tagállamokban. A 114 ország által megválasztott felmérés (mHealth: New Horizons for Health through Mobile Technologies) az mHealth négy aspektusát vizsgálta: a kezdeményezések elfogadása, a kezdeményezések típusa, az értékelés státusza, a megvalósítás akadályai. A felmérés az mHealth szolgáltatások 14 kategóriájában történt:

- ▶ egészségügyi hívóközpontok
- ▶ díjmentes sürgősségi telefonos szolgáltatások
- ▶ vészhelyzetek és katasztrófák menedzselése
- ▶ mobil telemedicina
- ▶ vizit emlékeztetők
- ▶ közösség mobilizációja és egészségfejlesztés
- ▶ a kezelés betartása
- ▶ mobil betegnyilvántartás
- ▶ információhoz való hozzáférés

## Rendszerelemzési Főosztály

---

- ▶ beteg monitorozás
- ▶ egészségfelmérések és adatgyűjtés
- ▶ felügyelet
- ▶ egészségtudatosság növelése
- ▶ döntéstámogatási rendszerek

A felmérés szerint a tagállamok többsége (83 százalék) nyújt legalább egy fajta mHealth szolgáltatást, de számos országban 4-6 program is létezik. Az mHealth programok kb. kétharmada kísérleti vagy informális stádiumban van még. A magasabb jövedelmű országokban nagyobb az mHealth tevékenység mint az alacsony jövedelmű országokban. Az mHealth azon országok folyamataiba és szolgáltatásaiba építhető be leginkább, ahol hagyományosan vezetékes telefon hálózatokat használtak a beszéd alapú kommunikációra.

Az mHealth fejlődésével egyre fontosabbá válik a hatáskör szabályozás kérdése, különösképpen az adatok biztonsága. Indokoltan látszanak az állampolgárok információinak biztonságát érintő aggodalmak a mobil egészségügyi technológiai alkalmazásokban. A döntéshozóknak és a program menedzsereknek tudatában kell lenniük az mHealth területén fennálló biztonsági kérdéseknek, így megfelelő irányelvek és stratégiák kidolgozhatók lesznek. A szakpolitika is fontos szerepet játszik az eHealth és az mHealth kezdeményezések harmonizálásában, a rövid- és hosszú távú irányvonalak meghatározásában.

A WHO cselekvéseket tervez annak érdekében, hogy segítse a tagállamokban az mHealth egészségügyi prioritásokba való beillesztését és az egészségügyi rendszerekbe való integrálását:

- ▶ Támogatja az mHealth alkalmazását a tagállamokban a legjobb gyakorlatot felölelő információk nyújtásával és olyan szemléletmód átadásával, amely a legmegfelelőbbnek mutatkozik az adott népegészségügyi helyzetben.
- ▶ Az eHealth politika támogatására a WHO és az ITU létrehozta a „National eHealth Roadmap Development Toolkit” nevű eszközt. A Global Observatory for eHealth ki fog dolgozni egy keretet az mHealth programok értékelésére, benne mérhető indikátorokkal.
- ▶ A WHO és az ITU útmutatással fog szolgálni a tagállamok számára a mobil egészségügyben a titoktartás és adatbiztonság tartalmára és hatáskörére vonatkozóan. (SZL)

Forrás:

- ▶ mHealth: New Horizons for Health through Mobile Technologies. WHO, Global Observatory for
- ▶ eHealth series - Volume 3.  
[http://www.who.int/entity/goe/publications/goe\\_mhealth\\_web.pdf](http://www.who.int/entity/goe/publications/goe_mhealth_web.pdf) (letöltés dátuma: 2011.06.22.)

2011-06-24 14:11:32

### ***eHealth Benchmarking III***

Az Európai Bizottság megbízásából a Deloitte közzétett egy tanulmányt, amely 30 országban méri fel az eHealth szolgáltatások helyzetét az aktív kórházi ellátásban.

2007 és 2009 után 2011-ben harmadik alkalommal publikálták az európai elektronikus egészségügyet átfogó benchmarking vizsgálatot. A tanulmány az Információs Társadalom és Média Főigazgatóság támogatásával készült. Az eHealth szolgáltatások megvalósítására vonatkozó felmérés két vezetői csoport felé intézett kérdések válaszaiból állt össze. Az informatikai vezetőket a kórházi eHealth infrastruktúra és alkalmazások elérhetőségéről kérdezték, míg az orvosi vezetőket a befektetések főbb területeiről, az eHealth megvalósítás hatásairól és jövőbeni akadályairól kérdezték.

A felmérést 30 európai ország (EU+) kórházaiban végezték: az EU27 plusz Horvátország, Izland és Norvégia. Az alkalmazott módszer kiválasztása olyan módon történt, hogy a jövőben megisméthető legyen és megfelelően tudja informálni a politikaalkotókat az eHealth fejlődéséről az európai kórházakban. Az indikátorok szerint csoportosított felmérés bevezetőként szolgál az ICT és az eHealth akut kórházakban való elterjedésének megértésében. Az eredmények világos képet nyújtanak az európai kórházak digitalizálásának jelenlegi helyzetéről.

A tanulmány Magyarországról szóló részében kiderül, hogy az akut kórházi eHealth profil magasabb az EU+ átlagnál hat indikátor terén: külső összekapcsolhatóság, valamennyi osztály által megosztott egyetlen elektronikus betegnyilvántartás (EPR), az elektronikus beutalás (eReferral) integrált rendszere, a klinikai ellátásra vonatkozó információk megosztása külső ellátókkal, a labor eredmények megosztása külső ellátókkal, adatarchiválási stratégia (EAS) katasztrófa esetén történő 24 órán belüli helyreállításra. Közel áll az EU+ átlaghoz a képarchiválás (PACS) használata és a radiológiai jelentések megosztása külső ellátókkal. Átlag alatti értékek állnak fenn Magyarország eHealth profiljában következők terén: 50 Mbps feletti szélessáv (még ha minden kórházban van is szélessáv), egységesített vezeték nélküli infrastruktúra, elektronikus receptfelírás, a klinikai adatok hozzáférésére vonatkozó világos és strukturált szabályok. (SZL)

Forrás:

- ▶ eHealth Benchmarking III. EUROPEAN COMMISSION Information Society and Media Directorate-General,  
[http://ec.europa.eu/information\\_society/eeurope/i2010/docs/benchmarking/ehealth\\_benchmarking\\_3\\_final\\_report.pdf](http://ec.europa.eu/information_society/eeurope/i2010/docs/benchmarking/ehealth_benchmarking_3_final_report.pdf) (letöltés dátuma: 2011.06.17.)

2011-06-21 15:15:44

## **Bizonyítékokon alapuló orvoslás**

### ***Egészségügyi technológia-értékelés Lengyelországban***

Lengyelországban 2004-ben vezették be az egészségügyi alapsomagra vonatkozó törvényt, mely tartalmazza a katalógusba foglalandó eljárások és technológiák támogatásának útvonalait is.

A katalógusba foglaláshoz, a különböző technológiákat az alábbiak szerint értékelik:

## Rendszerelemzési Főosztály

---

- ▶ a lakosság egészségi állapotában előidézett javulás,
- ▶ egy betegség következményeire gyakorolt hatás,
- ▶ klinikai hatékonyság és biztonság,
- ▶ az alkalmazás kockázata,
- ▶ költséghatékonyság,
- ▶ az egészségügyi rendszerben megnyilvánuló hatás.

Lengyelországban az új orvosi technológiák katalógusba vételét az Egészségügyi Minisztérium kezdeményezi, azzal, hogy felkéri javaslatlételre a Lengyel Egészségügyi Technológiaértékelő Hatóság (AHTAPol) elnökét. A minisztériumi felkérésre, az AHTAPol elnöke az Országos Szaktanácsadó Testületek és az Országos Egészségbiztosító (NHF) illetékes szakembereitől kér be 30 napon belül elkészítendő szakvéleményt a technológia szakterülete és pénzügyi vonzata szerint. A szakvéleményeket beérkezésük után az AHTAPol egyik Tanácsadó Bizottsága értékeli, és ennek alapján készül el az AHTAPol Egészségügyi Minisztérium elé terjesztendő ajánlása.

Az eljárások és technológiák katalógusba vételére vonatkozó változtatásokat az Egészségügyi Minisztérium kezdeményezheti, illetve hagyhatja jóvá. Változtatás iránti kérelmet a következők nyújthatnak be:

- ▶ a szakterület szerint illetékes Országos Szaktanácsadó Testület,
- ▶ az NHF elnöke,
- ▶ szakmai szervezetek az Országos Szaktanácsadók révén,
- ▶ a betegjogi szervezetek, alapítványok szintén az Országos Szaktanácsadók révén

Az új orvosi technológiákat érintő korlátozások a katalógus bármilyen jellegű változtatására is vonatkoznak, és ilyen esetben kiegészítő információk is szükségesek (epidemiológiai jellemzők, a lakosság egészségi állapotára gyakorolt hatás és az állami szektort érintő anyagi vonatkozások).

Az Egészségügyi Minisztérium hatáskörébe tartozik a technológiák anyagi támogatására irányuló bármilyen változtatás engedélyezése. Változtatásra vonatkozó kérelmet a fenti kérelmezők bármelyike benyújthat. Az AHTAPol a változtatások iránti igényekről jelentést készít, melyet Szaktanácsadó Bizottsága véleményez, és az AHTAPol elnöke ennek alapján készíti el végső ajánlását az Egészségügyi Minisztérium számára.

Az AHTAPol tevékenységét erőforrásainak korlátozott volta viszont hátráltatja, illetve problémát jelent, hogy nincs közvetlen kapcsolat az AHTAPol ajánlásai, a minisztériumi döntéshozatal, valamint a ráták változásainak az NHF általi bevezetése között.

Az egészségügyi alapsomag gondolata még egészen új keletű Lengyelországban, minthogy a DRG-rendszert csak 2009-ben vezették be. Mindenesetre jelenleg már számos, beültethető orvosi eszközzel végzett eljárás élvez anyagi támogatást.

A DRG tarifa tartalmazza a kórházi tartózkodás, a sebészeti beavatkozás, az orvosi ellátás, az ápolás, az orvosi eszközök és a gyógyszerek költségét, valamint minden más direkt és indirekt költséget. A DRG tarifákat az NHF évente frissíti, illetve negyedévente korigálja, viszont mivel a kiinduló tarifák nagyon alacsonyak voltak, így az esetek többségében továbbra is alacsony szintűek, és ez az új eljárások iránti igény esetén hosszú várólistákhoz és a kórházak növekvő adósságállományához vezet.

## Rendszeranalízis Főosztály

---

A jövőben, Lengyelországban előreláthatólag növekszik az igény a beültethető eszközökkel folytatott beavatkozások iránt, mivel

- ▶ a szakemberek egyre több ismerettel és egyre nagyobb gyakorlattal rendelkeznek ebben a vonatkozásban,
- ▶ az innovatív technológiákra fordítható anyagi erőforrások előreláthatólag bővülni fognak,
- ▶ a betegek egyre tájékozottabbak lesznek, és így egyre inkább igénylik az új eljárások alkalmazását.

Végezetül a magánbiztosítás várható térhódítása szintén pozitív hatást fog gyakorolni a beültethető orvosi eszközökkel végzett eljárások számának alakulására Lengyelországban. (ZLL)

Forrás:

- ▶ NOWICKI, M.: Developing HTA frameworks in emerging markets: the road ahead. The case of Poland, Eurohealth, 16,4, 16-17.

2011-05-31 09:49:48

## EU egészségügy

### ***A Lengyel EU Elnökség egészségügyi prioritásai***

Magyarország Európai Unió Elnökségét követően, július elseje óta Lengyelország az Európai Unió soros Elnöke.

Az Európai Unió Lengyel Elnöksége népegészségügyi vonatkozásban két fő prioritást tűzött ki célul:

- ▶ az európai országok lakosságának egészségi állapotában jelentkező eltérések megszüntetése,
- ▶ az agyi problémák és a neurodegeneratív betegségek pl. az Alzheimer-kór megelőzése.

#### **Az európai országok lakosságának egészségi állapotában jelentkező eltérések megszüntetése**

Az első prioritás kiválasztása és előkészítése az Európai Unió stratégiai dokumentumainak – „A közösségi cselekvés második programja az egészségügy vonatkozásában (2008-2013)” és az „Európa 2020-ban” stratégia figyelembevételével történt. Ennek a prioritásnak a keretében a Lengyel Elnökség három kérdésre fog összpontosítani:

- ▶ az EU országaiban élő lakosság egészségi állapotában jelentkező eltérések megszüntetése az egészséget meghatározó tényezők – mint a megfelelő táplálkozás és a fizikai aktivitás – szorgalmazásával,
- ▶ a gyermekek légzőszervi problémáinak megelőzése és csökkentése,
- ▶ a gyermekek kommunikációs zavarainak megelőzése és kezelése e-health és innovatív megoldások révén.

Ennek a prioritásnak a célja, hogy ráirányítsa az Európai Unió tagországainak figyelmét az európai társadalmak egészségi állapotában továbbra is fennálló különbségekre és ezek megszüntetésének szükségességére.

## Rendszerelemzési Főosztály

---

A Lengyel Elnökség kiemelten fogja kezelni azt a tényt, hogy a jó egészségi állapot és a megfelelő fejlődés korai életszakaszokban megnyilvánuló hatása a későbbi életszakaszok társadalmi és gazdasági státuszára is hatást gyakorol.

Így az egészségi állapotban jelentkező különbségek megszüntetése alapvető az egészségmegőrzés, a betegségmegelőző intézkedések és az oktatás terén folytatott tevékenységhez, úgy mint azokhoz az eszközökhöz, melyek az emberi fejlődés legkorábbi szakaszaitól kezdve alakítják az egészségtudatos magatartást.

Különös figyelem fog irányulni a gyermekek légzőszervi problémáinak és kommunikációs zavarainak megelőzésére és visszaszorítására.

Európában egy egészséges társadalom kialakításának megvalósítása olyan eszközöket igényel, melyek révén korlátozhatóak és leküzdhetőek lesznek ezek az egészségi problémák. Ilyen eszközök: szűrőprogramok bevezetése, az egészségügyi jelenségek monitorozására szolgáló intézményhálózat megteremtése, valamint az e-health és az innovatív megoldások jobb alkalmazása.

### **Az agyi problémák és a neurodegeneratív betegségek – mint az Alzheimer-kór – megelőzése**

A második prioritás keretében, a Lengyel Elnökség kiemelten fogja kezelni annak szükségességét, hogy állandó figyelem irányuljon az Európai társadalom előregedésével kapcsolatos kérdésekre, nagyobb szerepet kapjon a tipikusan a kor előrehaladtával járó betegségek megelőzése, visszaszorítása és leküzdése, valamint az egészségügyi rendszerek ezekkel kapcsolatos anyagi stabilitása.

Az agyi problémák kutatásának előtérbe helyezése lehetővé fogja tenni, hogy nagyobb figyelem irányuljon ennek a problémának a jelentőségére Lengyelországban és mindenütt Európában. Ez a törekvés az agyi problémák jobb megértéséhez és elfogadásához, és ily módon a beteg emberek diszkriminációjának, társadalmi kirekesztésének csökkenéséhez fog vezetni.

Átfogó értelemben véve, a prioritásban foglalt célkitűzés megvalósítása az Európai Uniót egészségügyi és szociális stratégiájának megvalósításában kívánja támogatni, valamint hozzá kíván járulni az „Európa 2020-ban” stratégia célkitűzéseinek megvalósításához, inter alia az egészségi állapotban jelentkező eltérések megszüntetésére irányuló tevékenységével. (ZLL)

Forrás:

- ▶ The priorities of the Polish Presidency in the field of health. Ministerstwo Zdrowia, 2011.  
<http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m21&ms=848&ml=pl&mi=848&mx=0&ma=17742>  
(Letöltés dátuma: 2011.06.29.)

2011-07-05 11:57:10

### ***A brit NHS európai ügyekbe való bekapcsolódása***

Az Eurohealth folyóirat megvizsgálja az EU-s politika hatását az Egyesült Királyság egészségügyi szolgálatára, az NHS re és bemutatja az NHS Európai Iroda tevékenységét.

Az Európai Uniós politika és törvénykezés egyre nagyobb hatással van az NHS szervezetekre, ami az egészségügyi ellátók és ellátásszervezők mellett a munkaadókat és vállalkozókat is érinti. Az EU-s

## Rendszerelemzési Főosztály

---

jogszabályok törvényerővel bírnak az Egyesült Királyságban. Az elmúlt években az NHS-nek eleget kellett tennie a Brüsszelből érkező törvényhozásnak olyan területeken, mint a betegek és az egészségügyi szakemberek mobilitása, munkaidő, közbeszerzés, energia hatékonyság. Mindezek új kihívásokat jelentettek az NHS, az egészségügyi vezetők, a klinikai dolgozók és a politikaalkotók számára egyaránt. Ezért 2007-ben létrehozták az NHS Európai Irodát, hogy figyelemmel kísérje azon fejleményeket, amelyek hatással vannak az NHS-re, és hogy szakértelmével maga is hozzájáruljon az EU-s döntéshozók munkájához.

Az NHS Európai Iroda létrehozásának ideje fontos tényező volt. Az Európai Bíróság nemrég hozott határozata rámutatott, hogy most már a vita nem arról szól, hogy az EU belső piaci szabályai vonatkoznak-e az NHS-re, hanem arról, hogy hogyan vonatkoznak. Az Európai Bizottság először vette tervbe egy specifikusan az egészségügyi szolgáltatásokat érintő törvénykezés megvalósítását. Mindez a határon átívelő egészségügyi ellátás direktívájához vezetett 2008-ban, messzemenő következményekkel az NHS számára.

Az eredeti indítvány néhány rendelkezése potenciális konfliktust idézett elő a törvénykezés hatásköre és a nemzeti kormányok felelősségét illetően (az egészségügy szervezése, irányítása, finanszírozása). Pl. a jogosultságok terén az NHS nem rendelkezik meghatározott ellátási katalógussal, amelyre a betegek jogosultak lennének, így az az elv, hogy a betegek más tagállamokban ugyanazokhoz a szolgáltatásokhoz férhetnek hozzá, mint az NHS-ben, zavart okozhat. A betegek választási lehetőségeiben is vannak alapvető különbségek a helyi és a határon átívelő egészségügyi ellátás terén, amennyiben az országon belül a betegek csak az NHS-szel szerződő ellátókat választhatják. A direktívájában végül 2011-ben állapodott meg az Európai Parlament és a Tanács. A tagállamok 2013-ig bezárólag ültethetik át a direktívát a nemzeti jogrendszerükbe.

A belső piaci szabályok mellett az EU-s munkajog szintén jelentős következményekkel jár az NHS számára. Ez főképpen az európai munkaidő direktívára vonatkozik, amelyet 1998 óta alkalmaznak a legtöbb NHS alkalmazottra. A munkaidő direktíva rendelkezéseit fokozatosan vezették be a képzésben levő orvosok számára, akiknek a maximális heti munkaidejét 48 órára csökkentették 2009-re. Az NHS-nek alkalmazkodnia kellett ezekhez a szabályokhoz, de ezzel nem ért véget az ügy. Az Európai Bíróság elé vitt esetek ugyanakkor olyan határozatokhoz vezettek, amelyek kimondták, hogy az ügyeleti idő is munkaidőnek számít.

Az NHS Európai Iroda szerepe az NHS érdekeinek képviseletében fejezhető ki. Ez lehet egy indítvány a tervezés kezdeti stádiumában, amelyről szavazás történik az Európai Parlamentben, vagy lehet már a nemzeti törvényben való megvalósítás stádiumában. Az Iroda ehhez véleményével és szakértelmével járul hozzá, a lehető legkorábban, hogy formálhassa a törvényhozás irányát és biztosítsa, hogy az EU-s döntéshozók tudatában vannak az indítványok egészségügyi szolgáltatásokra gyakorolt hatásainak. Miután megállapodás történt egy törvénykezéstről európai szinten, az Iroda szerepe az, hogy támogassa az NHS szervezeteket a megvalósításban.

Az NHS Európai Iroda információval és tanáccsal is szolgál az NHS vezetők és a klinikai szakemberek számára a különböző EU-s programok és kezdeményezések révén előálló lehetőségek tekintetében. Különösen a jelenlegi gazdasági helyzetben az NHS szervezeteknek tisztában kell lenniük az EU-s szinten rendelkezésre álló pénzügyi lehetőségekkel. Meg kell vizsgálni az európai partnerekkel folytatott együttműködés lehetőségeit is és tanulni az általuk nyer tapasztalatokból.

Az Iroda aktívan részt vesz több európai partner szervezet tevékenységében, amely elősegíti az NHS képviselők és partnereik különböző területeken történő együttműködését. Például a European Hospital and Healthcare Federation nevű szövetség által működtetett Exchange Programme számos NHS

## Rendszerelemzési Főosztály

---

vezető számára tette lehetővé, hogy tapasztalatokat szerezzenek más európai egészségügyi rendszerről.

Az NHS Európai Iroda továbbra is hozzá kíván járulni szakértelmével az EU-s döntéshozásban, főképpen következő területeket érintő EU-s direktívák módosításában: munkaidő, szakképesítések, közbeszerzés, klinikai próbák, orvostechnikai eszközök. Építeni kívánnak a sikeres európai partnerségekre is, és továbbra is ösztönzik az NHS részvételét az EU-s projektekből és a közös kezdeményezésekben az európai egészségügyi rendszerek közös kihívásaira való válaszok kidolgozása érdekében. (SZL)

Forrás:

- ▶ Elisabetta Zanon: The NHS' engagement with European affairs. Eurohealth, Volume 16 Number 4, 2010.

2011-06-02 15:40:59

## Események

### ***Az európai egészségsturizmus perspektívái – Európai Turizmus Konferencia 2011***

2011. május 12-13-án rendezték meg Budapesten az Európai Turizmus Konferenciát, „Fenntartható és felelős turizmus az életminőség javítása érdekében” címmel. A kongresszuson különös figyelmet szenteltek az egészségsturizmusnak, amely az utóbbi években a turizmuson belül lendületes fejlődésnek indult.

Dr. Andrzej Rys, a határon átnyúló egészségügyben gyakorolt betegjogokról szóló irányelv európai turizmusra gyakorolt lehetséges hatásairól tartott előadást. A direktíva 2011. április 24-én lépett hatályba, és fő célkitűzései a következők:

- ▶ elősegíteni a betegek számára, hogy gyakorolják a támogatásra vonatkozó jogukat bármely más EU-tagállamban igénybevevett egészségügyi kezelés esetében,
- ▶ biztosítani a határon átnyúló ellátás biztonságát és minőségét,
- ▶ formális együttműködést létrehozni az egészségügyi rendszerek között.

A nemzeti egészségügyi rendszer számára a következő mechanizmusok jelentenek védelmet:

- ▶ A támogatás mértéke: a nemzeti egészségügyi hatóságok legfeljebb olyan mértékben támogatják a kezelést, amilyen mértékű támogatást a saját nemzeti törvényhozásuk biztosít. Csak azt a kezelést támogatják, amit a hazájukban támogatnak.
- ▶ A kapuőrző funkció: olyan feltételeket és formalitásokat, amelyek az egyik tagállamban szükségesek egy kezeléshez, a külföldi kezeléseket esetében is ki lehet szabni. (pl. kötelező konzultáció a háziorvossal a szakorvos felkeresése előtt).
- ▶ Az előzetes engedélyezés rendszere: a tagállam bevezetheti az előzetes engedélyezés rendszerét a kórházi ellátásra, vagy a magasan specializált és költség-intenzív ellátásra. Az előzetes engedély megadását a tagállam visszautasíthatja, ha az egészségügyi szolgáltató által biztosított ellátás minőségével vagy biztonságával kapcsolatban kétségek merülnek fel.

## Rendszerelemzési Főosztály

---

A tagállamok együttműködnek a következő területeken:

- ▶ a minőségre és biztonságra vonatkozó standardok és irányelvek;
- ▶ receptek elismerése: egy másik tagországban felírt receptet a beteg lakóhelye szerinti tagországban is el kell ismerni, és fordítva;
- ▶ Európai Referencia Hálózatok: összehozzák az európai szakellátó központokat, és elősegítik az egészségügyi szakértők információ- és tapasztalatcseréjét;
- ▶ egészségügyi technológia-értékelés: egy tartós uniós együttműködési struktúra kialakítása annak érdekében, hogy a döntéshozókat támogassák az egészségügyi beruházásokra és kiadásokra vonatkozó helyes döntések meghozatalában;
- ▶ együttműködés az e-Egészségügy területén az ellátás biztonságossága, minősége, folytonossága, valamint az egészségügyi kutatás érdekében.

Puczkó László, a Budapesti Corvinus Egyetem docense, a Turisztikai Tanácsadók Szövetségének elnöke az egészségturizmus trendjeiről és lehetőségeiről tartott előadást. Az egészségturizmuson belül két ágat különböztetett meg: a wellness turizmust és az gyógyturizmust. Az előbbihez elsősorban a holisztikus, szabadidős és rekreációs tevékenységeket (jóga és meditáció, sport és fitness, kozmetikai kezelések stb.) sorolta, a gyógyturizmushoz pedig a gyógyászati és rehabilitációs kezeléseket, fogászati és plasztikai sebészeti beavatkozásokat, egyéb műtéteket. Persze a két terület nem különül el élesen egymástól, egyes kezelések esetében (mint pl. gyógyászati wellness, terapeutikus rekreáció, életmóddal kapcsolatos rehabilitáció) fedhetik is egymást.

Jelenleg mintegy 1200 gyógyfürdő (spa) és gyógyhely található Európában. Nagy-Britanniában a gyógyfürdők száma csökkenő tendenciát mutat, egyes országokban pedig, így pl. Németországban és Ausztriában az iparág telítettsége figyelhető meg. Megfigyelhető a wellness hotelek számának jelentős növekedése az utóbbi időben, valamint a holisztikus turizmus népszerűségének növekedése (főként az Egyesült Királyságban, Hollandiában és Németországban). Kelet-Közép-Európában a gyógyfürdők éledtek újjá. A Thalasso-terápia továbbra is népszerű és növekvő tendenciát mutat (pl. Franciaországban, Görögországban). A generikus szolgáltatások elterjedése is megfigyelhető (pl. fogászati turizmus).

Az előadó azt is elmondta, hogy Európa egyes régiói az egészségturizmus terén különböző adottságokkal bírnak, és az egészségturisztikai szolgáltatásokat ezekre a különbözőségekre, jellegzetességekre építve kell fejleszteni. Négy régiót különböztetett meg:

Nyugat-Európa:

- ▶ Preventív jellegű
- ▶ A hangsúlyt a mentális és fizikai egészségre egyaránt helyezik
- ▶ Életmód-alapú megközelítés az egészség és wellness területén
- ▶ Kiegészítő és alternatív (gyógyszermentes) kezelések növekvő népszerűsége
- ▶ A gyógyfürdők relaxációs és kozmetikai kezeléseket is kínálnak

## Rendszerelemzési Főosztály

---

### Kelet-Közép-Európa:

- ▶ Gyógyító jellegű
- ▶ A hangsúlyt a fizikai test kezelésére helyezik
- ▶ Korlátozott tudással rendelkeznek az életmód-alapú wellness területén
- ▶ Főként hagyományos gyógyszereket alkalmaznak
- ▶ A gyógyfürdők gyakran kínálnak orvosok által felügyelt gyógykezeléseket

### Észak-Európa:

- ▶ Táj-alapú turizmus (fjordok, tavak, erdők)
- ▶ Aktív kültéri rekreáció (pl. nordic walking)
- ▶ Egészséges gasztronómia (friss hal, bogyós gyümölcsök, rozs, zab)
- ▶ Szauna
- ▶ Hideg vizes kezelések (Tó-Wellness)
- ▶ Geotermális hidroterápia
- ▶ Protestáns egyszerűség

### Dél-Európa:

- ▶ Tengerpartra épülő turizmus
- ▶ Passzív relaxáció (szieszta, napfürdőzés)
- ▶ Egészséges konyha (olívaolaj, friss gyümölcsök, zöldségek és hal)
- ▶ Napfény
- ▶ Tengervizes kezelések (pl. Thalasso-terápia)
- ▶ Termásvizes fürdők
- ▶ Katolikus szellemiség

### Új trendek az egészségturizmusban:

- ▶ Elmozdulás a hazai és természetes termékek és kezelések irányába
- ▶ Igény a környezetbarát megoldások iránt
- ▶ Holisztikusabb szemlélet a turizmusban
- ▶ A globális wellness hotelek növekedése
- ▶ Több wellness terület a fesztiválokon
- ▶ A gasztro-turizmus növekedése
- ▶ Több fúziós kezelés (pl. Aquavéda, Yopalates)

## Rendszerelemzési Főosztály

---

- ▶ Rugalmas ellátás (pl. saját otthonban, munkahelyen, online, még a bárókban is!)
- ▶ Új terápiák (pl. művészetek, állatok)
- ▶ Termékek új piacokra (pl. senior/nyugdíjas, para-)
- ▶ Hosszú élet biztosítása az előregedő lakosság számára

Teofilo Leite, az European Union of Private Hospitals (UEHP, Magánkórházak Európai Uniója) elnöke a magánkórházak szerepéről beszélt az újfajta egészségiparban. Az UEHP célja 1971 óta a független kórházak védelme és képviselése Európában. További célja, hogy a független kórházak számára jobb menedzsmentfeltételeket biztosítson, elősegítse a magas színvonalú ellátást, ösztönözze a határon átnyúló egészségügyet, valamint támogassa a polgárok szabad választását, az egyenlőséget, a minőséget, a gazdasági fenntarthatóságot az egészségügyi szolgáltatások terén. Összesen 4500 kórházat foglal magába (amelyek összesen 770 000 ágygal és 1 500 000 fős munkaerővel rendelkeznek).

Leite szerint Európa vezető kontinens a turizmusban, az egészségturizmus pedig felívelő piac Európában. A külföldi orvosi kezelésekre iránt megnőtt a kereslet Európában. Az EU-polgárok 65 százaléka fontolóra veszi a külföldi orvosi kezelést (az Europ Assistance szerint). Az egészségturizmus fő ösztönzői a minőség és az ár.

Egyes ázsiai országok, így pl. India és Thaiföld szintén nagy tapasztalattal és megalapozottsággal jelentkeznek a nemzetközi gyógyturisztikai piacon. Fokozott együttműködésre van szükség a turisztikai és egészségügyi szektorok között, emellett jól felszerelt és elismert magánkórházak hálózatára és vonzó árakra.

Európa számára az egészségturizmus terén hátrányt jelentenek a következő tényezők:

- ▶ keveredés van az állami szolgáltatás és az állami ellátók között;
- ▶ a szubszidiaritás elve alapján az egészségügyi ellátás a tagállamok felelősségi körébe tartozik;
- ▶ hiányzik az európai koordináció;
- ▶ nincs valós verseny az európai egészségügyi piacon.

Az egészségturizmust az alábbi tényezők ösztönzik:

- ▶ hosszú várólisták
- ▶ az adott kezelés a páciens származási országában nem elérhető
- ▶ kezelési költség
- ▶ a kezelés jogi státusza
- ▶ egészséges életmód és szépség mánia
- ▶ a kezelés minősége
- ▶ alacsony költségű, last minute és rövid utazások
- ▶ az EU határon átnyúló ellátásra vonatkozó irányelve

## Rendszerelemzési Főosztály

---

Az egészségturizmust akadályozzák:

- ▶ kulturális akadályok
- ▶ viselkedési bizonytalanságok
- ▶ figyelmetlenség, átláthatóság hiánya
- ▶ a betegek költségvetési/támogatási politikája
- ▶ kényelmetlenség/időbeni problémák
- ▶ a hazai kezeléssel való elégedettség
- ▶ a közös egészségpolitikák hiánya, az egészségügyi rendszerek konvergenciája és országok közötti beutalások
- ▶ nincs megkülönböztető és globális európai egészségturisztikai kínálat (mint pl. Ázsiában)

Az EU direktívája a betegjogok határon átnyúló egészségügyben való alkalmazására versenyt generál a nem létező európai egészségügyi piacon. Az EU-nak sokkal inkább Egészségügyi Unióvá kellene válnia. Nagy jelentősége van az e-Egészségügynek: az információs technológia stratégiai alkalmazása fejleszti a hozzáférést és az egészségügyi ellátást. A minőségi garancia szintén fontos: az európai standardoknak az európai akkreditáció alapjául kellene szolgálniuk. Úgy véli, mivel a turizmust elsősorban a magánszektor támogatja, az egészségturizmus esetében is így kellene ennek lennie. Európának ösztönöznie kellene a magán egészségügyi szektort (amely páciens-központú, innovatív és dinamikus), és mellőznie kellene a politikai előítéleteket.

Az UEHP elnöke azzal zárta előadását, hogy az európai egészségturizmus mostanában kiemelkedően fontos iparág, jelentős társadalmi, gazdasági és politikai vonatkozásokkal. Ugyanakkor a további fejlődéshez szükség van:

- ▶ egy Európai Egészségturisztikai Szövetségre;
- ▶ egy európai márkára, amely Európát, mint a vezető kontinenst pozicionálja ezen a területen (A Világot jól ellátják Európában!);
- ▶ Európai Referenciaközpontok Hálózatára;
- ▶ Európai bizonyítványra;
- ▶ Információs technológiára (e-Egészségügy) a mobilitás megkönnyítése érdekében.

Alfred Hackl, a sárvári Spirit Hotel Thermal Spa vezérigazgatója „Búcsú a kényeztetéstől - jöjjön a megelőzés és az egészségmegóvás” címmel tartott előadást. Véleménye szerint az egyéni felelősségvállalás előtérbe helyezése az európai egészségturizmus jövőbeni fejlődésének egyik fontos elemét képezi. Úgy véli, hogy a gyógyfürdők vendégei a jövőben magas színvonalú tanácsadást várnak el egyéni problémáikra és a mindennapi stressz kezelésére vonatkozóan. Épp ezért szükség van együttműködésre az orvosok, kórházak, fitnesztermek és gyógyfürdők között. A páciensek eredményeket fognak elvárni egy egészségmegőrzésre irányuló üdüléstől.

Hackl szerint a modern világban, amelyet a non-stop kommunikáció, a növekvő karrier- és családigények, a gazdasági bizonytalanság és az idő iránti fokozódó igény jellemez, kihívást jelent az „életterheink” kiegyenlítése. Nem meglepő, hogy a betegségek aránya egyre magasabb. A gyógyfürdők értékes menedéket kínálnak rohanó világunkban. Időt és helyet biztosítanak a relaxációra, a világtól

## Rendszerelemzési Főosztály

---

való elszakadásra a testi, szellemi és lelki feltöltődés céljából. Békességet, relaxációt és iránymutatást biztosítanak az egészségesebb életmódra.

Az európai gyógyfürdő-ágazat helyzetét a következőképp jellemezte:

- ▶ a méltányosság nagyon alacsony szintje
- ▶ magas beruházások
- ▶ a hagyományos gyógyfürdők renoválásának szükségessége
- ▶ nincs elegendő forrás a marketingre
- ▶ az állami gyógyfürdők beltéri uszodákká alakulnak
- ▶ nincs jelentőségteljes és érvényes értékelési kritérium a gyógyfürdőkre
- ▶ számos lehetőség, "kiskapu" van a kuruzslásra
- ▶ a helyi gyógyításnak elégtelen a megbecsültsége
- ▶ az EU-n belül különböző standardok és szabályozások vannak érvényben
- ▶ hiányoznak a jól képzett terapeuták

A gyógyfürdők látogatóinak várható igényei 2020-ban:

- ▶ Egészséges környezet
- ▶ Első osztályú infrastruktúra
- ▶ Könnyű hozzáférés
- ▶ Kompetens gyógyfürdő programok
- ▶ Mérhető eredmények, mint pl. egészségügyi és fitness ellenőrzések
- ▶ Orvosi segítség
- ▶ Egyéni konzultáció
- ▶ Nemzetközi összehasonlítás - EU standardok
- ▶ Osztályozási rendszer, mint pl. csillagok a hoteleknél
- ▶ Helyi orvoslás
- ▶ Programok, amelyek otthon is folytathatók
- ▶ Minőség vs. mennyiség
- ▶ Igazságos ár-szolgáltatás arány
- ▶ Biztonság minden szempontból

Az egészségturizmus előnyeit a következőkben foglalta össze:

- ▶ Hosszabb tartózkodási idő

## Rendszerelméleti Főosztály

---

- ▶ Évszaktól független
- ▶ A keresletet az előregedő társadalom garantálja
- ▶ Magas átlagos kiadási szint
- ▶ A visszatérő vendégek magas száma
- ▶ A vásárlóerő növelése a régióban
- ▶ A regionális mezőgazdasági termékek ereje
- ▶ Tájmegőrzés
- ▶ Pótlólagos szakképzett munkahelyek létrehozása
- ▶ Pótlólagos bevételek a kiskereskedelmi spa termékekből

Hackl úgy véli, hogy az egészségmegőrzés felelősségét az egyénekre kell átruházni, az embereket egészségtudatos magatartásra kell ösztönözni. Ennek elemei a következők:

- ▶ A nemzeti kormányok figyelemfelkeltő kampányai
- ▶ Az EU figyelemfelkeltő kampányai
- ▶ Egészségügyi és megelőzési kompetenciaközpontok létrehozása
- ▶ Adójóváírások a cégek prevenció programjai esetében
- ▶ Az egészségügy tantárgyként való oktatása az iskolákban
- ▶ EU osztályozási rendszer bevezetése a gyógyfürdőkre
- ▶ Minden partner együttműködése az egészségügy érdekében.(AZS)

Forrás:

- ▶ Európai Turizmus Konferencia, Budapest 2011. május 12-13.  
<http://www.tourism2011budapest.eu/hu/program.php>

2011-06-03 10:45:17