

# Válogatás a HealthOnLine cikkeiből

2011/9



**GYEMSZI**

Gyógyszerészeti és Egészségügyi  
Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet



Informatikai és  
Rendszerelméleti  
Főigazgatóság

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

2011. október 5.

---

## Válogatás a HealthOnLine cikkeiből

2011. október 5.

<b>Egészségügyi rendszerek működése.....</b>	<b>2</b>
Integrált ellátás vásárlása az új NHS-ben.....	2
Az indokolatlan várakozási idők várható szankcionálása a német szakorvosi praxisokban.....	6
Az egészségügyi rendszer decentralizációja Spanyolországban: komplex egyensúly .....	6
Az egészségügyi központok szerepe az egészségügyi ellátás elérhetővé tételében, Franciaországban	10
<b>Népegészségügy .....</b>	<b>11</b>
A hatékony egészségmegőrzés új modelljei az észak-európai országokban .....	11
<b>Kórházügy.....</b>	<b>12</b>
A kórházi tulajdonformák hatása a hatékonyságra Németországban .....	12
<b>Finanszírozás.....</b>	<b>16</b>
A hosszú távú ellátás biztosítása Franciaországban .....	16
Az egészségbiztosítás kiadásainak alakulása Franciaországban.....	17
A kiegészítő biztosítási szerződések adójának alakulása Franciaországban .....	18
A személyes egészségügyi büdzsé hollandiai tapasztalatai .....	19
<b>Humán erőforrás .....</b>	<b>21</b>
Egyesült Királyság: az egészségügyi dolgozók migrációjának egyik fő célországa.....	21
<b>Gyógyszerügy, patikaügy.....</b>	<b>23</b>
Lassult a gyógyszerfogyasztás növekedése Franciaországban .....	23
<b>Egészségügyi informatika .....</b>	<b>24</b>
Csehországban júliustól működik az online betegrekord rendszer .....	24
<b>Egészségügyi reformok.....</b>	<b>25</b>
Nem szükséges változtatás a német betegpénztárak kockázatiigazítása terén?.....	25
Az amerikai egészségügyi törvény 70%-kal csökkentheti az alulbiztosított felnőttek számát .....	27
A költségek csökkentésére és az ellátás koordinálására irányuló kezdeményezés az Egyesült Államokban.....	28
<b>Egészségügyi Világszervezet (WHO) .....</b>	<b>29</b>
Új WHO-központ nyílt Athénban .....	29
A WHO Európai Regionális Bizottságának 61. ülészaka. Baku, 2011.szeptember 12-15.....	30

---

## Egészségügyi rendszerek működése

### *Integrált ellátás vásárlása az új NHS-ben*

Az elmúlt években a politikaalkotók, orvosok és menedzserek egyaránt növekvő érdeklődést mutattak az NHS szolgáltatások összekapcsolására, hogy ezzel javítsák a betegellátást és csökkentsék azt a töredezettséget, ami a betegeknek a különböző szolgáltatások közötti mozgásából ered. Nemrégiben az egészségügyi minisztérium kidolgozott egy programot az integrált ellátó szervezetek kísérleti projektjeire, ennek kiértékelésére 2011 vége felé kerül sor. A program az NHS szolgáltatások tervezőinek és vásárlóinak szerepét az integráció irányába mozdítaná el.

A Nuffield Trust független egészségügyi kutatóintézet jelentése a szolgáltatás-vásárlók szerepét vizsgálja az integrált egészségügyi ellátás megteremtésében az angliai NHS-ben. A 2009-ben indult projektben felmérést végeztek az alapellátási trösztökben (PCT), a stratégiai egészségügyi hatóságoknál (SHA), konzultáltak az egészségügyi minisztérium, az NHS Confederation és az NHS Alliance szakembereivel, és létrehoztak egy tanácsadó testületet az integrált ellátásban érdekelt menedzserekből és orvosokból. A projekt olyan szolgáltatás-vásárlókat próbált azonosítani, akik ösztönzik az integrált ellátást – ez lehet betegutak vásárlása az ellátás különálló epizódjainak kifizetése helyett, az integráció előmozdítása az ellátók megfelelőbb alvállalkozókkal való szerződéseiről, új fizetési formák kidolgozása.

A felmérések eredményeit a Nuffield Trust szemináriuma 2010 decemberében tárgyalta meg. Ezt követően az integrált ellátás kérdéskörét a koalíciós kormány NHS-re vonatkozó tervezetének kontextusában elemezték, főképpen a házi orvosok által vezetett szolgáltatás-vásárlás felé való elmozdulás tekintetében. Az esettanulmányokhoz a következő ellátók választották ki: Milton Keynes PCT, Birmingham East and North PCT, Cumbria PCT, West Kent PCT, Knowsley PCT, Tower Hamlets PCT, Smethwick Pathfinder, Somerset PCT.

### **A szolgáltatás-vásárlás ciklusa**

#### **Szükséglet felmérés és szolgáltatás specifikáció**

Az esettanulmányok folyamán vizsgált legtöbb ellátó jelentős időt, erőfeszítést és forrást használt fel a helyi egészségügyi szükségletek felmérésére, a fennálló szolgáltatások áttekintésére és új betegutak kidolgozására. A szolgáltatás-vásárlóknak jelentős kapacitást kell biztosítaniuk az adatgyűjtésre, a költségszámításokra és az ellátást végző szakemberek valamint a betegek együttműködésében az új betegutak tervezésére.

#### **Szerződések**

A szolgáltatás-vásárlók számos mechanizmust használtak az integrált ellátás új formáinak megvalósítására. Pl. Tower Hamlets-ben a PCT a szokásos egyéni praxisok helyett praxishálózatokkal (szakorvosi és GP hálózatokkal) szerződött az integrált diabétesz szolgáltatásokra, az integráló szerepet maga a PCT töltötte be. A GP praxishálózatokkal kockázat alapú szerződést kötöttek, amely arra ösztönözte őket, hogy nyomást gyakoroljanak a diabetológusokra, nővérekre stb. hogy megfelelően vegyenek részt a lakosság egészségi állapotának.

### **Tendereztetés és beszerzés**

A tanulmányozott ellátók közül többen túl költségesnek találták az integrált ellátás új formáinak tendereztetését és szerződéskötését. Pl. a Birmingham North and East PCT tekintélyes munkát végzett egy új betegút tervezésében az életük végén levő emberek számára. A cél egy tender kiírása lett volna, miszerint egy szolgáltató vezette és koordinálta volna ellátás teljes spektrumát. A szolgáltató indulási költségeinek finanszírozása azonban nehézségekbe ütközött és a projekt nem a tervek szerint alakult. Ezzel ellentétben a Knowsley PCT-nek sikerült egy integrált kardiovaszkuláris ellátási szerződést kötni (megelőzéstől a kezelésig terjedően), és a kezdeti jelek arra mutatnak, hogy lecsökkentette a kórházi vizitek számát és lerövidítette a kórházi tartózkodás idejét.

### **Kimenetek és ösztönzők**

A tanulmányban szereplő ellátók rámutattak arra, hogy az ellátóknak nyújtott finanszírozás és a szerződésben kikötött teljesítmény között egyértelmű kapcsolatot kell megvalósítani. A teljesítményre kötött szerződés összhangban áll az NHS reform irányával, és hamarosan megerősítésre találhat egy új NHS kimeneti keretrendszerrel.

## ***Az integrált ellátás vásárlását elősegítő tényezők***

### **Menedzseri vezetés**

A felső vezetés határozottsága és elkötelezettsége nélkülözhetetlen volt a sikerhez a tanulmányozott valamennyi ellátó esetében, még akkor is, amikor a kezdeményezések a praxis alapú szolgáltatás-vásárlás keretén belül történtek (practice-based commissioning, PBC – az egészségügynek az alapellátás felé való terelése).

### **Klinikai vezetés**

A merész és ügyes klinikai vezetés szintén megfigyelhető volt az ellátóknál. Pl. a West Kent esetében háziorvosok vezetésével integrált sürgősségi ellátást és ügyeleti GP praxist alakítottak ki.

### **Alapellátás által vezetett szolgáltatás-vásárlás**

A PBC-re gyakran tekintenek úgy, mint egy hatástalan és elmaradott gyakorlatra. A vizsgált ellátók közül néhánynál azonban katalitikus szerepet töltött be a szolgáltatások újratervezésében és a költségvetés igazgatásának új formáiban.

### **Adatok és informatika**

A teljesítmény és kimeneti indikátorokban való megállapodás, majd az adatgyűjtés és feldolgozás megszervezése és finanszírozása alapos munkát igénylő feladat, ezért az integrált ellátási kezdeményezések adatgyűjtési és informatikai rendszereinek megvalósítását alaposan át kell gondolni.

### **Betegnyilvántartás**

A GP-knél regisztrált betegek listája fontos szerepet töltött be az új szolgáltatások vásárlásánál és a források integrált ellátók számára történő allokálásánál. Pl. a fejkvóta alapján működő Smethwick Pathfinder kiépített egy új, integrált betegnyilvántartást, amely a következő információkat tartalmazta: NHS szolgáltatások látogatása, egészségi állapot és betegség kockázat, tervezett szűrések és megfigyelések, felhívások vizsgálatokra és kezelésekre.

### **Az ellátók aktív részvétele**

Az ellátóknak jelentős időt és forrásokat kell igénybe venniük, hogy részt vegyenek a szolgáltatás-vásárlók által vezetett fejlesztésekben. Ez kifizetődő is lehet, pl. Knowsley-ben egy specialista akut ellátó tröszt nyerte el a szerződést egy új integrált kardiovaszkuláris szolgáltatás nyújtására.

### **Idő és kitartás**

Az esettanulmányok sok színhelyén a szolgáltatások integrálása több éves folyamatot vett igénybe. Szélsőséges példa erre a Smethwick Pathfinder fejlődése, melyet egy kis és eltökélt GP csoport vezetett 15-20 éven keresztül.

### **Szakpolitikai vonatkozás**

A Nuffield Trust korábban már azonosított több, az integrált ellátás útjában álló szakpolitikai akadályt:

- ▶ Az együttműködés helyett a versenyre fektetett hangsúly az újabb NHS reformokban
- ▶ Az aktív kórházak tevékenység növelésre való ösztönzése (a Payment by Results rendszer következtében is)
- ▶ A szolgáltatás-vásárló szervezetek gyengesége
- ▶ A szabályozás hatása
- ▶ A fennálló szolgáltatások átalakításának nehézsége az integrált ellátás támogatására

Az akadályok lebontásához a következőket érdemes figyelembe venni.

### **A szolgáltatás-vásárláshoz nyújtott központi támogatás**

Mivel az egészségügyi minisztérium idáig nem nagyon összpontosított az integrált ellátás vásárlásának ügyére, a szolgáltatás-vásárlók helyi szinten kerestek válaszokat. Ezért az ilyen munkát az ország különböző részein ismételtelen elvégezték, ami időigényes gyakorlat és nem hatékony hosszú távon. Szükséges, hogy az NHS Commissioning Board útmutatót nyújtson az integrált ellátás különböző területeken történő vásárlására és tanáccsal szolgáljon olyan témákban, mint szerződés és fizetési opciók, ösztönzési rendszerek és kimenet indikátorok.

### **A Monitor és a gazdasági szabályozás szerepe**

Szükséges az is, hogy az NHS Commissioning Board együttműködjön az NHS alapítványi trösztöket szabályozó Monitorral egy gazdasági szabályozás keretének kialakítására, amely képes előmozdítani a versenyt és az integrációt egyaránt.

### **Az integrált ellátás díjszabása és ösztönzői**

A Payment by Results díjszabást a választási lehetőség és a verseny támogatására hozták létre, és hogy lecsökkentsék a várakozási időket az elektív eljárásokra. Jelen formájában nem nagyon alkalmas az integrált ellátás támogatására az idős emberek krónikus és komplex betegségei terén. Az Egyesült Államok ötleteket ad a fizetés új formáinak kidolgozásához. Ezek közt található az epizód-alapú fizetés – pl. a Geisinger Health System ProvenCare programja – amely globális díjat fizet a szívbetegségek ellátására az előzetes felvételtől a műtéig és a 90 napig tartó utógondozásig bezárólag. Az NHS-ben különböző opciókat lehetne követni, ez lehet pl. a fizetések egyesítése az ellátás egy epizódjának vagy egy betegútnak a fedezésére. A Kaiser Permanente fejkvóta alapú térítést alkalmaz a megelőzés és az alapellátás támogatására, és a szükségtelen kórházi ellátás igénybevételének elkerülésére.

## Szerződések és beszerzés

Az integrált ellátás vásárlása valószínűleg jelentős változást eredményez a szolgáltatások meghatározásában vagy az ellátás környezetében, ami nyílt tendereztetést tehet szükségessé. Egy megoldás az lenne, ha a szolgáltatás-vásárlók szerződésbe lépnek egy fővállalkozóval, amely alvállalkozókat szerződött a vásárló előírásainak megfelelő szolgáltatások nyújtására.

## A GP-k szerepe a szolgáltatások megteremtésében és vásárlásában

A szolgáltatás-vásárlók létrehozhatnak és vásárolhatnak is szolgáltatásokat. Smethwickben pl. a háziorvosi praxisok szerződést kötöttek a krónikus betegségben szenvedő emberek ellátásának javítására, amely segítségével csökkentették a kórházi felvételek számát. A politikaalkotóknak biztosítaniuk kell, hogy nem tiltják el a GP-eket a hasonló innovatív szerepvállalástól a lehetséges érdekellentétek miatti aggodalmak miatt. A potenciális érdekellentétek menedzselésére kialakíthatnának egy olyan irányítási rendszert, amelyben a közösség és a betegek is részt vennének.

## A szolgáltatás-vásárlás jövője

Felmerül a szélesebb körű kérdés, hogy kívánatos dolog-e a szolgáltatások vásárlásának és nyújtásának szigorú szétválasztása. Nemzetközi bizonyítékok azt mutatják, hogy a szolgáltatás-vásárlók kihívásokkal néznek szembe az egészségügy megértésében, az információk ellátóktól való megszerzésében, és a képzett szakemberek megtalálásában. Szükség van a szolgáltatás-vásárlók lehetőségeinek reális szemléletére és alternatív megoldások megfontolására. Egyik alternatíva, amit az USA integrált orvoscsoportjaitól tanulni lehetne, abban áll, hogy a kórházi szakorvosok kockázatviselő fejkvóta alapú költségvetéssel működnek és a szolgáltatás-vásárlóknak számolnak el a kimenetekről.

Angliában a GP-k és a szakorvosok is létrehozhatnának fejkvóta alapú költségvetést és a szolgáltatás-vásárló bizottság képviselőinek vagy a PCT csoportoknak számolnak el a pénzügyi és az egészségügyi kimenetekről. Egy olyan rendszer felé történő elmozdulás is lehetséges, ahol a betegek egymással versengő, de klinikailag integrált szolgáltatások közül választhatnak. Ez nagyobb valószínűséggel teljesítené az NHS által elvárt hatékonyságot, a betegek számára pedig jobban integrált szolgáltatást jelentene a töredezett ellátók közötti választás helyett. Gyakorlati példát is jelentene arra, hogyan férhet meg egymás mellett a választási lehetőség és az integráció az NHS reform következő fázisában.

## Következtetés

Az elmúlt két évtizedben az NHS reform középpontjában a verseny növelése állt az elektív szolgáltatások elérhetőségének javítására, mindez azonban akadályt gördített az integrált szolgáltatások vásárlása elé. Az ellátókat még mindig jobban ösztönözik a tevékenység növelésére, mint a szükségtelen kórházi felvételek megakadályozására vagy az ellátás lakosság-központú szemléletére. A Nuffield Trust által végzett kutatás egyik legerőteljesebb üzenete az, hogy a PCT-k küzdenek ezen akadályok ledöntéséért. A szolgáltatás-vásárlók új nemzedékének egy olyan környezetet kell teremtenie, amelyben az ellátókat támogatják a minőségi ellátás érdekében hozott újításokban, ugyanakkor arra is kötelezik őket, hogy kockázatot vállaljanak, ha ezt elmulasztják megtenni. (SZL)

Forrás:

- ▶ Ham, Chris et al.: Commissioning integrated care in a liberated NHS. Nuffield Trust, <http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/commissioning-integrated-care-in-a-liberated-nhs-report-sep11.pdf> (letöltés dátuma: 2011.09.27.)

2011-10-04 09:22:48

### ***Az indokolatlan várakozási idők várható szankcionálása a német szakorvosi praxisokban***

Konkrét lépések bevezetése várható Németországban a szakorvosi praxisokhoz történő beutalás esetén tapasztalható gyakran alaptalanul és indokolatlanul hosszú várakozási idők csökkentése érdekében. Ennek keretében kibővítik a pénztári orvosok egyesületeinek szolgáltatások nyújtására vonatkozó megbízását a szakorvosi ellátás helyes, időben történő hozzáférhetőségének részleteivel.

A szankcionálást az orvosok és a kötelező betegpénztárak önkormányzatának kell majd szabályoznia. Meghatározzák, hogy mely várakozási idők minősülnek még ún. „normál esetnek”, illetve kivételes esetekben mit takar a „még időben történő” hozzáférés. A pénztári orvosok egyesületei a sürgősségi ellátást biztosíthatják kórházakkal való kooperációk révén is.

A Pénztári Orvosok Szövetségi Egyesülete felhívta arra is a figyelmet, hogy nem szabad csupán az orvosokat okolni az egyre növekvő ellátási gondok miatt. A demográfiai változások és az ezzel együtt járó betegségterhek következtében ugyanis egyre növekszik az egészségügyi ellátás iránti igény. Az orvoshiány, idejétmúlt szükséglettervezés és az egyre növekvő morbiditás a lakosság körében szintén csak tovább súlyosbítják a helyzetet.

Aki viszont a betegek számára azt sugallja, hogy mindig azonnal el kellene látni, valószerűtlen elvárásokat ébreszt bennük, amik se pénzügyi, se HR szinten nem teljesíthetőek, illetve orvosilag nem is mindig indokoltak.

A helyzet orvoslása szempontjából a tervezett szerződéses megoldás a pénztári orvosok egyesületeivel, az elbocsátások pontosabb szabályozása megoldás lehet a problémára. (VN)

Forrás:

- ▶ Sanktionen bei zu langen Wartezeiten in Praxen, Deutsches Ärzteblatt: [http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/47211/Sanktionen\\_bei\\_zu\\_langen\\_Wartezeiten\\_in\\_Praxen.htm](http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/47211/Sanktionen_bei_zu_langen_Wartezeiten_in_Praxen.htm) Letöltés dátuma: 2011.09.12.

2011-09-12 16:06:12

### ***Az egészségügyi rendszer decentralizációja Spanyolországban: komplex egyensúly***

Spanyolországban a politikai hatalmat az 1978-as Alkotmány devolválta a 17 régióhoz (Comunidades Autónomas, CA-k) és két autonóm városhoz Észak-Afrikában (Ceuta és Melilla), széleskörű autonómiát biztosítva számukra – jöllehet egyes régiók nagyobb hatalmat kaptak, mint mások. A megegyezés

értelmében egy közvetlen szavazással választott, kétkamarás parlament és a Nemzeti Kormány lett a „szövetségi jellegű rendszer föderáció nélkül” központja. A központi kormányzat ellenőrzött bizonyos politikai területeket (pl. védelem, külügy), miközben a régiók saját választott regionális parlamentjeik és kormányaik által gyakorolták a törvényhozó és végrehajtó hatalmat egyre több politikai terület fölött, beleértve az egészségügyet is (amelynek védelme alkotmányos jog).

A felelősségi körök megoszlása a spanyol egészségügyben a következőképp történik:

- ▶ A központi kormányzat biztosítja a közös alapteretet az egészségügyi ellátásra a méltányosság, a kohézió és a közös minőségi standardok garantálása érdekében.
- ▶ Az implementáció a régiók hatáskörébe tartozik, amelyek az állami források 89,81 százalékával rendelkeznek – amelyek többnyire (nem elkülönített) állami költségvetési transzferek.
- ▶ Minden egyes régióknak saját regionális egészségügyi minisztériuma és egészségügyi minisztere van, amelyek az egészségpolitikáért felelősek az adott régió belül, valamint egészségügyi szolgálattal is rendelkeznek, amely az ellátást menedzseli, közösen kezelik a régiók teljes költségvetésének mintegy 30 százalékát.
- ▶ Az egészségpolitika koordinációját a központi kormányzat és a régiók között a Területközi Tanács (Consejo Interterritorial) biztosítja, végrehajtó hatalom nélkül (csak „konszenzusos ajánlásokat ad az együttműködés és az információcsere előmozdítására a méltányosság érdekében), a központi kormányzat és minden egyes régió egészségügyi minisztériumának képviselőivel.

Minden egyes autonóm régió meghatározza a saját egészségügyi területeit különböző demográfiai és földrajzi kritériumok szerint. Az egészségügyi területek számos alap egészségügyi zónából állnak, amelyek az alapellátás területi keretét alkotják. Minden egészségügyi terület egy általános kórházhoz van rendelve, ahová a betegeket szakellátásra utalják. Néhány regionális egészségügyi szolgáltatás esetében vannak közös szervezeti struktúrák az egészségügyi terület és az alap egészségügyi zónák között.

1986-ban Spanyolország társadalmi egészségbiztosítási rendszerét adóalapú nemzeti egészségügyi rendszerré (Sistema Nacional de Salud, SNS) alakították át, decentralizált irányítással, amely univerzális lefedettséget biztosított minden lakosnak, a bevándorlókat is beleértve. Az univerzális ellátás alapelveit, a szolgáltatásokhoz való hozzáférést, a rendszerintegrációt és a decentralizációt az egészségügyi rendszer alapelveivé ratifikálta az SNS Kohéziós és Minőségi Törvénye (2003), amely kialakította a jelenlegi decentralizációt.

Jelenleg az alapellátást közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatók biztosítják (egy orvos és egy nővér 1500 lakosra, számos prevenció programmal), és a kórházi ágyak 71,2 százaléka állami kézben van, beleértve az akut ágyak 80 százalékát, a pszichiátriai ágyak 36 százalékát és az ápolási ágyak 30 százalékát. Országos felmérések azt mutatják, hogy általában véve magas a fogyasztói elégedettség és a rendszer legitimitációjának szintje.

### **Pozitív hatások**

A decentralizáció minden bizonnyal pozitív hatásokat eredményezett Spanyolországban, különös tekintettel az egészségügyi kimenetekben való fejleményekre. Így például a születéskor várható átlagos élettartam az 1970-es 72,88 évről 2008-ra 81,24 évre nőtt, miközben a gyermekhalandóságban

## Rendszerelemzési Főosztály

---

ugyanezen időszak alatt lényeges csökkenés volt tapasztalható (1000 élve születésre 20,78-ról 3,35-re).

A többi EU- tagállamhoz viszonyítva az átlagnál alacsonyabb a gyermekhalandóság Spanyolországban, és Európában itt az egyik legalacsonyabb a mortalitás a fő halálokokra vonatkozóan (kardiovaszkuláris, daganatos és légzőszervi megbetegedések) 1970 óta. Az egyetlen terület, ahol Spanyolország kedvezőtlenebb kimeneteket mutat, a diabétessel kapcsolatos alsó végtag-amputációk száma (2006-ban 100 ezer főre 26,5 amputáció), az OECD-átlaghoz (14,9) viszonyítva.

Az elkerülhető halálozások számában tapasztalt csökkenések az 1991-2005 közötti időszakban szintén azt sugallják, hogy lényegesen javult az egészségügyi ellátásokhoz való hozzáférés, a szolgáltatások minősége és biztonsága. Hasonló fejlődési trend mutatkozik a daganatos megbetegedések egyes típusai (mellrák, vastagbélrák és tüdőrák) 5 éves túlélési rátáiban 1990-2002 között.

Fontos megjegyezni, hogy ezeket az eredményeket úgy érték el, hogy 2007-ben Spanyolország a GDP 8,5 százalékát fordította egészségügyre. Az egy főre jutó egészségügyi kiadások szintje 2671 amerikai dollár volt. A bevételi források megoszlását tekintve, az állami szektor teszi ki a finanszírozási források 71 százalékát, az out-of-pocket kifizetések aránya 22,5 százalék, a magánbiztosítás aránya pedig 5,5 százalék. (Az állami forrásokon belül az adóbevételek aránya 94,07 százalék, a szakmai kölcsönösségi rendszerek aránya 2,53 százalék, a közalkalmazottak kölcsönösségi alapjainak aránya pedig 3,4 százalék.) Az állami források 54 százalékát fordítják a szakellátásra, 19,8 százalékát gyógyszerekre, 16 százalékát alapellátásra, 1,4 százalékát prevencióra és népegészségügyre (a fennmaradó 8,8 százalékot pedig egyéb kiadásokra).

Összességében véve egyetértés van arra vonatkozóan, hogy a decentralizált egészségügyi rendszer (összekapcsolódva a hosszantartó gazdasági növekedés időszakával a 2008-as pénzügyi válság előtt) ösztönözte az egészségügyi ellátásba való befektetéseket, az egészségügyi szolgáltatások innovációját és rugalmasságát, és előmozdította a helyi preferenciákat tükröző megközelítéseket.

### Kihívások

Az eredmények ellenére egyre láthatóbbá válnak a spanyol egészségügyi rendszer kihívásai is. Egyrészt, a régiók általában túlköltik az allokált költségvetést, a Parlamentnek és a központi kormányzatnak ténylegesen nincs befolyása ezekre a kiadásokra. (2000-2008 között például több mint 130 százalékos növekedés volt a tőkekiadásokban.) Ez veszélyezteti az SNS pénzügyi fenntarthatóságát.

Másrészt, az Egészségügyi Minisztérium és a Területközi Tanács komoly akadályokba ütközik az egészségügyi - és különösen az egészségügyi ellátásra vonatkozó - politikák hatékony koordinációja terén, az országos és regionális politikai pártok közötti küzdelmek miatt. Ennek eredményeképpen az egészségügyi kimenetekben és finanszírozásban tapasztalható földrajzi különbségek, valamint a régiók közötti egyenlőtlenségek vitathatatlanul keveset változtak. Mivel az egészségi állapotban megmutatkozó különbségek tükrözik a jövedelmi és vagyoni különbségeket is, helytelen lenne teljes egészében az egészségügyi rendszer decentralizációját okolni az egyenlőtlenségekért.

A decentralizáció fenntartotta az egy főre jutó egészségügyi kiadások egyenlenségét. Az SNS Kohéziós és Minőségi Törvény (2003) létrehozta a Nemzeti Kohéziós Alapot a földrajzi egyenlőtlenségek csökkentésére irányuló politikák támogatására, de ezt elsősorban arra használták, hogy finanszírozzák azokat a költségeket, amelyek a más régióban kezelt betegek kezelése révén merültek föl, ezáltal nem sikerült támogatni az országos kohéziót és az egyenlőtlenségek csökkentését

## Rendszerelemzési Főosztály

---

a kívánt mértékben. Ezen felül, 1992-2009 között a költségek variációs koefficiense a régiók között növekedett.

2009 decemberében törvényt hoztak egy új regionális finanszírozási rendszer bevezetéséről, az Alapvető Közszolgáltatások Garancialapjához kapcsolódóan, amely integrálja a Kohéziós Alapot, és magában foglalja az olyan kulcsfontosságú közszolgáltatásokat, mint az oktatás, szociális ellátás és egészségügy forrásainak 80 százalékát. Az Alap forrásait központilag gyűjtik az adóbevételekből, majd szétosztják. A kritikusok azonban azzal érvelnek, hogy az elosztások aránytalanul tükrözik bizonyos régiók (nevezetesen Katalónia) szükségleteit. Az egy főre jutó államilag finanszírozott egészségügyi kiadások 2010-ben továbbra is eltértek 557 euróval (azaz az átlagos 1343 euró 40 százalékával) a Baleár-szigetek (az átlag 79,37 százaléka) és Baszkföld (120,84 százaléka) között.

Nem meglepő, hogy a spanyol egészségügy indokolatlan változatosságot mutat a hozzáférés, minőség, biztonság és hatékonyság terén a régiók, egészségügyi területek és kórházak között:

- ▶ 5-szörös különbség a PTCA- beavatkozásokban az egészségügyi területek között, és 2-szeres különbség a PTCA utáni mortalitásban (kórházak)
- ▶ 7,7-szeres különbség a prosztatatektómia arányokban az egészségügyi területek között,
- ▶ 28-szor gyakoribb felvételek az akut kórházakba affektív pszichózis következtében az egészségügyi területek között,
- ▶ az 501-1000 ágygal rendelkező kórházak 26 százaléka legalább 15 százalékkal kevésbé hatékony az átlagnál,
- ▶ a 201-501 ágygal rendelkező kórházak 12 százaléka legalább 25 százalékkal kevésbé hatékony, mint a hasonló betegekre vonatkozó standard.

Fontos megjegyezni, hogy úgy tűnik, a lakosság nem érzékeli a földrajzi egyenlőség hiányát a finanszírozásban: az Egészségügyi Barométer felmérésben a válaszadók csak 42 százaléka nyilatkozta, hogy ugyanazokat a szolgáltatásokat nyújtják minden polgárnak lakóhelytől függetlenül. Ezzel szemben, a válaszadók 87 százaléka vélte, hogy a kezelés nemtől függetlenül egyenlő, és mintegy 70 százalék úgy ítélte meg, hogy a kezelés a beteg társadalmi és vagyoni helyzetétől függetlenül egyenlő.

A decentralizáció másik problémás aspektusa Spanyolországban, hogy nagyon korlátozott a kapcsolat az ország egész területén és a regionális egészségügyi rendszerek között az egészségügyi információ vonatkozásában, amely túlságosan a forrás- vagy tevékenység- adatokon alapul (a kimenetekkel kapcsolatos információk hátrányára). A tekintélyes pénzügyi befektetés ellenére, nincs szisztematikus értékelés az SNS teljesítményéről. Az egészségügyi munkaerőre vonatkozóan is kevés információ áll rendelkezésre. Központi regiszter hiányában az állami szektor dolgozóinak száma bizonytalan, és a teljes munkaidős dolgozókat különböző részregiszterekből kell megbecsülni.

Paradox módon, a devolúciónak kevés hatása volt az SNS személyzetének és a betegeinek véleménynyilvánítására az egészségügyi szolgáltatások menedzselésére vonatkozóan. Miközben a döntéshozatali folyamat országos szinten világosan decentralizált, a folyamatok regionális szinten inkább túlközpontosítottak, számos duplikációval a delegációs lánc és az elszámoltathatóság területén.

### Jövőbeni fejlemények

A jelenlegi helyzet reményeinek és korlátainak jelzésére feltehetőleg a legjobb mód az Országos Egészségügyi Egyezményre utaló javaslat, amely magában foglalja az összes régiót és politikai pártot a Területközi Tanács vonatkozásában. Ezt az egyezményt eredetileg a korábbi egészségügyi miniszter, Bernat Soria javasolta 2008 júniusában. A javaslat tervezet magában foglalta a humán erőforrás politikát, a közös szolgáltatásokat, a költségvetés fenntarthatóságát, a közös egészségügyi politikákat, a minőséget és innovációt, valamint a kábítószer-függőség megelőzését.

Amikor a következő egészségügyi és szociálpolitikai minisztert, Trinidad Jimenezt kinevezték 2009 áprilisában a pénzügyi válság idején, ő lelkesen felkarolta a kezdeményezést, létrehozva hat munkabizottságot, amelyeknek a tagjai magukban foglalták az országos egészségügyi minisztérium, a regionális egészségügyi hatóságok, a szakmai szervezetek és a betegcsoportok képviselőit. Ennek ellenére, a miniszter 2010 áprilisában tett nyilatkozata alapján nem fogják aláírni az egyezményt 2013 előtt. (AZS)

#### Forrás:

- ▶ Durán, Antonio: Health system decentralization in Spain: a complex balance. In: Euro Observer, 13. évfolyam, 1. szám, 2011. tavasz.

2011-09-12 14:31:58

### ***Az egészségügyi központok szerepe az egészségügyi ellátás elérhetővé tételében, Franciaországban***

Franciaország egészségügyi központjai 51. országos kongresszusukat tartották szeptember 29-30-án, Párizsban. A rendezvényen lehetőség nyílt a központok lakosságközeli ellátásban betöltött kulcsfontosságú szerepének kihangsúlyozására.

Franciaország egészségügyi központjai (CDS) olyan non-profit intézmények, melyek különböző közösségek, mutuelle-biztosítók, állami vagy magán egészségügyi intézmények irányítása alatt állnak. Szolgáltatásaikra a kötelező biztosítás által rögzített tarifák érvényesek.

A CDS-ek nagy mértékben járulnak hozzá az ellátás elérhetővé tételéhez, illetve a hozzáférésben jelentkező szociális egyenlőtlenségek csökkentéséhez, mivel a hátrányos helyzetű lakosok közel 60%-át itt látják el.

A már 60 éves múltra tekintő tevékenységük mellett, a központok előtt új kihívások is állnak: a lakosság újonnan felmerülő igényeinek való megfelelés és a szolgáltatások színvonalának és biztonságának fenntartása. Ehhez a központok szakembergárdájának több szakterületet átfogó kompetenciák sorát kell képviselnie. Ez a közalkalmazotti státuszban folytatott csoportpraxis sok fiatal számára vonzó perspektívát jelent.

A kongresszuson elhangzottak a döntéshozók figyelmét arra kívánták ráirányítani, hogy a szociális és területi egyenlőtlenségek fokozódása és az orvoshiány növekedése mellett az egészségügyi központok biztos támpontot jelentenek a lakosság számára könnyen elérhető színvonalas ellátáshoz, és partnerségben a kórházakkal, a magánorvosokkal és az egészségügyi-szociális ellátókkal, szavatolják a betegek további ellátását is.

Bár a központok finanszírozása komoly problémát jelent, – a szolgáltatásokon alapuló finanszírozást az egészségbiztosítás látja el, de ez nem fedezi a központok minden kiadását – így ennek megoldására kísérletek folynak, de mind ez ideig konkrét javaslat nem született.

Az elképzelések szerint megoldást jelentene ha a többletkiadásokra a társadalombiztosítás fedezetet nyújtana és a népegészségügyi feladatok ellátására állami dotációt kapnának. (ZLL)

**Forrás:**

- ▶ PERIOLI,M.: Centres de santé : "Il y a urgence à trouver des solutions, durables et solidaires". Viva Presse, 2011.09.28. [http://www.viva.presse.fr/Les-centres-de-sante-tiennent-leur\\_15848.html](http://www.viva.presse.fr/Les-centres-de-sante-tiennent-leur_15848.html) (Letöltés dátuma: 2011.10.4.)

2011-10-05 09:26:25

## Népegészségügy

### ***A hatékony egészségmegőrzés új modelljei az észak-európai országokban***

Az észak-európai országok – kedvező népegészségügyi tendenciáik fenntartása érdekében – új társadalmi és pénzügyi vonatkozású modelleket dolgoztak ki.

Az északi országokban a születéskor várható élettartam nemzetközi viszonylatban rendkívül magas: Dániában 79, Finnországban 80, Norvégiában és Svédországban 81, Izlandon 82 év. A széles körben elterjedt krónikus betegségek már jó ideje csökkenő tendenciát mutatnak. Bár Finnország 40 évvel ezelőtt még élen járt a szívbetegségek okozta mortalitást jelző nemzetközi statisztikákban, jelenleg kardiológiai viszonylatban lakosságának egészségi állapota megközelíti észak-európai szomszédaiét, bár a finn férfiak szívbetegség okozta mortalitása még így is magasabb, mint a többi északi ország által regisztrált hasonló statisztikák. A szívbetegség okozta mortalitás ezen kívül még a dán nők körében mutat kiugró értéket.

A születéskor várható élettartam pozitív alakulása az átfogóbbá váló kormányzati támogatás és számos sikeres népegészségügyi kezdeményezés (mint pl. a dohányzás jelentős mérvű csökkentése) együttes eredménye. Az északi országok lakosságának egészségi állapotában azonban még továbbra is fennáll számos, a helytelen életvitelre potenciálisan visszavezethető probléma: obezitás, cukorbetegség, illetve a túlzott alkoholfogyasztás miatt fellépő elmeegészségügyi problémák, stb.

A krónikus betegségek megelőzése és a hatékony egészségmegőrzés, azonban nemcsak az egészségügyi szektor, hanem a társadalom minden szektorának összehangolt intézkedéseit, így a politikai döntéshozók, az egészségügyi szolgáltatók, az önkormányzatok, a nemkormányzati szervezetek és a média együttes fellépését igényli.

Finnországban új egészségmegőrző hálózatokat építettek ki. A kórházi körzetek által irányított hálózatok együttműködése révén, mely komoly segítséget jelent az alapellátásnak és a regionális önkormányzatoknak, minden szinten elérhetővé válnak a preventív szolgáltatások. A gyermekklinikai és az iskolaegészségügyi ellátás hozzáférhetőbbé tételével, mely az előzőekben sokszor gondot jelentett, hatékonyabbá válik a betegségmegelőzés.

Svédország 2003-ban vezette be országos népegészségügyi stratégiáját, mely a 0-18 éves gyermekeket nevelő szülők számára segítséget nyújtó speciális irányelveket is tartalmaz. Svédországban az egészségtelen életvitelnek tulajdonítható társadalmi kiadások csökkentését hosszú távú – gyermekekre, fiatalokra és idősekre egyaránt vonatkozó – integrált megközelítéssel kívánják megoldani, és népegészségügyi pénzalapok létrehozását tervezik a lakosság egészségi állapotának javítására szolgáló hosszú távú beruházásokhoz.

Dániában az Egészség Társadalmi Meghatározóival foglalkozó WHO-bizottság tevékenysége nyomán végeztek speciális vizsgálatot az egészségügyi egyenlőtlenségek okainak jobb megismerésére, illetve azoknak az intézkedéseknek a meghatározására, melyek az egyenlőtlenségek hatását minimálisra csökkenthetik. „Az egészségügyi egyenlőtlenségek okai és az ezekkel szemben hozott intézkedések” című jelentés szolgál kiindulási alapul az egészségügyi egyenlőtlenségekkel szemben készülő új stratégiához Dániában.

Norvégia jelenlegi egészségügyi reformjának központi részét képezi a betegségmegelőzés és az egészségmegőrzés előmozdítása országos, regionális és helyi szinten. Az újonnan életbe léptetett Népegészségügyi Törvény öt kulcsfontosságú tényezője: az egyenlőség, az egészség minden politikában, a fenntartható fejlődés, az elővigyázatosság elve és a felelősségteljes részvétel. Egyes önkormányzatok az országosan és helyi szinten egyaránt megvalósítandó felelősségvállalást helyi fejlesztéseikkel illusztrálva, jelentősen járultak hozzá az új törvény életbelépéséhez.

Izlandon a „6H Cube” elnevezésű projekt a példa az egészséget szolgáló holisztikus és koordinált kezdeményezések sikerére. A projekt, mely az ország alapellátásában dolgozó szakemberek és az Izlandi Népegészségügyi Intézet munkatársainak együttműködésével jött létre, az állami iskolákban dolgozó nővérek által folytatott egészségnevelés egységessé tételét tűzte ki célul, és ehhez mindenki számára rendelkezésre bocsátotta az egészségi állapot megőrzésére szolgáló tananyagot, mely az interneten is hozzáférhető. (ZLL)

#### **Forrás:**

- ▶ Nordic countries seek new models for effective health promotion, Ministry of Social Affairs and Health, Finland, 2011.08.24. <http://www.stm.fi/en/pressreleases/pressrelease/view/1565683#en> (Letöltés dátuma: 2011.09.21.)

2011-09-22 09:44:24

## **Kórházügy**

### ***A kórházi tulajdonformák hatása a hatékonyságra Németországban***

Német kutatók elemzése szerint a köztulajdonban lévő kórházak szignifikánsan nagyobb hatékonysággal működnek más tulajdonformában lévő intézményeknél, és különösen a magán profitorientált kórházakra jellemző az alacsonyabb hatékonyság.

Az utóbbi években az egészségügy számos területén hajtottak végre reformokat Németországban. A kórházi szektorban a növekvő költségnyomás hatására végbement reformok fő célkitűzése a kiadások fenntartható szinten tartása volt. A két legjelentősebb változás a 2003-as és 2004-es években kezdődő

átállítás a DRG finanszírozási rendszerre mintegy 1800 aktív kórházban (amitől a németek is elsősorban hatékonyságjavulást reméltek), illetve a 206 indikátoron alapuló külső minőségbiztosítási programok bevezetése volt a fekvőbeteg ellátásban. A német kórházi szektoron belüli jelentős kapacitástöbblet, illetve a szabályozási és versenykörnyezet gyors változása átfogó konszolidációs és reorganizációs folyamatokat eredményezett. A versenyképesség javítása érdekében jellemzővé vált a kórházak körében a fuzionálás. 1995 és 2008 között Németországban számos helyi és regionális érdekeltsgű kórházat privatizáltak. A magán profitorientált kórházak száma ebben az időszakban 44 százalékkal növekedett, ami ágyszám arányban kifejezve 6 százalékról 18 százalékra való növekedést jelentett. Az említett időszakban a magán nonprofit intézmények száma nem változott számottevően. 1993 és 2006 között a profitorientált kórházak aránya 16 százalékról 28 százalékra növekedett és a közfinanszírozású intézmények aránya 43 százalékról 34 százalékra csökkent.

Tiemann és Schreyögg 2009-ben publikált elemzése (Tiemann O., Schreyögg J. 2009) a köztulajdonban (tartományi, önkormányzati) és a magántulajdonban (profitorientált és egyházi nonprofit) lévő kórházak relatív hatékonyságát (a súlyozott inputok és a súlyozott outputok aránya) vizsgálta. Munkájuk során a hatékonyság elemzéséhez első lépésben 1046 kórház (pszichiátriák, egynapos klinikák, 50 ágynál kevesebbet fenntartó intézmények nem kerültek be az elemzésbe) 2002-2006 közötti időszakból rendelkezésre álló adatait értékelték input orientált DEA (data envelopment analysis) módszer alapján. Második lépésben a többváltozós lineáris regresszióelemzés módszerével tovább finomították elemzéseiket a szervezeti jellemzők, környezeti változók és a kezelt betegek heterogenitását is figyelembe véve.

Az elemzésben hat input faktorként a szolgáltatásokra fordított éves költségeket (beleértve a működési költségeket, de kizárva pl. a bér- és tőkeköltségeket, amortizációs költségeket), valamint a teljes munkaidőre átszámított klinikai (orvosi), ápolói, orvostechnikai, adminisztrációs és egyéb személyzet számát vették figyelembe. Output faktorként a kezelt betegek éves számát (ambuláns páciensek nélkül) és a fekvőbetegek éves mortalitását vették figyelembe: 1-átlagos éves kórházi mortalitási ráta formájában. A DEA modellt három változatban alkalmazták, az első változat tartalmazta az egyetemi kórházakat is, a második az egyetemi kórházak nélkül készült. Mindkét modellben outputként csak a fekvőbetegek száma szerepelt. A harmadik DEA modellben az egyetemi kórházak nélküli változathoz a fekvőbetegek számán kívül az 1- mortalitás mutató is bekerült a mért outputok közé.

A regresszió analízisben a kórházak változó eset-összetételeinek kezelésére a casemixet (számos változón, pl. beteg szintű diagnózis, eljárás, életkor, komorbiditás stb.) kontroll változóként használták. A kórházi jellemzőket az ágyszámon, az oktatói státuszon, ambuláns ellátás arányán, bérelt kórházi ágyak arányán (befektetői rendszer), a kutatás ideje alatt állami és nonprofit kórházakból forprofit intézménnyé privatizált intézmények arányán keresztül közelítették. A német egyesülés után a volt kelet-német területen található kórházak nagyobb anyagi támogatásban részesültek annak érdekében, hogy szintre hozzák az infrastruktúrájukat a nyugat-német terület kórházaival, ezért a kelet-német elhelyezkedés is a változók közé került. A környezeti jellemzők közül a verseny-nyomást tükröző Hirschman-Herfindahl indexet (HHI) vették figyelembe, amelyet a kórházak regionális piaci részesedése alapján számítottak. A tulajdonforma az elemzésben dummy változóként szerepelt.

A regresszióelemzés eredménye mindhárom DEA modellben: a köztulajdonban lévő kórházak szignifikánsan nagyobb hatékonysággal működnek más tulajdonformában lévő intézményeknél, illetve különösen a magán profitorientált kórházakra jellemző az alacsonyabb hatékonyság. Az egyetemi kórházak alacsonyabb hatékonysággal társulnak, viszont outputjuk számos (pl. kutatás, oktatás), amelyeket a DEA modell nem mért.

A szerzők más országok kutatásainak elemzéséből is megerősítik, hogy nincs arra egyértelmű bizonyíték, hogy a kórházi területen a magán tulajdonformához magasabb hatékonyság társulna. Pl. Hollingsworth 2008-ban publikált tanulmánya (Hollingsworth B, 2008) az egészségügyi határhatékonyság méréssel foglalkozó irodalmat tekintette át. Az 1980-2006 közötti időszakot elemző 317 tanulmány közül 39 vizsgálta a hatékonyság és a tulajdonviszonyok kapcsolatát, és ezek eredménye is az volt, hogy az európai és az egyesült államokbeli közfinanszírozott kórházak hatékonyabban működnek a magán profitorientált és nonprofit intézményeknél.

A tulajdonforma mellett a relatív hatékonyságot befolyásolják a környezeti és szervezeti feltételek is. Pozitív kapcsolat található a kórházak mérete és hatékonysága között, ezzel szemben a verseny-nyomás negatív hatással van a hatékonyságra.

Tiemann és Schreyögg kutatásának fontos eredménye a kórház nagyság és a teljesítmény közötti kapcsolat vizsgálata. A köztulajdonban lévő 1000 ágynál kevesebbel rendelkező kórházak hatékonyabbak, mint a magán profitorientált intézmények (a magán non-profit intézmények közepén helyezkednek el). Az 1000 ágynál többel rendelkező kórházak közül a magán profitorientált kórházak a gazdaságilag hatékonyabbak. (Meg kell említeni, hogy az 1000 ágynál nagyobb kórházak közül 119 köztulajdonban lévő kórházzal szemben csupán 15 magánkórház került összehasonlításra. A német profitorientált kórházak többsége 50 és 800 közötti ágyszámot tart fenn, csak néhány olyan profitorientált kórház van, amelynek nagyobb az ágyszáma ezernél.).

A tanulmányban arra is rávilágítottak, hogy a verseny és a konkurencia növekedése általánosságban csökkenti a hatékonyságot. Tiemann és Schreyögg ezt az eredményt azzal magyarázzák, amire egy 1999-es amerikai tanulmány is jutott, hogy a monopolisztikus vagy oligopolisztikus piacon működő kórházak jobban megfelelnek a kórházi tervezéssel foglalkozó hatóságok infrastruktúra terveinek, így az adott területen a tényleges szükséglet és a kínálat is nagyobb összhangban van egymással. A városi területek kapacitástöbblete általában nagyobb verseny-nyomást eredményez, a vidéki területeken a verseny kisebb mértékű. A kórháztervezés tehát, mint szabályozó eszköz optimálisabb kórházi infrastruktúrához és hatékonysághoz vezethet. Tiemann és Schreyögg jelzik azonban, hogy a feltételezés igazolása még további kutatásokra szorul.

A magán profitorientált kórházak alacsonyabb hatékonysága elsősorban két tényezőn alapul: kis és közepes ágyszámúak (50-800 ágy) és olyan területeken helyezkednek el, melyeken a verseny fokozottan jellemző.

A tanulmány a kelet-német területeken lévő kórházak magasabb hatékonyságára mutatott rá, ami az ezen kórházak korszerűsítésére fordított beruházások eredménye. Az ambuláns orvosok számára fenntartott ágyak (befektető orvosi forma) nagyobb aránya nagyobb hatékonysággal jár együtt, míg az ambuláns ellátás jelenléte alacsonyabb hatékonyságot okoz.

A kutatás egyes eredményei a német kórházpiac jellegzetességeivel is magyarázhatók. A magán profitorientált kórházak a profitmaximalizálást helyezik előtérbe, céljuk a kórházban ellátott esetekhez magasabb kapcsolódó bevétel realizálása. Wörz ezzel a témával kapcsolatos tanulmánya (Wörz M, 2008) szerint a profitorientált kórházak – és ezen belül különösképpen a kórházláncok - ahhoz értenek legjobban, hogyan lehet a rendszerből esetenként több pénzt kivonni a maguk hasznára. A DRG bevezetését követően a magán forprofit kórházakban a bevételek kb. 20 százaléka nem DRG-komponensekből származott, hanem pl. drága gyógyszerek kifizetéseivel kapcsolatos megállapodásokról.

A kutatás eredményei szerint a magán forprofit kórházak magasabb minőséget képviselnek, mint a más tulajdonformák. Több fenti megállapításhoz hasonlóan ez sem igazodik az elterjedt nézetekhez, jelen esetben ahhoz, hogy a kózházpiacon tapasztalható információs asszimetria a forprofit kórházakat a hatékonyság növelésére ösztönzi a minőség árán. A német kórházi szektorban ez az információs asszimetria pl. a minőségről szóló jelentések kötelező közzététele következtében az elmúlt időszakban csökkent. A jelentős kapacitástöbblettel rendelkező piacokon az ellátás minőségének stratégiai fontossága azonban ma még alulbecsültnek látszik. Mint arról már volt szó a korábbiakban a forprofit magánkórházak sokkal inkább versengő területeken találhatók, és annak érdekében, hogy megnyerjék a betegeket, javították a minőségmenedzsment rendszereiket, és ennek következtében az eredményeiket is.

Összességében tehát az elemzés szerint az állami tulajdonforma magasabb hatékonysággal párosul. A profitorientált kórházak a magasabb árak révén az esetekhez kapcsolódó nagyobb bevételre összpontosítanak, míg az állami kórházak az erőforráskorlátok miatt elsősorban az input hatékonyabb felhasználására törekednek. Pozitív kapcsolat található a kórház mérete és a hatékonysága között, míg a verseny-nyomás negatívan hat a hatékonyságra. Ezek alapján a szerzők megállapítása szerint (Tiemann O., Schreyögg J., 2009, Tiemann O. et al, 2011) a német kórházprivatizációs tendencia nem biztos, hogy helyes út a szűkös erőforrások legjobb felhasználására, hiszen az állami kórházak relatíve kisebb erőforrást használnak, mint a forprofit társaik. A kutatás tapasztalatai közé tartozik, hogy a DRG rendszereknek olyan ösztönzőket kellene tartalmazniuk, amelyek elősegítik azt, hogy a kórházak a hatékonyságra koncentráljanak a bevételek helyett. Ez az egészségügyi erőforrások allokációját javítaná. A hatékonyság és a minőség közötti negatív kapcsolat pedig azt követeli meg, hogy elsősorban fontos legyen az eredmények monitorozása a DRG finanszírozás folyamatában. Ennek biztató formája lehet a DRG finanszírozási ráták folyamat vagy eredmény szintű minőséghez kötése. (Pl. a DRG kifizetéseket korrigálni lehetne annak alapján, hogy a kórházi szintű minőségi indikátorok alapján az intézmény milyen átlagos minőséget képvisel. A minőség mérhető DRG szinten vagy a beteg szintjén is. Németországban ennek példája a második kórházi felvétel belefoglalása az első DRG-jába, ha a beteget 30 napon belül ismét visszaveszik a kórházba, a második felvételt nem finanszírozzák külön.) (Tiemann O. et al, 2011) (BI, VN)

#### **Forrás:**

- ▶ Hollingsworth B.: The measurement of efficiency and productivity of health care delivery. Health Econ. 2008 Oct;17(10):1107-28.
- ▶ Tiemann O., Schreyögg J.: Effects of ownership on hospital efficiency in Germany. Business Research, Volume 2009; 2: 115-145.
- ▶ Tiemann O. et al.: Which type of hospital ownership has the best performance? Eurohealth 2011, Volume 17, Number 2-3: 31-34.
- ▶ Wörz M.: Erlöse-Kosten-Qualität: Macht die Krankenhausträgerschaft einen Unterschied? Eine vergleichende Untersuchung von Trägerunterschieden im akutstationären Sektor in Deutschland und den Vereinigten Staaten von Amerika. Wiesbaden: VS Verlag, 2008

2011-10-04 14:44:58

## Finanszírozás

### ***A hosszú távú ellátás biztosítása Franciaországban***

Az előrejelzések szerint, az elkövetkező 50 évben a segítségre szoruló idősök aránya meg fog kétszereződni az OECD-országokban.

Franciaországban a hosszú távú ellátás (LTC) állami fedezete nemcsak a szociális segítségnyújtás tradícióján alapul, hanem a közreműködők és az anyagi erőforrások sokféleségén is, de az állami támogatás mellett az utóbbi időben előtérbe került a magánbiztosítás szerepe is

A hosszú távú ellátás, mely egészségügyi és szociális elemeket egyaránt tartalmaz, az életvitelükhöz segítségre szoruló emberek naponta történő ellátását feltételezi hivatalosan kirendelt vagy önkéntes segítők révén. Az autonómia elvesztése bármely életkorban előfordulhat, de a jelenség az életkor előrehaladtával egyre gyakoribbá válik. Míg az autonómiájukat elvesztők aránya megkétszereződik, addig az önkéntes segítők száma folyamatosan csökken. Az ilyen ellátás állami fedezetének hiánya számos idős ember és családja számára anyagi szempontból katasztrofális következményekkel járhat, és erre jelenthet megoldást a biztosítási piac ilyen jellegű fejlesztése, melyben az USA és Franciaország élen jár.

A tanulmány a SHARE (Egészség, öregedés és nyugdíjbavonulás Európában) adatbázis alapján vizsgálta a hosszú távú ellátásra (LTC-re) nyújtott biztosítási fedezet iránti igényt meghatározó tényezőket: jövedelem, iskolázottság, örökhagyás valószínűsége, családstruktúra, az autonómia elvesztésével kapcsolatos tapasztalatok, kockázatos magatartásformák, az önkéntes gondozás és az egészségi állapot milyensége.

Az LTC finanszírozása országról-országra változik. Minthogy az LTC-re fordított kiadások az egészségügyi költségvetések egyre nagyobb részét képezik, számos ország az egészségügyi kockázatoktól elkülönített új rizikóként kezeli az önálló életvitelre nem képes személyek mások segítségére való ráutaltságát. Ausztriában, Németországban, Luxemburgban és Japánban a társadalombiztosítás új ágaként vezették be az LTC-biztosítást, állami és magán partnerségen alapuló vegyes finanszírozási fedezetet nyújtva a probléma ellátására.

Franciaországban az LTC állami fedezete nemcsak a szociális segítségnyújtás tradícióján alapul, hanem a közreműködők és az anyagi erőforrások sokféleségén is. Országos szinten az egészségbiztosítás a kezelési költségek fedezetét látja el, a nyugdíjbiztosítási rendszer pedig a megelőzési költségek jó részének finanszírozásához nyújt segítséget.

Az Autonómia elvesztésével kapcsolatos, személyre szabott támogatás (APA) regionális szinten, tanácsai közvetítéssel nyújt támogatást a 60 éven felüli rászorulóknak, függetlenül anyagi helyzetüktől és lakóhelyük földrajzi elhelyezkedésétől. Ezzel együtt, csak az alacsony jövedelemmel rendelkezők mentesülnek a költségekhez való hozzájárulás alól, amely az összköltség 80 százalékát is kiteheti.

A támogatás finanszírozása központi és regionális önkormányzati erőforrásokból történik. Mivel az LTC finanszírozása ily módon igen bonyolult, javaslat született az LTC-biztosításnak a társadalombiztosítás ötödik ágaként való bevezetésére, de erről mind ez ideig még nem született döntés.

Mindenesetre az állami támogatás mellett előtérbe került a magánbiztosítás szerepe is, bár ezt az USA-val ellentétben Franciaországban nem segítik elő kedvezményes adózáson alapuló ösztönzők. A

francia piac sikere abban rejlik, hogy ellentétben az USA-val, ahol a támogatás összege az LTC kiadások arányában, szolgáltatások szerint kerül megállapításra, a francia biztosítók által nyújtott készpénzes támogatás révén a biztosítottak maguk szervezhetik meg ellátásukat.

A SHARE-ből kiinduló, és 2530 megfigyelésen alapuló franciaországi vizsgálat 52,7 százalékos biztosítási lefedettséget mutatott ki a vizsgálat résztvevői körében, és ez gondozóotthoni ellátásra, szakdolgozó általi otthoni gondozásra vagy önkéntesen nyújtott otthoni ellátásra egyaránt vonatkozott. A vizsgálat eredményei szerint leginkább a közepes jövedelemmel rendelkező emberek kötnek LTC-biztosítást, mivel az alacsony jövedelműek fedezete állami részről megoldottabb.

A több tényezőt figyelembe vevő vizsgálat eredményei szerint, LTC-biztosítást az érintettek általában nem a saját érdekükben kötnek elsősorban, hanem a gondozásukat önkéntesen ellátókat kívánják ily módon megóvni a potenciálisan rájuk nehezedő anyagi terhektől, illetve a gondozással járó, erőt próbáló igénybevételtől. (ZLL)

**Forrás:**

- ▶ COURBAGE,C. – ROUDAULT,N.: On Insurance for Long-term Care in France. CESifo DICE Report, 2010.2. <http://www.cesifo-group.de/portal/pls/portal/docs/1/1192820.PDF>
- ▶ Dependence: Bachelot for a „Massive Base of Solidarity”, Daily News, 2011.05.11. <http://burgundy-talent.com/dependence-bachelot-for-a-massive-base-of-solidarity/> (Letöltés dátuma: 2011.09.30.)

2011-09-30 13:38:06

### ***Az egészségbiztosítás kiadásainak alakulása Franciaországban***

A francia társadalombiztosítás finanszírozására vonatkozó 2012-es törvénytervezet szerint, a költségek visszaszorításával kapcsolatos irányelvek lesznek a továbbiakban is irányadóak Franciaországban.

Franciaországban, az egészségügyi kiadások alakulására vonatkozó országos célkitűzésben (ONDAM) rögzített kiadásnövekedést (+ 3%) 2010-ben sikerült tartani, és előreláthatólag a 2011-re rögzített érték (+2,9%) túllépésére sem kerül sor. Az egészségügyi kiadások visszaszorítása előreláthatólag 2012-ben is folytatódni fog az ONDAM-ban a teljes egészségügyi szektorra rögzített +2,8%-os érték előirányzatának betartásával. A teljes egészségügyi rendszer 2012-es deficitjére vonatkozó előrejelzés 5,9 milliárd euró.

Az egészségbiztosítás kiadásainak növekedését a fekvőbeteg-ellátó intézményeken kívüli és belüli ellátásra egyaránt 2,7%-ban jelölték ki. A kórházon kívüli ellátás költségeinek visszaszorítására 550 millió eurós összeghatár a célkitűzés. Mindenesetre költségtakarékosságot szolgáló intézkedésekre a leginkább ráfordításigényes területeken – így a kórházi ellátásban és a gyógyszerelés területén – kerül majd sor.

A kórházi szektor kiadásainak csökkentésére már évek óta hoznak a struktúrát érintő intézkedéseket: a kórházak irányításának modernizálása, az ellátás transzverzális irányítása a regionális egészségügyi hatóságok (ARS) által, a kórházak szervezeti átalakítását célul kitűző projektek a 2012-es kórházi reformterv ("Hôpital 2012") keretében, auditok a kórházak teljesítményére vonatkozóan.

## Rendszerelemzési Főosztály

---

A 2012-es évben folytatódik a struktúra-átalakítás. A társadalombiztosítás finanszírozására vonatkozó 2012-es törvénytervezet pénzalapot (FIR) hoz létre azoknak a regionális intézkedéseknek a meghozatalára, melyek az ARS-ek számára lehetővé teszik az ambuláns, a kórházi és a prevenciót szolgáló szektorok számára nyújtott hitelek kölcsönösségi alapon történő hasznosítását, illetve prioritás szerinti elosztását.

Ezen felül, folytatódik a fekvőbeteg-ellátó intézmények modernizálása a kórházi reformterv révén, melynek első fázisa, egy ötmilliárd eurós beruházással teremtett lehetőséget olyan projektek megvalósítására, melyek az intézmények standardokhoz való igazodását, informatikai rendszereinek modernizálását és a térségi együttműködés elősegítését tűzték ki célul.

Az egészségügyi kiadások növekedéséhez vezető másik jelentős tényező a gyógyszerfogyasztás. A francia lakosság egy lakosra jutó 525 eurós átlagával világszinten a negyedik helyet foglalja el, de a gyógyszerfogyasztás mértéke stabilizálódni látszik.

Franciaországban azok a 2012-re tervezett intézkedések, melyek meghatározóak az egészségügyi kiadások alakulása szempontjából, a következők: a gyógyszerárak csökkentése, a generikumok alkalmazásának előtérbe helyezése és ösztönzők alkalmazása az orvosi praxisok színvonalának emelésére. (ZLL)

### Forrás :

- ▶ Assurance maladie : sur la trajectoire "d'une évolution responsable des dépenses. Portail du Gouvernement, 2011.09.27. <http://www.gouvernement.fr/gouvernement/assurance-maladie-sur-la-trajectoire-d-une-evolution-responsable-des-depenses> (Letöltés dátuma: 2011.09.27.)

2011-09-29 09:07:16

## ***A kiegészítő biztosítási szerződések adójának alakulása Franciaországban***

Az utóbbi időben erősen emelkednek a francia kiegészítő biztosítók adóterhei azzal, hogy teljesen megszűnik a szolidaritáson és a felelősségteljes magatartáson alapuló biztosítási szerződések adómentessége.

Franciaországban, 2002. október 1-jén hozták azt a rendelkezést, miszerint a „szolidáris” biztosítási szerződések, melyek díjtételeik megállapításánál nem a biztosítást kötni kívánó személy egészségi állapotából indultak ki, mentesüljenek a biztosítási szerződések speciális, a befizetett biztosítási díjak hét százalékát kitevő adója (TSCA) alól.

2006. január 1-jétől ez a mentesség már csak azokra a biztosítási szerződésekre vonatkozott, melyek nemcsak a szolidaritáson alapultak, hanem a házi orvos-választással kapcsolatos felelősségteljes magatartást is kötelező érvényűnek tekintették – így nem vállalták át a betegetől a kezelésenként fizetendő 1 eurós átalányt, illetve a betegút be nem tartása esetén felmerülő többletköltségeket.

2010-től, a felelősségvállalást figyelmen kívül hagyó, hét százalékos adózású szerződések mellett, már 3,5 százalékos adó terhelte a felelősségvállaláson alapuló kiegészítő biztosítási szerződéseket is.

Jelenleg a szolidaritáson és a felelősségvállaláson alapuló szerződések teszik ki a kiegészítő biztosítók biztosítási szerződéseinek 90 százalékát. A 2011-es rendelkezések nyomán hét százalékosra emelkedik a mindkét kötelezettségvállalást egyaránt előtérbe helyező biztosítási szerződések adója is.

Vezető tisztségviselők, így Etienne Caniard, a Kölcsönösségi alapon működő francia Biztosítószervezet (Mutualité française) elnöke, François Chérèque a Demokratikus Munkaügyi Szövetség (Cfdt) főttkára és Christian Saout, az Interasszociatív Egészségügyi Bizottság (CISS) elnöke szerint az eddigiekben adókedvezményben részesülő biztosítási szerződések megadóztatása 1,1 milliárd eurós többletköltséget fog jelenteni a családoknak, illetve mintegy 20-szoros – 177 millió euróról 3,5 milliárd euróra való – növekedést fog előidézni a kiegészítő biztosítók adóterhében.

Mindez a háztartások biztosítási díjtételeiben fog jelentkezni, és érzékenyen fogja érinteni a családokat.

A vezető tisztségviselők szerint aggályos, hogy az intézkedés révén sokan arra fognak kényszerülni, hogy lemondjanak a kiegészítő biztosítás nyújtotta védelemről, illetve kevésbé biztonságos módokat választani egészségi problémáik megoldásához. (ZLL)

**Forrás :**

- ▶ Depuis 2008, les taxes sur les complémentaires santé ont été multipliées par 20". Viva Presse, 2011.09.07. [http://www.viva.presse.fr/Depuis-2008-les-taxes-sur-les\\_15783.html](http://www.viva.presse.fr/Depuis-2008-les-taxes-sur-les_15783.html)
- ▶ Précisions relatives à la taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA). La Revue Internet de la Fiscalité, 2009.09.10. <http://www.fiscalonline.com/Precisions-relatives-a-la-taxe,1568.html>

2011-09-13 12:42:56

### ***A személyes egészségügyi büdzsé hollandiai tapasztalatai***

A Health Foundation által publikált tanulmány áttekintést nyújt a személyes egészségügyi büdzsé (personal health budget) működéséről Hollandiában.

Az egészségügyi és szociális ellátásra nyújtott személyes költségvetési keret már több fejlett országban bevezetésre került, és úgy határozható meg, mint egy pénzösszeg, amelyet a krónikus betegségben vagy rokkantságban szenvedő emberek az egészségügyi és jóléti szükségleteikre költenek. Mivel a büdzsét maga a szolgáltatások felhasználója vagy az ellátó tartja kézben, nagyobb rugalmassággal és választási lehetőséggel rendelkezik. A kormányok is úgy tekintenek rá, mint az egyre növekvő egészségügyi és szociális ellátás költségeit visszafogó eszközre, amely egyben javítja a minőséget és az innovációt.

Az európai országok közül Angliában a személyes büdzsé már 1996 óta jelen van a felnőtt szociális ellátásban. Bár igénybevétele igen alacsony (a jogosultak 6%-a), a kormány terveiben továbbra is szerepet játszik. Nemrég jelentették be, hogy 400 millió fonttal bővítik ki a rendszert az NHS-en keresztül, és 2013-ra a helyhatóságok várhatóan egy millió jogosult ember számára nyújtanak személyes büdzsét a szociális ellátásban. Angliában jelenleg 70 ilyen jellegű kísérleti projekt működik, értékelésüket 2013-ban teszik közzé. Az angliai rendszerben lehetőség van a közvetlen kifizetésekre a büdzsé tulajdonosa vagy a pénzalapokat menedzselő szolgáltató számára. Az ellátás vásárolható állami, magán vagy önkéntes szektoroktól, a büdzsé tulajdonosa határozza meg hogyan költi el a pénzt. (Részletek: <http://www.eski.hu/hol/cikkh.cgi?id=2296> és <http://www.eski.hu/hol/cikkh.cgi?id=2485> )

Az angol mellett a holland tapasztalatok is tanulságosak a személyes költségvetési keret kialakulásában. Hollandiában hasonló fiskális és demográfiai nyomások vannak jelen, mint az Egyesült

## Rendszerelemzési Főosztály

---

Királyságban, de a rendszer minden korú krónikus betegségben vagy rokkantságban szenvedő emberre kiterjed. A személyes egészségügyi büdzsét először 1996-ban vezették be a különleges orvosi költségekről szóló törvény (AWBZ) alapján, amely teljes egészségbiztosítási fedezetet garantált számos krónikus szolgáltatásra. Ezt követően az egyre növekvő kereslet és várólisták miatt költségek plafont határoztak meg a krónikus ellátásra.

Az egészségügyi büdzsé által nyújtott készpénz juttatások célja az volt, hogy szabadabbá tegyék a szolgáltatások kínálatát és olcsóbb, személyre szabott alternatívát nyújtsanak a fennálló természetbeni juttatásokkal szemben azok számára, akik nem igényelnek krónikus ellátást. Hollandiában a 17 millió lakosból kb. 600 ezer ember igényel fizikai vagy mentális egészségügyi ellátást. A csoport kb. felét otthon gondozzák, ennek harmada jelentkezett a személyes egészségügyi büdzsére – 2010-ben 123 ezren voltak, míg 1996-ban csak 5401-en. Havonta 2000 ember iratkozik fel a rendszerre és 1000 hagyja el, vagyis havi 1000 taggal bővül.

A rendszer bővülését a hagyományos szolgáltatásokban fennálló szakadékok teszik lehetővé. Otthoni ellátás létezik már az idősek számára, ezért ott nem szükséges személyes büdzsét igénybe venni, de az autizmusban vagy figyelemzavarban szenvedő fiatalok esetében már más a helyzet. Az ilyen gyermekek sajátos igényeinek ellátása nem áll rendelkezésre a hagyományos szolgáltatások terén.

A szektor növekedése felvetette azt a kérdést, hogy a személyes egészségügyi büdzsé szükségletet elégít-e ki, vagy csak szükségletet teremt. A kérdés főleg azért merült fel, mert a büdzsé tulajdonosa bárkit alkalmazhat, beleértve a család tagjait is, és a gondozók harmada rokonokból meg szomszédokból áll. Egyelőre nem tudni, hogy a jelenben befektetett pénz később megtérül-e, és hogy többletköltségekről van-e szó, vagy megtakarításról. A 25 ezer személyes büdzsé felhasználóból álló Per Saldo szervezet vezetője szerint valós szükséglet kielégítése történik, és nem annak megteremtése. Az értékelési kritériumok megszigorításával az enyhébb rokkantsággal élő emberek nem jogosultak többé személyes egészségügyi büdzsére, és a fiatalok számára nyújtott szolgáltatások is lecsökkentek.

Problémaként jelentkezett a holland rendszerben az is, hogy az ellátás definícióit következtelen módon értelmezték a különböző régiókban. Mindez annak ellenére történt, hogy a kormány irányelveket alkotott és rendszeresen kísérletet tett a jogosultsági kritériumok szigorítására. A határvonalak homályosak arra nézve, hogy mi tekinthető a rokkant emberek számára nyújtott elfogadható ellátásnak.

A 2010-ben alakult kisebbségi kormány az ellátás decentralizációjának kísérleteként a személyes egészségügyi büdzsé több elemét a helyhatóságok felé tervezi elmozdítani. A nem egyértelmű határvonalak mellett ez azért is gondot jelent, mert a helyhatóságok korlátozott forrásokkal rendelkeznek és nem mindig alkalmasak a rokkant emberek segítésére.

Bár nem létezik az ellátás minőségét ellenőrző hivatalos rendszer, az emberek nagyon óvatosak abban, hogy kivel kötnek szerződést, ha ápolóra van szükségük, vagy ha egy fogyatékos gyermeket gondozó személyt kívánnak alkalmazni. A felhasználókat azonban figyelmeztetik, hogy ellenőrizzék az ellátók hátterét, benne a bűnügyi nyilvántartással. A személyes egészségügyi büdzsé tulajdonosának felelőssége, hogy a meghatározza a minőség standardját és ahhoz tartsa magát. Az ellátó képesítése önmagában nem jelent jó ellátást, minőségnek az a segítség tekinthető, amely működik.

A Per Saldo szervezet által végzett felmérés szerint a legtöbb büdzsé tulajdonos meg van elégedve az ellátás minőségével. Semmi sem utal arra, hogy bárkit is ártalom ért volna ezen konstrukció során nyújtott ellátás során. Az egészségügyi büdzsé várólistáján levő 13 ezer ember 70%-a inkább tovább várna az új pénzalapok megérkezéséig, mint hogy a hagyományos típusú ellátást válassza.

A személyes egészségügyi büdzsé költségvetésének 40%-át a támogató szolgáltatások teszik ki. Mivel ezek kis hatással vannak az egészségre, valószínűleg a helyhatóságokhoz kerülnek majd. A költségvetés maradék 60%-a, amelyet jelenleg a központi kormány által megszabott adókból és támogatásokból fizetnek, az egészségbiztosítási alapsomag részévé válhat. Ez azt jelenti, hogy a biztosítónak fizetnie kellene minden egészségügyi büdzsére jogosult személynek. A változtatások véghez vitelére törvénykezésre lenne szükség, ami legkorábban 2012-ben lépne érvénybe, és nem tudni még, hogy a kormány ezt az utat választja-e. Elképzelhető, hogy Hollandia követi Ausztria példáját, ahol a személyes büdzsére való jogosultság csak havi 40 óra ellátás után jelentkezik.

Hollandiában a személyes egészségügyi büdzsé megvalósítása folyamán adódtak problémák és kihívások, néha szükség volt adaptációra és törvénymódosításra, de népszerűsége arra enged következtetni, hogy szükségleteket elégít ki és társadalmi igényeket tükröz. A kezdeti problémák ellenére politikai elkötelezettség is létezik irányában, és általában elmondható, hogy a személyes büdzsé fényes jövő elő tekinthet. A holland tapasztalat hasznos lehet az Európa-szerte beinduló kezdeményezések számára, és lehetővé teszi a hibákból való tanulást és az előnyök felismerését. (SZL)

**Forrás:**

- ▶ The Health Foundation. The Dutch experience of personal health budgets, July 2011 <http://www.health.org.uk/public/cms/75/76/4162/2684/personal%20health%20budgets%20case%20study.pdf?realName=0BCs9c.pdf> (letöltés dátuma: 2011.09.21.)

2011-09-28 13:35:12

## Humán erőforrás

### ***Egyesült Királyság: az egészségügyi dolgozók migrációjának egyik fő célországa***

Az Egyesült Királyságban régóta nagyszámú külföldi egészségügyi dolgozó vállal munkát, ami nagymértékben csökkentette a munkaerő-hiányt az NHS-ben, de a szakemberhiány területi egyenlőtlenségeit még nem sikerült kiküszöbölni.

Az Egyesült Királyság már régóta az egészségügyi szakemberek egyik fontos célállomása. Egyes területeken – így pl. a kórházi ellátás terén – az NHS következetesen a bevándorlókra támaszkodott, miközben az ápolók és az általános orvosok esetében a hazai hiány mértékétől függően ingadozott a külföldi munkavállalók alkalmazása. Ma az orvosok egyharmadát, a nővéreknek pedig egytizedét alkotják a külföldi képzettségű szakemberek.

**Beáramlás**

1988-ban az összes regisztrált orvos 34,5 százaléka volt külföldi származású (57 575 fő), 2008-ban pedig a 36,8 százaléka (91 064 fő). A bevándorlók mintegy negyede az Európai Gazdasági Térségből érkezett, háromnegyede pedig a világ más részeiből. Az EU-15 országok közül Németországból érkeztek a legtöbben: 2008-ban 3 201-gyel több német származású orvost regisztráltak, mint 20 évvel korábban. Írország továbbra is a főbb küldő országok egyike, bár a számadatok csökkenést mutatnak.

## Rendszerelemzési Főosztály

---

Az új tagállamokból pedig folyamatosan nő az érkezők aránya. 2008-ban az EU-15-ből 1 166, az EU-12-ből pedig 970 orvos érkezett az Egyesült Királyságba.

Az Egyesült Királyságban a külföldön képzett, regisztrált nővérek és szülésznők száma 2008-ban 86 947 volt, akik az összes regisztrált nővér és szülésznő 12,9 százalékát tették ki. Az összes nővér és szülésznő csupán 1,3 százaléka érkezett az Európai Gazdasági Térségből, míg a világ többi részéből (elsősorban a Fülöp-szigetektől, Ausztráliából, Dél-Afrikából, Nigériából, Zimbabwéből, Új-Zélandról és a Nyugat-Indiai-szigetektől) 11,6 százalék. Ugyanakkor az Európából érkező egészségügyi szakemberek aránya növekedést mutat 2003 óta, különösen az új tagországokból. 2008-ban az újonnan regisztrált nővérek és szülésznők közül 437 érkezett a régi, 932 pedig az új tagállamokból.

Az egyes szakmákat illetően is különböző a külföldi munkaerő aránya. Úgy tűnik, hogy a fogászat, a szülésznői szakterület és az általános orvoslás terén nagyobb mértékben alkalmaznak európai bevándorlókat, különösen a 2006-os korlátozások bevezetése óta. Az Európai Gazdasági Térségben képzett szakemberek számában az utóbbi 10 évben jelentős növekedés volt tapasztalható, de számarányuk továbbra is alacsonyabb, mint a többi régióból érkezőké.

Az Egyesült Királyságba irányuló migráció fő hajtóerejét a származási országgal szembeni jobb gazdasági és karrierlehetőségek jelentik. Ez a fejlődő országokból, és az EU-15-ből érkező migránsokra egyaránt érvényes. Emellett gyakran az is szerepet játszik, hogy a bevándorlók a családjuknak kívánnak jobb életkörülményeket biztosítani, vagy a származási országba való hazautalások, vagy az Egyesült Királyságban való letelepedés révén. Nyelvi és kulturális vonatkozások szintén közrejátszanak az Egyesült Királyságban való munkavállalásban.

### **Kiáramlás**

Az Egyesült Királyságból kivándorló egészségügyi szakemberek száma lényegesen csekélyebbnek tűnik, mint a beáramlóké, de kevés adat áll rendelkezésre erre vonatkozóan. A minősítési kérelemigazolások és a Jó Hírnév Tanúsítványok (Certificates of Good Standing, CGS-ek) csak közelítést adnak a kiáramlásra vonatkozóan, mivel nem a valós migrációt tükrözik, hanem csak az elvándorlási szándékot.

2007. november és 2009. május között összesen 9820 CGS-t adtak ki a külföldön dolgozni szándékozó orvosok részére. Az ápolók és szülésznők közül 8 070-en kérvényezték a minősítés érvényesítést 2002-2003 folyamán, 2009-2009 között pedig 11 178-an. A kérvényezők többsége Írországból, Spanyolországból és Franciaországból kíván munkát vállalni. Az Európán kívül térséget tekintve a fő célpontok Ausztrália, Új-Zéland, USA, Kanada és a Közel-Kelet, valamint néhány afrikai ország. Azt azonban nem lehet tudni, hogy az emigránsok körében milyen arányban vannak az Egyesült Királyság állampolgárai, illetve olyan bevándorlók, akik hazatérni szándékoznak, vagy továbbutazni egy harmadik országba.

### **Az egészségügyi rendszerre gyakorolt hatások**

Az Egyesült Királyság bevándorló munkaerő iránti nyitottsága révén sikerült csökkenteni a betöltetlen állások arányát, ami hozzájárult a várólisták csökkentéséhez is. A mobilitás elősegítette az egészségügyi szakemberek oktatására és posztgraduális képzésére fordított hazai kiadások csökkenését is.

## Politikai megoldások

A brit kormány 1998 és 2006 között erőteljes egészségügyi munkaerő-fejlesztésbe kezdett, de a képzési kapacitás növelése önmagában nem bizonyult elegendőnek. Ezt követően célzott nemzetközi toborzásba kezdtek, melynek során számos külföldi egészségügyi dolgozót toboroztak magánkórházakba, ápoló otthonokba és a szociális ellátás területére. 2006-ban azonban korlátozásokat vezettek be a bevándorlásra, mivel a képzési létszám korábbi növelése következtében nőtt a hazai egészségügyi szakemberek száma is. Az európai régióban a brit kormány toborzási megegyezéseket írt alá, egy-egy szakembercsoportot célozva: például az általános orvosokat, ápolókat és gyógyszerészeket Spanyolországban, nővéreket Görögországban, nővéreket és háziorvosokat Németországban, kórházi orvosokat és háziorvosokat Olaszországban és Ausztriában, háziorvosokat Franciaországban.

Fontos megjegyezni, hogy a politikai döntéshozók az egészségügyi szakemberek toborzását elsősorban a munkaerő abszolút számadatainak befolyásolására alkalmazták, mintsem a földrajzi egyenlőtlenségek kiküszöbölésére. Ezen felül, a munkaerő-tervezés nem küszöbölte ki a ciklikus hiányt/többletet, valamint a kevésbé népszerű szakterületek és földrajzi térségek munkaerő-toborzási és megtartási problémáit. Létrehoztak egy munkaerő-tervezési központot, amely biztosítja a kapacitások megtervezését minden szinten. Országos szinten, a Munkaerő Felülvizsgáló Csoport biztosítja az éves bizonyítékot a Belügyminisztérium Migrációs Tanácsadó Bizottsága számára, amely felülvizsgálja a betöltetlen állások listáját. Ez az együttműködés lehetővé teszi a jobb átláthatóságot az egészségügyi dolgozók mobilitása, valamint az NHS munkaerő-elemzése és tervezése között. (AZS)

### Forrás:

- ▶ Young, R.: A major destination country: the United Kingdom. In: Euro Observer, 13. évfolyam, 2. szám, 2011. nyár.  
[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/145158/EuroObserver-Summer-2011\\_web.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/145158/EuroObserver-Summer-2011_web.pdf) (letöltés ideje: 2011. 10. 3.)

2011-10-03 14:17:49

## Gyógyszerügy, patikaügy

### ***Lassult a gyógyszerfogyasztás növekedése Franciaországban***

Az AFSSAPS (Egészségügyi Termékfelügyeletet ellátó Francia Hatóság) éves jelentése szerint a francia lakosok átlagosan 48 doboz gyógyszert fogyasztottak 2010-ben, ugyanakkor az utóbbi időben lassulás tapasztalható a gyógyszerpiaci folyamatok alakulásában.

Az AFSSAPS 2010-es eredményeket tartalmazó jelentése alátámasztja a gyógyszerpiaci folyamatok növekedésében mutatkozó megtorpanást. Eszerint értékben a 2009-es adatokhoz képest csak 1,2 százalékos emelkedés mutatkozott, szemben a 2000 óta évente jelentkező 4,7 százalékkal.

A gyógyszerpiac 2010-ben 27,5 milliárd euróval mintegy 10 ezer gyógyszert képviselt, és ezek közül a támogatott gyógyszerek értéke 19,9 milliárd eurót tett ki. A gyógyszereket, valamint kevesebb mint 80

százalékban (21,6 milliárd euró értékben) a gyógyszertárak forgalmazták, a fennmaradó gyógyszerkészletet (5,9 milliárd euró értékben), a kórházak használták fel betegek gyógyítására.

A gyógyszerfogyasztás helyszín szerint történő vizsgálata kimutatta, hogy a kórházakban leggyakrabban a rákellenes, az antiretrovirális és a ritka betegségek gyógyítására szolgáló készítményeket alkalmazzák. A kórházon kívüli ellátásban gyógyszerelést a legszélesebb körben a szív- és érrendszeri betegségek, a fekélyek, az idegi problémák és az asztma kezelésére folytatnak.

A gyógyszertári forgalomban lévő szerek között a generikumok aránya viszonylag magas (2010-ben mennyiségben 24,5 százalék, értékben 11,5 százalék volt), de a 2009-es adatokhoz képest (23,7 százalék és 10,5 százalék) nem jelzett számottevő növekedést.

A gyógyszertárak forgalma – értékben – 83 százalékban a támogatást élvező vényköteles gyógyszereken alapul, de ezek piacon való jelenléte – volumenben – 55,4 százalékos. (ZLL)

**Forrás:**

- ▶ La croissance de la consommation de médicaments a ralenti en 2010.  
[http://www.viva.presse.fr/La-croissance-de-la-consommation\\_15924.html](http://www.viva.presse.fr/La-croissance-de-la-consommation_15924.html)
- ▶ Ventes de médicaments aux officines et aux hôpitaux en France : chiffres clés 2010 AFSSAPS-Rapport d'expertise - septembre 2011 (Letöltés dátuma: 2011.10.03.)

2011-10-03 15:39:32

## Egészségügyi informatika

### ***Csehországban júliustól működik az online betegrekord rendszer***

A cseh állampolgárok 2011. július végétől online hozzáféréssel rendelkeznek az egészségügyi ellátásuk jelentős eseményeinek és tranzakcióinak rekordjához.

Az elektronikus betegrekord révén (elektronické zdravotní knížky – EZK) a cseh polgárok könnyedén online információt szerezhetnek egészségügyi ellátásukról, amely tartalmazza az egészségügyi eljárások, tesztek, orvosi vizitek és felírt gyógyszerek listáját, valamint a díjakat és kifizetésüket. Ha egy páciens bármilyen eltérést talál a jelentésben, felveheti a kapcsolatot az egészségbiztosító társaságával, hogy felülvizsgálatot kérjen a látszólagos szabálytalanságokra vonatkozóan. Az EZK napi 24 órában elérhető.

Az elektronikus betegrekord révén a polgárok könnyedén igazolhatják egészségbiztosításuk érvényességét is, és felfedhetik tartozásukat. Adatokat tartalmaz a biztosítótársaság üzleti folyamatairól is (2005 óta).

Jiří Pašek, az IZIP (Elektronikus Betegrekord Rendszer) Kft. igazgatója így foglalta össze az új szisztéma lényegét: „Az új rendszerben a betegrekord tartalmazza az orvosok és gyógyszertárak számára kifizetett díjakat – bármely EZK felhasználó könnyen megnézheti az összeget, azt, hogy meddig kell a díjakat fizetni, és hogy a díjak túllépték-e a törvényben garantált maximális limitet, amely a beteg korától függően változik, és amelyet később fel lehet használni a többlet visszafizetésére.”

Az IZIP a cseh egészségügyi rendszer átláthatóságának növelésére irányuló politikát szolgálja, amely a 2011-es reform egyik fő célkitűzése.(AZS)

**Forrás:**

▶ <http://www.epractice.eu/en/news/5312543> (letöltés: 2011. 09.28.)

2011-09-28 15:32:24

## Egészségügyi reformok

### ***Nem szükséges változtatás a német betegpénztárak kockázatkiigazítása terén?***

A Szövetségi Egészségügyi Minisztérium véleménye szerint sürgősen a morbiditás alapú kockázatkiigazítási rendszer módosítása, ezért nem is kívánják az ezzel kapcsolatos reformterveiket folytatni. A 2009-ben bevezetett morbiditás alapú kockázatkiigazítási rendszer első éve tapasztalatainak vizsgálatára a minisztérium felkért egy szakértői tanácsot. A tanács szakértői véleménye szerint jelenleg sürgető beavatkozásra nincs szükség.

A német morbiditás alapú kockázatkiigazítási rendszerről röviden: A korábbi kockázatkiigazítási rendszert, amelynek bevezetése 1994-ben történt meg és az életkort, a nemet és a disease management programba való beiratkozást vette figyelembe, 2009-ben váltotta le az új rendszer. Az új rendszerben már az Egészségügyi Alaphoz folyik be az összes járulékbévelet, ami egy bonyolult kulcs alapján kerül a betegpénztárak között felosztásra. A visszaosztás során a pénztárak kapnak egy alapátalányt (ennek összege 2009-ben biztosítottanként 2227 euró volt átlagosan), illetve ehhez jön még valamennyi pótlék/levonás. A pénztárak morbiditási mutatóját egy nyolcvan betegségből álló katalógus alapján határozzák meg.

A most nyilvánosságra hozott szakértői vélemény központi eredményei:

1. A jelenlegi kiigazítási rendszer célirányosabb, ami azonban csak erős korlátok között igaz. A szakértői vélemény tanúsítja, hogy a biztosítottak morbiditását az új rendszer jobban figyelembe veszi.
2. Megvizsgálták, hogy mennyi pénz jut a betegpénztárakhoz a kiadásaik fedezetére az új és a régi rendszerben. Az eredmények azt mutatják, hogy a pénztárak jelentősen többet kapnak a súlyos és krónikus betegek ellátására. Az 1-es típusú diabéteszes betegek ellátásának fedezete a korábbi rendszerben 61 százalék, az új rendszerben 97 százalék körül alakul. További betegségek esetén az arányok az alábbi táblázat szerint alakulnak.

<b>Mennyi pénzt kapnak a betegpénztárak a beteg biztosítottak után?</b>		
<b>A kiutalások fedezeti hányada egyes betegségenként 2009-ben</b>		
Betegségek	Morbiditás alapú kockázatkiigazítás (%)	Régi kiigazítási rendszer (%)
Fertőző betegségek	90,96	39,24
ebből : HIV/AIDS	99,85	30,13
Diabétesz	97,20	79,51
1-es típus	97,03	60,88
2-es típus	97,23	82,60
Kognitív megbetegedések	87,80	56,16
ebből: demencia	86,98	57,14
Pszichológiai megbetegedések	95,43	68,51
Neurológia megbetegedések	95,51	56,01
ebből: SM	99,24	37,20
epilepszia	95,65	55,55
Szívbetegségek	96,28	80,97
ebből: akut miokardiális infarktus	89,04	56,54
magas vérnyomás	98,62	93,92
koronáris szívbetegség	96,79	83,32
Transzplantáció	96,75	43,37

Az általános helyi betegbiztosítók (AOK) adatai szerint a korábbi rendszerben a dialízises betegek kezelésének fedezéséhez 28 000 euró hiányzott, a jelenleg rendszernek köszönhetően a hiányzó összeg már csupán 2800 euró. Ennek ellenére magas halálozással – például szívinfarktus - járó megbetegedések esetén a pénztárakhoz jutó kiutalások jelentősen elmaradnak a száz százaléktól. Ennek oka, hogy az évközben elhalálozott biztosítottak után a pénztárak csak a kiadások térítésének felét kapják meg. A hiba létezését a szakértői tanács elismeri a jelentésében.

3. Nem kerülnek hátrányos helyzetbe azok a pénztárak, ahol sok az olyan beteg, akiknek panaszai nincsenek benne a morbiditás alapú kockázatkiigazítás betegségei listájában. Erre jó példa a pszoriázis, ami nem található meg a listán szereplő 80 betegség között. Azonban ezeknek a betegeknek egyharmada magas vérnyomástól és egy ötödük diabétesztől is szenved. Ennek köszönhetően a pénztárak a kiutalások során, akkor is megkapják a pótlékot, ha a beteg alapbetegsége nem szerepel a katalógusban.

4. Előzetesen azt feltételezték, hogy a négymillió taglétszám feletti pénztáraknak fog kedvezni az új rendszer. Azonban épp ennek ellenkezője igazolódott be. Elégtelen fedezetet átlagosan a több mint négymillió tagot számláló pénztárak mutatnak. Ezzel szemben a kisebb pénztárak esetén a kiutalások gyakran meghaladják a száz százalékot. Tendenciájában az átlagon felüli morbiditással bíró pénztárak fedezete is elégtelennek bizonyul, ezzel szemben a sok egészséges biztosítottal rendelkező betegpénztárak kiutalásai száz százalék feletti.

Az AOK megbízott vezetője egyetért azzal, hogy a pénztárak az egészséges biztosítottak után még jelenleg is túl sok pénzt kapnak, ezért szükséges volna a rendszer finomhangolása, ami főként az év közben elhalálozott biztosítottakra vonatkozik.

A vállalati betegbiztosítók (BKK) szintén a morbiditás alapú kockázatiigazítási rendszer módosítása mellett vannak, és elsősorban az igazgatási költségek beszámítását fogadnák szívesen. A szakértői tanács ezzel kapcsolatban a status quo megtartását javasolta a minisztériumnak. (VN)

Forrás:

- ▶ *Ärzte Zeitung: Morbi-RSA: Koalition sagt Reform ab:*  
[http://www.aerztezeitung.de/politik\\_gesellschaft/article/672035/morbi-rsa-koalition-sagt-reform-ab.html](http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/article/672035/morbi-rsa-koalition-sagt-reform-ab.html) letöltés dátuma: 2011.09.28.
- ▶ Drösler S., Hansford J., Kurth M., Schaefer M., Wasem J., Wille E.: *Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich, 2011*  
[http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Forschungsberichte/2011/Evaluationsbericht\\_morbi-rsa.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Forschungsberichte/2011/Evaluationsbericht_morbi-rsa.pdf) letöltés dátuma: 2011.09.28.

2011-09-29 15:52:25

### ***Az amerikai egészségügyi törvény 70%-kal csökkentheti az alulbiztosított felnőttek számát***

A Commonwealth Fund megvizsgálja az új egészségügyi törvény lehetséges hatását az egészségbiztosítás nélküli vagy az elégtelen fedezettel rendelkezőkre.

A 2010-ben elfogadott egészségügyi reformtörvény (Affordable Care Act) nem pusztán fedezetet nyújt majd a biztosítás nélküli emberek számára, de megkönnyíti az alulbiztosítottak helyzetét is, akik ugyan rendelkeznek fedezettel, de ki vannak téve megfizethetetlen egészségügyi költségeknek. A reform lehetővé teszi ezen lakosok megsegítését a biztosítási díjak támogatásával és a közvetlen (out-of-pocket) fizetések csökkentésével.

A Commonwealth Fund tanulmánya becslést nyújt a biztosítás nélküli és az alulbiztosított felnőtt lakosság számáról 2010-ben, és megvizsgálja milyen módon segíthet helyzetükön a törvény. Az alulbiztosított lakosság definíciója szerint az alábbi kritériumok legalább egyikének érvényesülnie kell: a családi out-of-pocket orvosi költségek (a biztosítási díjakat leszámítva) a jövedelem 10%-a vagy magasabb, az alacsony jövedelmű lakosoknál az orvosi költségek a jövedelem 5%-a vagy magasabb, az egy személyre vetített levonható költségek a jövedelem 5%-a vagy magasabb.

## Rendszerelemzési Főosztály

---

A tanulmány főbb eredményei:

- ▶ 2003 és 2010 között az alulbiztosított felnőttek száma 80%-kal emelkedett, vagyis 16 millióról 29 millióra. 2010-ben a felnőtt lakosság 44%-a, vagyis 91 millió ember volt alulbiztosított vagy biztosítás nélküli, ami 2003-ban csak 61 millió volt.
- ▶ Az alulbiztosítás kockázatának leginkább az alacsony jövedelmű családok voltak kitéve. A szegénységi küszöb 133%-a alatti jövedelemmel rendelkezők 77%-a volt alulbiztosított vagy biztosítás nélküli.
- ▶ Az alulbiztosítás kockázata emelkedik a jövedelem sávokban. 2010-ben a 40-60 ezer dollár évi jövedelemmel bíró felnőttek 16%-a volt alulbiztosított, míg 2003-ban ez az arány csak 5%-volt ebben a jövedelem sávban.
- ▶ Az igénybe nem vett ellátás aránya (pl. ki nem váltott recept vagy javasolt vizsgálat/ kezelés elmulasztása) kétszer olyan magas az alulbiztosított és háromszor olyan magas a biztosítás nélküli lakosok körében.
- ▶ Ha az egészségügyi törvényt sikeresen kiterjesztik az alacsony és szerény jövedelmű lakosság felé, akkor 70%-kal csökkenthetik az alulbiztosított felnőttek számát a törvény teljes hatályba lépése után.

A szerzők szerint az elmúlt évtizedben a dolgozó korú lakosság egészségbiztosításának romló helyzete, a stagnáló családi jövedelmekkel együtt pénzügyi és egészségügyi kockázatnak tette ki a biztosítás nélküli és az alulbiztosított családokat. Az egészségügyi reformtörvény csökkentheti ezeket a kockázatokat és enyhítheti a családok aggodalmait. Ennek mértéke azonban több tényezőtől függ, pl. a juttatások összetétele, az egészségbiztosítási piacokon felajánlott csomagok közötti választási lehetőség, az egészségügyi költségek növekedése a családi jövedelmekhez képest. (SZL)

### Forrás:

- ▶ Cathy Schoen et al.: Affordable Care Act Reforms Could Reduce the Number of Underinsured U.S. Adults by 70 Percent. Commonwealth Fund,  
<http://www.commonwealthfund.org/Publications/In-the-Literature/2011/Sep/Reduce-Uninsured.aspx> (letöltés dátuma: 2011.09.16.)

### Tanulmány:

- ▶ [http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/In%20the%20Literature/2011/September/1544\\_Schoen\\_affordable\\_care\\_act\\_reforms\\_could\\_reduce\\_underinsured\\_HA\\_092011\\_ITL.pdf](http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/In%20the%20Literature/2011/September/1544_Schoen_affordable_care_act_reforms_could_reduce_underinsured_HA_092011_ITL.pdf)

2011-09-20 12:29:58

## ***A költségek csökkentésére és az ellátás koordinálására irányuló kezdeményezés az Egyesült Államokban***

Az amerikai egészségügyi minisztérium kezdeményezése javítani kívánja a betegellátást az újonnan elindított programjával (Bundled Payments for Care Improvement).

Az új egészségügyi törvény által megvalósuló programra már jelentkezhetnek az ellátók. A program lényege, hogy az egy ellátási epizód során nyújtott szolgáltatások térítéseit összhangba hozzák. A „csomagolt fizetések” (bundled payments) ösztönzik az orvosokat és a kórházakat, hogy koordinálják az ellátást, javítsák a minőséget és pénzt takarítsanak meg a Medicare számára.

Jelenleg a Medicare-ben a különböző egészségügyi ellátók külön számláznak szolgáltatásaikért és külön részesülnek térítésben. A Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) kezdeményezése szerint „csomagba foglalják” azokat a szolgáltatásokat, amelyeket a betegek számára nyújtanak egy specifikus betegség alkalmával egy kórházi tartózkodás folyamán (ellátási epizód). A több irányból jövő szolgáltatások fizetésének becsomagolásával az ellátók nagyobb ösztönzést kapnak majd a különböző környezetben nyújtott ellátás koordinálására és folyamatosságának biztosítására, ami egyben a betegellátás javulását eredményezi. A jobban koordinált ellátás csökkentheti a szolgáltatások szükségtelen duplikációját és a megelőzhető orvosi hibákat, és alacsonyabb költségekhez vezethet.

A Bundled Payments kezdeményezést az új CMS Innovation Center indítja el, melynek feladata, hogy módszereket keressen az egészségügyi ellátás nyújtásának és fizetésének javítására az egyre nagyobb számú Medicare és Medicaid kedvezményezett számára. Az ellátók rugalmasan határozhatják meg, hogy milyen ellátási epizódokat és szolgáltatásokat csomagolnak együtt. Ez a rugalmasság megkönnyíti a különböző méretű és felkészültségű ellátóknak a programban való részvételt. Az országban már számos egészségügyi ellátó megvalósított hasonló projekteket, pozitív eredménnyel. (SZL)

**Forrás:**

- ▶ Affordable Care Act initiative to lower costs, help doctors and hospitals coordinate care. U.S. Department of Health and Human Services, <http://www.hhs.gov/news/press/2011pres/08/20110823a.html> (letöltés dátuma: 2011.09.09.)

2011-09-12 15:15:51

## Egészségügyi Világszervezet (WHO)

### Új WHO-központ nyílt Athénban

2011. szeptember 23-án, Andreas Loverdos, Görögország egészségügyi és szociális szolidaritásért felelős minisztere és Jakab Zsuzsanna a WHO Európai Regionális Igazgatója új WHO-központot nyitott meg Athénban.

A nem fertőző betegségekkel (NCD) foglalkozó új központ fogja egyesíteni az NCD-k visszaszorítására vonatkozó intézkedésekkel kapcsolatos szakvéleményeket.

Az NCD-k – mint a rák, a szívbetegség, az agyvérzés, a krónikus légúti betegség és a cukorbetegség – a felelősek a halálos esetek több mint 86, illetve a betegségek 77 százalékáért a WHO Európai Régiójában. A WHO/Európa szeptember 12-15-én tartott bakui konferenciáján akciótervet hagytak jóvá ezeknek a betegségeknek a leküzdésére.

## Rendszerelemzési Főosztály

---

Az athéni központ által összegyűjtendő szakértői tapasztalatok fognak támogatást nyújtani az egyes országoknak az NCD-k megelőzésére és visszaszorítására irányuló 2012-2016-os Európai Stratégiai Terv megvalósításához.

A nem fertőző betegségek előfordulása gazdasági válság idején nagyobb valószínűséggel nő, de sok ország recesszió során is célravezető módszereket alkalmaz az ilyen betegségek visszaszorítására. A fő cél elsősorban a betegségek megelőzése, illetve megbetegedés esetén, az időben történő diagnosztizálás és kezelés.

Az NCD-k által előidézett kiadások növekedését, melyet a lakosság elöregedése is előidéz, a dokumentációk alapján jól figyelemmel lehet kísérni. Az NCD-k és rizikófaktorok ellátása az országok GDP-jének jelentős részét emészt fel, ugyanakkor a kezelési költségek, a bevételkiesés, az idő előtti nyugdíjazás és a jóléti támogatásra való fokozott utaltság a betegekre és gondozóikra is súlyos terhet ró. A munkáltatók és a társadalom együttesen viselik a munkahelyi hiányzások, a csökkent produktivitás és az egyre intenzívebbé váló munkaerő-elvándorlás terheit.

Az akciótér számos költség-hatékonyan kivitelezhető intézkedést tartalmaz – pl. a dohányzás és a szeszesital-fogyasztás megadóztatása, a transz-zsír-savak többszörösen telítetlen zsírsavakkal való helyettesítése, a só fogyasztás csökkentése, a cukorbeteg és a szívbetegek ellátásának javítása, a daganatos betegségek szűrése stb.

Az NCD-k által okozott problémák megoldása a kormányok közötti együttműködést, illetve a nem kormányzati szervezetek, a privát szektor és az egyének részvételét feltételező széles körű összefogást igényel. Az új athéni központ előtt álló legfontosabb célkitűzés a különböző szektorok tevékenységének koordinálása a betegségek leküzdése érdekében. (ZLL)

### **Forrás:**

- ▶ New WHO/Europe centre on noncommunicable diseases opens in Athens. WHO, Regional Office for Europe, 2011.09.23. <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/information-for-the-media/sections/latest-press-releases/new-who-europe-centre-on-noncommunicable-diseases-opens-in-athens> (Letöltés dátuma: 2011.09.26.)

2011-09-28 09:31:43

## ***A WHO Európai Regionális Bizottságának 61. ülészaka. Baku, 2011.szeptember 12-15.***

A WHO Európai Regionális Bizottsága 2011. szeptember 12-15 között Bakuban megrendezett 61. ülészakán számos, az egészségügy központi kérdéseit érintő akciótérvet hagyott jóvá, és támogatásáról biztosította az „Egészség 2020” elnevezésű átfogó népegészségügyi program továbbfejlesztését.

Az ülészak napirendjén a következő témakörökre összpontosító akciótérvek szerepeltek:

- ▶ nem fertőző betegségek
- ▶ a túlzott alkoholfogyasztás veszélyei
- ▶ a kiterjedten gyógyszer-rezisztens tuberkulózis

## Rendszerelemzési Főosztály

---

- ▶ antibiotikum rezisztencia
- ▶ HIV/AIDS

Az ülészakon egybehangzó véleményként hangzott el, hogy a társadalom minden tagja felelősséggel tartozik egészségéért.

Kiemelt figyelem kísérte a WHO egészségügyben betöltött vezető szerepének megerősítésére irányuló indítványokat, valamint sor került az egészségügyi kapacitásra vonatkozó és más, az egészségügyi rendszerek előtt álló feladatok megvitatására is.

A találkozón 50 európai tagország 19 egészségügyi minisztere és 255 küldött jelent meg, közöttük a partnerszervezetek, az ENSZ, az Európai Bizottság és számos nem kormányzati szervezet képviselői is. A WHO/Europe szoros együttműködést tart fenn tagországaival, így a négynapos rendezvényen kilenc tagországgal – közöttük Magyarországgal – kétéves együttműködési megállapodást írt alá.(ZLL)

### **Forrás:**

- ▶ Regional Committee for Europe. Sixty-first Session. WHO 2011.  
<http://www.euro.who.int/en/who-we-are/governance/regional-committee-for-europe/sixty-first-session>
- ▶ Health is “everybody’s business”: European Ministers agree on WHO’s policies and plans  
<http://www.euro.who.int/en/who-we-are/governance/regional-committee-for-europe/sixty-first-session/press-and-media/press-material/health-is-everybodys-business-european-ministers-agree-on-whos-policies-and-plans> (Letöltés dátuma: 2011.09.16.)

2011-09-16 13:29:04