

# Válogatás a HealthOnLine cikkeiből

2012/1



**GYEMSZI**

Gyógyszerészeti és Egészségügyi  
Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet



Informatikai és  
Rendszerelemzési  
Főigazgatóság

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

2012. január 20.

---

## Válogatás a HealthOnLine cikkeiből

2012. január 20.

EU egészségügy.....	2
A dán EU-elnökség egészségügyi prioritásai.....	2
Egészségpolitika.....	4
NHS Outcomes Framework 2012-13.....	4
Egészségügyi rendszerek működése.....	5
A német kötelező betegpénztárak fúziói 2012-ben is folytatódnak.....	5
A műhiba felelősségbiztosítás járulékaiban robbanásszerűen növekednek Lengyelországban.....	6
Csehország: meghatározzák az egészségbiztosítás által fedezett kezelések körét.....	7
Kórházügy.....	8
A Francia Kórházzövetség javaslata a magánorvosok helyettesítésének megoldására.....	8
A hitelek befagyasztása érzékenyen érinti a francia kórházakat.....	9
Kórházi privatizációk Lengyelországban.....	9
Finanszírozás.....	10
A francia egészségbiztosítás 2012-es évi változásai.....	10
A mutuelle biztosítók nagymértékben segítik az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést.....	11
Mi lesz a német vizitdíjjal?.....	12
Humán erőforrás.....	13
Csehország: 2011-ben rekordszámú frissdiplomás orvos emigrált.....	13
A jövő évtől nőni fog az orvostanhallgatók létszáma Franciaországban.....	14
Gyógyszerügy, patikapiac.....	15
Gyógyszerek ártámogatásának megszüntetése Franciaországban.....	15
Egészségügyi reformok.....	16
Az amerikai egészségügyi törvény az államokra bízta a juttatások megállapítását.....	16
Népegészségügy.....	17
2012 – az Aktív Életmód Fenntartása Melletti Öregedés és a Generációk Közötti Szolidaritás Éve.....	17
Egészségügyi statisztika.....	18
Betegfelmérés az angol házi orvosok körében.....	18
OECD: Hogyan élünk? A jólét mérése, 2011.....	18
Egészségügyi informatika.....	19
E-Egészségügyi Hivatal kezd meg működését Luxemburgban.....	19
Az Obama kormányzat intézkedései az egészségügyi informatika használatának ösztönzésére.....	20
Egészségügyi Világszervezet (WHO).....	21
Skandinávia új klinikai egészségmegőrző központja észak-európai együttműködés révén jött létre.....	21

---

## EU egészségügy

### ***A dán EU-elnökség egészségügyi prioritásai***

2012 első félévében Dánia tölti be az EU Tanács elnökségének pozícióját. A dán elnökség folytatni kívánja a korábbi elnökségek munkáját a 2008-2013 közötti időszakra vonatkozó Egészségügyi Stratégia célkitűzéseinek megvalósítása terén, továbbá ki akarja dolgozni a Stratégia és a hozzá kapcsolódó Akcióprogram jövőjét is. Különös figyelmet kíván fordítani az antibiotikumokkal szembeni rezisztencia leküzdésére, a Dohányzási Irányelv és a Transzparencia Irányelv módosítására, valamint a határon átvélő egészségügyi veszélyek leküzdésére.

#### **Az EU egészségügyi politikája**

Az EU feladata egészségügyi téren, hogy elősegítse a tagállamok kezdeményezéseit a lakosság egészségügyi veszélyektől és betegségektől való védelme, az egészséges életmód és az országos hatóságok együttműködésének előmozdítása céljából. Ennek a tevékenységnek a határon átnyúló veszélyek esetében különösen nagy jelentősége van.

Az európai polgárok egészségét nemcsak az egészségügyi politikák befolyásolják, hanem a környezettel, élelmiszerekkel és foglalkoztatással kapcsolatos politikák is. Az EU Szerződésbe ezért belefoglalták, hogy az egészséget minden uniós szakpolitika esetében figyelembe kell venni.

#### **Az EU szerepe a határon átnyúló egészségügyi veszélyek leküzdésében**

Az EU egészségügyi területen tett kezdeményezéseinek elő kell segíteniük a tagországok politikáit, amennyiben azok hozzájárulnak a betegségek terjedésének megakadályozásához, valamint fizikai és mentális egészséget veszélyeztető tényezők kiküszöböléséhez. A kezdeményezéseknek a főbb veszélyek felderítésére, a kockázatokra való figyelemfelkeltésre, valamint a fenyegetések leküzdésére kell irányulniuk. A Bizottság ezért előterjesztette az "Egészségügyi Biztonsági Csomagot", amelynek célja, hogy hosszú távú megoldásokat dolgozzon ki az egészségügyi biztonság területén az EU-ban. Ez a csomag a krízisekre irányuló válaszok hatékonyabb koordinálását, a jobb válságmenedzsmentet segíti elő a főbb határon átnyúló egészségügyi veszélyek esetében.

Az EU-nak törvényhozó hatalma van azokon a területeken, ahol a közös biztonsági kihívások megcélzására van szükség. Ez többek között azt jelenti, hogy az EU-tagállamok közös kezdeményezéseket fogadhatnak el a lakosság egészségének védelme érdekében, például a dohányzás és az alkoholfogyasztás vonatkozásában. Az EU fontos szerepet játszik az emberi használatra szánt orvosi eszközökre, egészségügyi termékekre és ezek klinikai kísérleteire vonatkozó standardok biztosítása terén.

Az EU emellett információt gyűjt és terjeszt a legjobb gyakorlatról, amely elősegítheti a tagállamok munkáját. Az EU a helyi és regionális egészségügyi projekteket és kampányokat is támogatja.

#### **Az EU Egészségügyi Stratégiája**

2007-ben az EU új népegészségügyi stratégiát indított el, "Együtt az egészségért: az EU stratégiai megközelítése a 2008-2013 közötti időszakra" címmel. Ez a lakosság egészségére vonatkozó legfőbb kihívásokat célozza meg, így pl. a lakosság elöregedését, a határon átnyúló egészségügyi

fenyegetéseket, valamint az életmóddal kapcsolatos betegségeket. Az EU Egészségügyi Stratégiája a következő négy alapelvet foglalja magába:

1. Megosztott egészségügyi értékek
2. Az egészség a legfőbb bőség
3. Egészség minden szakpolitikában
4. Az EU szerepének megerősítése a globális egészségügyben

A stratégia az alábbi három stratégiai célkitűzésen alapul:

1. A jó egészségi állapot előmozdítása az előregedő Európában
2. Az EU-polgárok védelme az egészségügyi fenyegetésektől
3. A dinamikus egészségügyi rendszerek és új technológiák támogatása

Az EU kidolgozott egy egészségügyi programot az Egészségügyi Stratégia célkitűzéseinek végrehajtására. 2013-ig 321,5 millió euró összegű támogatás áll rendelkezésre a program keretében. Mivel az egészségügyi program 2013-ban véget ér, a Stratégia és a program jövőjének kialakítása szintén napirenden lesz a dán elnökség idején.

A dán EU-elnökség a következő kérdésekkel kíván kiemelten foglalkozni az egészségügy területén:

▶ Antimikrobiális rezisztencia

Az antibiotikumokkal szembeni rezisztencia növekedése az emberek és állatok esetében egyaránt problémát okoz számos európai országban. A dán elnökség folytatni kívánja e területen a korábbi elnökségek munkáját, és fontos napirendi kérdésnek tekinti a probléma megoldását. Az antibiotikumok ésszerűbb felhasználására, valamint az antibiotikumok felhasználása ellenőrzésének és az antibiotikumokkal szembeni rezisztencia felderítésének fejlesztésére fogja helyezni a hangsúlyt. Csökkenteni kívánja az antibiotikumok alkalmazását mind az emberek, mind az állatok esetében. A dán elnökség a Bizottság 2011 novemberében elindított Antimikrobiális Rezisztenciára vonatkozó Stratégiáját is nyomon fogja követni, és ezen a területen folyamatos együttműködést kíván fenntartani a Bizottsággal.

▶ Egészségügyi Akcióprogram

A 2008-2013 közötti időszakra vonatkozó Egészségügyi Akcióprogram célja, hogy előmozdítsa az európai polgárok egészségének és biztonságának magas szintű védelmét. A program három fő célkitűzése a következő:

- A polgárok egészségügyi biztonságának fejlesztése
- Az egészségi állapot fejlesztése, valamint az egészségi állapotbeli egyenlőtlenségek kiküszöbölése
- Az egészségügyi információ és tudás gyűjtése és terjesztése

A jelenlegi Akcióprogram 2013. december 31-én lezárul. 2011 őszén a Bizottság javaslatot terjesztett elő az új Egészségügyi Akcióprogramra vonatkozóan, amelyet a dán elnökség idején fognak megvitatni.

▶ A Dohányzási Irányelv módosítása

A Bizottság jelenleg a 2011-es Dohányzási Irányelv módosításán dolgozik. A direktíva célja, hogy jól működő Belső Piacot biztosítson a dohánytermékek számára, valamint garantálja a lakosság

egészségének magas szintű védelmét. A jelenlegi irányelv számos követelményt fogalmaz meg, amelyeket az európai piacon megjelenő dohánytermékeknek teljesíteniük kell. Ezek a követelmények többek között a kátrány, a nikotin, a szén-monoxid küszöbértékének meghatározására, a figyelmeztető címkékre, a felhasznált anyagok felsorolására, valamint az olyan megnevezések használatának tilalmára vonatkoznak, mint a "light" és "mild". A Bizottság nyilvános konzultációt tartott a Direktíva felülvizsgálatára vonatkozóan.

▶ A Transzparencia Irányelv módosítása

2011 májusában a Bizottság széleskörű nyilvános konzultációt tartott a Transzparencia Irányelv módosításának szükségességéről. A Direktíva célja, hogy biztosítsa az átláthatóságot a tagállamok azon intézkedései esetében, amelyek az egészségügyi termékek árainak és az állami támogatás korlátozásának ellenőrzésére vonatkoznak.

A nyilvános konzultációt azért kezdeményezték, mert az egészségügyi termékek piaca, valamint a tagállamoknak az egészségügyi termékek költségeinek ellenőrzésére és korlátozására irányuló intézkedései jelentősen megváltoztak az 1980-as évek óta, amikor a Direktívát elfogadták. A Bizottság célja az volt, hogy feltárja az irányelv módosításának szükségességét.

▶ Az Egészségügyi Biztonság Csomag

A dán elnökség idején kívánják megtartani az Egészségügyi Biztonság Csomagra vonatkozó nyitó tárgyalásokat. Az a cél, hogy szektorokon átívelő megközelítést hozzanak létre az egészségügyi veszélyekre vonatkozóan, és összekapcsolják az egészségügyi szektor kezdeményezéseit más szakpolitikák kezdeményezéseivel.(AZS)

**Forrás:**

- ▶ The EU's Health Policy. [http://eu2012.dk/en/EU-and-the-Presidency/About-the-Presidency/~/\\_link.aspx?\\_id=19C896D60D754EE793BF6FFCBEA52593&\\_z=z](http://eu2012.dk/en/EU-and-the-Presidency/About-the-Presidency/~/_link.aspx?_id=19C896D60D754EE793BF6FFCBEA52593&_z=z)  
(letöltés ideje: 2012.01.05.)

2012-01-05 15:36:37

## Egészségpolitika

### ***NHS Outcomes Framework 2012-13***

A brit egészségügyi minisztérium közzétette az egészségügyi szolgálat teljesítmény-értékelésének következő évi keretrendszerét.

A egészségügyi kimenetekre vonatkozó első keretrendszer (NHS Outcomes Framework 2011-12) publikálására 2010 végén került sor, miután az új kormány fehérkönyvében vázolta jövőképét az egészségügyi szolgálatról (Equity and Excellence: Liberating the NHS). A fehérkönyvre épülő és az évente korrigálható NHS Outcomes Framework három célt szolgál:

- ▶ áttekintést nyújt az NHS teljesítményéről országos és - ha lehet - nemzetközi viszonylatban
- ▶ elszámoltatási mechanizmust jelent az egészségügyi miniszter és az NHS Commissioning Board között (szolgáltatás-vásárlást felügyelő testület)

- ▶ katalizátorként működik a minőség fejlesztésére és az eredmények mérésére az egész NHS-ben

Az NHS Outcomes Framework, a szociális ellátás kimeneteinek keretrendszerével (Adult Social Care Outcomes Framework) és a népegészségügyi kimenetek keretrendszerével (Public Health Outcomes Framework) támogatja a kormány azon szándékát, hogy javítsa a szolgáltatások integrációját. A 60 indikátorból álló NHS Outcomes Framework 2012-13 öt fő területet ölel fel:

1. A korai halálozás megelőzése
2. A krónikus betegségben szenvedő emberek életminőségének javítása
3. Az emberek segítése a betegségből vagy sérülésből való felépülésben
4. Annak biztosítása, hogy az embereknek pozitív élményük legyen az ellátásról
5. Az emberek kezelése és ellátása biztonságos környezetben történjen, védelem az elkerülhető ártalomtól

A kimenetek és az azokat mérő indikátorok kiválasztása úgy történt, hogy azok az NHS ellátó tevékenységének számottevő részét tartalmazzák. Az öt fő terület 12 átfogó indikátort és 27 javulást előirányzó területet is tartalmaz további indikátorokkal. Az NHS Outcomes Framework az egészségügyi szolgálat teljesítményének értékelésére is használható. (SZL)

#### **Forrás:**

- ▶ NHS Outcomes Framework 2012-13. Department of Health,  
[http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_131700](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_131700) (letöltés dátuma: 2011.12.12.)

2011-12-14 12:12:56

## **Egészségügyi rendszerek működése**

### ***A német kötelező betegpénztárak fúziói 2012-ben is folytatódnak***

A kötelező betegpénztárak körében kialakult fúziós trend a 2012-es évben is folytatódik. Míg az 1990-es években a német kötelező betegpénztárak száma meghaladta az ezret, számuk a 2007-es reform óta – amikor is megkezdődött az Egészségügyi Alap bevezetésének előkészítése – folyamatosan csökken. A német Krankenkasse.de 2008 októbere óta vezet nyilvántartást a kötelező pénztárak fúzióiról. A nyilvántartás adatai szerint 2009-ben 27 fúzióra, 2010-ben 20 fúzióra került sor és ebben az évben jött létre a legnagyobb német betegpénztár a Barmer-GEK. A kötelező pénztárak száma így 2012-ben már 103-ra csökkent, azonban a fúziók még mindig nem álltak meg. A jelenleg fennmaradt legkisebb pénztárak esetében azok átvételére vagy bezárására lehet számítani csekély piaci részesedésük miatt és a pénztárak száma jóval száz alá fog csökkenni. A becslések szerint elképzelhető, hogy a német piacon hamarosan összesen ötven körülire zsugorodjon a pénztárak száma.

A három legnagyobb német kötelező betegpénztár a Barmer-GEK (8,6 millió biztosított; 2010 elején a Barmer és a GEK fúziójából jött létre), a Techniker Krankenkasse (7,6 millió biztosított; 2009-ben az IKK-Direkt-tel való fúzióból alakult ki), illetve a DAK-Gesundheit (6,6 millió biztosított; Deutsche

Angestellten Krankenkasse, BKK Gesundheit, BKK AXEL SPRINGER). A DAK 2010-ben a nagy fúzió előtt, 233300 biztosítottját veszítette el elégtelen gazdálkodásának köszönhetően, amikor kénytelené vált beszedni tagjaitól a nyolc eurós kiegészítő járulékot, ami a fúzió iránti nyomást csak tovább fokozta a pénztár esetében.

A három legnagyobb német betegpénztár a kötelező betegbiztosítottak közel egyharmadát fedi le. A nyilvántartott legnagyobb harminc német kötelező pénztár pedig a biztosítottak mintegy kilencven százalékának ellátását biztosítja. A kötelező pénztárak fúzióinak aktuális alakulása az alábbi linken követhető nyomon:

<http://www.krankenkassen.de/gesetzliche-krankenkassen/system-gesetzliche-krankensversicherung/fusionen/>

A fúziók több szempontból is előnyösek a pénztárak számára. Nem csak megtakarításokat tesznek lehetővé például a fuzionáló pénztárak optimalizált igazgatása révén, hanem a tagok számának növekedésével nő a pénztárak piaci ereje is például az orvosokkal, gyógyszergyárakkal szemben. Ennek köszönhetően a nagyobb pénztár eredményesebben képes érdekeinek védelmében fellépni és például a gyógyszerek esetében kedvezményeket kialakítani, ami milliós megtakarításokat tesz lehetővé. A fúzióknak azonban vannak veszélyei is, amiről egy korábbi cikkben (<http://www.eski.hu/hol/cikkh.cgi?id=2368>) már beszámoltunk. (VN)

#### Forrás:

- ▶ Krankenkassen.de: Krankenkassen-Fusionen: Zahl der Kassen geht zurück  
<http://www.krankenkassen.de/gesetzliche-krankenkassen/system-gesetzliche-krankensversicherung/fusionen/>
- ▶ Deutsche Ärztezeitung: Großkassen mit wenig Interesse an Regionalversorgung?  
[http://www.aerztezeitung.de/politik\\_gesellschaft/berufspolitik/article/801041/grosskassen-interesse-regional-versorgung.html?sh=1&h=-182491072](http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/berufspolitik/article/801041/grosskassen-interesse-regional-versorgung.html?sh=1&h=-182491072) (Letöltés dátuma: 2012.01.16.)
- ▶ Welt: Neue Riesen-Krankenkasse versichert 6,6 Millionen  
<http://www.welt.de/wirtschaft/article13654889/Neue-Riesen-Krankenkasse-versichert-6-6-Millionen.html> (Letöltés dátuma: 2012.01.16.)

2012-01-16 15:55:26

### ***A műhiba felelősségbiztosítás járulékai robbanásszerűen növekednek Lengyelországban***

Az orvosi műhiba elleni felelősségbiztosítás díjai 2012-ben 400%-kal növekedhetnek a lengyel kórházakban.

A járulékok növekedése a lengyel egészségügyi és felelősségbiztosítási törvény új szabályozása következtében áll be. A kórházak biztosítási díjainak emelkedése összefüggésbe hozható a biztosítótársaságok műhiba kárigényeinek várható növekedésével, a kórházak kötelező műhiba biztosításának bevezetésével és a biztosítások garantált felelősségének növekedésével. Az új betegjogi törvény lehetővé teszi, hogy a betegek már nemcsak a bíróságokon adhatnak hangot kereseteiknek, hanem orvosi műhibákat tárgyaló döntőbizottságok előtt is. Ez a kárigények egyszerűbb, olcsóbb és

gyorsabb kezelését teszi lehetővé, így nagyobb számú kereset benyújtása várható a betegek részéről. Az új bizottságokat az egészségügyi hatóságok hozzák létre a 16 lengyel régióban.

Az orvosi műhibáért nyújtható maximális kártérítést 22 ezer euróban (100 ezer zloty) határozták meg, míg a halálos kimenetelű hibák maximális kártérítését 66 ezer euróban (300 ezer zloty). A lengyel biztosítási kamara becslése szerint az éves kórházi biztosítási díjak 24,5 millió euróról 95,6 millió euróra fognak ugrani. A lengyel kórházak átlagosan 31 ezer euró biztosítási járulékot fizettek 2011-ben.

Az orvosi műhiba felelősségbiztosításban a PZU nevű biztosítótársaság a piacvezető, amely a Kelet-Közép-Európa egyik legnagyobb biztosítótársasága, évi 3,2 milliárdos eurós forgalommal. Lengyelországban jelenleg a PZU az egyetlen biztosító, amely komoly műhiba biztosítást nyújt. A társaság előrejelzése szerint hosszú távon a biztosítási díjak a kórházi költségvetés 5%-át is fölemésztetik. (SZL)

#### **Forrás:**

- ▶ Frederik Cyrus Roeder: Poland: Liability Insurance Contributions about to Explode. EUROPEAN HEALTH CARE NEWS, <http://europe-health-care.eu/poland-liability-insurance-contributions-about-to-explode/> (letöltés dátuma: 2012.01.09.)

2012-01-09 10:54:18

### ***Csehország: meghatározzák az egészségbiztosítás által fedezett kezelések körét***

A cseh kormány a kezelések hatásosságának és költségeinek arányossága alapján meg fogja határozni az egészségbiztosítás által fedezett kezelések körét.

A cseh kormány az egészségügyi reform keretében meg fogja határozni, mely orvosi kezelések minősülnek túlságosan drága luxusnak, és az orvosoknak a reális ár figyelembevételével kell megválasztaniuk a kezelési módszert.

Leos Heger egészségügyi miniszter egy bizottságot állított fel, amely februárban kezdi meg munkáját, és amelynek feladata az lesz, hogy értékelje az új kezelési módszerek hasznosságának és költségeinek arányosságát. Először egy pilot projektet hajtanak végre, és 2013-tól fog életbe lépni az új rendszer. Ennek értelmében a jövőben először szakértők fogják értékelni az új eszközöket és kezeléseket, ezt követően pedig eldöntik, hogy a cseh kormány tudja-e finanszírozni vagy sem. Ez egy kétfázisú folyamat lesz, amelyben az állam, az egészségbiztosítók, az orvosok képviselői, valamint a közvélemény is részt vehet. Mindez jelentős változást jelent a cseh egészségügyi rendszerben.

A WHO szerint az új egészségügyi technológia csak akkor kifizetődő, ha egy év jó minőségű emberi élet, amelyet biztosít, nem kerül többbe az egy főre jutó GDP háromszorosánál. Csehországban az egy főre jutó GDP jelenleg 1092 millió cseh korona (13 541 millió Ft).

Ugyanakkor az új rendszer nem azt fogja jelenteni, hogy egy nagyon drága kezelés automatikusan luxussá válik, amely a hétköznapi ember számára nem lesz elérhető. Pavel Horak, a VZO (Általános Egészségbiztosítási Társaság) állítása szerint a sclerosis multiplex elleni biológiai gyógyszereket például továbbra is fedezni fogja az egészségbiztosítás. Horak azt is hozzátette, hogy mindenkinek jogot kell biztosítani arra, hogy kiegészítő biztosítást kössön az egészségbiztosítás által nem fedezett szolgáltatásokra.(AZS)

**Forrás:**

- ▶ Czech state to define what treatment is too costly luxury.  
<http://www.ceskenoviny.cz/news/zpravy/czech-state-to-define-what-treatment-is-too-costly-luxury-press/736109> (letöltés ideje: 2012.01.04.)

2012-01-04 16:40:03

## Kórházügy

### ***A Francia Kórhákszövetség javaslata a magánorvosok helyettesítésének megoldására***

2012. január 11-én, a Francia Kórhákszövetség javaslatot tett a külvárosok és a vidéki területek orvoshiányának megszüntetésére a kórházi orvosok által teljesítendő helyettesítések révén.

A Francia Kórhákszövetség javaslata, hogy kórházi orvosok nyújtsanak egészségügyi ellátást az orvoshiánnyal küzdő külvárosok és vidéki területek betegei számára a magánorvosok által megszüntetett praxisok jelenleg nem üzemelő rendelőiben vagy a betegek lakóhelyén.

Amennyiben megállapítható, hogy egy területen orvoshiány lép fel, az indítvány azt szorgalmazza, hogy a kórházak kapjanak felhatalmazást az ambuláns ellátás fenntartásának megszervezésére, így az ügyelet biztosítására.

Minthogy külön erőforrások állnak rendelkezésre a járó- és a fekvőbeteg-ellátás finanszírozásához, a javaslat nem talált egyértelmű fogadtatásra, ugyanúgy, mint az állami intézmények és a magánklinikák által alkalmazott díjtételek egységessé tételére való törekvés sem (ennek leállítását szorgalmazta a kórhákszövetség), mivel az állami intézményeknek olyan közhasznú szolgáltatásokat is biztosítaniuk kell a lakosság számára, amelyek nem tartoznak a magánklinikák feladatkörébe.

A Francia Kórhákszövetség a tevékenység szerinti díjszabás (T2A) aktuális helyzetéhez való adaptálására vonatkozóan is javaslatot tett, mivel a szervezet vezetése szerint a T2A sokszor a tevékenységek indokolatlan ismétlődéséhez vezet, és jelenlegi formájában nem alkalmazható megfelelően az olyan feladatokra, mint a krónikus betegek ellátása vagy az önmagukat ellátni nem tudó, gyengélkedő betegek gondozása. (ZLL)

**Forrás:**

- ▶ Déserts médicaux : les hôpitaux proposent de remplacer les médecins libéraux. La Mutualité française, 2012.01.12.  
<http://www.mutualite.fr/L-actualite/Kiosque/Revue-de-presse/Deserts-medicaux-les-hopitaux-proposent-de-replacer-les-medecins-liberaux> (letöltés dátuma: 2012.01.17.)

2012-01-17 14:40:11

## ***A hitelek befagyasztása érzékenyen érinti a francia kórházakat***

Franciaországban, a hitelek befagyasztása, mely még két héttel a 2011-es év vége előtt is érvényben van, erősen súlyosbítja a francia kórházak többsége által az év folyamán regisztrált deficitet.

A párizsi AP-HP kórházi hálózat (Assistance Publique Hôpitaux de Paris) előrelátható deficitje 2011 végéig 130 millió eurót tesz ki. Az állami kórházakat képviselő Francia Kórházszövetség (FHF) adatai szerint 2010-ben Franciaország 32 egyetemi kórházközpontja közül 21 veszteséges volt, és az 556 nagyobb kórház közül 223 szintén deficitet könyvelt el. Összességében az 1266 állami kórház átfogó deficitje elérte a 433 millió eurót, és bár ez az összeg a 2009-es adathoz (466 millió euró) képest csökkent, a veszteséget elkönyvelő kórházak száma viszont 10 százalékkal nőtt (2009-ben 203, 2010-ben 223).

A francia kormány a közérdekű feladatok (kutatások, oktatás, innováció stb.) ellátására 8 milliárd eurós dotációt nyújt az állami kórházaknak, de ebből jelenleg 350 millió euró költségvetési tartalékot képvisel. A tartalékolt összeg a költségkímélésre vonatkozó célkitűzések teljesülése esetén visszakerül a kórházakhoz.

Az FHF szerint – minthogy a kórházak gazdálkodása az utóbbi időben kellően költségtakarékos volt – az egészségügyi intézmények jogosultak lennének a 350 millió eurós dotáció nagy részének visszaáramoltatására.

Nicolas Sarkozy, köztársasági elnök a kórházak részére a költségvetési egyensúly visszaállításának megvalósításához a 2012-es évet jelölte ki célkitűzésként. (ZLL)

### **Forrás:**

- ▶ Les gels de crédits gouvernementaux glacent les comptes des hôpitaux  
Le Monde, 2011.12.16.  
[http://www.lemonde.fr/societe/article/2011/12/16/les-gels-de-credits-gouvernementaux-glacent-les-comptes-des-hopitaux\\_1620000\\_3224.html](http://www.lemonde.fr/societe/article/2011/12/16/les-gels-de-credits-gouvernementaux-glacent-les-comptes-des-hopitaux_1620000_3224.html)
- ▶ La situation financière des hôpitaux reste très difficile selon la Fhf. Viva Presse, 2011.12.07.  
[http://www.viva.presse.fr/La-situation-financiere-des,16279\\_16279.html](http://www.viva.presse.fr/La-situation-financiere-des,16279_16279.html)

(Letöltés dátuma : 2011.12.19.)

2011-12-19 15:20:16

## ***Kórházi privatizációk Lengyelországban***

Kielce városi tanácsa novemberben úgy döntött, hogy eladják a város kórházát egy magánvállalatnak. Az új tulajdonos több mint 7 milliárd euró befektetését tervezi, emellett új létesítményt is épít a méhdaganat nem-invazív eltávolítására. A privatizációért heves harc folyt hat vállalat között, amit végül az ArtMedik nyert meg magasabb árajánlata révén. A kórház a városi tanács tulajdonában marad, az ArtMedik haszonbérletbe veszi az intézményt. A megállapodás értelmében az első három éven belül nem történhetnek munkaköri elbocsátások. Az ArtMedik szerint a kórház kibővítése korszerű műtéti és diagnosztika eszközökkel fogja gazdagítani az intézményt. Bár Kielce önkormányzata pénzügyileg szilárdnak tartja a kórházat, a tökebevitelre azért volt szükség, hogy elkerülje a két éven belül bekövetkező csődhelyzetet.

Tczew városa szintén tervbe vette a közösségi kórház helyzetének rendezését és 2012 elejére részvényeket kíván eladni. A kórház adósságai miatt a városi tanács befektetőket hívott meg ajánlatok tételére – az elmúlt hónapokban nyolc pénzügyi befektető fejezte ki érdeklődését. Az első részvényeket 2012 első negyedévében fogják árulni, ennek mennyiségéről azonban nem döntöttek még. A városi tanács világossá tette, hogy a betegek érdekeinek elsőbbséget kell élvezniük a profittal szemben, és a befektetőknek javítaniuk kell az ellátás körülményein is. A kórház betegeinek nem kell fizetniük a kezelésért, mivel az egészségpénztárral kötött szerződések továbbra is fenn fognak állni. (SZL)

#### Forrás:

- ▶ Gensior, Sebastian: Hospital Privatization in Poland: Kielce city hospital will be privatized. European Health Care News, <http://europe-health-care.eu/hospital-privatization-in-poland-kielce-city-hospital-will-be-privatized/>
- ▶ Gensior, Sebastian: Poland: Partial hospital privatization in Tczew. European Health Care News, <http://europe-health-care.eu/poland-partial-hospital-privatization-in-tczew/> (letöltés dátuma: 2011.12.09.)

2011-12-12 14:13:13

## Finanszírozás

### ***A francia egészségbiztosítás 2012-es évi változásai***

Franciaországban, az egészségbiztosításban számos megszorító intézkedés lép érvénybe 2012. január 1-jétől, a kiegészítő biztosítás megkötéséhez nyújtott támogatás viszont szélesebb körre terjed ki.

Franciaországban, 2011. október 1-jétől a kiegészítő biztosítókat sújtó adóterhek megkétszereződtek, és ez 3,5 százalékról hét százalékra való adóemelését jelentett. A Kölcsönösségi alapon működő francia Biztosítószerződés (Mutualité française) elnöke, Etienne Caniard azt nyilatkozta, hogy sok mutuelle-biztosító 2012-től kénytelen lesz megnövekedett adóterhét díjtételei növelése révén a biztosítottaira áthárítani.

Más intézkedések közvetlenül a betegeket érintik, így például a táppénz napi maximumának a csökkentése, a 2011-ben érvényben lévő 48,43 euróról (15 388,14 forint) 41,38 euróra (13 148,66 forint). Ez a maximált összeg a minimálbér 1,8-szorosát elérő, azaz havi bruttó 2517,06 eurót (799 904,33 forint) kitevő bérekre érvényes. Ezen kívül az állami szektorban 2012-től a táppénzt a betegállomány második napjától fogják csak folyósítani.

Január 1-jén a kiegészítő biztosítás megkötéséhez nyújtott segélyre (ACS) jogosító jövedelmek küszöbértékét megemelték. A továbbiakban azok az állampolgárok lesznek jogosultak a segélyre, akiknek a jövedelme maximum 35 százalékkal haladja meg a Teljeskörű Egészségügyi Fedezet (CMU) küszöbértékét (2011-ben 26 százalék volt).

Egy nagyvárosban élő, egyedülálló személy 2012-ben abban az esetben részesülhet ebben a segélyben, ha jövedelme 648 (205 935,87 forint) és 875 euró (278 076,99 forint) között mozog. Az ACS-re jogosultak kedvezményei közé tartozik, hogy háztartásuk összetétele és életkoruk szerint

csökkentett éves díjtételt fizethetnek mutuelle-biztosításukra. Ennek összege 100 euró (31 780,05 forint) 16 év alatti gyermekek esetén, 200 euró (63 560,11 forint) 16-49 éves kor között, 350 euró (111 219,25 forint) 50-59 éves korban és 500 euró (158 884,64 forint) 60 éves kor fölött. (ZLL)

#### **Forrás:**

- ▶ Assurance maladie: ce qui change en 2012. La Mutualité française, 2012.01.03. <http://www.mutualite.fr/L-actualite/Assurance-maladie/Assurance-maladie-ce-qui-change-en-2012> (Letöltés dátuma: 2012.01.06.)

2012-01-06 12:35:50

### ***A mutuelle biztosítók nagymértékben segítik az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést***

Egy, a francia Egészségügyi Minisztérium által november végén tartott konferencián Paul Dourgnon, az Egészségügyi Gazdasági Dokumentációs Kutatóintézet (IRDES) egyik vezető kutatója beszámolt az egészségügyi ellátás igénybevételének mellőzésével kapcsolatos kutatásairól. Vizsgálati eredményei szerint a mutuelle-biztosítók és a Teljeskörű Egészségügyi Fedezet bár nem jelentenek minden egyenlőtlenségre megoldást, megkönnyítik az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést.

A vizsgálatok szerint 2008-ban a felnőtt lakosság 15,4 százaléka anyagi okokból nem vette igénybe az egészségi állapota által igényelt ellátást, és ez különösen a nőkre volt jellemző, akiknél az egészségügyi szolgáltatások mellőzését az életkor is befolyásolja: a szolgáltatások igénybevételének mellőzése 40 éves korig növekvő tendenciájú, 40-50 éves korban stabilizálódik, majd ellenkező tendenciára vált.

2008-ban ez a gyakorlat 9,9 százalékos volt fogkezelések, 4,1 százalékos szemészeti ellátás és 3,4 százalékos más általános és szakorvosi konzultációk esetén, és bár a 2010-es adatok még nem tekinthetők véglegesnek, nem jeleznek különösebb változást ezekhez a statisztikákhoz képest.

A CMU biztosítottai körében az ellátás igénybevételének mellőzése ugyan nagyobb arányú volt (22 százalék 2008-ban), mint a kötelező biztosításuk mellett kiegészítő biztosítással nem rendelkezők esetén, viszont a CMU hiányában ez az arány ennél a lakossági csoportnál 40 százalékot is elért volna. A CMU a kedvezményezetteknek nem az anyagi helyzetük alapján jár, hanem azok számára nyújt fedezetet, akik nincsenek biztosítva egyik nagy állami biztosítónál sem, egy meghatározott jövedelemküszöb túllépése esetén járulékfizetéssel jár. A CMU nem mentesít az orvosi díjtételek rendezése alól, ezt ugyanúgy utólag téríti, mint a kötelező biztosítás. Csak a CMU-C fedezet, mely a CMU anyagi helyzet alapján járó további biztosítással való kiegészítése, nyújt 100 százalékos fedezetet biztosítottai számára.

A CMU bevezetésekor, 2000-ben csökkent az ellátás igénybevételének mellőzése, és ez a tendencia 2002-ig tartott, majd folyamatos növekedés után, mértéke 2008-ban visszaállt a 2000-es szintre.

Az ellátás igénybevételének elutasítása, mely továbbra is jelentős méreteket ölt, többnyire anyagi nehézségekből és életviteli problémákból adódik. Azok a nehéz helyzetben lévő állampolgárok, akik nem veszik igénybe az egészségi állapotuk miatt szükségessé váló egészségügyi szolgáltatásokat, a

továbbiakban sokszor komolyabb problémák elé néznek: nem vagy későn diagnosztizált betegségek, a nem kezelt krónikus problémák mellett fellépő komplikációk, stb.

Ezzel szemben a jobb anyagi helyzetben lévő állampolgárokat kevésbé érintik az ellátás mellőzése miatt fellépő problémák, mivel sokszor nem létfontosságú kezeléseket esetében döntenek az ellátás mellőzése mellett. (ZLL)

#### **Forrás:**

- ▶ Les mutuelles limitent le renoncement aux soins. La Mutualité, 2011.11.29.  
<http://www.mutualite.fr/L-actualite/Assurance-maladie/Complementaire-sante/Les-mutuelles-limitent-le-renoncement-aux-soins>
- ▶ C.M.U. et C.M.U. complémentaire. L'Assurance Maladie  
<http://www.ameli.fr/fiches-synthetiques/c.m.u.-et-c.m.u.-complementaire.php>  
(Letöltés dátuma: 2011.12.13.)

2011-12-13 14:26:36

### ***Mi lesz a német vizitdíjjal?***

Újra viták alakultak ki a német egészségügyi rendszerben a vizitdíj körül. Tényként fogadható el, hogy a 2004-ben bevezetett vizitdíj máig nem váltotta be a német rendszerben a szolgáltatások igénybevétele terén hozzá fűzött reményeket, ezért most Németország a vizitdíj eltörlésére vagy reformjára készül.

A Hartmann Szövetség (az alkalmazott orvosok szervezete) és a NAV-Vircho Szövetség (önálló praxist fenntartó orvosok szövetsége) a vizitdíj gyors felszámolását követelik. Véleményük szerint a 2004-ben bevezetett vizitdíj teljesen alkalmatlan az orvosi szolgáltatások igénybevétele koordinálására, sőt csupán a bürokrácia erősödését idézte elő a praxisokban. A szövetségek állásfoglalása szerint a vizitdíj mindig is a betegpénztárak díja volt, ezért amennyiben a pénztáraknak kiegészítő befizetésekre van szükségük, szedik azt be maguk a jövőben. A vizitdíj eltörlése az egészségügyi rendszerben lehetőséget teremtene más, hatékonyabb irányítási eszközök bevezetésére. Az új eszközöknek hangsúlyosabban a betegek személyes felelősségére kellene építenie és a betegek által igénybe vett szolgáltatások esetében a társadalmilag kiegyensúlyozottabb szerepvállalást kellene elősegíteni. A politikának világossá kellene tennie a biztosítottak számára, hogy a chipkártya nem egyenértékű a teljes körű casco biztosítással, valamint az orvosi szolgáltatások felelős igénybevétele a jövőben elkerülhetetlenné válik.

A Pénztári Orvosok Szövetségi egyesületének vezetője szerint az orvoslátogatásonkénti csekély díjfizetés bevezetése – jelenleg negyedévenkénti díjfizetés van életben – elfogadható lenne akkor, ha az nem gördít akadályokat a valóban indokolt orvoslátogatások elé.

A Kötelező Betegbiztosítók Csúcsszövetségének szóvivője elmondta, hogy a vizitdíjat felül kell vizsgálni, mert a szolgáltatások igénybevétele esetében a visszatartó funkció ténylegesen megkérdőjelezhető. Azonban a díj eltörlését megelőzően – az értesülések szerint éves szinten 2,8 milliárd euró bevétele származik a német rendszernek a vizitdíjak befizetéseiből – meg kell találni azt az új eszközt, amivel az orvosi és fogorvosi honoráriumok hiányzó része pótolhatóvá válna.

A Német Háziorvosok Egyesülete az orvoslátogatásonkénti díj bevezetését határozottan elutasítja. Indoklásuk szerint ez a fajta megoldás azokat az idős és krónikus betegeket bizonytalanítaná el, akik a legintenzívebb ellátást igénylik.

A Barmer GEK betegpénztár vezetője a vizitdíj minden elképzelhető formáját ellenzi. Véleménye szerint sokkal inkább az orvosi díjazás struktúráját kellene felülvizsgálni, majd azt oly módon megváltoztatni, hogy az orvos-beteg találkozások aránya ezáltal csökkenthető legyen.

A kormány is vizsgálja a 2012-től lehetséges változtatásokat a vizitdíjjal kapcsolatban, mert a német biztosítottak nemzetközi összehasonlításban továbbra is a gyakran orvoshoz forduló betegek közé tartoznak. A Német Egészségügyi Minisztérium cáfolta azokat a híreszteléseket, melyek szerint már lennének olyan elképzelések, hogy 2012-től minden orvos-beteg találkozó alkalmával vizitdíjat kellene fizetnie a biztosítottaknak. (VN)

#### **Forrás:**

- ▶ Praxisgebühr sorgt weiter für Aufregung: Deutsches Ärzteblatt  
<http://www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?id=48390&src=suche&p=praxisgeb%FChr>
- ▶ Koalition prüft Änderungen bei der Praxisgebühr: Deutsches Ärzteblatt  
[http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/48378/Koalition\\_prueft\\_Aenderungen\\_bei\\_der\\_Praxisgebuehr.htm](http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/48378/Koalition_prueft_Aenderungen_bei_der_Praxisgebuehr.htm)
- ▶ Koalition erwägt Reform der Praxisgebühr: Deutsches Ärzteblatt  
<http://www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?id=48284&src=suche&p=praxisgeb%FChr>  
(Letöltés dátuma: 2011.12.12.)

2011-12-14 15:19:03

## **Humán erőforrás**

### ***Csehország: 2011-ben rekordszámú frissdiplomás orvos emigrált***

A Cseh Orvosi Kamara (CLK) 2011-ben összesen 172 frissen végzett orvos vállalt munkát külföldön, ami a legmagasabb számú elvándorlás volt 1989 óta a frissdiplomás orvosok körében. A legtöbben Németországba emigráltak. A tapasztalt orvosok körében viszont kisebb volumenű elvándorlás volt tapasztalható múlt évben, mint az azt megelőző évben: 2011-ben 501 tapasztalt orvos vállalt külföldön munkát, miközben 2010-ben 557-en emigráltak a tapasztalt orvosok közül (a frissdiplomások közül pedig 135-en). Az összes külföldön munkát vállaló orvos száma nagyjából megegyezett mindkét vizsgált évben.

Számos fiatal orvos döntött úgy, hogy külföldön vállal munkát annak ellenére, hogy a tavalyi évben az orvos-szakszervezetek "Köszönjük, Távozzunk" kampánya sikerrel járt, és a kormánnyal többlépcsős fizetésemelésekben sikerült megállapodni. 2011 márciusában mintegy 5000-8000 koronával növelték az orvosok kereseteit, és további emeléseket is ígértek. (AZS)

**Forrás:**

- ▶ ČT: Record number of young doctors leave ČR in 2011.  
<http://praguemonitor.com/2012/01/16/%C4%8Dt-record-number-young-doctors-leave-%C4%8Dr-2011>

2012-01-18 11:08:32

### ***A jövő évtől nőni fog az orvostanhallgatók létszáma Franciaországban***

Xavier Bertrand, francia egészség-, munka- és foglalkoztatásügyi miniszter a magánorvosok november 26-án Toulouse-ban tartott konferenciáján bejelentette, hogy jövőre Franciaországban a leendő orvosok, fogorvosok, gyógyszerészek és szülésznők számára nyújtott egészségügyi tanulmányok egységes tananyagban alapuló első éve után 7400-ról 7500-ra fog emelkedni az orvostanhallgatók létszáma, és a más tanulmányi területekről (pl. a műszaki területről) a másodévre átjelentkező hallgatók keretszáma is nőni fog 300-ról 500-ra.

2012-ben, Franciaországban előreláthatólag mintegy 8000 hallgató fog felvételt nyerni az orvosi tanulmányok második évfolyamára a létszámkorlátozó intézkedések feloldásának köszönhetően. 2009-ben a felvehető létszám még csak 7400 fő volt.

A felvételi korlátozást eredetileg az 1971/1972-es tanévben vezették be. Ekkor még 8588 volt a felvételi keretszám, mely a továbbiakban évről-évre csökkent, és mélypontját 1992/1993-ban érte el 3500 fővel. Azóta az orvoshiány által okozott problémák megjelenése nyomán enyhe növekedés volt tapasztalható az engedélyezett keretszámokban, de ez még a 2000/2001-es tanévben is csupán 4100 felvételt jelentett.

A korlátozást feloldó rendelkezés hosszabb távon a főként a vidéki területeken jelentkező orvoshiány megszüntetésére irányul, de aggályos, hogy a hallgatói létszám csekély mértékű növekedése nem fog erre végleges megoldást hozni, mivel az orvosi szakszervezetek szerint az orvoshiány 2015-ben előreláthatólag 10 000 szakember hiányát fogja jelenteni.

Az orvosi egyetemek vezetői, valamint a hallgatók és a rezidensek érdekképviseleti szervezetei aggodalmuknak adtak hangot, hogy a hallgatói létszám esetleges túlzott emelése hátrányosan érintheti az orvosképzés feltételeit. (ZLL)

**Forrás:**

- ▶ Dès l'an prochain, on formera (un peu) plus de médecins en France. Viva Presse, 2011.12.08.  
[http://www.viva.presse.fr/Plus-de-medecins-formes-l-an\\_16282.html](http://www.viva.presse.fr/Plus-de-medecins-formes-l-an_16282.html)
- ▶ Formation des médecins: le numerus clausus porté à 8.000 étudiants. L'Express, 2011.12.08.  
[http://www.lexpress.fr/actualites/1/societe/formation-des-medecins-le-numerus-clausus-porte-a-8-000-etudiants\\_1059312.html](http://www.lexpress.fr/actualites/1/societe/formation-des-medecins-le-numerus-clausus-porte-a-8-000-etudiants_1059312.html)  
(Letöltés dátuma: 2011.12.12.)

2011-12-12 14:55:33

## Gyógyszerügy, patikapiac

### **Gyógyszerek ártámogatásának megszüntetése Franciaországban**

Franciaországban azokról a gyógyszerekről, és generikumaikról, melyeket a Magas szintű Egészségügyi Hatóság hatástalannak ítélt, jegyzék jelent meg az ország Hivatalos Közlönyében. Ezekre a szerekre, az egészségbiztosítás december 1-jétől nem nyújt támogatást, és 2012 elején, a mostani jegyzéket kiegészítő újabb lista várható.

A továbbiakban támogatást nem élvező gyógyszerek közül már eddig is számos a nem megfelelő hatásfokú gyógyszerek esetében alkalmazott 15 százalékos térítés alá esett. Ezen gyógyszerek esetében a támogatás teljes megszüntetésének nem az a célja, hogy megállapítsa hatástalanságukat, hanem az, hogy egészségügyi fejlesztésekre ösztönözzön.

Azon gyógyszerek között, melyekre decembertől nem jár visszatérítés, a legnagyobb arányban az izomlazítók és az értágítók szerepelnek, de vannak közöttük Parkinson-kór elleni gyógyszerek, nem szteroid gyulladáscsökkentők, ízületi porckopásra és görcsoldásra használt, illetve csontritkulás esetén alkalmazott szerek stb. Mindezek 80 százaléka kizárólag receptre volt felírható, és közülük néhányra 30, 65 vagy 100 százalékos támogatás is járt.

A december 1-jén Franciaországban életbe lépő rendelkezéssel nem annyira az egészségügyi kiadások visszaszorítását, mint inkább az ellátás minőségének javulását kívánják elérni. A rendelkezés 2012-ben életbe lépő második szakaszától a szakemberek azt várják, és nagy figyelemmel kísérik, hogy az intézkedés – minden érintett termékre vonatkoztatva – teljes körűvé váljon. (ZLL)

#### **Forrás:**

- ▶ Médicaments insuffisants : 80 produits déremboursés à partir du 1er décembre. La Mutualité française, 2011.12.01.  
<http://www.mutualite.fr/L-actualite/Medicament/Medicaments-insuffisants-80-produits-derembourses-a-partir-du-1er-decembre>
- ▶ Eléments d'information - médicaments à service médical rendu insuffisant déremboursés par décision du Ministère en charge de la Santé à compter du 1er décembre 2011. Haute Autorité de Santé, 2011.12.01.  
[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1139278/elements-d-information-medicaments-a-service-medical-rendu-insuffisant-derembourses-par-decision-du-ministere-en-charge-de-la-sante-a-compter-du-1er-decembre-2011](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1139278/elements-d-information-medicaments-a-service-medical-rendu-insuffisant-derembourses-par-decision-du-ministere-en-charge-de-la-sante-a-compter-du-1er-decembre-2011) (Letöltés dátuma: 2011.12.07.)

2011-12-09 10:43:36

## Egészségügyi reformok

### ***Az amerikai egészségügyi törvény az államokra bízta a juttatások megállapítását***

Az egészségügyi miniszter december 17-i közleménye értelmében az államok rugalmassággal rendelkeznek az alapvető juttatások meghatározásában.

Az Obama kormányzat egészségügyi törvényre vonatkozó közleménye szerint nem határoznak meg egységes egészségügyi juttatásokat, amelyeket a biztosítóknak kötelezően nyújtaniuk kell, hanem megengedik, hogy minden állam maga határozza meg a juttatások körét, széles kategóriákon belül. Az intézkedés jelentős változatosságot tesz lehetővé államonként a juttatási csomagokban, hasonlóan a jelenleg fennálló állami Medicaid és SCHIP programokban (alacsonyjövedelműek és gyermekek fedezete).

Azzal, hogy az Obama kormányzat az államokra bízta az alapvető juttatások megállapítását, kivédi a republikánus bírálóknak az egészségügy átalakítását érintő legerőteljesebb érveit, vagyis azt, hogy egy merev, bürokratikus irányított egészségügyi rendszert erőszakol rá a lakosságra, és hogy veszélyezteti az ellátás minőségét. A törvény ellenzői szerint a szövetségi kormány egy kaptafára készült standardot kényszerít az egészségbiztosításra és visszaél az állam erejével a biztosítási piac szabályozásában.

Az ilyen jellegű bírálatok a törvény jogi úton történő kihívásához vezettek. Az amerikai Legfelsőbb Bíróság 2012-ben dönt arról, hogy a kormány megkövetelheti-e a lakosoktól, hogy egészségbiztosítást vásároljanak. A törvény a 2012-es elnökválasztási versenyben is központi szerepet fog játszani, ahol a republikánus elnökjelölteket a szerint értékelik majd, milyen erősen képesek szembeállni a törvénnyel.

Az egészségügyi reformtörvény az alapvető juttatások 10 kategóriáját sorolja fel, melyeket a biztosítóknak kötelezően nyújtaniuk kell az egyéni és kiscsoportos piacon 2014 januárjától kezdődően. Ezek közt található a megelőző ellátás, sürgősségi szolgáltatások, anyasági ellátás, kórházi és orvosi szolgáltatások, vényköteles gyógyszerek.

A szolgáltatások és juttatások részletezése helyett az egészségügyi miniszter december 17-i közleményében kifejtette, hogy a szövetségi kormány tiszteletben tartja az államok szerepét és rugalmasságot ad nekik az egészségügyi fedezet választási lehetőségeinek tervezésében. Ezen elképzelés szerint valamennyi állam megjelölne egy fennálló egészségbiztosítást, mint egy benchmarkot. Az azon biztosítás által nyújtott juttatásokat alapvetőnek tekintenék, és az összes biztosítónak ugyanolyan, vagy nagyobb értékű juttatásokat kellene nyújtaniuk. A biztosítók módosíthatják a juttatási kategórián belüli fedezetet mindaddig, amíg nem csökkentik a fedezet értékét.

Az államok az alábbi biztosítások egyikét választhatják benchmarkként:

- ▶ Egy, az államban létező három legnagyobb kiscsoportos biztosítás közül.
- ▶ Egy, az állami alkalmazottak három legnagyobb biztosítása közül.
- ▶ Egy, a szövetségi alkalmazottak három legnagyobb országos biztosítási lehetőségei közül.
- ▶ Az állam kereskedelmi biztosítási piacán működő legnagyobb egészségfenntartó szervezet (HMO).

Az egészségügyi reformtörvény értelmében minden államnak működtetnie kell egy egészségbiztosítási piacot, ahol a fogyasztók összevethetik a választási lehetőségeket és biztosítást vásárolhatnak. Az egészségbiztosítóknak kötelező alapvető juttatásokat nyújtani, függetlenül attól, hogy a fedezetet ezen piacon belül vagy kívül árusítják. A kormány támogatást nyújt az alacsonyjövedelmű emberek számára, hogy a biztosítási piacon fedezetet vásárolhassanak. A törvény azt is kimondja, hogy az alapvető juttatások meghatározása nem különböztethet meg kor, rokkantság vagy várható élettartam alapján. (SZL)

**Forrás:**

- ▶ Pear, Robert: Health Care Law Will Let States Tailor Benefits. The New York Times, [http://www.nytimes.com/2011/12/17/health/policy/health-care-law-to-allow-states-to-pick-benefits.html?\\_r=1&ref=health](http://www.nytimes.com/2011/12/17/health/policy/health-care-law-to-allow-states-to-pick-benefits.html?_r=1&ref=health) (Letöltés dátuma: 2011.12.19.)

2011-12-19 12:45:25

## Népegészségügy

### ***2012 – az Aktív Életmód Fenntartása Melletti Öregedés és a Generációk Közötti Szolidaritás Éve***

A 2012-es év Európában az Aktív Életmód Fenntartása Melletti Öregedés és a Generációk Közötti Szolidaritás Éve, és ez arra kíván ösztönözni minden a kontinensen élő lakost, hogy fokozott gondot fordítson egészségére. Ez a törekvés kulcsfontosságú a társadalomban való aktív szerep hosszabb távú betöltése és az előregedő társadalmak generációi közötti szolidaritás biztosítása szempontjából.

Az egészségpolitikusok és más illetékesek számára komoly kihívást jelent az idősödő lakosság aktív életvitelét, illetve autonómiájának biztosítását lehetővé tevő megoldások iránti igénynek való megfelelés a legkülönbözőbb területek – mint az egészségügyi ellátás, a szociális szolgáltatások, a felnőttképzés, a számítástechnikai alkalmazások, a közlekedés stb. – vonatkozásában.

Az EY2012 koalíció, mely jelenleg több mint 40 európai szervezet tevékenységét fogja át, a 2012-es évben innovatív intézkedéseket tervez az európai lakosság előregedésével járó gazdasági és szociális kihívások megoldására. (ZLL)

**Forrás:**

- ▶ European Year of Active Ageing and Solidarity between Generations. Communication Department of the European Union, 2012.01.18. <http://europa.eu/ey2012/ey2012main.jsp?catId=971&langId=en>
- ▶ EY2012 coalition. Europa, EU. 2012.01.18. <http://europa.eu/ey2012/ey2012main.jsp?langId=en&catId=973>  
(Letöltés dátuma: 2012.01.18.)

2012-01-18 15:40:36

## Egészségügyi statisztika

### **Betegfelmérés az angol házi orvosok körében**

Az angol egészségügyi minisztérium nyilvánosságra hozta a legfrissebb GP betegfelmérést.

A felmérés a betegeknek a helyi NHS szolgáltatásoknál szerzett élményeit értékeli. A válaszok információt adnak az alapellátó trösztökről (PCT-k) és a helyi szolgáltatásokról. Az Ipsos MORI által végzett felmérésben az Angliában nyilvántartott betegek vettek részt 2011. július és szeptember között. A felmérés eredményei közt a következők emelhetők ki:

- ▶ Az alapellátási szolgáltatások országos teljesítménye magas
- ▶ A betegek 88%-a értékeli összességében jónak a GP praxisnál szerzett tapasztalatát
- ▶ A betegek 88%-a tudott időpontot kapni a házi orvosi rendelőnél a legutóbbi próbálkozásuk alkalmából, bár a betegek 12%-ának újra kellett hívni a rendelőt
- ▶ A betegek 93%-a kényelmesnek találta a kijelölt időpontot
- ▶ A betegek 79%-a az előjegyzés tapasztalatát jónak találta
- ▶ A betegek 93%-a bizalmat érez a legutóbb felkeresett házi orvos iránt
- ▶ A betegek 81%-a meg van elégedve a rendelési idővel

2011 júliusától kezdődően a betegfelmérést minden félévben elvégzik (júliusban és januárban). Az új felmérés lehetőséget nyújt a betegek számára, hogy véleményt mondjanak a házi orvosi szolgálat és néhány NHS szolgálat tapasztalatairól. A kérdések a praxis elérhetőségét érintik, mint előjegyzés, a recepció élményei, az orvosi konzultáció, valamint egyéb szolgáltatásokat, mint a fogászati ellátás és az ügyeleti ellátás. A közzétett adatok PCT és országos szinten állnak rendelkezésre. A felmérés eredményei a „GP patient survey” webhelyen érhetők el. (SZL)

#### **Forrás:**

- ▶ Results of GP patient survey. Department of Health, <http://www.dh.gov.uk/health/2011/12/gp-patient-survey/> (Letöltés dátuma: 2011.12.23.)
- ▶ GP patient survey website  
<http://www.gp-patient.co.uk/results/>

2011-12-27 11:04:57

### **OECD: Hogyan élünk? A jólét mérése, 2011**

Az OECD fennállásának 50.évfordulója alkalmából elindította a „Jobb életet - kezdeményezést”. Ennek a kezdeményezésnek a terméke a Hogyan élünk? A jólét mérése, 2011 című kötet.

A „jólét” komplex jelenség, és összetevői összefüggnek egymással, ezért a szintjének meghatározása átfogó fogalmi keretet igényel. A kötetben felvázolt fogalmi keret három pilléren nyugszik, ezek az anyagi természetű feltételek, az életminőség és a fenntarthatóság. Noha a jólét sok tényező komplex interakciójának eredménye és értékelése nagyban múlik azon, hogy egy-egy társadalomban az egyének és közösségek milyen fontosságot tulajdonítanak az egyes tényezőknek, egy gyors nemzetközi összképhez a kötet egy táblázatban összegzi a különböző dimenziók minden egyes indikátorára a rangsorbeli hely alapján adott értékelést.

A könyv ismertetése a csatolt fájlban olvasható.

Kapcsolódó anyagok: [oecd\\_jolet.pdf](#)

2011-12-15 13:52:02

## Egészségügyi informatika

### ***E-Egészségügyi Hivatal kezd meg működését Luxemburgban***

Luxemburgban a közeljövőben e-Egészségügyi Hivatal kezd meg működését az egészségügyi reformra vonatkozó 2010. december 17-i törvény megosztott betegdokumentációval (DSP) kapcsolatos előírásai nyomán.

Az ország már 2005 óta rendelkezik elektronikus egészségügyi hálózattal (GIE HealthNet), mely már az eddigiekben is lehetővé tette az egészségügyi adatcserét, illetve az adatok biztonságos megosztását.

Az e-Egészségügyi Hivatal felállítása a GIE feladatkörének kiterjesztését szolgálja,

- ▶ nevezetesen az e-egészségügyi platformnak és szolgáltatásainak (így a megosztott egészségügyi dokumentációnak, az e-receptnek, az elektronikus beszámolóknak és beutalóknak) országos szintű megvalósítását,
- ▶ a platformnak és szolgáltatásainak adminisztratív és technikai irányítását,
- ▶ az informatikai rendszerek interoperabilitásához és biztonságos alkalmazásához szükséges feltételek meghatározását az egészségügyi szektor informatikai rendszerei közötti adatkommunikáció biztosítása érdekében,
- ▶ az egészségügyi szektorra vonatkozó stratégiai terveket közös keretbe foglaló vezérlő struktúra felállítását az ország egészségügyi prioritásainak, illetve a szolgáltatók és a betegek igényeinek figyelembevételével.

A GIE HealthNet irányítási feladatait átvevő e-Egészségügyi Hivatal (Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé) a továbbiakban döntéshozó testületeibe integrálja az orvosok, fogorvosok és gyógyszerészek, az egészségbiztosítás, a szolgáltatói szervezetek, a kórházak, a laboratóriumok, az egészségügyi felső vezetés és a betegek képviselőit.

Az e-Egészségügyi Hivatal december 13-án tartott közgyűlése jelentette az új intézményben folytatandó tevékenység jogi előkészítésének záróakkordját, lehetőséget teremtve ezzel az új feladatok mielőbbi megvalósítására. (ZLL)

Forrás :

- ▶ Agence eSanté: sa mise en place. Ministère de la Santé. Grand Duché de Luxembourg, 2011.12.13.  
<http://www.ms.public.lu/fr/actualites/2011/12/agence-esante/index.html>  
(Letöltés dátuma: 2011.12.20.)

2011-12-20 15:54:08

## **Az Obama kormányzat intézkedései az egészségügyi informatika használatának ösztönzésére**

Az Egyesült Államok kormánya újabb lépéseket tett az orvosok és a kórházak támogatására, hogy vegyék igénybe az információs technológiát a költségek csökkentésére, a minőség javítására és munkahelyek teremtésére.

Kathleen Sebelius amerikai egészségügyi miniszter közzétett egy jelentést, miszerint az információs technológia orvosok által történő befogadása az elmúlt két év alatt megduplázódott. A minisztérium a rendelők és a kórházak egészséginformatikai használatát felgyorsító intézkedéseket is bejelentett, melyek várhatóan javítják az ellátást és munkahelyeket teremtenek az egész országban.

A személyes információk védelmével ellátott egészségügyi IT képes javítani az ellátáshoz való hozzáférést, segíteni a kezelések koordinálását, mérni az egészségügyi kimeneteket és csökkenteni a költségeket. A „HITECH Act” törvény által lehetővé váló intézkedések megkönnyítik az orvosok és más egészségügyi szakemberek számára, hogy ösztönzési pénzekben részesüljenek az egészségügyi IT befogadásáért és ésszerű alkalmazásáért. Jelenleg igen sok orvos és kórház még a papíralapú nyilvántartást használja az Egyesült Államokban.

Az egészségügyi rendszer javítása mellett az egészségügyi informatikára való országos átállás munkahelyek létrehozásában is szerepet játszik. A HITECH Act elfogadása óta 50 ezer egészségügyi informatikai munkahelyet hoztak létre az országban. A munkaügyi statisztikai hivatal szerint 2008-2018-ig az IT munkakörök várhatóan 20%-kal növekednek, ami jóval nagyobb ütemű növekedés más foglalkozásokhoz képest.

Az egészségügyi IT befogadásához segítséget nyújt az Obama kormányzat azon erőfeszítése, hogy egy 62 regionális támogató központból (Regional Extension Centers) álló országos hálózatot hozzon létre. A központok helyi nonprofit társaságokból állnak, akik útmutatással és forrásokkal szolgálnak az egészségügyi ellátók számára, hogy részt vegyenek az elektronikus betegnyilvántartást ösztönző programokban (Medicare and Medicaid Electronic Health Record Incentive Programs).

Egy CDC felmérés szerint a rendelői orvosok 52%-a használná ki az ösztönzési pénzek lehetőségét. A Medicare ösztönző programban résztvevő orvosok évi többletfizetése elérheti a 44 ezer dollárt is, míg ugyanez a Medicaid ösztönző program esetén 63750 dollár is lehet. Az elektronikus betegnyilvántartással rendelkező orvosok aránya duplájára, 17%-ról 34%-ra emelkedett 2008 és 2011 között. A házi orvosok körében a növekedés 20%-ról 39%-ra történt.

Az IT tapasztalatokkal bíró dolgozók keresletének kielégítésére az Obama kormányzat négy munkaerő fejlesztési programot indított. Az egész országra kiterjedő egészségügyi informatikai képzés 82 közösségi főiskolán és 9 egyetemen folyik. Jelenleg több mint 10 ezer hallgató tanul a képzési programokban. (SZL)

### **Forrás:**

- ▶ We Can't Wait: Obama Administration takes new steps to encourage doctors and hospitals to use health information technology to lower costs, improve quality, create jobs. Department of Health and Human Services, <http://www.hhs.gov/news/press/2011pres/11/20111130a.html> (Letöltés dátuma: 2011.12.07.)

2011-12-08 13:26:54

## Egészségügyi Világszervezet (WHO)

### **Skandinávia új klinikai egészségmegőrző központja észak-európai együttműködés révén jött létre**

Novemberben nyílt meg az észak-európai kutatóintézetek együttműködését tükröző Klinikai Egészségmegőrző Központ a Bispebjerg Egyetemi Kórház területén, Koppenhágában.

Az új intézmény a Kórházakban és az Egészségügyi szolgáltató részlegeknél folytatott Evidencián alapuló Egészségmegőrzésben a WHO-val együttműködő Dán Központ és a svédországi Lund Egyetem Klinikai Alkoholológiai kutatásokat folytató Részlegének fúziójával jött létre. Kutatásait öt terület – az alkohol/drog-fogyasztás, a dohányzás, a táplálkozás, a fizikai aktivitás, illetve az egészségtelen életmódhoz társuló betegségek – vonatkozásában kívánja elmélyíteni.

A Bispebjerg Kórház, az intézmény alelnöke szerint, az egyike Dánia azon kórházainak, melyek a betegek és az egészségügyi személyzet együttes bevonásával kezdtek elsőként egészségmegőrzéssel foglalkozni. A központ, mely a WHO együttműködő partnereként, az egészségmegőrzésre vonatkozó kutatási eredményeket világszerte ismertté teszi, a kutatást mindennapi klinikai tevékenységébe is be kívánja építeni. Célja egészségjavulás elérése a betegek, az egészségügyi dolgozók és a közösség számára egyaránt.

A központ legfőbb tevékenységei:

- ▶ kutatás és fejlesztés, ismeretterjesztés és minőségbiztosítás,
- ▶ az Egészségmegőrzésben részt vevő Kórházak és Szolgálatok WHO által felállított Nemzetközi Hálózatának irányítása,
- ▶ a Dohányzásról való Leszokás Dán Adatbázisának kezelése,
- ▶ a „Klinikai Egészségmegőrzés – kutatások és a legjobb gyakorlat a betegek, az egészségügyi dolgozók és a közösség számára” című folyóirat elindítása és gondozása.

Az intézményhez tartozó dán részlegek a Bispebjerg Egyetemi Kórházban, Koppenhágában, a svéd részlegek pedig a Skåne Egyetemi Kórházban, Malmöben találhatóak. (ZLL)

#### **Forrás:**

- ▶ New clinical health promotion research centre opens in Scandinavia. World Health Organization, Regional Office for Europe, 2011.11.29.  
<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Health-systems/public-health-services/news/news/2011/11/new-clinical-health-promotion-research-centre-opens-in-scandinavia> (Letöltés dátuma: 2011.12.15.)

2011-12-15 15:25:07