

Egészséggazdasági, egészségpolitikai és szociálpolitikai nemzetközi sajtószemle

2016. 29. sz.

Globális egészségügy

- Globális jelentés a rákos megbetegedések helyzetéről - *World Cancer Declaration Progress Report 2016*
- Jelentés a posztoperatív sebfertőzésekről Európában

Medica Düsseldorf 2016

Társadalombiztosítás

- A svájci társadalombiztosítás összesített pénzügyi mérlege 2014-ben

Ápolás

- Az ápolásfinanszírozás átalakításának értékelése Svájcban

Kórházügy

- A minőség, mint a döntéshozatal kritériuma a kórházügyi tervezés területén
- Hatékony számlaellenőrzés a Swiss-DRG keretében

Emberi erőforrás:

- Az orvosok számának és területi eloszlásának szabályozása. A Svájci Orvostudományi Akadémia állásfoglalása

Népegészségügy

- Genetika – dohányzás – tüdőrák

Hivatásrend

- Az 50 év fölötti osztályvezető főorvosok keresete

A sajtószemle az EGVE honlapján: <http://www.egve.hu/sajtoszemle>

**Globális jelentés a rákos betegedések helyzetéről –
World Cancer Declaration Progress Report 2016**
World Cancer Leaders‘ Summit (WCLS) Paris

Kulcsszavak: globális egészségügy, rákos megbetegedések, nemzetközi

Forrás Internet-helye:

http://www.uicc.org/sites/main/files/atoms/files/UICC_WorldCancerDeclaration_Progress_Report_2016_Book.pdf

A jelentés bemutatására a World Cancer Congress (Párizs, 2016. október 31. – november 3.) társrendezvénye, a World Cancer Leaders‘ Summit keretében került sor. Az egészségügyi szakértők felszólítják a világ országainak kormányait, hogy folytassák erőfeszítéseiket a rákos megbetegedések leküzdése érdekében.

Tezer Kutluk, a Nemzetközi Rákellenes Unió (International Union Against Cancer – UICC) elnöke szerint itt az ideje, hogy a kormányok és a döntéshozók biztosítsák az orvosi ellátásokhoz való egyenlő hozzáférést a rákos betegek túlélése érdekében.

Emlékeztetett arra, hogy már mindössze tíz év van hátra az Egészségügyi Világszervezet által kitűzött cél eléréséhez, miszerint 2025-ig 25%-kal csökkenteni kellene a nem fertőző betegségek miatti korai halálozást.

A nemzetközi szervezet tíz célkitűzést fogalmaz meg, amelyeket lényegesnek lát a rákos megbetegedések elleni küzdelemben. Több prevenciós programot kell indítani, mindenütt be kell vezetni a rákregisztereket, csökkenteni kell a rákos megbetegedések kockázatával járó tényezőket, mint a dohányzás és az túlsúlyosság, szélesebb körben kell alkalmazni a Humán Papillóma Vírus és a Hepatitis B elleni védőoltásokat. Le kell számolni a rákos megbetegedéseket övező mítoszokkal és univerzális hozzáférést kell biztosítani a korai felismeréshez. A szervezet jelentése szerint a lényeges célok közé tartozik a diagnózishoz és kezeléshez való hozzáférés, valamint a fájdalomterápia és az orvosok képzése.

A rákos megbetegedések jelenleg világviszonylatban valósággal „epidémiaszerűen” terjednek. Ma már minden harmadik ember (36 millió) érintett és minden évben több mint nyolcmillió beteg hal bele a betegségbe – akik közül négy millió idő előtt, 30 és 69 éves kora között. Becslések szerint 2025-ig a rákos megbetegedések miatti idő előtti halálozások száma évente hatmillióra növekedik.

Jelentés a posztoperatív sebfertőzésekről Európában
European Centre for Disease Prevention and Control
Annual Epidemiological Report 2016

Kulcsszavak: globális egészségügy, epidemiológia, kórházi fertőzések, sebfertőzések

Forrás **Internet-helye:** http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/Healthcare-associated_infections/surgical-site-infections/Pages/Annual-epidemiological-report-2016.aspx ;

A WHO jelentése és ajánlásai a sebfertőzések megelőzéséről (186 p.):
<http://www.who.int/gpsc/global-guidelines-web.pdf?ua=1>

A *European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)* jelentése szerint a sebészeti beavatkozásokat követő fertőzések gyakorisága Európában a hét leggyakoribb műtét közül négyenél csökkent, csak az epehólyagműtéteknél tapasztalható növekedés. Ezzel kapcsolatban az Egészségügyi Világszervezet is jelentést és ajánlásokat tett közzé.

Az ECDC által vizsgált hét leggyakoribb műtét: a koronáriás bypass-műtétek, az epehólyag eltávolítása, a bélműtétek, a császármetszés, a csípőendoprotézis műtét, a térdendoprotézis műtét és a hátsó csigolyaív műtéti eltávolítása (laminektómia).

A vizsgálatra 2013-2014-ben került sor. Ebben az EU 15 tagállama és az Európai Gazdasági Térség egy tagállama vett részt. 967.191 műtétet követően 18.364 esetben következett be fertőzés. A fertőzéseknek mintegy a fele (56%) felületi sebfertőzés volt, egynegyede (26%) mélyebb rétegeket és minden ötödik fertőzésnél (18%) belső szerveket vagy testüregeket érintett.

Leggyakrabban bélműtéteket követően lépnek fel posztoperatív fertőzések. A műtétet követően minden tízedik beteg (9,5%) megfertőződik, az egyes országok adatai 4,0% és 16,1% között ingadoznak. A posztoperatív fertőzés a hátsó csigolyaív eltávolítása esetén fordul elő a legritkábban, az egyes országok rátája 0,1% és 2,1% között ingadozik. Ugyancsak ritkán fordulnak elő fertőzések komplikációk a csípő- (0,3% és 3,8% között) és térdműtéteknél (0,0% és 3,4% között). Ám amennyiben ez bekövetkezik, rendszerint mély fertőzésekről van szó. Arányuk csípőműtéteknél 67%, térdműtéteknél 62%.

Az ECDC a hét gyakori műtét közül négyenél a posztoperatív fertőzések csökkenését állapította meg: a koronáriás bypass-műtéteknél, a császármetszésnél, a térdműtéteknél és a laminektómiánál. Bélműtéteknél és csípőműtéteknél az értékek nem változtak. Ezzel szemben az epehólyag műtéteknél a fertőzések rátája növekedett. Ezek a fertőzések Európában gyakrabban fordulnak elő, mint az Egyesült Államokban, vagy akár Törökországban. Az ECDC nem tudta feltárni a fertőzések epehólyag műtéteket követő növekedésének okát. A laparoszkópiás beavatkozások számának növekedése, mint ok kizárható. Ám feltűnő, hogy a fertőzésekre csak a kórházból való távozást követően került sor.

E L Ő Z E T E S !

***Medica 2016
Düsseldorf, 2016. november 14-17.***

Kulcsszavak: Medica, egészségipar, orvostechnika, szakkiállítás, vásár, nemzetközi

Forrás Internet-helye: <http://www.medica.de/>

A Medica egészségügyi szakkiállításra 40 éve kerül sor.

Az idei kiállítás sarokszámai: 116.000 m² lefoglalt kiállítási terület, várhatóan 130.000 látogató, a 70 országból érkező kiállítók száma első alkalommal haladja meg az 5.000-et.

Az idei kiállítás kiemelt témája a digitalizálás az egészségügyben. A hordozható egészségügyi elektronikus eszközök (*wearables*), egészségügyi alkalmazások, az eHealth területén használatos egyén innovációk a holnap gyógyításának mindennapi eszközeivé válnak.

A termékek és innovációk bemutatása mellett számos előadásra és prezentációra kerül sor, mint a 15. csarnokban tartandó *Health IT Forum* és *Connected Healthcare Forum*. Az egyik legjelentősebb párhuzamos rendezvény a ***COMPAMED 2016***.

A *Connected Healthcare Forum* az egészségügyi ellátás területén működő szereplők, folyamatok és rendszerek hálózatba szervezéséről szól és elsősorban a műszaki innovációra, mint a jövő gyógyításának katalizátorára összpontosul.

A *Medica* keretében kerül sor egyebek között a ***39. Német Kórházkongresszusra (39. Deutscher Krankenhaustag)***, amelyet Hermann Gröhe szövetségi egészségügyi miniszter nyit meg. Ennek kiemelt témakörei: a minőség és kórházügyi tervezés, az ápolás, az információtechnológia kórházi alkalmazásai, a betegelégedettség, valamint a beruházások finanszírozása. A találkozóra a kiállítás kongresszusi központjában (*CCD Ost*) kerül sor.

Sztárvendég: Andrea Eskau hatszoros paralimpiai bajnok.

Salome Schüpbach – Stefan Müller:
A svájci társadalombiztosítás összesített pénzügyi mérlege 2014-ben –
Gesamtrechnung der Sozialversicherungen 2014 (GRSV)
Soziale Sicherheit/CHSS/3 | 2016, 26-31. p.

Kulcsszavak: társadalombiztosítás, pénzügyi helyzet, Svájc

Forrás Internet-helye:

<http://soziale-sicherheit-chss.ch/artikel/gesamtrechnung-der-sozialversicherungen-2014/>

2014-ben a társadalombiztosítás ágazatainak bevételei 2,4%-kal, kiadásai 1,9%-kal növekedtek. A mérleg az előző évhez viszonyítva 1,2 milliárd CHF növekedést mutatott (22 milliárd CHF).

A társadalombiztosítás kiadásainak oroszlánrésze (86%) a szociális szolgáltatásokba áramlott. Ez az adókból finanszírozott kiegészítő szolgáltatások (*Ergänzungsleistungen – EL*) kivételével a biztosítottak és a munkaadók jövedelemarányos járulékaiból származik.

2012 és 2014 között a biztosítottak járulékainak növekedési rátája mindvégig a szociális szolgáltatások növekedési rátájának szintje alatt volt és a tendencia az eredmények rosszabbodására utalt. A vizsgált időszak többi évében azonban a biztosítottak járulékai 1,4 és 2,9% közötti mértékben, erőteljesebben növekedtek a szociális szolgáltatásoknál és ennek megfelelően javult a társadalombiztosítás eredménye.

Legújabb fejlemények a társadalombiztosítási ágazatok területén

A társadalombiztosítás központilag szervezett ágazatai tekintetében a 2015-re vonatkozó eredmények már ismertek. Ezekből körvonalazódik a megfelelő összesített mérleg:

- Az időskorúak és hátramaradt hozzátartozók nyugdíjbiztosítása 2015-ben negatív üzemi eredményt és bevételek-kiadások közötti negatív eredményt ért el, amire legutóbb 1999-ben került sor. Az üzemi eredmény 2014-ben még pozitív volt, a tőkenövekmények még a kiadások összege fölé nyomták a bevételeket. Mivel az összesített mérleg perspektívája a folyó tőkebevételeket is figyelembe veszi, 167 millió CHF-fel pozitív eredményt sikerült elérni.
- A rokkantbiztosítás a pénzügyi gyógyulás útján van. A kiadások alakulása 2009. óta stagnál. A kifizetett nyugdíjak összege 2006. óta tendenciálisan csökken (2015-ben 1,6%-kal).
- A rászorultsági vizsgálattól függő kiegészítő szolgáltatásokra fordított kiadások 2015-ben 4.782 millió CHF-re növekedtek. Az előző évhez viszonyítva ez a növekedés 3,3%-ról 2,2%-ra csökkent.
- A munkanélküliek biztosításának pénzügyi helyzete a konjunktúra alakulásával összefüggésben erőteljesebben ingadozik a többi társadalombiztosítási ágazaténál. Ebben az ágazatban 2011. óta a 126.000 CHF

alatti bérek járulékait 0,2%-ról 2,2%-ra emelték. A 126.000 CHF és 315.000 CHF közötti bérekre 2011-ben ugyancsak kivetettek egy szolidaritási hozzájárulást. A felső határ 2014. január 1-től megszűnt, így a szolidaritási járulékot az összes 126.000 CHF fölötti bérre kiterjesztették. A finanszírozás átalakításának és a kedvező konjunktúrának köszönhetően az ágazatnak sikerült csökkentenie a felhalmozott hiányt (2010 végén: 6,3 milliárd CHF, 2015 végén: 1,5 milliárd CHF).

Előrejelzés a 2015. évi összesített mérlegre vonatkozóan

A társadalombiztosítás beralapú, központosított ágazatai (időskorúak és hátramaradt hozzátartozók nyugdíjbiztosítása, rokkantbiztosítás, keresetkiegészítésről szóló rendelet, munkanélküliek biztosítása) pénzügyi helyzetének alakulása 2015-ben inkább kedvezőtlenül alakult. Az összes ágazat eredménye alacsonyabb volt az előző évinél, így 2014-hez viszonyítva 2015-ben az összesített mérleg is rosszabbodhat. Ez annál is inkább valószínű, mert 2015-ben a GDP alakulása is 0,5%-os visszaesést mutat.

Két összesített mérleg – két különböző perspektíva

A társadalombiztosítási ágazatok összesített pénzügyi mérlegét (*Gesamtrechnung der Sozialversicherungen – GRSV*) a Szövetségi Társadalombiztosítási Hivatal (*Bundesamt für Sozialversicherungen – BSV*) évente állítja össze. Ez a társadalombiztosítás ágazatainak pénzügyi adatain alapul és a társadalombiztosítási politika céljait szolgálja. A szociális biztonsági rendszerek összesített pénzügyi mérlegét (*Gesamtrechnung der Sozialen Sicherheit – GRSS*) a Szövetségi Statisztikai Hivatal (*Bundesamt für Statistik – BFS*) állítja össze az EUROSTAT indikátorai alapján és a nemzetközi összehasonlítás céljait szolgálja.

A szerzők:

Salome Schüpbach Lic. rer. pol.

wissenschaftliche Mitarbeiterin; Bereich Forschung, Evaluation und Statistik;
Geschäftsfeld Mathematik, Analysen, Statistik und Standards;
Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV)

E-mail: salome.schuepbach@bsv.admin.ch

Stefan Müller Dr. rer. pol.

wissenschaftlicher Experte; Bereich Forschung, Evaluation und Statistik;
Geschäftsfeld Mathematik, Analysen, Statistik und Standards
Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV)

E-mail: stefan.mueller@bsv.admin.ch

[Lásd még: *A svájci társadalombiztosítás pénzügyi helyzete: 2010. 8. sz.; 2011. 18. sz.; 2012. 29. sz.; 2013. 27. sz., 2014. 7. sz.; A társadalombiztosítás pénzügyi helyzetének összehasonlítása 1987 és 2013 között, 2016. 9. sz.]*

Christine Heuer – Christian Vogt:
Az ápolásfinanszírozás átalakításának értékelése
Soziale Sicherheit/CHSS/3 | 2016, 54-57. p.

Kulcsszavak: ápolás, finanszírozás, Svájc

Forrás Internet-helye:

<http://soziale-sicherheit-chss.ch/artikel/evaluation-der-neuordnung-der-pflegefinanzierung/>

A betegbiztosításról szóló szövetségi törvény (*Bundesgesetz über die Krankenversicherung – KVG*) 1996. január 1-én lépett hatályba. Ennek keretében az ápolásfinanszírozás tekintetében már számos szociálpolitikai követelmény teljesült. A korábbi szabályozással szemben, amely az egyébként szerény összegű ápolási járulékokra korlátozódott, ezt követően a kötelező betegbiztosítás (*obligatorische Krankenpflegeversicherung – OKP*) Svájc egész területén térítette az (ambuláns) otthoni látogatások, az ápolási otthonok és a kórházak ápolási szolgáltatásait. Új elem volt, hogy a törvény a saját számlára működő betegápolók mellett az ápolási otthonokat és az otthoni ápolást nyújtó szervezeteket (*Spitex*) is elismerte, mint szolgáltatókat. Ez többletköltségeket jelentett a kötelező betegbiztosítás számára és persze a demográfiai, egészségügyi és társadalmi folyamatok továbbra is felhajtják az ápolás költségeit.

A költségek átláthatatlansága miatt és a kötelező betegbiztosítás költségeinek jobb kontrollja érdekében 1998-ban az ápolás területén korlátozott időre szóló kerettarifákat vezettek be, ami hosszútávon nem bizonyult célszerű megoldásnak. Ezért 2011-ben sor került az ápolásfinanszírozás átalakítására (*Neuordnung der Pflegefinanzierung*).

Az ápolásfinanszírozás átalakításának célkitűzései

Az ápolásfinanszírozás átalakítása két célkitűzést követett. Egyrészt meg kellett előzni a kötelező betegbiztosításra háruló többletterheket, mivel ez az átalakítást megelőzően egyre nagyobb mértékben vállalt át az időskorúakhoz kapcsolódó ápolási szolgáltatásokat. Másrészt javítani

kellett az ápolásra szorulóknak szociálpolitikailag súlyos helyzetben levő csoportjainak körülményein – az ápolásra szorultság nem vezethet a szociális segélyektől való függéshez és elszegényedéshez.

Az ápolásfinanszírozás átalakításának tapasztalatai

Az államszövetségi parlament mindkét háza az ápolásfinanszírozás átalakításának bevezetését követően is intenzíven foglalkozott annak alkalmazásával. Több mint 30 előterjesztésre került sor, amelyek elsősorban a kantonok maradványfinanszírozásával, az ápolási szükséglet felmérésének rendszereivel, az ápolásra szorulóknak választási és vállalkozási szabadságával, az állami és privát Spitex-szolgáltatókkal szembeni egyenlő bánásmóddal, a költségszámítással és a szolgáltatások mérésével, az ápolás és a gondozás elhatárolásával foglalkoztak. Mindezek mellett mind a szociális biztonszági, mind az egészségügyi bizottság több jelentés keretében kért tájékoztatást az ápolásfinanszírozás átalakításának eredményeiről. A kantonok maradványfinanszírozása, elsősorban a kantonon kívüli ápolási otthonokban igénybe vett szolgáltatások kérdésében, újabban a származási kanton marad illetékes, akárcsak az időskorúak és a hátramaradt hozzátartozók nyugdíjbiztosítása és a rokkantbiztosítás keretében nyújtott kiegészítő szolgáltatásokról szóló szövetségi törvény rendelkezései esetén.

A szerzők:

Christine Heuer

Lic. rer. soc. wissenschaftliche Mitarbeiterin, Fachstelle Evaluation und Forschung, Bundesamt für Gesundheit (BAG)

E-mail: christine.heuer@bag.admin.ch

Christian Vogt

Politologe, wissenschaftlicher Mitarbeiter, Sektion Tarife und Leistungserbringer I, Bundesamt für Gesundheit (BAG)

E-mail: christian.vogt@bag.admin.ch

***Dr. Karl Blum et al.: A minőség, mint a döntéshozatal
kritériuma a kórházi tervezés területén***

Deutsches Krankenhaus Institut, Düsseldorf, 01. 09. 2015 (110 p.)

Kulcsszavak: kórházügy, minőség, kórházi tervezés, Németország, Svájc, Ausztria

Forrás Internet-helye:

https://www.dki.de/sites/default/files/publikationen/2015_09_qualitaet_als_entcheidungskriterium_der_krankenhausplanung_-_finale_fassung.pdf

A koalíciós szerződés, a szövetség és a tartományok munkacsoportjának a kórházi reformra vonatkozó állásfoglalása, valamint a kórházi struktúrákról szóló törvény szerint a jövőben a kórházi tervezés keretében hozott döntéseknél a minőség is figyelembeveendő kritérium. Ha valamely kórház szolgáltatásai nem ütik meg a minőségi mércét, következményekkel kell számolnia az adott tartomány kórházi tervébe való felvétele, vagy abban való megtartása tekintetében. A **Német Kórháztársaság (Deutsche Krankenhausgesellschaft)** és a tartományi kórháztársaságok ezzel kapcsolatban megbízták a **Német Kórházi Intézetet (Deutsches Krankenhausinstitut)** a minőségorientált kórházi tervezés követelményeinek kidolgozásával. Az elemzés a szomszédos országokra való kitekintést is tartalmaz.

A német kórházak minőségügyi és minőségfejlesztési rendszere már ma is nemzetközi elismerésnek örvend. A jogszabály által előírt belső minőségbiztosítást önkéntes külső tanúsítási eljárások egészítik ki. A **Közös Szövetségi Bizottság (Gemeinsamer Bundesausschuss – G-BA)** előírásai a külső minőségbiztosításról világszerte példamutatók. Az **AQUA-Institut** 2013-ban készített jelentése szerint ebben az évben 1.557 kórháznál, több mint 3,2 millió adat rögzítésére került sor, 434 minőségügyi indikátorra és 30 szolgáltatási területre vonatkozóan.

A koalíciós szerződésben meghirdetett „minőségügyi offenzíva” elsősorban a kórházi ellátást veszi célba. Létrejött a **Minőségügy és Transzparencia Intézete (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz – IQTIG)**, a kórházak és a biztosítók közötti minőségügyi mintaszerződések bevezetésére került sor, amelyek egyebek között a minőségügynek a kórházi tervezés döntéshozatali eljárásában való figyelembevételét célozzák.

4. 1. Svájc

4.1.1. Alapkérdések

Az esetátalányok bevezetésével Svájcban is sor került a kórházi tervezés reformjára. A kórházi tervek összeállítása, a minőség és a gazdaságosság biztosítása tekintetében a 26 kanton illetékes. A teljesítmény- és minőségorientált

kórházügyi tervezés bevezetésére fokozatosan került sor. Első lépésben definiálták az orvosilag összehasonlítható szolgáltatási csoportokat és ezekkel kapcsolatban gazdaságossági és minőségügyi követelményeket határoztak meg. Következő lépésben felmérték a kanton kórházi ellátási szükségletét a szolgáltatási csoportok vonatkozásában. Végül a kórházak pályázhattak a meghirdetett szolgáltatási csoportokra. A pályázatot követően a kanton egészségügyi igazgatósága döntött arról, hogy teljesülnek-e a gazdasági és minőségügyi követelmények.

4. 1. 2. A szolgáltatási csoportok

A minőség és gazdaságosság szerinti kórházügyi tervezés kritériumait elsőként Zürich Kanton dolgozta ki és 2011-ben a kantonok egészségügyi igazgatóinak konferenciája ezt a modellt ajánlotta a többi kanton számára is. A kórházügyi tervezés alapját a zürichi modell szerint az ún. kórházügyi tervezési szolgáltatási csoportok alkotják, amelyek különböző szakterületekre tagolódnak. A szolgáltatási csoportok kifejlesztése a svájci DRG-rendszer, a svájci műtéti katalógus és a betegségek nemzetközi osztályozása alapján történt.

Két különleges szolgáltatási csomag: az „alapsomag” és az „elektív alapsomag”. Az alapsomag a sürgősségi osztállyal rendelkező kórházakra terjed ki és alapszolgáltatásokat tartalmaz a „belgyógyászat” és az „általános sebészet” területén. Az elektív alapsomag sürgősségi osztállyal nem rendelkező szolgáltatókra terjed ki, az ilyen kórházak csak a szemészet, a fül-orr-gégészet, az orthopédia/rheumatológia, a nőgyógyászat és az urológia területén nyújthatnak elektív beavatkozásokat. A magasan specializált szolgáltatások vonatkozásában a kantonok Svájc teljes területére vonatkozó kórházügyi tervezés kidolgozására kaptak megbízást.

4. 2. Ausztria

4. 2. 1. Alapkérdések

Ausztriában a kórházi ellátás és a kórházügyi tervezés jogi keretfeltételeinek kidolgozása szövetségi szinten történik. A szövetségi tartományok a végrehajtási utasítások kidolgozása és a gyakorlati végrehajtás tekintetében illetékesek. Az egészségügyi ellátás integrált tervezésének kötelező keretterve az ***Oszták Egészségügyi Strukturális Terv (Österreichischer Strukturplan Gesundheit – ÖSG)***, amely előírásokat tartalmaz a kórházügyi tervezés és a megfelelő regionális szintű tervezés számára.

A szövetségi strukturális terv egyebek között tervezett értékeket irányoz elő indikációs csoportok és ellátási régiók szerint a kórházi ellátás volumenére vonatkozóan. A kórházi szolgáltatásokra vonatkozóan minőségügyi kritériumokat határoz meg, struktúra- és folyamatindikátorok, valamint minimális frekvenciák formájában. A szövetségi strukturális tervet rendszeresen (két-háromévente) revideálják.

A tartományok kórházügyi tervek kidolgozására kötelesek, amelyeknek követniük kell a szövetségi strukturális terv kapacitásokra és minőségügyre vonatkozó feltételeit. Az ágyakat fenntartó struktúrák kapacitásainak kialakításánál figyelembe vett tényezők: a regionális lakossági struktúra, a népsűrűség, a demográfiai folyamatok, a közúti elérhetőségi viszonyok, a létező kórházi intézmények kihasználtsága. Ezekből szakirányok szerinti tervezett értékeket határoznak meg a percekben mért elérhetőség, az ágyszükséglet és az osztályonkénti minimális ágyszám vonatkozásában. A **Regionális Egészségügyi Strukturális Terv (Regionaler Strukturplan Gesundheit – RSG)** kialakítása az egyes tartományokban különböző. A tartományok többségében az adott tartomány rendeletben szabályozza a tartományi kórházügyi tervet.

Mindezek mellett egy régiók fölötti ellátási tervezés keretében ellátási régióként ún. referenciaközpontok felállítására kerül sor. Ezek specializált struktúrák, amelyek a súlyponti, ill. központi ellátás szintjén a kórházak keretében komplex orvosi szolgáltatásokat nyújtanak (pl. a szív-, vagy a transzplantációs sebészet területén).

A kórházi ellátásokra ún. szakirányok szerint specifikus szervezeti formák (pl. referenciaközpont, osztály, nappali kórház), valamint ún. interdiszciplináris üzemi egységek (pl. interdiszciplináris kórházi osztály, központi betegfelvétel, ambulancia) keretében kerül sor. A szövetségi strukturális terv mindegyik szervezeti forma tekintetében általános minőségügyi előírásokat tartalmaz, pl. a személyügyi ellátottság (pl. szakorvosi standardok, rendelkezésre álló létszám), a betartandó szolgáltatási spektrum, az infrastruktúra (pl. minimális ágyszám, minimális orvostechnikai felszereltség) vonatkozásában.

A szövetségi strukturális terv tervezési és minőségügyi előírásokat tartalmaz továbbá az egyes szakterületek, a személyügyi ellátottság, a műszaki felszereltség és a szolgáltatási kínálat vonatkozásában.

A szervezettel összefüggő minőségügyi előírások mellett további minőségügyi kritériumok léteznek a kiválasztott egyedi orvosi szolgáltatásokra vonatkozóan. A komplexebb orvosi szolgáltatások végrehajtása azon osztályok előjoga, amelyek teljesítik a megkövetelt minőségügyi kritériumokat a struktúraminőség és a minimális frekvenciák vonatkozásában.

Kontakt:

Dr. Karl Blum

Deutsches Krankenhausinstitut e.V.

Hansaallee 201 ; D - 40549 Düsseldorf

Tel.: 49-211 / 47 051 – 17 ; Fax: 49-211 / 47 051 – 19

Email: karl.blum@dki.de

Stephan Hill: Hatékony számlaellenőrzés a Swiss-DRG keretében
Soziale Sicherheit/CHSS/2 | 2016, 67-69. p.

Kulcsszavak: kórházügy, elszámolás, esetátalányok, DRG, Svájc

Forrás Internet-helye: <http://soziale-sicherheit-chss.ch/artikel/effiziente-leistungskontrolle-mit-swissdrg/>

A SwissDRG 2012. január 1-én lépett hatályba, ami elég sokba került a kórházaknak. Az igazgatási személyzetet, az orvosokat, az ápolókat be kellett avatni a kódolás rejtelmeibe, mi több, sor került egy „államszövetségi egészségügyi kódfeldolgozó” képzés bevezetésére. Négy év elteltével a kódolás gyakorlata a kórházak többségénél jól működik. Ennek ellenére sok kórház küszködik nehézségekkel, elsősorban a kisebb és közepes méretű kórházaknak esik nehezebbre avatott kódolókat szerezni. A kódolócsapatokból hiányzik a megfelelő ismeretekkel rendelkező személyek kritikus tömege, amely lehetővé tenné a magas színvonalú tevékenységet. A megfelelően képzett személyzet hiányát a kódolás minősége szenvedni meg. A belső dokumentáció és a kódolás hiányosságai jelentős bevételektől fosztják meg azokat a kórházakat, amelyek egyébként szakmailag korrekt szolgáltatást nyújtanak.

A biztosítók a kórházakéhoz hasonló kihívásokkal szembesültek. Itt is hiányzott a személyzet és a szaktudás a DRG-számlák kontrolljának intézéséhez. Vannak biztosítók, amelyek túl sok személy között osztják szét vagy túlságosan decentralizálják a DRG-számlák kontrollját, ami rontja a munka minőségét.

Az ellenőrzési folyamat a biztosítóknál

A biztosítók nem is képesek és nem is jogosultak az összes DRG-számla ellenőrzésére. Ki kell válogatniuk azokat az eseteket, amelyeket specializált vizsgálat keretében akarnak ellenőrizni. Ez kétféleképpen történhet meg: egyrészt ún. szelekciós listákkal, amelyekkel manuálisan választják ki a pontosan ellenőrizendő eseteket. Másrészt szoftverekkel, amelyek az elektronikus adatállományokat ellenőrzik a kódolási szabályok betartása vagy a diagnózisok és műtéti eljárások valószínűtlensége vonatkozásában. Végül az ily módon kiszűrt DRG-számlák ellenőrzését mindkét esetben speciálisan képzett személyzet végzi. Ennek során a kódolási kézikönyv mellett a HBCS és a svájci műtétek katalógusait alkalmazzák. Az ellenőrzés sikerét és a nem korrekt számlák kiszűréséből származó megtakarításokat a kontrollt végző kódolók szakképzettsége és

tapasztaltsága dönti el. A személyzeti fejlesztés során tehát a biztosítók ugyanazokkal a nehézségekkel küszködnek, mint a kórházak.

Az ellenőrzés kiszervezése

Vannak biztosítók, amelyek a teljes számlaellenőrzést, az előzetes szelekciótól a részletes kontrollig külső szolgáltatóknak szervezik ki. A részletes vizsgálatnak a külsős kódoló specialisták részére történő átadására azonban többnyire a sikeres belső előzetes szelekciót követően kerül sor. Mindkét esetben a Svájci Balesetbiztosítási Intézet (SUVA) tulajdonában levő és az ELCA-cég által kifejlesztett *Sumex DRG-Expert* és *Sumex DRG-Box* instrumentumok alkalmazásával kerül sor, amelyeket rendkívül kedvező költséggel bocsátanak a biztosítók rendelkezésére.

Az ellenőrizendő dokumentumokat speciálisan titkosított e-mailek vagy dedikált szerverek közvetítésével továbbítják. A dokumentumok kezelése során a biztosítóknak és a külső szolgáltatóknak be kell tartaniuk a minőségbiztosítási és adatvédelmi szabályokat. A dokumentumokat a biztosító szerzi be és továbbítja a külső szolgáltató részére és ugyancsak a biztosító dolga, hogy felszólítsa a kórházak a számlák átadására.

A számlák kontrolljának kiszervezése hátrányos is lehet a biztosító és a szolgáltató számára. Bizonyos körülmények között a kiszervezés többbe kerülhet, mint saját személyzet foglalkoztatása. A feldolgozás időtartama elhúzódhat. A kiszervezés akkor lehet előnyös, ha a külső szolgáltató magas megtakarításokat eredményez, miközben lehetőség szerint minél több nem indokolt DRG-számlát szűr ki és vizsgál felül. Ezenkívül a külső szolgáltatást nyújtó partner kockázatokat is vállal a személyügyi tervezés vonatkozásában, mivel a szükséges szakismeretekkel rendelkező személyi erőforrásokról és vezetői kapacitásokról is gondoskodnia kell. Megfelelő kiszervezéssel a biztosító 1:3 arányt érhet el a DRG-számlaellenőrzésre való ráfordítás és az elért megtakarítás között. Az üzlet tehát gyorsan kifizetődik. Ennek ellenére a kisebb és közepes méretű biztosítók tartják meg a saját erővel végzett számlaellenőrzéshez.

A szerző:

Dr. rer. pol. Stephan Hill

Geschäftsführer DRGplus und h-consulting ag.

E-mail: stephan.hill@drgplus.ch

Az orvosok számának és területi eloszlásának szabályozása.
A Svájci Orvostudományi Akadémia állásfoglalása
Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)
Swiss Academies Communications, Vol. 11, No 11, 2016 (32 p.)

Kulcsszavak: emberi erőforrás, orvosi személyzet, Svájc

Forrás Internet-helye: <http://www.samw.ch/de/Publikationen/Positionspapiere.html>

Az OECD országai közötti összehasonlításban az orvosok „népsűrűsége” Svájcban viszonylag magas. Az is igaz, hogy ez lényegében a külföldi orvostoborzásnak tulajdonítható. A jelentős bevándorlás ellenére a különböző egészségügyi szektorokban nem sikerül minden orvosi állást betölteni. A szerzők szerint számos jel utal arra, hogy az orvosok eloszlása mind regionális, mind szakmai szempontból eltorzult. Nemzetközi tapasztalatok bizonyítják, hogy egy szolidárisan finanszírozott egészségügyi rendszerben szükségessé válik az orvosok területi megoszlásának szabályozása.

Az orvostudományi akadémia állásfoglalása öt intézkedéscsomagot javasol az orvosok megoszlásának irányítása érdekében:

Ösztönző rendszerek: Az állásfoglalás többdimenziós ösztönző rendszerek bevezetését javasolja, amelyek pénzügyi és belső munkahelyi vonatkozásokra terjednek ki, mint a munkaszervezet. Koherens pénzügyi ösztönzők bevezetésére csak az orvosi szolgáltatások tarifáinak revíziójával és optimalizálásával nyílik lehetőség, vagyis meg kell változtatni a térítési rendszert. Elsősorban az ún. alapellátási szolgáltatásokat kell jobban megfizetni. A szerzők ezek közé sorolják az általános orvosi, a pszichiátriai és a gyermekorvosi szolgáltatásokat.

Szükségletelemzés: Fontos az ésszerű szükségletelemzés. A szerzők szerint a szakképzett munkaerő alakulását folyamatosan figyelni kell, rövid időtartamú előrejelzéseket kell készíteni.

Régiók fölötti irányító testület: Az orvosok területi eloszlásának regionális irányítása csak nehezen valósítható meg, mivel a szereplők és a régiók érdekei különbözők és részben erőteljesen ellentétesek. A szerzők ezért egy nemzeti irányító testület felállítását kezdeményezik.

Továbbképzés: Egyebek között a továbbképzési helyek számának emelésére van szükség az elsődleges ellátási praxisokban való utánpótlás biztosítása és a külföldi végzettségű orvosok iránti igény csökkentése érdekében.

Új ellátási modellek: Az állásfoglalás szerint a munka- és kompetenciamegosztás érdekében jól definiált hálózatok és betegutak segítségével javítani kell a különböző szakmai csoportok közötti együttműködést. Az új ellátási modellek keretében kedvező, a leendő orvosok számára vonzó munkakörülményeket kell teremteni.

Minden harmadik orvos külföldi:

A szerzők figyelmeztetnek arra, hogy a Svájcban működő orvosok 30,5%-a külföldi. A külföldiek aránya évente 1,5%-kal növekedik. Ezek 56,2%-a a kórházi, 41,7%-a az ambuláns ellátás területén, 2,1%-a egyéb területen működik. A külföldi orvosok többsége Németországból (17,4%), Olaszországból (2,4%), Franciaországból (1,7%) és Ausztriából (1,7%) származik.

Genetika – dohányzás – tüdőrák

Science 04 Nov 2016: Vol. 354, Issue 6312, pp. 618-622

DOI: 10.1126/science.aag0299

Kulcsszavak: genetika, dohányzás, tüdőrák, Egyesült Államok, Anglia

Forrás Internet-helye: <http://science.sciencemag.org/content/354/6312/618> ;
<http://www.sanger.ac.uk/news/view/smoking-pack-day-year-causes-150-mutations-lung-cells> ;
<http://www.lanl.gov/discover/news-release-archive/2016/November/11.03-mutational-signatures-mark-cancers-smoking-gun.php>

A *National Laboratory (Los Alamos, New Mexico, USA)* és a *Wellcome Trust Sanger Institute (Hinxton, Anglia)* kutatói szerint egyetlen doboz cigaretta elszívása a tüdő minden egyes sejtjében évente átlagosan 150 további mutációt okoz. A kutatók több mint 5.000 rákos daganatot vizsgáltak meg és a dohányzók daganatait összehasonlították azokéval, akik soha nem dohányoztak. Ennek során a rák 17 típusát azonosították, amelyek kockázata a dohányzással növekedik, több mint 20 mutációs mintázatot azonosítottak, amelyek közül öt a dohányzók körében tipikus volt.

A DNS mutációinak száma az elszívott cigaretták számától és az adott szervtől függött. A legsúlyosabban érintett szerv a tüdő (150 mutáció/sejt). Egy doboz cigaretta elszívása a gégeben sejtenként átlagosan 97, a garatban 39, a szájban 23 további mutációt okoz. A dohányzáshoz közvetlenül nem kapcsolódó, de ugyancsak érintett szervek: a húgyhólyag (18 mutáció) és a máj (6 mutáció).

Ludmil Alexandrow (National Laboratory) kutatásvezető szerint eddig is rendelkezünk a dohányzás és a rák közötti összefüggés számos epidemiológiai bizonyítékával, de most végre sikerült megvizsgálni és kvantifikálni a cigaretta által a DNS-ben okozott molekuláris elváltozásokat is.

A tanulmány szerint a dohányzással több mint 7.000 kemikália kerül a szervezetbe, amelyek közül több mint 70 rákkeltő. Világviszonylatban évente legalább hatmillió ember veszíti életét a dohányzás következményei miatt.

Mike Stratton (Wellcome Trust Sanger Institute, Hinxton) szerint a rák kockázatának okait a dohányzók körében még mindig nem sikerült teljes mértékben dekódolni. Számos kérdőjel maradt azon szervek tekintetében is, amelyek nem kerülnek érintkezésbe a dohányzással. A kutató szerint a dohányzás és a rákos megbetegedések közötti összefüggés sokkal bonyolultabb, mint eddig gondolták.

Az 50 év fölötti osztályvezető főorvosok keresete
A&W Online 2. November 2016 3:00 ; Gehalt.de

Kulcsszavak: hivatásrend, orvosok keresete, Németország

Forrás Internet-helye: <https://www.gehalt.de/beruf/chefarzt-chefaerztin> ;
https://www.arzt-wirtschaft.de/fuehrungskraefte-ue-50-niedergelassene-aerzte-verdienen-am-meisten/?auwUsrGr=so&utm_campaign=FINANZEN-Newsletter-02_11_2016-2016-11-02+07%253A35%253A00&utm_source=AuW-Newsletter&utm_medium=email&utm_term=Verm%25C3%25B6gen-F%25C3%25BChrungskr%25C3%25A4fte+%25C3%259C50%253A+Chef%25C3%25A4rzte+verdienen+am+meisten&utm_content=SO

Ha valaki orvosként idősebb korában többet szeretne keresni, talán mondjon fel a privát praxissal és menjen el kórházi orvosnak. Németországban az 50 év fölöttiek korosztályában az osztályvezető főorvosok a legmagasabb keresettel rendelkezők közé tartoznak. Az alkalmazotti viszonyban működő orvosok sem keresnek rosszul és ráadásul nem terheli őket vállalkozói kockázat.

A különböző szakmák kereseteit követő és összehasonlító portál (*Gehalt.de*) annak járt utána, hogy mennyi az 50 év fölötti alkalmazotti viszonyban működő személyek keresete. Az eredmény: kórházi osztályvezető főorvosnak lenni a legkifizetődöbb. Ezek az orvosok évente átlagosan 193.222 EUR- keresnek. Ekkora összegről sok praxistulajdonos még csak nem is álmodhat.

A jó keresettel rendelkezők hírében álló vállalkozási tanácsadók csak a második helyen állnak: 186.616 EUR éves jövedelemmel rendelkeznek. Az átlagjövedelem tekintetében az ügyvezető igazgatók (159.127 EUR), a terjesztési vezetők (140.746 EUR), és a gazdasági igazgatók (136.962 EUR) következnek.

Az 50 év fölötti, személyügyi felelősséget nem viselő és legjobban kereső foglalkozási csoportok rangsora: piacfejlesztési (*business development*) menedzserek (évi bruttó 104.489 EUR), kutatás-fejlesztés (90.542 EUR), információtechnológiai tanácsadók (89.222 EUR), értékesítési mérnökök (88.843 EUR). De az alkalmazotti viszonyban működő orvosoknak sem megy rosszul a sora: évente bruttó 87.173 EUR jövedelemmel rendelkeznek. Ezek az adatok azonban többnyire a gyarapodás végét jelentik. A személyi felelősséget nem viselő munkavállalók részére mindenképp. A *Gehalt.de* egy másik felmérése szerint ezeknek az alkalmazottaknak a jövedelme legfeljebb 45-ik életévükig növekedik rendszeresen. Miközben a vezetők még ezután is kapnak fizetésemelést, az alkalmazottak bruttó jövedelme ezen a ponton megáll, sőt akár csökkenhet is.

ELŐJEGYZÉSI LISTA:

Egészségügyi statisztikai évkönyvek:

- Szociális biztonság az európai országokban: számok és tények (2015) (BMAS)
- 35 európai ország statisztikai adatai: egészségügy, szociális biztonság (BFS)

Svájc:

-
- A svájci egészségügy zsebkönyve 2016
- A gyógyító és prevenciós szolgáltatások költségeinek alakulása 2002 és 2012 között (*Soziale Sicherheit* 2015. 6. sz.)
- Az új kórházfinanszírozás hatása a kórházi ellátások minőségére. Aktualizálás 2013 (*Obsan Bulletin*)
- Szocioökonómiai és kulturális egyenlőtlenségek a svájci lakosság egészségmagatartásában (*Obsan Bulletin, Obsan Bericht*)
- Az időskorúak részére nyújtott átmeneti struktúrák kínálata és igénybevétele (*Obsan Dossier* 52)
- Swiss Personalized Health Network (SAMW Bulletin)
- A Svájci Orvostudományi Akadémia alapelvei az embereken végzett kísérletekről
- A Svájci Orvostudományi Akadémia irányelvei a kényszerintézkedésekről (átdolgozott változat), 2015 december
- A szociális segélyek helyzete Svájcban (*Soziale Sicherheit* 2015. 6. sz.)
- Folyamatok a szociális segélyek területén (2006-2011)
- A foglalkoztatás minősége Svájcban
- *ValeurS Gesundheit*, 2016. 1. sz. A Szövetségi Statisztikai Hivatal információs magazinja
- Tartós ápolás a kantonokban (*Obsan Rapport*)
- A nem fertőző betegségek indikátorai Svájcban
- *Swiss Personalized Health Network (SAMW)*
- Longitudinális elemzés a krónikus betegekről (*Obsan Bulletin*)

Szociálpolitika:

- Munkanélküliség és előrehozott nyugdíjazás az időskorúak körében Európában (*ZSR-Kompakt*)
- A csökkent keresőképesség miatti előrehozott nyugdíjazás biográfiai előzményei (*ZSR-Kompakt*)
- A gazdasági válság és a német szociális rendszer válsága

- A hitelalapú szociálpolitika felemelkedése Németországban
- Az időskori biztosítás financializálódása Németországban tartományok közötti összehasonlításban
- Jelentés a családpolitikáról és a családok helyzetéről Németországban 2014-ben – *Familienreport 2014*
- A szociális innováció gazdasági tényezői
- A német szociális modell válsága (IAQ)
- Válság és válságkezelés a német szociális államban (ZeS)
- Jövedelmi egyenlőtlenségek és csúcsjövédelmek (IMK Report)
- Szociális biztonság a munkavégzés modern világában. A GVG állásfoglalása az Arbeit 4.0 Zöldkönyvvel kapcsolatban
- Jelentés a minimálbérekről 2016-ban – *WSI-Mindestlohnbericht 2016 (WSI-Bericht, WSI-Report 1/2016)*
- Soziale Sicherheit (CHSS), 2016. 1-2. sz.

Kórházügy:

- Az állami finanszírozás feladatainak a járulékfizetőkre való áttevődése. Elemzés a privát betegbiztosítók szemszögéből

Népegészségügy:

- Egészségi egyenlőtlenségek az időskorúak körében (*GBE Kompakt, RKI*)
- Időskorúak testi ereje (*RKI Faktenblatt*)

Rövidhírek (aleatorikusan):

Praxishírek (*Arzt & Wirtschaft*)

Gyógyszerpiaci rövidhírek (*Pharmazeutische Zeitung, Deutsche Apotheker Zeitung*)

Népegészségügyi rövidhírek (*Robert-Koch-Institut*)