

Unispital Zürich und KSW: 50-Stunden-Woche

Der Entscheid der Volkswirtschaftsdirektion, das Universitätsspital Zürich und das Kantonsspital Winterthur (KSW) dem Arbeitsgesetz zu unterstellen, wird nicht angefochten. Die beiden Spitäler verzichten auf einen Weiterzug ans Verwaltungsgericht. Der Entscheid der Volkswirtschaftsdirektion hat zur Folge, dass die Maximalarbeitszeit von 70 auf 50 Stunden sinkt. Betroffen von der Arbeitszeitreduktion sind insbesondere die Oberärzte sowie weitere Berufsgruppen, nicht aber das Pflegepersonal und die Assistenzärzte.

Die 50-Stunden-Woche sei für ein Universitätsspital eine echte Herausforderung, heisst es in der Mitteilung weiter. Einerseits entstünden dadurch Kosten in Millionenhöhe, andererseits werde die akademische Nachwuchsförderung erheblich erschwert. Beim Kantonsspital Winterthur ging man bei Bekanntwerden des Entscheids davon aus, dass maximal 20 zusätzliche Stellen geschaffen werden müssen.

Die Frage, ob die beiden Spitäler dem Arbeitsgesetz unterstehen, ist durch die Verselbstständigung der Institutionen aufgeworfen worden. Gemäss des Entscheids der Volkswirtschaftsdirektion gelten die Arbeits- und die Ruhezeitverordnung nicht für unselbständige, sehr wohl aber für selbständige öffentlich-rechtliche Anstalten.

(Medical Tribune)

Les coûts des soins vont plus que doubler d'ici à 2030

Les coûts des établissements médico-sociaux et des services d'aide et de soins à domicile pourraient passer de 7,3 milliards de francs en 2005 à près de 18 milliards en 2030. C'est ce que révèlent les nouvelles projections réalisées par l'Observatoire suisse de la santé. Cette hausse, qui est directement liée à l'augmentation du nombre de personnes âgées de plus de 80 ans, est en grande partie inévitable. Toutefois, la hausse des coûts pourrait être freinée si l'état de santé de cette population s'améliorait ou si l'utilisation des services à domicile était fortement encouragée.

En Suisse, le secteur des soins de longue durée a connu une croissance importante au cours des dernières années. De 1995 à 2005, les coûts des établissements médico-sociaux et des services d'aide et de soins à domicile ont augmenté de plus de 45% en termes réels. Cette croissance est plus rapide que celle du système de santé dans son ensemble. Les coûts générés par les personnes de 65 ans et plus, qui constituent la majorité des utilisateurs, se montaient à 7,3 milliards de francs en 2005, soit 13,9% du total des dépenses de santé et 1,6% du produit intérieur brut (PIB). La croissance des coûts des soins de longue durée s'explique principalement par l'arrivée à la retraite des cohortes du baby-boom et par l'augmentation

de leur espérance de vie. Selon les projections démographiques de l'Office fédéral de la statistique (OFS), la population de 65 ans et plus va passer de 1,2 millions en 2005 à 2 millions de personnes en 2030, soit une hausse de deux tiers. L'augmentation de la population âgée de 80 ans et plus est encore plus rapide: elle passera de 340 000 à 625 000 personnes, soit presque un doublement en vingt-cinq ans. L'Observatoire suisse de la santé actualise ses projections des coûts des soins de longue durée en tenant compte de ces prévisions démographiques et en proposant de nouveaux scénarios de l'évolution possible. Selon le scénario de référence, les coûts des soins de longue durée sont projetés à 17,8 milliards de francs en 2030 (prix constants de 2005) et ils représenteront 2,8% du PIB de la Suisse. Les coûts des établissements médico-sociaux se montent à près de 80% des coûts totaux (14,9 milliards de francs). Ceci s'explique par la forte hausse projetée de la population de 80 ans et plus. Ce résultat signifie qu'une part importante des coûts sera inévitable. Ceci implique que les structures soient en mesure de s'adapter pour répondre à la demande, faute de quoi une partie des besoins en soins pourrait être non satisfaite.

Si l'état de santé de la population de 65 ans et plus s'améliore à l'avenir, les taux de recours aux soins de longue durée pourraient diminuer. Dans ce cas, les coûts sont estimés à 16,2 milliards, ce qui représente 2,5% du PIB en 2030. Cela représente une baisse de 1,6 milliards de francs par rapport au scénario de référence. L'amélioration de l'état de santé de cette population est possible si des programmes efficaces de prévention et de maintien de l'autonomie sont mis sur pied. Ces résultats révèlent donc le rôle qu'une politique de prévention et de promotion de la santé pourrait jouer pour limiter la hausse des coûts des soins de longue durée.

Encourager le recours aux services d'aide et de soins à domicile pourrait permettre de maintenir des personnes avec incapacités fonctionnelles à domicile et ainsi réduire le nombre de résidents dans les établissements médico-sociaux. Dans le scénario avec une substitution relativement forte entre les deux formes de soins (substitution de 50%), les coûts sont projetés à 15,7 milliards de francs, soit 2,4% du PIB. Par rapport au scénario de référence, cela représente près de 2 milliards de francs en moins. Il est toutefois probable que pour atteindre un tel degré de substitution, il faudra introduire des changements structurels et avoir une politique volontariste en la matière.

(Obsan)

Deutschland: Werberegulierung für Praxissoftware

Mit neuen Regeln für Werbung in der Praxis-EDV und auf Arzneimitteldatenbanken wollen die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

und die Spitzenverbände der Krankenkassen verhindern, dass Ärzte bei der Verordnung von Arzneimitteln manipuliert werden. Zur Kontrolle gibt es von Juli 2008 an ein neues Zertifizierungsverfahren für Praxissoftware.

Die Einigung zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der KBV umfasst einen Pflichtenkatalog für Arzneimitteldatenbanken und Arzneimittelmodule in der Praxis-EDV, der genau auflistet, was in Zukunft noch an Werbung erlaubt sein wird. Nur Programme, die diesen Katalog erfüllen, werden zertifiziert. «Es geht nicht darum, Werbung von Arztsoftware fernzuhalten. Es geht darum, dass Ärzte erkennen, was Werbung ist», so ein Sprecher der KBV. Mit anderen Worten: Die Praxissoftware wird auch in Zukunft nicht völlig werbefrei sein.

Der Auftrag für eine Neuregelung des Bereichs der Praxis-EDV und der Arzneimitteldatenbanken steht im Arzneimittelverordnungs-wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) von 2006. Wie sehen die Neuregelungen nun aus? Werbung in der Praxissoftware ist nur in Form von Werbefenstern zulässig. Es dürfen keine automatischen Substitutionsvorschläge durch die Praxissoftware erfolgen. Die Arzneimittelstammdaten auf Grundlage der Daten der ABDA-Müssen vollständig sein. Der ABDA-Pharmadaten-service ist ein Unternehmensbereich der Werbe- und Vertriebsgesellschaft Deutscher Apotheker mbH, der sich mit der Entwicklung und Produktion von Arzneimitteldaten befasst.

Vertreter der Softwarebranche befürchten, dass sich in der Folge die Softwarewartungsgebühren für Ärzte deutlich verteuern könnten, da den Softwarehäusern Werbeeinnahmen der Pharmaindustrie verloren gehen. Auch rechtliche Schritte wurden von Softwareherstellern bereits erwogen. Neu ist das Problem der Pharmawerbung in der Praxis-EDV nicht. Auf anhaltende Kritik, wonach Ärzte mit von der Pharmaindustrie gesponserter Praxissoftware bei der Auswahl bestimmter Arzneimittel manipuliert werden, reagierte die KBV bereits 2006 mit folgenden Vorschlägen: Die Auswahl von Arzneimitteln darf nicht von Werbung unterbrochen werden – und dort, wo Werbung plaziert wird, muss sie eindeutig gekennzeichnet sein. Will der Sponsor eine Alternative aufzeigen, darf er dies nur mit preisgünstigeren oder preisgleichen Produkten tun. Das automatische Anzeigen von Präparaten des die Software sponsernden Unternehmens ist gar nicht mehr zulässig, so die KBV-Vorschläge vor zwei Jahren. Immerhin: 19 Hersteller und ein Pharmaverband haben sich seinerzeit in einer Selbstverpflichtung dazu durchgerungen, in diesem Sinne zu handeln. Zum grossen Teil sind die Vorschläge der KBV jetzt Realität geworden.

(Niedersächsisches Ärzteblatt)