

Egészséggazdasági, egészségpolitikai és szociálpolitikai nemzetközi sajtószemle

2018. 12. sz. (Lapzárta: 2018.május 3.)

Népegészségügy

- Fertőző betegségek okozta betegségteher Európában
- Európai immunizációs hét 2018 – Oltás a gyógyszertárakban
- Az Európai Bizottság ajánlásai az oltások területén való együttműködés megerősítéséről
- *Sleep Heart Health Study*

Hollandia

- A holland egészségbiztosítás alakulása 2006. óta. A reform hatásainak elemzése (1. rész): A holland egészségügyi rendszer 2006 előtt

Évkönyv

- A svájci egészségügy évkönyve 2018 – *Gesundheitswesen Schweiz 2018 (Interpharma)* (3. rész): Egészségügy struktúrája és költségei

Statisztika

- Az egészségügy költségei és finanszírozása Svájcban 2016-ban. Előzetes adatok
- A szegénység helyzete Svájcban
- A hónap grafikonja 2018 március: Hepatitis C-re fordított kiadások alakulása Németországban 2013 és 2017 között

Üvegseb

- Az egészségügyiek az amerikai keresetek rangsorában
- A szerződött orvosok és szerződött pszichoterapeuták gazdasági helyzetének klímaindexa Németországban
- Felmérés a háziorvosok, szakorvosok, fogorvosok és pszichoterapeuták gazdasági helyzetéről Németországban 2018 tavaszán – *Medizinklimaindex, Frühjahr 2018*

Rehabilitáció

- Jelentés a rehabilitáció helyzetéről Németországban 2017-ben – *Reha-Bericht 2018*

Personalia

- Katarzyna Mazur-Hofsäss, a Fresenius Medical Care új regionális igazgatója

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

Fertőző betegségek okozta betegségteher Európában

Eurosurveillance 2018; doi: 10.2807/1560-7917.ES.2018.23.16.17-00454

Kulcsszavak: népegészségügy, fertőző betegségek, betegségteher, Európa

Forrás Internet-helye: https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2018.23.16.17-00454;jsessionid=24Z5UIIYocA4q9fhi8h_1W8g.i-0b3d9850f4681504f-ecdcIive ; <https://ecdc.europa.eu/en/news-events/influenza-ranked-highest-burden-disease-measured-dalys> ;

Burden of Communicable Disease in Europe (BCoDE) toolkit: <https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/toolkit-application-calculate-dalys>

Alessandro Cassini (European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), Stockholm, Sweden; Julius Center for Health Sciences and Primary Care; University Medical Center Utrecht, Utrecht, the Netherlands) és mt. jelentése szerint Európában jelenleg minden 14-ik személy öt év leforgása alatt elkap valamilyen komoly fertőzést, amely idő előtti halálához, vagy élethosszig tartó károsodáshoz vezet. A betegségteher (*burden of disease*) keretében a legnagyobb arányt az influenzás megbetegedések, a tuberkulózis, a HIV-fertőzések és az invazív pneumococcus fertőzések képviselik.

A magas jövedelemmel rendelkező országokban, mint az Európai Gazdasági Térség, a fertőző betegségek az elmúlt évszázad során megritkultak. Annál nagyobb riadalmat okoznak az újabb „járványok”: a SARS, MERS, a madárinfluenza, a chikungunya, az ebola és a zika. Ezek a betegségek az elmúlt években Európában ritkán jelentek meg és ezért nem tartoznak a **BCoDE-konzorcium** („*Burden of Communicable Diseases in Europe*“) által kiválasztott 31 betegség közé.

A betegségteher egysége a rokkantsággal (korlátozottsággal) korrigált elveszített potenciális életek (Disability Adjusted Life Years – DALY) száma.

A teljes betegségteher 78%-át négy fertőzés okozza

A BCoDE-konzorcium számításai szerint az influenza okozta betegségteher a legmagasabb: 100.000 lakosra 81,8 DALY jut. Ezt követi a tuberkulózis (100.000 lakosra 53,5 DALY), a HIV-fertőzések (100.000 lakosra 48,2 DALY) és az invazív pneumococcus fertőzések (100.000 lakosra 30,1 DALY). Az Európai Gazdasági Térségben ez a négy fertőzés teszi ki a fertőző betegségek okozta betegségteher 78%-át.

A férfiak gyakrabban érintettek (DALY-k 60%-a). További kockázati csoportok a 65 év fölötti időszerűk (DALY-k 24%-a) és az öt éven aluli gyermekek (DALY-k 11%-a). A fertőzés miatti halálozás és tartós károsodás tekintetében a legveszélyeztetettebb csoportok (az egy éven aluli gyermekek és a (80 év fölötti) időszerűk).

Európai immunizációs hét 2018 – Oltás a gyógyszertárakban

DAZ.ONLINE, 24.04.2018, 10:10

Kulcsszavak: népegészségügy, immunizáció, oltások, prevenció, gyógyszertárak, nemzetközi

Forrás Internet-helye:

<https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2018/04/24/in-diesem-laendern-duerfen-apotheker-impfen/chapter:all>

An overview of current pharmacy impact on immunization. A global report, International Pharmaceutical Federation, 2016 (122 p.):

http://fip.org/files/fip/publications/FIP_report_on_Immunisation.pdf

Az *International Pharmaceutical Federation (FIP)* 2016-ban tette közzé „*An overview of current pharmacy impact on immunization*” c. jelentését. A megkérdezett 45 ország közül 13 válaszolta, hogy a gyógyszerészek oltási jogosultsággal rendelkeznek. Ezek közé tartoznak: Ausztrália, Dánia, Nagy-Britannia, Írország, Kanada, Új-Zéland, Portugália, Svájc, Dél-Afrika és az Egyesült Államok. Jelenleg világviszonylatban 940 millió ember részesülhet védőoltásban az erre jogosult több mint 193.000 közforgalmú gyógyszertárban. A világ teljes lakosságára kivetítve ez azt jelenti, hogy minden nyolcadik személy igénybe vehet gyógyszerészi védőoltást.

A gyógyszerészeknek a globális immunizációs tevékenységekbe való bevonását már 2011-ben az Egészségügyi Világszervezet és a Nemzetközi Gyógyszerész Szövetség (FIP) által a helyes gyógyszerészi gyakorlatról (*Good Pharmacy Practice, GPP*) közösen kidolgozott irányelv is célul tűzte.

Svájc

Svájcban a gyógyszertárakban való oltást 2015-ben bizonyos feltételek mellett engedélyezték. Ehhez a gyógyszerészeknek meg kell szerezniük a Svájci Gyógyszerész Szövetség (*Foederatio Pharmaceutica Helvetiae*) speciális oltási és vérvételi képesítését. Az orvostudományi és gyógyszerészeti képzésről szóló törvény módosítása óta a képesítés megszerzése már az egyetemi tanulmányok idején megtörténik. Jelenleg 18 kantonban direkt módon, tehát recept nélkül lehetőség nyílik az oltás gyógyszertárban történő beadására. Az oltásra való jogosultságot a kantonok különböző módon szabályozzák, ezek rendszerint az influenza és kullancs elleni védőoltásra, valamint bizonyos további oltásokra korlátozódnak. A gyógyszerészi védőoltásokról a www.impfapotheke.ch honlap nyújt részletes tájékoztatást.

Egyesült Királyság

A gyógyszerészek Nagy-Britanniában 2003-ben kaptak oltásra való jogosultságot. Ez ma már a mindennapi gyakorlat része. A ***Flu Vaccination Service*** 2015-2016. óta működik. 2016 szeptemberig 8.400 szerződött gyógyszerész (72%) jelentkezett be a szolgálatnál való részvételre. A ***Pharmaceutical Services Negotiating Committee (PSNC)*** adatai szerint 2016 szeptember és 2017 március vége között a gyógyszerészek mintegy 820.000 influenza elleni védőoltást adtak be.

A beoltottak 98%-a nagyon elégedett volt a szolgáltatással. 15% úgy vélte, hogy amennyiben nem lenne mód a gyógyszerértári védőoltásra, nem is engedné beoltatni magát.

Írország

Írországban a 2011/2012-es influenza szezon óta van mód gyógyszerértári védőoltásra. Az első évben jó 9.000, 2014/2015-ben több mint 50.000 személy élt e lehetőséggel. 2015. óta övsömör és pneumococcusok elleni védőoltás is beadható gyógyszerértárban. 2016-ban arra a kérdésre, hogy miért döntöttek a gyógyszerértári védőoltás mellett, a beoltottak csaknem fele azt válaszolta, hogy: „Mert praktikus.” 28% úgy vélte, hogy ott nem kellett túl sokat várakozni. 95% nagyon elégedett volt és csaknem valamennyien ismét gyógyszerértárba mennének az oltásért.

Egyesült Államok

Az Egyesült Államokban a gyógyszerészeket már több mint húsz éve felkészítik az oltások beadására. 2013-ban több mint 200.000 orvos végezte el a képzést. 2009-ben 50 szövetségi állam engedélyezte az oltások gyógyszerészek általi beadását. Ez jelenleg 48 államban érvényes és az oltások összes típusára kiterjed, részben életkori korlátozásokkal.

Az ***Amerikai Gyógyszerész Szövetség (American Pharmacists Association – APhA)*** becslései szerint a gyógyszerértárak 70%-ában adnak be influenza elleni védőoltásokat. A felnőttek száma, akik 2015-ben és 2016-ban gyógyszerértárban adatott be védőoltást, egynegyeddel növekedett.

Dr. Helga Blasius (hb), Apothekerin

redaktion@daz.online

Az Európai Bizottság ajánlásai
az oltások területén való együttműködés megerősítéséről
European Commission, Brussels, XXX COM(2018) 245/2

Kulcsszavak: népegészségügy, fertőző betegségek, oltások, prevenció, Európai Bizottság, Európai Unió

Forrás Internet-helye:

https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/vaccination/docs/com2018_245_2_en.pdf

Az Európai Bizottság egy sor intézkedés bevezetését kezdeményezi az oltásokkal megelőzhető betegségek elleni küzdelemben való együttműködés megerősítése érdekében.

A dokumentum 20 konkrét intézkedést sorol fel a Bizottság és a tagállamok számára, amelyek előmozdíthatják az oltások biztonságosságát és az átoltottsági ráta növelését. A Bizottság felszólít az Európai Unióban alkalmazandó fenntartható oltási szabályozások bevezetésére és követeli, hogy az EU közössége járuljon hozzá fokozottabban a globális egészségügyhöz.

Az ajánlások egyebek között tartalmazzák egy egységes oltási kártya bevezetését, amely elektronikus úton a határokon túl is közvetíthető, valamint egy virtuális EU-adatbázis létrehozását, amely információkat tartalmaz a készleten levő oltóanyagokról és csökkentheti az oltóanyagok hiányának kockázatát. Javaslatot tartalmaznak továbbá egy európai oltási információs portál létesítésére vonatkozóan, amely online objektív, transzparens és aktuális tájékoztatást nyújt az oltóanyagok hasznáról és biztonságosságáról.

Az Európai Bizottság oltási koalícióra szólítja fel az európai egészségügyi szervezeteket, egyesületeket, a jelentősebb diákszervezeteket, amelyek a jövőben kötelezettséget vállalnak az oltásokra vonatkozó korrekt információk továbbítására, a mítoszok leküzdésére és a jó gyakorlat területén szerzett tapasztalataik kicserélésére. A dokumentum szerint az egészségügyi dolgozóknak rendelkezniük kell a szükséges szakmai felkészültséggel az oltások beadására, a meggyőzésre és a szkeptikus álláspontok leküzdésére.

A javaslat az EU Miniszteri Tanács napirendjére kerül.

Sleep Heart Health Study

BMC Medicine, <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1025-7>,

Published: 20 March 2018

Kulcsszavak: népegészségügy, alvászavar, közúti balesetek, Egyesült Államok

Forrás Internet-helye:

<https://bmcmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-018-1025-7>

Daniel J. Gottlieb (*Division of Sleep and Circadian Disorders, Departments of Medicine and Neurology, Boston, USA*) és *mt.* az amerikai *Sleep Heart Health Study* eredményeit értékelték, amelyben 3.200 negyven és nyolcvankilenc év közötti személy vett részt. Az alvási apnoé vizsgálatára polyszomnográfias eljárással került sor.

Az alvási apnoé szindróma súlyosságának méréséhez az apnoé-hipopnoé indexet alkalmazták. Ezzel párhuzamosan kérdőívekkel vizsgálták az alvás szokásos időtartamát és a napközbeni aluszékonytságot. Két évvel később egy újabb kérdőívvel felmérték az alvás és a közúti balesetek közötti korrelációt.

Eredmények: A résztvevők 6,9%-a számolt be arról, hogy az elmúlt évben közúti baleset részese volt. Ennek során szignifikáns korrelációt állapítottak meg a baleseti kockázat és a megnövekedett apnoé-hipopnoé index, az éjszakánként végigaludt órák száma és a kérdőív szerint leírt nappali fáradtság között. Az enyhe alvási apnoében szenvedő résztvevők baleseti kockázata 7%-kal magasabb volt, mint azoké, akik nem szenvednek apnoében. Közepes súlyosságú apnoé esetén a balesetek kockázata 13%-kal, súlyos alvási apnoé esetén 23%-kal növekedett.

Az alvás időtartama és a balesetek kockázata közötti összefüggés: A közúti balesetek kockázata azoknál, akik (éjszakánként 7-8 óra helyett) mindössze 6 órát alszanak, 33%-kal magasabb, azoknál pedig, akik kevesebb mint 5 órát alszanak, a kockázat eléri az 50%-ot.

A szerzők következtetése szerint minden tízedik közlekedési baleset alvási apnoé és minden kilencedik éjszakánként kevesebb mint hét óra alvás következménye. Ez azt jelenti, hogy minden ötödik közlekedés baleset a rossz vagy kevés alvás számlájára írható.

Finanszírozás: *National Heart, Lung and Blood Institute* és különböző alapítványok.

Christine Arentz: A holland egészségbiztosítás alakulása 2006. óta.

A reform hatásainak elemzése (1. rész):

A holland egészségügyi rendszer 2006 előtt

WIP – Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln, März 2018 (36 p.)

Kulcsszavak: egészségbiztosítás, Hollandia

Forrás Internet-helye: <http://www.wip-pkv.de/forschungsbereiche/detail/die-krankenversicherung-in-den-niederlanden-seit-2006.html>

2. A holland egészségügyi rendszer 2006 előtt

1941-ig Hollandiában teljesen privát egészségbiztosítási rendszer működött. A biztosítók többnyire kölcsönösségen alapuló egyesületként szerveződtek és díjfizetés ellenében természetbeni szolgáltatásokat nyújtottak. A biztosítottak számára az első kontaktszemély akkor is a házi orvos volt, szakorvoshoz házi orvosi beutalóval fordulhattak. A biztosítási díjak mértékét úgy alakították, hogy azokat az alacsony jövedelemmel rendelkezők is megengedhessék maguknak, a díjfizetés tekintetében nem volt különbség fiatalok és öregek, egészségesek és betegek között. Az orvosi honoráriumok mérsékeltek voltak. Ennek ellenében azonban az orvosok elvárták, hogy a magasabb jövedelemmel rendelkezők maguk fizessenek és ne vegyenek részt a biztosítási rendszerben. Így alakult ki az ún. jóléti küszöb, amely fölött a magasabb jövedelemmel rendelkezőknek ki kellett válniuk a biztosításból.

A második világháborús német megszállás idején az egészségbiztosítás állami-közjogi jelleget öltött, amelynek keretében a bizonyos jövedelmi határ alatti munkavállalóknak biztosítást kellett kötniük. A kötelező állami biztosítás keretében önkéntes biztosításra is lehetőség nyílt. A biztosítók magánjogi alapon szerveződtek ugyan, de azokat a kötelező biztosítással összefüggésben az államnak kellett engedélyeznie. Így jött létre a biztosításfelügyelet. A kötelező biztosítás járulékai jövedelemarányosan alakultak, az önkéntes biztosítottak számára megtartották az átalánydíjat. Az 1950-es években ehhez hozzáadódott az alacsony jövedelemmel rendelkező nyugdíjasok egészségbiztosítása, mivel a kötelező biztosítás rendszerint a 65-ik életévvel kifutott, az önkéntes biztosítás díjai pedig a nyugdíjasok számára túl magasak voltak.

E biztosítási ágazatok mellett kialakult egy privát egészségbiztosítás mindazok számára, akik nem tartoztak a kötelező biztosítás körébe. A privát biztosítók szabadon alakíthatták díjaikat és szolgáltatásaikat. A köztisztviselőkre és a rendőrökre különleges szabályok vonatkoztak.

Az 1960-as évek végén bevezették a súlyos egészségi kockázatok költségeire vonatkozó biztosítást (*Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten – AWBZ*), amely minden holland állampolgár számára kötelezővé vált, finanszírozása jövedelemfüggő járulékokból történt. A szolgáltatási katalógus kiterjedt a hosszú időtartamú kórházi ellátásokra, az ápolási otthonban való gondozásra, valamint ápolási otthonban való helyek biztosítására a fogyatékkal élők számára. Ez a biztosítás az egészségbiztosításhoz kapcsolódott, tehát mindenkinek AWBZ-biztosítást is kellett kötnie egészségbiztosítójánál.

Az önkéntes biztosítási ágazatot 1986-ban megszüntették. Ezt egyebek között szelekciós effektusok terhelték: A privát biztosítók kedvezőbb díjakat kínálhattak a fiatal önkéntes biztosítottaknak, idősebbeket viszont csak magas díjak ellenében fogadtak be. A privát egészségbiztosítás keretében nem képeztek tartalékot az időskori egészségügyi ellátás céljából. Ez a biztosítás ún. kohorsz-specifikus felosztó-kirovó rendszerként működött, oly módon, hogy minden egyes korosztály maga viselte költségeit. Emiatt ez óhatatlanul növekvő díjakkal járt az időskorúak számára. A szelekciós folyamatok folytán a biztosítás kockázati profilja rosszabbodott, miáltal magas deficitek keletkeztek, amelyek az ágazat felszámolásához vezettek. Ezzel együtt a nyugdíjasok egészségbiztosítása is megszűnt.

3. Konvergencia-törekvések az egészségbiztosítás területén a reformot megelőző időszakban

Az 1980-as években egy gazdasági válság idején fokozódott az erőteljesen állami irányítású rendszerrel szembeni elégedetlenség. A biztosítók több mozgásteret követeltek a szolgáltatókkal kötött szelektív szerződések alapján nyújtott ellátás számára. Az alapvető reformra irányuló politikai akarat jó ideig hiányzott, jóllehet az ún. ***Dekker-Bizottság*** már 1987-ben megteremtette a későbbi reform elvi alapjait. A 2006-ban bevezetett reformot azonban megelőzte néhány jelentős lépés, amelyek a privát és az állami biztosítás közötti erőteljes hasonlúshoz vezettek.

Egyrészt fokozatosan kiegyenlítődtek az állami és a privát ágazat közötti térítésbeli különbségek. 1982-ig az egészségbiztosítási pénztárak országos szinten tárgyaltak a szolgáltatókkal a térítésekről. A privát elszámolású szolgáltatások árait az orvosok maguk határozhatták meg, ezért a privát biztosítottak térítései jóval magasabbak voltak. Az 1980-as években a privát biztosítók számára megteremtődött a törvény általi lehetőség, hogy díjtételekben állapodjanak meg a szolgáltatókkal. Ha nem jött létre megállapodás, ezeket egy központi hatóság határozta meg, amelynek a biztosítók és orvosok közötti megállapodásokat is vizsgálnia és engedélyeznie kellett. A hatóság befolyásával élve erőteljesen közelítette egymáshoz az állami és a privát ágazat térítéseit. Így az állami biztosítottak részére nyújtott állami szubvenció a privát biztosítottak közvetítésével csökkent.

Az 1990-es években megszűntek a privát és az állami biztosítók közötti együttműködés korlátai, így konszernek jöttek létre, amelyek egyetlen ernyő alatt egyesítették a két biztosítási ágazatot, valamint a privát kiegészítő biztosítást.

Az állami egészségbiztosítás keretében 1992-ben bevezették a biztosítók közötti választás lehetőségét. A jövedelemfüggő járulékok egy alapba folytak be, amely az életkor, a nem, a munkaképtelenség, a keresőtevékenység és a régió kritériumai szerint osztotta szét a forrásokat. A jövedelemfüggő járulék azonban nem fedezte a költségeket, a deficitet átalánydíjakból kellett fedezni, amelyeknek egy-egy pénztár összes biztosítottja számára egyenlőknek kellett lenniük. Ezzel egyidejűleg az állami pénztárakat tartalékok képzésére kötelezték a gazdasági kockázatok semlegesítése érdekében. A privát biztosítóknak már korábban is teljesíteniük kellett ezt a feltételt. Az állami biztosítók számára már nem állt fenn a szolgáltatókkal való szerződéskötési kötelezettség, tehát nem kellett valamennyiükkel ellátási szerződéseket kötniük. Ezenkívül az állami egészségbiztosítókra is kiterjesztették a versenyjog szabályait.

[Lásd még: *A holland egészségügyi reform tanulságai*, 2010. 11. sz.; *A holland modell a német rendszer szemszögéből (1-2.)*, 2010. 36. sz.; *A verseny szerepe az egészségügyben. Németország, Svájc és Hollandia tapasztalatai (5. rész): Hollandia. A holland egészségügyi rendszer*, 2016. 16. sz., *Archívumban egységes szerkezetben is;*]

*A svájci egészségügy évkönyve 2018 –
Gesundheitswesen Schweiz. Ausgabe 2018 (3. rész):
Az egészségügy költségei
Interpharma Basel, 2018 (46 p.)*

Kulcsszavak: egészségügy, költségek Svájc

Forrás Internet-helye: <http://www.interpharma.ch/2365-gesundheitswesen-schweiz-2018>

Az egészségügy költségei

Az egészségügyi költségek növekedése: a rehabilitációra fordított költségek növekedtek a legerőteljesebben

2015-ben az ambuláns gyógyító ellátás költségei 20,9 milliárd CHF-et, a fekvőbeteg ellátásé 15,4 milliárd CHF-et, a tartós ápolásé 15,1 milliárd CHF-et, a gyógyszereké 9,9 milliárd CHF-et tettek ki. Az egészségügy költségei 2015-ben az előző évhez viszonyítva 4,1%-kal növekedtek. A növekedés valamivel meghaladta az előző öt év átlagosan 3,6%-os növekedését. A költségek a rehabilitáció területén 9,6%-kal növekedtek.

A gyógyszerköltségek 2014-hez viszonyítva 5,1%-kal növekedtek. A költségek a gyógyszerforgalmazás minden területén növekedtek, ami az új, innovatív gyógyszerek bevezetésének tulajdonítható. 2016-ben a gyógyszerek a költségek 12,7%-át tették ki, 0,1 százalékponttal többet mint 2014-ben, miután az előző években csökkent.

Az egészségügyi költségek 64%-át a privát háztartások viselik

2015-ben az egészségügyi költségek 42%-át (78 milliárd CHF) a társadalombiztosítás finanszírozta. Az államszövetség, a kantonok és az önkormányzatok a költségek egyötödét fedezték. Az új kórházfinanszírozás, amely szerint a kantonok a kórházi költségek legalább 55%-át, a biztosítók legfeljebb 45%-át fedezik, 2012-ben lépett hatályba és e kiadások növekedéséhez vezetett.

Az egészségügyi költségek 64%-át a privát háztartások viselik. Ennek legnagyobb részét a társadalombiztosításba fizetik be. Ennek egyötödét direkt szolgáltatásokért fizették be, amelyet a betegpénztárak nem térítenek (out of-pocket-fizetések). A költségek jó 29%-át az állam finanszírozta (államszövetség, kantonok, önkormányzatok).

A díjak gyorsabban növekednek, mint az egészségügyi költségek

1996 és 2015 között az inflációval korrigált egészségügyi költségek 78%-kal növekedtek. Ugyanebben az időszakban az alpbiztosítás havi átlagos díjai

116%-kal növekedtek. Az egészségügyi kiadások 1996 és 2015 között többnyire erőteljesebben növekedtek a GDP-nél. Emiatt az egészségügyi költségek GDP-hez viszonyított aránya évek óta növekedik. Az államszövetség 2060-ig terjedő becslései szerint az egészségügyi költségek GDP-hez viszonyított aránya továbbra is növekedni fog.

Egészségügyi kiadások nemzetközi összehasonlításban

2015-ben a az OECD és a Szövetségi Statisztikai Hivatal számításai a svájci egészségügyi költségek és a GDP viszonyára vonatkozóan valamelyest eltértek egymástól, az egészségügyi kiadások a GDP 12,1%-át tették ki. Az egészségügyi kiadásokat az OECD-tagállamaival összevetve Svájc világviszonylatban az Egyesült Államok után a második helyen áll. 2015-ben az egészségügyi kiadások az Egyesült Államokban a GDP 16,9%-át, Franciaországban és Németországban 11%-át tették ki.

A gyógyszerárindex folyamatosan csökken

A betegbiztosításról szóló törvény bevezetése (1996) óta a kórházi index és a fogorvosi index több mint 15 ponttal növekedett. A kórházi és fogászati szolgáltatások árai tehát 15%-kal növekedtek. Az orvosi szolgáltatások indexe 1996. óta többé-kevésbé stabilak voltak, miközben a gyógyszereké markánsan csökkent. A gyógyszerárindex 2016-ban 62 ponton állt, jóval alacsonyabban, mint 1996-ban. Ennek alakulása az utóbbi években a betegpénztárak által támogatott új gyógyszerek átlagárainak a gazdaságilag hasonló helyzetben levő európai országokéval (AT, BE, DE, DK, FI, FR, NL, SE, UK) történő összehasonlításának tulajdonítható. A svájci gyógyszerárak igazodtak a referencia-országokéhoz. Az újonnan bevezetett gyógyszerek Svájcban jelenleg nem drágábbak, mint más európai országokban.

A gyógyszerárindex a tíz legnagyobb forgalommal rendelkező 200 gyógyszerre terjed ki. Európai összehasonlításban az egészségügyi szolgáltatások árai 2005. óta gyakorlatilag nem változtak. Hollandiában és Nagy-Britanniában az árak ugyanezen időszakban megháromszorozódtak.

Svájcban a gyógyszer kevesebbe kerül mint a telefonálás

A fogyasztói árak országos indexe a privát háztartások számára fontos áruk, szolgáltatások árainak alakulását méri. Ez nem terjed ki a transzferkiadásokra, mint az adók, társadalombiztosítási járulékok és betegpénztári díjak.

A gyógyszerek aránya az árukosárban 2017-ben 2,3% volt. Ez azt jelenti, hogy a svájci háztartások jövedelmük 2,3%-át gyógyszerekre költötték. Más tételekhez viszonyítva ez szerény, ugyanis a svájci háztartások jövedelmük 2,9%-át költik alkoholra és dohányra. A gyógyszerekre költött összeg nemcsak a háztartások által direkt befizetett (önrész, franchise, vagy nem támogatott gyógyszerek), hanem a betegpénztárak által finanszírozott részre is kiterjed.

Az országos index súlyozásának alapja a háztartások jövedelmeinek felmérése (*Haushaltsbudgeterhebung – HABE*).

A gyógyszerárak továbbra is csökkennek

2015-ben a gyógyszerkiadások GDP-hez viszonyított aránya az OECD szerint 1,4%. volt. Ez ugyanannyi mint Franciaországban, alacsonyabb mint Németországban (1,6%) és valamivel magasabb mint Olaszországban (1,3%). A gyógyszerkiadások GDP-hez viszonyított aránya Görögországban 2,2%, Magyarországon 2,0%, Szlovákiában 1,9%, az Egyesült Államokban 2,1%.

A gyógyszerkiadások GDP-hez viszonyított aránya az 1990-es évek kezdete óta gyakorlatilag az összes európai országban növekedett. Ez az arány Svájcban mérsékelten növekedett, az Egyesült Államokban megduplázódott. Az utóbbi években a gyógyszerárak Svájcban erőteljesen csökkentek.

Abban a kilenc országban (AT, BE, DE, DK, FI, FR, NL, SE, UK), amelyekével a svájci gyógyszerárakat összehasonlítják, a gyógyszerárak 2005. óta részben növekedtek, részben csökkentek. Olyan erőteljesen azonban mint Svájcban egyetlen más európai országban sem csökkentek. A referencia-országok árait mind az ármegállapítás, mind a háromévente történő árfelülvizsgálat során figyelembe veszik.

Az egészségügyi költségek 80%-át nem fertőző betegségek okozzák

A Szövetségi Egészségügyi Hivatal megbízásából 2011-ben készült tanulmány szerint az egészségügy összköltségeinek 80%-át nem fertőző betegségek okozzák, amelyek közül a legjelentősebbek a szív- és érrendszeri megbetegedések. Összességében a költségek 44%-a kórházi kezelésre, 36%-a ambuláns kezelésre, valamivel több mint 9%-a gyógyszerekre jutott. A gyógyszerek az összes betegségnél a költségek kisebb részét tették ki.

A Szövetségi Egészségügyi Hivatal szerint a növekedés az életstílus megváltozásának, a kiegyensúlyozatlan táplálkozásnak, a mozgáshiánynak tulajdonítható. 2013 novemberében az államszövetség és a kantonok elfogadták a ***nem fertőző betegségek megelőzésének nemzeti stratégiáját***. A szövetségi kormány 2016 februárjában fogadta el a törvényt és ezzel elkezdődött annak megvalósítása.

Indirekt egészségügyi költségek

A Szövetségi Egészségügyi Hivatal megbízásából 2011-ben készített tanulmány szerint a hét legfontosabb nem fertőző betegségnél a költségek zömét indirekt költségek teszik ki. A hátfájás és a reuma, a rákos megbetegedések, a demencia, a diabétesz és egyes pszichés megbetegedések kevesebb direkt, mint indirekt egészségügyi költséget okoztak.

[Lásd még: *A gyógyszerpiac helyzete Svájcban, 2018. 6. sz.*]

Az egészségügy költségei és finanszírozása Svájcban 2016-ban. Előzetes adatok

Bundesamt für Statistik (BFS)

Medienmitteilung, 14 Gesundheit, Neuchâtel, 19. April 2018

Kulcsszavak: egészségügy, költségek, finanszírozás, statisztika, Svájc

Forrás Internet-helye: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/aktuell/neue-veroeffentlichungen.assetdetail.5006748.html>

Az egészségügy összköltségei Svájcban az OECD standardjai szerint 2016-ban 80,7 milliárd CHF-et tettek ki, 3,8%-kal többet mint az azt megelőző évben. Az egészségügyi kiadások GDP-ből való részesedése 11,9%-ról 12,2%-ra növekedett.

A 3,8%-os költségnövekedés az utóbbi öt év átlagos növekedésének keretei között marad. Az egészségügyi kiadások GDP-ből való részesedésének 11,9%-ról 12,2%-ra való növekedése 2016-ban a gazdaság teljesítményének 0,8%-os növekedésével függ össze.

A 3,0 milliárd CHF összegű többletkiadások 81,1%-a (+2,4 milliárd CHF) a kórházak (+1,3 milliárd CHF), továbbá az ún. szociális egészségügyi intézmények [ápolási intézmények] (+0,4 milliárd CHF), az orvosi praxisok (+0,2 milliárd CHF) és más ambuláns szolgáltatók (+0,5 milliárd CHF) költségnövekedésére jutott, amelyek együttesen az egészségügyi kiadások 77,4%-át teszik ki.

Az ötéves növekedési rátához viszonyítva az egyes szolgáltatói csoportoknál differenciált kép alakul ki. 2016-ban a növekedés átlagon aluli volt az orvosi praxisoknál (+1,5%), a prevenció és támogató szervezeteknél (+0,6%), valamint a támogató szolgáltatóknál (pl. labor, mentők, +7,9%). Átlagon felüli növekedést produkáltak az „egyéb ambuláns szolgáltatók” (főleg az otthoni ápolás = *Spitex* és a fizioterápia; +10,4%).

2016-ban Svájcban egy lakosra havonta 803 CHF egészségügyi célt szolgáló kiadás jutott, 21 CHF-fel több mint az azt megelőző évben. Ebből fejenként 286 CHF (+9) a kötelező betegbiztosítás szolgáltatásaival volt fedezhető, 50 CHF (+/-0) a társadalombiztosítás ágazatai által (hátramaradt hozzátartozók nyugdíjbiztosítása, rokkantbiztosítás, balesetbiztosítás), 30 CHF (+/-0) a szociális biztonság más fenntartói és a szükségletfelméréssel összefüggő szociális szolgáltatások által, tovább 53 CHF (+2) kiegészítő biztosítások által. További 139 CHF-et (-1) az állam viselt, 11 CHF-et (+/-0) egyéb privát finanszírozási források fedeztek. Így a privát háztartásoknak a biztosítási díjakon és adókon kívül még 235 CHF-et (+10) direkt maguknak kellett fizetniük. Ezek közé tartoznak az ápolási otthonok szolgáltatásai, a fogászati kezelések, a betegbiztosítás ambuláns és kórházi kezeléseikhez való költséghozzájárulás.

A szegénység helyzete Svájcban.
A jövedelmekről és életkörülményekről szóló felmérés (SILC 2016) eredményei
Bundesamt für Statistik
Medienmitteilung, Neuchâtel, 10. April 2018
20 - Wirtschaftliche und soziale Situation der Bevölkerung

Kulcsszavak: szociálpolitika, jövedelmek, szegénység, SILC, Svájc

Forrás **Internet-helye:** <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/aktuell/neue-veroeffentlichungen.assetdetail.4966931.html>

2016-ban Svájcban 615.000 személyt, a lakosság 7,5%-át érintette a jövedelmi szegénység, akik közül 140.000 személy keresőtevékenységet folytatott. Miközben a szegénység által érintettek egy része egy éven belül a szegénységi küszöb fölötti jövedelemhez jut, a lakosság 1%-a tartósan szegénységben él. Európai összehasonlításban Svájc azok közé az országok közé tartozik, ahol a tartós szegénység által fenyegetettek aránya a legalacsonyabb.

A keresőtevékenységet végző lakosság körében a szegények aránya 3,8%. Az előző évekhez hasonlóan (2014: 6,7%; 2015: 7,0%) a szegények aránya az összlakosság körében növekedik. Ám ez az arány a statisztikai hibahatáron belül mozog.

A jövedelmekről és életkörülményekről szóló felmérés (SILC) keretében ugyanazon háztartásokat négy egymást követő évben keresik fel; most első alkalommal mérték fel, hogy egyes személyeket milyen hosszú időn keresztül érint a jövedelmi szegénység. 2013 és 2016 között a lakosság 12,3%-át a négy év közül legalább egyben szegénynek sorolták be.

Többségük számára a szegénység múltó állapot volt: a lakosság 7,7%-át a négy év közül egyben, 2,5%-át két évben, 1,2%-át három évben, 0,9%-át mind a négy évben szegénynek sorolták be. A szegénység által érintettek nagyobb része tehát viszonylag gyorsan ismét a szegénységi küszöb fölötti jövedelemhez jutott.

A nemzetközi összehasonlításához a nemzetközi szinten alkalmazott szegénység általi veszélyeztetettség ráta hívható segítségül. 2016-ban ez a ráta Svájcban 14,7%, tehát az EU átlagnál (17,3%) alacsonyabb volt. Svájc azok közé az országok közé tartozik, ahol a tartósan szegénység által veszélyeztetett személyek aránya a legalacsonyabb: a lakosság 4,2%-a volt négy évből négy éven keresztül veszélyeztetett (európai átlag: 8,1%). Svájc a lakosság anyagi helyzete tekintetében is a legjobb helyzetben levő országok közé tartozik. Az anyagi nélkülözés, amit az élet kilenc területe közül három területen való pénzügyi nélkülözésként definiálnak, 5,3%-ot tesz ki (európai átlag: 15,7%).

Tájékoztató:

Martina Guggisberg, BFS, Sektion Sozialanalysen

Tel.: +41 58 463 62 38, E-Mail: Martina.Guggisberg@bfs.admin.ch

Stephan Häni, BFS, Sektion Sozialanalysen

Tel.: +41 58 463 62 95, E-Mail: Stephan.Haeni@bfs.admin.ch

Medienstelle BFS: Tel.: +41 58 463 60 13, E-Mail: media@bfs.admin.ch

**A hónap grafikonja 2018 március:
Hepatitis C elleni gyógyszerekre fordított kiadások alakulása
Németországban 2013 és 2017 között**

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi)

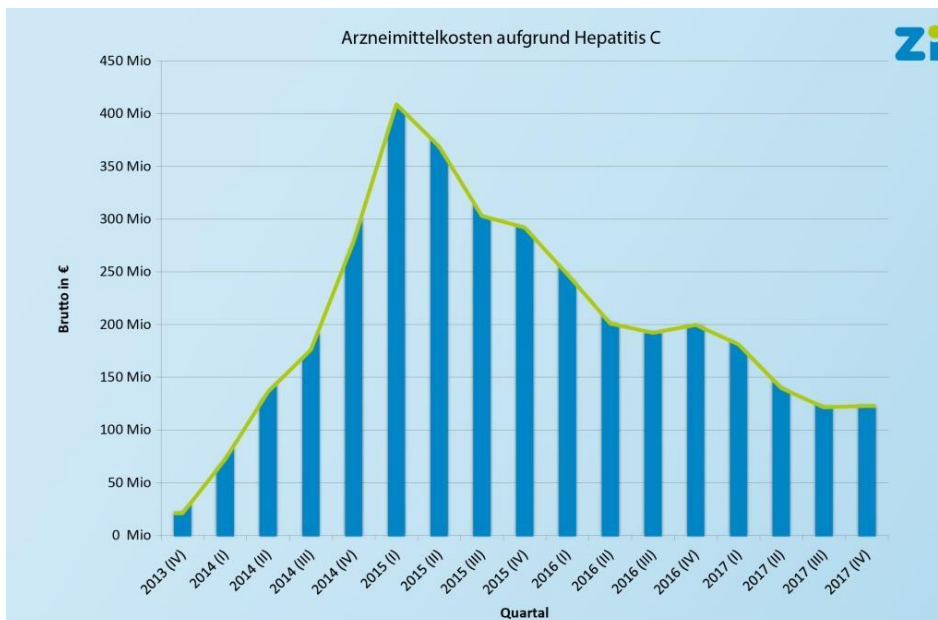
Kulcsszavak: gyógyszer, kiadások, költségek, statisztika, hepatitis C, Németország

Forrás Internet-helye: <https://www.zi.de/presse/grafikdesmonats/>

A hepatitis C kezelése területén jelentős előrelépésre került sor. A sofosbuvir felfedezése korszakalkotó jelentőségű. Piaci bevezetésére Németországban solvaldi kereskedelmi néven 2014 februárjában került sor. Magas ára miatt a közbeszéd 1.000 dolláros tablettaként emlegette. Hatása folytán azonban gazdaságilag minden idők legsikeresebb gyógyszerének számít. Ezt követően több más terápiás kiegészítő, vagy más hatóanyagot tartalmazó gyógyszer került piacra.

2014 elején a felírt mennyiségek száma gyorsan növekedett. 2015-ben összesen 22.000 beteg szedett hepatitis C elleni gyógyszereket, amelyek költségei csaknem 1,4 milliárd EUR-t tettek ki. A legtöbb recept felírására 2015 első negyedévében került sor. Ezt követően a receptek száma egyre több beteg tartós gyógyulásával csökkent. A felírt receptek bruttó költségei 2017 negyedik negyedévében már mindössze 126 millió EUR-t tettek ki.

A hepatitis C világviszonylatban a májcirrózis egyik legfontosabb kiváltó oka. A betegek 60-85%-ánál alakul ki krónikus hepatitis C, amely éveken keresztül észrevétlen maradhat, de folyamatosan súlyosbodik. A fertőzés és a májcirrózis kialakulása közötti időszak akár 10-50 évig is elhúzódhat.



x: negyedévek; y : összegek EUR-ban

Robert Deg

Arbeitsgebiet: Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Tel.: (030) 40 05 24 49 ; Fax: (030) 40 05 27 24 49 ; E-Mail: [rdeg\(at\)zi.de](mailto:rdeg@zi.de)

Az egészségügyi helyzet az amerikai keresetek rangsorában

USA Today, News, April 24, 2018

Kulcsszavak: hivatásrend, keresetek, fizetések, gazdasági helyzet, Egyesült Államok

Forrás Internet-helye:

<https://www.usatoday.com/story/money/careers/2018/04/24/americas-highest-paying-jobs/532900002/>

A „24/7 Wall Street“ pénzügyi hírportál elemezte az amerikai munkaügyi minisztérium adatait a különböző foglalkozási csoportok 2017-ben elért kereseteire vonatkozóan és összeállította a top 25-ös rangsort. **A statisztika szerint a gyógyszerészek a harmadik helyen állnak. Átlagos éves keresetük 99.996 USD (81.835 EUR).** A „tipikus teljes munkaidős amerikai foglalkoztatott” heti 860 USD-t keres (704 EUR), ami évente 44.700 USD-nek (36.580 EUR) felel meg.

A top 5-ök csoportja: az ügyvédek valamivel több mint heti 1.900 USD, az orvosok heti 1.918 USD, a gyógyszerészek heti 1.923 USD (1.573 EUR), az építészeti menedzserek és gazdasági mérnökök heti 2.000 USD keresettel. Első helyen az ügyvezető igazgatók állnak, akik hetente 2.300 USD-t keresnek, ám ezeknek még 70%-a sem rendelkezik bachelor végzettséggel.

Az egészségügyi helyzet a keresetek rangsorában

13. Orvosasszisztensek (physician assistants)

- **Heti átlagkereset: 1,747 USD**
- Legalább bachelor végzettséggel rendelkezők: 92.3%

8. Nurse practitioner-ek

- **Heti átlagkereset: 1,841 USD**
- Legalább bachelor végzettséggel rendelkezők: 99.1%

4. Orvosok és sebészek

- **Heti átlagkereset: 1,918 USD**
- Legalább bachelor végzettséggel rendelkezők: 99.5%

3. Gyógyszerészek

- **Heti átlagkereset: 1,923 USD**
- Legalább bachelor végzettséggel rendelkezők: 97.6%

***A szerződött orvosi praxisok és szerződött pszichoterapeuták
gazdasági helyzetének klímaindexé Németországban***
Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi),
Zi-Paper, 2018/12., Berlin, 25 April 2018 (32 p.)

Kulcsszavak: hivatásrend, gazdasági helyzet, munkaelégedettség, Németország

Forrás Internet-helye: https://www.zi.de/fileadmin/images/content/Publikationen/Zi-Paper_12-2018_Klimaindex.pdf

Szakmai információk az orvosi praxisok beruházási tevékenységéről:
<https://www.zi-pp.de/pdf/Fachinformation%20Investitionsverhalten.pdf>

A *Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi)* az évente végzett *ZiPP (Zi-Praxis-Panel)* felmérések keretében állítja össze az orvosok és pszichoterapeuták gazdasági klímaindexét. A felmérés a 2016 nyári és őszi időszakra terjedt ki. Az eredmények 5.157 praxis adatait tartalmazzák. A megkérdezettek 72%-a „jónak” vagy „nagyon jónak” értékelte gazdasági helyzetét. Feltűnő, hogy az aktuális gazdasági helyzet értékelése csaknem mindenütt kedvezőbb a jövőbeli várakozásokénál. A biztonságos tervezés és a beruházásokra való készség lefékeződése közötti megfelelést az intézet már korábbi értékeléseiben jelezte.

A -100 és +100 pont közötti értékelési skálán a háziorvosok (+58,2), a gyermekorvosok (+63,4) és a kardiológusok (+67,4) voltak a legelégedettebbek, a sugárterapeuták (-15,7), a pszichoterapeuták (-6,8) és a radiológusok (-0,2) a legelégedetlenebbek.

Az elkövetkező tizenkét hónapra vonatkozó várakozások tekintetében a háziorvosok (+2,4), a gyermekorvosok (+2,7) és a neurológusok (+8,9) eredménye volt pozitív. A középtávú kilátások tekintetében az ortopéd szakorvosok (-17,6), a sugárterapeuták (-33,9) és a radiológusok (-34,4) nyilatkoztak a legszkeptikusabban.

Az orvosok kritikus álláspontra helyezkedtek a munkaidő és a munkaintenzitás kérdésével, valamint a betegpénztárakkal, rehabilitációs fenntartókkal és privát biztosítókkal való együttműködéssel kapcsolatban. Ezekre a kérdésekre a megkérdezettek mintegy 50%-a „kevésbé jó” vagy „rossz” értéket jelölt meg.

Kontakt:

Robert Deg,

Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Tel: 49-30 - 4005 2449 ;

E-Mail: rdeg@zi.de

[Lásd még: *Felmérés a szabadfoglalkozású orvosok keresetéről Németországban 2011 és 2014 között (Zi-Praxis-Panel)*, 2017. 9. sz.; *Az orvosi praxisok gazdasági helyzete 2012 és 2015 között Németországban (Zi-Praxis-Panel)*, 2017. 22. sz.; *Felmérések az orvosi keresetekről Németországban*, 2017. 25. sz.]

**Felmérés a háziorvosok, szakorvosok, fogorvosok és pszichoterapeuták gazdasági helyzetéről Németországban 2018 tavaszán
Medizinklimaindex, Frühjahr 2018**

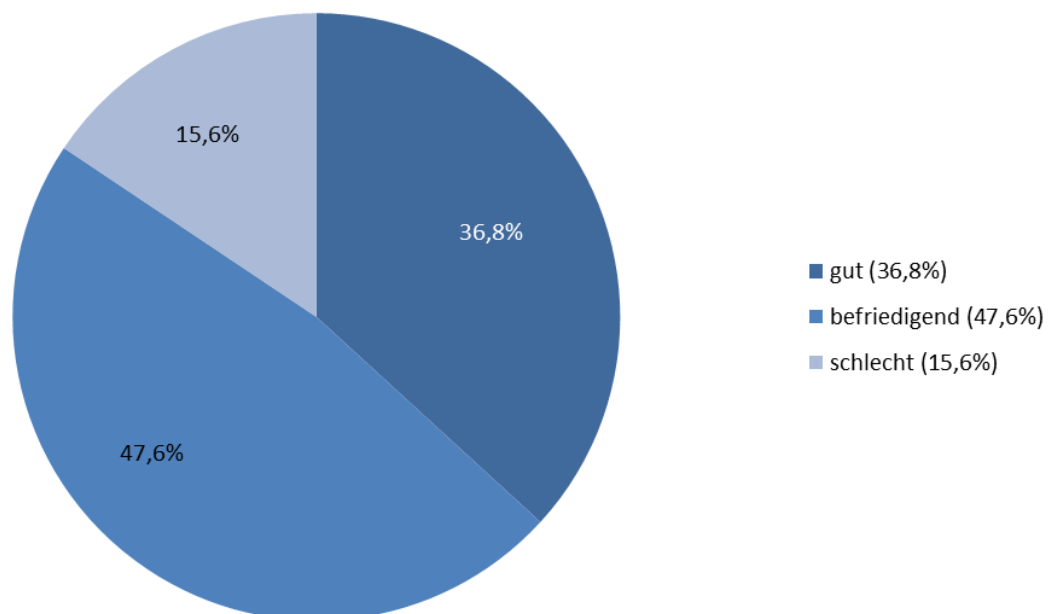
Gesellschaft für Gesundheitsmarktanalyse mbGGMA)

Kulcsszavak: hivatásrend, orvosok gazdasági helyzete, Németország

Forrás Internet-helye: https://www.stiftung-gesundheit.de/pdf/studien/Medizinklimaindex_Fruehjahr_2018.pdf

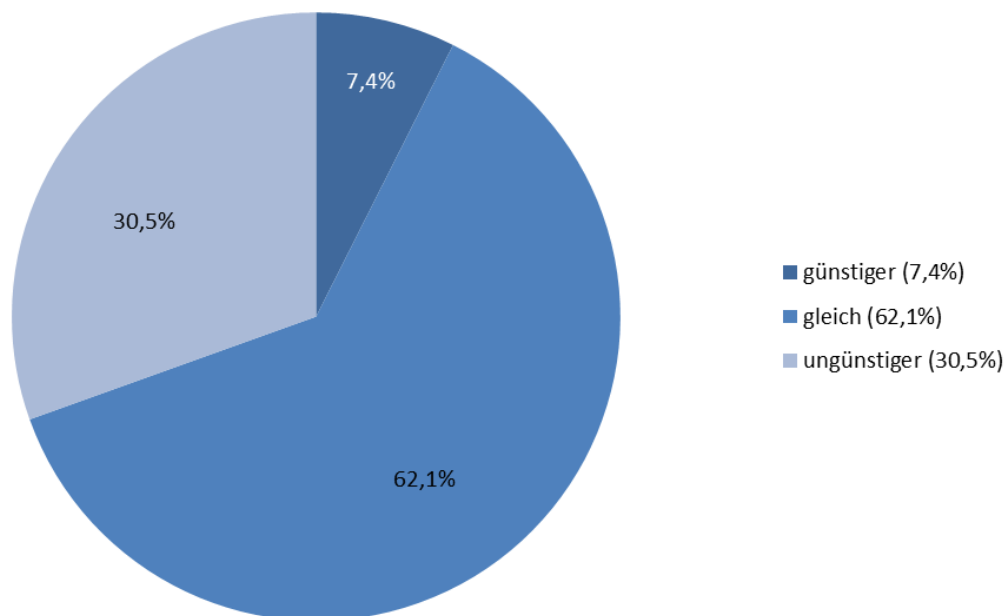
A szabadfoglalkozású orvosok, fogorvosok és pszichoterapeuták üzleti klímaindexének összeállítására 2006. óta a **Stiftung Gesundheit** megbízásából félévente kerül sor. Az orvosi üzleti klímaindex a jelenlegi gazdasági helyzet és a következő hat hónapra vonatkozó kilátások értékelésére terjed ki. 2015. óta a felmérés különválasztja a háziorvosokat és a szakorvosokat. Az orvosi klímaindex az **IFO Institut (Institut für Wirtschaftsforschung e.V., München)** ipari üzleti klímaindexének metodikáját követi. Az orvosi üzleti klímaindex kiszámítása a jövőre vonatkozó prognózisok pozitív és negatív értékelései közötti különbség alapján történik.

A gazdasági helyzet értékelése



jó: 36,8%, kielégítő: 47,6%, rossz: 15,6%

A következő hat hónapra vonatkozó várakozások



kedvezőbb: 7,4%; változatlan: 62,1%, kedvezőtlenebb: 30,5%

Az aktuális klímaindex értéke -1. Ez azt jelenti, hogy az orvosok, fogorvosok és pszichoterapeuták ismét rosszabbnak ítélik meg az elkövetkező hat hónapra vonatkozó gazdasági kilátásaikat.

Kutatásvezető:

Prof. Dr. med. Dr. rer. pol. Konrad Obermann

www.stiftung-gesundheit.de ; www.ggma.de ; www.cesifo-group.de

[Lásd még: *Felmérés a háziorvosok, fogorvosok, szakorvosok és pszichoterapeuták gazdasági helyzetéről 2016-ban Németországban, 2017. 1. sz.*]

Jelentés a rehabilitáció helyzetéről Németországban 2016-ban. Orvosi és foglalkozási rehabilitáció a nyugdíjbiztosítás keretében – Reha-Bericht 2018

Deutsche Rentenversicherung (DRV), Berlin, Januar 2018 (94 p.)

Kulcsszavak: rehabilitáció, orvosi rehabilitáció, foglalkozási rehabilitáció, rehabilitáció költségei, Németország

Forrás Internet-helye: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/6_Wir_ueber_uns/03_fakten_und_zahlen/03_statistiken/02_statistikpublikationen/02_rehabericht_2018.pdf?_blob=publicationFile&v=2

A jelentés kiemelt témája az onkológiai rehabilitáció.

Orvosi rehabilitáció

2016-ban a nyugdíjbiztosításnál több mint 1,6 millió kérelmet nyújtottak be orvosi rehabilitáció céljából.

A nyugdíjbiztosítás 1.026.971 orvosi rehabilitációs szolgáltatást nyújtott.

Ebből 31.346 (3%) szolgáltatás gyermekek és fiatalok rehabilitációjára jutott.

Az ambuláns orvosi rehabilitációs szolgáltatások az összes rehabilitációs szolgáltatás 14%-át tették ki.

A kórházi kezelést követő rehabilitáció (*Anschlussrehabilitation – AHB* ~ utókezelés) 2016-ban az összes orvosi rehabilitáció jó egyharmadát (36%) tette ki (359.641 szolgáltatás).

A nyugdíjbiztosítás rehabilitációs utógondozásként 149.370 szolgáltatást nyújtott.

2016-ban 56.747 rehabilitációban résztvevő személy részesült támogatásban a munkahelyen való fokozatos visszailleszkedéshez.

A leggyakoribb rehabilitációs indikációk: az izmok, a csontrendszer és a kötőszövet megbetegedései. Ezekre jutott férfiaknál és nőknél a fekvőbeteg ellátás keretében a szolgáltatások több mint egyharmada, az ambuláns ellátás keretében nőknél a rehabilitációs szolgáltatások 75%-a, férfiaknál 68%-a.

Az orvosi rehabilitációban részesülő nők és férfiak életkora átlagosan hasonló: a nőké 53 év, a férfiaké 52,7 év.

A nők összességében gyakrabban vesznek igénybe rehabilitációs szolgáltatásokat, mint a férfiak.

A fekvőbeteg orvosi rehabilitáció átlagos időtartama diagnózis-csoportok szerint változó: 22-24 nap (neurológiai megbetegedések nélkül).

A rehabilitációban részesülők 84%-a a rehabilitációt követő két éven belül visszanyeri keresőképességét.

Foglalkozási rehabilitáció

2016-ban a nyugdíjbiztosításnál 449.138 kérelmet nyújtottak be a munkavégzésbe való inklúziót célzó szolgáltatások (*Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – LTA*) céljából.

2016-ban 156.117 munkavégzésbe való inklúziót célzó szolgáltatás zárult le.

A férfiak gyakrabban vesznek igénybe munkavégzésbe való inklúziót célzó szolgáltatást, mint a nők. A nők aránya 2010-ig folyamatosan növekedett. Egy 2011-2012-ben bekövetkezett átmeneti visszaesést követően 2013. óta ismét növekedik.

A foglalkozási rehabilitációban résztvevő nők átlagos életkora 47,3 év, a férfiaké 57,1 év.

A munkavégzésbe való inklúziót célzó szolgáltatások egyötöde szakmai képzési szolgáltatás. Ennek oka többnyire mozgásszervi és kötőszöveti megbetegedés (nők: 53%, férfiak: 63%).

A résztvevők jó háromnegyede sikeresen zárja le a képzési szolgáltatást.

A társadalombiztosításra köteles foglalkoztatás mértéke a szakmai képzési szolgáltatást követően két éven belül növekedik (a résztvevők 45%-ánál hat hónap után, 55%-ánál két év után).

Rehabilitációra fordított kiadások

2016-ban a nyugdíjbiztosítás kereken bruttó 6,4 milliárd EUR-t fordított rehabilitációra, ebből 4,7 milliárd EUR-t orvosi rehabilitációra, kereken 1,3 milliárd EUR-t munkavégzésbe való inklúziót célzó szolgáltatásokra és 0,4 milliárd EUR-t társadalombiztosítási járulékokra.

Fizikai megbetegedések esetén egy fekvőbeteg orvosi rehabilitáció átlagosan 2.831 EUR-ba kerül.

Pszichés és szenvedélybetegségek esetén nyújtott hosszabb orvosi rehabilitáció átlagosan 6.759 EUR-ba kerül.

[Lásd még: *Jelentés a rehabilitáció helyzetéről Németországban – Reha-Bericht, 2016. 28. sz.*]

Katarzyna Mazur-Hofsäss, a Fresenius Medical Care új regionális igazgatója

Forrás Internet-helye: <https://www.fresenius.com/6679> ;
<https://www.bloomberg.com/research/stocks/people/person.asp?personId=182242078&privcapId=264048>



Dr. Katarzyna Mazur-Hofsäss, M.D., Ph.D (53 éves), lengyel származású orvos, gyógyszeripari menedzser.

Tanulmányok:

Orvostudományi tanulmányok, PhD, *Gdansk Medical University*
MBA, *Warsaw School of Economics, University of Minnesota*

Szakmai tapasztalatok:

25 évig dolgozott különböző gyógyszeripari cégeknél, többek között az *Abbott Laboratories*-nél és a *Roche*-nél.

2011. óta az *Abbot Laboratories* európai diagnosztikai ágazatának alelnöke volt. 2013 április óta a *Zimmer Biomet Holdings, Inc.* európai, közép-keleti és afrikai műveleti elnöke, a *Zimmer Holdings* európai, közép-keleti és afrikai ügyeinek elnöke; 2012 február, a céghez való belépése óta az európai, közép-keleti és afrikai rekonstrukció elnöke.

A *Fresenius Medical Care*, a világ egyik legnagyobb dialízis-szolgáltatója 2018. május 2-án bejelentette, hogy 2018. szeptember 1-től kinevezik az elnökség európai, közép-keleti és afrikai regionális igazgatójává. Elődje, Dominik Wehner 2017. december 31-től személyes indokokból visszavonult. A régiók irányítását az átmeneti időszakban Rice Powell, a *Fresenius Medical Care* elnök-vezérigazgatója, az igazgatótanács elnöke látja el.

ELŐJEGYZÉSI LISTA:

Évkönyv:

- A svájci egészségügy évkönyve 2018 – *Gesundheitswesen Schweiz 2018 (Interpharma)*: (4. rész): Kötelező betegbiztosítás,

Hollandia

- Az egészségbiztosítás helyzetének alakulása Hollandiában 2006. óta. A reform és annak hatásainak elemzése (WIP PKV) (2-3. rész): 2. A holland egészségbiztosítás átalakulása 2006. óta: a reform célkitűzései; az egészségügyi kiadások finanszírozása, a biztosítók közötti verseny; 3. A biztosítók és a szolgáltatók közötti ellátási szerződések; háziorvosi rendszer; az állam szerepe, kiegészítő biztosítások, a verseny szerepe a reformot követően.

Ápolás

- Jelentés az ápolás helyzetéről Németországban. Szövetségi szintű felmérés a vezető ápolók körében az ápolás és a betegellátás helyzetéről az intézményi ápolás területén – *Pflege-Thermometer 2018*
- Az idősápolás munkaerőpiaci helyzete
- Minijobok az idősápolásban

Népegészségügy

- Egészségi egyenlőtlenségek Németországban és nemzetközi összehasonlításban (1-2. rész): Németország; Nemzetközi összehasonlítás (*Journal of Health Monitoring, Robert Koch-Institut*)
- Egészségfejlesztés a gyógyszertárakban

Svájc

- A foglalkoztatói nyugdíjak helyzete Svájcban
- A svájci kormány költségcsökkentési intézkedéscsomagja
- Az időskorúak részére nyújtott átmeneti struktúrák kínálata és igénybevétele (*Obsan Dossier 52*)
- A nem fertőző betegségek indikátorai Svájcban

Rövidhírek (aleatorikusan):

- Praxishírek (*Arzt & Wirtschaft*)
- Gyógyszerpiaci rövidhírek (*Pharmazeutische Zeitung, Deutsche Apotheker Zeitung*)
- Népegészségügyi rövidhírek (*Robert-Koch-Institut*)