

# ***Egészséggazdasági, egészségpolitikai és szociálpolitikai nemzetközi sajtószemle***

## ***2018. 15. sz. (Lapzárta: 2018. július 4.)***

### **Globális egészségügy**

- *WHO Mental Health Atlas 2017*

### **Európa**

- *Human Brain Project*

### **Nagy-Britannia**

- Az Egyesült Királyságnak koherens megközelítésre van szüksége a külföldi orvosok toborzásához

### **Hollandia**

- A holland egészségbiztosítás alakulása 2006. óta. A reform hatásainak elemzése (4. rész): Ellátási szerződések; Az állam szerepe; Kiegészítő biztosítások

### **Népegészségügy**

- Várható életkor a száz év fölöttiek körében
- Egészségi egyenlőtlenségek Németországban és nemzetközi összehasonlításban (1. rész): Németország (*Journal of Health Monitoring, Robert Koch-Institut*)
- Helyzetkép a német Nemzeti Rákellenes Program végrehajtásáról

### **Gyógyszer, fű, mámor, bódulat**

- Európai kábítószer-jelentés. Tendenciák és fejlemények 2018 (EAMCD)
- A rohamszerű lerészegedés munkamemóriára gyakorolt hatása a fiatalkorúak körében

### **Tajgetosz**

- A terhességmetszakítások statisztikája Svájcban 2017-ben
- A terhességmetszakítások statisztikája Németországban 2018 első negyedében

### **Szociálpolitika**

- Jelentés a minimálbérek helyzetéről Európában – *WSI Mindestlohnbericht 2018*

### **Personalia**

- Új vezetők a Német Gyógyszernagykereskedők Szövetségénél
- Prof. Dietrich Andresen, a Deutsche Herzstiftung új elnöke
- Sven Gábor Jánszky német trendkutató, újságíró

### **Ráadás**

- 40 éves a kolozsvári rehabilitációs kórház. Interjú Dr. Bódizs József orvosigazgatóval

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

## **WHO Mental Health Atlas 2017**

Egészségügyi Világszervezet, Genf, 2018 június (72 p.)

**Kulcsszavak:** globális egészségügy, népegészségügy. lelki egészség, Egészségügyi Világszervezet

### **Forrás Internet-helye:**

[http://www.who.int/mental\\_health/evidence/atlas/mental\\_health\\_atlas\\_2017/en/](http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2017/en/)  
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272735/9789241514019-eng.pdf?ua=1>

*Az Egészségügyi Világszervezet „Mental Health Atlas” projektje* 2011-ben vette kezdetét. Kezdeményezője és koncepciójának kidolgozója *Shekhar Saxena*, a világszervezet lelki egészség és szenvedélybetegségek területén illetékes igazgatója. A felmérés aktualizálására 2005-ben, 2011-ben és 2014-ben került sor. A jelenlegi kiadás koordinációját *Tarun Dua* és *Fahmy Hanna* végezte. Az Egészségügyi Világszervezet 194 tagállama közül 177 szolgáltatott adatokat.

Az Egészségügyi Világszervezet adatai szerint élete során minden negyedik ember szenved valamilyen pszichés megbetegedésben. Évente 300 millió személy betegedik meg depresszióban és 800.000 személy követ el öngyilkosságot. A pszichés megbetegedések miatti munkahelyi kiesések évente egymilliárd USD veszteséget okoznak a világgazdaságnak.

Az öngyilkosságok rátája az előző kiadáshoz viszonyítva 8%-kal (statisztikailag 100.000 fő / 11,4-ről 100.000 fő / 10,5-re) csökkent. A szervezet célkitűzése az öngyilkosságok rátájának 2020-ig tíz százalékkal való csökkentése. Egyes országokban 100.000 lakosra egyetlen szakképzett személy létezik, aki ért a lelki betegségekhez. De a magasabb jövedelemmel rendelkező országoknak is növelniük kellene a kiadásokat ahhoz, hogy minden érintettet kezelni tudjanak.

Az lelki egészségre fordított egy főre eső kiadások az Egészségügyi Világszervezet Tadzsikisztánra, Fehéroroszországra és Törökországra is kiterjedő Európai Régiójában a legmagasabbak: évente 21,7 USD, miközben az Afrikai Régióban a tíz centet sem érik el. Amennyiben jobban odafigyelnének a gyermekek egészséges alvására és étkeztetésére, több gondot fordítanának a lelki egészségre, számos pszichés megbetegedés megelőzhető lenne.

***Human Brain Project***  
European Commission

**Kulcsszavak:** kutatástámogatás, agykutatás, Európai Unió

**Forrás Internet-helye:** <https://www.humanbrainproject.eu/en/> ,  
<https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/news/news-video-human-brain-project-hbp-flagship-kick-meeting-lausanne-6-10-october-2013> ;  
<https://www.flagera.eu/wp-content/uploads/2016/03/Human-Brain-Project-Board-Of-funders-17-Septembre-2015.pdf>

Az Európai Bizottság 88 millió EUR-t különített el az ún. ***Human Brain Project*** 2020 márciusáig tartó következő szakasza számára. Ez világviszonylatban az egyik legnagyobb idegtudományi projekt, amelyben 19 EU-tagállam több mint 500 kutatója vesz részt. Elindítására 2013-ban az ***Európai Bizottság Jövőbeli és Feltörekvő Technológiák (Future-& Emerging-Technologies – FET)*** zászlóshajó programja keretében került sor.

A ***Human Brain Project kick-off meeting***-jére 2018. október 7-11. között a svájci Lausanne-ban, 22 országot és 81 kutatási szervezetet képviselő több mint 250 kutató, ill. 135 kutatócsoport részvételével kerül sor.

A projekt célja egy idegtudományi agykutatási infrastruktúra kiépítése, amely hat technológiai platformot tartalmaz, egyebek között egy adatelemzésre szolgáló neuroinformatikai platformot, egy szimulációs platformot, egy egész Európára kiterjedő informatikai hálózatot, valamint innovatív neuromorf számítógépes és neurorobotikai rendszereket. Ezeket elméleti és gyakorlati idegkutatók fejlesztették ki és alkalmazzák.

A ***Human Brain Project*** igazgatótanácsának elnöke ***Philippe Gillet, a Swiss Federal Institute of Technology Lausanne professzora***. A Henry Markram neurológus által vezetett háromtagú végrehajtó tanácsot feloszlatták, annak szerepét egy 22 tagú igazgató testület vette át.

***Az Egyesült Királyságnak koherens megközelítésre  
van szüksége a külföldi orvosok toborzásához***

British Medical Journal (BMJ 2018; doi: 10.1136/bmj.k2543)

(Published 13 June 2018)

**Kulcsszavak:** emberi erőforrás, orvosok, munkaerő, munkaerőhiány, Brexit, Nagy-Britannia

**Forrás Internet-helye:** <https://www.bmj.com/content/361/bmj.k2543>

**James Buchan és Anita Charlesworth („The Health Foundation“)** vezércikke szerint a brit kormány döntése a külföldi orvosokra érvényes vízumszabályok felülvizsgálatára vonatkozóan, „a józan ész ritka felvillanását” jelzi.

A brit egészségügyben jelenlevő személyzeti problémákért nagymértékben az ellentmondásos politikai célok, ill. az egészségügy országos személyügyi tervezésének és finanszírozásának hiányosságai okolhatók. Ez a külföldi orvosok és más egészségügyi dolgozók toborzásának tartós blokádját eredményezte.

A szerzők szerint már a brit parlament egészségügyi bizottságának a **National Health Service (NHS)** személyügyi tervezésére vonatkozó tíz évvel ezelőtti jelentése is a „tervezés katasztrofális kudarcát” emlegette, amely részben a belföldi orvosképzés és az aktív nemzetközi munkaerő-toborzás összehangolatlanságának volt tulajdonítható. A jelentés szerzői akkor azt javasolták, hogy az egészségügy minisztérium a nemzetközi munkaerő-toborzás korrektsége és konzisztenciája biztosítása érdekében működjön együtt hatékonyabban más reszortokkal, elsősorban a belügyminisztériummal.

Buchan és Charlesworth szerint mindezek ellenére alig változott valami. Elhangzanak ugyan teljesen fellengzős kijelentések arra vonatkozóan, hogy Nagy-Britannia „önellátóvá” válhat az orvos- és ápolóképzés területén, ám ennek belátható időn belüli megvalósíthatóságában igencsak kételkedhetünk, mivel az NHS hazai személyi állományának előregedése és a munkaerő megtartásának indikátorai alig javultak.

A szerzők diagnózisa szerint nincs általános kormánypolitika és nincs nyilvános terv az orvosok és ápolók önerőből történő biztosítására vonatkozóan és ennek semmi közvetlen valószínűsége nem látszik.

Az egészségügyi minisztérium, a belügyminisztérium, a szabályozásban résztvevő hatóságok, a munkaadók részvételével kidolgozandó közös stratégiai megközelítésre lenne szükség az egészségügyi személyzet nemzetközi toborzására vonatkozóan, amely szervesen beágyazódik az egészségügy nemzeti személyügyi tervezésébe.

*Christine Arentz: A holland egészségbiztosítás alakulása 2006. óta.  
A reform hatásainak elemzése (4. rész):  
Ellátási szerződések; Az állam szerepe; Kiegészítő biztosítások*  
WIP – Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln, März 2018 (36 p.)

**Kulcsszavak:** egészségbiztosítás, verseny, kiegészítő biztosítások, Hollandia

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

#### **4. 5. A biztosítók és szolgáltatók közötti ellátási szerződések**

A biztosítók alkudozhatnak a szolgáltatókkal az árakról, a szolgáltatások volumenéről és a minőségről. Ezenkívül szelektív szerződéseket is köthetnek a szolgáltatókkal, amennyiben garantált, hogy a biztosítók a szolgáltatók kiválasztásával teljesítik ellátási kötelezettségüket. Ennek során szabad kézzel rendelkeznek abban a tekintetben, hogy ne kössenek szerződést olyan szolgáltatóval, amely alacsony minőséget nyújt, vagy túl magas árat kér. A szelektív szerződések a szakorvosi és kórházi ellátás területére vonatkoznak, a háziorvosi ellátás területére nem. A háziorvosok általában egy általuk kiválasztott biztosítóval kötnek szerződést, amely azt más biztosítási vállalkozásokra ruházza át.

A szerződéses ellátások körét az állam szabályozza. A kórházakkal való tárgyalások lehetőségének bevezetésére csak fokozatosan került sor. A kórházi térítések átalányok formájában történnek, ami a nemzetközi szinten alkalmazott DRG-rendszerhez hasonlítható. 2013. óta az átalányok 70%-a kialakítható, 30%-a nem alkudható tárgya.

A szabadon kialakítható szolgáltatások területén a biztosítók minden egyes kórházzal külön tárgyalnak és a térítés formáját választják. Ennek során lehetőség nyílik egy átalány-költségvetésben való megállapodásra, vagy egyes szolgáltatások volumenének és árainak tekintetében való külön megállapodásra.

#### **4. 6. Háziorvosi rendszer**

A háziorvosok a 2006-ban bevezetett strukturális reform óta is az egészségügyi rendszer fontos szereplői maradtak. A háziorvos dönt arról, hogy szakorvoshoz irányítja vagy kórházba utalja a beteget, esetleg maga végzi a kezelést (ún. kapuőri / *gatekeeping*-modell). Ez az eljárás hagyományokkal rendelkezik Hollandiában. Már a privát biztosítók is csak háziorvosi beutaló esetén térítik meg a szakorvosi ellátások költségeit. Pszichoterápia esetén is a háziorvos az első kontaktszemély. Ő dönt arról, hogy csupán enyhe pszichés zavarról van-e szó, avagy az speciális praxisban működő szakértő általi, esetleg speciális ambuláns vagy kórházi intézményben való kezelést tesz-e szükségessé.

#### **4. 7. Az állam szerepe**

Az egészségügyi rendszer fölötti általános felügyeleti funkciója mellett az állam szabja meg az egészségügyi költségvetést. Ez egyebek között rögzíti a maximális egészségügyi kiadásokat, amelyeket az állam még kész finanszírozni. Amennyiben a biztosítók és szolgáltatók magasabb kiadásokat okoznak, az egészségügyi miniszter

kötelezheti a szolgáltatókat és a biztosítókat a költségvetést túllépő összegek visszafizetésére. Ugyancsak az egészségügyi miniszter dönt az önkormányzatok által nyújtandó egészségügyi és ápolási szolgáltatások költségeiről. Ebben az összefüggésben létezik egy közösségi alap, amelyből a települések adóforrásokban részesülnek.

Hasonlóképpen az állam szabja meg az egészségbiztosítási szolgáltatások jövedelemarányos járulékait. Ennek során betartandó az az előírás, miszerint a szolgáltatások finanszírozása fele-fele arányban jövedelemarányos járulékokból és átalányokból történik.

Az állam dönt a báziskatalógus tartalmáról is, amely az ápolási intézmények kapacitástervezését biztosítja, továbbá azon szolgáltatási területek áráiról, amelyekre a biztosítók és szolgáltatók közötti alkufolyamat nem terjed ki.

#### **4. 8. A kiegészítő biztosítások szerepe**

Hollandiában a biztosítottak 84%-a rendelkezik kiegészítő biztosítással. Ezek aránya ugyan 2006. óta valamelyest csökkent, ami a díjnövekedéseknek tulajdonítható (2006: évi 222 EUR; 2015: évi 313 EUR).

A kiegészítő biztosítások általában a báziskatalógus szerint nem fedezett szolgáltatásokra irányulnak, mint a fogászati kezelések és a fizioterápia. Lehetőség nyílik az önrész szerződéses rögzítésére is, ám a gyakorlatban ilyent csak a szegényebbek vásárolnak.

A kiegészítő biztosítások területén nincs szerződéskötési kötelezettség, a biztosítók a kockázat szerint differenciálhatják a díjakat. A biztosítók általában az alapsomaggal való kombinációban kínálják biztosítottaiknak a kiegészítő biztosítást.

A közbeszédben és a tudományos vitákban már régóta felmerül, hogy mindezt mennyiben használják célzottan kockázatszelekcióra. Annak ellenére, hogy Hollandiában a biztosítók közötti strukturális kockázatkiegyenlítés viszonylag magas szintet ért el, bizonyos betegcsoportok továbbra is vonzóbbak másoknál, mivel különböző csoportoknál felül- és alulfedezettség nyilvánul meg. Ezzel a biztosítók számára fennáll a kockázatszelekció iránti ösztönzés. *Van de Ven és mt. (2017)* egy aktuális tanulmányban első ízben jelezték is, hogy a biztosítók számára nem csupán fennáll a kockázatok szelekciója iránti késztetés, hanem aktívan gyakorolják is azt.

A felmérések eredményei szerint a tényleges kockázatszelekció tényleges méreteitől függetlenül, a biztosítottak nem elhanyagolható része nem váltja fel az alapszolgáltatást, mivel attól tart, hogy a kiegészítő biztosítás díja egy másik biztosítónál növekedni fog, vagy hogy nem is fog részesülni kiegészítő biztosítási védelemben. Ezek aránya kórelőzményekkel rendelkező biztosítottaknál a megkérdezettek fele, az 55 év fölöttiekénél egyharmada volt. A kiegészítő biztosítások rendszere ugyanis oly módon alakult, hogy a díj törzsügyfelek számára abban az esetben is azonos marad, ha egészségi állapotuk rosszabbodik (ún. garantáltan meghosszabbított szerződések), miközben az újonnan szerződött ügyfeleknél az egészségi állapot rosszabbodását figyelembe veszik a díjemelésnél. Ezért a kórelőzményekkel rendelkező biztosítottak kevésbé hajlamosak biztosítóváltásra, mivel az új biztosítónál tartaniuk kell a kiegészítő biztosítás díjának megemelésétől. Ezáltal azonban a verseny intenzitása az alapszolgáltatás területén csökken, mivel a két biztosítás rendszerint egymáshoz kapcsolódik.

## *Várható életkor a száz év fölöttiek körében*

Science 29 June 2018: Vol. 360, Issue 6396, pp. 1459-1461.

DOI: 10.1126/science.aat3119

Kulcsszavak: halálozás, várható életkor, Olaszország

### **Forrás Internet-helye:**

<http://science.sciencemag.org/content/360/6396/1459> ;

[https://www.eurekalert.org/pub\\_releases/2018-06/uoc--too062818.php](https://www.eurekalert.org/pub_releases/2018-06/uoc--too062818.php) ;

<http://www.sciencemag.org/news/2018/06/once-you-hit-age-aging-appears-stop>

**International Database on Longevity (IDL):**

<https://www.supercentenarians.org/> ;

**Elisabetta Barbi:** [elisabetta.barbi@uniroma1.it](mailto:elisabetta.barbi@uniroma1.it) ; <https://www.population-europe.eu/person/barbi>

*Elisabetta Barbi és mt. (Dipartimento di Scienze statistiche, Sapienza Università di Roma)* a 105-ik életévét elérő 3.836 olasz túlélési rátájának elemzése alapján arra a következtetésre jutottak, hogy a halálozási görbe ebben az életkorban ellaposodik.

Az elmúlt évtizedekben a várható életkor folyamatosan növekedett. A száz év fölöttiek száma világviszonylatban félmillió főre, a 110 év fölöttieké pedig ezer főre becsülhető. A francia Jeanne Calment 1997-ben 122 éves korában hunyt el.

A kutatók körében vitatott, hogy mennyi lehet a maximális várható életkor. Az eddigi szemlélet szerint a halálozás az életkor előrehaladtával növekedik. A legtöbb korcsoportnál ez statisztikailag bizonyítható. Egy 50 éves személy kockázata, hogy a következő évben meghaljon, háromszor akkora, mint egy 30 évesé. A halálozás kockázata a 60-as és 70-es korcsoportban nyolc évenként megduplázódik. Egy százéves személy esélye, hogy következő születésnapját megérje, 60%, egy 105 évesé 50%.

Elisabetta Barbi és mt. mostani vizsgálata szerint a 105-ik életévtől a halálozási görbe ellaposodik. Egy 111 éves és egy 105 éves személy egyforma eséllyel rendelkezik ahhoz, hogy következő születésnapját megérje.



# ***Egészségi egyenlőtlenségek Németországban és nemzetközi összehasonlításban***

## ***(1. rész): Németország***

Robert Koch-Institut

Journal of Health Monitoring, März 2018, Special issue 1 (26 p.)

**Kulcsszavak:** népegészségügy, egészségtudomány, kutatás, egészségi egyenlőtlenségek, Németország

### **Forrás Internet-helye:**

[https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/JoHM/2018/JoHM\\_Inhalt\\_18\\_S1.html](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/JoHM/2018/JoHM_Inhalt_18_S1.html) ;

[https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/Journal-of-Health-](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/Journal-of-Health-Monitoring_03S1_2018_Gesundheitliche_Ungleichheit.pdf?blob=publicationFile)

[Monitoring\\_03S1\\_2018\\_Gesundheitliche\\_Ungleichheit.pdf? blob=publicationFile](https://www.rki.de/EN/Content/Health_Monitoring/Health_Reporting/GBEDownloadsJ/Journal-of-Health-Monitoring_03S1_2018_Health_inequalities.pdf?blob=publicationFile) ;

[https://www.rki.de/EN/Content/Health\\_Monitoring/Health\\_Reporting/GBEDownloads](https://www.rki.de/EN/Content/Health_Monitoring/Health_Reporting/GBEDownloadsJ/Journal-of-Health-Monitoring_03S1_2018_Health_inequalities.pdf?blob=publicationFile)

[J/Journal-of-Health-Monitoring\\_03S1\\_2018\\_Health\\_inequalities.pdf? blob=publicationFile](https://www.rki.de/EN/Content/Health_Monitoring/Health_Reporting/GBEDownloadsJ/Journal-of-Health-Monitoring_03S1_2018_Health_inequalities.pdf?blob=publicationFile)

### **1. Bevezetés**

Az utóbbi években bővült az adatbázis és új kutatási perspektívák tárultak fel. Ehhez egyebek között hozzájárult a *Robert Koch-Institut* egészségügyi monitoringja, amely az 1980-as évek közepén indított „szív- és érrendszeri prevenció vizsgálatból” (*Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie – DHP*) és a „szövetségi egészségfelmérésből” (*Bundes-Gesundheitssurvey 1998*) bontakozott ki. További, részben tematikus epidemiológiai vizsgálatok: a *szenvedélybetegségek epidemiológiai kutatása (Epidemiologischer Suchtsurvey – ESA)*, a *nemzeti táplálkozástudományi vizsgálat (Nationale Verzehrsstudie – NVS)* és a *német szájegészségügyi vizsgálat (Deutsche Mundgesundheitsstudie – DMS)*. Az adatgyűjtést segítő komplementer kutatások: az ún. *szocio-ökonómiai panel (Sozio-oekonomisches Panel – SOEP)*, az *általános társadalomtudományi lakossági felmérés (Allgemeine Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften – ALLBUS)*, a *hivatalos statisztikák, elsősorban a mikrocenzus és az európai felmérés az európai lakosság életkörülményeiről szóló statisztika (EU-SILC)*, valamint a *társadalombiztosítási teherviselők adatgyűjtése*.

### **2. Kutatási eredmények Németországban**

A *szocio-ökonómiai panel (SOEP)* adatai szerint 1994 és 2014 között az egészségi állapot általános önértékelésében fokozottabban tükröződnek a jövedelmi különbségek. A közepes és magasabb jövedelműek körében azok aránya, akik



általános egészségi állapotukat „kevésbé jónak” vagy „rossznak” ítélik meg, enyhén csökkent, míg az alacsony jövedelműek körében növekedett. A jövedelmi különbségek az első és második megfigyelési időszak között a nők körében 2,4 százalékpontot, a férfiak körében 3,2 százalékpontot tettek ki.

***A Robert Koch-Institut egészségfelmérési adatainak felhasználásával elemzés készült a képzettségi különbségekről a 25 és 65 év közötti lakosság körében diabétesz mellitusban szenvedőknél.*** A felismert diabétesz prevalenciája az alacsonyabb képzettséggel rendelkezőknél a felmérés mindkét periódusában (1990–1992 és 1997–1999) magasabb volt, mint a közepes és magasabb képzettséggel rendelkezőknél. A 2002 és 2005 között végzett utóvizsgálat szerint a felismert diabétesz prevalenciája minden csoportnál növekedett.

Ugyancsak a ***Robert Koch-Institut egészségfelmérési adatainak felhasználásával elemzés készült a szociális különbségekről a szív- és érrendszeri betegségekben szenvedő 40 és 79 év közötti lakosság körében.*** A legjelentősebb szív- és érrendszeri megbetegedések prevalenciája az 1997–1999 és 2008–2011 közötti időszakban nőknél enyhén csökkent, férfiaknál nem változott szignifikánsan.

***A szocio-ökonómiai panel (SOEP adatainak felhasználásával tanulmány készült a 30 és 49 év közöttiek egészséggel összefüggő életminőségének alakulásáról,*** amelynek során a *Short Form-12 Health Surveys (SF-12)* kérdőívet alkalmazták. A fizikai dimenziók és a mindennapi tevékenységek vagy a munkavégzés tekintetében való korlátozottság vonatkozásában 2002 és 2014 között a különbségek viszonylag stabilak és az alacsonyabb képzettségűek számára hátrányosak.

Több tanulmány foglalkozik a jövedelmi státusz és az egészségmagatartás, a dohányzás, az elhízottság, a fájdalmak, a halálozás összefüggésével.

A kutatók a szociális egyenlőtlenségek, az elszegényedés, az egészségi állapot és a várható életkor közötti összefüggés mérésére kifejlesztettek egy indexet („***German Index of Socioeconomic Deprivation***“ – *GISD*), amely a munkaerőpiac, a képzés, a jövedelem és az egészség számos indikátorát veszi figyelembe. Ennek segítségével az 1998/2000 és 2011/2013 közötti időszakra vonatkozóan kimutatták, hogy a kedvezőbb helyzetben levő járásokban élő férfiak átlagosan 2,9 évvel hosszabb várható életkorral rendelkeznek, mint a legrosszabb helyzetben levő járásokban élők. Nőknél ez a különbség 1,5 év. A várható életkor tekintetében a regionális szocio-ökonómiai egyenlőtlenség a vizsgált időszakban nőknél 27,7%-kal, férfiaknál 20,2%-kal növekedett. Években kifejezve a különbség nőknél 1,4-ről 1,7 évre, férfiaknál 2,6-ről 3,0 évre növekedett.

## *Helyzetkép a német Nemzeti Rákellenes Program végrehajtásáról*

Univadis, 17. 05. 2018

**Kulcsszavak:** népegészségügy, rákos megbetegedések, onkológia, megelőzés, rákszűrés, rákellenes program, Németország

### **Forrás Internet-helye:**

[https://www.univadis.de/viewarticle/schlachtplan-gegen-krebs-605830?u=g7Nnk16ewguWS5hWLN23V%2F9E96keG%2B95Js9Lm6D2gtUl4Soq8URsQKrZlarLAUYJ&utm\\_source=automated&utm\\_medium=email&utm\\_campaign=auto\\_imdiskurs\\_email\\_uniannct\\_ger-de&utm\\_content=2376544&utm\\_term=](https://www.univadis.de/viewarticle/schlachtplan-gegen-krebs-605830?u=g7Nnk16ewguWS5hWLN23V%2F9E96keG%2B95Js9Lm6D2gtUl4Soq8URsQKrZlarLAUYJ&utm_source=automated&utm_medium=email&utm_campaign=auto_imdiskurs_email_uniannct_ger-de&utm_content=2376544&utm_term=)

### **A Nemzeti Rákellenes Program bemutatása:**

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/nationaler-krebsplan/der-nationale-krebsplan-stellt-sich-vor/> ;

### **A Nemzeti Rákellenes Program célkitűzései:**

[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/N/Nationaler\\_Krebsplan/Nationaler\\_Krebsplan-Zieluebersicht.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/N/Nationaler_Krebsplan/Nationaler_Krebsplan-Zieluebersicht.pdf)

*A Nemzeti Rákellenes Program tízéves. Elfogadása óta öt szövetségi egészségügyi miniszter volt hivatalban. A program valóra váltása azonban nem rajtuk, hanem magán az egészségügyi rendszeren múlik.*

A *Nemzeti Rákellenes Program* a rákos megbetegedések leküzdésében érintett szereplők egyfajta kooperációs és koordinációs programja. A rákregiszter bevezetése dolgában az utolsó szót a tartományok mondják ki. A korai felismerésre vonatkozó irányelvek a társadalombiztosítási önkormányzat, azaz a *Közös Szövetségi Bizottság (Gemeinsamer Bundesausschuss – G-BA)* kompetenciájába tartoznak, amely nehezen küzd meg a feladattal. A szűrési programok bonyolultabbak, mint azt elképzelték. A szokványos igazgatási eljárások mellett – mint az *Egészségügyi Minőség és Gazdaságosság Intézetének (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen – IQWiG)* adott megbízás, különböző tanácsadási tevékenységek és meghallgatások – számos kérdés merül fel az adatvédelemmel és információtechnológiával kapcsolatban.

A *Nemzeti Rákellenes Program* fő célkitűzései közé tartozik a rákos megbetegedések korai felismerése, valamint a rákregiszterek szövetségi szintű bevezetése. A program 13 célkitűzéséhez kapcsolódó számos ajánlás végrehajtása azonban korántsem zökkenőmentes. „*A rákos megbetegedések korai felismerésének továbbfejlesztéséről és a klinikai rákregiszterek segítségével történő minőségbiztosításról szóló törvény*”

(„*Gesetz zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister – KFRG*“) alapján 2017 végéig, de legkésőbb 2018-ban szövetségi szinten be kellett volna vezetni a rákos betegek ellátásának javítását célzó klinikai rákregisztereket. Még mindig kérdéses, hogy 2018 végéig az összes tartomány rendelkezni fog-e működő klinikai rákregiszterekkel. „*A kötelező betegbiztosítás csúcsszövetségének (GKV-Spitzenverband) megbízásából 2016 augusztusában készített jelentés szerint a regionális struktúrák átalakítása „csak vontatottan halad”.*

Egyes tartományoknak mindent nulláról kell kezdeniük, mivel nem rendelkeznek semmiféle regiszterrel. A klinikai rákregiszterek üzemeltetési költségeinek 90%-át a betegpénztárak, 10%-át a tartományok finanszírozzák.

A rákos megbetegedések korai felismeréséről és rákregiszterekről szóló törvény 2013. április 9-én lépett hatályba. Ez kötelezte a Közös Szövetségi Bizottságot a méhnyakrák és a bélrák korai felismerésére irányuló létező programok szervezett szűrési programokba történő átminősítésére. A határidő 2016. április 30. volt. Ám 2018 őszén még mindkét programmal kapcsolatban tanácskozásokra kerül sor, ami azt jelenti, hogy ezek még 2019-ben sem fognak a biztosítottak rendelkezésére állni. A méhnyakrák korai felismerésére irányuló program bevezetésére 1972-ben került sor. Ez az új megbetegedések és a halálozási ráta 60%-kal való csökkenéséhez vezetett. Németország azonban európai összehasonlításban a méhnyakrákban való megbetegedések rátája tekintetében a középmezőnyhöz tartozik. Ezért a jelenlegi korai felismerési gyakorlatot harmonizálni kell „a méhnyakrák-szűrés minőségbiztosításáról szóló európai irányelvekhez”. A Közös Szövetségi Bizottság 2015 márciusában fogadta el a méhnyakrák korai felismeréséről szóló első állásfoglalást. Ezt azonban a szakmai szervezetek, a Szövetségi Orvosi Kamara, az orvostechonikai eszközöket gyártók élesen bírálják. 2016 szeptemberében újabb határozat elfogadására került sor. A Közös Szövetségi Bizottság a folyamatos változtatások miatt kiigazította a 2015-ben az Egészségügyi Minőség és Gazdaságosság Intézete részére adott megbízást. Az intézet zárójelentésének közzétételére 2017 szeptemberében került sor. És jelenleg közzévit a szakaszában van egy újabb szövetségi szintű tervezet.

[Lásd még: *Jelentés a rákos megbetegedések helyzetéről Németországban 2013-2014-ben, 2018. 2. sz.*]

***Európai kábítószer-jelentés. Tendenciák és fejlemények 2018***  
Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja,  
Lisszabon, 2018. június 7. (96 p.)

**Kulcsszavak:** népegészségügy, szenvedélybetegségek, kábítószer, EMCDDA, Európai Unió

**Forrás Internet-helye:**

[http://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/8906/HighlightsEDR2018\\_HU\\_Final\\_web.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/8906/HighlightsEDR2018_HU_Final_web.pdf) ,  
[http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/8585/20181816\\_TDAT18001\\_HUN\\_PDF.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/8585/20181816_TDAT18001_HUN_PDF.pdf)

A kokain megnövekedett hozzáférhetőségére utaló jeleket emelte ki az *EU kábítószerügyi ügynöksége (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA)* a 2018. évi európai kábítószer-jelentés: Tendenciák és fejlemények című kiadványában. A fejlemények egy olyan dinamikus kábítószerpiac összefüggésében mutatkoznak, amely képes gyorsan reagálni a kábítószer-ellenes intézkedésekre. Éves áttekintésében az ügynökség megvizsgálja az új pszichoaktív anyagokkal kapcsolatos kihívásokat is, ideértve az új szintetikus opioidok (különösen az erős fentanil származékok) hozzáférhetőségét, és a szintetikus kannabinoidok marginalizált csoportokban (ideértve a börtönpopulációt is) történő használatával kapcsolatos problémákat.

Az EMCDDA jelentése megállapítja, hogy a kábítószer-hozzáférés általánosan magas, és bizonyos területeken folyamatos növekedést mutat. A legfrissebb adatok szerint Európában (28 EU-tagállam, Törökország és Norvégia) több mint egymillió kábítószer-lefoglalást jelentettek 2016-ban. Az Unióban több mint 92 millió felnőtt (15-64 év között) próbált már ki tiltott drogot élete folyamán, és a becslések szerint 2016-ban (EU-28) 1,3 millióan részesültek kezelésben kábítószer-fogyasztás miatt.

**Kokain:** Megnövekedett hozzáférhetőség és legnagyobb tisztaság egy évtized alatt Európán belül a kokain a leggyakrabban használt stimuláns drog. Körülbelül 2,3 millió azoknak a fiatal (15–34 éves) felnőtteknek a száma, akik az elmúlt évben használták a kábítószer (a 28 EU-tagállam). A Latin-Amerikában megfigyelhető növekvő kokatermesztéssel és kokaintermeléssel összefüggésben a jelenlegi elemzés megerősíti, hogy Európa kokainpiacai élénke, a jelenlegi mutatók pedig arra utalnak, hogy számos országban megnövekedett a kábítószer hozzáférhetősége. Bár a kokain ára stabil maradt, az utcai kokain tisztasága 2016-ra, egy évtized alatt, elérte legmagasabb fokát. A kokain-lefoglalások száma is emelkedett. 2016-ban 98 000 kábítószer-lefoglalást jelentettek az EU-ban (2015-ben 90 000-t), összesen 70,9 tonna mennyiségben.

Ami a városokat illeti, egy jelenlegi, a települési szennyvízben található szermaradványokat vizsgáló elemzés azt mutatta, hogy 2015 és 2017 között az erre az időszakra vonatkozóan adatokat szolgáltató 31 város közül 26-ban növekedett a kokainmaradványok mennyisége. A legmagasabb maradványértékeket Belgium, Hollandia, Spanyolország és az Egyesült Királyság városaiban rögzítették, míg a vizsgált kelet-európai városokból alacsony szinteket jelentettek.

### ***Az európai kábítószer-előállítás és termesztés növekedésének jelei***

Európa fontos piaca a tiltott drogoknak, amelyeket a világ számos régiójából, köztük Latin-Amerikából, Nyugat-Ázsiából és Észak-Afrikából csempésznek be. Ugyanakkor a mai jelentés kiemeli Európát mint előállító és termeszto régió szerepét is, megállapítva, hogy: „Ebben az évben az anyagok széles köre tekintetében érzékeljük annak aggasztó jeleit, hogy Európán belül megnövekedett a kábítószer-előállítás és termesztés.”

Az előállítás és termesztés a fogyasztói piacokhoz közelebb történik, aminek számos oka van, többek között a kényelem, a határon való leleplezés kockázatának csökkentése, és a kábítószer-től függően az előállítási folyamat során szükséges alapvető vegyi anyagok hozzáférhetősége vagy költsége. A jelentés számos példát sorol fel az Európán belüli megnövekedett kábítószer-előállításról és termesztésről, valamint az előállítási vagy termesztési módszerek tekintetében tapasztalt innovációról. Ezek kiterjednek az alábbiakra vonatkozó bizonyítékokra: illegális kokainfeldolgozó laboratóriumok; a felszámolt MDMA („ecstasy”) laboratóriumok számának növekedése; a metamfetamin-előállítás növekedése és abban a szervezett bűnözés nagyobb mértékű részvétele; az amfetamin-előállítás végső fázisainak áthelyeződése a fogyasztás szerinti országba; és alacsony számú leleplezett heroin-előállító laboratórium. Az Európai Unióban előállított szintetikus drogok egy részét olyan külföldi piacokra szánják, mint például az amerikai kontinens, Ausztrália, Közép- és Távols-Kelet és Törökország.

A magas hatóanyag-tartalmú kannabisz termesztésének Európán belüli növekedése úgy tűnik, hogy hatással van az Unió kívüli kannabisz-termeszto tevékenységeire, amint azt a Marokkóból Európába csempészett magasabb hatóanyag-tartalmú hasis esete is mutatja. Vannak arra utaló jelek is, hogy az új psichoaktív anyagok, amelyeket általában Kínában állítanak elő és Európába szállítanak csomagolásra, esetenként az európai határokon belül kerülnek előállításra.

### **Kapcsolat: Kathy Robertson**

Sajtókapcsolatok: Praça Europa 1, Cais do Sodré, 1249-289 Lisszabon, Portugália

Tel. (351) 211 21 02 00 I

[press@emcdda.europa.eu](mailto:press@emcdda.europa.eu) I [www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu)

***A rohamszerű lerészegedés munkamemóriára  
gyakorolt hatása a fiatalok körében***

Alcohol and Alcoholism (2018; 53: 251–258)

Journal of Neuroscience (2018; doi: 10.1523/JNEUROSCI.0550-18.2018)

**Kulcsszavak:** népegészségügy, szenvedélybetegségek, alkohol, nemzetközi

**Forrás Internet-helye:**

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5913665/pdf/agx113.pdf> ;  
<http://www.jneurosci.org/content/early/2018/06/18/JNEUROSCI.0550-18.2018> ;  
<https://www.sfn.org/Press-Room/News-Release-Archives/2018/Adolescent-Binge-Drinking-Disrupts-Mouse-Memory-in-Adulthood>

**Liam Mahedy és mt. (Population Health Sciences, Bristol Medical School, University of Bristol)** prospektív vizsgálata szerint azok a fiatalok, akik már 15 éves korukban gyakran itták magukat tökrészegre, 18 éves korukban gyakran szenvednek a munkaemlékezet zavaraiiban, ami hosszútávon kognitív képességeik korlátozásához vezethet. Az agy neurológiai károsodásait állatkísérletek is bizonyították.

A **német gyermekegészségügyi felmérés (KiGGS-Studie)** keretében a 14 és 17 év közötti fiatalok fiúk 23,2%-a, a lányok 16,5%-a vallotta, hogy rendszeresen holtészegre issza magát. Az **„Avon Longitudinal Study of Parents and Children“ (ALSPAC)** aktuális értékelése során az 1991/92-ben születetteket arról kérdezték, hogy milyen gyakran részegedtek le 15 éves korukban. A megkérdezettek 10%-a válaszolta, hogy vele ez az utóbbi két év során több mint húsz alkalommal előfordult.

18 éves korukban pszichometriai tesztnek vetették alá a résztvevőket. Egyebek között az „n lépést vissza” feladatot („*n-back-test*”) is teljesíteniük kellett. A két lépést vissza feladatot a rohamszerű lerészegedés élményét ismerők még jól teljesítették, eredményeik nem voltak rosszabbak azokénál, akik kevesebbet vagy egyáltalán nem ittak. A három lépést vissza feladatnál azonban az italozók hibái megsokasodtak, ami a munkaemlékezet megromlására utal. Az eredményekből arra következtethetünk, hogy a kómás állapotig italozók felnőtt korukban mentálisan hátrányos helyzetbe kerülhetnek.

## *A terhességmegszakítások statisztikája Svájcban 2017-ben*

Bundesamt für Statistik (BFS), 2018 június

**Kulcsszavak:** családtervezés, születésszabályozás, szülészet, nőgyógyászat, fogamzásgátlás, terhességmegszakítás, Svájc

### **Forrás Internet-helye:**

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/reproduktive/schwangerschaftsabbrueche.html>

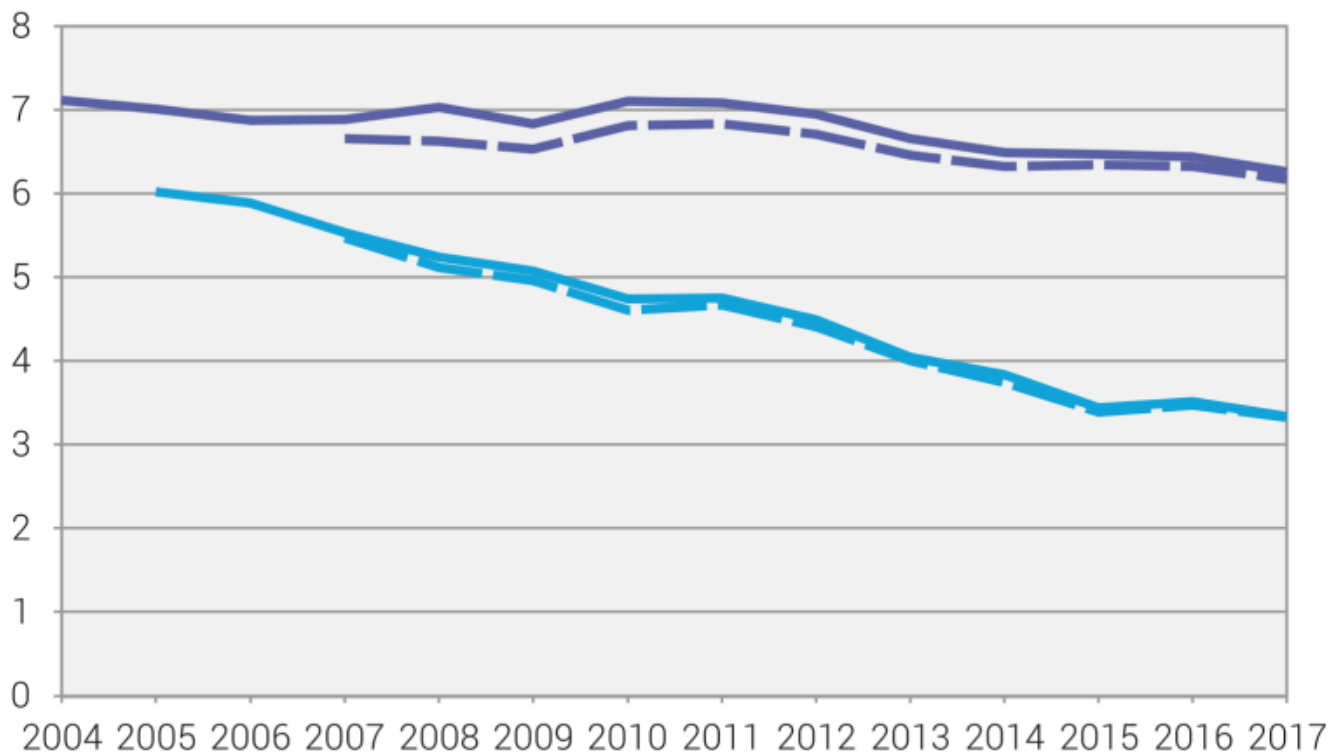
A terhességmegszakítások száma 2014 és 2015 között stabil volt, 2016. óta ismét csökkent. A csökkenés a 15 és 19 évesek körében jelentősebb mértékű.

<b>Terhességmegszakítások</b>		
<b>Mutatók</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
<b>Terhességmegszakítások száma összesen</b>	10.273	10.015
<b>Terhességmegszakítások száma a svájci lakóhellyel rendelkező nők körében</b>	10.102	9.863
Ezer 14 és 44 év közötti nőre jutó terhességmegszakítások száma a svájci lakóhellyel rendelkező nők körében	6,3	6,2
Ezer 15 és 49 év közötti nőre jutó terhességmegszakítások száma a svájci lakóhellyel rendelkező nők körében	5,3	5,2
Ezer 15 és 19 év közötti fiatalkorúra jutó terhességmegszakítások száma a svájci lakóhellyel rendelkező fiatalkorúak körében	3,5	3,3
Ezer élveszülésre jutó terhességmegszakítások száma a svájci lakóhellyel rendelkező nők körében	115	113
Terhességmegszakítások < 16 éves nők körében (%-ban)	1	0
Terhességmegszakítások a terhesség első 12 hetében (%-ban)	95	95
Gyógyszeres terhességmegszakítás (%-ban)	72	75
Sebészeti eszközökkel való terhességmegszakítás (%-ban)	28	25
Külföldi lakóhellyel rendelkező nők (%-ban)	2	2



# Schwangerschaftsabbrüche

Rate pro 1 000 Frauen



Frauen im Alter von



Quelle: BFS – Statistik des Schwangerschaftsabbruchs

© BFS 2018

## [Terhességmegszakítások

Ezer nőre jutó ráta;

Nők életkora szerint:

15-44 év közöttiek összesen; 15-19 év közöttiek összesen;

15-44 év közöttiek, svájci lakóhellyel rendelkezők; 15-19 év közöttiek, svájci lakóhellyel rendelkezők]

[Lásd még: *A terhességmegszakítások statisztikája Svájcban 2014-ben, 2015. 19. sz.*; *Jelentés a terhességmegelőzés helyzetéről Svájcban – Schweizerischer Verhütungsbericht 2017, 2017. 25. sz.*]

## *A terhességmegszakítások statisztikája Németországban*

*2018 első negyedében*

Statistisches Bundesamt

Pressemitteilung vom Nr. 207 vom 13. 06. 2018

**Kulcsszavak:** családtervezés, születésszabályozás, szülészet, nőgyógyászat, fogamzásgátlás, terhességmegszakítás, Németország

### **Forrás Internet-helye:**

[https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2018/06/PD18\\_207\\_233.html](https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2018/06/PD18_207_233.html)

2018 első negyedében Németországban 27.200 terhességmegszakításra került sor. A Szövetségi Statisztikai Hivatal adatai szerint ez 2,2%-kal több mint az azt megelőző év hasonló időszakában.

A 2018 első negyedében terhességét megszakító nők háromnegyede (72%) 18 és 34 év közötti, 18%-a 35 és 39 év közötti volt. A nők 7%-a 40 éves vagy annál idősebb volt. A 18 év alattiak aránya 3% volt. A nők 40%-ának a terhességmegszakítást megelőzően még nem volt élveszülése.

A bejelentett terhességmegszakítások 96%-ánál betartották a tanácsadásra vonatkozó előírásokat. A terhességmegszakítás indoka az esetek 4%-ánál orvosi vagy kriminológiai jellegű volt. A leggyakrabban alkalmazott eljárás a leszívás (vákuumaspiráció) volt (61%), az esetek 22%-ánál a mifegyne® szer alkalmazására került sor. A beavatkozásokat többnyire ambulánsan végezték: 80%-ot nőgyógyászati praxisban, 17%-ot kórházban ambulánsan. A nők 7%-a nem a lakóhelye szerinti tartományban végeztette el a beavatkozást.

### **További információ:**

**Hans-Jürgen Heilmann,**

Tel.: +49(0)611/75 81 45,

E-mail/Internet: [presse@destatis.de](mailto:presse@destatis.de) ; [www.destatis.de](http://www.destatis.de)

[Lásd még: *A terhességmegszakítások statisztikája Németországban 2017 második negyedében, 2017. 25. sz.*]

**Jelentés a minimálbérek helyzetéről Európában 2018-ban –  
WSI-Mindestlohnbericht 2018**

Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Institut (WSI) der Hans-Böckler-Stiftung,  
WSI-Report 39, Februar 2018. (14 p.)

**Kulcsszavak:** bérek, minimálbér, Európa

**Forrás Internet-helye:** [https://www.boeckler.de/pdf/p\\_wsi\\_report\\_39\\_2018.pdf](https://www.boeckler.de/pdf/p_wsi_report_39_2018.pdf) ;  
[https://www.boeckler.de/112132\\_113750.htm](https://www.boeckler.de/112132_113750.htm) ;  
[https://www.boeckler.de/112353\\_112990.htm](https://www.boeckler.de/112353_112990.htm) ;  
[https://www.boeckler.de/fotostrecke\\_boeckler\\_impuls-r.htm?id=112993&chunk=1](https://www.boeckler.de/fotostrecke_boeckler_impuls-r.htm?id=112993&chunk=1) ;  
**Nemzetközi adatok a WSI adatbankjában:** [https://www.boeckler.de/wsi-tarifarchiv\\_43610.htm](https://www.boeckler.de/wsi-tarifarchiv_43610.htm) ;  
[https://www.boeckler.de/109259\\_109304.htm](https://www.boeckler.de/109259_109304.htm)

A minimálbér abban a 22 EU-tagállamban, ahol azt törvény írja elő, az utóbbi években 4,4%-kal növekedett. Azt Németország, Görögország és Luxemburg kivételével, 19 tagállamban 2018. január 1-től vagy az előző év folyamán emelték. A nominális emelés mértéke 2009. óta a második legerőteljesebb volt. Az infláció miatt a minimálbérek reálértékben kevésbé növekedtek, átlagosan 2,8%-kal (2017-ben 5,1%-kal). A minimális órabér Németországban 8,84 EUR, a nyugat-európai EU-tagállamokban átlagosan 9,47 EUR, Luxemburgban 11,55 EUR.

A kutatók szerint a minimálbér növekedése a közép- és kelet-európai országokban a legdinamikusabb, ahol a minimálbérek legutóbb legalább öt százalékos, részben kétszámjegyű növekedést értek el (Romániában 52%). A nyugat- és dél-európai országokban a növekedés mérsékeltebb: Franciaországban 1,2%, Spanyolországban, Portugáliában és Nagy-Britanniában 4%.

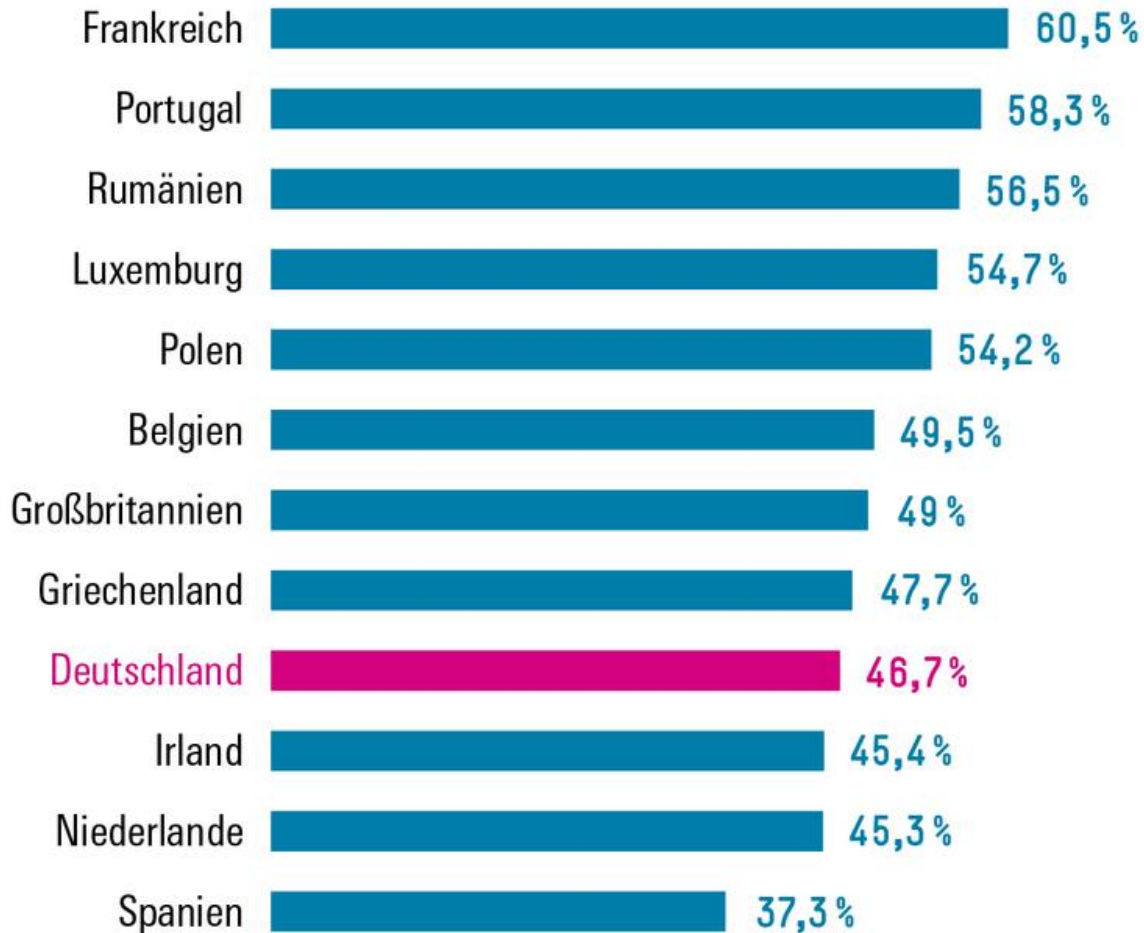
***A minimális órabér csaknem mindenütt több mint 9,40 EUR***

A nyugat-európai országokban a legalacsonyabb megengedett minimális órabérek, Nagy-Britannia és Németország kivételével, mindenütt meghaladják a 9,40 EUR-t: Belgiumban 9,47 EUR, Írországon 9,55 EUR, Hollandiában 9,68 EUR, Franciaországban 9,88 EUR, Luxemburgban 11,55 EUR. Nagy-Britanniában a minimálbér átszámítva 8,56 EUR, ami az angol font erőteljes leértékelése nélkül jóval magasabb lenne. A 2015. évi átlagos csereárfolyam szerint 10,33 EUR-t tenne ki.

A minimálbérek a dél-európai országokban 3,39 EUR (Görögország) és 4,46 EUR (Spanyolország) között mozognak. Szlovéniában 4,84 EUR. A közép- és kelet-európai országok többségében a minimálbérek jóval alacsonyabbak, de felzárkóznak: a minimális órabér Lengyelországban átszámítva 2,85 EUR, Csehországban 2,78 EUR, Romániában 2,50 EUR. A vásárlóerő standardok figyelembevételével az EU-tagállamok és a rendkívül alacsony minimálbérrel rendelkező országok (Baltikum, Románia, Bulgária), valamint a viszonylag magas minimálbérrel rendelkező észak-európai országok közötti viszony 1:4-ről 1:2,2-re csökken. A minimálbérből élők Németországban valamelyest profitálnak a nyugat-európai összehasonlításban alacsonyabb árszintből. A vásárlóerő azonban alacsonyabb mint a Benelux-országokban és Franciaországban.

## Vorbild Frankreich

Der Mindestlohn entsprach 2016 im Verhältnis zum Medianlohn in ...



Quelle: OECD, WSI 2018

Grafik zum Download: [bit.do/impuls1083](https://bit.do/impuls1083) Daten: [bit.do/impuls1084](https://bit.do/impuls1084)

Hans Böckler  
Stiftung 

A jelentés 15 Európai Unió kívüli országra is kiterjed. Átszámítva ez Moldáviában 68 cent, Oroszországban 83 cent, Brazíliában 1,26 EUR, Törökországban több mint 2,53 EUR, az Egyesült Államokban 6,42 EUR, Japánban 6,69 EUR, Új-Zélandon 9,91 EUR, Ausztráliában 12,42 EUR. Az Egyesült Államokban a nemzeti minimálbér mellett a szövetségi államokban különböző, többnyire magasabb minimálbéreket alkalmaznak: Washington DC-ben 11,06 EUR, Washington államban 10,18 EUR, Kaliforniában és Massachusetts-ben 9,03 EUR.

**Kontakt:**

**Rainer Jung**

Abteilungsleiter Öffentlichkeitsarbeit und Transfer

Pressesprecher

**Hans-Böckler-Stiftung**

Hans-Böckler-Str. 39

D - 40476 Düsseldorf

Tel.: 49-211 / 7778-150

Fax: 49-211 / 7778-4150

[rainer-jung@boeckler.de](mailto:rainer-jung@boeckler.de)

[www.boeckler.de](http://www.boeckler.de)

*[Lásd még: Két cikk a minimálberről. A minimálbérek helyzete 2012-ben – WSI  
Mindestlohnbericht 2012, 2012. 16. sz.]*

## *Új ügyvezető igazgatók a Német Gyógyszernagykereskedők Szövetségénél*

DAZ.ONLINE - 02.07.2018, 12:20

### **Forrás Internet-helye:**

[https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2018/07/02/zwei-neue-geschaeftsfuehrer-fuer-den-phagro?utm\\_campaign=kurzNach6&utm\\_source=20180702&utm\\_medium=newsletter&utm\\_keyword=article](https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2018/07/02/zwei-neue-geschaeftsfuehrer-fuer-den-phagro?utm_campaign=kurzNach6&utm_source=20180702&utm_medium=newsletter&utm_keyword=article)



*2018. szeptember 1-i kezdettel Michael Dammann (b.) és Thomas Porstner (j.) közösen látja el a Német Gyógyszernagykereskedők Szövetsége (Bundesverband des pharmazeutischen Großhandels – Phagro) ügyvezető igazgatói teendőit.* Elődjük, Bernadette Sickendiek, aki 1983 és 1991 között dolgozott a szövetségénél, majd 2005 óta állt annak élén, nyugdíjba vonul.

A két új vezető megtartja eddigi feladatkörét. Porstner továbbra is jogi, Dammann gazdasági és technikai területen lesz illetékes.

*Michael Dammann banktisztviselői és politológiai végzettséggel rendelkezik.* Pályája kezdetén a CDU/CSU Bundestag-frakció gyógyszerügyi referense, majd a *Kutató Gyógyszergyártók Szövetségének (Verband der Forschenden Pharmaunternehmen – vfa)* munkatársa volt. 2011. óta dolgozik a gyógyszernagykereskedők szövetségénél. A *European Healthcare Distribution Association (GIRP)* technikai bizottságának, a *gyógyszerspecialitások tájékoztató irodája (Informationsstelle für Arzneispezialitäten – IFA)* igazgatótanácsának és a *Securpharm* koordinációs bizottságának tagja.

*Thomas Porstner (48) Rostockban és Göttingenben végezte jogtudományi tanulmányait.* Pályáját egészségügyi és szociális referensként kezdte Mecklenburg-Előpomeránia tartományi gyűlésénél, majd a CDU/CSU Bundestag-frakció referense volt. 2011. óta dolgozik a gyógyszernagykereskedők szövetségénél. A *European Healthcare Distribution Association (GIRP)* jogi bizottságának tagja. Különböző jogi szakmai fórumok szereplője, a *Philipps-Universität Marburg* kutatóintézetét támogató kör tagja.

## ***Prof. Dietrich Andresen, a Deutsche Herzstiftung új elnöke***

**Forrás Internet-helye:** [https://www.jameda.de/berlin/aerzte/innere-allgemeinmediziner/prof-dr-dietrich-andresen/ueber-mich/info/80005121\\_1/](https://www.jameda.de/berlin/aerzte/innere-allgemeinmediziner/prof-dr-dietrich-andresen/ueber-mich/info/80005121_1/) ;  
[https://www.herzstiftung.de/pressemeldungen\\_artikel.php?articles\\_ID=864](https://www.herzstiftung.de/pressemeldungen_artikel.php?articles_ID=864)



***Sz. 1948.***

### ***Tanulmányok***

- 1968-1974: orvostudományi tanulmányok, *Freie Universität (FU) Berlin*
- 1978-1997: *FU Klinikum Benjamin Franklin Berlin* kardiológiai és pulmonológiai klinikája
- 1974: orvosi államvizsga
- 1976: approbáció

### ***Szakmai pályafutása***

- 1976-1978: segédorvos, *Auguste-Victoria-Krankenhaus*
- 1982: „belgyógyász” szakorvosi cím megszerzése
- 1984: „kardiológus” szakorvosi cím megszerzése
- 1996: „mentőorvos” szakorvosi cím megszerzése
- 1997 március: a *Klinik für Innere Medizin - Kardiologie und konservative Intensivmedizin Klinikum Am Urban Dieffenbachstr. 1 10967 Berlin* igazgatója
- 2000 március: fenti munkaköre mellett a *Klinik für Innere Medizin - Kardiologie und konservative Intensivmedizin Klinikum Im Friedrichshain Landsberger Allee 49 10249 Berlin* igazgatója
- 2006 január: fenti munkakörei mellett: a *Direktor der Klinik für Allgemeine Innere Medizin, Klinikum Am Urban Dieffenbachstr. 1 10967* igazgatója
- 2014. óta: a *Paul-Gerhard-Diakonie Berlin* kardiológiai osztályának vezetője

***2018, június 29. Frankfurt a.M.: a Deutsche Herzstiftung új elnöke***



**Forrás Internet-helye:**

[https://de.wikipedia.org/wiki/Sven\\_G%C3%A1bor\\_J%C3%A1nszky](https://de.wikipedia.org/wiki/Sven_G%C3%A1bor_J%C3%A1nszky)



***Sven Gábor Jánszky, német trendkutató, újságíró.***

Sz. 1973. január 5. Frankenberg/Sachsen

A *2b AHEAD ThinkTank GmbH Leipzig* vezetőjeként minden évben workshopot szervez 250 innovációs vezető részvételével, amelyen összevetik az üzleti szcenáriumokat és ezeket trendtanulmányok formájában teszi közzé.

Egyetemi oktató: *Karlsruhochschule International University (Karlsruhe)*

***Munkái***

---

***Szerzőként***

- 2025 – Így dolgozunk a jövőben, Goldegg Verlag, Wien 2013, ISBN 978-3902903051
- 2020 – Így élünk a jövőben, Goldegg Verlag, ISBN 978-3901880049
- Rulebreaker: Hogyan gondolkodnak azok az emberek, akiknek az ideái megváltoztatják a világot?, Goldegg Verlag, ISBN 978-3902729095

***Társszerzőként***

- Információs menedzsment 2.0, ISBN 978-3863294304
- A digitális démon (*Der digitale Dämon*), München 2012, ISBN 978-3868814774
- Út a szervezetek világába 2.0: Bátorság a bizonytalanságban, Tudomány és gyakorlat, ISBN 978-3896735713
- 2020 – Gondolatok az Internet jövőjéről, kódolatlan szöveg, Essen, ISBN 978-3837503760

[*N. B.* A 2018. 16. számban: "*Hartmann Zukunftsforums 2018*": Dr. Eckart von Hirschhausen orvos és Sven Gábor Jánszky trendkutató vitája a gyógyítás jövőjéről.]

*Kerekes Edit és Újvári Ildikó: 40 éves a kolozsvári rehabilitációs kórház.  
Interjú Dr. Bódizs József orvosigazgatóval  
Szabadság (Kolozsvár), 2018. június 12.*

**Kulcsszavak:** kórházügy, rehabilitáció, rehabilitációs kórház, Dr. Bódizs József, Románia

**Forrás Internet-helye:** <http://szabadsag.ro/-/szerelem-első-látásra-a-40-éves-rehabilitációs-kórház->



A vietnami veteránokat kezelő amerikai kórházak mintájára építették a kommunisták az 1970-es években a kolozsvári Rehabilitációs Kórházat, amelyhez fogható az egész országban csak Jászvásáron van még. Sajatossága a multidiszciplinaritás: egész sor betegségben kínál rehabilitációt, míg az ország más rehabközpontjai többnyire csak egyetlen betegségeszaladot kezelnek (Kovácsnán szívbetegségeket, Félixfürdőn reumás betegeket stb.). A páciensek ugyanakkor például egy infarktus délutánján már el is kezdhetik a rehabilitációs kezelést. A kommunista rendszer enyhülése idején, a nyugat felé történő nyitás légkörében megépült kórház különlegesen modernnek számíthatott a maga korában, hiszen mind a mai napig megfelel az európai elvárásoknak. Dr. Bódizs György orvosigazgatóval a nehézségekről is beszélgettünk az intézmény 40. születésnapja alkalmából.

A hetvenes években rendkívülinek számító módon egy hazai csapatot küldtek Amerikába megfigyelni, hogyan működnek a koreai, vietnami veteránokat kezelő rehabilitációs központok, ahol a végtaghiányosságoktól a pszichológiai, neurológiai problémákig egész sor betegséggel foglalkoztak.

– Az ideológia az lehetett, hogy amit alkalmaztak Amerikában, azt mi alkalmazzuk a szocializmus építésében megfáradt munkásság munkaképességének a helyreállításában – mondja finom mosollyal Bódizs doktor, majd pontosít: – Elég jól ismerve az elmúlt 40 év történéseit azt kell mondanom, hogy nem volt egy rossz gondolat. Ugyanis a kórház ma is megfelel a modern európai szabványoknak, a 70-es években ez nagyon úttörő, korszerű elvek alapján tervezett és megépített kórház volt. Annak idején hármát terveztek, végül csak kettő épült meg, Jászvásáron és Kolozsváron – mondja az igazgató, aki 1990-ben, laborvezető orvosként lett az intézmény munkatársa, és mint mondja, azonnal beleszeretett ebbe a munkába, a kórházba: „Szerelem volt első látásra”.

### **A rehabilitáció annál hatásosabb, minél előbb elkezdődik**

Akinek soha nem volt dolga a Rehabilitációs Kórházban, a nevéből ítélve azt gondolhatná: a lábadozókkal, megváltozott mozgásképességű páciensekkel foglalkoznak itt, hogy minél fokozottabb mértékben visszanyerhessék korábbi képességeiket. Csak annyiban tévedünk, hogy a Hajnal negyedi épületben műtéteket is jelentős számban végeznek visszértől a protézisek behelyezéséig terjedően, de például neurológiai osztályuk is van.

– A kórház 403 ágya folyamatosan foglalt. Kardiológia, reumatológia, balneológia, ortopédia, neurológia van nálunk, ma pedig már plasztikai sebészet is. Alapvetően krónikus betegellátás történik itt, tehát utókezelés, de nem csak. A modern orvoslás szerint a rehabilitáció annál hatásosabb, minél hamarabb elkezdjük. Az infarktusnál a kardiológusoknak ezt sikerült odáig fejleszteniük, hogy az akut állapotban történő gyors beavatkozás után, lehetőleg már az első napon elkezdődjön a rehabilitáció. A neurológiában ez nem működik ilyen jól, bár ott is van készítmény, amellyel a kialakult vérrögöt fel lehet oldani, és nagyon gyorsan elkezdhető a rehabilitáció. Sajnos nálunk ez még gyerekcipőben jár, sok esetben maradandó elváltozások alakulnak ki. Számos beteg itt próbálja visszanyerni az eredeti funkciókat, ami általában nem sikerül tökéletesen, a felépülésre mégis nagyobb esélyük van kórházi beutalással, mint otthon.

**Dr. Bódizs György autómódellekkel tette otthonosabbá igazgatói irodáját. Van köztük Moszkvics és Lada, de amerikai autók is. A legrégebbit, egy Trabantot 1995-ben kapta. Legbüszkébb a barátjától származó Schuco mentőautóra.**

A kórházban a szokásos kezelések mellett van 12 fizioterapeutánk és egy egész kezelési központ, régen a fő gyógyterápia a fizioterápia volt, az árammal és vízzel történő kezelések, most pedig a mozgásterápia a legfontosabb fegyver ezeknek a betegségeknek a kezelésében. A páciensek megtanulják azokat a gyakorlatokat, amelyeket otthon is végezhetnek, és így általánosabb, gyorsabb a javulás.

Az ortopédia protézisekre szakosodott, a mi ortopédiánk elsősorban térd- és csípőprotézisek beültetését végzi. Hogy a műtét maga rehabilitáció-e, az nézőpont kérdése, mi úgy tekintjük, hogy igen, mert az adott ízület már elvesztette a funkcióját, és nem lehet más módon helyreállítani, de azután jön az igazi rehabilitáció, meg kell tanulni ismét járni. A nálunk végzett másik műtéttípus a térd artroplasztika, egy artroszkóp nevezetű műszer segítségével, amely a hasi laparoszkópós műtétekhez hasonlóan csak egy centis vágást ejt. Kisebb-nagyobb sérüléseket, főleg meniszkusz- és térdszalagszakadásokat lehet így operálni, nagyon jó eredménnyel. Ez az a kategória, ahol nagyon sok sportolóval is foglalkozunk.

A plasztikai sebészetben azt szoktuk viccesen mondani, hogy próbáljuk eltakarni azt, amit mások nem tudtak megoldani. Sok itt a politraumás beteg, akik közlekedési, munkabalesetben szenvednek súlyos sérüléseket, égést is kezelünk, de nem vagyunk igazán égéseket kezelő központ, sokkal inkább az égés utáni hegesedés helyreállítása történik nálunk. Előfordul, hogy az égés okozta hegesedés gátolja a végtagok megfelelő használatát, a plasztika a bőr ilyen jellegű helyreállításában is segíthet – ismertette az intézmény tevékenységét Bódizs György.

### **Nincs szünet, hosszú a várakozási lista, merev a rendszer**

Az erdélyi regionális kórházként működő rehabilitáción évente mintegy 12 ezer beteget kezelnek, a kórház erőssége, hogy itt nincs szünet, viszont hosszú várólisták vannak, a pácienseknek gyakran hónapokat kell várniuk, hogy fogadják őket. Az utóbbi két évben látványosan fejlesztették ergoterápiás központjukat, gyakorlatilag egy 2x2 méteres szobából mára a kórház legnagyobb helyiségeibe költözhettek, és felszerelték egész sor fejlesztést segítő eszközzel. A betegek itt játékos gyakorlatokat végeznek, például újra megtanulnak enni, írni, elvégezni a mindennapos feladatokat. Itt gyerekeket is kezelnek, továbbá a kórházban van egy cég, amely művégtagokat készít.

A vizes medence most épp felújítás alatt áll, a víztisztító berendezés meghibásodott. Az ergoterápiás teremben féltucatnyian vannak, ránézésre meghatározhatatlan szerkezeteken edzik végtagjaikat. Sakkfiguraszerű apró bábocskákkal megy a társasjáték a táblán, a kéz finommozgását javítja, hogy lyukból lyukba kell vándorolni. Ugyanez az érintettség korábbi szakaszában tenyéryi nagyságú fabábókkal zajlik asztalnyi táblán. Egy kisasztalon már-már múzeumba való írógép, sok páciensnek egy-egy betűt lenyomni igazi kihívás és győzelem. Különleges a gyereksarok, sok színes

játékkal, golyósátorral. A legnépszerűbb kétségtelenül a mozgásérzékelő technológiával ellátott videojáték-rendszer. A gyerekek nagyon szeretik, a rehabilitációs foglalkozás alatt ott mozoghatnak a gép előtt, és a hatalmas lapostévéen látják, hogy a testüket lemásoló figura hogyan ugrándozik vagy lépeget pontosan ugyanúgy emelgetve a végtagjait, mint ők maguk. A játék pedig azonnal jelzi az eredményt, gyors a sikerélmény. A fiatal ergoterapeuta elmondja, az idősebbek is igazán kedvelik, egy idő után még azok is szívesen használják, akik eleinte visszafogottabbak, idegenkednek ettől az „életkorukhoz nem illendő” bolondos, modern berendezéstől, és a rehabilitáción túl láthatóan még örömet is szerez nekik a játék. Egy másik teremben gipszelt lábú fiatal férfi fekszik az ágyon, a terapeuta „dolgoztatja”. Bár több ágy is van, néhány bordásfal, szobabicikli, kézzel mozgatható, falra szerelt „hajóskormány”-szerű fémszerkezet, és további számtalan fejlesztő mechanikus gép, szerkezet, mégis kerekesszékekben többen várnak sorukra, hiszen csak 2-3 terapeutát látunk a szobában. Mint ismeretes, a személyzet száma is központilag – és elsősorban költségvetésileg – meghatározott, a kórházak nem tetszésük szerint döntenek a szükséges létszámú dolgozó alkalmazásáról.

Az orvosok sokat küzdenek a rendszer merevségével. A gyakorlat például óránként négy, tehát naponta 28 beteg konzultációját engedélyezi egy orvos számára, az viszont egyéni függő, hogy egy páciensre mennyi időre van szükség. Megtörténhet, hogy jutna még ideje az orvosnak fogadni további pácienseket, de a biztosító a 29. konzultációt már nem fizeti. Ilyenkor tehet mégis jó szolgálatot az a lehetőség, hogy a költségeket maga a beteg vállalja át, s például aki távolabbról utazott ide kezelésre, az megoldhassa a problémáját, ne kelljen a minimálisan szükséges alkalmakon túl ismét felutaznia.

– Nem szeretjük ezt a lehetőséget, zsarolásnak tűnik, én sem szeretem, amikor valami jár, de aztán mégis fizetni kell érte, ez mindig keserű szájíz okoz. A több beteg fogadását a kórház nem kényszerítheti az orvosokra sem, mint ahogyan a létszámon túl érkező páciensekre sem kényszerítheti a szolgáltatás kifizetését. Abban bízunk, hogy miután a biztosító meghatározza az általa fedezett minimál-szolgáltatásokat, szabad kezét ad, így ha egy adott napon egy orvos történetesen képes ellátni ötven beteget, akkor megtehesse, de ez sajnos nem történt meg – fejt ki az igazgató.

Bódizs doktor úgy látja, az orvoshiány nem jelent gondot Kolozsváron, hiszen ha meghirdetnek egy állást, mindig akadnak jelentkezők. Inkább azt tartja gondnak, hogy karrierjük érdekében ígéretes, tehetséges fiatal orvosok gyakrabban mennek külföldre dolgozni. Általában hiányszakma a röntgenes szakma, mivel itt nem feltétlenül fontos a nyelvtudás, őket sokkal nagyobb számban vonzották Franciaországba, Németországba dolgozni, itt még a rehabilitációs kórház is nehezen talál szakorvost. A legtöbben nem a fizetés miatt mennek el, hanem úgy érzik, hogy karrierjük nehezen indul, és a fiatalok a bürokratikus rendszert sem szeretik.

A kilencemeletes kórház oldalán ma is látható a nyoma annak a hosszú repedésnek, amely általános aggodalmat okozva évekkel ezelőtt jelent meg. Dr. Bódizs György szerint olyan ez, mint a Tordai-hasadék, a kórházépület eredendően két külön darabból áll, ezek „önálló életet élnek”, de ma már csak minimális elmozdulás észlelhető. Az egykori repedést nemcsak kikozmetikázták, hanem az épület alá több tonna betont nyomtak, így jól sikerült stabilizálni.

Beszélgetésünk alatt többször cseng az igazgató vezetékes telefonja, ügyes-bajos dolgokban kell véleményt mondania, döntenie, míg végül egy váratlan találkozóra rendelik. Egyetértettünk abban: hasznos lenne a rendszer átgondolása, fejlesztése, bővítése, az aktuális demográfiai változásokhoz való igazítása, hiszen az életminőség fejlődésével járó élettartam-növekedéssel együtt előregedik a lakosság, és ily módon egyre nő azoknak a száma, akik rehabilitációs kezelésekre szorulnak. Szaktanulmányok szerint a problémát nem csak az előregedés jelenti, megfigyelték, hogy egyre többen szorulnak fiatal korukban rehabilitációs kezelésekre. A munkaképes lakosság gyógyítása pedig már legalább annyira gazdasági tényező, mint amennyire egészségügyi. Ehhez lenne szükség életképes, a realitásokhoz és várható tendenciákhoz alkalmazkodó stratégiákra, ehhez pedig stabil kormányzatra, a minisztériumok, tudományágak közötti együttműködésre. Talán épp ideje lenne megépíteni azt a bizonyos harmadik országos központot, amely a hetvenes években elmaradt, sőt megtoldani további egynéhánnyal. Addig meg bízunk abban, hogy sokan vannak a Bódizs Györgyhoz hasonló gyógyítók, akik a maguk helyén megtesznek mindent, amit a körülmények engednek – és egy kicsivel még annál is többet – ahhoz, hogy minél többen hozzáférhessenek az egyre hatékonyabb gyógy módokhoz.

**A REHABILITÁCIÓS KÓRHÁZ SZÁMOKBAN.** A központosítás megszüntetésének folyamatában a Kolozs Megyei Tanács 2010-ben vette át a Rehabilitációs Klinikát. A páciensek mintegy fele Kolozs megyén kívüli megyékből érkezik. 2017-ben a járóbeteg-kezelési rendszerben mintegy 35 ezer pácienszt kezeltek, és a 12 500-at meghaladta a kórházba beutaltak száma. A kórház rendelőiben és laboratóriumaiban tavaly közel 32 ezer konzultációt és több mint 15 ezer ultrahangvizsgálatot és más kivizsgálást végeztek. A rehabilitáción kínált egészségügyi ellátás színvonalát jelzi, hogy a tanulókórházi feladatokat is ellátó intézmény 57 szakorvosa közül 21 egyetemi tanár. Az egészségügyi minisztérium a kiutaláskor kérdőívezett betegek értékelései alapján az orvosi ellátás tekintetében országos második helyre rangsorolta a Hajnal negyedi kórházat. A higiénia szempontjából a betegek elégedettségi fokának rangsorolása alapján egy 500-as jegyzékben az intézmény az előkelő negyedik helyen áll.

## **ELŐJEGYZÉSI LISTA:**

### **Egészséggazdaság**

- Jelentés a kórházak helyzetéről Németországban – *Krankenhaus Rating Report 2017*
- Jelentés a német egészséggazdaság helyzetéről (DIHK)
- Jelentés a privát kórházak helyzetéről

### **Jövőkép**

- "*Hartmann Zukunftsforums 2018*": Dr. Eckart von Hirschhausen orvos és Sven Gábor Jánszky trendkutató vitája a gyógyítás jövőjéről

### **Hollandia**

- Az egészségbiztosítás helyzetének alakulása Hollandiában 2006. óta. A reform és annak hatásainak elemzése (WIP PKV): 5. rész: A verseny helyzete a reformot követően; A költségek alakulása; A pénzügyi terhek alakulása, Szolidaritás

### **Ápolás**

- Partecipatív gerontotechnológia

### **Gyógyszer**

- Rövidhírek a cannabis-ról II.

### **Svájc**

- A foglalkoztatói nyugdíjak helyzete
- Kényszerintézkedések a pszichiátria területén
- A Svájci Orvostudományi Akadémia irányelvei az eutanáziáról
- Az időskorúak részére nyújtott átmeneti struktúrák kínálata és igénybevétele (*Obsan Dossier 52*)
- A nem fertőző betegségek indikátorai Svájcban
- *Swiss Personalized Health Network (SAMW)*

### **Népegészségügy**

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

### **Rövidhírek (aleatorikusan):**

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