

Egészséggazdasági, egészségpolitikai és szociálpolitikai nemzetközi sajtószemle

2018. 17. sz. (Lapzárta: 2018. augusztus 11.)

Hollandia

- A holland egészségbiztosítás alakulása 2006. óta. A reform hatásainak elemzése (5. rész): A verseny helyzete a reformot követően; A költségek alakulása

Egészségügy

- Avram Hershko az izraeli egészségügyi rendszerről

Fű, mámor, bődület

- Az ENSZ kábítószer-jelentése – *World Drug Report 2018*
- Rövidhírek a cannabis-ról II.
- Kokainmaradványok az európai városok szennyvizében

Jövőkép

- „*Hartmann Zukunftsforum 2018*”: Két nézőpont a gyógyítás jövőjéről

Egészséggazdaság

- Jelentés az egészséggazdaság helyzetéről Németországban 2017-ben (DIHK)
- Jelentés a kórházak helyzetéről Németországban – *Krankenhaus Rating Report 2018*
- Jelentés a privát kórházak helyzetéről Németországban

Népegészségügy

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

Még mindig foci... tudományosan

- Angol serdülő labdarúgók kardiológiai vizsgálata
- A gyakori fejelés egyensúlyzavarokat okoz a labdarúgóknak

Melléklet

- Egészségi egyenlőtlenségek Németországban és nemzetközi összehasonlításban – egységes szerkezetben

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

*Christine Arentz: A holland egészségbiztosítás alakulása 2006. óta.
A reform hatásainak elemzése (5. rész):
A verseny helyzete a reformot követően; A költségek alakulása;*

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

Kulcsszavak: egészségbiztosítás, verseny, költségek, Hollandia

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

5. 1. A verseny helyzete a reformot követően

A reform egyik célkitűzése a biztosítók közötti verseny fokozása volt. A biztosítók közötti piaci verseny intenzitása azonban korlátozott. A piacot néhány konszern dominálja, a biztosítók egyes piaci szegmensei között kevés a mozgás.

A biztosítótársaságok között már 2006 előtt, a reformot megelőzően is több fúzióra került sor. 1990-ben még több mint 100, 2005-ben 5.741, 2017-ben 24 biztosító működött, négy nagy és öt kisebb konszern ernyője alatt. A négy legnagyobb konszern a piac 88,4%-ával rendelkezik.

A reform bevezetését követően még a biztosítottak 19%-a váltott biztosítót, számuk azonban már a következő évben csökkent és azóta 4-7%-ra esett vissza. A reform bevezetése óta a biztosítottak 63%-a egyáltalán nem váltott biztosítót.

A biztosítók és a szolgáltatók közötti tárgyalások körében ugyancsak viszonylag magas piaci koncentráció uralkodik. A kórházi ellátás területén a kórházak fúziókkal próbálták fokozni tárgyalási pozícióikat. A háziorvosi ellátás területén viszont 2015-ig az volt a helyzet, hogy egyes orvosok álltak szemben a nagy biztosítási konszernekkel. 2015-ben aztán az állam megengedte, hogy a háziorvosok is érdekképviseletekbe tömörüljenek a térítésekről a biztosítókkal folytatandó tárgyalásokra. Egyes tanulmányok szerint a biztosítók hátrányos helyzetben vannak a szolgáltatókkal szemben és a szolgáltatók közötti verseny sem működik igazából.

5. 2. A költségek alakulása

A holland egészségügyi rendszer az egy főre eső kiadások tekintetében mind az EU-ban, mind az OECD-ben a legköltségesebb országok közé tartozik. Az egy főre eső kiadások Hollandiában 2006 és 2016 között csaknem mindvégig meghaladták a referenciaországokét. Ez azért is figyelemreméltó, mert Hollandia viszonylag fiatal lakossággal rendelkezik (átlagéletkor 42,6 év), a 65 év fölöttiek aránya pedig viszonylag alacsony (18,2%; átlag: 19,6%).

Ezzel egyidejűleg a költségek görbéje Hollandiában 2012. óta erőteljesen ellaposodott. Ez különböző költségcsökkentő intézkedéseknek tulajdonítható. Ezek

bevezetésére a maastrichti kritériumok újbóli teljesítése érdekében került sor, amelyek a pénzügyi és gazdasági válság során csorbát szenvedtek. Emelték a költség hozzájárulást, amelynek összege 2012-ben 220 EUR, 2013-ban 350 EUR, 2017-ben 385 EUR volt. Krónikus betegeknek csökkentették a gyógytornára való jogosultságot, bizonyos gyógyszereket, altatókat és nyugtatókat töröltek a szolgáltatási katalógusból.

Költségcsökkentési intézkedések Hollandiában 2012. óta

- A költség hozzájárulás emelése
- A krónikus betegek részére nyújtott szolgáltatások az alapszolgáltatások katalógusából való törlése
- Bizonyos gyógyszerek és segédeszközök törlése az alapszolgáltatások katalógusából
- A krónikus betegek részére nyújtott pénzügyi támogatások csökkentése
- Kiadási célkitűzések a szolgáltatók részére
- A költségvetés megrövidítése elsősorban az ápolásbiztosítás területén
- Teendők delegálása egyes nem orvosi végzettséggel rendelkező asszisztensek részére
- Az ambuláns ellátásra való összpontosítás a kórházi tartózkodások megelőzése érdekében

Az egészségügyi kiadások alakulását elsősorban az ápolásra fordított kiadások befolyásolják. Az ápolásbiztosítási szolgáltatások alakítása, nemzetközi összehasonlításban a szolgáltatások engedélyezése is igen bőkezűen történik, ami az ápolási szolgáltatásoknak az összkiadásokból való részesedéséből is kitűnik (a kiadások szűk egynegyede). Hollandiában aránytalanul sok ápolásra szoruló személy ellátására kerül sor, így Hollandia az OECD-ben a legtöbbet költi ápolásra. A kiadások a vizsgált időszakban a szolgáltatások egyéb területein is növekedtek. A kórházügy területén ez célzottan történt a várakozási idők csökkentése érdekében. Megtakarításokra itt azért sem kerülhetett sor, mert a kórházak volumenbővítéssel reagáltak arra, hogy a biztosítókkal való tárgyalások során a térítések csökkentésére került sor.

A költségek stabilizálását csak a gyógyszereszegekben sikerült elérni. A biztosítók bizonyos gyógyszereket választanak ki biztosítottaik részére – rendszerint az azonos aktív hatóanyagúak közül a legkedvezőbbeket – és csak ezeket térítik meg teljes összegben. A kiadások a prevenció és népegészségügy területén is viszonylag stabilak maradtak, ami a költségmegtakarításoknak volt tulajdonítható. A költségek minden más területen tovább növekedtek: 2006-hoz viszonyítva 38% és 42% közötti mértékben.

Avram Hershko az izraeli egészségügyi rendszerről

Lindau Nobel Laureate Meeting 2018.;

FAZ, 03. 07. 2018. 15:42

Kulcsszavak: egészségügy, kutatás, Avram Hershko, Izrael

Forrás **Internet-helye:** http://www.faz.net/aktuell/wissen/medizin-ernaehrung/israel-supermacht-der-medizin-15664969.html?printPagedArticle=true#pageIndex_0 ;
<http://koki.hu/cimlap/tudomanyos-bizonyitekokkal-a-hamis-hirek-ellen-lindau-nobel-laureate-meeting-2018-106496>

A Nobel-díjasok találkozájának megrendezésére 2018. jún. 24-29 között immár 68. alkalommal került sor Lindauban, amelyen harminckilenc Nobel-díjas és 84 ország képviselőjében 600 kiválasztott fiatal tudós vett részt.

Izrael nemzetközi szinten az egészségügyi kutatás példamutató szereplőjévé válik. A siker kulcsa egyebek között a *Big Data*.

A „*Bloomberg Global Health Index*“ szerint, amely 160 ország lakosságának egészségi állapotát hasonlítja össze, Izrael a kilencedik helyen áll. A születéskor várható élettartam 82,4 év. A rákos megbetegedések túlélési rátája Izraelben mellrák esetén 87%, végbélrák esetén 70%, bélrák esetén 68%. Az elmúlt évben Izrael a GDP 4,25%-át fordította tudományos kutatásra, ami jóval meghaladja az OECD átlagát (2,3%). Az országban 6.000 start-up működik, ami a lakosság lélekszámához viszonyítva világviszonylatban a legmagasabb.

Avram Hershko kémiai Nobel-díjas (2004) [Sz. *Karcag. 1947.*] szerint Izraelben az innovációt intenzíven alkalmazzák az egészségügyi ellátás területén. 560 start-up eleve az egészségügyi digitalizáció területére és a gyógyszeriparra összpontosít. Az elmúlt évben a gyógyszerek és az elektronikai termékek tették ki az ország exportjának tíz százalékát. Hershko szerint a fejlődés titka az oktatásban, az egyetemeken nemzetközi beágyazottságban rejlik. Csaknem minden posztdoktori képzésen résztvevő kutató néhány évre külföldre megy. Egy kis ország kutatói számára életszükséglet a más országok tudományos életébe való bepillantás.

Izraelben az egészségügyi ellátás, a betegpénztárak és a kutatás egyetlen ernyő alatt egyesülnek. Ilyen például a *Clalit*. Az izraeli betegpénztár az ország lakosságának csaknem a felét látja el, de számos kórház, gyógyszertár és labor is

a tulajdonában áll. Hogy mi ebben a buli? A *Clalit* automatikusan tárolja ügyfeleinek személyi adatait. Tudja, hogy mennyi a testsúlyuk, milyen gyógyszereket szednek és mindent, ami saját egészségügyi rendszeréből adódik. Az intézmények bevételeit visszaforgatják, a pénz a rendszer továbbfejlesztésére szolgál.

Hershko véleménye szerint a beteg mindezekből direkt módon profitál. A hasonló betegségekben szenvedő különböző betegeket adataik alapján individuálisan, a DNS figyelembevételével kezelhetik. Ez tehát perszonalizált medicina. A betegdokumentum értékeléséből következtetések vonhatók le a kockázati csoportokra vonatkozóan. Azokat a betegeket, akik számára bizonyos megbetegedések kockázatot jelentenek, elővizsgálatok céljából berendelik a praxisba és adott esetben preventív eljárásokban részesítik. Ez az utóbbi években az újonnan beutalt betegek számának tíz százalékkal való csökkenését eredményezte.

A jól feltöltött adatbank olyan tudományos bázist jelent, amiről más országok kutatói nem is álmodhatnak. Mivel az izraeli betegpénztárak azonos felfogást képviselnek, a biztosítottak rátája pedig 100%, a kutatók a kórokozók, az ellenszerek és terápiás eljárások vizsgálata során a világ leggazdagabb adatgyűjteményével dolgozhatnak.

Ám az információs aranybánya nem áll a nemzetközi kutatás rendelkezésére. Izrael csak ez év áprilisában engedélyezte az adatbankokból származó anonimizált adatok globális forgalmazását. **Benjamin Netanjahu miniszterelnök** bejelentése szerint már több nagy nemzetközi cég nyilvánította ki érdeklődését és milliárdos nagyságrendű forgalomról beszélt.

Miközben az adatok ilyen mérvű tárolása esetén más országokban az emberek már az utcára vonulnának, az izraeli betegek normális dolognak tekintik a privátszféra egészség fejében való cseréjét. Mint Hershko mondja: „Már régóta odaadtuk privátszféránkat a Google-nak. A világon megszűnt a privátszféra. Úgy gondolom, egészségünk fontosabb, mint a privátszféra védelme.”

Mindaddig, amíg az adatokat anonimizálják, semmi probléma. A Nobel-díjasok lindai találkozóján a fiatal izraeli kutatókkal folytatott megbeszélés során is alig merült fel székszis. **Shlomi Haar (Imperial College London)** szerint Izraelnek is megvan a maga problémája az adatbiztonsággal. A kórházaknak és a betegpénztáraknak biztonságosaknak kell lenniük. Am mihelyt valaki a szerverhez való hozzáférést kap, a teljes betegdokumentumhoz, az érintettek teljes identitásához nyer hozzáférést. Disztingválni kell az adatbiztonság és a hatékonyság között.

Az ENSZ kábítószer-jelentése – World Drug Report 2018

United Nations Office on Drugs and Crime – UNODC, Vienna, June 2018

Kulcsszavak: szenvedélybetegségek, kábítószer, ENSZ, UNODC

Forrás Internet-helye: <https://www.unodc.org/wdr2018/> ;

Booklets (5): <https://www.unodc.org/wdr2018/en/booklets.html> ;

Methodology Report: <https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR-2018-Methodology-web.pdf>

2016-ban világviszonylatban 275 millió személy, a világ 15 és 64 év közötti lakosságának 5,6%-a fogyasztott kábítószerrel. 31 millió személy, a kábítószer-fogyasztók több mint 10%-a kábítószerrel összefüggő megbetegedésekben és zavarokban szenvedett és kezelésre szorult.

A leggyakrabban fogyasztott kábítószer a cannabis, amelyet 2016-ban becslések szerint 192 millió ember fogyasztott. Természetes opioidokat 34 millió, gyógyszeres opiátokat terápiás indikáció nélkül 19 millió, amfetaminokat és vényköteles serkentőket 34 millió, ecstasy-t 21 millió, kokaint 18 millió személy fogyasztott.

A cannabis különös jelentőséggel rendelkezik, mivel ez az a szer, amelyet elsőként kezdenek fogyasztani, tehát ez jelenti az első kontaktust az illegális kábítószerrel felé. Az amerikai Colorado államban és más szövetségi államokban a cannabis fogyasztása legális. Annak legalizálása óta a cannabis fogyasztása a 18-25 év közötti fiatalok körében ugrásszerűen megnövekedett.

A kábítószer-fogyasztás számos indirekt következménnyel jár. A kábítószerfüggők körében gyakori a szociális leszakadás, sokan elveszítik munkahelyüket. Az intravénás fogyasztás a fertőző betegségek magas kockázatával jár. 11 millió intravénás kábítószer-fogyasztó közül 1,3 millió HIV- és további 5,5 millió hepatitis C fertőzött. Sajnos az országok többségében nincs túcsere- és opioid szubsztitúciós kezelési program.

Becslések szerint 2015-ben mintegy 450.000 személy halt meg kábítószerrel való visszaélés miatt, ugyanannyian, mint ahányan maláriás fertőzés következtében.

Rövidhírek a cannabis-ról II.

Government of Canada; derStandard.at; DAZ online;

Neue Zürcher Zeitung, 02. 08. 2018;

Deutsches Ärzteblatt online, 05. 08. 2018;

Deutsches Ärzteblatt print, 2018; 115(31-32): A-1416 / B-1192 / C-1184

Kulcsszavak: gyógyszer, cannabis, orvosi cannabis, marihuána, Kanada, Uruguay, Ausztria, Svájc, Németország

Forrás Internet-helye:

<https://www.canada.ca/en/services/policing/justice/legalization-regulation-marijuana.html> ; <https://derstandard.at/2000077084210/Cannabisblueten-in-der-Apotheke-Oesterreich-wartet-noch-ab> ; https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2018/07/03/zahl-der-cannabisrezepte-steigt-weiter-an?utm_campaign=kurzNach6&utm_source=20180703&utm_medium=newsletter&utm_keyword=article ; https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2018/07/06/schweizer-regierung-will-cannabis-liberalisieren?utm_campaign=kurzNach6&utm_source=20180706&utm_medium=newsletter&utm_keyword=article ; <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/96908/Krankenkassenkosten-fuer-Medizinalcannabis-explodieren> ; <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2018/08/03/nun-doch-cannabis-pilotprojekte-in-schweizer-apotheken/chapter:all> ; <https://www.nzz.ch/zuerich/der-gefallene-cannabis-koenig-ein-unscheinbarer-geschaeftsmann-versorgt-die-schweiz-mit-drogen-ld.1408013?mkcid=nled&mkcval=107&kid=2018-8-1> ; <https://www.aerzteblatt.de/archiv/199311/Neue-Ausschreibung-Bundesinstitut-stockt-Cannabisvolumen-auf>

Kanada

A kanadai szenátus 2018. június 5-én elfogadta a cannabis legalizálásáról szóló törvényt. A cannabis legalizálása **Justin Trudeau liberális miniszterelnök** választási ígéretei közé tartozott. Trudeau, aki 2015. óta tölti be a miniszterelnöki posztot, 2013-ban elismerte, hogy élete során öt-hat alkalommal hasist szívott.

Egyesült Államok

A cannabis szabadidős fogyasztása kilenc szövetségi államban és a fővárosban, 21 további államban pedig orvosi cannabis fogyasztása megengedett. Washingtonban a cannabis árusítása tilos, ajándékozása viszont nem, ami egyebek között péksüteményben történik.

Ausztria

Az osztrák kábítószer törvény részletesen szabályozza a cannabis, a növény egyes részei, a belőle származó készítmények és a tiszta anyagok felhasználását. Orvosi célokra elsősorban kivonatokból készített tiszta anyagok használhatók. A cannabis-virágzat jelenleg nem írható fel receptre. 2018-ban a **Products Platform Austria (HMPPA) tudományos fórum** az év gyógynövényévé nyilvánította a *cannabis sativa*-t.

A „cannabis birtoklása és termesztése büntetendőségének megszüntetését”, illetve a cannabis orvosi célokra történő engedélyezésére vonatkozó állampolgári kezdeményezés petícióját eddig 3.700 személy írta alá. Másrészt a „**Peter Pilz listája**” („**Liste Pilz**”) **politikai mozgalom** 2018 március elején indítványt nyújtott be a cannabis liberalizálására vonatkozóan, majd ezzel kapcsolatban május végén online-petíciót is indított. Az ügy az osztrák parlament egészségügyi bizottságának napirendjére került, amely jelenleg a szakmai állásfoglalásokat vizsgálja.

Ausztriában egyéb síkokon is mozgás tapasztalható. Bécsben szakmai továbbképzésre került sor a cannabis orvosi célokra történő felhasználásáról, amelynek résztvevői számára a Bécsi Orvosi Kamara továbbképzési pontokat írt jóvá. **Kurt Baas, a cannabis, mint gyógyszer munkaközösség alapítója** szerint a készítmény iránt Ausztriában mintegy négy-ötezer betegnek lehet szüksége. Ő személyesen úgy tíz alkalommal írta fel a sativex spray-t. Szerinte a betegpénztárak a receptek 35-40%-át, elsősorban daganatos betegek esetén azonnal átvállalják, de sclerosis multiplex és tourette-szindróma esetén is előfordul azonnali engedélyezés.

Peter Hajek 2017-ben ezer fő megkérdezésével végzett felmérése szerint 80% egyetértene a cannabis orvosi receptre történő alkalmazásával. Általános legalizálásról azonban nem lehet szó.

Svájc

A cannabis-fogyasztás Svájcban évente 60 tonna. 10 CHF/gramm árral számolva ez 600 millió CHF-nek felel meg. 2007-ben 2.932 kg cannabis lefoglalására került sor.

Sajtóértesülések szerint a svájci szövetségi kormány a cannabis-fogyasztás legalizálására irányuló modellprojektek engedélyezését, a betegek orvosi cannabis-hoz való hozzáféréseinek egyszerűsítését tervezi. A dpa hírügynökség értesülései szerint az érzéstelenítőkről szóló törvény módosítása a cannabis mind orvosi, mind szabadidős célra történő használatára is kiterjedne.

Svájcban jelenleg 3.000 sclerosis multiplex-ben vagy rákos megbetegedésekben szenvedő beteget kezelnek cannabis-szal. Ehhez az érintetteknek meg kell szerezniük a Szövetségi Egészségügyi Hivatal kivételes engedélyét.

A szövetségi kormány már foglalkozik a cannabis használatára vonatkozó kivételes engedélyezési eljárás megszüntetésével. Ehhez törvénymódosításra lesz szükség. Nyitott kérdés a betegpénztárak általi költségátvállalás.

Becslések szerint Svájcban mintegy 200.000 személy szív rendszeresen cannabis-t. Jelenleg Svájcban cannabis virágzat abban az esetben árusítható, ha a pszichoaktív tetra cannabinol tartalom nem éri el az egy százalékot. Az ilyen virágzat bódító hatása azonban igen csekély, ezért a marihuánával folytatott feketepiaci kereskedelem Svájcban is releváns.

Andreas Huber, a zürichi cannabis-király letartóztatására 2016-ban került sor, de a vizsgálat még mindig folyamatban van. A minden feltűnés nélkül, egy szerény zürichi lakásban élő vállalkozó több szálon is futtatta a drogbusiness-t. Éttermetet működtetett, de részesedései voltak egy pénzügyi szolgáltató cégben és egy szállítási vállalkozásban is. Természetesen minden üzletága a cannabis-ról szólt. A gyanútlan nyugdíjasokat kirándultató buszok csomagterében cannabis-t tartalmazó bőröndök is lapultak.

Huber 2010 és 2016 között mintegy 7,2 tonna cannabis szállításában vett részt és ezzel több mint 37 millió CHF forgalmat ért el. Egy iparterületen levő 800 nm-es területen 10.000 fő kenderet termesztett. Ennek hároméves villanyszámlája 140.000 CHF volt. Az államügyészség becslése szerint a területen 4 tonna marihuánát arattak le, amelynek értéke meghaladta a 20 millió CHF-et.

Németország

Mióta az orvosi kender használatát és betegpénztári térítését engedélyezték, a receptek száma megugrott. A ***Német Gyógyszerellenőrzési Intézet (Deutsches Arzneiprüfungsinstitut – DAPI)*** szerint az utóbbi 12 hónap során 70.553 egységnyi cannabis kiadására került sor a betegpénztárak terhére. A törvénymódosítást követő első negyedévben 564 egységet adtak ki, majd 2018 első negyedévében ötvenszeres növekedésre került sor (26.329). A törvényhozó feltehetően alulbecsülte a keresletet, mivel 2017. március 10-ét megelőzően mindössze 1.000 beteg részesült a ***Szövetségi Gyógyszerügyi és Orvostechnikai Intézet (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte – BfArM)*** kivételes engedélyében. A szükségletet jelenleg Hollandiából és Kanadából származó importokból fedezik. Az Izraelből és Argentínából származó behozatal engedélyezése még várat magára.

A Szövetségi Gyógyszerügyi és Orvostechnikai Intézet időközben kihirdette az orvosi kender hazai termesztésére vonatkozó pályázatot. A hatóság a korábban meghatározott évi 6,6 tonna hazai termelést 10,4 tonnára emelte. Eredményhirdetésre 2019 első félévében kerülhet sor, a termés 2020-ban már rendelkezésre állhat. A Szövetségi Egészségügyi Minisztériumtól származó információk szerint azonban 2017-ben hat importvállalkozás a behozandó mennyiség 21,3 tonnával történő emelését kérelmezte. Az orvosi cannabiszal kezelték száma 12.000 és 14.000 között van. A betegpénztárak a kérelmek 30-35%-át visszautasítják.

Az orvosi cannabis-ra fordított költségek erőteljesen növekedtek. Miközben a kötelező betegbiztosítás 2017 júniusában még 2,31 millió EUR-t költött cannabis-tartalmú kész gyógyszerekre, készítményekre és virágzatra, a cannabis-ra fordított kiadások bruttó összege 2018 áprilisában már 5,36 millió EUR-t tett ki.

A legmagasabb költségnövekedésre a feldolgozatlan cannabis-virágzat esetén került sor. A bruttó forgalom 2017 június és 2018 áprilisa között ötszörösére – havi 412.000 EUR-ról 2,33 millió EUR-ra növekedett. A betegpénztárak cannabis-tartalmú készítményekre csaknem kétszer annyit költenek, mint az előző évben (2017 június: 839.495 EUR; 2018 április: 1.707.387 EUR). A canemes-kapszulák és a sativex forgalma alacsonyabb volt (2018 áprilisában: 45.958 EUR, ill. 1.258.403 EUR).

A szövetségi kormány törvénytervezete alacsonyabb költségekkel számol: a 2015. évi adatokat figyelembe véve, 18 EUR/gramm árral számolva, a polgárok számára 1.692.000 EUR megtakarítás keletkezne.

Uruguay

Uruguay bármely lakosa hetente 10 gramm cannabisot vásárolhat legálisan. Az előzetesen regisztrált felhasználók részére történő eladás gyógyszertárakban történik, a marihuána termesztése szigorú állami felügyelet alatt áll. Az elmúlt évben 55.200 cannabis-fogyasztót tartottak nyilván, a lakosság két százalékát.

[Lásd még: Cannabis-fogyasztás a németországi fiatalok körében 2014-ben, 2015. 24. sz.; A cannabis legalizálásának helyzete az Egyesült Államokban, 2017. 29.sz.; Cannabis kivonatok a német gyógyszertárakban, 2017. 29. sz.; Az orvosi cannabis legalizálásának kérdése Dániában és Svédországban, 2017. 36. sz.; Rövidhírek a cannabisról, 2018. 11. sz.]

Kokainmaradványok az európai városok szennyvizében

Statista, 18. 04. 2018.

Kulcsszavak: szenvedélybetegségek, kábítószer, kokain, EMCDDA, Európa, Svájc

Forrás Internet-helye:

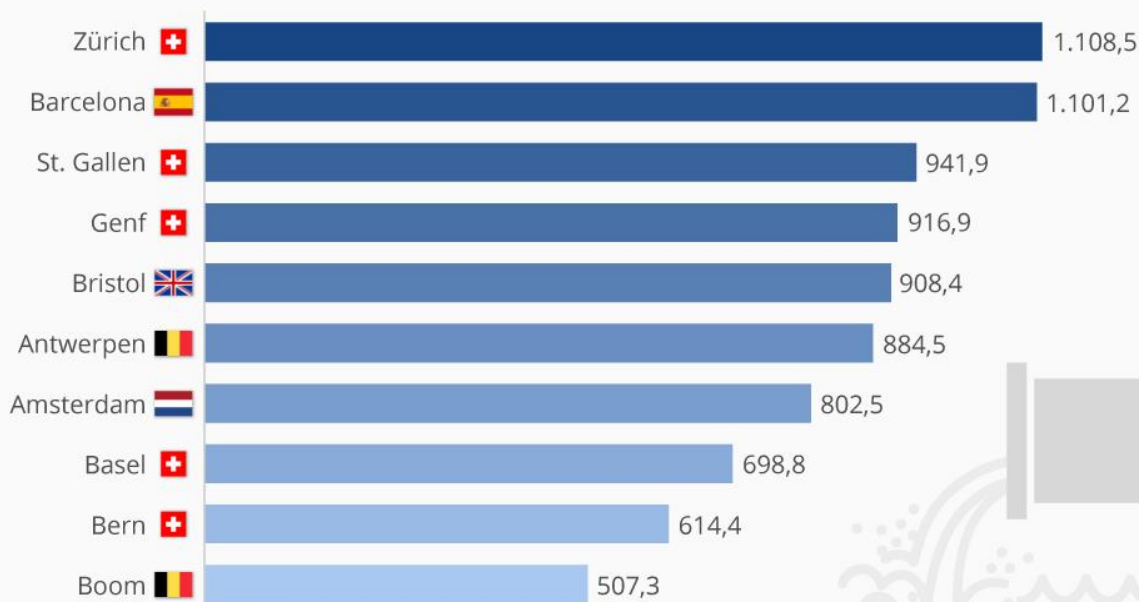
<https://de.statista.com/infografik/13524/kokainrueckstaende-im-abwasser-europaeischer-staedte/>

A *Kábítószer és Kábítószerfüggőség Európai Megfigyelőközpontja (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA)* 60 európai városban elemezte a szennyvízben a kokainmaradványokat. A kokainfogyasztás valószínű európai fellegvára Zürich, ahol az egy főre eső kokainfogyasztás meghaladja az 1,1 mg-ot. De Svájc az országok közötti rangsorban is vezető helyen áll: az első tíz város között található még St. Gallen, Genf, Basel és Bern. A kokain népszerűsége a jóléttel függ össze. Egy gramm kokain ára Svájcban 60 és 130 CHF között mozog.

Kokainmaradványok az európai városok szennyvizében (mg/1.000 lakos/ nap)

Kokainhochburg Zürich

Kokainrückstände im Abwasser europäischer Städte* (mg/1.000 Einwohner/Tag)



* Wochenenddurchschnitt einer einzigen Woche im März 2017

Quelle: Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht

statista

**„Hartmann Zukunftsforum 2018”:
Két nézőpont a gyógyítás jövőjéről – ember versus technika
Ärzte Zeitung online, 04. 07. 2018**

Kulcsszavak: egészségügy, prognózis, trendkutatás, Dr. Eckart von Hirschhausen, Sven Gábor Jánszky, Németország

Forrás Internet-helye:

https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/medizineethik/article/967445/arzt-trifft-zukunftsforscher-mensch-versus-technik-zwei-plaedoyers.html?wt_mc=nl.upd.AEZ_NL_NEWSLETTER.2018-07-04.Medizineethik.x

A "*Hartmann Zukunftsforum 2018*" megrendezésére a *Paul Hartmann AG* megalapításának 200. évfordulója alkalmából, 400 egészségügyi dolgozó – gyógyszerészek, orvosok, ápolók – és politikusok részvételével Heidenheim-ban került sor. *A nyitórendezvényen Dr. Eckart von Hirschhausen orvos és Sven Gábor Jánszky trendkutató ütköztette nézeteit.*

Dr. Eckart von Hirschhausen közismert orvos és moderátor, „A humor segít a gyógyításban” alapítvány alapítója szerint a digitalizáció körül túl nagy a felhajtás. Az utóbbi két évszázad során az emberek között távolság keletkezett és minden a sztetoszkóp feltalálásával kezdődött. Korábban az orvos a beteg mellkasára hajolt, úgy hallgatta meg szívverését és lélegzetét. A technicizálódás azóta fokozódott. Egyre inkább veszendőbe megy az intimitás. A tudományellenes alternatív medicinát egyre kevésbé, sőt egyáltalán nem veszik komolyan, de az utóbbi évtizedekben a tudományos adatok iránti bizalom is megrendült. Hirschhausen szerint a fokozódó eltávolodás, a digitalizálás és technika mellett „táncot vagy zenét” kellene felírni. Egyre több röntgenfelvétel helyett beszélgetni kellene. A beszélgetés gyógyszer módjára hat.

Sven Gábor Jánszky trendkutató, a ThinkTank Trendinstitut 2b AHEAD alapítója és elnöke korántsem nem állítja, hogy a jövőben a digitális egészségügy lesz a legnagyobb vívmány. A nagy változásokat hozó tulajdonképpeni témák: a genetikai elemzés, a *genom-editing*, a mesterséges intelligencia, ill. a "*brain upload*".

A trendkutató számára az olyasmik, mint az ápolás, az egészségi és táplálkozási problémák mellékesek. Ezekre a jövőben találnak megoldást. Az emberek tovább fognak élni és a mainál kellemesebb életvitelt folytatnak majd. A rózsás kilátások magyarázata, hogy lehetővé válik a hibás gének kiiktatása és a hibák gyógyítása, így a jövőben fertőző betegségek sem törnek ki.

Ha valakinek új szívre lenne szüksége, már nem kell tartania a várólistán való rettegéstől. A kutatók már most azon dolgoznak, hogy emberi szövetből megfelelő 3D szívet nyomtassanak.

Sven Gábor Jánszky mottója: „Jobb a félig tele pohár víznek örülni, mint a félig üres miatt siránkozni.”

*Jelentés a német egészséggazdaság helyzetéről –
DIHK-Report Gesundheitswirtschaft, Frühjahr 2018*

Deutsche Industrie- und Handelskammertag (DIHK), April 2018 (10 p.)

Kulcsszavak: egészséggazdaság, Németország

Forrás Internet-helye: (2017 nyári és őszi, vm. 2018 tavaszi jelentés)

<https://www.dihk.de/themenfelder/wirtschaftspolitik/fachkraeftesicherung-verantwortung/gesundheitswirtschaft/umfragen-und-prognosen/gesundheitsreport-herbst-2017>

A *Német Ipar- és Kereskedelmi Kamara (Deutsche Industrie- und Handelskammertag – DIHK)* legfrissebb konjunktúra-felmérésében 700 egészségügyi ágazati vállalkozás vett részt.

A Szövetségi Statisztikai Hivatal 2018 márciusi bejelentése szerint az egészségügyi kiadások Németországban túllépték az egy napra jutó egymilliárd EUR álmohatárt. Az egészséggazdaság szempontjából ugyancsak sokatmondó adatokat közölt a Szövetségi Egészségügyi Minisztérium: 2016-ban az egészséggazdaságban a bruttó hozzáadott érték 248 milliárd EUR-t tett ki, továbbá az egészségügyi szektor az utóbbi tizenegy év során évente 3,8%-kal növekedett, jóval erőteljesebben, mint a GDP.

A megkérdezettek 53%-a jónak, 5%-a rossznak ítélte meg üzleti helyzetét. A 48 pontnyi különbség javulást jelez, 2017 őszén még 43 pont volt. A jövőbeli várakozások tekintetében a résztvevők 10%-a tart helyzetének rosszabbodásától, 30% gazdasági helyzetének javulására számít.

A vállalkozások nézőpontjából a fő kockázatot a szakképzett munkaerő hiánya jelenti. Ezt a megkérdezettek 61%-a tekinti üzleti tevékenységére vonatkozóan veszélyesnek, az aggodalom az egészségügyi és szociális szolgálatoknál a legerőteljesebb (79%).

Az üzleti kockázatok tekintetében harmadik helyen a gazdaságpolitikai keretfeltételek (44%; az előző felmérésben 45%), valamint a munkaköltségek (konstans 37%) állnak.

A jövőbeli helyzet optimista megítélésével összefüggésben növekedik a beruházási kedv, amely 27-ről 30 pontra növekedett.

A vállalkozások 32%-a munkahelyek létesítését tervezi, csak 9%-a tervez létszámcsökkentést. A foglalkoztatási tervek szaldója a 2017 őszi felméréshez viszonyítva ugyancsak magasabb (23 szemben az akkori 20 ponttal).

Az egészséggazdaság mindezek mellett a konjunktúrától független és ezzel gazdaságilag stabilizáló hatású keresletet biztosít. Az egészségügyben foglalkoztatottak száma 5,5 millió volt. A szektorban foglalkoztatottak száma 2000. óta kerekén egymillió fővel növekedett. Ez 27%-os növekedésnek felel meg.

***Jelentés a német kórházak gazdasági helyzetéről 2016-ban –
Krankenhaus Rating Report 2018***

RWI - Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung,
Institute for Healthcare Business GmbH (hcb), Deloitte
RWI Pressemitteilung vom 07. 06. 2018

Kulcsszavak: kórházügy, egészséggazdaság, gazdasági helyzet, Németország

Forrás Internet-helye: <http://www.rwi-essen.de/presse/mitteilung/319/>

A „Krankenhaus Rating Report“ tizennegyedik alkalommal jelent meg. Bemutatására a „Hauptstadtkongress 2018 – Medizin und Gesundheit“ c. berlini rendezvény keretében került sor. Az összeállítás több mint 860 kórház éves zárójelentései alapján készült. A jelentés szerint 2016-ban a német kórházak helyzete kedvezőbb volt, mint előző évben, csupán 7%-uk volt a „vörös tartományban”, ami fokozott fizetésképtelenséget jelez. Komoly kihívást jelent a szakképzett munkaerő hiánya, ami a szolgáltatások racionálásához vezet. Ennek ellensúlyozására elsősorban a digitalizáció és a robotika területén bevezetendő innovációk nyújthatnak segítséget.

A német kórházak gazdasági helyzete 2016. óta javult. Már csak 7%-uk található a fokozott fizetésképtelenségi veszély tartományában, 84%-uk pedig a „zöld tartományban”. Egy évvel korábban még a kórházak 9%-a a „vörös tartományban”, 79%-a a „zöld tartományban” volt. A hozamok helyzete 2016-ban ugyancsak kedvező volt. Konzern szinten a kórházak mindössze 13%-a szenvedett éves veszteséget. Az átlagos éves eredmény a bevételek 2,8%-ára növekedett (2015: 1,8%). 2016-ban a kórházak 67%-a beruházásokra képes volt. Ám a bevételek kedvező helyzete ellenére a kórházak tőkeellátottsága továbbra sem kielégítő. Éves beruházási szükségletük (egyetemi klinikák nélkül) 5,8 milliárd EUR. A tartományok által nyújtott támogatási források ezzel szemben mindössze 2,8 milliárd EUR-t tesznek ki. A beruházásokhoz tehát évente 3 milliárd EUR hiányzik.

A dinamikát regionális szinten a kórházak strukturális alapja biztosítja

A kórházak gazdasági helyzete 2016-ban is a keleti tartományokban volt a legkedvezőbb. A helyzet Alsó-Szászországban/Brémában, Bajorországban, Hessenben és Baden-Württembergben volt a legrosszabb. Egyes régiókban a kórházi struktúrák kedvezőtlenek, túl magas az intézmények területi sűrűsége, túl sok a kisebb intézmény, a specializálódás mértéke alacsony. Ám egy pozitív dinamika is megnyilvánul, ami a strukturális alapnak tulajdonítható. A kórházi kapacitások 2016-hoz viszonyítva csak keveset változtak. Számuk 0,3%-kal, 1.951-re csökkent. Az átlagos ápolási idő 7,3 napra csökkent, az esetszám 1,5%-kal növekedett.

Az ideai jelentés az első, amely elemezte a „*Kezdeményezés a Minőségi Egészségügyért*” (*Initiative Qualitätsmedizin – IQM*) adatait. A minőség mértékének megragadásához a (standardizált) halálozási rátákat alkalmazzák. Alacsonyabb esetszámoknál e mértékek lefelé és felfelé való kilengése jóval erőteljesebb volt, mint magasabb esetszámoknál. Ez arra utal, hogy kisebb intézményeknél a jó vagy rossz eredmény inkább a véletlennek tulajdonítható.

A demográfiai átalakulás fokozza a szakképzett személyzet hiányát

Az elmúlt 25 év során a kórházak személyi állományát sikerült összhangba hozni a szolgáltatások volumenével. Az elkövetkező években a demográfiai átalakulás folytán az ápolásra szoruló személyek száma továbbra is növekedni fog, így a létszámfejlesztési előrejelzések szerint 2025-ig a kórházaknál további 80.000 teljes munkaidős státuszra, az idősápolás területén ugyancsak további 80.000 teljes munkaidős státuszra lesz szükség. Ezzel egyidejűleg a 20 és 65 év közöttiek száma 2015 és 2025 között 4%-kal csökkenni fog. A szakképzett munkaerő hiánya szélsőségesen súlyosbodik, a személyi állományt nehéz lesz összhangba hozni a szolgáltatások volumenével. A szerzők szerint az orvosokat és ápolókat munkatakarékos műszaki innovációkkal kell tehermentesíteni. Ezek közé tartoznak: a digitalizáció, a mesterséges intelligencia, a robotika, a szenzorika, az asszisztált életvitel és a telemedicina területén bevezetett innovációk. A kórházak digitalizációjának jelenlegi szintje még mindig rendkívül szerény mértékű.

A jelenlegi kormánykoalíció egyes intézkedései alkalmasak e törekvések támogatására. A kormány szándékai között szerepel a kórházi személyzeti létszám alsó határának szabályozása. A kutatók szerint azonban az ápolás területén a problémák nem oldhatók meg a szabályozások kiterjesztésével. Ajánlásuk szerint átláthatóvá kellene tenni a kórházi ápolás minőségét és így fel kellene értékelni a kórházi ápolást.

Cselekvési opciók 2025-ig egy egészségügyi agenda keretében

A szerzők egy egészségügyi agendában (*Gesundheitsagenda 2025*) foglalják össze a politikának szóló ajánlásaikat. Először: választ kérnek a szakképzett munkaerő iránti növekvő szükségletre. Másodszor: az egészségügyet át kell vezetni a digitális korszakba, egyebek között a standardizált egészségügyi betegdokumentum, a telemedicina, a mesterséges intelligencia és a robotika alkalmazásával. Harmadszor: az egészségügyet a Közös Szövetségi Bizottság reformjával nyitottá kell tenni az innovációk iránt. Negyedszer: rendezni kell a kórházi beruházások támogatási forrásainak hiányát. Ötödször: hatékony betegirányítást kell bevezetni a sürgősségi ellátás területén. Hatodszor: következetesebben átláthatóvá kell tenni a minőségügyet, azt a betegek által digitális kínálatok segítségével használhatóvá kell tenni. Hetedszer: támogatni kell a szektorokat átfogó ellátást és az ambulanzizálást.

Kontakt:

Prof. Dr. Boris Augurzky (RWI) Tel.: 49 201) 81 49-203;

E-mail: boris.augurzky@rwi-essen.de

Sabine Weiler (RWI Pressestelle) Tel.: 49 201) 81 49-213

Dr. Sebastian Krolop (Deloitte) Tel.: 49 211) 877 236 09

[Lásd még: *Krankenhaus Rating Report*, 2008. 12. sz.; 2009. 22. sz.; 2010., 29. sz.; 2011., 21. sz.; 2012. 31. sz.; 2013. 25. sz.; 2014. 29. sz., 2015. 18. sz.; 2016. 1. sz.; 2017. 25. sz.]

***Boris Augurzky et al.: A privát kórházak helyzete Németországban –
Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2018***

RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung e.V., Essen, 13. 06. 2018
RWI Materialien- Heft 122 (111 p.)

Kulcsszavak: kórházügy, privát kórházak, gazdasági helyzet, Németország

Forrás Internet-helye: http://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/rwi-materialien/rwi-materialien_122.pdf

Piaci részesedés. A privát kórházak 2006 és 2015 között növelték piaci részesedésüket. Ez az ellátást nyújtó kórházak számához viszonyítva 6,7 százalékponttal, az ágyak számához viszonyítva 4,7 százalékponttal, az esetszámhoz viszonyítva 4,1 százalékponttal növekedett. Mindezek mellett átlagon felüli mértékben részt vállalnak az intenzív terápiás ellátásban.

Gazdaságosság. A privát fenntartók azonos forrásfelhasználás mellett – casemix pontokban számolva – magasabb szolgáltatási volument realizálnak, mint más fenntartók. Így a privát kórházaknál az egy casemix pontra számított legalacsonyabb költségeket érik el. Más fenntartókhoz viszonyítva a dologi költségek aránya magasabb, a személyi költségeké alacsonyabb. A privát fenntartók gyakrabban szerveznek ki bizonyos kórházi szolgáltatásokat (étkeztetés, mosás, takarítás, labor) külső szolgáltatókhoz. 2016-ban az outsourcing aránya a személyi és dologi költségek 6%-át tette ki. A kommunális (5,3%) és közhasznú társasági kórházaknál (4,3%) ez az érték alacsonyabb volt. A teljes szolgáltatási volumen így kisebb létszámú belső személyzet között oszlik meg, a magasabb munkatermelékenység nem jár feltétlenül magasabb munkaintenzitással. Az egy teljes munkaidős foglalkoztatottra jutó betegek száma alig magasabb mint más fenntartóknál.

Kórházi ápolószemélyzet. A privát és közhasznú társasági fenntartók a betegek életkori struktúrája közötti különbségek figyelembevételével kevesebb teljes munkaidős ápolót alkalmaznak mint a kommunális fenntartók. A privát fenntartóknál ezenközben az összes teljes munkaidős foglalkoztatott számához viszonyítva az ápolási szolgálat területén a legtöbb teljes munkaidős ápolót foglalkoztatják. A mutatókból nem vezethető le olyan állítás, miszerint a „betegágy melletti ápolás” tekintetében a fenntartók között jelentős különbségek jelentkeznének.

Bevételek és beruházási képesség. 2016-ban a privát kórházfenntartók rendelkeztek a legmagasabb hozamképességgel. Többségük beruházásokra képes volt (94%), miközben ez az arány a kommunális kórházaknál mindössze 66%, a közhasznú társaságiaknál 79% volt. A privát kórházak bevételeik 7,4%-át, a közhasznú társaságiak azok 5,8%-át, a kommunális kórházak 5,4%-át fordították beruházásokra. A privát kórházak kevesebb támogatási forrást vettek igénybe, így tehermentesítették az adófizetőket. Adóbefizetéseikkel hozzájárultak az állam szociális funkcióinak teljesítéséhez. 2016-ban 182 millió EUR nyereségadót (ágyanként 2.900 EUR-t) fizettek be.

Az orvosi ellátásban való részvétel. A privát kórházakban kezelt betegek átlagosan két évvel idősebbek mint más fenntartóknál, ami a privát kórházaknál magasabb casemix indexet (CMI) eredményez. 2015-ben az orvosi eszközellátás és a gyógyszerek egy casemix pontra jutó költségei a privát kórházaknál alacsonyabbak voltak, mint más fenntartóknál. Ennek lehetséges okai: a jobb beszerzési feltételek és a nagyobb szerveződésekben való magasabb standardizálás. Az orvostechnikai műszerekkel való ellátottság nagyberendezések számához történő viszonyítása tekintetében az egyes fenntartók között alig mutatkoznak különbségek. A vidéki kórházak száma a privát fenntartóknál növekedett, a többiekénél csökkent. Nyilvánvaló, hogy a vidéki régiókban is több privatizációra került sor. 2015-ben a privát kórházak 38%-a, a kommunálisak 40%-a és a közhasznú társaságiak 19%-a működött vidéki környezetben.

Minőség. A „*Kezdeményezés a Minőségi Egészségügyért*” (*Initiative Qualitätsmedizin – IQM*) minőségügyi indikátorai alapján leképezhető a megfigyelt és várható halálozás közötti viszony. Ennek értéke a privát kórházaknál jobb az összes fenntartó átlagértékénél. Ezen indikátor és az alkalmazott ápolószemélyzet létszáma között nem állapítható meg szignifikáns összefüggés.

Volumenszabályozás. A törvényhozó a méretgazdaságossági kedvezmény (*Fixkostendegressionsabschlag – FDA*) bevezetésével egy új volumenszabályozási instrumentumot teremtett. Ennek mértéke 2017-ben és 2018-ban 35% volt. Alternatív módszertani megközelítések szerint a kórházak fix költségeinek aránya 27% és 35% között mozog. Ebben a tekintetben a fenntartók között nincsenek különbségek. A méretgazdaságossági kedvezmény 2017 és 2019 közötti időszakra prognosztizált volumene 2 milliárd EUR. Az indikátor jelenlegi formája számos módszertani kérdést vet fel. A méretgazdaságossági kedvezmény hatékony szabályozási effektusai mellett fennáll a kockázat, hogy mind a kívánt minőségi verseny, mind a szükséges strukturális kiigazítás lefékeződik. Minél magasabb a méretgazdaságossági kedvezmény, annál alacsonyabb a késztetés a kórházak számára, hogy minőségi kimenetekre törekedjenek. Ugyanez érvényes a kórházi kapacitások átcsoportosítása tekintetében. Mindez tendenciálisan bebetonozza a fennálló kórházi struktúrákat. Tehát további volumenszabályozási instrumentumok kialakítására van szükség. Ennek során pedig a minőséget kell középpontba állítani.

A DRG-k, az ambuláns és fekvőbeteg ellátás integrációjának akadályai. A DRG-rendszer megnehezíti az ambuláns és a fekvőbeteg ellátás integrációját. A DRG-k elsősorban a fekvőbeteg szektorban vezetnek a szolgáltatások optimalizálásához. A holisztikus, szektoroktól független optimalizálás azonban elmarad. Az integrált betegellátás egyik fő akadály a ápolási idő alsó határának rögzítése. Ez odavezet, hogy az alsó határt el nem érő esetekben térítésből való levonásokra kerül sor. Ezzel párhuzamosan megfigyelhető, hogy az egészségügy fokozódó ambulanzizálódása, valamint a szakképzett munkaerő fokozódó hiánya folytán bekövetkezik a szektorok összenövése. Ehhez új térítési ösztönzők bevezetésére lenne szükség. Külföldi példák bizonyítják, hogy ez lehetséges.

[Lásd még: *A privát kórházak helyzete Németországban 2015-ben*, 2015. 18. sz.]

Egészségi egyenlőtlenségek Németországban és nemzetközi összehasonlításban

(2. rész): Európa

Robert Koch-Institut

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

Kulcsszavak: népegészségügy, egészségtudomány, kutatás, egészségi egyenlőtlenségek, Európa, Egyesült Államok

Forrás Internet-helye:

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-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

3. A kutatás helyzete nemzetközi szinten

Nagy-Britanniában, az Egyesült Államokban és a skandináv országokban a rendelkezésre álló adatállomány már hosszabb ideje lehetővé teszi az egészségi állapot és a születéskor várható élettartam tekintetében jelentkező szociális különbségek elemzését. A tanulmányok többsége arra az eredményre jut, hogy az utóbbi két évtized során az általános egészségi állapot tekintetében jelentkező szociális különbségek messzemenően stabilak maradtak vagy csekély mértékben növekedtek. Egy aktuális, az 1990 és 2010 közötti időszakra vonatkozó tanulmány 17 európai ország adatait értékelte. Az összes ország adatainak összevetéséből kitűnik, hogy az egészségi állapotát „kevésbé jónak” értékelő személyek aránya a megfigyelés időszakában csökkent.

A *National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES)* adatai szerint az Egyesült Államokban 1988 és 2012 között a diabétesz prevalenciája szignifikánsan, 9,8%-ról 12,4%-re növekedett. Mind a vizsgált időszak kezdetén, mind annak végén jelentős képzési grádiens volt megfigyelhető. A diabétesz prevalenciája az alacsonyabb végzettséggel rendelkezők, azaz középiskolai végzettséggel nem rendelkezők körében magasabb, mint a magasabb, azaz középiskolai végzettséggel rendelkezők körében. A diabétesz prevalenciája az összes képzettségű csoport körében szignifikánsan növekedett, így az egyes képzettségű csoportok közötti különbségek nem változtak jelentősen.

A vizsgált időszakban a részben erőteljesen kihangsúlyozott szociális különbségek további súlyos megbetegedések, mint a szívroham és a stroke esetében is viszonylag konstansak maradtak. Egyes európai országokból a lelki egészség helyzetének alakulására vonatkozó adatok is rendelkezésre állnak. Angliában például a pszichés egészségi problémák tekintetében növekedett a szociális grádiens, ami a pszichés egészségi problémáknak a szociálisan hátrányos helyzetű csoportok körében való erőteljes növekedésére vezethető vissza.

A skandináv országokban a lelki egészségre vonatkozóan különböző leletek állnak rendelkezésre. Finnországban regiszterek alapján készült tanulmányok szerint egyrészt a pszichés zavarok miatti távollét gyakorisága tekintetében képzettségi különbségek jelennek meg, másrészt ezek feltételezik, hogy a pszichiátriai intézetekbe való beutalásokkal összefüggésben növekedtek a képzettségi különbségek.

Igen érdekesek az egészségi okokkal összefüggő funkcionális korlátozottság előfordulása tekintetében jelentkező szociális különbségek. A *European Social Survey* 16 európai országban időskorúak körében végzett elemzése szerint a funkcionális korlátozottságok elterjedtsége 2002 és 2014 között az európai országok többségében csökkent. E folyamat során a különböző jövedelmi csoportok között a funkcionális korlátozottság prevalenciája tekintetében jelentkező abszolút és relatív különbségek elmélyültek, ami elsősorban Írorszában, Hollandiában és Svédországban mutatkozik meg. Egy korábbi időszakban, 1982 és 2002 között hasonló különbségeket állapítottak meg az Egyesült Államok időskorú lakossága körében is.

A dohányzásra vonatkozó nemzetközi kutatások szerint a kedvezőtlenebb helyzetben levő csoportok körében a dohányzás fokozottabb mértékű. A különbségek az utóbbi két-három évtized során stabilak maradtak, vagy tovább növekedtek. Az 1985 és 2000 közötti időszakban hét európai országban a dohányzó férfiak körében a képzettség tekintetében jelentkező különbségek alig változtak, miközben a nők körében növekedtek. Hollandiában és Ausztráliában végzett vizsgálatok szerint a 2000-es évek kezdete óta a dohányzás prevalenciájának általános csökkenése mellett a dohányzással összefüggő szociális különbségek növekedése állapítható meg.

Több tanulmány foglalkozott a képzettségi különbségek és az elhízottság összefüggésének alakulásával. Egy aktuális tanulmány szerint, amelyben 15 európai ország adatait dolgozták fel, az elhízottság prevalenciája a 30 és 64 évesek körében 1990 és 2010 között összességében növekedett. A képzettség tekintetében az abszolút különbségek és az elhízottság összefüggése a vizsgált húsz év során szignifikánsan növekedett, miközben a relatív különbségek nem változtak vagy csökkentek. Ausztriában, Franciaországban és Svájcban végzett trendvizsgálatok szerint az elhízottság elterjedtségével összefüggésben a képzettségi különbségek stabilak.

Az egészségi egyenlőtlenségek, a képzettség, a halálozási mutatók és a születéskor várható élettartam összefüggése: Egy aktuális vizsgálat szerint, amely 17 európai országban az 1980 és 2010 közötti időszakra terjedt ki, a magasabb képzettséggel rendelkező csoportok körében a halálozás évente 2,5%-kal csökkent, miközben a közepes és alacsonyabb képzettséggel rendelkező csoportok körében 1,8%, ill. 1,3% volt.

Dániában, Norvégiában és Hollandiában készített tanulmányok szerint a születéskor várható élettartam összességében az összes szocioökonómiai csoport körében növekedett, a magasabb státuszúak körében azonban erőteljesebben. További tanulmányok szerint a születéskor várható élettartam az alacsonyabb jövedelmi csoportokhoz tartozók körében Belgiumban, Svédországban és Finnországban stagnál vagy csökken. Ausztriában és Olaszországban az 1980-as évek óta a születéskor várható élettartammal összefüggésben a szociális különbségek a nők körében csökkentek, a férfiak körében nem változtak.

Angol serdülő labdarúgók kardiológiai vizsgálata

New England Journal of Medicine 2018; 379:524-534 DOI:

10.1056/NEJMoa1714719

Kulcsszavak: sportegészségügy, szűrővizsgálatok, megelőzés, kardiológia, labdarúgás, Anglia

Forrás Internet-helye:

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1714719> ;

<https://www.sgul.ac.uk/news/news-archive/death-from-cardiac-disease-in-young-football-players-is-far-higher-than-estimated-study-shows>

Az Angol Labdarúgó Szövetség 1996. óta végeztet kardiológiai vizsgálatot a serdülő labdarúgók körében. Ennek során 11.168 fiatal sportoló vizsgálatára került sor.

Sanjay Sharma és mt. (St. George's University of London) tanulmánya szerint 42 esetben diagnosztizáltak potenciálisan halálos kimenetelű szívbetegséget (0,38%; vagy 266 közül egy eset), 8 eset fölött elsiklottak. Nyolc esetben kardiomiopátiát, három esetben hosszú QT szindrómát állapítottak meg, akiket azonnal eltanácsoltak a további sportolástól.

A kardiomiopátiában szenvedő nyolc beteg közül ketten nem vették figyelembe az orvosok ajánlásait és a későbbiekben sportolás közben hirtelen szívhalál végzett velük.

A kluboknál végzett későbbi körkérdésből azonban kiderült, hogy a szűrővizsgálatban résztvevők közül nyolcan hirtelen szívhalált szenvedtek. A leletek megismételt elemzéséből kiderült, hogy a szűrés időpontjában az eseteknél semmi feltűnőt nem tapasztaltak. Az orvosok két további halálesetnél átsiklottak a hipertrófiás kardiomiopátián.

A két évtized alatt végzett szűrővizsgálatok összesen 2,87 millió GBP-be (3,82 millió EUR) kerültek. Ehhez adódik még az utóvizsgálatokra fordított 376.000 GBP (500.000 EUR). Ez azt jelenti, hogy az életveszélyesnek talált 42 eset mindegyikére 77.280 GBP-t (102.782 EUR) költöttek.

Dr. Sanjay Sharma: Cardiology Clinical Academic Group, St. George's, University of London, Cranmer Terrace, London SW17 0RE, United Kingdom

sasharma@sgul.ac.uk.

Memento: Fehér Miklós, magyar válogatott labdarúgó, a Benfica játékosa, 2004. január 25-én a pályán esett össze. Halálának oka hirtelen szívmegeállás és hypertrophiás cardiomyopathia volt.

A gyakori fejelés egyensúlyzavarokat okoz a labdarúgóknak
American Academy of Neurology's Sports Concussion Conference,
Indianapolis, 20-22 July 2018

Kulcsszavak: sportegészségügy, labdarúgás, neurológia, egyensúlyzavarok, Egyesült Államok

Forrás Internet-helye:

<https://www.udel.edu/udaily/2018/july/soccer-research-headers-balance-problems/>
<https://www.aan.com/PressRoom/Home/GetDigitalAsset/12757> ;
<https://www.aan.com/PressRoom/Home/PressRelease/1659> ,
https://www.aan.com/siteassets/home-page/conferences-and-community/regional-conferences/sports-concussion/18scc_booklet_v709.pdf

John Jeka (University of Delaware | UDel UD Department of Kinesiology and Applied Physiology) és mt. tanulmánya szerint azok az amatőr labdarúgók, akik sokat fejelnek, gyakrabban szenvednek egyensúlyzavarokban. Az eredmények ismertetésére az ***Amerikai Neurológusok Kongresszusán (American Academy of Neurology's Sports Concussion Conference, Indianapolis, 20-22 July 2018)*** került sor.

Korábbi vizsgálatok szerint a megkérdezett játékosok gyakran válaszolták, hogy fejeléseket követően fájdalmat vagy enyhe szédülést éreztek. Fejmeccset játszó körében diffúziós tenzoros képalkotás segítségével az idegrostok károsodását is kimutatták. Egy brit profi futballistánál, a 2002-ben 59 éves korában elhunyt *Jeff Astle*-nél krónikus traumatikus enkefalopátiát diagnosztizáltak.

Fernando Santos és Jaclyn B. Caccese (University of Delaware, Newark) tanulmánya egy további következményre hívja fel a figyelmet. A neurológusok húsz 22 éves hobbyfocistát vizsgáltak, akiknek egy habzó anyaggal beborított felületen kellett mozogniuk, miközben a kutatók a játékosok fülébe vezetett gyenge elektromos árammal ingerelték az egyensúlyszervet. A vestibuláris ingerlés enyhe szédülést vált ki, ami megnehezíti a puha felületen való mozgást.

A résztvevők annál nehezebben tudták megvetni lábukat és súlypontjukat csípőmozgással egyensúlyba hozni, minél többet fejeltek eddigi meccseiken vagy edzéseiken. Minden 500 fejelésnél bekövetkező eltérés: a láb 9 milliméterrel elvétí a célt, a csípőabdukción pedig 0,2 fokkal növekedik.

A játékosok bevallása szerint évente 451 alkalommal fejeltek, ám a fejelések száma 16 és 2.100 között mozgott. A fejelés hosszútávon korlátozhatja a játékban való részvétel egyik lényeges előfeltételét, ami a test szédüléstől mentes uralásában áll.

Egészségi egyenlőtlenségek Németországban és nemzetközi összehasonlításban

Robert Koch-Institut

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

Forrás Internet-helye:

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-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

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 teherviselő 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.

3. A kutatás helyzete nemzetközi szinten

Nagy-Britanniában, az Egyesült Államokban és a skandináv országokban a rendelkezésre álló adatállomány már hosszabb ideje lehetővé teszi az egészségi állapot és a születéskor várható élettartam tekintetében jelentkező szociális különbségek elemzését. A tanulmányok többsége arra az eredményre jut, hogy az utóbbi két évtized során az általános egészségi állapot tekintetében jelentkező szociális különbségek messzemenően stabilak maradtak vagy csekély mértékben növekedtek. Egy aktuális, az 1990 és 2010 közötti időszakra vonatkozó tanulmány 17 európai ország adatait értékelte. Az összes ország adatainak összevetéséből kitűnik, hogy az egészségi állapotát „kevésbé jónak” értékelő személyek aránya a megfigyelés időszakában csökkent.

A National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) adatai szerint az Egyesült Államokban 1988 és 2012 között a diabétesz prevalenciája szignifikánsan, 9,8%-ról 12,4%-re növekedett. Mind a vizsgált időszak kezdetén, mind annak végén jelentős képzési gradiens volt megfigyelhető. A diabétesz prevalenciája az alacsonyabb végzettséggel rendelkezők, azaz középiskolai végzettséggel nem rendelkezők körében magasabb, mint a magasabb, azaz középiskolai végzettséggel rendelkezők körében. A diabétesz prevalenciája az összes képzettségi csoport körében szignifikánsan növekedett, így az egyes képzettségi csoportok közötti különbségek nem változtak jelentősen.

A vizsgált időszakban a részben erőteljesen kihangsúlyozott szociális különbségek további súlyos megbetegedések, mint a szívroham és a stroke esetében is viszonylag konstansak maradtak. Egyes európai országokból a lelki egészség helyzetének alakulására vonatkozó adatok is rendelkezésre állnak. Angliában például a pszichés egészségi problémák tekintetében növekedett a

szociális grádiens, ami a pszichés egészségi problémáknak a szociálisan hátrányos helyzetű csoportok körében való erőteljes növekedésére vezethető vissza.

A skandináv országokban a lelki egészségre vonatkozóan különböző leletek állnak rendelkezésre. Finnországban regiszterek alapján készült tanulmányok szerint egyrészt a pszichés zavarok miatti távollét gyakorisága tekintetében képzettségi különbségek jelennek meg, másrészt ezek feltételezik, hogy a pszichiátriai intézetekbe való beutalásokkal összefüggésben növekedtek a képzettségi különbségek.

Igen érdekesek az egészségi okokkal összefüggő funkcionális korlátozottság előfordulása tekintetében jelentkező szociális különbségek. A *European Social Survey* 16 európai országban időskorúak körében végzett elemzése szerint a funkcionális korlátozottságok elterjedtsége 2002 és 2014 között az európai országok többségében csökkent. E folyamat során a különböző jövedelmi csoportok között a funkcionális korlátozottság prevalenciája tekintetében jelentkező abszolút és relatív különbségek elmélyültek, ami elsősorban Írországon, Hollandiában és Svédországban mutatkozik meg. Egy korábbi időszakban, 1982 és 2002 között hasonló különbségeket állapítottak meg az Egyesült Államok időskorú lakossága körében is.

A dohányzásra vonatkozó nemzetközi kutatások szerint a kedvezőtlenebb helyzetben levő csoportok körében a dohányzás fokozottabb mértékű. A különbségek az utóbbi két-három évtized során stabilak maradtak, vagy tovább növekedtek. Az 1985 és 2000 közötti időszakban hét európai országban a dohányzó férfiak körében a képzettség tekintetében jelentkező különbségek alig változtak, miközben a nők körében növekedtek. Hollandiában és Ausztráliában végzett vizsgálatok szerint a 2000-es évek kezdete óta a dohányzás prevalenciájának általános csökkenése mellett a dohányzással összefüggő szociális különbségek növekedése állapítható meg.

Több tanulmány foglalkozott a képzettségi különbségek és az elhízottság összefüggésének alakulásával. Egy aktuális tanulmány szerint, amelyben 15 európai ország adatait dolgozták fel, az elhízottság prevalenciája a 30 és 64 évesek körében 1990 és 2010 között összességében növekedett. A képzettség tekintetében az abszolút különbségek és az elhízottság összefüggése a vizsgált

húsz év során szignifikánsan növekedett, miközben a relatív különbségek nem változtak vagy csökkentek. Ausztriában, Franciaországban és Svájcban végzett trendvizsgálatok szerint az elhízottság elterjedtségével összefüggésben a képzettségi különbségek stabilak.

Az egészségi egyenlőtlenségek, a képzettség, a halálzási mutatók és a születéskor várható élettartam összefüggése: Egy aktuális vizsgálat szerint, amely 17 európai országban az 1980 és 2010 közötti időszakra terjedt ki, a magasabb képzettséggel rendelkező csoportok körében a halálzás évente 2,5%-kal csökkent, miközben a közepes és alacsonyabb képzettséggel rendelkező csoportok körében 1,8%, ill. 1,3% volt.

Dániában, Norvégiában és Hollandiában készített tanulmányok szerint a születéskor várható élettartam összességében az összes szocioökonómiai csoport körében növekedett, a magasabb státuszúak körében azonban erőteljesebben. További tanulmányok szerint a születéskor várható élettartam az alacsonyabb jövedelmi csoportokhoz tartozók körében Belgiumban, Svédországban és Finnországban stagnál vagy csökken. Ausztriában és Olaszországban az 1980-as évek óta a születéskor várható élettartammal összefüggésben a szociális különbségek a nők körében csökkentek, a férfiak körében nem változtak.

ELŐJEGYZÉSI LISTA:

Hollandia

- Az egészségbiztosítás helyzetének alakulása Hollandiában 2006. óta. A reform és annak hatásainak elemzése (WIP PKV) (6. rész): A pénzügyi terhek alakulása, Szolidaritás

Ápolás

- Az ápolótevékenység helyzete Németországban, Japánban és Svédországban (1-2. rész)
- A német szövetségi kormány elfogadta az ápolószemélyzet helyzetének megerősítéséről szóló törvény – *Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG)*
- Az ápolásbiztosítás költségeinek alakulása Németországban 2017-ben
- A kórházi ápolás statisztikája Németországban 2017-ben
- Felmérés az ápolószemélyzet keresetéről Németországban
- Participatív gerontotechnológia

Gyógyszer

- Jelentés a gyógyszertárak gazdasági helyzetéről Hollandiában 2017-ben
- A brit gyógyszerellátás vészforgatókönyve „no-deal-brexít” esetére
- A gyógyszerellátás helyzete a BARMER betegpénztárnál

Kórházügy

- Pszichiátriai Barométer 2018 (1-2. rész): A pszichiátriai intézetek gazdasági helyzete; A személyi állomány helyzete a pszichiátriai intézeteknél

Hivatásrend

- Jelentés a honoráriumok helyzetéről Németországban 2016 első két negyedévében – *Honorarbericht 2016*

Szociálpolitika

- A jövedelmi szegénység helyzete Németországban 2017-ben

Praxishírek

- A saját praxisban működő házi orvosok ritkábban szenvednek burnout-ban

A hónap grafikonja

- Az egészségügyi dolgozók 26%-a kap szabadságpénzt

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)*

Rövidhírek (aleatorikusan):

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