

***Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete***  
***Egészséggazdasági, egészségpolitikai és***  
***szociálpolitikai nemzetközi sajtószemle***

2019. 1. sz. (Lapzárta: 2019. január 7.)

Alapító főszerkesztő: Kövesi Ervin (1990-2014) – Szerkesztő: Komáromi Béla (2005-)

**Európa**

- ***Breaking News! A román EU-elnökség programja***
- Az ECDC jelentése az átoltottság helyzetéről az Európai Gazdasági Térségben
- A Tanács ajánlásai a védőoltásokkal megelőzhető betegségek elleni megerősített együttműködésről
- A lelki egészség költségei Európában

**Kórházügy**

- A kórházügyi menedzsment aktuális kérdései 2018-ban – *Praxisberichte 2018* (7. rész): Digitalizáció. A Németországi Kórházigazgatók Szövetségének álláspontja. A „döntéshozók gyára” és a digitalizáció
- A svájci kórházak pénzügyi helyzete 2017-ben

**Költségek**

- A német kötelező betegbiztosítási pénztárak mérlege 2018 első három negyedévében. 1,9 milliárd EUR többlet

**Szociálpolitika**

- Jelentés a szociális ügyek helyzetéről Németországban 2018-ban – *Datenreport 2018* (1. rész): Privát háztartások – jövedelmek, fogyasztás

**Emberi erőforrás**

- Ápolószeméllyel való ellátottság és kórházi halálozás

**Hivatásrend**

- Jelentés a pályakezdők keresetéről Németországban 2018/2019-ben

**Demencia, demenciakutatás**

- HEROES: nemzetközi demenciakutatási projekt
- Demens államférfiak. Kockázatok és mellékhatások

**Personalia**

- Martin Matz, új berlini egészségügyi államtitkár
- Heyo K. Kroemer, a Charité Berlin új elnök-vezérigazgatója

**Raadás gyanánt**

- Miért vándorol ki a fiatal erdélyi orvos – és hogyan tartható itthon?

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

## *A román EU-elnökség programja*

romania2019.eu

**Kulcsszavak:** román EU-elnökség, Európai Unió

**Forrás Internet-helye: A román EU-elnökség honlapja:**

<http://www.romania2019.eu/home/>

2019. január 1. és június 30. között Románia tölti be az Európai Unió soros elnökségét, a tisztséget Ausztriától vette át, majd júliusban Finnországnak adja tovább.

Az ország 2007-ben csatlakozott az Európai Unióhoz és most először látja el a félévente tagállamról tagállamra szálló tiszteket. *Májusban rendezik az európai parlamenti választásokat, ezért szakértők szerint a most kezdődő félév különösen jelentősnek számít.*

Bukarest már véglegesítette a "*Kohézió mint közös európai érték*" mottójú programját, amelyben a tagállamok közötti összetartást, valamint a megosztottság csökkentését és a megkülönböztetés felszámolását tűzte ki célul. A konvergencia mellett a versenyképesség megerősítésére, a munkahelyteremtésre, az innovációra, a digitalizációra, a fenntarthatóságra, a biztonságra, a terrorizmus és a szervezett bűnözés elleni harcra, a kibervédelem fokozására, illetve a határok védelmére kívánnak fókuszálni

A román kormány fontosnak tartja Európa globális szerepének és védelmi képességeinek megerősítését, a nyugat-balkáni EU-bővítés elősegítését, a multilateralizmus támogatását. Fókuszba kívánja helyezni a közös értékek, például a demokrácia, a szabadság, az emberi jogok védelmét, a szolidaritás, az esélyegyenlőség megerősítését, a rasszizmus, az idegengyűlölet, az antiszemitizmus és a populizmus elleni fellépést.

*Az elnökség nyitóeseményére 2019. január 10-én Bukarestben kerül sor, amelyen részt vesznek az Európai Bizottság tagjai és egyeztetnek a román elnökség prioritásairól.*

## *A román elnökség eseménynaptárából*

- Fenntartható vízgazdálkodás és mezőgazdaság*, Bukarest, 2019. február 5.
- Nemek közötti esélyegyenlőség munkacsoportja*, Bukarest, 2019. február 18.
- Gyógyszerügynökségek vezetőinek találkozója*, Temesvár, 2019. február 20.
- A Social Protection Committee informális ülése*, Bukarest, 2019. március 4.
- A holokausz emlékezete és a holokausz-tagadás*, Bukarest, 2019. március 11.
- Klimaváltozási munkacsoport ülése*, Călimanești, 2019. március 14.
- Tisztifőorvosok és országos főápolók találkozója*, Bukarest, 2019. március 21.
- Európai ifjúsági konferencia*, Bukarest, 2019. március 25.
- Az Európai Élelmiszerbiztonsági Hatóság konzultatív fóruma*, Bukarest, 2019. április 2.
- A kutatási miniszterek informális találkozója*, Bukarest, 2019. április 3.
- Verseny és fogyasztóvédelem*, Bukarest, 2019. április 4.
- A foglalkoztatási bizottság ülése*, Bukarest, 2019. április 4.
- Gyógynövény-termékek bizottságának ülése*, Bukarest, 2019. április 4.
- Biodiverzitásért felelős igazgatók ülése*, Brassó, 2019. április 8.
- Munkahelyi egészség és biztonság konferencia*, Bukarest, 2019. április 9.
- Nemzeti kábítószerügyi koordinátorok ülése*, Bukarest, 2019. április 9.
- Foglalkoztatási és szociális miniszterek informális találkozója*, Bukarest, 2019. április 10.
- Foglalkoztatási, szociálpolitikai, egészségügyi és fogyasztóvédelmi munkacsoport ülése*, Bukarest, 2019. április 10.
- Európai kulturális örökség konferencia*, Segesvár, 2019. április 11.
- EPSCO attasék informális ülése* [A Tanács foglalkoztatási, szociálpolitikai, egészségügyi és fogyasztóvédelmi formációja (EPSCO Tanács)], Bukarest, 2019. április 12.

*Egészségügyi miniszterek informális találkozója*, Bukarest, 2019. április 15.

*Kulturális miniszterek informális találkozója*, Bukarest, 2019. április 15.

*Egészségügyi attasék informális találkozója*, Bukarest, 2019. április 16.

*Környezetvédelmi attasék informális találkozója*, Beszterce, 2019. május 2.

*Növényegészségügyi szolgálatok vezetőinek informális találkozója*, Craiova, 2019. május 6.

*Európai állam- és kormányfők informális találkozója*, Nagyszeben, 2019. május 9.

*Európai oltási programok workshop*, Kolozsvár, Orvostudományi és Gyógyszerészeti Egyetem, 2019. május 9.

*Környezetvédelmi miniszterek informális találkozója*, Bukarest, 2019. május 20.

*Homeopátiás termékek munkacsoport ülése*, Bukarest, 2019. május 23.

*Rákszűrési munkacsoport*, 2019. május 29.

*Nemek közötti egyenlőség konferencia*, Bukarest, 2019. május 30.

*Európai Konferencia az európai parlamenti választások után*, Bukarest, 2019. május 31.

*eHealth konferencia*, Bukarest, 2019. június 11.

*Állategészségügyi ügynökségek/hatóságok vezetőinek találkozója*, Bukarest, 2019. június 12.

*„Duna-Stratégia” miniszteri konferencia*, Tulcea, 2019. június 12.

*Presidential Committee for Advanced Therapies + Clinical Trials Facilitation Group*, Bukarest, 2019. június 13.

*The European Social Fund Committee*, Bukarest, 2019. június 19.

*Gyógyszerügynökségek vezetőinek találkozója 2*, Bukarest, 2019. június 19.

[A román EU-elnökség egészségügyi programjának részleteire visszatérünk. – a szerk.]

***Az ECDC jelentése az átoltottság helyzetéről az Európai Gazdasági Térségben***  
***ECDC TECHNICAL REPORT***  
***Seasonal influenza vaccination and antiviral use in EU/EEA Member States***  
European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC),  
Stockholm, November 2018

**Kulcsszavak:** prevenció, időskorúak, oltások, szezonális influenza elleni védőoltás, átoltottság, European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ, Európai Gazdasági Térség, Európai Unió, Európai Szabadkereskedelmi Társulás

**Forrás Internet-helye:**

[https://www.ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/Seasonal-influenza-antiviral-use-EU-EEA-Member-States-December-2018\\_0.pdf](https://www.ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/Seasonal-influenza-antiviral-use-EU-EEA-Member-States-December-2018_0.pdf) ; <https://ecdc.europa.eu/en/news-events/influenza-vaccination-coverage-rates-insufficient-across-eu-member-states>

Az ***Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ (European Centre for Disease Prevention and Control – ECDC)*** jelentése szerint az ***Európai Gazdasági Térség – EGT*** (Európai Unió + Európai Szabadkereskedelmi Társulás – EFTA) országaiban évente 40.000 ember hal bele az influenzába. Ennek ellenére a tagállamok egyike sem éri el a kockázati csoportok számára ajánlott 75%-os átoltottsági rátát.

A felmérésben a 31 tagállam közül 30 vett részt (Ausztria nem válaszolt a kérdőívre). Ezekben az országokban az időskorúak számára ajánlott az évente történő influenza-oltás. 22 országban a korhatár 65 év fölött, öt országban 60 év fölött van, Belgiumban és Írországbán már 50 év alatt ajánlott.

Az országok többségében az időskorúak fele sem veszi igénybe az oltás lehetőségét. Az átoltottsági ráta Skóciában a legmagasabb, épp csak az ajánlott 75% alatt van; Németországban 35%, Észtországban 2%.

Bizonyos krónikus betegeket az összes országban külön felszólítanak az influenza elleni védőoltásra. Az átoltottsági ráta e kockázati csoportban tavaly 15,7% (Norvégia) és 57,1% (Észak-Írország), a terhesek körében 0,5% (Szlovénia) és 58,6% (Észak-Írország) között mozgott.

Az egészségügyi személyzet átoltottságáról 12 ország számolt be. Az átoltottsági ráta Angliában és Belgiumban meghaladja a 60%-ot, Olaszországban, Görögországban és Norvégiában 20% alatt van.

Pozitív tény, hogy az EU tagállamai a 2017/18-as influenza szezonban új oltóanyagokat vagy adjuvánst alkalmaztak, amelyek három helyett négy influenzatörzsszel szemben nyújtanak védelmet. Hat tagállamban további korcsoportokat, pl. gyermekeket is bevontak az ajánlás körébe. Az ECDC a következő téli szezonban megvizsgálja az új oltóanyagok és oltási stratégiák hatékonyságát.

***A Tanács ajánlása (2018. december 7.)  
a védőoltással megelőzhető betegségek elleni megerősített együttműködésről***  
Az Európai Unió Hivatalos Lapja, C466, 61. évf.; 2018. december 28.  
European Commission, 7 December 2018 (15 p.)

**Kulcsszavak:** gyógyszer, oltások, prevenció, Európai Unió, Egészségügyi Miniszterek Tanácsa, Európai Bizottság

**Forrás Internet-helye:** <http://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-14152-2018-REV-1/en/pdf> ; <https://www.pgeu.eu/en/press/262:pr-pgeu-press-release-to-the-council-recommendations-on-strengthened-cooperation-against-vaccine-preventable-diseases.html> ;  
<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/TXT/PDF/?uri=OJ:C:2018:466:FULL&from=BG>

Az Egészségügyi Miniszterek Tanácsa ajánlásokat fogadott el a védőoltásokkal megelőzhető betegségek területén való megerősített együttműködésről és az oltásokkal szembeni szkepszis leküzdéséről.

***A Tanács 24 ajánlással fordult a Bizottsághoz és a tagállamokhoz:***

- Egyebek között 2020-ig nemzeti és regionális oltási programokat kell bevezetni. A kanyaró elleni védőoltások területén el kell érni a 95%-os átoltottságot. 2016-ban és 2017-ben a kanyaró esetszáma megduplázódott, az előző évben elérhette a 14.000-et.
- Az iskolákban és a munkahelyeken vezessék be az oltási státusz rutinellenőrzését, teremtsenek a védőoltások beadására szolgáló rendszeres lehetőségeket.
- A Tanács célul tűzi ***Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ (ECDC)*** által koordinált, ***a védőoltásokkal kapcsolatos információk megosztására szolgáló európai rendszer (European Vaccination Information Sharing – EVIS)*** létrehozását, megvizsgálja annak kivitelezhetőségét, hogy 2020-ra kidolgozzák az uniós oltási alaprendre vonatkozó iránymutatásokat.
- 2019-ig az ***Európai Gyógyszerügynökség*** támogatásával létrehozzák a védőoltásokkal kapcsolatos európai információs portált annak érdekében, hogy tárgyilagos, átlátható és naprakész bizonyítékokat tegyen online elérhetővé az oltóanyagokkal és a védőoltásokkal, azok előnyeivel és biztonságával, valamint a farmakovigilanciái eljárással kapcsolatban.
- A Tanács megerősíti a nemzetközi szereplőkkel és kezdeményezésekkel fennálló partnerségeket, mint az Egészségügyi Világszervezet és annak Védőoltási Szakértői Stratégiai Tanácsadó Testülete (*Strategic Advisory Group of Experts on Immunization – SAGE*), a védőoltási szakértők európai szakmai tanácsadói testülete (*European Technical Advisory Group of Experts on Immunization – ETAGE*), a globális egészségbiztonsági kezdeményezés és program folyamatai (globális egészségbiztonsági kezdeményezés, globális egészségbiztonsági program), az UNICEF és olyan finanszírozási és kutatási kezdeményezések, mint a GAVI, a CEPI, a GloPID-R és az antimikrobiális rezisztenciával kapcsolatos közös programozási kezdeményezés (JPIAMR).

*A lelki egészség költségei Európában*  
OECD Health at a Glance Europe 2018; OECD, 22. 11. 2018

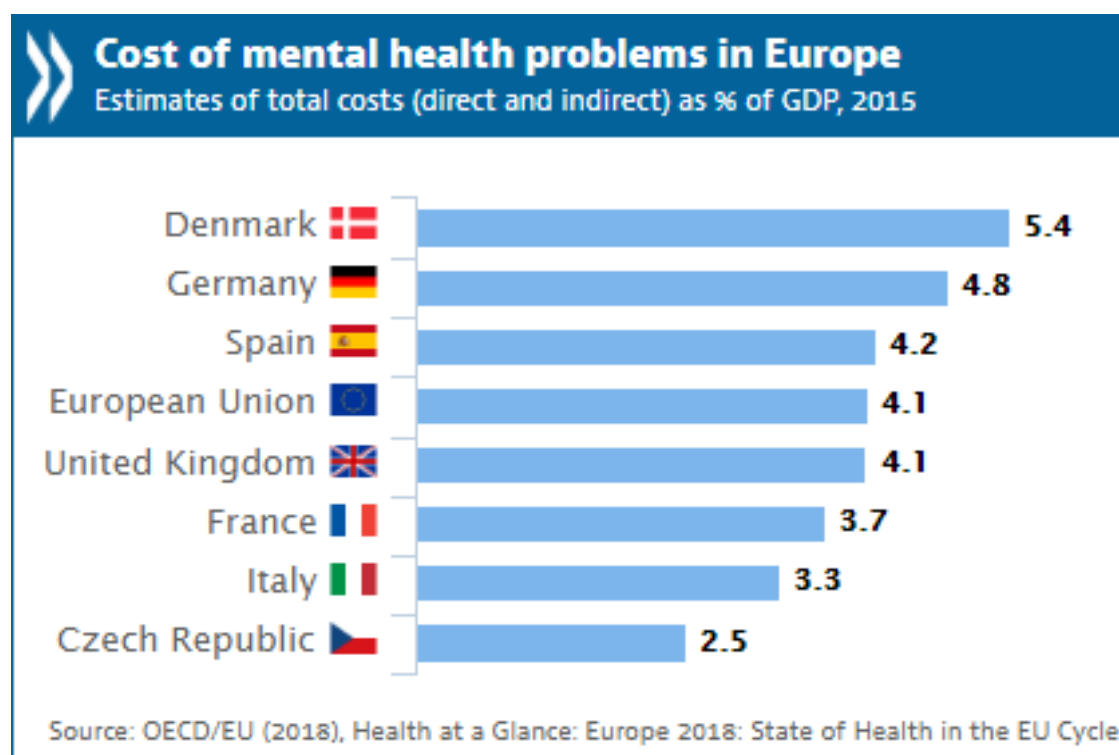
**Kulcsszavak:** lelki egészség, költségek, OECD, Európa

**Forrás Internet-helye:**

<http://www.oecd.org/health/mental-health-problems-costing-europe-heavily.htm>

Az OECD legújabb európai egészségügyi jelentése szerint a lelki egészségre fordított költségek az EU 28 tagállamában 600 milliárd EUR-t tesznek ki, a GDP 4%-át. A költségek egy része a betegek alacsonyabb foglalkoztatottságára, vagy az alacsonyabb termelékenységre (1,6%) vezethető vissza. 1,2% társadalombiztosításba folyik be, további 1,3% az egészségügy direkt költségeit képviseli. Mint az alábbi grafikon mutatja, a költségek Dániában a GDP 5,4%-át, Németországban 4,8%-át, Csehországban 2,5%-át teszik ki.

*A lelki egészség GDP-hez viszonyított direkt vagy indirekt költségei*



**További Információ**

**Emily Hewlett**

[Emily.Hewlett@oecd.org](mailto:Emily.Hewlett@oecd.org)

[Lásd még: *Health at a Glance Europe*, 2015. 24. sz.; 2016. 33. sz.; 2018. 26. sz.]

*A kórházi menedzsment aktuális kérdései 2018-ban (7. rész)*  
*Praxisberichte – Zu aktuellen Fragen des Krankenhausmanagements 2018.*  
*Projekte Positionen Perspektiven*

Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD)

**Kulcsszavak:** kórházügy, kórházügyi menedzsment, digitalizáció, Németország

*A kiadvány nem érhető el Interneten, de azt a Német Kórházigazgatók Szövetsége érdeklődés esetén elektronikus vagy nyomtatott verzióban rendelkezésre bocsátja.*

**Digitalizáció**

*A Németországi Kórházigazgatók Szövetségének állásponjtja.*  
*A döntéshozók gyára és a digitalizáció*

A digitalizáció helyzete Németországban az Egyesült Államokhoz és a skandináv országokhoz viszonyítva jelentős hátrányban van. Ennek egyik oka a finanszírozás. Az Egyesült Államok példáját követve sokkal több pénz kellene a digitalizáció rendelkezésére bocsátani. A Németországi Kórházigazgatók Szövetségének megítélése szerint öt éven keresztül évente kétmilliárd EUR-t kellene kórházi digitalizációra fordítani. Egy ilyen beruházási offenzíva megoldaná az évek óta fennálló mizériát, amit a beruházások tartományok általi finanszírozása képtelen kezelni.

A Németországi Kórházigazgatók Szövetségének állásponjtja szerint a kórházi digitalizáció folyamatát öt év leforgása alatt le kellene vezényelni. A kórházi struktúrák és folyamatok csak ebben az esetben lehetnének oly módon megváltoztathatók, hogy ezzel az összes feszítő probléma megoldódjon. Gyorsabban, hatékonyabban alakítható folyamatok, a know-how és a szaktudás megosztása, a bürokratikus teendők átrendezése, az orvosok és ápolók tehermentesítése. Továbbra is munkaerőhiány van – amiért a dokumentációs teendők is okolhatóak. A digitalizáció nem utolsósorban a betegekkel való közelebbi kapcsolatot, a velük való újszerű kontaktusteremtést és kapcsolattartást, a biztonságérzet nyújtását is jelenti.



A Németországi Kórházigazgatók Szövetsége és az ipari egészséggazdaság szervezetei közös elképzelésekkel lépnek fel. Az elmúlt 12 évben a Németországi Kórházigazgatók Szövetsége a kórházakkal, az ipari szereplők ágazati szövetségeivel és tanácsadókkal való együttműködésben a **„döntéshozók gyára” (ENTSCHEIDERFABRIK)** kezdeményezés keretében jelentős tapasztalatokat szerzett az információtechnológiai projektek területén. A kórházakban, a betegpénztáraknál, a szerződött orvosoknál – mindenütt információtechnológiai projektek kezdődtek, amelyekben az ipari szereplők és a szolgáltatók is részt vettek.

Ezért a Németországi Kórházigazgatók Szövetsége támogatja az ipari szereplők ágazati szövetségei által a szövetségi kormányhoz intézett felhívást egy nemzeti eHealth célkép mielőbbi kialakítására. Az állásfoglalás szerint az egészségügyi rendszer digitális átalakítására vonatkozó célkép csak úgy lehet sikeres, ha annak kialakítására az ipari egészséggazdaságban és az egészségügyi ellátásban érintett összes szereplő hozzájárulásával, a politikai szereplők és döntéshozók irányításával kerül sor. Egy ilyen célkép kialakítása csak egy politikailag moderált folyamat keretében, az összes reszorra és szektorra kiterjedően kerülhet sor, amelyből kialakítható egy konkrét akciótervbe torkolló nemzeti eHealth-stratégia, megvalósítására pedig a teljes terület lefedésével kerül sor.

A Németországi Kórházigazgatók Szövetsége már évek óta beruházási offenzívát szorgalmaz az egészségügy digitalizációja érdekében. Annak ellenére, hogy az információtechnológiai cégekkel közösen létrehozott **„döntéshozók gyára” (ENTSCHEIDERFABRIK)** számos modellprojekttel és kezdeményezéssel jelentkezett, ezeket még nem sikerült a teljes területre kiterjeszteni. Ez csak akkor válik lehetségessé, ha a szövetségi kormány és a tartományok közös eHealth stratégiát dolgoznak ki és hozzálátnak annak valóra váltásához. Senki sem vonja kétségbe, hogy ez hatalmas pénzügyi beruházásokkal jár. Az egészségügyi ellátás stabilitása és jövőbeli életképessége azonban megköveteli, hogy ezt a társadalmi húzóerőt végre működésbe hozzuk.

**Peter Asché**

Vizepräsident des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands,  
Sprecher des IuiG-Initiativ-Rates der ENTSCHEIDERFABRIK,  
Kaufmännischer Direktor der Uniklinik RWTH Aachen

*A svájci kórházak pénzügyi helyzete 2017-ben*  
PriceWaterhouseCoopers, December 2018 (52 p.)

**Kulcsszavak:** kórházügy, egészséggazdaság, pénzügyi helyzet, Svájc

**Forrás Internet-helye:**

<https://www.pwc.ch/de/publications/2018/schweizer-spitaeler-2017.pdf>

*A svájci aktív kórházak „pénzügyi egészsége”*

2017 az új kórházfinanszírozás bevezetése utáni hetedik esztendő volt. Ez idő alatt fokozódott a verseny, amely világos pozícionálásra kényszeríti a kórházakat. Jelenleg néhány nagy aktív kórház új beruházások megnyitása előtt, vagy már az avatási aktus után van. Mint ismeretes, a kórházaknak saját forrásokból, külső támogatások nélkül kell finanszírozniuk beruházásaikat és a kivitelezést követően is agilitást és rugalmasságot kell tanúsítaniuk. Ennek pénzügyi kifejezésére igen alkalmas a *PriceWaterhouseCoopers* által 2011-ben kitűzött 10%-os EBITDAR-rés. [EBITDAR: kamat-, adófizetés, értékcsökkenési leírás és lízingdíjak előtti eredmény (Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation, Amortization and Rental Expense)] Ez a célérték az aktuális kontextusban nagyon is bevált és elterjedt az ágazatban.

A *pwc* aktuális pénzügyi felmérése 45 aktív kórházra terjedt ki. A vizsgált kórházak összesített forgalma 17,8 milliárd CHF-et tett ki. Ez az összes svájci aktív kórház 78%-a. Az állami szektor átlagon felüli arányban, 43 intézménnyel vett részt a felmérésben.

*Trendváltás a fekvőbeteg szektorban – az esetszámok stagnálnak*

2017 trendváltást hozott az aktív kórházi szektorban. Addig, 2013. óta a forgalomnövekedés 3,0-4,0%-os volt (2011-ben és 2012-ben a magas növekedés a rendszerből adódott és ezért azt az elemzés nem vette figyelembe). 2017-ben az aktív kórházak forgalomnövekedése már mindössze 1,5% volt. Miközben az ambuláns szektor szignifikáns, 5,0%-os növekedést ért el, a fekvőbeteg szektorban hat év elteltével első alkalommal stagnálás következett be. Ez a trendváltásra utaló markáns indikátor.

A fekvőbeteg szektorra épített növekedési stratégiák kimennek a divatból, pénzügyileg többé nem kifizetődők és nem is realizálhatók. Kivételt képeznek a bekebelezésekből adódó növekedési stratégiák (ágazati konszolidáció, létező telephelyek megszerzése), vagy az átlagon felüli lakosságnövekedéssel rendelkező területeken működő kórházak. A fekvőbeteg ellátásban jelentkező forgalomcsökkenés főleg a kevesebb mint 250 ágyal rendelkező kórházaknál jellemző.

A fekvőbeteg szektor forgalma 2017-ben átlagosan stagnált (a növekedési ráta mínusz 0,02%, esetszámoknál mínusz 0,3% volt). A vizsgált kórházak tehát 2017-ben átlagosan 0,3%-kal kevesebb beteget kezeltek. A jelenséget a kórházak méreteivel összevetve: a több mint 250 ágyal rendelkező kórházak 0,2%-os növekedést értek el, miközben a kevesebb mint 250 ágyal rendelkezőknél 0,5%-os csökkenést regisztráltak.

### ***A személyi kiadások valamivel meghaladják az előző évi értékeket***

A személyi kiadások a fő költségblokk kétharmadát teszik ki. Ezek a bevételekhez képest valamelyest növekedtek. 2017-ben a gazdaságosság az előző évhez viszonyítva csökkent. Az elemzés szerint a személyi kiadások éppen a kevesebb mint 250 ágyal rendelkező kórházaknál haladják meg az átlagot, miközben a nagyobb kórházak személyi kiadásai átlagon aluliak. Ez annyiban érthető, hogy az aktív kórházaknál a személyi kiadások jó része a jogszabályok és a szükséges szolgáltatások miatt fix, optimalizálásra pedig csak bizonyos mértékben nyílik lehetőség.

### ***A bevételek és költségek növekedése közötti arány még sohasem alakult annyira kedvezőtlenül mint 2017-ben.***

A forgalomnövekedés (1,5%) és a személyi és dologi kiadások növekedése (2,4%) közötti faktor 0,61 volt. Eszerint 2017-ben 100 CHF többletkiadásra mindössze 61 CHF többletbevételt sikerült generálni. Ez a folyamat elsősorban a szolgáltatásoknak a fekvőbeteg szektorból az ambuláns szektorba való átcsoportosítására vezethető vissza. Ez utóbbi kevésbé kifizetődő. És abból indulhatunk ki, hogy a trend folytatódni fog.

A profitabilitás biztosítása és javítása érdekében a kórházaknak nem marad más hátra, mint fő prioritásként kezelni a költségoptimalizálást. Jelenleg egyre több kórház fordul a *pwc*-hez az eredményt javító projektek támogatása céljából.

### ***A profitabilitás továbbra is alacsony***

A vizsgált kórházaknak az előző évhez viszonyítva alacsonyabb költségnövekedés ellenére a profitabilitás tekintetében nem sikerült kurzusváltást elérniük. Az alacsony bevételnövekedés miatt az EBITDAR-rés 2017-ben átlagosan 18% és 7,3% között mozgott. Az operatív profitabilitás 2012 és 2015 között pozitívan alakult. Ezzel szemben az utóbbi két évben, a DRG bevezetése óta a legalacsonyabb EBITDAR-réseket regisztrálták. Így az átlag jóval a 2011-ben a *pwc* által kitűzött 10% alatt maradt, ami hosszútávon biztosítaná a beruházások finanszírozását.

A kisebb kórházak az előző évhez hasonlóan átlagosan profitábilisabbak voltak, mint a több mint 250 ágyal rendelkező egyetemi és centrumkórházak. A 2017-ben elért EBITDAR-réseket összehasonlítva, azt

tapasztalhatjuk, hogy a kevesebb mint 250 ágyal rendelkező kórházak átlagosan magasabb EBITDAR-t érnek el (7,5%, vs. 6,6%). Érdekes módon a standard eltérés, mint a szóródás mértéke, az összes kórház körében csökkent. Ez azt jelenti, hogy az EBITDAR-rések egészen enyhén közelednek egymáshoz. Miközben a kisebb kórházak 2016-ban lefelé szóródtak, 2017-ben mindkét kategóriánál egységes volt a kép. 2017-ben összességében kevesebb volt a szélső érték, ezért a standard szóródás is alacsonyabb volt.

A 2017-ben regisztrált átlagértékek nem vezethetnek arra a téves következtetésre, hogy a kevesebb mint 250 ágyal rendelkező kórházak a szabályozó intézkedések, a betegek részéről való növekvő elvárások és a fokozódó munkaerőhiány miatt továbbra is nyomás alá kerülhetnek, hacsak nem pozícionálják magukat egyértelműen és differenciáltan és nem csatlakoznak valamely hálózathoz.

### ***Csak kevés kórháznak sikerül túllépnie a 10%-os EBITDAR-rést***

2017-ben a vizsgált kórházak közül öt érte el az ajánlott 10%-os EBITDAR-rést, vagy annál magasabbat. Egyharmaduk (15 kórház) 8%-ot vagy annál magasabbat ért el. Az előző évben ez 9, ill. 18 intézménynek sikerült. 2017-ben az előző évekhez hasonlóan bizonyos állandóság mutatkozik. A 10%-os irányértéket túllépő öt kórház ezt az előző évben is elérte. Az alacsonyabb vagy negatív EBITDAR-réseket produkáló kórházak közül egyesek előreléptek. Összességében ugyanazok a kórházak értek el alacsony EBITDAR-réseket, mint az előző évben.

### ***A saját tőkeállomány továbbra is alacsony***

A saját tőkeállomány aránya az eddigiekhez hasonlóan átlagosan meghaladja a 40%-ot. Ám most már harmadik alkalommal csökkenésre került sor. Ennek okai: a beruházási projektek és a refinanszírozás megváltoztatják a saját tőke és az idegen tőke közötti arányt. A számviteli szabályok változása ugyancsak befolyásolhatja a tőkestruktúrát. Ez 2014-ben különösképpen megmutatkozott, amikor több kórház felértékelte dologi állományát. Végül az éves veszteség egyre több kórháznál csökkenti a saját tőkét.

A 40%-os saját tőkebázis alapján véve szilárdnak tekinthető. Ennek ellenére a svájci aktív kórházak pénzügyi helyzete differenciáltabban vizsgálendő. Ez az arány az elkövetkező években tovább csökkenhet. Jelenleg számos építkezés van a tervezés vagy a megvalósítás szakaszában. Ezáltal az elkövetkező években a kórházügy területén az idegen tőke iránti erőteljes kereslet keletkezhet, lett légyen az banki hitelek, kötvények, privát befektetések vagy egyéb pénzügyi konstrukciók formájában.

***A német kötelező betegbiztosítási pénztárak mérlege  
2018 első három negyedében. 1,9 milliárd EUR többlet***

Arzt & Wirtschaft online, 14. Dezember 2018

**Kulcsszavak:** társadalombiztosítás, egészségbiztosítás, pénzügyi mérleg, Németország

**Forrás Internet-helye:** [https://www.arzt-wirtschaft.de/krankenkassen-mit-ueberschuss-von-19-mrd-milliarden-euro/?sc\\_src=email\\_2638804&sc\\_lid=78533569&sc\\_uid=56raW1eEUN&sc\\_lid=9245&sc\\_eh=b6f6a39f97f5fa041&auwUsrGr=so&utm\\_campaign=FINANZEN-Newsletter+14\\_12\\_2018-2018-12-14+06%3A05%3A00&utm\\_source=AuW-Newsletter&utm\\_medium=email&utm\\_term=Versicherung-Krankenkassen&utm\\_content=SO](https://www.arzt-wirtschaft.de/krankenkassen-mit-ueberschuss-von-19-mrd-milliarden-euro/?sc_src=email_2638804&sc_lid=78533569&sc_uid=56raW1eEUN&sc_lid=9245&sc_eh=b6f6a39f97f5fa041&auwUsrGr=so&utm_campaign=FINANZEN-Newsletter+14_12_2018-2018-12-14+06%3A05%3A00&utm_source=AuW-Newsletter&utm_medium=email&utm_term=Versicherung-Krankenkassen&utm_content=SO)

***A kötelező betegbiztosítási pénztárak 2018 első három negyedében 1,86 milliárd EUR bevételi többletet értek el. Az első félévhez viszonyítva, amikor még csak 720 millió EUR többletet könyveltek, a többlet megduplázódott.***

A betegpénztárak állóeszközeinek és tartalékainak értéke szeptember végéig 21 milliárd EUR-ra növekedett. Ez átlagosan 1,1 havi kiadásnak felel meg, tehát a jogszabály által előírt minimális tartalék több mint négyszerese.

A bevételek 180,6 milliárd EUR-t, a kiadások 178,7 milliárd EUR-t tettek ki. A betegpénztárak bevételei 3,4%-kal növekedtek.

A szolgáltatásokra és igazgatásra fordított költségek a biztosítottak létszámának 0,8%-os növekedése mellett 3,8%-kal növekedtek. A betegpénztárak által behajtott kiegészítő járulékkulcs 1,07% volt, 0,04 százalékponttal elmaradt az előző év hasonló időszakához viszonyítva.

## ***A kiadások megoszlásának alakulása***

A ***kórházi kezelésekre*** fordított kiadások 2018 első három negyedévében 2,9%-kal, átlagon aluli mértékben növekedtek. Az ármegállapodások tekintetében a 2,5% és 3% közötti növekedés arra utal, hogy a kórházi volumenek alakulása az előző évhez hasonlóan mérsékelt.

A ***gyógyszerkiadások*** 3,5%-kal növekedtek. Ezen a területen továbbra is az innovatív gyógyszerek szabják meg a folyamatokat. A betegpénztárak és a gyógyszercégek közötti rabattmegállapodásoknál a térítés volumene jelentősebben, 9%-kal növekedett.

A kiadások a ***szereződött orvosi térítések*** területén 2,7%-kal növekedtek. Az orvosi kezeléseknél figyelembeveendő, hogy az ún. „konvergenciaszabály” miatt 2017-ben számos betegpénztári egyesülésnél alacsonyabb szolgáltatási volumen mellett magasabb térítési díjakban állapodtak meg. Ennek eredményeként az előző évben a kiadások növekedése jóval magasabb (4,3%) volt. Jelentős kiadásnövekedésre került sor az egyetemi klinikák ambulanciáin (20%) és a pszichoterápiás szolgáltatásoknál (10,8%).

A ***fogorvosi kezelése***k kiadásai 2,5%-kal, a fogpótlásoké 1,1%-kal növekedtek.

A ***gyógyászati eszközökre*** fordított kiadások átlagon felül (10,0%-kal) növekedtek. ***Segédeszközöknél*** a növekedés 4,9% volt.

A ***nettó igazgatási költségek*** 2018 első három negyedévében 5,2%-kal növekedtek. Ha ebbe nem számítjuk bele az időskori egészségügyi ellátásra fordítandó megtakarítások (*Alterungsrückstellungen*) előző év hasonló időszakához viszonyított magasabb volumenét, a nettó igazgatási költségek növekedése 3,9%-ot tett ki.

[Lásd még: *A kötelező betegbiztosítás pénzügyi eredményei Németországban 2016 első három negyedévében: 1,5 milliárd EUR többlet, 2016. 33. sz.*]

*Jelentés Németország szociális helyzetéről –  
Datenreport 2018 – Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland  
(1. rész) Privát háztartások – jövedelmek, fogyasztás*  
Szerk.: Bundeszentrale für politische Bildung (bpb)  
Kiad.: Statistisches Bundesamt (Destatis) –  
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Bonn, 2018 (416 p.)

**Kulcsszavak:** szociálpolitika, szociális helyzet, jövedelmek, fogyasztás, Németország

**Forrás Internet-helye: Statistisches Bundesamt:**

<https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Datenreport/Datenreport.html> ;  
[https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Datenreport/Downloads/Datenreport2018.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Datenreport/Downloads/Datenreport2018.pdf?__blob=publicationFile)

**Bundeszentrale für politische Bildung (bpb) (fejezetenként):**  
<http://www.bpb.de/nachschlagen/datenreport-2018/> ,

**Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) (egyben és fejezetenként):** <https://wzb.eu/de/publikationen/datenreport/datenreport-2018>

## **6. Privát háztartások – jövedelmek, fogyasztás**

### **6. 1. 2. A privát háztartások nettó jövedelme**

#### ***A háztartások nettó jövedelme és annak megoszlása***

2016-ban a háztartások átlagosan havi 3.314 EUR nettó jövedelemmel rendelkeztek. A háztartások 16%-a kevesebb mint havi 1.300 EUR-ból gazdálkodott. A legmagasabb jövedelmi osztályba (5.000 és kevesebb mint havi 18.000 EUR) a privát háztartások szűk 19%-a tartozott.

#### ***A háztartások nettó jövedelme háztartástípusok szerint***

Az egy vagy több 18 éven aluli gyermeket nevelő házaspárok 2016-ban átlagosan havi 4.761 EUR-ral, a különböző háztartástípusok közül a legmagasabb jövedelemmel rendelkeztek. A gyermektelen házaspárok – közöttük a két keresettel rendelkező jól szituáltak és a kisnyugdíjas párok – átlagosan havi 3.969 EUR jövedelemmel rendelkeztek. A gyermeküket egyedül nevelő szülők havi jövedelme átlagosan havi 2.357 EUR volt, 1.000 EUR-ral kevesebb, mint az átlagos háztartások nettó jövedelme. Az egyedülállók – mint a jól kereső szinglik, vagy nyugdíjasok – átlagosan havi 2.013 EUR jövedelemmel

rendelkeztek. Egy vagy több gyermeket nevelő szülők háztartásában átlagosan 3,8 személy, gyermekeit egyedül nevelő szülő háztartásában 2,3 személy lakott.

#### **4. 6. 1. 3. A háztartások rendelkezésre álló jövedelme és annak felhasználása**

A háztartások »költekezésekre alkalmas jövedelmeinek és bevételeinek« kiszámítása a háztartás nettó jövedelmének, valamint egyéb forrásokból (használt autó, üres üveg, sörös doboz eladása, energiaköltségek visszatérítése) származó bevételeinek összeadásával történik. Ez az összeg gazdálkodás és létfenntartás céljából a háztartások rendelkezésére áll. 2016-ban a háztartások rendelkezésre álló jövedelme átlagosan havi 3.374 EUR volt.

2016-ban a háztartások költekezésekre alkalmas jövedelmük 74%-át, havi 2.480 EUR-t privát fogyasztásra: étkezésre, lakásra, öltözködésre, egészségre, szabadidőre, oktatásra, kommunikációra, közlekedésre, éttermi és szállodai szolgáltatásokra fordították.

#### **Jövedelmi milliomosok**

2014-ben 19.000 adózó rendelkezett egymillió EUR fölötti adóköteles jövedelemmel, 1.600 adózóval több, mint 2013-ban. E csoport átlagjövedelme évi 2,7 millió EUR volt. Mindezek az adatok a 2014-re vonatkozó bér- és jövedelemstatisztikából származnak, amelyek az eljárás hosszadalmassága miatt csak az adókivetést követően három és fél évvel később állnak rendelkezésre.

#### **6. 1. 4. A fogyasztási kiadások struktúrája**

A privát háztartások átlagosan havi 2.480 EUR összegű fogyasztási kiadásainak megoszlása: 35% (877 EUR) lakásra, energiára, lakásfenntartásra; 14% (342 EUR) élelmiszerekre, italokra, dohánytermékekre; 14% (335 EUR) közlekedésre; 10% (258 EUR) szabadidőre, szórakozásra, kultúrára.

A fogyasztási kiadások 6,1%-a (150 EUR) lakberendezésre, háztartási gépekre, 5,7%-a (142 EUR) éttermi és szállodai szolgáltatásokra, 4,4%-a (108 EUR) ruházkodásra, lábbelikre, 4,0%-a (99 EUR) egészségvédelemre, 2,5%-a (62 EUR) postára és telekommunikációra, 0,7%-a (18 EUR) oktatásra jutott.

[Lásd még: *Jelentés Németország szociális helyzetéről – Datenreport 2009. 15-16. sz.; 2014. 4-5-6-7. sz.; Datenreport 2014 – Kövesi extra –egységes szerkezetben, Archivum; Datenreport 2016. 14-15-16-17-18-19. sz.]*



## *Ápolószeméllyel való ellátottság és kórházi halálozás*

British Medical Journal. Quality and Safety  
(2018; doi: 10.1136/bmjqs-2018-008043)

**Kulcsszavak:** emberi erőforrás, ápolószemélyzet, munkaerőhiány, halálozás, Anglia

### **Forrás Internet-helye:**

<https://qualitysafety.bmj.com/content/early/2018/11/25/bmjqs-2018-008043> ,

**Faculty of Environmental and Life Sciences, University of Southampton:**

<https://www.southampton.ac.uk/about/departments/faculties/environmental-and-life-sciences.page>

Az ápolóhiány közvetlen hatást gyakorol a halálozásra. Brit, olasz és svéd kutatók az adatok retrospektív értékelése alapján arra a következtetésre jutottak, hogy az ápolóhiány segédápolókkal való megoldásával a betegek számára okozott kár nem fog csökkenni.

Az adatfelvételre 2012 áprilisa és 2015 márciusa között egy dél-angliai aktív kórház 32 osztályán került sor. Ebben az időszakban 138.133 felnőtt legalább egy napot töltött az általános orvosi vagy a sebészeti osztályon. 79%-ukat a sürgősségi osztályon vették fel. Átlagéletkoruk 67 év, 14%-uk 85 éves vagy annál idősebb volt.

A kutatók az ápolószemélyzet munkájának intenzitását az egy-egy betegre fordított órákban és napokban mérték. A szakképzett betegápolók egy betegre jutó személyes munkaintenzitása az összes osztályon 4,75 óra, a segédápolóké 2,99 óra volt.

Kórházi tartózkodásuk első öt napján a betegek átlagosan alacsony (átlagon aluli) ápolói és segédápolói állomány jelenlétét érzékelték, ami mindkét kategóriánál 23, ill. 15 perces kumulatív alulfedezettséget eredményezett.

A vizsgálat időtartama alatt a teljes halálozási ráta valamivel több mint 4% volt (5.662 halálozeset). Az adatok elemzése szerint az elhalálozás valószínűsége minden olyan nappal 3%-kal növekedett, amikor a professzionális ápolói jelenlét átlagon aluli volt.

Azok a napok is, amikor a betegfelvételek száma minden regisztrált betegápolóra a szokásosnál jóval magasabb volt, – több mint 25%-kal az átlag fölött – 5%-kal megnövekedett halálozási kockázattal társultak. Minden egyes további, szakképzett betegápoló által nyújtott óra a halálozás valószínűségének 3%-os csökkenésével járt.

***Jelentés a pályakezdők keresetéről Németországban 2018/2019-ben  
StepStone Gehaltsreport für Absolventen 2018/2019***

StepStone, August 2018 (56 p.)

**Kulcsszavak:** hivatásrend, fizetések, keresetek, pályakezdők, Németország

**Forrás Internet-helye:** <https://www.stepstone.de/Ueber-StepStone/knowledge/gehaltsreport-fuer-absolventen-18-19/> ;  
[https://www.stepstone.de/Ueber-StepStone/wp-content/uploads/2018/08/StepStone\\_Gehaltsreport-f%C3%BCr-Absolventen-18.19\\_Webversion.pdf](https://www.stepstone.de/Ueber-StepStone/wp-content/uploads/2018/08/StepStone_Gehaltsreport-f%C3%BCr-Absolventen-18.19_Webversion.pdf)

Az egyetemeket elvégzők kezdőfizetése Németországban átlagosan évi bruttó 44.310 EUR. Ehhez járul még egy 7%-os változó bérkomponens. Egyes ágazatokban azonban a kezdőfizetés magasabb: a vegyiparban és az autógyártásban gyorsan eléri az 50.000 EUR-t. De a bankszektorban dolgozók is gyors bérnövekedésre számíthatnak.

***Kezdőfizetések ágazatok szerint***

Vegyipar és olajfeldolgozás: 51.729 EUR

Gyógyszeripar: 48.644 EUR

Biztosítási ágazat: 47.279 EUR

Orvostechika: 45.823 EUR

Egészségügy és szociális szolgálatok: 29.288 EUR

Közszolgálat: 40.129 EUR

***Kezdőfizetések szakmák szerint***

Orvosok és fogorvosok: 52.668 EUR (szakmák között a legmagasabb)

Pszichológusok: 42.823 EUR

[Lásd még: *Jelentés a keresetekről 2016-ban – StepStone Gehaltsreport 2016, 2016. 4. sz.*]

***HEROES: Nemzetközi demenciakutatási projekt***  
Centre for Genomic Regulation, 18 December 2018.

**Kulcsszavak:** népegészségügy, lelki egészség, demencia, demenciakutatás, HEROES-projekt, Centre for Genomic Regulation Barcelona, Mara Dierssen Sotos, nemzetközi

**Forrás Internet-helye:** <https://www.crg.eu/en/news/major-international-project-aims-identify-causes-dementia>

**Mara Dierssen Sotos:** [https://www.crg.eu/mara\\_dierssen](https://www.crg.eu/mara_dierssen) ; [mara.dierssen@crg.eu](mailto:mara.dierssen@crg.eu)

A hároméves futamidejű **HEROES**-projekt (*tHE cRossroad of dEmentia Syndromes*) célja az Alzheimer-kór, Parkinson-kór és Down-szindróma mellett jelentkező demencia közös okainak feltárása. A kutatók intenzíven vizsgálják a különböző megbetegedésekben szenvedő betegek noradrenerg rendszerét és a 21-es kromoszóma által hordozott információkat.

A kutatómunka célja a demencia progressziójával összefüggő új biomarkerek azonosítása és új terápiás eljárások kidolgozása.

A kutatók egyebek között pontosan megvizsgálják az elhalálozott, életükben Alzheimer-kórban, Parkinson-kórban és Down-szindrómában szenvedő személyek agyszövetét, hogy megállapíthassák, mi is megy végbe ténylegesen az e betegségekben szenvedő emberek agyában.

***A projekt koordinátora: Mara Dierssen Sotos (Group Leader at the Center for Genomic Regulation, Barcelona; Hospital del Mar Research Institute (IMIM) Barcelona).***

***A team tagjai:***

- ***Marie-Claude Potier (PhD)*** director of research at CNRS co-leader of the team “Alzheimer’s disease & prions diseases” at ICM ([www.icm-institute.org](http://www.icm-institute.org)), in the Salpêtrière Hospital Paris,
- ***André Strydom***, consultant psychiatrist in intellectual disabilities and the Chief Investigator of the London Down Syndrome Consortium.
- ***Peter Paul De Deyn, MD, PhD, MPR***, director of the Alzheimer Research Center Groningen (ARCG), University Medical Center Groningen (Netherlands)
- ***Yann Herault (PhD)***, head of the Physiopathology of Aneuploidies and Intellectual Disabilities in the Translational Medicine and Neurogenetics Department, Institut de Génétique Biologie Moléculaire et Cellulaire (IGBMC).

***Finanszírozás összege: 1,3 millió EUR.***

***Finanszírozó: European Joint Programme - Neurodegenerative Disease (JPND).***

***Hans Förstl: Demens államférfiak. Kockázatok és mellékhatások***

Deutsche Medizinische Wochenschrift

(DMW 2018; 143 (25); S. 1–5; DOI: 10.1055/s-008-42057)

Ärzte Zeitung online, 27. 12. 2018 ; Univadis, 01. 01. 2019

**Kulcsszavak:** demencia, orvostörténet, politikatörténet, nemzetközi

**Forrás Internet-helye:**

<https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/a-0601-0682> ;  
[https://www.aerztezeitung.de/politik\\_gesellschaft/article/978859/alternde-politiker-hindenburg-lenin-reagan-wenn-staatenlenker-schwaecheln.html?wt\\_mc=nl.upd.AEZ\\_NL\\_NEWSLETTER.2018-12-28.Politik+%26+Gesellschaft.x](https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/article/978859/alternde-politiker-hindenburg-lenin-reagan-wenn-staatenlenker-schwaecheln.html?wt_mc=nl.upd.AEZ_NL_NEWSLETTER.2018-12-28.Politik+%26+Gesellschaft.x)

Az időskor és a szellemi képességek hanyatlása a politikusokat sem kíméli. ***Hans Förstl pszichiáter, a Münchener Műszaki Egyetem Pszichológiai és Pszichoterápiás Poliklinikájának igazgatója*** az utóbbi száz év legkiemelkedőbb eseteit elemezte.

***Paul von Hindenburg (1847-1934)***, 1925-től haláláig a weimari köztársaság birodalmi elnöke, enyhe kognitív zavarban szenvedett, szenilitása még a laikusok számára is feltűnővé vált. Hanyatló szellemi képessége hozzájárult befolyásolhatóságához, majd ahhoz, hogy feladta Hitlerrel szembeni ellenérzéseit és birodalmi kancellárrá nevezte ki. Kihangsúlyozott demenciára utaló abszolút terhelő tények nem mutathatók ki, szenilitása azonban „a bizonyossággal határozottan feltételezhető”.

***Heinrich Lübke (1894-1972)***, a német szövetségi köztársaság második elnök esetében 1965-ben kezdtek megmutatkozni a demencia jelei. A politikusok és a médiák könyörtelenül visszaéltek helyzetével és kifigurázták. Förstl szerint manapság „az ilyesmit politikai inkorrekttségnek neveznek”.

***Woodrow Wilson (1856-1924)*** amerikai elnök már az 1919-es békekonferencián zavarodottan viselkedett és az amnézia jeleit mutatta. Ugyanabban az évben stroke-ot szenvedett. Hivatali ügyeit minden legitimáció nélkül felesége és háziorvosa intézte.

***Franklin D. Roosevelt (1882-1945)*** szellemi hanyatlása Jaltában mindenképpen feltűnhetett tárgyalópartnerei számára. Feltehetően enyhe emlékeztet-zavarban szenvedett.

***Ronald Reagan (1911-2004)*** elnök hivatali ideje végső szakaszában (1987-1989) kezdődő demencia jeleit mutatta.

***Lenin (1870-1924)*** a szerző szerint vaszkuláris demenciában szenvedett. Betegségénél fogva már nem sikerült megakadályoznia, hogy Sztálin átvegye a hatalmat.

***Borisz Jelcin (1931-2007)*** orosz elnöknél a pszichiáter reverzibilis kognitív zavarokat mutatott ki, amelyek a hatalomból való távozása után valóban javultak.

***Paul Deschanel (1855-1922)*** francia elnökké választása után (1920) bizarr és gátlástalan viselkedésével tűnt fel, amelyet a szerző frontotemporális demenciával hozott összefüggésbe.

***Antonio de Oliveira Salazar (1889-1970)*** portugál diktátor 1968-ban egy otthoni balesetet következtében agyvérzést szenvedett és kómába esett. „Miután magához tért, hozzátartozói abban a tudatban hagyták, hogy még mindig hivatalban van, így haláláig nem szerzett tudomást lemondásáról”, írja Förstl.

## *Martin, Matz, új berlini egészségügyi államtitkár*

**Forrás Internet-helye:** [https://de.wikipedia.org/wiki/Martin\\_Matz](https://de.wikipedia.org/wiki/Martin_Matz) ,  
<https://www.berlin.de/sen/gpg/ueber-uns/leitung/staatssekretaer/>



***Martin Matz (Sz. Bremen, 1965. április 13.) német politikus***

### ***Tanulmányok***

1984: Érettségi, *Gymnasium Horn, Bremen*;

1984-1986: banki tanulmányok Brémában;

1988-1993: közgazdasági tanulmányok, *Westfälische Wilhelms-Universität Münster* (okl. közgazdász).

### ***Szakmai pályafutása***

1988 idegenvezető Amerikában;

1994-1998: *Landesbank Berlin*;

1998-2001: ügyvezető igazgató, *Aktionsgemeinschaft Wirtschaftlicher Mittelstand (AWM) e.V.*;

2001: *Cortologic AG*;

2011-2018: *Diakonisches Werk Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz e.V.* elnöke.

### ***Politikai pályafutása***

2004-ig az FDP tagja; 1996-1998: Berlin tartományi elnök; 1997-2003: az FDP szövetségi elnökségének tagja.

2005. óta az SPD tagja; 2006. óta Lichterfelde-West berlini városrész SPD-elnöke, a járási elnökség tagja.

2001-2006: a Berlini Képviselőház tagja; többek között az általános bizottság, az egészségügyi bizottság, az egészségügyi szolgálat reformját irányító bizottság tagja;

2006-2011: Spandau járási hivatal egészségügyi és szociális tanácsosa;

2011. óta Steglitz-Zehlendorf járási közgyűlés tagja;

2018. december 4-én ***Dilek Kolat berlini egészségügyi szenátor*** Boris Velter nyugállományba vonulásával kapcsolatban felkérte az államtitkári teendők ellátására.

***2018. december 12. óta Berlin Szenátusa egészségügyi, ápolási és esélyegyenlőségi államtitkára.***

## *Heyo K. Kroemer, a Charité Berlin új elnök-vezérigazgatója*

**Forrás Internet-helye:** [https://de.wikipedia.org/wiki/Heyo\\_K.\\_Kroemer](https://de.wikipedia.org/wiki/Heyo_K._Kroemer) ;  
<https://www.deutscher-apotheker-verlag.de/shop/produkt/9783804728981/mutschler-arzneimittelwirkungen>



**Heyo Klaus Kroemer (Sz. Leer, 1960. április 4.) német gyógyszerész, farmakológus, göttingeni egyetemi tanár.**

**Érettségi:** *Gymnasium Ulricianum Aurich* ;

**Gyógyszerészeti tanulmányok:** 1978-1983 *Technische Universität Braunschweig*;

### **Szakmai pályafutása:**

*Dr. rer. nat.* címet szerzett: *Dr. Margarete Fischer-Bosch-Institut für Klinische Pharmakologie Stuttgart*; a stroke hemodilúciós kezelése.

Kutatói gyakorlat az *Universität Basel* biocentrumában.

A NATO által támogatott kétéves kutatói ösztöndíj: *Vanderbilt University*;

1989-ben visszatért a stuttgarti intézetbe;

1992-ben farmakológiából és toxikológiából habilitált: *Eberhard Karls Universität Tübingen*;

1998-ban a klinikai farmakológia C3-professzora, *Universität Bonn*;

1998. szeptember 1-től: az *Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald* általános farmakológiai tanszékének vezetője;

2000-2012: az *Ernst-Moritz-Arndt-Universität* orvostudományi karának dékánja;

2011. óta az *Universitätsmedizin Greifswald* tudományos igazgatója;

2012. szeptember 1. óta az *Universitätsmedizin Göttingen* főállású dékánja és az elnökség szóvivője;

2018. a *Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina* tagja;

A „*Mutschler Arzneimittelwirkungen*“ klasszikus farmakológiai kézikönyv társszerzője.

### **Testületi tagságok:**

- Az *Alfried Krupp Wissenschaftskollegs Greifswald* tudományos tanácsadó testületének tagja (2003–2015)
- A Szövetségi Orvosi Kamara tudományos tanácsának tagja
- Az orvostudományi karok kongresszusának (*Medizinischer Fakultätentag*) alelnöke (2009–2012), majd (2012. július 1. óta) elnöke;
- A *Gesundheitsregion Göttingen* elnöke;
- A Szövetségi Oktatási és Kutatási Minisztérium egészségkutatási fórumának tagja.

**Heyo Kroemer 2019. szeptember 1-én lép hivatalba.** Elődje, Karl Max Einhäupl 2008. óta állt az intézmény élén.

**Sarány Orsolya: Miért vándorol ki a fiatal erdélyi orvos – és mi tartaná itthon?**

Szabadság (Kolozsvár), 2019. december 21. 13:35

**Kulcsszavak:** hivatásrend, orvosmigráció, rezidensképzés, szakorvosképzés, Dr, László Attila szenátor, Románia

**Forrás Internet-helye:** <http://szabadsag.ro/-/miert-vandorol-ki-a-fiatal-orvos-es-mi-tartana-itthon>

Miből lesz a (Dr) cserebogár? – tette fel a kérdést és közölt írást a Facebookon egy általános orvosi egyetemet befejezett barátom novemberben. Ebben arra hívta fel a figyelmet, hogy az egyetem befejezését követően a jövődöbéli rezidens orvosoknak szinte hét hónapot kell várniuk az első fizetésükért. A több mint fél évig tartó üresjárat bírálata mellett kinyilvánította nemtetszését a rezidensvizsga összetételéről és jellegéről is, valamint a rájuk váró szakorvosképzés minőségéről - ha egyáltalán sikerül folytatni tanulmányaikat, hangsúlyozta. Hiszen akkor a rezidensi helyre pályázó minden negyedik hallgató hoppon, azaz hely nélkül maradt.

*A nemtetszés okairól, a szakorvosi vizsga felépítéséről, a rezidensképzésről és jövőképről kérdeztünk két kezdő rezidenst, valamint László Attilát, az RMDSZ kolozsvári szenátorát, az egészségügyi szakbizottság elnökét [Kolozsvár egykori alpolgármesterét]. Arra voltunk kíváncsiak: miből is lesz a doktor cserebogár.*

„Júniusban szépen felöltözve, boldogan elballagtunk az egyetemről, dobáltuk a kalapot, ha esett, ha fújt (esett is, rendesen), fogadtuk a sztetoszkópos képeink alatt gyűlő gratulációk egész hadát, anyu-apu büszke volt. Azt hittük, hogy na, most aztán kezdődik az élet...

Tévedtünk, szeptember közepéig nem kezdődött el az égvilágon semmi, az államvizsgánk és a ballagásunk között 3 hónap telt el, üresjáratban. (...) Most itt vagyunk november elején, a régen várt Nagybetűs Élet még a kanyarban sincs. Vár ránk egy rezidensvizsga, amire jelentkeztünk országos szinten 6.258-an, miközben a meghirdetett állások száma 4.628, ez a jelentkezők körülbelül 75%-át fedi le. Tehát, jelen állás szerint (nem számolva az esetleges sikertelen vizsgázókkal) minden 4-ik reménykedő, frissen végzett orvos munkanélküli marad. 1.630 ember. Itt nem lehet arra alapozni, hogy biztos lesznek, akik nem jelennek meg a vizsgán, mert aki 400 lejt kifizet azért, hogy vizsgázhasson, az négykézláb is elvonszolja magát. [MNB 2019. 01. 04.: 1 RON = 68,88 HUF; BNR 2019. 01. 04.: 100 HUF = 1,4517 RON]

Feltételezve, hogy ügyesek leszünk és sikerül a „rezivizsga” (teljesen más kérdés, hogy úgy, ahogyan szeretnénk, és azok leszünk-e, amik szeretnénk), elkezdünk dolgozni januárban, és majd fizetést kapunk februárban. Összefoglalva: júniusban elénekeljük a Gaudeamust, és a következő év februárjában végre hasznát is láthatjuk az eltelt éveknek. Egészen addig ülhetünk a szüleink nyakán, nyálazva az 1.000 oldalas, hibákkal és fölösleges adatokkal teli anyagot a rezivizsgára”– szolt az ismerősöm novemberi Facebook-posztja. Ebből kiindulva beszélgettem el vele és egy évfolyamtársával a rájuk váró Nagybetűs Életről.

### **Milyen út vezet a rezidensvizsgálóhoz?**

– kérdeztem Laczkó Boglárkától és Varga Hunortól. Mindketten idén fejezték be a hat éves orvosi képzést Marosvásárhelyen. Míg Boglárkának ez az egyetlen egyeteme és itthon szeretne elhelyezkedni doktornőként, Hunor már rendelkezik egy mérnöki diplomával, és külföldre költözik, ahogyan a MOGYE-s oklevelét átvette.

A két végzős hallgatótól megtudtam: a rezidensvizsgálóra azok jelentkezhetnek, akik elvégezték az orvosi egyetemet, sikeresen államvizsgáztak – az orvostanhallgatók esetében ez egy szakdolgozat bemutatásából, valamint egy tesztvizsgából áll –, átmentek a szükséges orvosi vizsgálatokon, végül kifizették a 400 lej értékű vizsgadíjat. A megmérettetésre a „holidays” készültek, a kétkötetes *Compendiu de specialități medico-chirurgicale* című kiadványból. A majdnem 1.000 oldalas könyvből a rezidensvizsga összeállítói 200 rácsteszt-kérdést fogalmaznak meg, ezekre kell helyesen válaszolniuk az orvostanhallgatóknak - jövőbeli doktoroknak és doktornőknek. A sikeres vizsgálóhoz az elérhető 950 pont 60%-át kell megszerezni. Az eredmények alapján összeállítanak egy országos listát, majd a vizsgálók az elért pontszámuk alapján csökkenő sorrendben választanak maguknak pozíciót az egyetemi központok által közzétett rezidensi helyek közül. Akinek több pontszáma van, versenyelőnybe kerül, hiszen hosszabb „listát” szemlélhet, viszont akik alacsony eredményt értek el, csak a versenytársai által meghagyott, megmaradt helyek közül válogathatnak. Emiatt fennáll annak a veszélye, hogy az alacsony pontszámmal rendelkezők számára nem marad hely az általuk választani kívánt szakirányon, így az, aki hat évig egyfajta szakorvosnak készült, teljesen más pályára kényszerülhet.

Feltéve, hogy egyáltalán megadatik neki ez a választási lehetőség, hiszen idén az átmenő jegy nem garantálta a biztos rezidensi pozíciót: jóval többen jelentkeztek a vizsgálóra és értek is el átmenő jegyet, mint ahány helyet meghirdetettek az egyetemi központok.

– Fontosnak tartom kiemelni azt is, hogy a rezidensség tulajdonképpen az oktatásunk folytatása, mivel az elvégzett egyetem után egyből még nem alkalmazhatnak bennünket teljes felelősségű orvosként a szakmánkban. Erre csak akkor van lehetőség, ha a rezidensképzés után sikeresen szakvizsgáztunk. Ezért fontos az, hogy minden végzősnek legyen lehetősége tovább tanulni – hangsúlyozta Laczkó Boglárka.

### **Rácstesztel kategorizálni az orvosokat, embereket?**

Elsősorban arról faggattam a két rezidens, hogy mi a véleményük a vizsgálóról, annak rendszeréről, illetve a feladott tananyagról.

– Nem a tananyag mennyiségével, hanem a minőségével van gond: rengeteg olyan adattal, osztályozással, gyógyszerrel telezsúfolt, amelyek vagy már nem aktuálisak, vagy szakorvosi szintűek és nem kezdő orvosnak valók. Mivel minden fejezetet más-más egyetemi központ szakemberei állítottak össze, ezért nincs közös struktúra sem – véleményezte a vizsgaanyagot Laczkó Boglárka. A vizsgálóval kapcsolatban kifejtette: a rácsteszt nem megfelelő a tudásuk, rátermettségük felmérésére, ám ha a vezetés ragaszkodik a rácsteszt szerű rendszerhez, akkor az amerikai USMLE Step vizsgatípus bevezetését javasolná. – Ezek a felmérések nem véletlenszerű kérdésekkel bombázzák a rezidensjelöltet, hanem felvázolnak egy klinikai esetet, néhány tünetet, paraklinikai adatot, majd a kérdésekben azt feszegetik, merre indulna tovább a vizsgáló: milyen további teszteket kérne a diagnózisa



felállításához és a differenciált diagnózisok kizárásához, milyen eredményekre számít, hogy kezelné az alapbetegséget, komplikációkat és így tovább. Egyik kérdés a másikra épül, a folyamatot kell fejben levezetni és igazi orvosként kell gondolkodni – részletezte.

Varga Hunor szerint sem megfelelő a rezidensvizsga. Úgy véli: az orvosi rátermettséget nem az alapján kéne mérni, hogy a hallgató a „lehetséges öt válaszból ki tudja választani, esetenként meg tudja tippelni a helyes válaszokat”.

– Marosvásárhelyen hat évvel ezelőtt ezt a rácsteszt rendszert kiterjesztették az egyetemi oktatásra is. Ezáltal teljesen száműzték a számonkérési folyamatból a szóbeli vizsgákat – igaz, pár kivétellel, néhány tanár ötletességének köszönhetően. Ez olyan, mintha egy teológus növendékét, akinek kommunikációs erényeiből kell megélnie, tanulmányai során kizárólag csak rácsteszt alapján mérnének fel. A kommunikáció egy orvos számára is kikerülhetetlen, arról nem is beszélve, hogy a szóbelik során lehet igazán felmérni, hogy egy adott területet mennyire sikerült elsajátítania, átlátnia, az összefüggéseket megértenie egy medikusnak – fogalmazott.

### **Túltermeléssel orvosolni a kivándorlást**

Idén 8.419 fiatal pályázott az eredetileg 5.415 meghirdetett rezidenshelyre, még Sorina Pintea egészségügyi miniszter szerint is rekordszámú jelentkező volt idén. Am ez a rekord azt is magában hordozta, hogy nem minden vizsgázónak jutott pozíció: a pályázók közül szinte 3.000-nak nem volt helye, még úgy sem, hogy a vizsgát követően, a nagy átmenői arányt látva, a kormány további háromszáz rezidensi pozíciót hirdetett meg. A legrosszabb bejutási esélyeik a fogorvosoknak voltak: hét emberből mindössze kettő kapott rezidensi pozíciót, a gyógyszerészek 2,2–2,4-en, míg az orvosok 1,7-en voltak egy helyre.

Amikor arról kérdeztem a rezidenseket, hogy mitől alakul ki ekkora túljelentkezés, számos problémát azonosítottak. Vélik, a rezidensvizsgára való túljelentkezés egyértelműen amiatt alakul ki, hogy a **tizenegy romániai orvosi egyetem** túl sok diplomást „termel”. Ugyanakkor azt is kiemelték, ezeken az egyetemeken nagyon kicsi a lemorzsolódás: az, aki nekifogott a képzésnek, 6–8 év alatt be is fejezi, ami miatt szintén kialakul majd a túljelentkezés.

A rossz bejutási esélyekre pedig az elvándorlás az egyik „megoldás”, vélik a válaszadók, akiket arra is megkértem: tippeljék meg hány, a hat éves orvosi egyetemet befejező személy hagyja el az országot. Varga Hunor szerint országos szinten tízből négy hallgató vándorol el, amely arány a magyaroknál még magasabb, nagyjából a végzősök fele. Laczkó Boglárka szerint a magyar orvostanhallgatók itthon tartása szempontjából „nincs nehéz dolga a román államnak”, hiszen azok közül a legtöbben Magyarországra mennek, így csak a szomszédos országot kéne „lekörözni”. „Ha itthon jobb lenne a képzés, mint Magyarországon, sokkal kevesebben vándorolnának el, mert nagyon kevesen mennek messze”, tette hozzá.

Varga Hunor szerint pedig pont az elvándorlás miatt nem csökkentik az orvosi egyetemek hallgatói létszámát: ezzel próbálja az állam orvosolni a jelenséget, hiszen ha el is megy a végzősök fele, a másik fele az itthoni helyeket betölti.

– Ez hatalmas hiba, mert amellet, hogy egy medikus képzése kerül a legtöbbe az adófizetőknek, a mennyiség a minőség kárára megy. Szerintem jóval kevesebb embert kellene képezni – növelni a versenyhelyzetet, ahogyan régen is volt–, és ezzel

párhuzamosan európai szintű munkakörülményeket teremteni. Csak ezekkel lehetne rohamosan csökkenteni az elvándorlás mértékét. Kevesebb orvost kellene kinevelni, magasabb szakmai szinten, jobban megfizetve, emberhez méltó körülmények között, és életpálya modellt biztosítva. Ebben látom az egyik megoldást – javasolta Varga Hunor.

Ugyanakkor kifejtette: a túljelentkezés annak is köszönhető, hogy az egyetemi városok kórházainak – a rezidensképzéseket csak ezekben lehetett december közepéig végezni – véges a befogadóképessége. Varga Hunor szerint megoldást nyújthatna a túljelentkezésre az is, ha a rezidensképzést kiszerveznék a vidéki kórházakba is – ennek érdekében már lépett is a kormány.

– Rengeteg olyan szakterület van, amelynél nem lényeges, hogy egyetemi központban végezze valaki a képzést, ez így van külföldön is. Ha ez így működne Romániában is, akkor segíthetne csökkenteni az egyetemi városokon lévő nyomást, javítaná a vidéki kórházak egészségügyi ellátását, személyzeti problémáját, és tovább csökkenthetné az elvándorlást. Nagyon sokan szeretnék hazai környezetben végezni a rezidensképzést – a család és barátok közelsége miatt, otthon jobbak a lakhatási körülmények, kellemesebb a környezet –, ám erre eddig nem volt lehetőség. Így sokan úgy gondolkodtak, ha már amúgy sem lakhatok otthon, akkor inkább külföldre költözök, mivel a versenyképes fizetés mellé emberhez méltó körülmények, normális kórházi rendszer, szép, igényes környezet, és nem utolsó sorban minőségi szakmai háttér is tartozik – magyarázta.

### **Nincs egy jól működő, átgondolt rendszer, senkit nem érdekel a közös jó**

Arra is kíváncsi voltam, hogyan vélekednek a frissen levizsgázott rezidensek a rájuk váró képzésről, munkáról és tanulási, fejlődési lehetőségeikről. Mint megtudtam: nem túl fényes jövőt képzelnek maguknak. A válaszokból kiderült: a rezidensek szakmai fejlődése függ többek között a klinikavezetőtől, attól, hogy az adott intézményben, szakterületen mennyire működik a hálapénzrendszer – ahol „működik”, a rezidensek általában hátrányba kerülnek. Ám kérdéses az is, hogy találnak-e maguknak egy mentort, aki tanítani akarja őket, és nem konkurenciát lát bennük, ellehetetlenítve a fejlődésüket. De a munkakörülményekkel is számos probléma van: a klinikák felszereltsége gyakran elavult, a ledolgozott és a kifizetett órák száma pedig nem mindig fedi egymást. Varga Hunor szerint elég rossz szembesülni azzal, hogy hat év kemény tanulás után, minden olyan ismerőse, aki nem az orvosi pályát választotta és már elhelyezkedett a munkaerőpiacon, sokkal jobb körülmények között dolgozik.

– A fizetések valóban emelkedtek, de nagyon sok szakterületen ésszerűtlen különbségek alakultak ki. Például **a háziorvosok kimaradtak a fizetésemelésből**, így a háziorvosi rendelőkben dolgozó asszisztensek is, akik át fognak vándorolni az állami egészségügyi intézményekbe dolgozni kétszeres fizetésért. A háziorvosi pálya eddig sem volt vonzó szakterület, de ezzel a lépéssel még jobban sikerült eltántorítani a rezidens-jelölteket ettől a választástól – részletezte Varga Hunor. – Nagy kérdés számomra, hogy mi lesz a jövőben, mert tudomásom szerint ez a fizetésemelés 2022-ig volt betervezve, lépcsőzetesen. Akkor most 4 évig nem fognak emelkedni a fizetések? Ugyanott leszünk, ahol a part szakad. Az az ember érzése, hogy nincs egy kitalált, működő rendszer, hanem mindenki próbálja a saját érdekeit érvényesíteni és senkit nem érdekel a közös jó – tette hozzá.

Megoldásokról is kérdeztem az orvostanhallgatókat: Varga Hunor pedig egy teljesen kidolgozott rendszerrel állt elő.

– Úgy gondolom, hogy önmagában a rezidens-vizsga rendszerét meg kellene szüntetni. Helyette viszont az orvostanhallgatók utolsó évét átszervezném. Részben a gyakorlati oktatás venné át a főszerepet, mintha a nyári gyakorlatot kiterjesztenénk egész évre, amellyel a rezidensek munkáját is lehetne segíteni. Ez adhatna egy kis gyakorlati tudást a rezidens-jelölteknek, akik jelenleg hatalmas hiányosságokkal küzdenek, illetve a választandó szakterület eldöntésében is segíthetne. Akár egy jelképes összeggel is lehetne támogatni a végzős medikusokat ezért a „munkáért” – részletezte. Másrészről meg az egyetemi képzés végén tartanék egy szigorlatot, amely magában foglalná a hat év legfontosabb tantárgyaiból az újravizsgázást. Akik így diplomát szereznek, azokat nyugodt szívvel engedném a különböző kórházakhoz interjú alapján történő felvételire. Nem kell újra feltalálni a meleg vizet, picit körül kell nézni, ugyanis Európa nagy részében ez így működik – tette hozzá.

### **László Attila szenátor lát megoldást a problémákra**

A rezidenshallgatók után *László Attila szenátort, az egészségügyi szakkbizottság elnökét* is kérdeztem, aki, annak ellenére, hogy nem ismerte a hallgatók által is vázolt problémákat, mégis mindegyikre megoldást kínált. A bizottság elnöke részletezte a túljelentkezés okait, az orvosi képzési rendszer nehézségeit, hátrányait, valamint az ezek feloldásaiért tett erőfeszítéseket. Beszélgetésünk óta az általa vázolt egyik javaslatot például el is fogadták: december 12. óta a vidéki kórházak is részt vehetnek a rezidensképzésben, ahogy azt a hallgatók is kérték.

László Attila elsősorban az egyik legégetőbb problémára adott magyarázatot: mégis hogy alakulhatott ki ekkora túljelentkezés az ideai rezidensvizsgán. Közölte: idén több helyet hirdettek, mint ahányan az orvosi képzést befejezték, a túljelentkezés oka az volt, hogy idén azok is jelentkeztek, akiknek eddig ez a vizsga nem sikerült, avagy nem felel meg a szakterület, amelyre bejutottak, és újra próbálkoznának. A bizottság elnöke elmondta: Romániában volt olyan időszak, amikor a meghirdetett szakorvosjelölti helyek, a rezidenshelyek száma alacsonyabb volt, mint az orvosi egyetemet elvégzettek száma, ez főleg a 2004 utáni időszakra volt jellemző, amikor beindult a bolognai rendszer.

– Ez a képzési rendszer számos korlátozással jár együtt, az egyetemet végzett kollégák gyakorlatilag szinte semmilyen kompetenciával nem rendelkeznek. Mindemelllett, mivel a meghirdetett rezidenshelyek száma hosszú ideig alacsonyabb volt, mint a végzősök száma, elég sokan szakvizsga nélkül maradtak, vagy elkezdték a képzést, de nem fejezték be. Így alakult ki egy elég jelentős számú csoport, amely időnként próbálkozik a vizsgával – magyarázta a jelenség okát.

Idén az orvosi egyetemeken megközelítőleg 3.800 hallgató végzett, az egyetemi központok pedig mintegy 5.400 rezidenshelyet hirdettek meg. Mivel az említett csoportnak a tagjai úgy érezhették, hogy idén nagyobb eséllyel kaphatnak végre rezidensi pozíciót, jelentkeztek a vizsgára. Végül a 3.800 idén végzett hallgatón kívül szinte még 5.000 személy jelentkezett a vizsgára, megközelítőleg 8.400 hallgató vett részt a november 18-i megmérettetésen.

– A versenyvizsgán az eredmények jók lettek, sokan teljesítették a követelményeket, emiatt további 300 hellyel pótolták a meghirdetett pozíciók számát, és sikerült még

hozzaigazítani a számokat az igényekhez. Ez azt jelentette, hogy több mint 3,5-en voltak egy helyre a fogorvosi szakon, 2,2–2,4-en voltak egy helyre a gyógyszerészeti szakon, és 1,7 körül mozgott az orvosi szakon egy helyre jelentkezők száma – tette hozzá László Attila.

### **Szovjetektől örökölt rezidensvizsga**

A hallgatók által rendkívül kifogásolt rezidensvizsgáról László Attila elmondta: ezt az „elég furá szüleményt” a Szovjetunió nyomására kellett bevezetni az országban. „Más szovjet csatlósállamokban már akkor sem alkalmazták, vagy már akkor úgy alakították át, hogy az megfeleljen a képzési igényeknek”, tette hozzá. A romániaihoz hasonló rezidenciatusi vizsga csak Franciaországban van, a többi európai uniós tagállamban rendszerint az osztályvezetővel vagy az intézményvezetővel folynak interjúszerű beszélgetések. Ők azok, akik eldöntik, hogy szükség van-e az illető rezidensjelölt munkájára, avagy sem, illetve ők kezdeményezik azt, hogy felvételt nyerjen a fiatal, egyetemet végzett az egészségügyi intézménybe. Amennyiben a hallgatót felveszik az intézménybe, az ott töltött idő alatt gyakorlati és elméleti képzésben részesül – néhány országban azonban az elméleti képzést továbbra is az egyetemek végzik. Miután a hallgatóból szakorvos lesz, a helyi igénynek megfelelően ott maradhat az intézményben, de elmehet máshova, vagy akár folytathatja a tanulmányait – részletezte a külföldi szakorvosi vizsgáról László Attila.

A romániai rendszer viszont nem így működik. Szinte azonos bibliográfiából kétszer vizsgáznak a hallgatók: először a licencvizsgát teszik le, majd két hónappal később a rezidensi felmérésen vesznek részt. Ez utóbbi után alakul ki az országos sorrend, amely alapján a hallgatók válogathatnak a meghirdetett helyek közül. „Viszont ebben a rendszerben fennáll annak a lehetősége, hogy valaki sebész akar lenni, de az elért eredmények alapján csak kórboncnok lehet”, hangsúlyozta László Attila.

– 2010 környékén próbáltuk számszerűsíteni, hogy mely okok és milyen mértékben befolyásolják az egészségügyi személyzet elvándorlását. Akkor kiderült, hogy egy jelentős tétel ebben a döntési folyamatban az, hogy fennáll a veszélye annak, hogy a hallgató nem olyan szakot végez, amit ő szeretne – tette hozzá.

Ám nemcsak itthon, külföldön is fennáll annak az esélye, hogy egy-egy szakra többen jelentkeznek, mint ahány meghirdetett pozíció van: ám míg nálunk a hallgató más pályára kényszerül, addig külföldön várakozási listák alakulnak ki, és a túljelentkezést helyben oldják meg.

– Külföldön ezeket legtöbb esetben helyi szinten úgy oldják meg, hogy amíg az illető sorra kerül, addig elvégez egy komplementer szakot, amelynek az ismereteit a későbbiek során felhasználja. Ha valaki belgyógyász akar lenni, viszont várakozási lista van a képzési központokban, akkor elvégzi a labor- vagy röntgen szakorvosi szakvizsgát, és ezt a tudását felhasználja arra, hogy később belgyógyászként tevékenykedjen. Ugyanez érvényes a sebészeti területeken is – részletezte. Ám mivel nálunk erre nincs lehetőség, sokan a kivándorlás mellett döntenek.

### **A kivándorlás óriási kiadásokkal jár**

A kivándorlás mértékét pedig csökkenteni kell, hiszen, ahogy arra a kérdezett hallgatók is felhívták a figyelmet: az orvosképzés nem olcsó mulatság. László Attila hangsúlyozta: az orvosi egyetemek 40–45 ezer euróra becsülték fel egy diák hat éves

képzési díját, ez a szám kicsit változhat helyszíntől függően. A rezidensképzés alatt a diákok oktatására ismét hasonló összeget kell kifizetni.

– *Az elmúlt 10 év alatt 17–18 ezer orvos távozásáról beszélünk*, de ha a 27 éves időszakot vesszük figyelembe, ez a szám jóval magasabb. És ezek csak az orvosok! Mellettük még ott vannak a középkáderek, amelyek kivándorlásakor hat számjegyű számról beszélünk, de számos, az egészségügy más területein dolgozók esetében is hasonlóan magas ez az érték. Ezeknek az embereknek a képzése pedig nagyon komoly összegekbe került a román államnak – folytatta László Attila.

### **Bevonnák a képzésbe a vidéki és magánkórházakat**

– Jelenleg a rezidensképzés az egyetemi központokban folyik, és ebben a folyamatban a városi, megyei kórházak, valamint azok bizonyos részlegei nem, vagy nagyon korlátozottan vesznek részt. Most folynak a tárgyalások arról, hogy hogyan alakítsuk át a rendszert, és hogyan vonjuk be a városi és megyei kórházakat, mi legyen a kapcsolat ezek és az oktató központok között. Számos olyan kérdést kell még megoldanunk, ami nem lesz egyszerű, de fontos, hogy legalább tárgyalunk róla – nyilatkozta még László Attila.

Beszélgetésünk óta viszont, december 12-én a képviselőház elfogadta az RMDSZ erre vonatkozó törvénymódosító javaslatát, és megszavazta, hogy rezidensképző központokká válhassanak a vidéki kórházak is. A döntés elfogadását követően Vass Levente, a törvénymódosítás kezdeményezője elmondta: „a rendelkezés a betegek és az orvos szakma számára egyaránt kedvező: egyrészt javul a betegellátás vidéken, hiszen egy oktató kórház előbb-utóbb jobban felszerelt lesz, és a rezidensképzés által vidékre visszük az egyetemi központok tudását. Másrészt kívánatosabbá válik a rezidensek számára, hogy szülőföldjükön tervezzenek, és a rezidensképzés által az oktatói pálya lehetőségét ajánljuk fel a hazaköltöző orvosoknak.” Az RMDSZ egészségügyi szakpolitikusa ugyanakkor hangsúlyozta, a rendelkezés nemcsak a vidéki kórházakra, hanem a háziiorvosi- és járóbeteg-rendelőkre is érvényes lesz. Mint mondta, a rezidensképzés decentralizálása azért szükséges, mert az orvoshiány miatt az elmúlt 15–20 évben folyamatosan növelni kellett a rezidensek számát, és az egyetemi központokban ma már nincs elegendő műtő, kórházi ágy ahhoz, hogy szakmát tanulhassanak a rezidensek.

A képzés kiszervezése kapcsán László Attila arra is felhívta a figyelmet, hogy a vidéki kórházak bevonása mellett a magánkórházakról sem feledkezhetnek el.

– Igaz, hogy 2010-ben megszűnt 67 állami egészségügyi intézmény, de azóta 135, ágyakat működtető magánintézmény jött létre. A magánintézményeknek a súlya a romániai egészségügyi rendszerben évről évre növekszik, jóval gyorsabban, mint az állami szektor. Ez is jelezte, hogy szívesen részt venne a szakorvosképzésben, már csak azért is, hogy biztosítsák maguknak azt a szakembergárdát, amelyre szükségük van. Ne feledjük, hogy ezek egyelőre többnyire a klasszikus egyetemi központokban koncentrálódnak, Bukarestben, Kolozsváron, Temesváron, Jászvásáron vagy Marosvásárhelyen – mondta.

### **Az intézmények az egyetemeket kérik fel szakemberek képzésére**

A Vass Levente által említett decentralizációt László Attila is több esetben jelezte. Mint elmondta, jelenleg Bukarestben pénzügyi megközelítés mentén születnek a döntések, amelyeket kiegészítenek egy „ultra-bürokratikus rendszerrel”. Az

egészségügyi bizottság elnöke úgy véli: számos kérdéskört át kell utalniuk központi szintről alacsonyabb szintre, a decentralizációt akár a kórházvezetés, osztályvezetés szintjéig le kell vinni. Ezt pedig a rezidensképzésbe is át lehetne ültetni.

– Sokkal hatékonyabbnak tartanám azt, hogy az egészségügyi intézmény, amelynek szüksége van egy szakemberre, bízza meg az egyetemet annak képzésével, és ezt kezelje befektetésként. Az elmúlt időszakban viszonylag gyakran vettem részt olyan rendezvényeken, ahol egészségügyi intézmények vezetői találkoztak a fiatalokkal, végzős évben levő szakorvosjelöltekkel. Ezeken a rendezvényeken az intézményvezetők ismertették, hogy milyen helyek állnak ebben a pillanatban rendelkezésükre, mit szeretnének még fejleszteni, hogyan fog alakulni a jelenleg ott dolgozó orvoscsapat karriere, életkora, hol számítanak segítségre, hol látnak szívesen fiatalokat. Viszont eléggé korlátozottak a lehetőségeik – részletezte.

Ugyanakkor hangsúlyozta, hogy ha az egészségügyi intézmény befektetéseként kezeljük a rezidensképzést, akkor a befektetés megtérülésére is ki kell dolgozni egy rendszert. Ha egy hallgató ilyen jellegű segítséget kap egy intézménytől, és az elküldi a diákot tanulni egy területen, akkor ki kell dolgozni azt is, hogyan fizeti vissza a diák a kórháznak.

A decentralizáció kapcsán ugyanakkor kifejtette: az elmúlt 6-8 évben az egészségügyi intézmények átkerültek az önkormányzatokhoz, amelyek nagyon felelősségteljesen cselekedtek.

– Az idő bennünket igazol, a decentralizáció meghozta a várt eredményeket, és ezt a munkát folytatni kéne a döntési szintek decentralizációjával is – tette hozzá.

### **Kimozdítottuk a helyzetet a holtpontról**

László Attila zárásként felidézte, mi fogadta, amikor 2010-ben átvették a kolozsvári [Renner/Dermata/Herbák/Clujana] cipőgyár kórházát. „Rengeteg rezidens volt itt, például 29 gyógyszerész volt a kórház alkalmazásában. Igaz, ez nem a mi költségvetésünket terhelte, de nem hiszem, hogy ez a képzés leghatékonyabb formája” – mesélte. És az ehhez a „rezidens hadsereghez” hozzászólt intézményvezetők azok, akik nem szeretnék a reformokat bevezetni, ragaszkodnak a régi rendszerhez. Hiszen számukra így sokkal kényelmesebb: a rezidens végzi például a bürokratikus papírmunkát, a vezető személy pedig „pózol” magas beosztású státusában.

– Ez nem korrekt – hangsúlyozta László Attila. Ugyanakkor kiemelte: ez az oka annak a jelenségnek is, hogy egyes szakorvosok csak addig tanítják a diákjaikat, ameddig azok nem veszélyeztetik a pozíciójukat. Ha az orvos úgy érzi, hogy valaki átvehetné a helyét, akkor „mindent megtesz annak érdekében, hogy eltávolítsa, ellehetetlenítse a munkáját, fejlődését”.

– Ez sem tisztességes dolog, hiszen az orvosi szakma egyik jellegzetessége, hogy képzed, tanítod az utódaidat. Az orvosi szakma gyakorlati részét pedig az utódok elfigyelik, ellesik a tanítójuktól – hangsúlyozta. Ennek alapján még a reformok közé sorolta a karrierépítés átláthatóságát, kiszámíthatóságának kiépítését is, a szubjektív elemek kiszűrését a döntéshozásból.

– Még rengeteg feladat vár ránk, de legalább már közeledik, érdeklődik az újítások iránt a rektori konferencia. Sikerült kimozdítanunk a beszélgetést a holtpontról.

[László Attila szenátorról lásd még: *Interjú*, 2016. 35. sz.; *CV*, 2017. 2. sz.]

**Idén 3.800 diák végzett a romániai orvosi egyetemeken.**

## **ELŐJEGYZÉSI LISTA:**

### **Globális egészségügy**

- *A Global Burden of Disease Study* a stroke globális, regionális és lokális kockázatáról 1990 és 2016 között

### **Egészségügy**

- 2019. január 1-től hatályba lépő új német jogszabályok az egészségügy területén
- Az egészségügyi költségek okai Svájcban

### **Statisztika**

- A halálokok statisztikája Svájcban 2016-ban
- A nyugdíjpénztárak statisztikája Svájcban 2017-ben
- A szociális segélyek statisztikája Svájcban 2017-ben

### **Gyógyszer, gyógyszertárak**

- Gyógyszerengedélyezés Európában 2018-ban
- A jövőbeli gyógyszertárak három modellje
- 2019. január 1-től hatályba lépő új német jogszabályok a gyógyszertárak területén (1-2- rész): 1. Gyógyszertár-tulajdonosok; 2. Alkalmazottak
- Sztatinok alkalmazása kardiovaszkuláris megbetegedések elsődleges prevenciója céljából
- Metaanalízis az opioidok fájdalomcsillapításra való alkalmazásáról nem rákos betegeknél

### **Szervtranszplantáció**

- Vesetranszplantációk Európában

### **Gyermekvédelem, gyermekek bántalmazása**

- Gyermekbántalmazás egy svájci nevelőotthonban

### **Ápolás**

- Fókuszban az idősápolás helyzete 2018-ban
- Take Care: az idősápolás jövője

### **Hivatásrend**

- Vita az orvosok vizitteljesítményéről
- Felmérés az állatorvosok helyzetéről Németországban 2017-ben

## **Társadalombiztosítás**

- Új svájci társadalombiztosítási jogszabályok 2019-ben

## **Kórházügy**

- A kórházügyi menedzsment aktuális kérdései 2018-ban – *Praxisberichte 2018* (8-9. rész): 8. Aktuális kérdések. Dr. Josef Düllings a kórházi rendszer átalakításáról; 9. Az ápolószemélyzet helyzetének megerősítéséről szóló törvény tervezete (utána: egységes szerkezetben)
- Kórházbarométer 2018 – *Krankenhaus-Barometer 2018* (1-4. rész): 1. A kórházak gazdasági helyzete; 2. Kórházi beruházások; 3. Szülészeti osztályok helyzete; 4. Ápolószemélyzet helyzete; 5. Kórházi információtechnológia (utána: egységes szerkezetben)

## **Szociálpolitika, egészségügy, foglalkoztatáspolitiká**

- Jelentés a szociális ügyek helyzetéről Németországban 2018-ban – *Datenreport 2018* (2-15. rész): 2. Szociális struktúra és szociális helyzet; 3. Egészségügy és szociális biztonság; 4. Ápolás, ápolószemélyzet; 5. Halálozás, halálokok; 6. Kórházügy, kórházi ellátás; 7. Prevenció, rehabilitáció; 8. Szociális biztonság; 9. Szociális segélyek; 10. Nyugdíjbiztosítás; 11. Kötelező betegebiztosítás; 12. Szociális ápolásbiztosítás; 13. Munkanélküliek biztosítása; 13. Élet az Európai Unióban: népesség, születések, születéskor várható élettartam, 14. Munkaerőpiac az Európai Unióban; 15. Egészségi állapot az Európai Unióban. (utána: egységes szerkezetben)

## **Orvostörténet**

- A gladiátorok orvosai

## **Rövidhírek (aleatorikusan):**

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