

Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete

Egészséggazdasági, egészségpolitikai és szociálpolitikai nemzetközi sajtószemle

2023. I. negyedév 2. sz. (Lapzárta: 2023. február 15. 00:00)

Alapító főszerkesztő: Kövesi Ervin (1990-2014; † 2022) – Szerkesztő: Komáromi Béla (2005-)

Globális egészségügy

- Az Egészségügyi Világszervezet felhívása a globális sürgősségi helyzetekkel szembeni fellépés támogatására
- Globális jelentés a vakcinák piacának helyzetéről – *Global Vaccine Market Report 2022*
- Jelentés a malária globális helyzetéről 2021-ben – *World Malaria Report 2022*

Európai Unió

- Az Európai Unió Tanácsa svéd elnökségének egészségügyi programja
- *OECD Health at a Glance: Europe 2022*
- *European Groundshot* – a *The Lancet Commission* jelentése az európai onkológiai kutatás kihívásairól
- Az onkológiai ellátás országprofiljai az Európai Unióban
- Az Eurobarométer az antimikrobiális rezisztencia helyzetéről az Európai Unióban 2021-ben

Egészségügyi rendszerek

- Költséghozzájárulások, várólisták, szolgáltatások volumene. Az európai egészségügyi rendszerek összehasonlítása (7. rész): Az egészségügyi ellátásokhoz való hozzáférés akadályai és a privát szolgáltatások közötti összefüggés

Új szabályok 2023-ban

- Új szabályok a német egészségügyben 2023-ban
- 2023-ban hatályba lépő jogszabályok a svájci társadalombiztosítás területén
- Új szolgáltatások és térítések 2023-ban a belgiumi német közösség biztosítójánál

Ápolás

- Az Európai Geriátriai Társaság guideline-ja az elesések megelőzésére
- Jelentés az ápolás helyzetéről Németországban – *Pflege-Report 2022 (WIdO)* (2. rész): Az ápolásra szorultság helyzete Németországban

Gyógyszer

- Gyógyszerkompassz 2022 – *Arzneimittel-Kompass 2022* (1. rész): Általános ismertetés
- A BARMER-biztosító gyógyszerügyi jelentése – *Barmer Arzneimittelreport 2022*
- A gyógyszertáralapítások helyzete Németországban 2021-ben – *Apothekengründung 2021*
- A gyógyszertárak statisztikája Németországban 2022-ben
- Az orvosi biotechnológia helyzete Németországban 2022-ben – *Biotech-Report 2022*

Kardiológia

- Jelentés a kardiológiai beavatkozásokról Németországban – *Deutscher Herzbericht 2021*
- Szívelégtelenség és depresszió. Az Európai Preventív Kardiológiai Társaság állásfoglalása

A halál angyalai

- Sorozatgyilkosok a kórházakban. A „halál angyalainak” kriminalisztikai profilja
- A bíróság ártatlannak nyilvánította a 14 beteg halálát okozó amerikai orvost
- Könyvajánló: A kórház, mint tetthely

Lelki egészség

- A Parkinson-kóros öregúr esete a zöldszemű szörnyel

Infotainment

- Orvosok Balzac baráti körében és műveiben

Personalia

- Dr. Jarbas Barbosa, a Pánamerikai Egészségügyi Szervezet új igazgatója
- Ole Wichmann, az Egészségügyi Világszervezet európai oltási bizottságának új elnöke
- Kinevezések az Egészségügyi Világszervezetnél
- Elhunyt John Michael Walshe brit kutatóorvos, a Wilson-kór jeles specialistája

Melléklet

- Költség hozzájárulások, várólisták, szolgáltatások volumene. Az európai egészségügyi rendszerek összehasonlítása (WIP-PKV) – egységes szerkezetben

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

***Az Egészségügyi Világszervezet felhívása a globális
sürgősségi helyzetekkel szembeni fellépés támogatására***
World Health Organization, 23 January 2023, News release

Kulcsszavak: globális egészségügy, sürgősségi helyzetek, pandémia, világjárvány, finanszírozás, Egészségügyi Világszervezet

Forrás Internet-helye: <https://www.who.int/news/item/23-01-2023-who-launches-funding-appeal-to-help-a-record-number-of-people-in-complex--intersecting-health-emergencies>

Az *Egészségügyi Világszervezet* jelenleg világviszonylatban mintegy 54 egészségügyi válsággal szembesül, amelyek közül tizenegy a legmagasabb sürgősségi besorolásba tartozik. Az ezekkel szembeni fellépés finanszírozásához ebben az évben 2,54 milliárd USD-re (2,3 milliárd EUR) lesz szükség.

A felhívás többek között utal az ukrajnai, jemeni, szíriai és etiópai háborús helyzetre és ennek a civil lakosságra gyakorolt pusztító következményeire. Ezt tetézik a klímaváltozás és az ezzel összefüggő katasztrófaállapotok, mint a tavalyi pakisztáni áradások, a Száhel-övezetben és Afrika-szarván tomboló éhínség.

Mindezek a sürgősségi helyzetek többszörösen súlyosabb következményekkel járnak, mint a koronavírus-pandémia, vm. további betegségek, pl. a kanyaró és a kolera.

Jarno Habicht, az Egészségügyi Világszervezet Ukrajnáért felelős képviselője hangsúlyozta, hogy az országban a háború kezdete óta 700 támadást intéztek egészségügyi intézmények, kórházak, mentőkocsik ellen. Az áram-, fűtés- és vízszolgáltatás nélkül maradt intézmények nem tudják teljesíteni feladataikat.

A különböző egészségügyi szükséghelyzetek mellett a humanitárius segélyek iránti szükséglet is fokozódott. Az ENSZ becslései szerint ebben az évben világviszonylatban 339 millió ember szorul valamilyen formában sürgős segítségre – egynegyeddél több mint 2020-ban.

Gordon Brown, az Egészségügyi Világszervezet finanszírozásért felelős nagykövete felhívást intézett a donorszervezetekhez és a tagállamokhoz az oltóanyagok, a kezelések, az egészségügyi felszerelések és az orvostudományi szaktudás finanszírozásának biztosítása érdekében.

***Globális jelentés a vakcinák piacának helyzetéről –
Global Vaccine Market Report 2022***
World Health Organization, November 2022 (60 p.)

Kulcsszavak: globális egészségügy, immunizáció, oltóanyag, vakcina, Egészségügyi Világszervezet, nemzetközi

Forrás **Internet-helye:** https://cdn.who.int/media/docs/default-source/immunization/vaccine_access_market/global-vaccine-market-report-2022-template-final2.pdf?sfvrsn=5e8ddbed_6&download=true

Az *Egészségügyi Világszervezet* adatai szerint a vakcinaelosztás tekintetében világviszonylatban jelentős egyenlőtlenségek mutatkoznak.

A jelentés szerint a humán papillomavírus elleni oltást az alacsony jövedelemmel rendelkező országok mindössze 41%-ában, a gazdag országok 83%-ában vezették be.

2021-ben a pandémiával összefüggésben 16 milliárd dózis vakcina kiszállítására került sor, 141 milliárd USD értékben, ami csaknem háromszor annyi mint 2019-ben.

A vakcinatermelés néhány gyártónál összpontosul. A koronavírussal nem számolva, a dózisok 70%-át tíz vállalkozás szállította. A 20 leggyakrabban alkalmazott vakcina közül (mint a rubeola és a kanyaró) néhány mindössze két gyártótól származik.

Komoly veszélyt jelent, hogy olyan vakcinákra, mint a kolera, a tífusz, a majomhimlő és az ebola elleni, korlátozottak a befektetések és azok csak akkor jelennek meg, ha a kitörést követően megugrik az irántuk való kereslet.

A pandémiára való reakció bebizonyította, hogy új vakcinák fejlesztése az eddigiéhez viszonyítva az ehhez szükséges idő töredéke alatt megtörténhet. A vakcinafejlesztés most már közérdeknek számít.

A jelentés a vakcinákhoz való egyenlő hozzáférés biztosítása érdekében oltási tervek kidolgozására, a vakcinafejlesztés, -termelés és -elosztás felügyeletére, továbbá regionális kutatási és termelési központok felállítására szólítja fel a kormányokat.

Jelentés a malária globális helyzetéről 2021-ben – World Malaria Report 2022

World Health Organization, 8 December 2022 (372 p.)

Kulcsszavak: globális egészségügy, járványügy, malária, Egészségügyi Világszervezet

Forrás Internet-helye: <https://www.who.int/multi-media/details/introducing-the-world-malaria-report-2022> ; https://www.mmv.org/newsroom/publications/who-world-malaria-report-2022?gclid=CjwKCAiAheacBhB8EiwAItVO27bUVWfYHJlmXJgKrgue_zuAg7atAtorrmY-xNfdOpQuZ-VhTnO4dRoCD2wQAvD_BwE ; <https://www.mmv.org/sites/default/files/uploads/docs/publications/World%20Malaria%20Report%202022.pdf>

Az **Egészségügyi Világszervezet** jelentése szerint 2021-ben a malária világviszonylatban 619.000 halálos áldozatot követelt (2020-ban: 625.000, 2019-ben: 568.000). Az incidencia 2020-ban és 2021-ben tovább növekedett. 2021-ben világviszonylatban 247 millió, 2020-ban 245 millió, 2019-ben 232 millió esetet regisztráltak.

2020-ban 171 millió rovarirtóval kezelt moszkítóháló állt rendelkezésre, amelyek közül 128 milliót (75%-ot) szét is osztottak. Nyolc ország (Benin, Eritrea, Indonézia, Nigéria, a Salamon-szigetek, Thaiföld, Uganda és Vanuatu) számára azonban kevesebb (alig 60%), hét országnak (Botswana, Közép-Afrikai Köztársaság, Csád, Haiti, India, Pakisztán és Sierra Leone) pedig egyáltalán nem jutott a moszkítóhálóból.

Azokon a területeken, ahol a szezonális fertőződés igen erős, 2021-ben 15 afrikai országban 45 millió gyermek részesült szezonális malária kemoprevencióban (SMC). Ez a szám 2020-ban 33,4 millió, 2019-ben 22,1 millió volt.

A pandémia idején jelentkező logisztikai kihívások és a rendelkezésre álló mennyiségek csökkenése ellenére sikerült rekordmennyiségű malária gyorsesztesztet (RDT) szétosztani az egészségügyi intézmények között.

2021-ben az endémiás régiókban 242 millió artemisin-alapú kombinált terápiát (ACT) alkalmaztak a Plasmodium-falciparum okozta malária kezelésére (2019-ben: 239 milliót).

2019-ben a GAVI nemzetközi vakcina-szövetség közvetítésével Ghanában, Kenyában és Malawiban 1,2 millió gyermek kapta meg a malária elleni új RTS'S vakcinát.

[Lásd még: *Jelentés a malária globális helyzetéről, 2017. 34. sz.; 2018. 25. sz.*]

Az Európai Unió Tanácsa svéd elnökségének egészségügyi programja

European Council, 01 2023

Kulcsszavak: európai egészségügy, svéd elnökség, Európai Unió

Forrás Internet-helye:

<https://www.consilium.europa.eu/en/council-eu/presidency-council-eu/> ;

<https://swedish-presidency.consilium.europa.eu/en/programme/programme-of-the-presidency/?etrans=hu> ;

<https://www.edelman.be/insights/health-agenda-swedish-eu-presidency-what-expect> ;

<https://pink.pharmaintelligence.informa.com/PS147524/Swedish-EU-Presidency-Promises-Action-On-Pharma-Law-Revision-EMA-Fees--AMR>

2023 első félévében Svédország tölti be az EU Tanácsának elnökségét. Svédország négy prioritást határozott meg a harmadik tanácsi elnöksége alatt végzendő munkához:

- **biztonság – egység**
- **versenyképesség**
- **zöld átállás és energetikai átmenet**
- **demokratikus értékek és jogállamiság – az alapértékeink.**

A svéd elnökség egészségügyi programjának középpontjában a gyógyszerkérdés, a gyógyszerellátás, a gyógyszerhiány leküzdése áll. Ezzel kapcsolatban Svédország szükségesnek látja az EU gyógyszerügyi előírásainak finomítását, új előírások bevezetését a ritka betegségek gyógyítására szolgáló gyógyszerek és a gyermekgyógyszerek területén. Napirendre tűzi az orvostechnikai eszközökről szóló irányelv alkalmazását, valamint az Európai Gyógyszerügynökség díjainak kérdését.

Az európai agenda meghatározó témája az antibiotikum-rezisztencia, amely a legsúlyosabb veszélyek közé tartozik. A svéd elnökség fellép a bakteriális fertőzések hatékony kezeléséért, hangsúlyozza a hatékony antimikrobiális szerekhez való fenntartható hozzáférés biztosítására irányuló erőfeszítéseket.

A svéd elnökség törekvései közé tartozik az európai egészségügyi adattér bevezetésének, valamint az emberi fogyasztásra szolgáló szubsztanciák minőségügyi és biztonsági szabványairól szóló rendelet-tervezet elfogadásának felgyorsítása. Az elkövetkező hónapokban hangsúlyt fektetnek az európai rákmegelőzési terv megvalósítására, valamint az Európai Unió és az Egészségügyi Világszervezet közötti nemzetközi pandémia-megállapodás koordinációjára.

A svéd egészségügyi agenda további elemei: az EU globális egészségügyi stratégiája, az EU kábítószerügyi stratégiája, valamint a figyelem felkeltése a magányos emberek egészségi kockázataira.

A svéd elnökség egészségügyi eseménynaptára

Intézményi szinten

- 2023. március 14.; 2023. június 13. EPSCO meetingek;
- 2023. május 4-5.: az EU egészségügyi miniszterek informális találkozója (EPSCO Health).

Szakmai szinten

- 2023. február 1.: Onkológiai konferencia;
- 2023. február 13-14.: Magasszintű találkozó az aktív és autonóm öregedésről;
- 2023. március 6-7.: Magasszintű találkozó az antimikrobiális rezisztenciáról (AMR);
- 2023. június 19-20.: Találkozó a globális egészségügyről;
- 2023. június 26.: Konferencia a holnap élettudományairól.

OECD Health at a Glance: Europe 2022

OECD, 5 December 2022 (219 p.)

Kulcsszavak: globális egészségügy, népegészségügy, egészségügyi kiadások, halálozás, OECD, Európa, nemzetközi

Forrás Internet-helye: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/507433b0-en.pdf?expires=1671138616&id=id&accname=guest&checksum=655831E8E12AD8CF9848C31AE9C645D> ; https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2022_507433b0-en

Az egészségügyi kiadások 2020-ban és 2021-ben a pandémia miatt csaknem az összes európai országban az egekbe szöktek. Az egészségügyi kiadások GDP-ből való részesedése 2020-ban az Európai Unióban átlagosan 10,9% volt: Németországban és Franciaországban 12%, Svédországban, Ausztriában, Hollandiában és Belgiumban 11%. Ez az arány Luxemburgban (5,8%), Romániában (6,3%), Lengyelországban (6,5%) és Írországban (7,1%) volt a legalacsonyabb.

2021-ben a várható élettartam az Európai Unióban az előző évhez viszonyítva több mint egy évvel csökkent. A második világháború óta ez a legerőteljesebb visszaesés.

Az EU 27 tagállamában 2022 október végéig több mint 1,1 millió halálesetet regisztráltak a pandémiával összefüggésben. A pandémia direkt és indirekt következményeivel összefüggő túlhalálozás összesen 300.000 halálesetre tehető. A halálesetek több mint 90%-a 60 év fölötti volt.

A pandémiával összefüggő halálozás a skandináv országokban: Izlandon, Norvégiában, Dániában és Finnországban volt a legalacsonyabb, a közép- és kelet-európai országokban: Bulgáriában, Magyarországon, Horvátországban, a Cseh Köztársaságban, Szlovéniában, Lettországban és Romániában a legmagasabb.

[*Lásd még: OECD Health at a Glance, 2015. 24. sz.; 2016. 33. sz.; 2018. 26. sz., 2019. 22. sz.; 2020. 23. sz.; 2022. 3. sz.*]

**European Groundshot –
a The Lancet Commission jelentése az európai onkológiai kutatás kihívásairól**

The Lancet Oncology, 2022 Nov 15;S1470-2045(22)00540-X.

doi: 10.1016/S1470-2045(22)00540-X. Online ahead of print

Kulcsszavak: népegészségügy, orvostudomány, kutatás, onkológia, Európa

Forrás Internet-helye: [https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045\(22\)00540-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045(22)00540-X/fulltext) ; <https://www.thelancet.com/commissions/European-Groundshot-cancer-research> , <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36400101/> ;

Közreműködő: Dégi László Csaba (a European Cancer Organization soros elnöke):
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=D%C3%A9gi+CL&cauthor_id=36400101

European Cancer Summit:

<https://www.europeancancer.org/events/198:summit-2022.html>

A jelentés ismertetésére a *European Cancer Summit* (Brüsszel, 2022. nov. 15-16.) keretében került sor.

Prof Mark Lawler (Patrick G Johnston Centre for Cancer Research, Faculty of Medicine, Health and Life Sciences, Queen's University Belfast) és mt. szerint, amennyiben az onkológiai kezelés és kutatás gyengeségeit nem számolják fel, az elkövetkező évtizedben a rákos megbetegedések erőteljes hulláma várható. Becslések szerint az elmúlt két évben Európában a pandémia miatt egymillió rákos megbetegedést nem diagnosztizáltak. Az orvosok csupán a pandémia első évében másfélmillióval kevesebb rákos beteget vizsgáltak és minden második rákos beteg kezelése késlekedett.

A jelentés a "*Cancer Moonshot*" amerikai kezdeményezéshez hasonlóan számos ajánlást tesz az onkológiai kutatás fellendítésére. A *Lancet-Commission* a betegorientált és nem a technika-központú megközelítést helyezi előtérbe. A bizottság szerint az onkológiai kutatást megnehezítő tényezők: a pandémia, az ukrajnai háború és a Brexit.

A *Groundshot* szerint az onkológiai kutatásra fordított pénzügyi források megduplázására lenne szükség. 2016 és 2019 között Európában az onkológiai kutatásra fordított egy főre eső összeg (privát szektor nélkül) 26 EUR-t, az Egyesült Államokban 234 EUR-t tett ki. A bizottság szerint az egy főre eső kutatási keretet 2030-ig 50 EUR-ra kellene emelni. Ezt a pénzt az onkológiai kutatás elhanyagolt területeire: a prevencióra, a korai felismerésre, sugárterápiára és sebészetre, a nemek közötti esélyegyenlőségre kellene összpontosítani.

Dr. Mark Lawler: mark.lawler@qub.ac.uk

Kapcsolódó: A Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) longitudinális vizsgálata a kötelező betegbiztosítás korai felismerési szolgáltatásainak igénybevételéről az AOK biztosítottjai körében a 2007 és 2021 közötti időszakban (Berlin, Oktober 2022, 118 p.):
https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Bilder/Forschung_Projekte/Ambulante_Versorgung/Fruherkennung_bei_Erwachsenen_2007_2021.pdf

Az onkológiai ellátás országprofiljai az Európai Unióban

Európai Bizottság, 2023. február 1.

Kulcsszavak: népegészségügy, rákos megbetegedések, onkológia, országprofilok, Európai Unió

Forrás Internet-helye: https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/hu/ip_23_421

Factsheet - EU Cancer Plan: where are we now? (Last updated on: 31 January 2023):

https://health.ec.europa.eu/system/files/2023-02/ncd_eu-cancer-plan_factsheet_en.pdf ;

Country Cancer Profiles:

<https://cancer-inequalities.jrc.ec.europa.eu/country-cancer-profiles> ;

OECD (2023), EU Country Cancer Profile: Hungary 2023, EU Country Cancer Profiles, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/ccaf0398-en> (20 p.):

[https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/ccaf0398-](https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/ccaf0398-en.pdf?expires=1675941421&id=id&accname=guest&checksum=5DE4CBB5669414CE4B5EFB351C570432)

[en.pdf?expires=1675941421&id=id&accname=guest&checksum=5DE4CBB5669414CE4B5EFB351C570432](https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/ccaf0398-en.pdf?expires=1675941421&id=id&accname=guest&checksum=5DE4CBB5669414CE4B5EFB351C570432)

Az *Európai Bizottság* és a *Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet (Organisation for Economic Co-operation and Development – OECD)* a rákellenes világnap (február 4.) alkalmából bemutatta az európai Rákegyenlőtlenségi Regiszter keretében készült **első rákügyi országprofilokat** az összes uniós tagállamra, Norvégiára és Izlandra vonatkozóan.

A profilok azt mutatják, hogy az uniós országok 2018-ban jelentős összeget, közel **170 milliárd eurót** fordítottak **rákkezelésre**. Egy másik fontos megállapítás, hogy továbbra is messze a **tüdőrák a legtöbb halálos áldozatot követelő** daganatos betegség. A profilok arra is felhívják a figyelmet, hogy a rák okozta halálozási arányok tekintetében **az uniós országok között és azokon belül jelentős egyenlőtlenségek** mutatkoznak. Ez részben azzal magyarázható, hogy eltérő a rák kockázati tényezőinek való kitettség, ugyanakkor az is szerepet játszik, hogy az egészségügyi rendszerek eltérő mértékben képesek időszerű és ingyenes hozzáférést biztosítani a korai diagnózishoz, valamint a magas színvonalú rákkezeléshez és -gondozáshoz. A profilok azt mutatják, hogy a kihívások azonosítása és a bevált gyakorlatok tagállamok közötti megosztása segítheti az országokat a rák terén mutatkozó egyenlőtlenségek felszámolásában.

A profilokat 2023. február 1-én, az európai rákellenes terv keretében tartott, a Bizottság és az Európai Unió Tanácsának svéd elnöksége által közösen szervezett *„Egyenlőség, kiválóság és innováció: modern rákgondozás mindenki számára”* című magas szintű rákügyi konferencia keretében mutatták be első alkalommal.

A rákügyi országprofilok további megállapításai

- A szív- és érrendszeri betegségek után a rák a második halálozási ok az EU-ban az összes haláleset 26%-ával.
- Az országok között csaknem kétszeres a különbség a rák okozta halálozási arány tekintetében, és a nemek között is jelentős eltérések mutatkoznak a rákos megbetegedések okozta elhalálozások tekintetében.
- A rák okozta mortalitás terén széles körű társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségek is tapasztalhatók. Ezen egyenlőtlenségek részben annak tulajdoníthatók, hogy a lakosság eltérő mértékben van kitéve olyan kockázati tényezőknek, mint például a dohányzás, az elhízás, a káros alkoholfogyasztás vagy a légszennyezés. Általánosságban elmondható, hogy a kockázati tényezők gyakoribbak a férfiak, valamint az alacsony jövedelmű és alacsony iskolázottságú csoportok körében.
- Az uniós országok eltérő kihívásokkal néznek szembe a rákos betegek magas színvonalú gondozása terén. Egyes országok jól felszereltek, de hiányzik a képzett egészségügyi személyzet, más országokban ellenben sok a képzett orvos, de nem rendelkeznek sugárterápiás berendezésekkel.
- Az elmúlt években nőtték a megelőzésre fordított kiadások. Ez azonban az még mindig csak az egészségügyi összkiadások 3,4%-át teszi ki.

Uniós szintű küzdelem az egyenlőtlenségek felszámolása céljából

A Bizottság rekordidő alatt már számos intézkedést valósított meg az európai rákellenes terv keretében. Legutóbb január 23-án elindította a rákgyógyászatbeli képalkotásra vonatkozó európai kezdeményezést, hogy támogassa az egészségügyi szolgáltatókat, kutatóintézeteket és innovátorokat abban, hogy maximálisan kiaknázzák az innovatív, adatközpontú megoldásokat a rákos betegek kezelése és gondozása céljából.

Az új, uniós finanszírozású rákszűrési rendszer kulcsfontosságú eleme a rákszűrésről szóló 2022 decemberében elfogadott új tanácsi ajánlás, amelynek célja, hogy az emlő-, méhnyak- és vastagbélrákszűrést a jogosult európaiak 90%-a számára biztosítsa, és amely a szűrést a tüdő-, prosztata- és bizonyos körülmények között a gyomorrákra is kiterjesztette.

Az elkövetkező évben több mint 30 fellépés megvalósításával folytatjuk a munkát. A fő kezdeményezések között a Bizottság tanácsi ajánlásra irányuló javaslatot fog előterjeszteni a védőoltással megelőzhető rákos megbetegedésekről, ezzel egyidejűleg pedig aktualizálja a dohányfüstmentes környezetről szóló 2009. évi tanácsi ajánlást a polgárok dohányzás elleni védelmének fokozása és a dohánymentes nemzedék célkitűzésének 2024-ig történő elérése érdekében.

***Az Eurobarométer az antimikrobiális rezisztencia helyzetéről
az Európai Unióban 2021-ben***

European Union, Eurobarometer, November 2022

Kulcsszavak: népegészségügy, gyógyszer, antibiotikum, antibiotikum-rezisztencia, Európai Unió

Forrás Internet-helye: <https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/2632>

Az **Európai Unió** felmérése szerint 2021-ben az európaiak 23%-a fogyasztott antibiotikumot, amely 2009. óta a legalacsonyabb érték. Máltán a lakosság 42%-a, Svédországban és Németországban 15%-a fogyasztott antibiotikumot. Problémát jelent, hogy az antibiotikumok 8%-a recept, gyakran indikáció nélkül kerül a fogyasztóhoz.

Az antibiotikumok felírásának leggyakoribb indikációi: húgyúti fertőzések (15%), torokfájás (13%), bronchitisz (12%), hűlés (11%), influenza (10%), láz (10%), COVID-19 (9%).

Az **Európai Unió Egészségügyi Szükséghelyzet-felkészültségi és -reagálási Hatósága (European Health Emergency preparedness and Response Authority – HERA)** a nagy pandémiás potenciállal rendelkező kórokozók és a vegyi, biológiai, radiológiai és nukleáris veszélyek mellett a három nagy egészségügyi veszély közé sorolta az antimikrobiális rezisztenciát. [Lásd még: *Egészségügyi unió: A HERA ismerteti a három legfontosabb egészségügyi veszélyt, 2022. IV. negyedév 1. sz.*]

Az **Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ (European Centre for Disease Prevention and Control – ECDC)** adatai szerint az antibiotikum-rezisztens fertőzések az Európai Unióban, Izlandon és Norvégiában évente több mint 35.000 halálos áldozatot követelnek. A fertőzések és a halálos áldozatok száma 2016 és 2021 között meredeken emelkedett. 2017 és 2021 között pedig a „végső gyógyszerként” bevetett karbapenem-rezisztens *Klebsiella pneumoniae* és *Acinetobacter* spp. okozta halálesetek száma is növekedett.

Az Európai Bizottság szerint az emberi felhasználásra szolgáló antimikrobiális szerek alkalmazása az elsődleges ellátás területén 2012 és 2021 között 23%-kal csökkent. A leghatékonyabb antibiotikumok, a karbapenemek kórházi alkalmazása azonban 2012 és 2021 között 34%-kal növekedett.

[Lásd még: *A bakteriális antimikrobiális rezisztencia helyzete az Egészségügyi Világszervezet Európai Régiójában 2019-ben, 2022. IV. negyedév 2. sz.*]

*Költség hozzájárulások, várólisták, szolgáltatások volumene.
Az európai egészségügyi rendszerek összehasonlítása (7. rész):*

*Az egészségügyi ellátásokhoz való hozzáférés akadályai
és a privát szolgáltatások közötti összefüggés*

WIP – Wissenschaftliches Institut der PKV

WIP-Analyse Februar 2022 (48 p.)

Kulcsszavak: egészségügyi rendszer, privát egészségügy, Európa

Forrás Internet-helye:

<http://www.wip-pkv.de/oeffentlichkeit/aktuelles/detail/neue-wip-analyse-kostenbeteiligungen-wartezeiten-leistungsumfang-ein-europaeischer-vergleich-der-gesundheitssysteme.html> ;

http://www.wip-pkv.de/fileadmin/DATEN/Dokumente/Studien_in_Buchform/WIP-2022-Kostenbeteiligung-Wartezeiten-Leistungsumfang-Ein_europaeischer_Vergleich.pdf

Prezentáció (13 slide):

http://www.wip-pkv.de/fileadmin/DATEN/PDF/Veranstaltungen/WIP-Praesentation_Europaeische_Gesundheitssysteme_2022-02-15.pdf

Az orvosok (és más egészségügyi dolgozók) a vizsgált országok csaknem mindegyikében (többek között: Nagy-Britannia, Finnország, Írország, Norvégia, Portugália, Svédország, Spanyolország) mind állami, mind privát finanszírozású szolgáltatásokat is biztosítanak. Ha az orvosok mindkét szektorban rendelkeznek keresettel „duális praxisról” beszélünk. Jóllehet a „duális praxis” széles körben elterjedt, ennek tényleges dimenzióiról nem állnak rendelkezésre hivatalos adatok.

4. 2. A privát egészségügyi szolgáltatások finanszírozása

A privát szolgáltatások igénybevételének finanszírozása vagy tisztán készpénzfizetés, vagy privát kiegészítő biztosítás útján történik. A lakosság egy része a vizsgált országok csaknem mindegyikében rendelkezik privát kiegészítő biztosítással. A kiegészítő betegbiztosítás célja lehet: fennmaradó költségrészesedés fedezése (komplementer-kiegészítő), többlétszolgáltatás biztosítása (szupplementer-kiegészítő), gyorsabb hozzáférés, vagy több szolgáltató közötti választási lehetőség (duplikáló). Kivételt képeznek a kelet-európai országok (Csehország, Magyarország, Lengyelország, Szlovákia), ahol a privát kiegészítő betegbiztosítás kevésbé elterjedt.

Mindazonáltal, az EU tagállamainak többségében a lakosság kisebb része rendelkezik privát kiegészítő biztosítással. Kivételt képeznek: Franciaország, Szlovénia, Belgium, Hollandia és Luxemburg, ahol a lakosság több mint fele rendelkezik ilyen biztosítással is.

A privát biztosítók az egyes országokban eltérő szerepet töltenek be, mivel mindig az állami egészségügyi rendszerrel interakcióban működnek. A privát biztosítási piac számára az egészségügyi rendszer szervezetének megfelelő keretfeltételek érvényesülnek, így a privát biztosítás speciális változatai jelennek meg (komplementer-kiegészítő, szupplementer-kiegészítő, duplikáló).

Az adókból finanszírozott egészségügyi rendszerekben az egészségügyi szolgáltatásokat az egész lakosság számára egy nemzeti egészségügyi szolgálat biztosítja. Ezekben a privát egészségügyi szolgáltatások rendszerint duplikáló (Dániában és Finnországban szupplementer-kiegészítő) jellegűek, mivel itt az állami rendszer minden lakos részére adóforrásokból társfinanszírozza a biztosítást. Ennek megfelelően a duplikáló biztosítás olyan ellátást fedez, amelyben az állami rendszer is részt vállal. A polgár a privát biztosítás ellenére továbbra is kapcsolódik az állami betegbiztosításhoz, ám lehetővé válik számára a gyorsabb hozzáférés, szélesebb a választási szabadsága, adott esetben magasabb minőségű ellátásban részesül.

A járulékfianaszírozású egészségügyi rendszerekben inkább komplementer- vagy szupplementer-kiegészítő biztosítások vannak jelen. Ezek az állami rendszer keretében nem térített szolgáltatásokra terjednek ki. Ezek a biztosítások rendszerint a biztosítottak olyan költséghozzájárulásaira és önrészeire vonatkoznak, amelyek az adókból finanszírozott rendszerekben elvben nem fordulnak elő. Ezenkívül gyakran olyan szolgáltatásokat biztosítanak, amelyeket az állami rendszer nem, vagy csak részben vállal át (pl. fogászati kezelés, látássegítő eszközök).

Privát kiegészítő biztosítással rendelkezők aránya a járulékfianaszírozású rendszerekben

Belgium	98%
Franciaország	95,5%
Hollandia	83,7%
Szlovénia	70,2%
Luxemburg	65,5%
Ausztria	37,9%
Svájc	28,5%
Németország	24,9%

Új szabályok a német egészségügyben 2023-ban

Medscape, 18. Januar 2023

Kulcsszavak: egészségügyi rendszer, jogszabályok, Németország

Forrás Internet-helye:

https://deutsch.medscape.com/artikelansicht/4912059?src=WNL_mdplsfeat_230118_mscpedit_de&uac=347207CJ&impID=5094821&faf=1

Az *elektronikus betegdokumentum* új funkciókkal bővül. A biztosítottak további egészségügyi információkat tárolhatnak rajta: az elektronikus munkaképtelenségi igazolás adatait, kórházi zárójelentéseket, laborleleteket, digitális egészségügyi alkalmazásokat.

Ambuláns műtétek: A Betegpénztári Orvosok Szövetségi Egyesülése és a kötelező betegbiztosítás ernyőszerkezete közötti megállapodás alapján bővül az ambuláns beavatkozások köre és emelkedik azok térítési díja. A csomag elemei: mintegy 500 beavatkozás térítése 16-42%-kal emelkedik; 2023 januártól mintegy 196 műtéti eljárásra ambulánsan kerül sor, többek között: neurostimulátorok, szívsebészet (szívritmus-szabályozók beültetésének bővítése), szemsebészet, proktológiai és nőgyógyászati beavatkozások, artroszkópos műtétek/mozgásszervi beavatkozások.

Komplex műtétek magasabb minimális volumenei: 2023. január 1-től bizonyos komplex beavatkozásokat nyújtó kórházaknak magasabb esetszámot kell kimutatniuk ahhoz, hogy ilyeneket végezhesse. Egyebek között: nyelőcső-műtéteknél a minimális volumen évente és telephelyenként 10-ről 26 esetre emelkedik; nagyon alacsony súlyú koraszülöttek ellátása csak olyan perinatális centrumban történhet, ahol az eddigi 14 helyett 20 esetet látnak el; A Közös Szövetségi Bizottság megemelte az allogén őssejtek transzplantációjának minimális volumeneit.

Irányelv a kórházon kívüli intenzív ápolásról: Ezzel a kórházon kívüli intenzív ápolás kikerül az otthoni betegápolásról szóló irányelvből. A Közös Szövetségi Bizottság átmeneti szabályozása szerint 2023. október 30-ig a kórházon kívüli intenzív ápolási szolgáltatások az otthoni betegápolásról szóló irányelv szerint is felírhatók.

Betegszállítás: A betegpénztárak súlyos mozgáskorlátozottak részére megtérítik az egészségügyi és korai felismerési vizsgálatokra történő betegszállítás költségeit. Az orvosok 2023. január 11-i kezdettel ezekben az esetekben rendelvényt írhatnak fel. Ehhez betegpénztári engedélyezésre nincs szükség.

***Mélanie Sauvain: 2023-ban hatályba lépő jogszabályok
a svájci társadalombiztosítás területén***

Soziale Sicherheit CHSS, 13. Dezember 2022

Kulcsszavak: társadalombiztosítás, egészségbiztosítás, jogszabályok, Svájc

Forrás Internet-helye:

<https://soziale-sicherheit-chss.ch/de/sozialversicherungen-was-aendert-sich-2023/>

A legfontosabbak

- A gyermeket örökbefogadó személyek kéthetes szabadságban részesülnek, amelynek térítésére a keresetkiegészítésről szóló rendelet fölött kerül sor.
- Megszűnik a munkanélküliek biztosításának adósságfedezetére szolgáló szolidaritási hozzájárulás.
- A hátramaradt hozzátartozók és a rokkantak minimálnyugdíja 30 CHF-fel, a maximális nyugdíj 60 CHF-fel emelkedik.

Emelkednek az egészségbiztosítás díjai

2023-ban a kötelező egészségbiztosítás díjai négy éves viszonylagos stabilitást követően minden kantonban és minden korcsoportnál jelentős mértékben emelkednek. Az átlagos havi díj 335 CHF, ami az előző évhez viszonyítva 6,6%-os emelkedést jelent. A felnőttek (397 CHF) és a fiatal felnőttek (280 CHF) átlagos díjai 6,6%-kal, ill. 6,3%-kal emelkednek. A gyermekek biztosítási díjai 5,5%-kal emelkednek és újabban 105 CHF-et tesznek ki.

A díjemelkedés elsősorban a pandémiának tulajdonítható, amely egyrészt a kezelések és oltások költségeinek növekedését eredményezte. Másrészt a pandémia kísérő effektusai további indirekt költségekkel járnak: a pandémia miatt a kórházak felfüggesztették a beavatkozásokat, amelyeket később pótolni kellett, 2021 második félévében pedig ezek erőteljes költségnövekedéshez vezettek.

Mélanie Sauvain,

Projektleiterin, Öffentlichkeitsarbeit,
Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV)

E-Mail: melanie.sauvain@bsv.admin.ch

[Lásd még: *Változások, reformok, kiigazítások a svájci társadalombiztosításban: 2006. 6. sz.; 2007. 1. sz.; 2008. 3. sz.; 2010. 22. sz.; 2011. 18. sz.; 2012. 9. sz.; 2013. 11. sz., 2014. 3. sz.; 2015. 6. sz.; 2016. 22. sz.; 2017. 35. sz.; 2019. 3. sz.; Új jogszabályok a svájci társadalombiztosítás területén, 2021. 2. sz., 2022. 3. sz.]*

Új szolgáltatások és térítések 2023-ban a belgiumi német nyelvi közösség biztosítójánál – Unsere Zusätzlichen Dienste 2023

Freie Krankenkasse

freie magazin, Ausgabe 125, Januar 2023 (13 p.)

Kulcsszavak: társadalombiztosítás, egészségbiztosítás, szolgáltatások, térítések, belgiumi német nyelvi közösség, Belgium

Forrás Internet-helye: www.freie.be ;

https://www.freie.be/wp-content/uploads/2020/09/Freie_ZD_A5_2023-DE.pdf

A **belgiumi német nyelvi közösség (Deutschsprachige Gemeinschaft Belgiens)** a flamand és a francia közösség mellett Belgium harmadik nyelvi-kulturális alapon szerveződő közössége. Székhelye: Eupen. Népeisége kb. 73.000 fő, akik között szinte 100% a német nyelvet, illetve annak ripuari nyelvjárást beszélők aránya. A közösség területén domináns egészségbiztosítási társaság a **Freie Krankenkasse**.

Gyógyszer: 18 év alattiak gyógyszerköltségeinek teljes megtérítése, miután ezek túllépik az évente 12 EUR-t; fertőző betegségek elleni védőoltások (100 EUR/év); orvos által felírt homöopátiás gyógyszerek költségeinek 50%-a (100 EUR/év); neurodermitisz és pszoriázis költségei 12 éves korig.

Ambuláns ellátások: poszturologiai ellátás: 12 EUR/kezelés, évente két kezelésig (24 EUR/év); fülorvos által felírt hallókészülék (30 EUR/5 év); ergoterápiás kezelés, ülések száma évente korlátlan (15 EUR/ülés); sürgősségi ellátást vagy kórházi kezelést követően felírt ortopédiai segédeszköz (100 EUR/év).

Külföldi sürgősségi ellátás: megtérítik a kórházi ambuláns kezelés költségeinek 75%-át; váratlan kórházi kezelés esetén teljesen megtérítik az első 15 nap költségeit (100%).

Otthoni segélyhívó: a kölcsönzés díjának támogatása 7,50 EUR/hóra emelkedik.

Betegszállítás: a másodosztályú busz- és vonatjegy árát teljes mértékben térítik (100%); 150 km-t meghaladó utak (oda-vissza), 10 EUR önrésszel (kivéve az anyatejszállítást) (0,15 EUR/km); szervezett betegszállító szolgálatok, a számla összegének 50%-áig (0,15 EUR/km); 10 km-ig terjedő távolságoknál 6 EUR taxiköltség, ill. átalány (0,60 EUR/km).

Temetkezési támogatás: 150 EUR.

Kórházi kezelés és lábadozás: betegkísérő személy tartózkodása a kórház vendégházában: 20 EUR/nap, évente 30 napig (600 EUR/év); lábadozás egy elismert gyógyintézményben: 35 EUR/nap, évente 28 napig (980 EUR/év); betegkísérő személy: 15 EUR/nap, évente 28 napig (420 EUR/év).

**Az Európai Geriátriai Társaság guideline-ja
az elesés megelőzésére az időskorúak körében – World Falls Guidelines**

Age and Ageing, Volume 51, Issue 9, September 2022, afac205,
Congress of the European Geriatric Medicine Society (EuGMS),
London, 28-30 Sept 2022

Kulcsszavak: globális egészségügy, időskorúak, elesés, guideline, Európai Geriátriai Társaság, European Geriatric Medicine Society (EuGMS), nemzetközi

Forrás Internet-helye:

<https://academic.oup.com/ageing/article/51/9/afac205/6730755?login=true> ;
<https://eugms2022.com/>

A „*World Falls Guidelines*” összeállításához 96 kutató járult hozzá a világ 39 országából. Elfogadására az *Európai Geriátriai Társaság* kongresszusán került sor. Az időskorúak elesésének prevenciójára vonatkozóan eddig nem létezett egységes globális irányelv. Kellő időben és célzott prevencióval az elesések miatti kórházba való beutalások száma 20%-kal csökkenthető.

A "World Falls Guidelines" ajánlásai:

- Az időskorúak körében bekövetkező elesések megelőzése érdekében a geriátriai rehabilitáció példájára, meg kell erősíteni a geriátriai intézményi ambulanciákat.
- Az eddigiekhez képest sokkal intenzívebb tanácsadást kell nyújtani az időskorúaknak az elesés megelőzéséről és a testmozgás jelentőségéről.
- Legalább évente megkérdezéssel kell fordulni az érintett időskorúakhoz az elesést követően vagy az elesés kockázatának fennállása esetén.
- Szisztematikus tréningprogramokat (fizioterápia és gyakorlatok) kell biztosítani a demens és Parkinson-kóros időskorúak számára.
- Elsősorban közösségi intézményekben, ápolási otthonokban élő időskorúak részére egészségi állapotuknak megfelelő individuális elesésmegelőzési programokat kell bevezetni.
- Rendszeres multifaktoriális kockázatértékelés. Minden időskorú személy rendszeres vizsgálata.

Jelentés az ápolás helyzetéről Németországban 2021-ben. Speciális ellátási helyzetek a tartós ápolás területén – Pflege-Report 2022 (2. rész) – Az ápolásra szorultság helyzete Németországban
Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO), 5. 07. 2022

Kulcsszavak: ápolás, tartós ápolás, ápolásra szorultság, Németország

Forrás Internet-helye:

https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/Buchreihen/Pflegereport/wido_pfl_plegereport2022_full_07_2022.pdf (319 p.) ;
<https://www.wido.de/publikationen-produkte/buchreihen/pflege-report/2022/> ;
https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-65204-6_17

Az összes kiadás 2015. óta:

<https://www.wido.de/publikationen-produkte/buchreihen/pflege-report/> ;

2. 1. Az ápolásra szorultság prevalenciája

2. 1. 1. Ápolásra szorulóknak életkor és nemek szerint

A szociális ápolásbiztosítás hivatalos statisztikája szerint az ápolásra szorulóknak száma 2020 végén elérte a 4,3 millió főt, akiknek csaknem kétharmada (61,7%) nő volt (2,7 millió fő). Az ápolásra szorulóknak több mint fele (52,0%) 80 éves vagy annál idősebb (2,3 millió fő), egyhuszada (5,7%) gyermek és fiatalkorú volt (244 ezer fő).

Az ápolásra szorultság valószínűsége az életkorral arányosan növekedik. 2020-ban a gyermekek és fiatalkorúak, valamint a keresőképes életkorban levők körében 100 biztosítottra egy-két ápolásra szoruló személy jutott. 75 és 79 év közöttiekénél az ápolásra szorulóknak aránya 15,9%, 85 és 89 év közöttiekénél 48%, 90 fölöttiekénél 67,8% volt. Az ápolásra szorulóknak aránya 80 és 85 év közötti férfiaknál 38,8%, nőknél 53,5%, 90 év fölöttiek körében férfiaknál 57,3%, nőknél 71,7%.

2. 1. 2. Az ápolásra szorultság időbeli alakulása

2020-ban Németországban a kötelező betegségbiztosítás tagjainak 5,9%-a szorult ápolásra. 2011-ben arányuk még mindössze 3,4% volt, ami 73%-os növekedésnek felel meg. Ha az értékeket a társadalom fokozódó elöregedésével korrigáljuk és a kötelező biztosítás tagjainak életkori és nemi struktúrája tekintetében 2020-at vesszük alapul, ez az arány még rosszabbul mutat: Eszerint a kötelező betegségbiztosítás tagjainak 3,8%-a már 2011-ben ápolásra szoruló volt, 2020-ig pedig a növekedés 56%-ot tett ki. Következésképpen az ápolás prevalenciájának 2011 és 2020 közötti növekedése csak részben vezethető vissza a lakosság életkori és nemi struktúrájára. Az ápolás prevalenciájának 2016 utáni jelentős növekedése az ápolásra szorultság új definíciójának 2017 januári bevezetésével függ össze. A reformhoz egyebek között az a várakozás társult, hogy az ápolásbiztosítás szolgáltatásaihoz való hozzáférés tovább javul.

Frissítés

Az ápolásra szoruló személyek számának prognózisa – Womit in der Zukunft zu rechnen ist: Eine Projektion der Zahl der Pflegebedürftigen

Dr. Lewe Bahnsen, Dr. Frank Wild, WIP-Kurzanalyse Dezember 2022 (7 p.)

Forrás Internet-helye:

<https://www.wip-pkv.de/veroeffentlichungen/detail/womit-in-der-zukunft-zu-rechnen-ist-eine-projektion-der-zahl-der-pflegebeduerftigen.html> ;

https://www.wip-pkv.de/fileadmin/DATEN/Dokumente/WIP-Kurzanalysen/WIP-Kurzanalyse-2022-Projektion_der_Zahl_der_Pflegebeduerftigen.pdf

Az ápolásra szoruló személyek száma 2021-ben 4,9 millió volt, amely 2025-ig további 500.000 fővel, 5,46 millióra, majd 2030-ig 5,65 millió és 5,75 millió közöttire, 2050-ig 6,61 millió és 7,25 millió közöttire növekedik.

A realitás minden korábbi prognózist meghaladt. A Szövetségi Egészségügyi Minisztérium 2014-ben még úgy számolt, hogy az ápolásra szoruló személyek száma 2020-ig 2,85 millióra, 2030-ig 3,4 millióra növekedik.

Külföldről toborzott ápolószemélyzet 2022-ben

Forrás Internet-helye:

<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/140954/656-auslaendische-Pflegekraefte-nach-Deutschland-vermittelt?rt=971bf246e981d1c3d78e945717e58e5a> ;

<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/140494/Sachsen-sucht-Pflegekraefte-im-Ausland>

A **Szövetségi Munkaügyi Ügynökség** adatai szerint 2022-ben 656 külföldi ápoló németországi kiközvetítésére került sor. 255 ápoló a Fülöp-szigetéről, 98 Bosznia-Hercegovinából, 84 Tunéziából, egy Szerbiából érkezett. Ezekkel az országokkal már az előző választási ciklusokban munkaerőtoborzási szerződéseket kötöttek. Új szerződéseket kötöttek Mexikóval, Brazíliával, Indiával, Indonéziával és Jordániával. Mexikóból 182, Brazíliából 34, Indiából két ápoló érkezett. Indonéziában és Jordániában még nem sikerült személyzetet toborozni.

Szászország Szociális Minisztériuma 150 külföldi ápoló megnyerésére indított kampányt. 2023 tavaszán brazil ápolók érkezésére lehet számítani, akiknek a nyelvi felkészítése és szakmai képzése már folyamatban van. A *Sächsische Aufbaubank* 900.000 EUR-t engedélyezett a toborzó kampány számára.

Gyógyszerkompass 2022 – Arzneimittel-Kompass 2022 (1. rész): Általános ismertetés

Springer-Verlag, 2022

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), 17. 11. 2022

Kulcsszavak: gyógyszer, gyógyszerkiadások, polifarmácia, Németország

Forrás Internet-helye:

https://aok-bv.de/presse/pressemitteilungen/2022/index_26062.html

Sajtómappa (41 p.):

https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/News/Pressemitteilungen/2022/wido_arz_arzneimittelkompass_pm_2022.pdf

A Gyógyszerkompass fejezetenként letölthető:

<https://www.wido.de/publikationen-produkte/buchreihen/arzneimittel-kompass/2022/>

H. Schröder/P. Thürmann /C. Telschow/M. Schröder/R. Busse (Hrsg.) Arzneimittel-Kompass 2022. Qualität der Arzneimittelversorgung. Springer, Berlin. 339 Seiten; kart.; 42,79 €. ISBN 978-3-662-66040-9

Az „*Arzneimittel-Kompass 2022*” kiemelt témája a minőségügy a gyógyszerellátás területén. Következtetései szerint az új gyógyszerek egyre többbe kerülnek, amiből már nem az emberek profitálnak, továbbá, a 65 év fölötti betegek több mint fele egyidejűleg több gyógyszert szed (polifarmácia).

A kötelező betegbiztosítás tagjai számára felírt napi terápiás dózisok mennyisége az elmúlt tíz év során tizenkét százalékkal növekedett. Az időskorú betegek számára 2012-ben még naponta átlagosan 3,9, 2021-ben már 4,4 különböző gyógyszert írtak fel. A recepteket többnyire más-más kezelőorvos írta fel, aki nem tudott a kollegái által felírt receptekről.

A kötelező betegbiztosítás nettó gyógyszerkiadásai 2021-ben 8,8%-kal, 50,2 milliárd EUR-ra növekedtek. A gyógyszerpiaci forgalomnövekedés 2021-ben az előző évekhez hasonlóan az alábbi területeken volt átlagon felüli: szabadalmi védelem alatt álló gyógyszerek (+14,4%), ritka betegségek gyógyítására szolgáló gyógyszerek (+24,7%), biológiai gyógyszerek. Az elmúlt évben a kötelező betegbiztosítás területén a szabadalmi védelem alatt álló gyógyszerek forgalma 27,5 milliárd EUR-t tett ki. Ez azt jelenti, hogy 2021-ben az előző évhez hasonlóan minden második EUR-t ilyen készítményekre fordítottak (52,5%). A felírt napi terápiás dózisokhoz viszonyítva azonban az ellátások mindössze 6,5%-a jutott szabadalmi védelem alatt álló gyógyszerekre. Az új gyógyszerek most már tizedik éve a forgalomnövekedés húzóerői, ugyanakkor egyre kevésbé szolgálják az ellátást.

**A BARMER egészségpénztár gyógyszerügyi jelentése –
BARMER-Arzneimittelreport 2022**

BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung (bifg)
Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse – Band 36. Oktober 2022 (193 p.)

Kulcsszavak: gyógyszer, kiadások, gyógyszerbiztonság, polifarmácia, Németország

Forrás Internet-helye: https://www.bifg.de/publikationen/reporte/arzneimittelreport-2022?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=Newsletter+13%2F2022

Az összes BARMER-Arzneimittelreport 2010. óta:

https://www.bifg.de/publikationen/reporte/arzneimittelreport-2022?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=Newsletter+13%2F2022

A **BARMER-biztosító** gyógyszerkiadásai 2021-ben 7,36 milliárd EUR-t tettek ki, ami 390 millió EUR-ral, ill. egy biztosítottra 7,4%-kal több mint 2020-ban. A növekedés a GDP növekedésének 2,7-szerese. Az áremelkedés relevanciája kétszer is meghaladja a volumenbővülését. Az alvadásgátlók költségrelevanciája folyamatosan növekedik. A kiadások szakorvosok szerinti elemzése szerint az egy betegre jutó növekedés az előző évhez viszonyítva ismételten hematológusoknál/onkológusoknál volt a legmagasabb (+33%). Ez betegenként 14.628 EUR kiadásnak felel meg. Az elmúlt öt év során az onkológiai gyógyszerekre fordított kiadások négyszer akkora mértékben növekedtek, mint a többi gyógyszeré. Az onkológiai gyógyszerek költségrészesedése a gyógyszerekre fordított összkidadásokhoz viszonyítva 2017-ben 17%, 2021-ben 20% volt. Az egyre magasabb árú gyógyszerek kevés betegnél való alkalmazása a gyógyszerkiadásoknak a biztosítottak egyre kisebb arányánál való koncentrációját eredményezi. 2021-ben a BARMER-biztosító gyógyszerkiadásainak 50%-a a biztosítottak 1,7%-ára jutott.

A szakértők és a szakmai társaságok évek óta szorgalmazzák többfajta gyógyszer egyidejű szedésének csökkentését. 2021-ben ennek még semmi jele nem volt. A Metamizol, az L-Thyroxin és a protonpumpagátlók fogyasztása továbbra is meghaladja a szükségleteket és az engedélyezésben előírt mennyiséget. A Metamizol, a Pantoprazol és a LevothyroxinNátrium továbbra is a 2-4. helyen állnak a leggyakrabban felírt hatóanyagok körében. Az egy biztosított részére felírt napi terápiás dózisok (*defined daily dose - DDD*) száma 2017 és 2021 között nőknél 646-ról 714-re (+10,5%), férfiaknál 577-ről 639-re (+10,7%) növekedett. A növekedés 75 év fölöttiek körében nőknél 6,0%, férfiaknál 7,4% volt.

A BARMER-biztosító szerint felül kell vizsgálni az időskorúak gyógyszeres kezelését és csökkenteni kell a polifarmáciát. A biztosító konzorciumot hozott létre a gyógyszerbiztonsággal összefüggő **AdAM-Projekt** végrehajtására.

[<https://www.barmer.de/projekt-adam-1055896>]

[Lásd még: *A BARMER egészségpénztár jelentése a gyógyszerkiadásokról – BARMER Arzneimittelreport 2018, 2018. 18. sz.*]

***A gyógyszerterálapítások helyzete Németországban 2021-ben –
Apothekengründung 2021***

apoBank, Pressemitteilung - 8. Dezember 2022 10:56

Kulcsszavak: gyógyszer, gyógyszerterek, gyógyszerterálapítás, Németország

Forrás Internet-helye:

<https://newsroom.apobank.de/pressreleases/apothekengruendungen-2021-keine-auswirkungen-durch-die-corona-krise-3222440>

2021-ben a gyógyszerterálapítók három százaléka létesített új telephelyet. A cégalapítás az esetek 90%-ánál egy létező gyógyszerter megvásárlásával történt. 2021-ben a vásárlók átlagosan 470.000 EUR-t fizettek egy gyógyszerterért (ezek 61%-a ennél olcsóbban, szűk 40%-a ennél magasabb áron kelt el). A vásárlók csaknem egyharmada 600.000 EUR-t vagy annál magasabb, egynegyede (26%) 150.000 EUR-nál alacsonyabb vételárat fizetett.

A gyógyszertervásárláshoz egyéb befektetések is társulnak: a gyógyszerterraktár átvétele, átépítés, berendezés, működés beindításának költségei. 2021-ben ezek átlagosan 641.000 EUR-t tettek ki, ami némi csökkenést tükröz, de így is magas.

Új cég alapítása esetén a beruházás félmillió EUR körül mozgott. 2021-ben az új gyógyszerterát vagy fiókgyógyszertárat alapítók átlagosan 471.000 EUR-t fektettek be a létesítménybe, beleértve a gyógyszerterraktárat.

2021-ben az összes tulajdonost váltó gyógyszerter 18%-a gyógyszerterári társulás volt, amely főgyógyszertárból és fiókgyógyszertárból állt. Az árak ennek megfelelően alakultak: 2021-ben egy átlagosan 2,1 gyógyszerterának megfelelő gyógyszerterári társulás 1,2 millió EUR-ba került. Ehhez járultak még a gyógyszerterári társulással járó tényezők: a gyógyszerterraktár és egyéb beruházások, amelyek társulásonként átlagosan 1,5 millió EUR-t tettek ki.

2021-ben a gyógyszerterálapítók 57%-a nő volt, ami mégis átlagon aluli, mivel az engedélyezett gyógyszerterári alkalmazottak körében a nők aránya meghaladja a 80%-ot. Fiókgyógyszertáraknál a női vásárlók aránya 55%. A gyógyszertervásárláshoz kapcsolódó összkidadások tekintetében a viszony megfordul: a nők átlagosan 616.000 EUR-t, a férfiak 675.000 EUR-t fektettek be. Ennek oka elsősorban a vételárral függ össze. 2021-ben a férfi gyógyszerészek kilenc százalékkal magasabb árat fizettek mint a nők. A vásárlás tekintetében mindkét nemnél a magasabb árú, 600.000 EUR fölötti gyógyszerterek álltak előtérben. Másrészt viszont minden harmadik gyógyszerterálapító nő kisebb (150.000 EUR alatti) gyógyszerterát szerzett meg.

[Lásd még: *Elemzés a gyógyszerterálapításokról Németországban 2019-ben, 2020. 16. sz.*]

A gyógyszerterek statisztikája Németországban 2022-ben

DAZ online, 01.02.2023, 15:15 ;

Life-Science-Personalberatung ACC, 24. 01. 2023.

Kulcsszavak: gyógyszer, gyógyszertárak, gyógyszerteri piac, Németország

Forrás

Internet-helye:

https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2023/02/01/nur-noch-knapp-ueber-18-000-apotheken?mtm_campaign=Nur+noch+knapp+%C3%BCber+18.000+Apotheken&mtm_source=2023-02-01%3ANoch+knapp+18.000+Apotheken+%2F+Elektronische+Kostenvoranschlag%3A+Was+ist+zu+beachten%3F+%2F+Streichung+der+BtMH%3%B6chstmenge+regelung+%E2%80%93+ja+oder+nein%3F+%2F+Vitamin+D+und+Calcium+in+der+Pr%C3%A4menopause%3F&mtm_medium=Tagesnews&mtm_content=article ;
<https://www.acclifesciences.de/magazin/apothekensterben/>

A **Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA)** adatai szerint 2022-ben Németországban már csak 18.068 gyógyszerter működött. 393-mal kevesebb mint az azt megelőző évben. 2010-ben még 2.000-rel több gyógyszerter működött, számuk azóta folyamatosan csökken, de ekkora csökkenés még sohasem volt. Mind az önálló gyógyszerterek (-363), mind a fiókgyógyszertárak (-30) száma csökkent. Németországban jelenleg 100.000 lakosra 22 gyógyszerter jut (az európai átlag 32). Az értékelés a 16 tartományi gyógyszerész kamara adatain alapul.

A **Life-Science-Personalberatung ACC** elemzése 24 német nagyváros gyógyszerteri piacára irányult. Forrásai: *ABDA Report 2022*, *Statistisches Landesamt Sachsen/NRW*, valamint a *Listfix* (a gyógyszerteri piac 2022 évi statisztikája).

Németországban 2008. óta szövetségi szinten 3.500 gyógyszerter szűnt meg. 2022-ben a nagyvárosokban a gyógyszerterek száma összességében 3,2%-kal növekedett. A trend azonban nem egységes: a gyógyszerterek száma az elmúlt évben Brémában, Stuttgartban, Mönchengladbachban és Bochumban szignifikánsan csökkent. Brémában 2022 elején még 140 gyógyszerter működött, jelenleg már csak 114, tehát 26 gyógyszerter (19%) lehúzta a redőnyt. A gyógyszerterek száma Stuttgartban 4,2%-kal, Mönchengladbachban és Bochumban 3,6%-kal (84-ről 81-re, ill. 56-ról 54-re) csökkent.

Ezzel szemben a gyógyszerterek száma 2022-ben Münsterben 26,9%-kal (78-ről 99-re), Karlsruheban 14,8%-kal (61-ről 70-re), Nürnbergben 13%-kal (100-ról 113-ra) növekedett. A vizsgálatban megjelenő 24 nagyvárosban összességében több gyógyszerter zárt be, mint amennyi nyitott.

Dr. Thomas Müller-Bohn szerint az utóbbi felmérés hibás metodikát alkalmaz, adatai és következtetései nem helytállóak (DAZ.online, 31. 01. 2023.; <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2023/01/31/unerklaerliche-statistik>).

Az orvosi biotechnológia helyzete Németországban 2022-ben – Biotech-Report 2022

vfa – Die forschenden Pharmaunternehmen

Juni 2022 | Boston Consulting Group • vfa bio

Kulcsszavak: gyógyszer, gyógyszeripar, biotechnológia, orvosi biotechnológia, ritka betegségek gyógyítására szolgáló gyógyszerek, orphan drugs, Németország

Forrás Internet-helye: <https://www.chemanager-online.com/news/biotech-report-2022-von-bcg-und-vfa-bio-veroeffentlicht> ;

Az összes Biotech-Report 2007. óta:

<https://www.vfa-bio.de/vb-de/vb-presse/vb-publikationen>

A legfontosabbak dióhéjban:

- A biofarmaceutikumok forgalma (gyógyszertári és kórházi piac) 2020-hoz viszonyítva 10,2%-kal, 16,1 milliárd EUR-ra növekedett. A teljes gyógyszerpiachoz viszonyított arány 30,8%-ról 31,4%-ra növekedett.
- A biofarmaceutikumok forgalma piacra való bevezetésük óta erőteljesen növekedik; a növekedés már az első években elérte a 80%-ot.
- Ez az arány 26 újonnan engedélyezett biofarmaceutikummal az összes újonnan engedélyezett gyógyszer 46%-ával – 2020-hoz hasonló eredményt mutat.
- A kutatás-fejlesztés 1,8%-kal növekedett: a klinikai fejlesztés fázisában levő biofarmaceutikumok száma egy év leforgása alatt 657-ről 669-re növekedett.
- Az orvosi biotechnológiai cégek foglalkoztatottjainak száma 3,1%-kal, 46.000-re növekedett.

A **Biotech-Report 2022** a ritka betegségek gyógyítására szolgáló gyógyszerekre összpontosít. Az EU-ban ritka betegségnek számít, ha 10.000 személyre nem több mint öt ilyen eset jut. A ritka betegségek száma 8.000-re becsülhető. Az EU-ban eddig 200 ritka betegség gyógyítására szolgáló gyógyszert (*orphan drugs*) engedélyeztek. E gyógyszerek többsége (68%) átmegy az Európai Gyógyszerügynökség (EMA) engedélyezési eljárásán, 25%-ukat feltételesen, 7%-ukat rendkívüli körülmények esetén engedélyezik. Az engedélyezést megelőzően a gyógyszerügynökség ismételten megvizsgálja az orphan drug-státuszt és a már létező gyógyszerekkel szembeni többlethesznot. Az EMA a felülvizsgálatok 74,4%-ánál megállapítja a többlethesznot.

„**A ritka betegségek gyógyítására szolgáló gyógyszerekről szóló 141/2000/EK Rendelet**” az EU egyik sikertörténete. Mivel azonban összes ritka betegség 98%-a vonatkozásában még nincs gyógyszer, ezek támogatását folytatni kell.

[Lásd még: *Az orvosi biotechnológia helyzete Németországban – Biotech-Report, 2020. 15. sz.; 2021. 13. sz.*]

***Jelentés a kardiológiai beavatkozásokról Németországban 2020-ban –
Deutscher Herzbericht 2021***

Deutsche Herzstiftung, Deutsche Gesellschaft für Kardiologie- Herz- und
Kreislaufforschung e.V. (DGK), Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und
Gefäßchirurgie (DGTHG), Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie (DGPK),
Juli 2022 (184 p.)

Kulcsszavak: kardiológia, szívsebészet, Németország

Forrás Internet-helye:

<https://www.herzstiftung.de/service-und-aktuelles/publikationen-und-medien/herzbericht>
; <https://www.herzstiftung.de/system/files/2022-09/DHB21-Herzbericht-2021.pdf>

A *Deutscher Herzbericht* szerint a szívbetegségek miatti hospitalizációk rátája 2020-ban 2018-hoz viszonyítva átlagosan tíz százalékkal csökkent. 2020-ban, a pandémia első évében ischémiás szívbetegség miatt 11,4%-kal (691,7/100.000 lakos vs. 613,0), szívritmuszavarok miatt 9,9%-kal (520,7/100.000 vs. 469,1), szívelégtelenség miatt 9,3%-kal (486/100.000 vs. 441,7), veleszületett rendellenesség miatt 4,0%-kal kevesebben kerültek kórházba mint 2018-ban.

A jelentés kiemelt jelentőséget tulajdonított a nem gyógyítható szívelégtelenségnek, amelynek életkor és nemek szerint standardizált hospitalizációs rátája 2019-ben 100.000 lakosra 510 volt, ami újabb csúcsot jelentett. 2019-ről 2020-ra aztán 13,4%-os csökkenés következett be, ami csaknem 58.000 betegnek felel meg.

A 2020-ban 2018-hoz viszonyítva kimutathatóan csökkenéssel járó elektív beavatkozások: koronária-CT-angiográfia (-6%), perkután koronária intervenció (PCI: -5%), aortabillentyű műtét (- 27,0%), szívritmusszabályozó-beültetés (-3,2%), kardioverter-defibrillátor beültetés (-10%).

A szívbillentyű-műtétek és a katéteres aorta billentyű beültetések (TAVI) száma azonban 2018-hoz viszonyítva 2,4%-kal növekedett. Az izolált TAVI-beavatkozások száma 2019-hez viszonyítva viszont 11,6%-kal csökkent (2020: 21.544 vs. 2019: 24.386), amit a szerzők a pandémiának tulajdonítanak.

A jelentés a korábbiakhoz viszonyítva három új fejezetet tartalmaz: rehabilitáció, ellátási struktúrák és komorbiditások. A *Deutsche Herzstiftung* 4 millió EUR-ral támogatta a kutatást.

[Lásd még: *Jelentés a kardiológiai beavatkozásokról Németországban – Deutscher Herzbericht*, 2015. 9. sz., 2016. 11. sz.; 2017. 5. sz.; 2018. 4. sz.; 2019. 6. sz.; 2021. 4. sz.; 2021. 19. sz.]

Szívelégtelenség és depresszió.

Az Európai Preventív Kardiológiai Társaság állásfoglalása

European Journal of Preventive Cardiology, Volume 29, Issue 7, May 2022,
Pages 1124–1141, <https://doi.org/10.1093/eurjpc/zwac006>

Kulcsszavak: multimorbiditás, kardiológia, szívelégtelenség, lelki egészség, lélektani tényezők, depresszió, szorongás, palliatív ápolás, kockázati tényezők, European Association of Preventive Cardiology (EAPC), ESCAPE-PROJECT, Európa

Forrás **Internet-helye:** <https://academic.oup.com/eurjpc/advance-article/doi/10.1093/eurjpc/zwac006/6519306?login=false> ; <https://www.escardio.org/The-ESC/Press-Office/Press-releases/Depression-increases-heart-failure-risk-by-40> ;
<https://academic.oup.com/eurjpc/issue/29/7>

ESCAPE-PROJECT Integrated healthcare for multimorbid elderly patients:
<https://escape-project.org/project-overview/>

Prof. Dr. Karl-Heinz Ladwig (Department of Psychosomatic Medicine and Psychotherapy, Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München (TUM) és mt. szerint a depresszió és az azt kísérő kockázati tényezők kedvezhetnek a szívelégtelenség kialakulásának és súlyosbíthatják annak lefolyását. A *European Association of Preventive Cardiology* szakértői felhívják a figyelmet a pszichoszociális kockázati tényezőkre és azoknak a krónikus szívbetegségben szenvedők kezelése során való figyelembevételére.

A szívbetegek gyakran kerülnek ördögi körbe, a depresszió és a szívelégtelenség közötti összefüggés ugyanis kétirányú. Ha a szívelégtelenség súlyosabbra fordul, a betegen eluralkodik a kétségbeesés és a reménytelenség. Oda kell figyelni a szívelégtelenség lelki komplikációira és a betegeket pszichológiai kezelésben is részesíteni kell.

A szerzők szerint a gyógyszeres terápia nem alkalmas szívelégtelenségben szenvedő betegek depresszív tüneteinek kezelésére, az antidepresszánsok esetükben nem hatékonyak. Inkább javallják a testmozgás és a kognitív viselkedésterápia kombinációját. A viselkedésterapeutával folytatott beszélgetés segíti a negatív gondolkodási minták leépítését, a testmozgás pedig javítja az agyi vérkeringést, erősíti az izomzatot, a beteg fizikai teljesítőképességét.

A szívelégtelenségben szenvedő betegek pszichoszociális szükségleteit is figyelembe vevő interdiszciplináris kooperáció az Európában éppen kezdődő *ESCAPE-Study (Study of Congestive Heart Failure and Pulmonary Artery Catheterization Effectiveness)* keretében is megjelenik. Ez azt teszteli, hogy a háziorvos, a kardiológus és a *Care Manager* háromoldalú együttműködése mennyiben képes jobb eredményeket elérni a szívelégtelenségben szenvedő és pszichésen is megterhelt betegeknél, mint a rutinszerű kezelés.

**Sorozatgyilkosok a kórházakban és ápolási otthonokban.
A halál angyalainak kriminalisztikai profilja**
Medscape, October 24, 2022

Kulcsszavak: orvostika, eutanázia, halálba segítés, egészségügyi jog, büntetőjog, nemzetközi

Forrás Internet-helye:

https://www.medscape.com/viewarticle/982924?src=WNL_trdalrt_pos1_ous_221025&ua_c=347207CJ&impID=4789549#vp_1 ;

John E. Douglas: https://en.wikipedia.org/wiki/John_E._Douglas ;

Műsorajánló: „A másik nővér” c. film egy kórházi sorozatgyilkosról. Főszerepben: Eddie Redmayne. A Netflixen: <https://www.netflix.com/hu/title/81260083> ;
<https://onvideo.hu/video/157325971/a-masik-nver-online-teljes-film-2022/>

Az utóbbi évtizedekben világviszonylatban megsokasodtak a kórházakban és ápolási otthonokban a betegek sérelmére elkövetett sorozatgyilkosságok: Európában 36, az Egyesült Államokban és Dél-Amerikában 18, Japánban 4, Ausztráliában 3, Kanadában 1 sorozatgyilkost dokumentáltak, akik csupán a német nyelvterületen 205 halálos áldozatot követeltek, akik közül 40 ápolási otthon lakója, 165 pedig kórházi beteg volt.

John E. Douglas (az FBI Behavioral Science Unit nyomozója, a Mindhuter nonfiction krimi, valamint a Crime Classification Manual társszerzője) többek között az egyik legismertebb sorozatgyilkos, Ted Bundy esetét elemezte, aki 30 kórházi gyilkosságot vallott be. A *Crime Classification Manual* szerzői szerint a kórházi gyilkosok két típusa: aki kegyes halált akar gyakorolni (*pseudo-mercy homicide*), amellyel hite szerint enyhíti a beteg szenvedéseit; valamint az, aki álhősnek láttatva magát (*pseudo-hero homicide*) általában gyógyszeradagolással maga váltja ki a sürgősségi helyzetet és a hős szerepében tetszeleg, aki sikertelenül kísérelte megmenteni a beteg életét.

Az álhős hírhedt esete Harold Shipman, MD, aki 15 gyilkosságot vallott be, a vizsgálat során azonban felmerült, hogy több mint 250 halálos áldozata volt. Biográfusa, Brian Whittle (*Prescription for Murder: The True Story of Dr. Harold Frederick Shipman*, <https://www.amazon.com/Prescription-Murder-Harold-Frederick-Shipman/dp/0751529982>) szerint Anglia legveszélyesebb kórházi gyilkosa volt. Az eset

következtében Angliában jogszabályokat módosítottak a gyógyszerkezelés, a halottszemle, a halotti bizonyítványok kibocsátása, illetve a gyanús esetek bejelentése vonatkozásában.

Ugyancsak Douglas ismertette Genene Jones, a „halál angyala” néven ismertté vált nővér esetét. Kollegái szerint Jones kiemelkedő ápoló volt, aki magas szakértelemmel és mély empátiával rendelkezett, a halottasházig kísérelte a halott gyermekeket és gyermekdalokat énekelt az élettelen test mellett. Amikor rávetődött a gyanú, kollegái azzal keltek védelmére, hogy mindig ő vállalta a legsúlyosabb eseteket. Akkor vált tényleg gyanússá, amikor eltűnt egy fiola sux (szuxametónium vagy szukcinilkolin), egy orvos pedig rá gyanakodott. Miután rábizonyították egy tizenöt hónapos gyermek megölését, 99 év börtönbüntetésre ítélték. A hatóságok gyanúja szerint azonban több mint 60 gyermek haláláért lehetett felelős.

A bíróság ártatlannak nyilvánította a 14 beteg halálát okozó amerikai orvost

Medscape, April 21. 2022

Kulcsszavak: orvosetika, eutanázia, kegyes halál, halálba segítés, egészségügyi jog, büntetőjog, Egyesült Államok

Forrás Internet-helye: <https://www.medscape.com/viewarticle/972525>

A vádirat szerint William Husel orvos négy év alatt legalább 14 súlyos beteget küldött halálba opioid túladagolással (500 és 2.000 mikrogramm közötti Fentanyl beadásával) *Columbus Ohio*-ban, a *Mount Carmel West Hospital* intenzív osztályán. A Franklin megyei bíróságon lefolytatott hét hetes tárgyalás után az esküdtek „ártatlannak” találták, az államügyészség pedig elfogadta az ítéletet.

Az eutanázia az Egyesült Államokban illegális. Tíz szövetségi államban és *District of Columbia*-ban megengedett. Az eset a megbiztonsági szabályok súlyos megsértését tárta fel a *Mount Carmel West Hospital*-ban, amely a *Trinity Health* katolikus kórházlánc része. A fegyelmi eljárás során elbocsátották a kórház főigazgatóját, vezető főorvosát, tucatnyi ápolót és gyógyszerészt. A megbiztonsági hiányosságok miatt a hatóságok elmarasztalták a *Mount Carmel-System*-et.

A bírósági eljárás során különböző vallomások hangzottak el arról, hogy a betegek a fájdalom jeleit mutatták volna, vagy egyáltalán képesek voltak-e a fájdalomérzetre.

Az ügyészek érvelése szerint Husel, aki a *Cleveland Clinic*-nél szerezte intenzív terápiás szakorvosi vizsgáját, eleve azzal a szándékkal helyezkedett el a *Mount Carmel*-nél, hogy betegeket öljön és siettesse halálukat. Az intenzív osztályon dolgozó tapasztalatlan ápolók nem kérdőjelezték meg az általa igényelt magas gyógyszerdózisokat. Az áldozatok száma végül is nem tisztázódott. Az intenzív osztályon 35 beteg halt meg, akiknek a palliatív extubáció alkalmával Husel magas Fentanyl-dózist adagolt. Az állam eredetileg 25 esetről indult ki, később azonban 14 haláleset miatt emelt vádat. Husel több alkalommal is csak szóban rendelkezett és nem rögzítette az eljárást az elektronikus betegdokumentumban, Ő és az ügyeletes ápolók nem sürgős esetekben gyakran kerülték meg a standard eljárást és nem kérték ki a szolgálatos gyógyszerész engedélyét.

Eddig az Egyesült Államokban egy hasonló eset fordult elő. 1996-ban Kansasben az esküdtek emberölés kísérlete miatt bűnösnek találták Lloyd Stanley Naramore-t, aki opioidot adagolt egy betegnek, egy másik betegnél pedig leállította az invazív lélegeztetést. Miután Naramore hat hónapot töltött börtönben, a fellebbviteli bíróság bizonyítékok hiányában felmentette.

2022 tavaszán egy nashville-i bíróság elítélte RaDonda Vaught ápolónőt, aki a *Vanderbilt University Medical Center*-ben gondatlan emberölést követett el, amikor tévedésből Versed® (Midazolám) helyett a Vecuronium halálos dózisát adta be egy betegnek.

Könyvajánló: A kórház, mint tetthely
Das österreichische Gesundheitswesen – ÖKZ,
Ausgabe 03-04/2022, 11. April 2022, 16-18 p.

Kulcsszavak: orvostika, eutanázia, halálba segítés, egészségügyi jog, büntetőjog, Karl-Heinz Beine, Németország, Ausztria

Forrás Internet-helye: <https://www.gesundheitswirtschaft.at/publikation/63-jg-2022-3-4/der-tod-ist-in-einer-klinik-ein-staendiger-gast/> ; <https://www.droemer-knaur.de/buch/prof-dr-karl-h-beine-tatort-krankenhaus-9783426301876>



Karl H. Beine: Tatort Krankenhaus – Ein kaputtes System macht es den Tätern leicht; Droemer-Knaur, 272 p., 9,99 EUR, ISBN-13: 9783426276884 , ISBN-10: 3426276887

Dr. med. Karl-Heinz Beine (Sz. 1951.), 2020-ig az Universität Witten/Herdecke pszichiátriai-pszichoterápiai tanszékének vezetője, a St. Marien-Hospital Hamm osztályvezető főorvosa. A kórházi sorozatgyilkosságok kutatója. 2018-ban „Az orvosi halálba segítés gyakorlata a német kórházakban” c. könyve 2.683 ápoló és 2.507 orvos anonim megkérdezésén alapult.

Niels Högel esete: 1999 és 2005 között ápolóként számos kórházi gyilkosságot követett el Oldenburg-ban és Delmenhorst-ban. A hatóságok 332 haláleset miatt folytattak ellene eljárást, végül 80 gyilkosság miatt ítélték el. Mind a kórházak, mind a bírósági szereplők több hibát és mulasztást követtek el. Történetéről több dokumentumfilm és egy fikcionalizált játékfilm is készült. [https://de.wikipedia.org/wiki/Niels_H%C3%B6gel]

A négy osztrák segédápoló esete: Bécs 13. kerületében, Lainz-ban négy segédápoló 1983 és 1989 között több gyilkosságot követett el betegek sérelmére. Ők inzulin vagy Flunitrazepam (Rohypnol) túladagolásával altatták el a betegeket. Az eljárás ebben az esetben is több mulasztást és több feljelentést követően kezdődött el. Egyébként segédápolóként nem is lettek volna jogosultak injekció beadására, a túlterhelt orvosok azonban betanították őket és rájuk bízta az éjszakai injekciók beadását. A vádlottakat 20 gyilkosság és 28 gyilkossági kísérlet miatt ítélték el. A bíróság két esetben életfogytiglani, egy esetben 20 éves, egy esetben 15 éves börtönbüntetést szabott ki. Történetükről film is készült „Die Mörderschwestern” címmel. [https://en.wikipedia.org/wiki/Lainz_Angels_of_Death; https://de.wikipedia.org/wiki/Todesengel_von_Lainz]

A Parkinson-kóros öregúr esete a zöldszemű szörnnyel
World Journal of Clinical Cases, 2022; 10(3): 1024-1031

Kulcsszavak: esetleírás, lelki egészség, Parkinson-kór, Othello-szindróma, Kína

Forrás Internet-helye:

<https://www.wjgnet.com/2307-8960/full/v10/i3/1024.htm>

Egy 70 éves kínai férfit, akinél 60-ik életéve után jelentkeztek a Parkinson-kór tünetei, viselkedésváltozás miatt kórházba utaltak. Kereken hat hónapja féltékenykedni kezdett feleségére, ezzel egyidejűleg növekedett a libidója. Parkinson-kórja miatt kilenc éve Levodopa-Benszerazid-ot (200-50 mg/d), hat éve Pramipexol-t (naponta 0,75 mg és 1,5 mg között) és Szelegilin-t (1 mg/d) szedett. Az elmúlt években elsősorban rövidtávú emlékezete megromlott. Mielőtt kórházba került volna, három hónapig vizuális hallucinációi voltak. Fizikailag azonban rendben volt.

Az orvosok diagnózisa: Othello-szindrómával kísért Parkinson kór, impulzuskontroll-zavar és demencia.

A féltékenység különböző pszichotikus zavaroknál fordul elő. Organikus pszichózisoknál a rögeszmén kívül tájékozódási zavarok és egyéb kognitív szimptómák is jelentkeznek. Vizsgálatok szerint a féltékenységi rögeszme organikus (7%) és paranoid pszichózisoknál (6,7%), alkoholos pszichózisoknál (5,6%), valamint skizofrénia esetén (2,5%) a leggyakoribb, érzelmi zavaroknál viszont alig 0,1%. Egy kutatás szerint a féltékenységi rögeszme prevalenciája a demensek körében csaknem 16%. A szerzők szerint a Parkinson-kórban szenvedők körében az Othello-szindróma és az impulzuskontroll-zavarok a dopaminantagonisták mellékhatásainak tulajdoníthatók.

Guo-Hua Zhao, MD, Director, Doctor, Department of Neurology, The Fourth Affiliated Hospital, Zhejiang University School of Medicine, No. N1 Shangcheng Avenue, Yiwu 322200, Zhejiang Province, China.
gzhao@zju.edu.cn

Orvosok Balzac életében és műveiben

Front Neurol Neurosci 2013;31:225-35. doi: 10.1159/000343671.

Epub 2013 Mar 5. ; Apud Univadis, 14. 10. 2022

Kulcsszavak: orvostörténet, irodalomtörténet, orvosok, infotainment, Honoré de Balzac, Franciaország

Forrás Internet-helye: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23485904/> ;
https://www.univadis.de/viewarticle/62487f1a-db4b-3ff0-95b7-6a9a3b403974?uac=347207CJ&u=g7Nnk16ewguWS5hWLN23V/9E96keG%2B95Js9Lm6D2gtUl4Soq8URsQKrZIarLAUYJ&sso=true&ecd=dnl_perso_221020_unid_ay_MUDDE_5026234&utm_content=5026234&utm_term=&utm_medium=email&uid=62487f1a-db4b-3ff0-95b7-6a9a3b403974&utm_source=&utm_campaign=medical%20updates%20-%20daily%202.5%20perso

Balzac érdeklődése az egészség és az orvosok iránt gyermekkori tapasztalataiból származik. Apja a tours-i hospice igazgatója volt. Anyja, akitől nem sok szeretetet kapott, álvallásos és okkult szemléletével gyakorolt rá befolyást. Később kora számos tudásával ápolt baráti kapcsolatokat. Ezek közé tartozott Guillaume Dupuytren, François Joseph Victor Broussais (1772-1838) katonaeorvos és patológus, Georges Cuvier természettudós, Geoffroy Saint-Hilaire zoológus. Néhányan, mint Guillaume Dupuytren (Dr. Desplein; „Az ateista miséje”) és Dr. Émile Regnault (Horace Bianchon orvos; „César Birotteau”) regényeiben is megjelennek.

Legközelebbi bizalmasa Dr. Jean-Baptiste Nacquart (1780-1854) a halálos ágyánál is jelen volt. Neki ajánlotta „A völgy liliumát”. Nacquart személyes érdeklődésének és hatásának tulajdonítható a frenológia és a fiziognómia kiemelt megjelenítése az Emberi színjátékban.

Balzac érdeklődése az orvosok személyiségére összpontosult, de műveiben egyes betegségek leírása is megjelenik. „Pierrette“ (1840) c. regényében egy krónikus szubdurális hematóma esetét írja le, beleértve annak traumatikus keletkezését és sebészeti kezelését. Tette ezt egy olyan korban, amikor a szubdurális hematóma még nem számított önálló klinikai entitásnak, hanem azt egy gyulladás eredményének tekintették.

„Louis Lambert“ (1832) c. önéletrajzi regényében egy fiatal férfi szellemi hanyatlását írja le és ezzel a skizofrénia első teljes és meggyőző leírását produkálta, 69 évvel azelőtt, hogy Emil Kraepelin leírta a dementia praecox teljes kórképét és 76 évvel azelőtt, hogy Egon Bleuler bevezette a skizofrénia kifejezést.

Dr. Jarbas Barbosa, a Pánamerikai Egészségügyi Szervezet új igazgatója

Forrás Internet-helye: <https://www.paho.org/en/jarbas-barbosa-bio> ;
<https://www.paho.org/en/news/28-9-2022-dr-jarbas-barbosa-da-silva-jr-brazil-elected-paho-director> ;



A **Pánamerikai Egészségügyi Szervezet (Pan American Health Organization – PAHO)** kettős intézményi kötődéssel rendelkezik: egyrészt az **Inter-American System** specializált egészségügyi ügynöksége, másrészt az **Egészségügyi Világszervezet Amerikai Regionális Irodájának** teendőit is ellátja.

Dr. Jarbas Barbosa brazil orvos, egészségpolitikus.

Orvostudományi tanulmányok: *Universidade Federal de Pernambuco, Recife.*

Szakorvosi vizsga: népegészségügy és epidemiológia (*National School of Public Health, Oswaldo Cruz Foundation-FIOCRUZ, Rio de Janeiro*).

PhD népegészségügyből (*University of Campinas-UNICAMP, São Paulo*).

1982-től: *State Department of Health, Pernambuco*, a szexuális úton terjedő fertőző betegségek és a HIV/AIDS elleni program koordinátora.

1997-2003: a brazil Egészségügyi Minisztérium keretében működő *National Center for Epidemiology (CENEPI)*, Brasilia igazgatója.

2003-tól: egészségügyi államtitkár; 2006-tól miniszterhelyettes.

2007-2010 március: az egészségügyi surveillance és betegségmenedzsment regionális menedzsere a PAHO-nál.

2011-től ismét a brazil egészségügyi minisztérium államtitkára. 2015 július és 2018 július között a *Brazilian Health Regulatory Agency (ANVISA)* elnöke-vezérigazgatója.

Brazília képviselőjeként a PAHO és a WHO igazgatási testületeinek tagja: 2013-2014: a PAHO végrehajtó tanácsának elnöke; 2014-2015: a WHO végrehajtó testületének alelnöke. A *United Nations Interagency Coordination Group on Antimicrobial Resistance (IACG UN)* és a *Pandemic Influenza Preparedness Framework Advisory Group (PIP Framework AD)* tagja, 2016-tól annak elnöke.

2017 júliustól a PAHO igazgató-helyettese, öt technikai osztály irányítója.

2022. szept. 28-án a Pan American Sanitary Conference a Pánamerikai Egészségügyi Szervezet igazgatójává választotta. Ötéves mandátuma 2023.

február 1-én kezdődött. ***Elődje, a dominikai Dr. Carissa F. Etienne*** 2012 és 2023 január között állt a szervezet élén.

***Ole Wichmann, az Egészségügyi Világszervezet
európai oltási bizottságának új elnöke***

Forrás Internet-helye: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/229855>



Dr. med. Ole Wichmann, német orvos, epidemiológus, immunológus.

Orvostudományi tanulmányok: Rostock, Hamburg, Würzburg.

Pályafutása első éveiben az infektológia és az utazási orvostan területén működött.

Posztgraduális tanulmányok keretében alkalmazott epidemiológiát tanult a *Robert Koch-Institut*-nál.

Két évig dolgozott Szöulban az *International Vaccine Institute*-nél, ahol egyebek között a *Pediatric Dengue Vaccine Initiative* kutatási projektvezetője volt.

2009. óta az oltás általi prevenció szakmai vezetője a *Robert Koch-Institut*-nál.

2012. óta a *Charité – Universitätsmedizin Berlin* óraadó oktatója.

2017. óta az Egészségügyi Világszervezet európai oltási bizottságának tagja. E csoport feladata az Egészségügyi Világszervezet Európai Irodája számára való tanácsadás az oltással megelőzhető betegségek és az immunizáció területén.

2022 vége óta az Egészségügyi Világszervezet európai oltási bizottságának (European Technical Advisory Group of Experts on Immunization – ETAGE) elnöke. E minőségében állandó meghívottként képviseli az Egészségügyi Világszervezet Európai Irodáját a WHO állandó oltási bizottságában (*Strategic Advisory Group of Experts on Immunization – SAGE*), valamint további globális munkacsoportokban. [[https://www.who.int/europe/groups/european-technical-advisory-group-of-experts-on-immunization-\(etage\)](https://www.who.int/europe/groups/european-technical-advisory-group-of-experts-on-immunization-(etage))]

Kinevezések az Egészségügyi Világszervezetnél
World Health Organization, 13 December 2022

Forrás Internet-helye: <https://www.who.int/news/item/13-12-2022-world-health-organization-names-sir-jeremy-farrar-as-chief-scientist-dr-amelia-latu-afuhaamango-tuipulotu-as-chief-nursing-officer>

Dr Jeremy Farrar, új Chief Scientist



17 évig dolgozott Vietnámban, ahol a trópusi betegségek kórházának kutatási igazgatója volt. 2013. óta a *Wellcome Trust* igazgatója.

Tagságok: *Academy of Medical Sciences UK, European Molecular Biology Organisation (EMBO), National Academies USA, The Royal Society.*

Dr Amelia Latu Afuhaamango Tuipulotu, új Chief Nursing Officer



Az első nő Tongában, aki ápolóként PhD fokozatot szerzett. A *Vaiola Hospital*, az ország legnagyobb kórházának ápolási igazgatója volt. 2014 és 2019 között *Chief Nursing Officer*. 2019-ben a *University of Sidney* címzetes professzora.

2019 és 2021 december között a Tongai Királyság egészségügyi minisztere.

2020 májustól 2022 decemberig az Egészségügyi Világszervezet Végrehajtó Tanácsának tagja. 2020. óta a tanács rapportőre. Kinevezésére az *International Council of Nurses (ICN)* javaslatára került sor. A főápolói poszt hét évig betöltetlen volt. Hivatalba lépésére 2023 első negyedévében kerül sor.

Elhunyt John Michael Walshe brit kutatóorvos, a Wilson-kór jeles specialistája

Forrás Internet-helye: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(22\)02312-1/fulltext?dgcid=raven_jbs_etoc_email](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(22)02312-1/fulltext?dgcid=raven_jbs_etoc_email) ;
<https://www.hemingfordgreyparishcouncil.gov.uk/uploads/john-walsh-2.pdf>



Dr John Michael Walshe
1920—2022



Make a donation
in memory of
Dr John Michael Walshe

John Michael Walshe brit orvos (Sz. Kensington, London, 1920. április 24. – Mh. Hemingford Grey, 2022. október 14.). Apja, Sir Francis Walshe, nemzetközi tekintélyű neurológus (*National Hospital for Nervous Diseases*), apai nagyapja tisztiorvos volt a karibi St. Lucia szigetén, anyai nagyapja férfiápolók munkaközvetítésével foglalkozott. 1958-ban költözött feleségével az akkor 700 lakossal rendelkező *Hemingford Grey*-be, egy „bájos, csöndes faluba”, ahol megvettek egy 17. századi, másodfokú műemléki védettségű házat, amelyben 55 évig éltek együtt.

Orvostudományi tanulmányok: *Trinity Hall, Cambridge; University College Hospital (UCH) London.*

1942-ben a *University College Hospital*-nál helyezkedett el, ahol akkoriban apja is dolgozott. 1955-ben az Egyesült Államokban a *Boston City Hospital* ösztöndíjasaként kezdett foglalkozni a Wilson-kór kezelésével. Felfedezte, hogy a Penicillamin nevű vegyület javíthatja a betegek állapotát és meghosszabbíthatja várható élettartamukat. Saját magán kísérletezett a készítménnyel és meggyőződött egy amerikai laboratóriumot annak előállítására.

Andrew Lees professor emeritus (*National Hospital for Neurology and Neurosurgery, London*) szerint Walshe „magányos farkas” volt, aki egymagában vagy néhány kollegával szeretett dolgozni.

1956. óta harminc évig volt a *Department of Investigative Medicine at Addenbrooke's Hospital Cambridge* kutatóorvosa. Kutatói állásából 1987-ben ment nyugdíjba, de nyolcvan éves koráig részmunkaidőben továbbra is gyógyított a londoni *Middlesex Hospital*-ban.

Aktív éveiben szenvedélyes fotográfus volt, középkori templomok ólomberakásos ablakait fotózta előszeretettel. Sokat pasziánszozott számítógépén. Időskorában is megnézte a rögbi- és krikettmeccseket. Klasszikus zenét hallgatott.

102 éves korában Hemingford Grey-ben, otthonában halt meg.

Költség hozzájárulások, várólisták, szolgáltatások volumene.
Az európai egészségügyi rendszerek összehasonlítása – egységes szerkezetben
WIP – Wissenschaftliches Institut der PKV, Februar, 2022 (48 p.)

Forrás Internet-helye:

<http://www.wip-pkv.de/oeffentlichkeit/aktuelles/detail/neue-wip-analyse-kostenbeteiligungen-wartezeiten-leistungsumfang-ein-europaeischer-vergleich-der-gesundheitssysteme.html> ;

http://www.wip-pkv.de/fileadmin/DATEN/PDF/Studien_in_Buchform/WIP-2022-Kostenbeteiligung-Wartezeiten-Leistungsumfang-Ein_europaeischer_Vergleich.pdf ;

Prezentáció (13 slide):

http://www.wip-pkv.de/fileadmin/DATEN/PDF/Veranstaltungen/WIP-Praesentation_Europaeische_Gesundheitssysteme_2022-02-15.pdf

Az elemzés dokumentálja, hogy mind az adókból, mind a járulékokból finanszírozott egészségügyi rendszerekben léteznek a szolgáltatások hozzáférését akadályozó tényezők. Nincs vagy korlátozott a betegbiztosítási védelem, kötelező költség hozzájárulásokat kell fizetni, korlátozott a betegek választási szabadsága, várólisták keserítik meg a betegek életét.

Kezelésekhez való kötelező költség hozzájárulás: Németországban az önrészek viszonylag csekély mértékűek, a házi orvosi és szakorvosi szektorban a betegeknek nem kell önrészt fizetniük. Ez ugyan más országokban is így van, de az ellátást esetenként más akadályok korlátozzák. Az elemzés összefüggést mutat ki az ellátáshoz való hozzáférést akadályozó tényezők és az egészségügyi rendszer finanszírozási formája között: Azok az országok, amelyek nem vagy csak csekély összegű költség hozzájárulást hajtanak be, gyakran kapuóri rendszerrel korlátozzák az ellátáshoz való hozzáférést. Egyes országok egyszerre költség hozzájárulásokkal és kapuóri rendszerrel is korlátokat állítanak. Másutt viszont (pl. Luxemburgban, Ausztriában és Svájcban) viszonylag magas önrészek mellett lemondanak a kapuóri rendszerről.

A ***várólisták*** az adókból finanszírozott rendszerekben jóval elterjedtebbek mint ott, ahol az egészségügyet járulékokból finanszírozzák. Németországban a várólisták alárendelt szerepet játszanak. Egy nemzetközi összehasonlító tanulmány keretében a megkérdezett német betegek 74%-a válaszolta, hogy amikor legutóbb orvosi

segítségére volt szüksége, még ugyanazon a napon, vagy másnap időpontot kapott. Más országoktól eltérően Németországban a jövedelmi különbségek alig tűnnek releváns tényezőknek.

A privát egészségügy szerepe: Ha a betegek akadályokba ütköznek, kiutat keresve a privát egészségügyi piachoz fordulhatnak. Privát kezeléssel megkerülhetik a várólistákat, vagy maguk választotta szakorvoshoz fordulhatnak. Németországtól eltérően az európai országok többségében működik egy jól kiépült privát egészségügyi piac, teljes mértékben privát módon praktizáló orvosokkal. A privát bevételek nem folynak be az állami rendszerbe, hanem a privát szektorban maradnak.

Privát kiegészítő biztosítások: A megfelelő pénzügyi forrásokkal rendelkező betegek megfelelő kínálat esetén privát kiegészítő biztosítást köthetnek. Németországban a privát kiegészítő biztosítások aránya 25%, európai összehasonlításban csekély mértékű. Más országokban azonban ezt többnyire létszükségletként ítélik meg. Belgiumban a polgárok 98%-a, Franciaországban 96%-a, Hollandiában 84%-a köt az alapbiztosítás mellett kiegészítő biztosítást.

A ***földrajzi akadályok*** az összes vizsgált országban csekély jelentőséggel rendelkeznek. Ennek ellenére az új egészségügyi intézmények területi tervezése során figyelembe kell venni azoknak a betegek általi elérhetőségét. Kevésbé sűrűn lakott területeken szerepet játszhat a digitalizáció. Kisebb igények, receptkiállítás, laborleletek lehívása problémamentesen online megoldhatók.

Összegzés: Végső soron az összes állami, egységes finanszírozási szabályokon alapuló egészségügyi rendszer kudarcot vall a lakosság egységes ellátása tekintetében. Ennek közvetlen következményeként a kiszervezett vagy nehezen elérhető szolgáltatások biztosítása céljából létrejön egy privát egészségügyi piac. Az alacsony jövedelemmel rendelkező betegek nem engedhetik meg maguknak, hogy saját zsebből fizessék az állami rendszerben elérhetetlen ellátásokat és így az állami egészségügyi rendszer korlátozott szintjére vannak utalva. Az egységes kollektív finanszírozású rendszerek tehát nem nyújtanak védelmet az ellátásbeli különbségekkel szemben. Ezzel szemben a német duális egészségügyi rendszer az összes biztosított számára magasszintű ellátást, európai összehasonlításban széles választási lehetőségeket és terápiás szabadságot, az orvosi szolgáltatásokhoz és az innovációhoz való kevésbé korlátozott hozzáférést nyújt. A német biztosítottak európai összehasonlításban a várólisták és várakozási idők tekintetében is kedvezőbb helyzetben vannak.

2. 1. A biztosítás általi védelem típusai

Az Európai Unióban konszenzus van abban a tekintetben, hogy az egészségügyi ellátáshoz a kor diagnosztikai és terápiás szintjén való hozzáférést pénzügyi lehetőségeitől függetlenül mindenki számára biztosítani kell. A hagyományos komparatív jólétkutatás rendszerint két ideáltipikus rendszert különböztet meg: a Beveridge- és Bismarck-rendszereket. A Beveridge-rendszerek adókból finanszírozott nemzeti egészségügyi szolgálatot működtetnek, amely az univerzális alapszolgáltatás alapján automatikusan biztosítja a lakosok ellátásokhoz való hozzáférést (ellátás elve). A Bismarck-rendszerek sajátossága a kötelező tagsággal járó járulékokból finanszírozott egészségbiztosítás (biztosítás elve). Az egészségügyi rendszerek az elmúlt évtizedekben komplexebbé váltak, így ezek a típusok ma már nem léteznek teljes mértékben „tisztá” formájukban. Az egészségpolitikai reformok folytán az országok többségében hibrid rendszerek képződtek.

A biztosítás általi védelem szervezete

<i>Finanszírozás túlnyomórészt</i>	<i>Egészségbiztosítási teherviselők</i>	<i>Országok</i>
Adókból	Nemzeti egészségügyi szolgálat	Görögország, Nagy-Britannia, Írország, Izland, Lettország, Portugália
	Regionális egészségügyi szolgálat	Olaszország, Spanyolország
	Kommunális egészségügyi szolgálat	Dánia, Finnország, Norvégia, Svédország
Járulékokból	Egységes egészségpénztár	Észtország, Litvánia, Luxemburg, Lengyelország, Szlovénia, Magyarország
	Különböző egészségpénztárak, szabad pénztárválasztás nélkül	Franciaország, Ausztria
	Különböző egészségpénztárak, szabad pénztárválasztással	Belgium, Németország, Hollandia, Svájc, Szlovákia, Csehország

Az adókból finanszírozott egészségügyi rendszerek az egészségügyi ellátás szervezési szintje szerint is differenciálhatók. Nagy-Britanniában, Írországban és Portugáliában az egészségügyi rendszert a kormány, ill. az egészségügyi minisztérium irányítja. Az egészségügyi szolgálat szervezete Olaszországban és Spanyolországban regionális (tartományok, provinciák), a skandináv országokban (Dánia, Finnország, Norvégia, Svédország) szubregionális (járások,

önkormányzatok) szintű. A járulékokból finanszírozott egészségügyi rendszerek viszont aszerint különböztethetők meg, hogy jövedelemfüggő járulékokat (többek között Belgium, Németország, Franciaország, Luxemburg, Ausztria) vagy fejkvótákat (Hollandia, Svájc) alkalmaznak-e. A német duális – állami és privát – egészségügyi rendszer első pillantásra nemzetközi szinten kivételnek számít. Ám figyelembe kell vennünk, hogy Európában az egészségügyi rendszerek sokfélesége jellemző. Az egyes formák többnyire inkább az adott ország hagyományain és kultúráján, történelmi fejlődésén és kevésbé a hatékonyság és eredményesség terhelő indítékain alapulnak.

3. Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés akadályai

Az ellátáshoz való hozzáférés akadályai „külső” (exogén), vagy „a rendszerből származó” (endogén) okokból keletkezhetnek. **Busse és mt. (2006)** hat olyan akadályt azonosítottak, amelyek az ellátás és a hozzáférés közötti diskrepanciát okoznak. Ezek közé tartoznak: a biztosítás teljes hiánya, a szolgáltatások volumenének korlátozása, a költséghezjárulások szabályozása, a földrajzi és szervezeti akadályok, valamint számos szocioökonómiai és szociodemográfiai természetű tényező.

3. 1. A biztosítási védelem hiánya

Az EU tagállamainak többsége állami egészségügyi rendszereket működtet, amelyek elvben a teljes lakosságra kiterjedő univerzális ellátást biztosítanak. Az Európai Unió Alapjogi Chartájának 35. cikke kimondja, hogy: „A nemzeti jogszabályokban és gyakorlatban megállapított feltételek mellett mindenkinek joga van megelőző egészségügyi ellátás igénybevételéhez, továbbá orvosi kezeléshez. Valamennyi uniós politika és tevékenység meghatározása és végrehajtása során biztosítani kell az emberi egészség védelmének magas szintjét.” Az univerzális egészségügyi ellátásra való törekvés ellenére az ellátáshoz való hozzáférés tekintetében továbbra is sok az egyenlőtlenség. A legalapvetőbb probléma a betegséggel szembeni biztosítás hiánya.

Az univerzális egészségügyi ellátás tehát csak papíron létezik. Vannak olyan csoportok, amelyek nem rendelkeznek biztosítással, vagy státuszuk tisztázatlan. Ezek közé tartoznak az iratokkal nem rendelkező menekültek és menedékkérők,

valamint a hajléktalanok. E csoportok ellátásokhoz való hozzáférése egész Európában korlátozott.

A biztosítási védelem hiánya nem az adókból finanszírozott (Beveridge-)rendszerek, hanem a járulékfinanszírozású (Bismarck-)rendszerek sajátja. Utóbbiak (legalábbis elméletben) – a biztosítási elvnek megfelelően – a járulékfizetőket részesítik előnyben. Ez a probléma főleg Franciaországban, Hollandiában és Ausztriában releváns, de pregnánsan jelentkezik Belgiumban, Litvániában, Észtországban, Szlovákiában, Magyarországon és Lengyelországban. Az OECD adatai szerint Észtországban a lakosság 5%-a, Szlovákiában 5,4%-a, Magyarországon 6%-a, Lengyelországban 7,1%-a nem rendelkezik betegséggel szembeni biztosítási védelemmel.

3. 2. A biztosítás volumenének korlátozottsága

A vizsgált országokban a szolgáltatások volumene az alapvető területeken hasonló mértékű. Az orvosilag szükséges ambuláns és fekvőbeteg ellátás költségeit mindenütt fedezik. A szolgáltatások spektrumának konkrét formája az egészségügyi rendszer finanszírozása szerint is különbözik. Az adókból finanszírozott rendszerekben az egészségügyi intézmények az államhoz tartoznak, emiatt alig rendelkeznek önállósággal. A járulékfinanszírozású rendszerekben a szolgáltatások volumenét és a térítéseket a finanszírozási teherviselők és a szolgáltatók közös önkormányzata szabályozza.

A vizsgált országok egyike sem nyújt 100%-os biztosítási védelmet. Az egészségügyi kiadások jelentős részét privát módon kell fizetni vagy biztosítani. Az ambuláns szektorban a fedezet mértéke Lettországon és Portugáliában nem éri el a 60%-ot, Dániában, Svédországban, Szlovákiában és Csehországban viszont eléri a 90%-ot, vagy akár meg is haladja azt. Ezt a küszöböt Németország és Nagy-Britannia is eléri (89%). Az ambuláns házi- és szakorvosi ellátás többnyire ingyenes, de bizonyos szolgáltatásokért ott is fizetni kell.

A fekvőbeteg szolgáltatások lefedettsége magasabb mint bármely más orvosi ellátásé. A betegek több országban ingyenes aktív kórházi ellátásban részesülnek, vagy csupán csekély mértékű költség hozzájárulást kell fizetniük. A lefedettség rátája Németországban, Észtországban, Izlandon, Norvégiában és Svédországban csaknem

100%-os. A fekvőbeteg ellátás költségátvállalása csak Belgiumban, Görögországban, Írországban és Portugáliában nem éri el a 80%-ot.

3. 2. 1. Gyógyszerellátás

A gyógyszerköltségek átvállalásának szintje rendszerint nem éri el a fekvőbeteg és ambuláns ellátásokét. A fedezet mértéke Dániában, Izlandon, Lettországban, Litvániában, Lengyelországban és Magyarországon kevesebb mint 50%. Ezzel szemben a fedezet szintje Németországban 82%, Franciaországban 80%, Írországban 79%.

Az Európai Gyógyszerügynökség európai gyógyszer szabályozási rendszerének egyik prioritása az Európai Unióban engedélyezett gyógyszerek rendelkezésre állásának javítása, ami nem utolsósorban a gyógyszeripar érdekében áll. Jóllehet a gyógyszer engedélyezési eljárás az EU tagállamaiban harmonizált, az ár megállapítás és a gyógyszer támogatás a tagállamok hatáskörébe tartozik.

A gyógyszer térítés termékspecifikusan, betegség specifikusan, a lakossági csoportok specifikuma szerint és/vagy a fogyasztástól függően szabályozható. A vizsgált országok túlnyomó részében termékspecifikus térítési szabályokat alkalmaznak. Ennek keretében a téríthetőség az adott gyógyszertől függ, amelyet az illetékes hatóság kedvező döntése alapján felvesznek a felírható és téríthető gyógyszerek pozitívlistájára.

Ebben az összefüggésben döntő jelentőségű a gyógyszer piaci engedélyezése és a betegek számára való rendelkezésre állása közötti időtartam. A betegeknek az új gyógyszerekhez való hozzáférése tekintetében Európában jelentős különbségek vannak. Tulajdonképpen Európában Németország az egyetlen, amely betartja az EU-Írányelvet.

3. 3. Költség hozzájárulások

Az államok többsége részben költség hozzájárulásokkal támogatja az egészségügy finanszírozását. Ezek között előfordulnak a biztosítás által nem fedezett „önkéntes”, valamint a biztosítás által fedezett szolgáltatásokért fizetett kötelező költség hozzájárulások. A betegeknek ezekben az országokban kötelezően hozzá kell járulniuk a házi orvosi, szakorvosi és kórházi ellátás költségeihez. Az adókból

finanszírozott egészségügyi rendszerekben, már azok filozófiájánál fogva elvárható, hogy az állam ne alkalmazzon kötelező költség hozzájárulásokat és minden polgára számára biztosítsa az ingyenes egészségügyi ellátást. Ez csak Nagy-Britanniára és Spanyolországra, bizonyos megszorításokkal Dániára és Izlandra érvényes. Miközben Dánia és Nagy-Britannia magasfokú fedezettséget biztosít az ambuláns és kórházi ellátás számára, Írországban és Spanyolországban több szolgáltatás nem fér bele a szolgáltatási katalógusba, így azokat „önkéntes” költség hozzájárulásból finanszírozzák. A társadalombiztosításból finanszírozott rendszerek körében Litvánia, Lengyelország, Szlovákia, Csehország és Magyarország nem alkalmaz kötelező költség hozzájárulásokat. Ahol nincs költség hozzájárulás, ott az egészségügyi szolgáltatások racionálása szolgáltatások kizárásával, várólistákkal, gatekeepinggel jár.

Kötelező költség hozzájárulások az ezektől nem mentesített személyek részére

	Kötség hozzájárulás házi orvosnál	Kötség hozzájárulás szakorvosnál	Kötség hozzájárulás kórházi kezelés esetén
Belgium	1-6 EUR/vizit (a beteg státuszától függően)	3-12 EUR/vizit (a beteg státuszától függően)	Napi átalányok és százalékos költség hozzájárulások kombinációja (a beteg státuszától függően)
Dánia	Nincs	1.csoport: Házi orvosi beutalóval nincs. 2.csoport: Különböző költség hozzájárulások, házi orvosi beutalóra nincs szükség.	Nincs
Németország	Nincs	Nincs	10 EUR/nap, max. 28 napig
Észtország	Praxisban nincs; otthon: 5 EUR	5 EUR/vizsgálat	2,50 EUR/nap, max. 10 napig
Finnország	20,60 EUR/vizit (évente max. 3 vizit), vagy évente 40,20 EUR átalány	41,20 EUR/vizsgálat	48,90 EUR/nap (22,80 EUR/nap a felső határ elérése után).
Franciaország	1 EUR/vizit + a vizit költségeinek 30%-a (24 EUR-ig)	1 EUR/vizit + a vizit költségeinek 30%-a (24 EUR-ig)	18 EUR/nap + az első 31 kórházi nap 20%-a.
Görögország	Nincs	Nincs	Nincs

Nagy-Britannia (csak Anglia)	Nincs	Nincs	Nincs
Írország	„Medical Card“ nélkül: költséghozzájárulás; „Medical Card“-dal nincs.	Nincs	„Medical Card“ nélkül: 80 EUR/nap, max. 800 EUR/év; „Medical Card“-dal nincs.
Izland	500 ISK és 4.500 ISK között/vizit (kb. 3 EUR és 30 EUR között)	Az ár 90%-a a biztosítók és a szolgáltatók közötti szerződés szerint.	3.895 ISK, ill. sürgősségin 7.053 ISK (kb. 26 EUR, ill. 47 EUR)
Olaszország	Nincs	Első vizsgálat: 20,66 EUR. További vizsgálatok: 12,91 EUR	Nincs
Lettország	1,42 EUR/vizit	4,27 EUR/vizit	10 EUR/nap
Litvánia	Nincs	Beutalóval nincs	Nincs
Luxemburg	Az orvosi honorárium elszámolásának 12%-a	Az orvosi honorárium elszámolásának 12%-a	22,54 EUR/nap, évente max. 30 napig
Hollandia	Nincs	A 385 EUR éves önrész erejéig	A 385 EUR éves önrész erejéig
Norvégia	155 NOK és 334 NOK között/vizit (kb. 15 EUR és 33 EUR között)	245 NOK és 370 NOK között/vizit (kb. 24 EUR és 37 EUR között)	Nincs
Ausztria	11,70 EUR/év (e-card-szolgáltatás díja)	11,70 EUR/év (e-card-szolgáltatás díja)	9,58 EUR és 12,16 EUR között/nap
Lengyelország	Nincs	Nincs	Nincs
Portugália	4,50 EUR/vizit	7 EUR/vizit	4,50 EUR/vizit, sürgősségin különböző
Svédország	150 SEK és 300 SEK között (kb. 15 EUR és 30 EUR között)	Háziorvosi beutaló nélkül: 200 SEK és 400 SEK között (kba. 20 EUR és 40 EUR között). Beutalóval: 0 SEK és 400 SEK között (kb. 0 EUR és 40 EUR között)	50 SEK és 100 SEK között/nap (kb. 5 EUR és 10 EUR között)
Svájc	300 CHF (kb. 290 EUR)/év (franchise) + a franchise-t meghaladó költségek 10%-a (max. 700 CHF (kb. 670 EUR))	300 CHF (kb. 280 Euro)/év (franchise) + a franchise-t meghaladó költségek 10%-a (max. 700 CHF (kb. 650 EUR))	300 CHF (kb. 280 Euro)/év (franchise) + a franchise-t meghaladó költségek 10%-a (max. 700 CHF (kb. 650 EUR) + 15 CHF (kb. 14 EUR) /nap
Szlovákia	Nincs	Nincs	Nincs

Szlovénia	A kezelési költségek 10% és 90% közötti része.	A kezelési költségek 10% és 90% közötti része.	A kezelési költségek 10% és 90% közötti része.
Spanyolország	Nincs	Nincs	Nincs
Csehország	Nincs	Nincs	Nincs
Magyarország	Nincs	Nincs	Nincs

3. 4. 2. Várólisták

A várólistákról szóló adminisztratív adatok nem minden országban állnak rendelkezésre, így európai szinten csekély a lehetőség a hivatalos szintű összehasonlításra. Az egyes országok gyakran saját definíciót alkalmaznak a várólistákra vonatkozóan, ezért az összehasonlítható adatok gyűjtése is körülményessé válik. Adminisztratív adatok inkább azokban az országokban elérhetők, ahol a várólisták a politika szempontjából is fontosak.

Miközben az adminisztratív adatok rendszeres és megbízható képet nyújtanak a várólistákról, a több országra kiterjedő megkérdezések is hasznos (kiegészítő) információkkal szolgálhatnak; még abban az esetben is, ha ezek önbevalláson alapulnak, olykor korlátozott mintavétel mellett készülnek, esetenként nem felelnek meg az adminisztratív adatoknak.

A Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet (Organisation for Economic Co-operation and Development – OECD) (adminisztratív adatokon alapuló) rendszeres adatfelvételének eredményei szerint a szokásos elektív beavatkozásokra való várakozási idők tekintetében jelentős különbségek mutatkoznak. A könyökprotézis-műtétre való átlagos várakozási idő Dániában és Olaszországban nem éri el az 50 napot, Portugáliában, Norvégiában, Spanyolországban és Portugáliában meghaladja a 150-et, Észtországban 441 nap. Csípőprotézis-műtétre Dániában, Olaszországban és Magyarországon kevesebb mint 40 napig, Lengyelországban, Spanyolországban, Norvégiában, Portugáliában több mint 120 napig, Észtországban 287 napig kell várakozni. Szívsebészeti beavatkozásokra az összes országban sokkal rövidebb ideig kell várakozni.

A jövedelmekre és életkörülményekre vonatkozó nemzetközi adatfelvétel (EU-SILC – EU Statistics on Income and Living Conditions) szerint Észtországban a lakosság 12,2%-a, Finnországban 5,3%-a, Nagy-Britanniában 4,3%-a, Németországban 0,1%-a érzi úgy, hogy nem részesül a szükségleteinek megfelelő egészségügyi ellátásban.

Az egyes országok adatai a várólisták politikai prioritásáról

Magas prioritás	Közepestől magas prioritásig	Közepes prioritás	Közepestől alacsony prioritásig	Alacsony prioritás
Dánia, Észtország, Görögország, Írország, Lettország, Litvánia, Hollandia, Norvégia, Portugália, Svédország, Szlovákia, Szlovénia, Magyarország	Nagy-Britannia, Finnország, Izland, Luxemburg, Lengyelország, Spanyolország	Ausztria, Csehország	Belgium	Németország, Svájc

Az egészségügyi ellátásokhoz való hozzáférés akadályai és a privát szolgáltatások közötti összefüggés

Az orvosok (és más egészségügyi dolgozók) a vizsgált országok csaknem mindegyikében (többek között: Nagy-Britannia, Finnország, Írország, Norvégia, Portugália, Svédország, Spanyolország) mind állami, mind privát finanszírozású szolgáltatásokat is biztosítanak. Ha az orvosok mindkét szektorban rendelkeznek keresettel „duális praxisról” beszélünk. Jóllehet a „duális praxis” széles körben elterjedt, ennek tényleges dimenzióiról nem állnak rendelkezésre hivatalos adatok.

4. 2. A privát egészségügyi szolgáltatások finanszírozása

A privát szolgáltatások igénybevételének finanszírozása vagy tisztán készpénzfizetés, vagy privát kiegészítő biztosítás útján történik. Alakosság egy része a vizsgált országok csaknem mindegyikében rendelkezik privát kiegészítő biztosítással. A kiegészítő betegbiztosítás célja lehet: fennmaradó költségrészesedés fedezése (komplementer-kiegészítő), többletszolgáltatás biztosítása (szupplementer-kiegészítő), gyorsabb hozzáférés, vagy több szolgáltató közötti választási lehetőség (duplikáló). Kivételt képeznek a kelet-európai országok

(Csehország, Magyarország, Lengyelország, Szlovákia), ahol a privát kiegészítő betegbiztosítás kevésbé elterjedt.

Mindazonáltal, az EU tagállamainak többségében a lakosság kisebb része rendelkezik privát kiegészítő biztosítással. Kivételt képeznek: Franciaország, Szlovénia, Belgium, Hollandia és Luxemburg, ahol a lakosság több mint fele rendelkezik ilyen biztosítással is.

A privát biztosítók az egyes országokban eltérő szerepet töltenek be, mivel mindig az állami egészségügyi rendszerben interakcióban működnek. A privát biztosítási piac számára az egészségügyi rendszer szervezetének megfelelő keretfeltételek érvényesülnek, így a privát biztosítás speciális változatai jelennek meg (komplementer-kiegészítő, szupplementer-kiegészítő, duplikáló).

Az adókból finanszírozott egészségügyi rendszerekben az egészségügyi szolgáltatásokat az egész lakosság számára egy nemzeti egészségügyi szolgálat biztosítja. Ezekben a privát egészségügyi szolgáltatások rendszerint duplikáló (Dániában és Finnországban szupplementer-kiegészítő) jellegűek, mivel itt az állami rendszer minden lakos részére adóforrásokból társfinanszírozza a biztosítást. Ennek megfelelően a duplikáló biztosítás olyan ellátást fedez, amelyben az állami rendszer is részt vállal. A polgár a privát biztosítás ellenére továbbra is kapcsolódik az állami betegbiztosításhoz, ám lehetővé válik számára a gyorsabb hozzáférés, szélesebb a választási szabadsága, adott esetben magasabb minőségű ellátásban részesül.

A járulékfianaszírozású egészségügyi rendszerekben inkább komplementer- vagy szupplementer-kiegészítő biztosítások vannak jelen. Ezek az állami rendszer keretében nem térített szolgáltatásokra terjednek ki. Ezek a biztosítások rendszerint a biztosítottak olyan költség hozzájárulásaira és önrészeire vonatkoznak, amelyek az adókból finanszírozott rendszerekben elvben nem fordulnak elő. Ezenkívül gyakran olyan szolgáltatásokat biztosítanak, amelyeket az állami rendszer nem vagy csak részben vállal át (pl. fogászati kezelés, látássegítő eszközök).

Privát kiegészítő biztosítással rendelkezők aránya a járulékfianaszírozású rendszerekben

Belgium	98%
Franciaország	95,5%

Hollandia	83,7%
Szlovénia	70,2%
Luxemburg	65,5%
Ausztria	37,9%
Svájc	28,5%
Németország	24,9%

ELŐJEGYZÉSI LISTA

2023. II. negyedév 1. sz.

Globális egészségügy

- Jelentés a környezetszennyezés és az antimikrobiális rezisztencia közötti összefüggésről – *Bracing for Superbugs*
- Hírek, események, jelentések, internetes források a nagyvilágból

Koronavírus

- Munkahelyi erőszak és lelki egészség az egészségügyi személyzet körében a pandémia idején az Egyesült Államokban
- Poszttraumás stressz és más mentális zavarok az egészségügyi személyzet körében a pandémia idején Angliában

Egészségügyi rendszerek (az ÖKZ cikksorozata)

- Az amerikai egészségügyi rendszer
- A holland egészségügyi rendszer
- A finn egészségügyi rendszer
- A horvát egészségügyi rendszer
- A svájci egészségügyi rendszer
- Az olasz egészségügyi rendszer
- Az izraeli egészségügyi rendszer és az oltási stratégia (WIP PKV)

Kórházügy

- Kórházbarométer 2022. A kórházak gazdasági helyzete Németországban 2021-ben – *Krankenhaus Barometer 2022* (DKI)
- Jelentés a német pszichiátriai intézetek gazdasági helyzetéről 2021/2022 – *Psychiatrie-Barometer 2021/2022*
- Szakértői jelentés a kórházakban végzett ambuláns műtétekről
- Gyorsjelentés a sürgősségi ellátás helyzetéről Németországban
- Klímavédelem a német kórházakban. Status quo, intézkedések, beruházási költségek
- Svájci kórházstatisztika 2021 – *Statistiken der Spitalbetriebe 2021*

Ápolás

- Jelentés az ápolás helyzetéről Németországban – *Pflege-Report 2022 (WIdO)* (3. rész): Az ápolásra szoruló orvosi ellátása

Szájegészség, fogászat

- *Best Oral Health Practice in Europe?* – Szájegészség és fogászati ellátás öt európai országban (5. rész): Hollandia, Spanyolország

Lelki egészség

- Jelentés a pszichoterápia helyzetéről Németországban 2021-ben. A lelki egészség költségei – *Report Psychotherapie 2021*

Demencia

- A demensek többsége nem hospiceban hal meg
- Az állandó házi orvos jelentősége a demensek számára
- Lelki egészség és demencia
- A demensek ellátása Svédországban a pandémia idején
- „*Trøndelag Health Study*“ (HUNT): a hosszú házasság csökkenti a demencia kockázatát
- A vírusfertőzések szerepe a neurodegeneratív megbetegedések kialakulásában
- Az érzelmek kontrollja és a demencia kockázata időskorúak körében
- Jelentés a Nemzeti Demenciastratégia végrehajtásának helyzetéről a német kórházakban

Infotainment

- Egon Schiele művészete és az orvostudomány

Personalia

- William N. (Bill) Anderson, a Bayer AG új elnök-vezérigazgatója

A továbbiakban:

Európai Unió

- A PGEU állásfoglalása a HERA tevékenységéről a gyógyszerügy területén

Egészségügyi kiadások

- A 300 milliárd eurós kérdés – a német egészségügy kiadásainak prognózisa 2040-ig
- A santésuisse közleménye az egészségügyi költségek és a biztosítási díjak alakulásáról Svájcban 2023-ban
- Az egészségügyi alapbiztosítás költségei Svájcban 2021-ben

Szociális biztonsági rendszerek

- A svájci szociális biztonsági rendszerek összesített pénzügyi mérlege 2021-ben – *Gesamtrechnung der sozialen Sicherheit 2021 (GRSS)*
- Folyamatok a szociális biztonsági rendszerekben Svájcban 2019-ben

Kórházügy

- A kórházak közötti távkonzultációk térítésének és költségeinek szabályai
- Panaszkezelés a németországi kórházakban 2018-ban (DKI)
A kórházi vezetők kommunikációja és a munkahelyi közérzet

Kórházhygiéna

- Egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések Ausztriában 2020-ban

Szájegészség, fogászat

- *Best Oral Health Practice in Europe?* – Szájegészség és fogászati ellátás öt európai országban (6. rész): A fogászati ellátások költségei és a fogorvosi személyzet helyzete

Szenvedélybetegségek

- Az alkoholfogyasztás statisztikája Európában. Minden tizenkettedik európai naponta fogyaszt alkoholt
- Jelentés a dohányzás kontrolljának helyzetéről az Európai Unióban 2021-ben – *The Tobacco Control Scale 2021 in Europe*

Hivatásrend

- Jelentés az orvosnők és férfi orvosok esélyegyenlőségéről a német egészségügyben
- Katapultülésben a kórházigazgatók (DKI)
- Az egészségügyi személyzet helyzete Svájcban
- Az autonómia hét tézise az egészségügyben

Ápolás

- Jelentés az ápolás helyzetéről Németországban – *Pflege-Report 2022 (WidO)* (4. rész): Az ápolásra szorulóknak gyógyszerellátása

Emberi erőforrás

- Felmérés a munkaerő helyzetéről az orvostechnika területén (DKI)

Minőségügy

- Ajánlások az egészségügyi regiszterek továbbfejlesztésére Svájcban

Népegészségügy

- *European Health Interview Survey (EHIS) 2019*
- *International Health Policy Survey 2019 (Commonwealth Fund)*
- A sporttevékenység szerepe az elesés megelőzésére az időskorúak körében
- Longitudinális kohorszvizsgálat a svéd lakosság egészségi állapotáról
- Az optimális erőnléti edzés hatása a halálozás csökkentésére az időskorúak körében

Lelki egészség

- Lelki zavarok kezelése fiatalok körében 2020-2021-ben Svájcban

Balesetek

- Munkahelyi balesetek és munkavégzéssel összefüggő megbetegedések Svájcban
- Elektromos rollerekkel elszenvedett balesetek incidenciája Finnországban 2019 és 2021 között

Szakmai irányelvek

- Irányelvek az intenzív osztályok megterhelésének és a triázs megelőzéséről

Gyógyszer

- Gyógyszerkompassz 2022 (2-3. rész)
- A PGEU felmérése a gyógyszerhiányról az Európai Unióban 2022-ben
- Scholz listája
- Gyógyszerhiány, nem kívánt hatások, gyógyszerzési hibák
- Gyógyszerfelírás a brit gyógyszertárakban
- A Contergan története múzeumi gyűjteménybe kerül

Táplálkozás

- Táplálkozáspolitikák Németországban: a *Food Environment Policy Index (Food-EPI)* értékelése
- Kohorszvizsgálatok a táplálkozásról

Várható élettartam

- Jelentés a születéskor várható élettartam alakulásáról az Egyesült Államokban 2019 és 2021 között (medRxiv, preprint) (2022. 04.)
- A születéskor várható élettartam alakulása az Egyesült Államokban (CDC) (2012. 12.)
- Születéskor várható élettartam és egészségi állapot Svájcban

Orvosok elleni agresszió

- Politikailag motivált bűncselekmények a német egészségügyben 2021-ben

Szülészet, nőgyógyászat

- A terhességmegszakítások statisztikája Svájcban 2021-ben
- A terhességmegszakítások statisztikája Németországban 2022. második negyedévében
- Meddőség és veszélyeztetett terhesség az orvosnők körében

Képzettség

- A valószínűségszámítási ismeretek jelentősége az orvosi gyakorlatban

Bérlolitika

- A tarifaszerveződések szerinti bérek helyzete Európában

Szociálpolitika

- A svájci időskori gondoskodás modellje nemzetközi összehasonlításban
- A három pilléren alapuló svájci időskori biztosítási rendszer, mint nemzetközi reformmodell
- A szociális segélyek statisztikája Svájcban 2020-ban
- A jövedelmek helyzete Nagy-Britanniában

Praxishírek

- A svájci orvosi praxisok gazdasági helyzete 2020-ban
- A svájci orvosi praxisok és ambuláns központok strukturális adatai 2020-ban
- A praxisok költségei Németországban 2017 és 2020 között
- A német orvosi praxisok gazdasági helyzete 2022 harmadik negyedévében – *Medizinklimaindex 3. Quartal 2022*
- Felmérés a házi orvosok, szakorvosok, fogorvosok és pszichoterapeuták gazdasági helyzetéről Németországban 2022 harmadik negyedévében – *Medizinklimaindex 3. Quartal 2022*
- A szabadfoglalkozású orvosok jövedelme Németországban 2022 októberében

Infotainment

- Giorgio de Chirico: aurás migrén ihlette a metafizikus festészetet?
- Charles Dickens Karácsonyi története és a poszttraumás zavar

Rövidhírek (aleatorikusan):

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