

***Beköszöntő az Egészséggazdasági, egészségpolitikai  
és szociálpolitikai sajtószemle új sorozatához***

Kövesi Ervin, a magyar egészségügyi közgazdászok doyenje 1986-ban vonult először (névlegesen) nyugállományba. Amit addig tett, ma már merő történelem. A kórházügy és egészségügy közkatonájaként oroszánrészt vállalt a hazai egészségügyi gazdaságtan megalapozásából és népszerűsítéséből. Jöhetett volna az unalmas nyuggerség, de ő belevetette magát az akkoriban éppen kibontakozó szakmai közéletbe. A Magyar Egészségügyi Menedzser Klub és az Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesületének alapító tagja, az Európai Kórházi Vezetők Egyesületének tiszteletbeli tagja lett. Hazai és nemzetközi konferenciák közkedvelt, körülrajongott vendége volt. Számos kitüntetésben részesült, hétköznapiokon is büszkén viselte gallérján Bécs Város Arany Érdemrendjét. Az Egészségügyi Gazdasági Szemle alapító főszerkesztője és az Egészséggazdasági Nemzetközi Sajtószemle kitalálója, főszerkesztője, amelyet több mint tizenöt évig egyszemélyes intézményként, papírral, ceruzával készített, olyan szellemi terméket hozva létre, amilyenre sokan számítógéppel sem képesek. Csak 2005-ben, két szívműtét után rendelt maga mellé egy öregedő famulust, hogy aztán 2015 hajnalán bejelentse tényleges nyugalomba vonulását.

Munkája az általa vágott mezsgyén halad tovább, program hirdetésére semmi szükség. A változó feltételek között mindössze bizonyos formai elemek módosulnak: a sajtószemle mostantól kezdve csak elektronikus formában, havonta két alkalommal, 20 oldalon jelenik meg. Az elektronikus kommunikáció lehetővé teszi az olvasók visszajelzését, többletinformáció igénylése esetén a szerkesztőség felkínálja a szerzőkkel való kapcsolatfelvétel közvetítését. A sajtószemle nem lapozható füzet formájában, hanem külön fájlokban jelenik meg, hogy ki-ki elmenthesse, rendszerezhesse a szakterületéhez tartozó cikkeket. A hátlapon stílszerűen Várólista címet viselő felsorolás előrejelzést nyújt a következő hetekben-hónapokban várható anyagokra vonatkozóan. Különleges érdeklődés esetén ezek sorrendje változhat. A folytatásokban közölt nagyobb tanulmányok az eddigiek szerint utólag egységes szerkezetben is elkészülnek és az olvasók rendelkezésére állnak.

Budapest, 2015. február 2.

- a szerk. -

***A WHO globális jelentése a nem fertőző krónikus betegségekről –  
GLOBAL STATUS REPORT on noncommunicable diseases 2014***

Egészségügyi Világszervezet

**Kulcsszavak:** nem fertőző betegségek, nemzetközi

**A jelentés az Egészségügyi Világszervezet honlapján (302 p.):**  
<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>

Az Egészségügyi Világszervezet közzétette a nem fertőző krónikus betegségekről szóló globális jelentését. 2012-ben 38 millió ember halt meg szívinfarktus vagy diabétesz következtében. Margaret Chan főigazgató szerint a halálozások száma túl magas, számos eset megelőzhető lehetett volna. Másrészt a szív- és érrendszeri, a rákos megbetegedések, a diabétesz és a krónikus légúti megbetegedések prevenciójának nem kellene feltétlenül költségesnek lennie. Az Egészségügyi Világszervezet szerint egy lakosra eső napi 3 USD elegendő kellene legyen a nem fertőző megbetegedésekben szenvedők számának jelentős csökkentéséhez.

A nem fertőző megbetegedésekben szenvedők száma folyamatosan növekedik. A WHO idesorolja a szív- és érrendszeri megbetegedéseket, a rákos megbetegedéseket, a diabéteszt és a krónikus légúti megbetegedéseket. A szervezet adatai szerint 2012-ben az 56 millió haláleset kétharmada ezeknek volt tulajdonítható. A halálesetek közül 16 millió személyt (az esetek 40%-a) 70-ik életéve előtt ért a halál. A nem fertőző megbetegedések miatti haláleseteknek csaknem háromnegyede (28 millió) és az idő előtti halálesetek többsége (82%) az alacsony és közepes jövedelemmel rendelkező országokban következett be.

Miközben az éhezés és a fertőzések élelmiszerekkel, illetve gyógyszerekkel leküzdhetők, a nem fertőző megbetegedésekre nincs mindenható recept. Ám léteznek bizonyos intézkedések, amelyek alacsony költségek mellett is hatékonyan alkalmazhatók („*best buys*“). A WHO ezek közé sorolja a dohányzás mindennemű reklámjának tilalmát, a transz-zsírok többszörösen telítetlen zsírokkal való kiváltását, az alkoholtermékek reklámjának korlátozását, a szoptatás ösztönzését, az egészséges táplálkozás tudatosításának és a testmozgás ösztönzését.

***Sikeres prevenció intézkedések Törökországban, Magyarországon és Argentínában:***

***Törökország*** a dohánytermékek csomagolásán feltüntetett figyelmeztető üzenetekkel, a dohánytermékek reklámjának teljes tilalmával érdemelte ki a

WHO elismerését. A dohányosok aránya öt év leforgása alatt 13,4%-kal csökkent.

**Magyarország** az élelmiszerek egészségre káros összetevőinek, mint a cukor, a só és a koffein megadóztatásáért kapott dicséretet. Az „egészségügyi termékdíj” miatt számos gyártó változtatta meg élelmiszereinek összetételét, a megadóztatott élelmiszerek forgalma jelentősen csökkent.

Brazília, Chile, Kanada, Mexikó és az Egyesült Államok mellett Argentína azon országok közé tartozik, ahol jelentősen csökkentették a kenyér sótartalmát. Argentínában 25%-kal csökkentették a kenyér sótartalmát.

Ezek azonban globálisan tekintve csak üdítő kivételeknek számítanak. Az országok többsége még az álmodozások korát éli. Ám 56 ország kormánya kezdeményezéseket vezetett be a mozgáshiány csökkentésére, 60 ország nemzeti tervvel rendelkezik az egészségtelen táplálkozással szemben, 69 ország a dohánytermékek fogyasztásának, 66 ország pedig az alkoholfogyasztás csökkentését tervezi és 42 országban működnek a WHO kilenc önkéntes globális célkitűzésének (9 *voluntary global targets*) megvalósítását követő rendszereket.

*A WHO jelentése a malária elleni küzdelem helyzetéről 2013-ban –  
World Malaria Report 2014*  
Egészségügyi Világszervezet

**Kulcsszavak:** malária, Egészségügyi Világszervezet

**A jelentés a WHO honlapján:**

[http://www.who.int/malaria/publications/world\\_malaria\\_report\\_2014/report/en/](http://www.who.int/malaria/publications/world_malaria_report_2014/report/en/)

A WHO jelentése szerint 2013-ban 584.000 személy vesztette életét malária következtében, ezek 90%-a Afrikában élt, 78%-a öt év alatti gyermek volt. 2013-ban világszerte csaknem 200 millió személy fertőződött plazmódiumoktól.

A fertőzések és a malária okozta halálozások száma csökken. 2008. óta a fertőzések abszolút számának csökkenése figyelhető meg. A szubszaharai területeken a megbetegedettek száma 2000 és 2008 között még évente 170-180 millió között volt, 2013-ban már csak 128 millió. Ez – a népesség számának növekedése ellenére – 26%-kal kevesebb, mint 2000-ben volt.

**A gyermekek halálozási rátájának alakulása:** A malária prevalenciája az afrikai malária-övezetben a két és tíz év közöttiek körében csaknem megfeleződött: 26%-ról 14%-ra csökkent. Közép-Afrikában 2000-ben még a gyermekek 40%-a betegedett meg maláriában, 2013-ban már csak mintegy 15%-a.

Ugyanezen időszakban a halálozás kockázata is csökkent: a WHO prognózisa szerint az öt év alatti afrikai gyermekek körében ebben az évben a halálozási ráta kétharmaddal alacsonyabb lesz, mint 2000-ben volt.

A 2000-ben regisztrált adatokhoz viszonyítva azóta 625 millió megbetegedést és 4,3 millió halálesetet sikerült megelőzni. A jelentés adatai szerint az évente malária elleni küzdelemre fordított hárommilliárd dollár kifizetődőnek látszik. A milleniumi célkitűzések eléréséhez azonban ötmilliárdra lenne szükség.

A WHO szerint két intézkedés járult hozzá jelentősen a malária leküzdéséhez: Egyrészt a különösen érintett területeken 2004-ben még csak a lakosság 3%-a rendelkezett rovarirtóval impregnált szúnyoghálóval, jelenleg már csaknem a fele. Másrészt ma már a diagnosztizált maláriás betegek 70%-át kezelik artemisin alapú kombinált terápiákkal.

A WHO szerint a maláriában szenvedő gyermekek egynegyede egyáltalán nem részesül artemisin alapú kombinált terápiákban. Még nem elég elterjedt a terhes nők preventív terápiája; a szulfadoxin-pyrimethamin-nal és amodiaquin-nal való kezelést 37 malária sújtotta országban alkalmazzák. 2013-ban a terápiát alkalmazó országokban a terhes nők 57%-a részesült ebben a kezelésben, ám többségük csak egy dózist kapott meg, mindössze 17%-uk kapta meg mind a három ajánlott dózist.

***Az Európai Gyógyszerügynökség 2014-ben rekordot döntött  
az engedélyezésre ajánlott Orphan-Drug-ok száma tekintetében***  
Európai Gyógyszerügynökség – *European Medicines Agency*, 2015. 01. 09.

**Kulcsszavak:** gyógyszer, Orphan-Drugs, ritka betegségek, Európai Gyógyszerügynökség

**Forrás Internet-helye – Az Európai Gyógyszerügynökség sajtóközleménye:**  
[http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/news\\_and\\_events/news/2015/01/news\\_detail\\_002247.jsp&mid=WC0b01ac058004d5c1](http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/news_and_events/news/2015/01/news_detail_002247.jsp&mid=WC0b01ac058004d5c1)

***Az Európai gyógyszerügynökség 2014-ben 82 új gyógyszer engedélyezését ajánlotta az Európai Bizottságnak. Ezek közül 17 ritka betegség kezelésére szolgáló gyógyszer volt.***

*Az Ataluren hatóanyagot tartalmazó Translarna* kedvezően befolyásolja a Duchenne-féle izomdisztrófia lefolyását.

*Az Afamelanotid hatóanyagú Scenesse* fokozza a bőr pigmentálódását és csökkenti az erythropoieticus protoporphyrriában (EPP) szenvedő felnőtt betegek fényérzékenységét.

*Az újdonságok közé tartozik a Holoclar őssejtterápiás készítmény*, amely limbális őssejtdeficiencia esetén megakadályozza a szaruhártyahomályt és a vakulást.

***A 2014-ben engedélyezésre ajánlott nyolc rákellenes gyógyszer közül négy ritka betegség gyógyítására szolgál:*** Az Olapariv PARP-gátlót tartalmazó *Lynparza* a BRCA1/2 gének mutációja által kiváltott petefészek- és petevezeték karcinómák kezelésére alkalmazható. Az *Imbruvica* indikációja a köpenysejtes limfóma. A *Gazyvaro – Obinutuzumab* II-es típusú CD20 ellenes monoklonális antitestet a krónikus limfocitás leukémia kezelése céljából engedélyezték. A ramucirumab hatóanyagú *Cyramza* az előrehaladott stádiumú gyomorrák kezelésére szolgáló első gyógyszerként kapott forgalomba hozatali engedélyt.

***Összesen nyolc gyógyszer engedélyezése történt gyorsított eljárás keretében. Ezek közé tartozik a Hepatitis C kezelésére szolgáló négy gyógyszer:*** a *Daklinza*, a Ledipasvir és a Sofosbuvir kombinációjából kifejlesztett *Harvoni*, valamint a piaci bevezetés előtt álló *Exviera* és a *Viekirax*, az Ombitasvir, Paritaprevir és a Ritonavir kombinációja.

**Gyermekgyógyászati célra engedélyezték a Hemangiol-t.** Ez propranololt tartalmaz, amely csecsemőknél ösztönzi az infantilis hemangiómák visszafejlődését. A gyártó ebben az esetben az ún. PUMA-záradék („*paediatric-use marketing authorisation*“) alapján meghosszabbított szabadalmi védelemben részesült.

**Kontakt:**

**Monika Benstetter**

Tel. +44 (0)20 3660 8427

E-mail: [press@ema.europa.eu](mailto:press@ema.europa.eu)

***Az Európai Élelmiszerbiztonsági Hatóság  
állásfoglalása a koffeintartalmú termékek biztonságáról***

***DRAFT SCIENTIFIC OPINION.***

***Scientific Opinion on the safety of caffeine***

EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition, and Allergies (NDA)  
European Food Safety Authority (EFSA), Parma, Italy

**Kulcsszavak:** élelmiszerbiztonság, energiatalok, koffeintartalom, Európai Unió  
**Forrás Internet-helye:**

<http://www.efsa.europa.eu/en/consultations/call/150115.htm>

Az Európai Élelmiszerbiztonsági Hatóság 2015. január 15-én nyilvános vitára bocsátotta a koffeintartalmú termékekről szóló tudományos álláspontját. Az elektronikus konzultáció 2015. március 15-én zárul.

Az Európai Élelmiszerbiztonsági Hatóság dietetikus termékekkel, táplálkozással és allergiákkal foglalkozó panelje (*EFSA Panel on Dietetic products, Nutrition and Allergies – NDA*) az Európai Bizottság megbízása alapján kidolgozta a koffeintartalmú termékek biztonságáról szóló tudományos állásfoglalást. A dokumentum szerint iránymutatást kell adni a naponta bevitt koffeinmennyiséggel kapcsolatban, amely nem ad okot a lakosság egészségkárosodására vonatkozó aggodalomra. A koffein és az ún. „energiatalok” egyéb összetevőivel, mint az alkohollal, szinefrinnel, valamint a testedzéssel való összefüggés kérdései ugyancsak figyelembeveendők. Nem valószínű, hogy egy 200 mg-ig terjedő, 3 mg/testsúly kg-nak megfelelő napi adag egy 70 kg-os testsúlyú felnőtt esetén a vérnyomás, a koszorúér-véráram, a hidratációs státusz, a testhőmérséklet klinikailag releváns változását okozza, vagy elfedje az alkohol-intoxikáció szubjektív percepcióját. A napi 400 mg-os koffeinbevétel a terhes nők kivételével nem jelent egészségi kockázatot a felnőtt lakosság számára. Ugyancsak valószínűtlen, hogy az „energiatalok” egyéb összetevői (pl. taurin, d-glükuronó- $\gamma$ -lakton) vagy az alkohol az egészségre ártalmas interakcióra lépjenek a koffeinnel. A koffein és a szinefrin együttes fogyasztásának a szív- és érrendszerre rövid- és hosszútávon gyakorolt hatását eddig nem tárták fel adekvát módon. A napi 200 mg-ig terjedő koffeinbevétel terhes nőknél nem jelent egészségi kockázatot a magzat számára. Gyermekek és serdülők esetén a rendelkezésre álló információk nem elégségesek a koffeinbevétel biztonságos szintjének meghatározására. A panel szerint a felnőttek akut fogyasztása tekintetében meghatározott mennyiség (napi 3 mg/testsúly kg) alapul szolgálhat a gyermekek és serdülők számára nem kockázatos mennyiség levezetéséhez.

***Manipulált gyógyszervizsgálatok: Az Európai Gyógyszerügynökség  
az engedélyezések felfüggesztését ajánlja***

Deutsches Ärzteblatt, 2015. január 23.

**Kulcsszavak:** gyógyszer, Európa, India

**A Forrás Internet-helye:**

<http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/61565/Manipulierte-Studien-Europaeische-Arzneimittel-Agentur-empfiehl-Ruhe-von-Zulassungen>

Az Európai Gyógyszerügynökség Humángyógyszer Bizottsága (CHMP) azon gyógyszerek forgalmazási engedélyének felfüggesztését ajánlotta, amelyek az indiai GVK Biosciences hajderábádi telephelyén végzett hiányos bioekvivalencia vizsgálatokon alapulnak. Az érintett készítmények teljes listáját folyamatosan aktualizálják.

Az európai engedélyezési hatóság közleménye szerint a CHMP az érintett gyógyszerek több mint ezer adagolási formáját és hatásfokát vizsgálta. Több mint 300 készítménynél más vizsgálatok eredményei alapján elégséges adat áll rendelkezésre azok európai engedélyezéséhez. A többi készítmény esetén a hatóság az engedély felfüggesztését ajánlja.

***A német Szövetségi Gyógyszerügyi és Orvostechikai Intézet (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte – BfArM)*** további gyógyszerek felfüggesztését tervezi. Az intézet elnöke, Karl Broich, üdvözölte a CHMP ajánlását és kijelentette, hogy a német intézet múlt decemberben a validitást nélkülöző vizsgálati adatok miatt több német gyógyszer engedélyét felfüggesztette.

A nyilvánvalóan meghamisított indiai gyógyszervizsgálatok miatt a nemzeti intézetek és az európai egészségpolitikusok most felelősségre vonást követelnek. A botrány már a levegőben lógott. Már régóta léteznek információk az indiai klinikai vizsgálatok minőségének hiányosságairól.

A CHMP aktuális ajánlásából kiindulva, a német gyógyszerügyi intézet saját adatai alapján mielőbb dönt a további felfüggesztésekről. A felfüggesztett gyógyszerek listáját a német intézetnél is naponta aktualizálják.

A német szövetségi kormány adatai szerint a BfArM ellenőrei 2010 és 2014 között 91 ellenőrzést hajtottak végre, amelyek közül 53 nemzetközi ellenőrzés volt. A kormány arra is utalást tesz, hogy a BfArM-nál a jelenlegi esettől függetlenül az ellenőrzések számának növelése érdekében emelik az ellenőrzést végző személyzet létszámát.

**Dr. Karl Blum et al.: Kórházbarométer 2014 – Krankenhaus Barometer 2014**  
Deutsches Krankenhausinstitut, Düsseldorf, 2014 november (104-114. p.)

**Kulcsszavak:** kórházügy, kórházak gazdasági helyzete, Németország

**Forrás Internet-helye:** <https://www.dki.de/service/publikationen>

**7. A kórházak gazdasági helyzete:**

**7.1 Az „új vizsgálati és kezelési módszerek” finanszírozása:**

Az ún. innovációs deficit áthidalása érdekében a kórházi térítésekről szóló törvény (*Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG*) lehetőséget teremt a szerződő felek számára, hogy helyi megállapodások keretében határozott időre szóló, esetekre vonatkoztatott térítéseket vagy kiegészítő térítéseket szabjanak meg az „új vizsgálati és kezelési módszerek” (*neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden - NUB*) alkalmazása tekintetében, amelyeket az esetátalányokkal, vagy a kiegészítő térítésekkel még nem kompenzálhatnak kellőképpen. Ezzel kapcsolatban a kórháznak kérelemmel kell fordulnia a Kórházi Térítési Rendszerek Intézetéhez (*Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus – InEK GmbH*).

A Szövetségi Szociális Bíróság (*Bundessozialgericht – BSG*) egy újabb ítéletében korlátozta az új vizsgálati és kezelési módszerek finanszírozásának körülményeit. A finanszírozás a költségviselő által végzett, az egyedi esetre vonatkozó minőségügyi és gazdaságossági vizsgálatától is függ.

A kórházak összességének 12%-a válaszolta, hogy nem sikerült a Kórházi Térítési Rendszerek Intézete által már elismert új vizsgálati és kezelési módszerekre vonatkozó megállapodásokat kötnie, mivel a költségviselő a Szövetségi Szociális Bíróság ítéletére való hivatkozással kétségbe vonta az eljárás minőségét és hatékonyságát. A kórházak 4%-ánál a költségviselővel az új vizsgálati és kezelési eljárások térítésére vonatkozóan megkötött szerződések mellett, a Szövetségi Szociális Bíróság ítéletére való hivatkozással, megtagadták a finanszírozást.

A kórházak többsége (37%) megkapta a térítésről szóló tárgyalások során az új vizsgálati és kezelési eljárásokra vonatkozó térítéseket, vagy nem nyújtott be erre vonatkozó kérelmet (41%).

Az új vizsgálati és kezelési eljárásokra vagy innovatív szolgáltatásokra vonatkozóan a Kórházi Térítési Rendszerek Intézete által elfogadhatónak ítélt kérelmek tekintetében a helyzet a következő: Ezeknél a kórházaknál a térítésekről szóló tárgyalások során kialakult térítéseket többnyire kifizetik (62%). A kórházak egyötödénél (19%) az elfogadható új térítési és kezelési eljárások ellenére nem sikerült ilyen megállapodást kötni a költségviselővel. A Szövetségi Szociális Bíróság ítéletére való hivatkozással a kórházak 10%-ánál megtagadták az új innovatív szolgáltatások és további 6%-ánál a költségviselővel az új vizsgálati és kezelési eljárásokra vonatkozóan már kialakult térítések finanszírozását.



**7. 2. A 2013. évi eredmény:** 2013-ban a németországi általános kórházak 42%-a veszteségeket könyvelt el. Az előző évi 51%-hoz viszonyítva ez enyhe visszaesést jelent. A többletet realizáló kórházak aránya 43%-ról 46%-ra növekedett. A kiegyensúlyozott éves eredményt elérő kórházaké pedig csaknem megduplázódott, 7%-ról 12%-ra növekedett.

Ágyszámok szerint differenciálva: a kisebb (kevesebb mint 300 ágygal rendelkező) kórházak értek el a leggyakrabban éves hiányt (44%) és a legritkábban éves többletet (44%). A kórházak méretei szerinti különbségek azonban összességében viszonylag csekélyek, az előbbi évekhez viszonyítva jelentősen közeledtek.

2012-höz viszonyítva elsősorban a kisebb (kevesebb mint 300 ágygal rendelkező) kórházak eredményei javultak: 2012-ben az éves hiányt elérő kórházak aránya még 57%, a többletet realizálóké 37% volt. A közepes méretű kórházak eredményei ezzel szemben tendenciálisan rosszabbodtak: 2012-ben e kórházak 38%-a veszteségeket könyvelt el. Ehhez képest a magasabb ágyszámmal rendelkező kórházak eredményei viszonylag stabilak voltak.

**7. 3. Az éves eredmények alakulása 2012/2013-ban:** A nyereség- és veszteségszámítás figyelembevételével 2012-höz viszonyítva 2013-ban az éves eredmény a kórházak 39%-ánál csökkent, 25%-ánál konstans volt, 36%-ánál növekedett. A 2013. évi (2012-2011-hez viszonyított) Kórházbarométer eredményeivel összehasonlítva: a csökkenő éves eredményt elkönyvelő kórházak aránya 19%-kal csökkent.

A kórház méretével való összefüggés: A csökkenő eredményt elkönyvelő kórházak aránya a kórház méretének növekedésével arányosan növekedik. Mindenesetre a megnövekedett éves eredménnyel rendelkezők aránya a több mint 600 ágygal rendelkező kórházak körében a legmagasabb.

**7. 4. A gazdasági helyzet értékelése:** A 2013. évi eredmény mellett a kórházaknak a felmérés időpontjára vonatkozóan (2014 tavasza) is értékelniük kellett gazdasági helyzetüket. A kórházak 43%-a inkább nem kielégítőnek, 26%-a jónak ítélte meg gazdasági helyzetét, 31% nem tudta eldönteni. Az előző évhez viszonyítva a gazdasági helyzet megítélése valamelyest javult. Akkor a kórházak 53%-a inkább nem kielégítőnek, 13%-a inkább jónak ítélte meg gazdasági helyzetét.

Az aktuális gazdasági helyzet megítélése a kevesebb ágygal rendelkező kórházaknál a legjobb, a magasabb ágyszámmal rendelkező kórházaknál a legrosszabb. Az ágyszám szerint közepes kórházaknál az értékek megfelelnek a szövetségi átlagnak.

**7. 5. A gazdasági várakozások értékelése:** Végül a kórházaknak nyilatkozniuk kellett az elkövetkező évre, 2015-re vonatkozó várakozásaikról is. A kórházak 22%-a a gazdasági helyzet javulására, 39%-a inkább annak rosszabbodására számít. A jövőbeli várakozások az előző évekhez hasonlóan inkább borúlátóak. A kevesebb ágygal rendelkező kórházaknál a várakozások tendenciálisan kedvezőbbek, a magasabb ágyszámmal rendelkezőknél tendenciálisan rosszabbak.

[Lásd még: *Kórházbarométer – Krankenhaus Barometer*: 2007. 48. sz., 2008. 52. sz., 2010. 13. sz.; 2012. 6.sz.; 2014. 3. sz.]

**Dr. Karl Blum et al.: Pszichiátriai barométer 2013 –  
Psychiatrie Barometer 2013**

Deutsches Krankenhausinstitut, Düsseldorf, November 2014 (4-5.; 15-19. p.)

**Kulcsszavak:** pszichiátriai ellátás térítése, esetátalányok, pszichiátriai intézetek gazdasági helyzete, Németország

**Forrás Internet-helye:** <https://www.dki.de/service/publikationen>

**2. Új térítési rendszer a pszichiátriai ellátás területén:**

**2. 1. Az opciós modell alkalmazása:**

A pszichiátriai térítésekről szóló törvény (*Psychiatrie-Entgeltgesetz*) alapján 2015-ig a szomatikus kórházakhoz hasonlóan be kell vezetni **a pszichiátriai és pszichoszomatikus szolgáltatások esetátalányokban történő térítési rendszerét [pauschalierendes Entgeltsystem für die Psychiatrie und Psychosomatik – PEPP]**. 2013-ban és 2014-ben a kórházak még optálhattak.

A felmérésben résztvevő kórházak 7%-a (a pszichiátriai osztályok 3%-a és a pszichiátriai intézetek 10%-a) válaszolta, hogy már 2013-ban bevezette az új térítési rendszert.

A 2012. évi *PSYCHiatrie Barometer*-ben még a pszichiátriai intézetek 11%-a és a pszichiátriai osztályok 21%-a nyilatkozta, hogy már 2013-ban optálni készül. A jelenlegiben a kórházak jó 20%-a jelezte, hogy 2014-ben az új térítési rendszerre való áttérésre készül. Ebben a tekintetben már gyakorlatilag nem volt különbség a pszichiátriai osztályok és intézetek között.

**3. A pszichiátriai intézetek gazdasági helyzete:**

**3. 1. A gazdasági helyzet értékelése:**

A gazdasági helyzet értékelése a pszichiátriai szakkórházaknál tendenciálisan rosszabb, mint az általános kórházak keretében működő pszichiátriai osztályoknál. A pszichiátriai szakkórházak 42%-a inkább nem kielégítőnek ítéli meg gazdasági helyzetét, miközben az így nyilatkozók aránya a pszichiátriai vagy pszichoszomatikus osztályokkal rendelkező általános kórházaknál 33%. E két kórháztypusnál mindössze 14% értékelte jónak gazdasági helyzetét.

Az előző évekhez viszonyítva a gazdasági helyzet értékelése látványosan rosszabbodott. 2012-ben még a pszichiátriai szakkórházaknak és kórházi osztályoknak több mint a fele jónak ítélte meg gazdasági helyzetét. 2012-ben és 2011-ben még a pszichiátriai intézeteknek mindössze 10%-a értékelte úgy, hogy gazdasági helyzete inkább nem kielégítő.

Az új pszichiátriai térítési rendszer alkalmazása mellett optáló kórházak valamivel rosszabbul ítélik meg gazdasági helyzetüket, mint a többi pszichiátriai intézmény. Az optáló kórházak 45%-a nevezte inkább nem kielégítőnek gazdasági helyzetét, míg az (eddig) nem optáló kórházaknak csak 35%-a. És fordítva, a gazdasági helyzetüket jónak értékelő kórházak száma ez utóbbiak körében az optáló kórházakénak csaknem a kétszerese.

### **3. 2. A gazdasági várakozások értékelése:**

A 2014-ben várható kilátásokkal kapcsolatban a pszichiátriai és pszichoszomatikus osztályokkal rendelkező általános kórházak 63%-a és a pszichiátriai szakkórházak 55%-a nem számított gazdasági helyzetének változására. A pszichiátriai osztályok 25%-a és a pszichiátriai intézetek 32%-a abból indult ki, hogy gazdasági helyzete 2014-ben javulni fog. Csak a pszichiátriai intézmények 13%-a számított helyzetének rosszabbodására.

A gazdasági várakozások az új térítési rendszerre való áttéréssel összefüggésben: Az optáló kórházak és azok, amelyek 2014-ben az opciót tervezték, tendenciálisan rosszabbul értékelték helyzetüket, mint a többiek. Az optáló kórházaknak csak a 16%-a számított helyzetének javulására, a nem optáló kórházaknál ezek aránya 32% volt.

[Lásd még: *Pszichiátriai barométer 2011, 2012. 9. sz.*; *A pszichiátriai ellátások esetátalányok szerinti elszámolása, 2012. 9. sz.*]

**Andrea Waltersbacher: Jelentés a gyógyászati eljárások alkalmazásáról  
Németországban – Heilmittelbericht 2014**

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), 25. 11. 2014

**Kulcsszavak:** ergoterápia, beszédterápia, fizioterápia, Németország

**Forrás Internet-helye:** [http://www.wido.de/heilmittel\\_2014.html](http://www.wido.de/heilmittel_2014.html)

**Összefoglalás: A gyógyászati eljárások piaca 2013-ban**

**Felírás és forgalom:**

1. A kötelező betegbiztosítás csaknem 70 millió biztosítottja részére nyújtott gyógyászati eljárások forgalma 2013-ban összesen 5,36 milliárd EUR, ebből az AOK (*Allgemeine Ortskrankenkasse – Általános Területi Betegpénztár*) biztosítottjai részére 1,94 milliárd EUR volt. Így a kötelező betegbiztosítás keretében 2013-ban gyógyászati eljárásokra fordított kiadások a szolgáltatásokra fordított 182,75 milliárd EUR 2,6%-át tették ki. Összesen 36,8 millió gyógyászati kezelésre szóló rendelvény kitöltésére került sor. A kötelező betegbiztosítás biztosítottjai részére 42,9 millió szolgáltatást írtak fel, ebből 15 milliót az AOK biztosítottjai számára.

2. Átlagban a kötelező betegbiztosítás egy-egy tagjára 76,18 EUR jutott gyógyászati eljárásokra (AOK: 79,87 EUR). Ebből 55,32 EUR fizioterápiás (AOK: 55,78 EUR), 11,01 EUR ergoterápiás (AOK: 11,72 EUR), 8,35 EUR beszédterápiás (AOK: 9,75 EUR), 1,99 EUR podológiai (AOK: 2,63 EUR) kezelésekre jutott.

3. Az egy biztosítottra eső bruttó forgalom a keleti tartományokban az árszerkezetnél fogva alacsonyabb, mint a nyugati tartományokban. Kivételt képez Szászország, ahol a kötelező betegbiztosítás egy-egy biztosítottjára 95,81 EUR jutott. Három nyugati betegpénztári orvosi egyesülés és négy keleti tartomány nem érte el a szövetségi átlagot.

**Kezeléseket felíró orvosok, szolgáltatók, betegek:**

1. Az orvosok szövetségi nyilvántartása szerint szövetségi szinten 2013-ban 142.600 orvos vett részt a szerződött orvosi ellátásban. Átlagban minden egyes orvos 301 gyógyászati szolgáltatást írt fel a kötelező betegbiztosítás terhére. A kezelések 36,2%-át általános orvosok, 26%-át orthopéd szakorvosok írták fel.

2. Az AOK-val elszámoló szolgáltatók száma 2013-ban is enyhén emelkedett: az ellátást összesen 64.465 gyógyászati ellátást nyújtó szolgáltató (pontosabban: *intézményi azonosító kód = „Institutskennzeichen”*) biztosította.

3. 2013-ban csaknem 4,8 millió AOK-biztosított részére (az AOK biztosítottainak 19,7%-a) írtak fel legalább egy gyógyászati szolgáltatást. A biztosítással rendelkező nők 23,1%-a, a férfiak 16,1%-a részesült valamilyen gyógyászati szolgáltatásban. A gyógyászati szolgáltatásokban részesülő betegek 60,9%-a nő volt. A férfi biztosítottak körében két statisztikai csúcs azonosítható: az első az általános iskolás életkorban (betegek aránya 24,6%), a második 80 és 84 év közötti életkorban (27,0%). A nők körében a statisztikai csúcs a 75-80 év közötti korosztályra esik (35,0%).

### ***Ergoterápia:***

1. A szolgáltatások száma az ergoterápia területén csaknem 2,7 millió, az egyedi kezelésekre 22 millió volt. A kötelező betegbiztosítás keretében 1.000 biztosítottra átlagosan 317 ergoterápiás kezelés jutott, 39 szolgáltatási kategória keretében.
2. Az ergoterápiás kezelésekre fordított összeg 769 millió EUR volt, ami a kötelező betegbiztosítás keretében gyógyászati eljárásokra fordított költségek 14,4%-a. A kötelező betegbiztosítás keretében 1.000 biztosítottra 11.013 EUR jutott.
3. Egy ergoterápiás szolgáltatás költsége (kiegészítő szolgáltatások nélkül, mint otthoni kezelés, útiköltség) átlagosan 255,79 EUR volt.
4. Az AOK összesen 292.000 biztosítottja egyenként 3,4 szolgáltatásban és 28,5 kezelésben részesült. Az AOK egy biztosítottjára eső költségek összege 2013-ban 974,22 EUR volt.
5. A szenzomotoros/perceptív zavarok esetén nyújtott ergoterápiás egyedi kezelésekre bruttó forgalma 439 millió EUR volt.
6. A felírások 40,2%-ánál a lelet megállapítása és a terápia oka a 18. életév betöltését *követő* központi idegrendszeri megbetegedés vagy viselkedészavar volt (EN 2). A 18. életév betöltését *megelőzően* a kezelésekre felírásának 30,1%-ánál a terápia szempontjából releváns indikáció a központi idegrendszer megbetegedése volt (EN 1).
7. Az ergoterápia területén a betegek (AOK) 39,8%-a 14 év alatti volt; a statisztikai csúcs az 5-9 év közöttiekre esik: az AOK-nál biztosított 1.000 gyermek közül 70,5 részesült terápiában.

### ***Beszédterápia:***

1. 2013-ban 2,2 millió beszédterápiás szolgáltatást írtak fel. Ez kerekén 16,1 millió egyedi kezelésnek felel meg. A kötelező betegbiztosítás keretében 1.000 biztosítottra 231 beszédterápiás kezelés jutott, 31,9 szolgáltatási kategória keretében.
2. Beszédterápiás kezelésekre 583 millió eurót költöttek, ami a kötelező betegbiztosítás keretében gyógyászati eljárásokra fordított költségek 10,9%-a.
3. A beszédterápiás kezelésekre 1.000 biztosítottra jutó forgalma 2013-ban 8.347 EUR volt. Egy beszédterápiás szolgáltatás – kiegészítő szolgáltatások nélkül – szövetségi szinten 245,68 EUR-ba került.
4. Ha az AOK terhére felírt beszédterápiás szolgáltatások számát elosztjuk a beszédterápiában ténylegesen részesülők számával, 284.800 személy átlagosan fejenként 3,2 szolgáltatásban, összesen 23,30 kezelésben részesült. Egy betegre 830,97 EUR-t költöttek.
5. A beszédterápia területén a leggyakoribb indikáció (54,6%) „beszédzavar a beszédfejlődés lezárulása előtti szakaszban” volt. A „beszédzavar a beszédfejlődés lezárulását követő szakaszban” indikációra 13,8% jutott.
6. Az AOK terhére 193.200 tizenéves év alatti gyermek részesült beszédterápiás szolgáltatásokban, ezek 61,3%-a fiú volt. A szolgáltatásoknak csaknem a fele (47,9%) 5 és 9 év közöttiekre jutott.

### ***Fizioterápia:***

1. 2013-ban a kötelező biztosítottak a fizikális terápia és fizioterápia szolgáltatási katalógusból 36,5 millió szolgáltatást (AOK: 1,4 millió) vettek igénybe, ami kereken 242 millió egyedi kezelésnek felel meg. Átlagosan 1.000 kötelező biztosítottra 522,8 fizioterápiás szolgáltatás jutott.
2. A fizioterápia forgalma a gyógyászati kezelések összforalmának 72,1%-a, összege 3,86 milliárd EUR volt. 1.000 kötelező biztosítottra 55.324 EUR jutott. A fizioterápiás szolgáltatások átlagos költsége kiegészítő szolgáltatások nélkül: 97,51 EUR volt.
3. Ha a fizioterápiás szolgáltatások számát elosztjuk a fizioterápiás szolgáltatásokat ténylegesen igénybe vevő AOK-biztosítottak számával, 4,23 millió beteg átlagosan 2,9 szolgáltatási kategóriában, összesen 20,1 kezelésben részesült. Egy AOK-biztosított betegre éves átlagban 320,20 EUR-t költöttek.
4. A leggyakrabban felírt kezelés a gyógytorna volt: 5,7 millió.
5. Amennyiben a két fő csoport indikációit (WS 1 és WS 2) – tehát a különböző gerincbetegségeket összevonjuk az ízületi funkciózavarokkal és az izomösszehúzódsági zavarokkal – ez a betegségcsoport 48,8%-kal a fizioterápiás beavatkozások első helyén áll.

### ***Podológia:***

2013-ban a kötelező betegbiztosítás tagjai 1,4 millió podológiai szolgáltatást vettek igénybe (AOK: 654.000). Ez csaknem 5,2 millió egyedi podológiai kezelésnek felel meg, 139,2 millió EUR értékben. Egy kiegészítő szolgáltatás nélküli átlagos podológiai szolgáltatás 2013-ban 91,54 EUR-ba került.

### ***2 A gyógyászati eljárások piaca 2013-ban:***

#### ***2. 1. Rendelések volumene és költségek:***

2013-ban a kötelező betegbiztosítás keretében a gyógyászati eljárások forgalma összesen 5,36 milliárd EUR-t tett ki (AOK: 1,94 milliárd EUR). Az ergoterápia és a beszédterápia 6,4%-os, ill. 5,2%-os volumennel ugyan vékony szegmensnek bizonyult, a viszonylag magas árak folytán jelentősebb forgalmat képviselt: 14,4%, ill. 10,9% (AOK: 14,7%, ill. 12,2%). Egy átlagos ergoterápiás szolgáltatás ára a kötelező betegbiztosítás tagjai részére 255,79 EUR, egy beszédterápiás szolgáltatásé 245,68 EUR, egy fizioterápiás szolgáltatásé 97,51 EUR volt.

[Lásd még: *Jelentés a gyógyászati eljárások alkalmazásáról Németországban - Heilmittelbericht: 2009. 17. sz.; 2010. 12. sz.; 2011. 16. sz.; 2012. 6. sz., 2013. 4. sz., 2014. 3. sz.*]

**A szerző: Andrea Waltersbacher**

Tel. 49-30/34646-2567

[andrea.waltersbacher@wido.bv.aok.de](mailto:andrea.waltersbacher@wido.bv.aok.de)

*Egészséggazdasági, egészségpolitikai és  
szociálpolitikai nemzetközi sajtószemle*

*2015. 5. sz.*

**Egészségügyi Világszervezet (WHO)**

- A WHO globális jelentése a nem fertőző krónikus betegségekről
- A WHO jelentése a malária elleni küzdelem helyzetéről

**Európai Gyógyszerügynökség (EMA)**

- Az Európai Gyógyszerügynökség 2014-ben rekordot döntött az engedélyezésre ajánlott Orphan-Drug-ok száma tekintetében
- Manipulált gyógyszervizsgálatok: Az Európai Gyógyszerügynökség az engedélyezések felfüggesztését ajánlja

**Európai Élelmiszerbiztonsági Hatóság (EFSA)**

- Állásfoglalás a koffeintartalmú termékek biztonságáról

**Németország**

- Kórházbarométer 2014, Deutsches Krankenhaus Institut
- Pszichiátriai barométer 2013, Deutsches Krankenhaus Institut
- Jelentés a gyógyászati eljárások alkalmazásáról – Heilmittelbericht 2014, Wissenschaftliches Institut der AOK
- Németországban megalakult az Egészségügyi Minőségbiztosítás és Transzparencia Intézete

**Európai vegyes hírek**

- Orvoselvándorlás a balkáni országokból
- A francia orvosok tiltakozó akciója: papírhadjárat a betegpénztárak ellen
- A brit orvosok belebetegednek a betegek panaszaiába
- A Szövetségi Bíróság döntése a balkonon dohányzásról
- Határmenti ápolási együttműködés Németország és Hollandia között

*Németországban megalakult az  
Egészségügyi Minőségbiztosítás és Transzparencia Intézete*  
Deutsches Ärzteblatt, 2015. január 14.

**Kulcsszavak:** minőségügy, transzparencia, Németország

**Forrás Internet-helye:** <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/61451/Neues-Institut-fuer-Qualitaetssicherung-und-Transparenz-ist-gegruendet?s=Transparenz>

Németországban 2015 január közepén elkezdte működését az *Egészségügyi Minőségbiztosítás és Transzparencia Intézete (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen – IQTIG)*. Vezetője Christof Veit orvos.

„A kötelező betegbiztosítás pénzügyi struktúrájának és minőségének továbbfejlesztéséről szóló törvény” („*Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung*“) rendelkezései között szerepel egy szakmailag független minőségbiztosítási és transzparencia intézet felállítása. A törvényhozó a Közös Szövetségi Bizottságot (*Gemeinsamer Bundesausschuss – G-BA*) bízta meg annak megalapításával.

Az új intézet feladatköre: a minőségbiztosítási döntéshozatalt előkészítő segédletek összeállítása a Közös Szövetségi Bizottság részére, a hiányosságok feltárása, az ellátás minősége transzparenciájának erősítése, pl. a kórházi szolgáltatások minőségének összehasonlításával.

Az intézet fenntartója az Egészségügyi Minőségbiztosítás és Transzparencia Alapítványa („*Stiftung für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen*“), amelynek alapító okirata már 2014 augusztus közepe óta elkészült. **Az alapítványi tanács tagjai:** a Német Kórházársaság (*Deutsche Krankenhausgesellschaft – DKG*) két, a Betegpénztári Orvosok Szövetségi Egyesülésének (*Kassenärztliche Bundesvereinigung – KBV*) két, a Betegpénztári Fogorvosok Szövetségi Egyesülésének (*Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung – KZBV*) egy, a Kötelező Betegpénztárak Csúcscsovétségének (*GKV-Spitzenverband*) öt, a Szövetségi Egészségügyi Minisztérium egy képviselője, valamint a Közös Szövetségi Bizottság elnöke.

**Az intézet vezetője, Christof Veit**, a német egészségügyi közélet ismert szereplője. Orvostudományi tanulmányait Freiburgban, Londonban és Bostonban végezte. Urológiai és sebészeti szakorvosi képesítését Hamburgban (*Allgemeines Krankenhaus Altona*) szerezte. 2014-ig a Szövetségi Minőségbiztosítási Hivatal Kht. (*Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gmbH – BQS*) hatáskörében működő **Minőségügyi és Betegbiztonsági Intézet (Institut für Qualität und Patientensicherheit)** ügyvezető igazgatója volt.



## ***Thomas Brey: Orvoselvándorlás a balkáni országokból***

Ärzte Zeitung online, 2015. január 20.

**Kulcsszavak:** orvosmigráció, Bulgária, Szerbia, Románia, Horvátország, Bosznia-Hercegovina

### **Forrás Internet-helye:**

[http://www.aerztezeitung.de/panorama/default.aspx?sid=877265&cm\\_mmc=Newsletter-Newsletter-C-20150120-Panorama](http://www.aerztezeitung.de/panorama/default.aspx?sid=877265&cm_mmc=Newsletter-Newsletter-C-20150120-Panorama)

Mindenki menni akar és aki csak teheti, meg is teszi. Egy augusztusi felmérés szerint Bulgáriából, az EU legszegényebb tagállamából, a fiatal orvosok és az orvostanhallgatók 80%-a minél előbb szeretne külföldre költözni.

Egy horvát miniszter szerint a távozó orvosokkal legalább részben ki kellene fizettetni képzésük költségeit. A horvát orvosi kamara viszont, annak ellenére, hogy 2014 novemberéig 800 orvos vállalt munkát külföldön, nem lát okot a pánikra. A kamara elnökségének egyik tagja szerint azonban a jövőben súlyos gondot okozhat, hogy az elvándorló orvosok átlagéletkora 40 év és kiemelkedő szakemberek is vannak közöttük.

Bosznia-Hercegovinában az egészségügyi rendszer akár össze is omolhat: csak tavaly 570 ápoló vándorolt ki Németországba, ami teljesen hivatalosan, a német és a boszniai hatóságok közvetítésével történt. Az elmúlt évben Szerbiából 500, Bulgáriából mintegy 400-500, Romániából 2.450 orvos vándorolt ki.

Romániában ez elsősorban a kórházakat sújtja, ahol a kórházi orvosok száma 13.521, az előírt létszám fele. Négy évvel korábban még 20.648 kórházi orvost számláltak. Ha figyelembe vesszük az elvándorlást, valamint a nyugállományba vonulók és a végzősök közötti különbséget, a román egészségügyi rendszerből minden évben 500 orvos hiányzik. Az EU-hoz való csatlakozás óta az orvoshiány drasztikusan növekedett. A román egészségügyi minisztérium 2008-ban 50%-kal emelte az állami szolgálatban álló orvosok béreit, ami korántsem érte el célját.

A legfontosabb célországok: Németország, Ausztria, a skandináv országok, Nagy-Britannia. Az elvándorlók számára a legerősebb motivációt a magasabb bér jelenti. Szerbiában egy szakorvos havi 900 EUR-t keres. Horvátországban a csaknem 20.000 orvos átlagjövedelme 5.200 kuna (680 EUR), amely húszéves szakmai gyakorlat után 9.000 kunára (1.170 EUR) emelkedik. Romániában a bérek 250 EUR és 1.500 EUR között mozognak. Ezzel szemben a német és az osztrák kórházak havi 2.200 EUR kezdő fizetéssel kecsegtetnek és szolgálati lakást is ígérnek.

***A francia orvosok tiltakozó akciója: papírhadjárat a betegpénztárak ellen***  
Ärzte Zeitung online, 2015. január 22.

**Kulcsszavak:** betegpénztári elszámolások, orvosok tiltakozása, Franciaország

**Forrás Internet-helye:**

[http://www.aerztezeitung.de/politik\\_gesellschaft/gesundheitspolitik\\_international/default.aspx?sid=877537&cm\\_mmc=Newsletter-Newsletter-C-20150122-Gesundheitspolitik+international](http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/gesundheitspolitik_international/default.aspx?sid=877537&cm_mmc=Newsletter-Newsletter-C-20150122-Gesundheitspolitik+international)

A francia orvosok 2014 december végén tiltakozó akcióba kezdtek a költségtérítési modell megszüntetése és a természetbeni szolgáltatások modelljének bevezetése ellen. Az ambuláns ellátás „államosításától” és ezzel a bürokrácia növekedésétől tartanak.

Karácsony és Újév között tömeges tüntetésekre került sor, majd a tiltakozás egyéb módszerei kerültek előtérbe. Az orvosok a szokásos elektronikus beteglapok alkalmazása helyett, miáltal a betegek néhány napon belül automatikusan megkapták betegpénztáruktól a visszatérítést, most tradicionális beteglapokat készítenek, amelyeket a betegeknek maguknak kell postázniuk a betegpénztár részére. Így papíradatot zúdítanak a betegpénztárakra és egyszerűen megbénítják azok működését. A betegpénztáraknak most egyenként kell feldolgozniuk a beteglapokat, a visszatérítés pedig jelentős késedelmet szenved. Jóllehet mindössze a beteglapok 15%-át kell ily módon feldolgozni, a betegpénztárak számára ez óriási megterhelést jelent, az 1990-es évek óta ugyanis már nem rendelkeznek személyzettel az ilyen elszámolások feldolgozására. Az orvosok azzal is megkeserítik a betegpénztárak életét, hogy leveleiket nem elektronikusan, hanem postai úton küldik nekik.

A betegek egy cseppet sincsenek elragadtatva az orvosok taktikájától. A fogyasztóvédők azt tanácsolják a betegeknek, hogy csak aprópénzzel fizessék ki a honoráriumot és ezzel nehezítsék az orvosok könyvelését.

**Marisol Touraine szociális miniszter** többhetes némaság után január 20-án végre hajlandónak mutatkozott egy az orvosszervezetekkel közös munkacsoport felállítására a helyzet rendezése érdekében.

Az orvosszövetségek nem zárkoznak el a tárgyalásoktól, de február elejére ismét általános sztrájkot hirdettek. A törvény parlamenti vitájára 2015 tavaszán kerül sor, hatályba lépése 2017-ben esedékes.

## *A brit orvosok belebetegednek a betegek panaszaiába*

Deutsches Ärzteblatt, 2015. január 18.

**Kulcsszavak:** betegek panaszai, orvosok egészségi állapota, Nagy-Britannia

**Az eredeti cikk kivonata a British Medical Journal honlapján:**

<http://bmjopen.bmj.com/content/5/1/e006687>

Tom Bourne professzor és munkatársainak (*Imperial College London*) tanulmánya szerint a betegek panaszaival és mindennapos szemrehányásaival szembesülő orvosok gyakran depresszív szimptomáktól szenvednek, sőt az öngyilkosság gondolata is megkörménykezi őket. A betegek és az orvoskollegák panaszai rendszerint az Általános Orvosi Tanács (*General Medical Council – GMC*) elé kerülnek, amely akár a bepanaszolt orvos praxisengedélyét is bevonhatja.

A kutatók a *British Medical Association* 95.636 tagja részére küldték ki a kérdőívet, akik közül 10.930 megkérdezett (11,4%) válaszolt, 7.926 személy (8,3%) pedig teljes egészében kitöltötte azt. A kérdőív rákérdezett, hogy az illetők az elmúlt félév során szembesültek-e a betegek, vagy kollegáik panaszaival, továbbá, hogy szenvednek-e valamely szomatikus és pszichés megbetegedésben.

A megkérdezettek 49%-a már korábban legalább egy alkalommal szembesült az orvosi tanács előtti eljárással, vagy a betegek általi panasszal, 28,5%-a csak a közelmúltban került ilyen helyzetbe, 22,5%-a viszont még soha nem volt érintett ilyen ügyben.

A közelmúltban vagy jelenleg panaszokkal szembesülő orvosok 17%-a szenvedett mérsékelt vagy súlyos depresszióban, míg 77%-ánál a depresszív tünetek kockázata magasabb volt, mint a másik két csoportnál. Legsúlyosabban érintettek azok az orvosok, akiket a *General Medical Council* előtt vontak felelősségre: A kutatók szerint ezek körében a depresszió aránya 26%, a szorongásos tüneteké 22%, az esetek 15%-ánál pedig felmerült az öngyilkosság gondolata. Ugyancsak gyakoribbak a szomatikus problémák, mint az álmatlanság vagy az emésztési zavarok.

További problémát jelent, hogy a bepanaszolt orvosok hajlamossá válnak a defenzív kezelési gyakorlatra: 80%-uk kerüli a kockázatos kezeléseket és a súlyos betegeket, több és részben felesleges vizsgálatot ír fel.

## ***A Szövetségi Bíróság döntése a balkonon dohányzásról***

Ärzte Zeitung online, 2015. január 16.

**Kulcsszavak:** dohányzás, nemdohányzók egészsége, Németország

### **Forrás Internet-helye:**

[http://www.aerztezeitung.de/praxis\\_wirtschaft/recht/default.aspx?sid=877183&cm\\_mmc=Newsletter-Newsletter-C-20150119-Recht](http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/recht/default.aspx?sid=877183&cm_mmc=Newsletter-Newsletter-C-20150119-Recht)

***A Szövetségi Bíróság (Bundesgerichtshof – BGH, Karlsruhe) döntése szerint a dohányos szomszédok kötelezhetőek, hogy csak bizonyos időpontokban gyűjtsanak rá a balkonon.*** A füst ugyanis „jelentősen károsíthatja” mások egészségét. A végső döntés azonban még várat magára. A bírák visszaküldték az ügyet a *Landgericht Potsdam*-nak.

***Mégis, hány cigit lehet elszívni naponta a balkonon?*** A brandenburgi Premnitz-ben élő nemdohányzó házaspár azért perelte be az alatta lakó szomszédokat, mert nem volt hajlandó elviselni a lenti balkonról felszálló cigarettafüstöt. Hogy mennyit dohányoztak odalent, egyelőre tisztázatlan. A felperesek napi 10-12 szál cigarettát emlegettek. A Szövetségi Bíróság alapján véve a pert indító házaspárnak adott igazat. A bírák azonban nem hoztak döntést a balkonokon általánosan érvényes dohánymentes időről és az ott elszívható cigaretták maximális számáról sem.

***A bérlőnek bizonyítania kell az egészségkárosodás veszélyét:*** Az ítélet szerint alapján véve bizonyos időszakokra kiszabható a dohányzási tilalom, ha a füst valóban zavarja a szomszédokat. Ha ez nem áll fenn, a bérlőnek bizonyítania kell, hogy a füst ténylegesen veszélyezteti egészségét. A Potsdam-ban működő Tartományi Bíróságnak most tisztáznia kell, hogy a dohányfüst mennyiben zavarja a nemdohányzó felpereseket és hogy az káros lehet-e egészségükre. Ezt követően a bírák adott esetben előírhatnak bizonyos dohánymentes időszakokat.

A Szövetségi Bíróság elnöke szerint azonban a dohányzásról folytatott peres ügyben is figyelembe kell venni mindkét fél jogait.

*Ügyiratszám: V ZR 110/14*

**Határmenti együttműködés Németország és Hollandia  
között az időskorúak otthoni ápolása területén**  
Ärzte Zeitung, 2015. január 19.

**Kulcsszavak:** idősügy, otthoni ápolás, Hollandia, Németország

**Forrás Internet-helye:**

[http://www.aerztezeitung.de/politik\\_gesellschaft/pflege/article/876763/deutschlandnie-derlande-pflege-nachbarn-profitieren.html?sh=1&h=-706503231](http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/pflege/article/876763/deutschlandnie-derlande-pflege-nachbarn-profitieren.html?sh=1&h=-706503231)

Az ápolásra szoruló személyek és hozzátartozóik támogatása céljából az AOK Rheinland/Hamburg ápolási betegutakat (n. *Pflegepfade – a. Care Pathways*) dolgozott ki, amelyek alkalmazása során együttműködést folytat a CZ holland betegbiztosítóval. ***Az ápolási betegutak alkalmazásának célja személyre szabott kínálatok biztosítása*** az ápolásra szoruló és az ápolást végző személyek részére az otthoni ápolás keretében.

***Az ápolási betegutak négy célcsoportra irányulnak:*** valamely ápolási fokozatba besorolt ápolásra szoruló személyek, demenciában szenvedők, ápolás iránti kérelmükkel kikoszorazott biztosítottak, valamint előreláthatóan ápolásra szorulóvá váló biztosítottak.

Az AOK (*Allgemeine Ortskrankenkasse – Általános Területi Betegpénztár*) és a CZ közötti együttműködésre „***Az ápolásra szoruló polgárok ellátása***”c. eurégiós ***ápolási kísérleti projekt*** keretében kerül sor, amelynek tárgya a két ország ápolásbiztosítási rendszereinek összehasonlítása. Az AOK Rheinland/Hamburg adatai szerint a hollandok általában a csaknem teljes mértékben finanszírozási alapon működő ápolási szolgálatok általi gondozást részesítik előnyben. A németek ezzel szemben inkább a hozzátartozóik általi ápolást preferálják.

A sokrétű tájékoztatás ellenére az ápolásra szoruló személyek és hozzátartozóik a határ mindkét oldalán gyakran alig rendelkeznek ismeretekkel a betegpénztárak szolgáltatásairól.

Az AOK Rheinland/Hamburg ügyfelei körében igen nagy érdeklődésnek örvendenek a holland biztosító által felkínált ápolási hotelek (*Zorg-Hotels*), ahova az ápolásra szoruló személyek és hozzátartozóik szabadságra mehetnek, ottani tartózkodásuk során pedig a hotel biztosítja az ápolást. A német biztosítottak követendő példának tartják a „Segítünk” (*„We helfen“*) holland Internet-platformot is, ahol az önkéntes segítők felkínálhatják szolgálataikat.

A holland CZ szolgáltatásai közé tartoznak még az ápolást végző hozzátartozók részére tartott tanfolyamok, valamint a demenciások részére működtetett „irányítóközpontok”, amelyek további mintát nyújtanak a német betegbiztosítók számára.

[Lásd még: *Határon átnyúló ellátás a Maas-Rajna Eurégióban, 2013. 14. sz.*]

## **ELŐJEGYZÉSI LISTA:**

### **2015. 6. sz. (2015. február 16.): Összeállítás a svájci egészségügyről**

- Svájc egészségügyi statisztikája (2014)
- Svájc ápolási statisztikája (2013)
- Halálokok statisztikája Svájcban (2012)
- Túlsúlyosság és elhízottság Svájcban (2012)
- A szociális segélyek statisztikája (2013)
- Időskori szegénység Svájcban
- Változások a svájci társadalombiztosításban 2015. január 1-től

## **VÁRÓLISTA:**

Minimálbér Európában

Exportok az egészséggazdaságban

A „Szövetség a demenciásokért” agendája

Jelentés a német nyugdíjbiztosítás helyzetéről 2014-ben

Szociális segélyek és időskori alapbiztosítás

Az RWI tanulmánya a kórházügyi tervezésről

A DKV jelentése a németek egészségmagatartásáról

Kezelési láncok és metszéspontok Svájcban

Munkaerőpiaci effektusok a svájci egészségügyi stratégia szempontjából

### **Tematikus összeállítás az ápolók béréről:**

- Mennyit keresnek a német ápolók? (a Szövetségi Munkaügyi Hivatal kutatóintézetének tanulmánya)
- Minimálbér az ápolás területén Németországban

### **Tematikus összeállítás az időskori szegénységről:**

- Időskori szegénység és időskori biztosítás a németországi szociális szektorban
- Időskori szegénység a németországi vendégmunkások körében