

# *Egészséggazdasági, egészségpolitikai és szociálpolitikai nemzetközi sajtószemle*

**2016. 32. sz.**

## **Globális egészségügy, antibiotikum rezisztencia**

- Globális Antibiotikum Hét 2016 – *World Antibiotic Awareness Week 2016*
- Az ECDC állásfoglalása az Európai Antibiotikum Napon
- Európai vizsgálat a kórházi antibiotikum rezisztenciákról

## **Egészséggazdaság**

- Ökonomizálódás a kórházakban
- A diabétesz egészséggazdasági vonatkozásai

## **Medica 2016**

**Szakértői jelentés a biztosítottak klasszifikációjának eljárásáról a szerződött orvosi ellátás területén való alkalmazás kontextusában**

## **Népegészségügy**

- Szocioökonómiai és kulturális különbségek a svájci lakosság egészségmagatartásában
- A demencia prevalenciája az Egyesült Államokban 2000 és 2012 között

## **Praxishírek**

- Az orvosok felelősségbiztosítása

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

## ***Globális Antibiotikum Hét – World Antibiotic Awareness Week 2016***

2016. november 14-20.

Egészségügyi Világszervezet

**Kulcsszavak:** globális egészségügy, antibiotikum rezisztencia, Egészségügyi Világszervezet

### **Forrás Internet-helye:**

<http://www.who.int/antimicrobial-resistance/events/world-antibiotic-awareness-week-2016/en/> ;

<http://www.who.int/campaigns/world-antibiotic-awareness-week/en/> ;

<http://www.who.int/antimicrobial-resistance/global-action-plan/en/>

A ***Globális Antibiotikum Hét (World Antibiotic Awareness Week)*** célja a globális antibiotikum rezisztenciával szembeni éberség fokozása és a jó gyakorlat ösztönzése az egészségügyi dolgozók és politikai szereplők körében az antibiotikum rezisztencia további növekedésének megakadályozása érdekében.

Az ***Egészségügyi Világszervezet 68. Közgyűlése*** 2015 májusában globális cselekvési tervet fogadott el az antibiotikumok és más antimikrobiális gyógyszerek fokozódó rezisztenciájának leküzdése érdekében. A terv kulcsfontosságú célkitűzése az antimikrobiális rezisztenciával kapcsolatos éberség, tudatosság és tájékozottság növelése megfelelő kommunikáció, oktatás és továbbképzés révén.

Az „óvatosan az antibiotikumokkal” kampány üzenete, hogy az antibiotikumok értékes erőforrások és azokat meg kell őrizni. Az Egészségügyi Világszervezet felhívást intéz tagállamaihoz a kampányhoz való csatlakozásra és az antibiotikum rezisztenciával szembeni éberség erősítésére. A globális hét keretében számos munkaanyagot bocsátanak rendelkezésre a lokális kampányok támogatása céljából.

## Az ECDC állásfoglalása az Európai Antibiotikum Napon

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), 17. November 2016

**Kulcsszavak:** antibiotikum, antibiotikum rezisztencia, Európa, ECDC

**Forrás Internet-helye:** <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/antibiotic-resistance-policy-briefing.pdf> ;  
[http://ecdc.europa.eu/en/press/news/layouts/forms/News\\_DispForm.aspx?ID=1510&List=8db7286c-fe2d-476c-9133-18ff4cb1b568&Source=http%3A%2F%2Fecdc%2Eeuropa%2Eeu%2Fen%2FPages%2Fhome%2Easpx](http://ecdc.europa.eu/en/press/news/layouts/forms/News_DispForm.aspx?ID=1510&List=8db7286c-fe2d-476c-9133-18ff4cb1b568&Source=http%3A%2F%2Fecdc%2Eeuropa%2Eeu%2Fen%2FPages%2Fhome%2Easpx)

Az antibiotikum rezisztenciák gyakorisága Európában az elmúlt évben tovább növekedett. Az Európai Antibiotikum Nap alkalmából a **European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)** által kibocsátott jelentés szerint elsősorban a klebsiella pneumoniae karbapenem-mel szembeni rezisztenciája okozhat aggodalmakat. E kórokozó már az olyan antibiotikumokkal szemben is rezisztens, mint a polymyxinek közé tartozó colistin. Ebben a helyzetben már nem áll rendelkezésre más hatékony antibiotikum.

A **European Survey of Carbapenemase-Producing Enterobacteriaceae (EuSCAPE)** szerint a csírák elsősorban Dél-Európában elterjedtek. Olaszországban, Görögországban és Törökországban már egyenesen endemikus helyzet állt elő (5. stádium), ami azt jelenti, hogy többé-kevésbé az ország minden kórházában jelen vannak. Ezt persze nem minden esetben ismerik fel, mivel a laborok nem rendelkeznek az eljáráshoz szükséges eszközökkel.

A gyakoriság észak felé haladva csökken. Svédországban és Finnországban még csak elszigetelten mutatták ki a csírákat. Az ECDC Németországban regionális elterjedést feltételez (3. stádium). Az antibiotikum-rezisztencia-surveillance becslése szerint a K. pneumoniae meropenem-mel szembeni rezisztenciájának aránya 2010-ben még 0,1%, 2014-ben pedig már 0,5% volt. A helyzet Európa-szerte kedvezőtlené válik és egyértelmű tendenciaként nyugtázható, hogy a helyzet csak rosszabbodni fog. Az ECDC becslése szerint a K. pneumoniae karbapenem-mel szembeni rezisztenciája 2012-ben 6,2%, 2015-ben 8,1% volt.

Karbapenem-rezisztencia esetén az orvosok colistin-t alkalmazhatnak, amelyet rossz mellékhatásai miatt sokáig alig használtak és ezért ezt a rezisztencia nem érintette. Az ECDC szerint a colistin alkalmazása az utóbbi években megduplázódott és ennek eredményeként megjelentek a vele szembeni rezisztenciák. Azon betegek számára, akik ettől a kórokozótól megfertőződtek, az ECDC szerint már nem áll rendelkezésre terápiás opció.

Az ECD által javasolt ellenintézkedések: nemzeti Task Force felállítása, a higiénikus személyzet számának növelése (személyzeti kulcs az 1/250 ágy helyett inkább 1/100 ágy), a kockázati személyek jobb szűrése, egyágyas szobákban való elkülönítés, kézmosás.

***Európai vizsgálat a kórházi antibiotikum rezisztenciákról***

The Lancet Infectious Diseases ,

DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(16\)30257-2](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(16)30257-2) ,

Published: 17 November 2016

**Kulcsszavak:** antibiotikum rezisztencia, kórházi higiénia, Európa

**Forrás Internet-helye:**

[http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(16\)30257-2/fulltext?rss=yes](http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(16)30257-2/fulltext?rss=yes)

Egy nemzetközi kutatócsoport első alkalommal végzett vizsgálatot a rendkívül veszélyes multirezisztens enterobaktériumok európai elterjedtségéről. A vizsgálat középpontjában a *Klebsiella pneumoniae* és az *Escherichia coli* állt. Ezek a bélbaktériumok egyre inkább rezisztenssé válnak a karbapenem antibiotikummal szemben.

**Prof. Harald Seifert (Deutsches Zentrum für Infektionsforschung – DZIF, Universitätsklinikum Köln)** szerint a multirezisztens baktériumok hatékony megfékezéséhez megbízható adatokra van szükség. Márpedig nem minden kórház képes bizonyos minták meghatározott kórokozók és rezisztenciák tekintetében való standardizált vizsgálatára. A kutatóknak sikerült 36 európai ország 455 kórházát bevonniuk a vizsgálatba. Ún. nemzeti szakértői laborokban sikerült egységes diagnosztikai módszereket kidolgozniuk izolált minták elemzésére. Összesen 2.703 izolátumot vizsgáltak.

Az izolátumok 85%-ánál *Klebsiella pneumoniae*-t, 15%-ánál *E. coli*-baktériumokat mutattak ki. Az elemzők kimutatták, hogy mind a klebsiellák, mind az *E. coli* körében elterjedtek a karbapenemáz-termelők: A rezisztens klebsiellák 71%-ánál mutattak rezisztenciát, *E. coli* esetén a baktérium-izolátumok 40%-a rendelkezett ezzel a rezisztencia mechanizmussal. A kutatók szerint különösen veszélyes, hogy ez a rezisztencia mechanizmus más baktériumokra is áttérjedhet. Az előfordulás országonként eltérő: Németországban 10.000 kórházi beteg közül 0,5 volt a baktérium által érintett vagy fertőzött, a földközi-tengeri országokban és a Balkánon ennek több mint tízszerese.

Más tanulmányokból tudjuk, hogy a rezisztens csírákat esetenként maguk a betegek hurcolják be a kórházba, de a kórházi fertőzés is jelentős szerepet játszik. Ezért a jövőben egész Európában nagyobb jelentőséget kell tanúsítani a kórházi higiénia számára. Ám ugyanolyan fontos, hogy az antibiotikumokat csak ott alkalmazzák, ahol az ténylegesen szükséges és előzzék meg az antibiotikumok indokolatlan alkalmazását. A kutatók diagnosztikai standardokat határoztak meg amelyek majd más kórházakban is alkalmazhatók.

## ***Ökonomizálódás a kórházakban***

Deutsches Ärzteblatt online, 2016. november 18.

**Kulcsszavak:** egészséggazdaság, kórházügy, ökonomizálódás, Németország

**Forrás Internet-helye:** <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/71543>

***Karl Heinz Wehkamp orvos, orvosetikus (Socium Forschungszentrum für soziale Ungleichheit und Sozialpolitik der Universität Bremen) és Heinz Naegler közgazdász (Berliner Hochschule für Wirtschaft und Recht)*** egy kvalitatív kutatás keretében 20 kórházi orvost és 21 kórházigazgatót kérdezett meg. Következtetésük szerint a német kórházakban az ökonomizálódás tendenciája növekedik. Az eredmények ismertetésére a Berlini Gazdasági Beszélgetések (*Berliner Wirtschaftsgespräche*) keretében került sor.

A szerzők azt értik ökonomizálódáson, hogy az orvosoknak egyre fokozottabb mértékben kell igazodniuk harmadik felek (munkatársak, társadalom, kórháztulajdonosok, költségviselők) döntéseihez. Ez megkülönböztetendő a gazdasági tevékenységtől.

A mindennapi munka során az orvosok és az igazgatók gyakran teljesen eltérően érzélik a dolgokat. Miközben előbbieket utasítások végrehajtásának terhét nyögik és hiányolják a döntésekbe való bevonásukat, utóbbiak sokkal szélesebbnek látják az orvosok döntéshozatali mozgásterét. Az orvosok gyakran panaszkodnak az orvosetikai elvek megszegésére, pl. ha a „lukratív” betegeket előnyben részesítik, a „kevés haszonnal járókat” pedig elutasítják.

A megkérdezés szerint a munkaerőhiány és a munkával való megterheltség prioritizálási döntésekhez vezet, amelyek megrövidítik az olyan alapvető jelentőségű szolgáltatásokat, mint az anamnézis, a testi vizsgálat és a személyes kezelés. Az orvosetikai értékek megszegése megrendíti az orvosoknak a gyógyítás korrektségébe vetett hitét.

A szerzők az ökonomizálódás két okát nevezik meg: Egyrészt léteznek strukturális és finanszírozási deficitek, mint a túlkapacitások vagy a beruházási források hiánya. Másrészt a kórházaknál kommunikációs és vezetési deficit tapasztalható. Az orvosokat nem vonják be eléggé a szolgáltatások és az erőforrások tervezésébe. Az etikai kontroll szabályainak hiánya egyre inkább a kórházak profitorientált működésének kedvez.

E helyzet megváltoztatása céljából a szerzők egyebek között az alap- és rendszeres ellátás újradefiniálását, a beruházási költségek finanszírozásának átrendezését és a túlkapacitások leépítését ajánlják. Az erőforrások korlátozottságának figyelembevételével ki kell alakítani egy kódexet, amelyet a hierarchiák minden szintjén, minden szakmai csoportban és szolgáltatási területen kötelezővé kell tenni.

**Frank Ulrich Montgomery, a Szövetségi Orvosi Kamara (Bundesärztekammer – BÄK) elnöke** szerint az orvosok és a kórházigazgatók közötti hatalmi viszonyokkal is számolni kell. Az orvosok gyógyításra, a közgazdászok nyereségre törekednek. Ám azzal is tisztában kell lenni, hogy az orvosoknak is törekedniük kell az egészségügy erőforrásaival való felelősségteljes gazdálkodásra. „Az ökonomizálódás magától értetődő. De határozottan fel kell lépni az egészségügy merkantilizálódásával szemben.”

**Ingo Kailuweit, a Kaufmännische Krankenkasse Hannover elnök vezérigazgatója** ezzel szemben úgy látja, hogy a politika is felelős azért, hogy az egészségügyben megjelent a nyereségre való törekvés. A verseny a betegpénztárak körében is fokozza a gazdasági érdekek előtérbe kerülését. Ő azonban nem tart attól, hogy a gazdasági nyomás növekedése a szolgáltatások racionálásához vezetne. Elégséges tartalékok állnak rendelkezésre ahhoz, hogy az elkövetkező években ne kelljen a racionálás eszközéhez folyamodni.

*A diabétesz egészséggazdasági vonatkozásai*  
*In: Jelentés a diabétesz helyzetéről Németországban –*  
*Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2017*  
Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) –  
diabetesDE - Deutsche Diabetes Hilfe, 2016. nov. 14. (260 p.)

**Kulcsszavak:** diabétesz, költségek, Németország, nemzetközi

**Forrás Internet-helye:**

[http://www.diabetesde.org/system/files/documents/gesundheitsbericht\\_2017.pdf](http://www.diabetesde.org/system/files/documents/gesundheitsbericht_2017.pdf)

A diabétesz helyzetéről szóló jelentés közzétételére minden évben a Diabétesz Világnapján (november 14-én) kerül sor. Bepillantás gyanánt íme néhány fejezetcím: A diabétesz epidemiológiája; A 2-es típusú diabétesz prevenciója, Ellátási struktúrák; Diabétesz és cukorfogyasztás / túlsúly / szívbetegségek / diabéteszes láb szindróma / vesebetegségek / szembetegségek / idegbetegségek / demencia / szociális vonatkozások / terhesség / gyógyszer / szociális egyenlőtlenség / táplálkozás stb.; Diabétesz-regiszter és -surveillance.

*Ute Linnenkamp – Silke Andrich – Andrea Icks:*  
*A diabétesz egészséggazdasági vonatkozásai (185-192. p.)*

***A diabétesz mellitus direkt költségei***

Egy kilenc évig tartó vizsgálat során a diabéteszben szenvedő biztosítottak költségei a diabéteszben nem szenvedők költségeinek 1,8-szorosát tették ki. Az egy biztosítottra jutó diabéteszrel összefüggő költségek összege 2.608 EUR volt. Feltételezve, hogy az AOK értékelései egész Németországra kiterjeszthetők, a diabéteszrel összefüggő költségek összesen 21 milliárd EUR-t tesznek ki, ami a megbiztosítási kiadások 11%-ának felel meg. Ez az arány jóval magasabb, mint a Szövetségi Statisztikai Hivatal diagnózisok szerinti költségszámítása (2008-ban az egészségügyi kiadások 2,5%-a).

***Nem orvosi direkt költségek***

A kezelési költségek mellett nem orvosi jellegű direkt költségek is felmerülnek. Ezek közé tartoznak a ritkábban figyelembe vett betegköltségek, egyebek között annak az időnek a pénzbeli kifejezése, amelyet a beteg betegségével összefüggő tevékenységekre fordít. Az Egyesült Államokban ezt napi két órára becsülik. A KORA-vizsgálatban résztvevő diabéteszes betegek szerint csupán az orvoslátogatások (beleértve az oda-visszautazást és a várakozási időket) és kórházi tartózkodások évente 100 órát vesznek igénybe és akkor még nem beszéltünk a diabétesz önmenedzseléséről. Az átlagos bruttóbérré átszámítva ez kereken 2.500 EUR-nak felel meg.

### ***A diabétesz mellitus indirekt költségei***

Az indirekt költségek a munkából való kiesésből és az előrehozott nyugdíjazásból származnak. Ezek összege az AOK felmérése szerint 2001-ben 5.109 EUR-t, egy nem beteg személy költségeinek 1,4-szeresét teszik ki, aminek jelentős része az előrehozott nyugdíjazáshoz kapcsolódik. Az indirekt költségek Németországban 1999-ben 2,4 milliárd EUR-t, amiből a betegpénz költségei mindössze 4,4 millió EUR-t tettek ki.

### ***A diabétesz költségeinek nemzetközi összehasonlítása***

A **Nemzetközi Diabétesz Szövetség (International Diabetes Federation – IDF)** becslései szerint 2015-ben a diabéteszrel összefüggő kiadások világviszonylatban az egészségügyi összkiadások 12%-át tették ki. A diabétesz kezelése és az utóbetegségek prevenciója világviszonylatban legalább 611 milliárd EUR-ba került. Az évente egy betegre fordított kiadások legalább 1.475 EUR-t tettek ki. A kiadások háromnegyede az 50 és 79 év közöttiek korcsoportjára jutott.

Jóllehet a diabéteszben megbetegedettek 75%-a alacsony és közepes jövedelemmel rendelkező országokban él, világviszonylatban a diabéteszrel összefüggő költségek mindössze 19%-a jut ezekre az országokra. Az Egyesült Államok, Kína [Ezzel kapcsolatban lásd: *Diabétesz Kínában – százmillió beteg országa, 2016. 8.sz.*] és Németország kiadásai együttesen a világviszonylatban diabéteszre fordított kiadások 60%-át teszik ki (183 milliárd EUR), jóllehet ezekben az országokban a diabéteszben szenvedők mindössze 35%-a él. Egy diabéteszben szenvedő beteg kezelésére és ellátására a magasabb jövedelemmel rendelkező országokban évente átlagosan 4.887 EUR-t, az alacsonyabb jövedelemmel rendelkező országokban mindössze évente 365 EUR-t fordítanak. Az 1-es típusú diabétesz egy főre eső költségei Németországban, az Egyesült Államokban és Svédországban hasonlóak. Ezek a kiadások Mexikóban lényegesen alacsonyabbak. Az egyes költségkomponensek megoszlása Svédországban és Németországban hasonló (kórházi tartózkodás, vércukorszint önellenőrzése, inzulin). Ezzel szemben az Egyesült Államokban az inzulinpumpák és a gyógyszerek a legnagyobb költségfelhajtó tényezők.

### **Prof. Dr. Dr. Andrea Icks, MBA**

Institut für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie Centre for Health and Society, Med. Fakultät Heinrich-HeineUniversität Düsseldorf und Paul-Langerhans-Gruppe für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie Deutsches Diabetes-Zentrum, Leibniz-Institut für Diabetesforschung, Düsseldorf

E-Mail: [Andrea.Icks@DDZ.uni-duesseldorf.de](mailto:Andrea.Icks@DDZ.uni-duesseldorf.de)



# *V I S S Z A P I L L A N T Ó !*

## *M E D I C A 2016*

*(Düsseldorf, 2016. november 14-17.)*

**Kulcsszavak:** orvostechnika, szakkiállítás, vásár, Medica Düsseldorf

**Forrás Internet-helye:** [http://www.medica.de/cgi-bin/md\\_medica/lib/pub/tt.cgi/MEDICA\\_2016.html?oid=82626&lang=1&ticket=guest](http://www.medica.de/cgi-bin/md_medica/lib/pub/tt.cgi/MEDICA_2016.html?oid=82626&lang=1&ticket=guest)

A vásárt üzemeltető társaság sajtóközleménye szerint a *Medica szakkiállítás és vásár és a Compamed, a beszállítók kiállítása* erőteljes impulzust adott az orvostechnikai ágazatnak. A kiállításnak 127.800 látogatója volt, akik a világ 135 országából érkeztek.

A kiállításon észlelhető trend szerint a kórházak és egészségügyi intézmények már nem csupán egyes termékek, hanem hosszútávú partnerségi kapcsolatok iránt is érdeklődnek. Ennek érdekében sok kis- és középvállalkozás erőteljesebb kooperációkat hoz létre, hogy majd együttesen jelenhessenek meg a piacon.

*Az idei vásár legfontosabb témája az egészséggazdaság digitalizálódása volt,* amely lehetővé teszi az összes szereplő hálózatba szerveződését a kezelési folyamat keretében.

A *Medica* keretében tartott szakmai fórumokon, mint a *Medica Health IT Forum* és a *Medica Connected Healthcare Forum*, egyebek között napirendre kerültek olyan sikertörténetek, mint az elektronikus egészségügyi alkalmazások, vagy a hordozható elektronikai eszközök ("wearables") körében elért fejlesztések, továbbá az elektronikus egészségügyi kártya bevezetése és fejlesztése.

Hagyományosan a *Medica* adott otthont a **39. Német Kórházkongresszusnak (Krankenhaustag)**, amelyen 2.100 kórházi menedzser vett részt.

*A következő Medica: 2017. november 13-16.*

***Paul Camenzind – Gabriele Wiedenmayer: Szocioökonómiai és kulturális különbségek a svájci lakosság egészségmagatartásában***

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium  
OBSAN BULLETIN 2/2016 ; OBSAN DOSSIER 51

**Kulcsszavak:** népegészségügy, egyenlőtlenség, alkohol, dohányzás, táplálkozás, Svájc

**Forrás Internet-helye:**

[http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2016/obsan\\_bulletin\\_2016-02\\_d\\_0.pdf](http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2016/obsan_bulletin_2016-02_d_0.pdf) ;

[http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2016/obsan\\_dossier\\_51.pdf](http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2016/obsan_dossier_51.pdf)

***Alkoholfogyasztás***

A tanulmány a svájci lakosság 1997 és 2012 közötti egészségfelmérésének (*Schweizerische Gesundheitsbefragung – SGB*) eredményein alapul. A magasabb jövedelmi kvintilisbe tartozó személyek tendenciálisan hajlamosak voltak a gyakoribb kockázatos alkoholfogyasztásra. Jóllehet az alkoholfogyasztás 1997 és 2012 között összességében csökkent, annak az egyes jövedelmi csoportok közötti aránytalan eloszlása az egész időszak alatt stabil maradt. A „jövedelem” tényezője mindvégig domináns hatást gyakorolt az egyenlőtlenségre.

Nem és életkor: Az alkoholfogyasztás kockázata a férfiak körében magasabb, mint a nők körében, a 60 év fölöttiek körében pedig magasabb, mint a fiatalok körében. Svájciak körében magasabb a kockázat, mint a külföldiek körében. Előbbiek megerősítik, hogy az egyenlőtlenség rendszerint a magasabb jövedelműek felé mutat. Ezzel szemben a megfigyelt egyenlőtlenség fordítva jelenik meg a képzettség és a regionális megoszlás tekintetében: a magasabban képzeteknél az alkoholfogyasztás kockázata alacsonyabb, mint a képzetlenekeknél és a szegényebb országrészekben magasabb, mint a gazdagabb régiókban.

***Dohányzás***

A dohányfogyasztás 1997 és 2012 között látványosan csökkent. 1997-ben a magasabb jövedelmi kvintilishoz tartozók közül statisztikailag szignifikánsan többen dohányoztak, mint az alacsonyabb jövedelmű kvintilishoz tartozók.

Ez az egyenlőtlenség 2012-ig elillant. A dohányfogyasztás általános csökkenése a dohányzás tekintetében való egyenlőtlenség csökkenéséhez kapcsolódik, mivel a korábban többet dohányzó felső jövedelmi csoportokhoz tartozók körében csökkent a dohányzás mértéke. 1997-ben az egyenlőtlenség még a jövedelmi különbségeken alapult, később a jövedelem vesztett jelentőségéből. Az alacsonyabb képzettségű és jövedelmű személyek viszonylag többet dohányoznak, így a dohányzás koncentrációja az alacsonyabb jövedelmi csoportoknál növekedett. Ez a folyamat éveken keresztül viszonylag konstans maradt.

### ***Testmozgás***

A rendszeres testmozgást végző lakosság aránya 1997 és 2012 között 60%-ról 65%-ra növekedett. A jövedelmi kvintilisek közötti egyenlőtlenség többé-kevésbé konstans maradt. A magasabb jövedelemmel rendelkező személyek gyakrabban válaszolják, hogy rendszeresen végeznek aktív testmozgást (háromnegyed), mint az alacsonyabb jövedelemmel rendelkezők (fele). A jövedelem mellett a képzettség ismét csak jelentős különbségeket eredményez, ám eltérően az alkoholfogyasztástól és a dohányzástól, az eltolódás erőteljesen a magasabb jövedelműek felé mutat. Ugyanez a hatás figyelhető meg az életkor (több aktív időszerű a magasabb jövedelemmel rendelkező csoportból), a nem (több nő) és a nemzetiség (több svájci) tekintetében.

### ***Táplálkozás***

A svájci lakosság egészségfelmérésének mind a négy hulláma azt tanúsította, hogy a magasabb jövedelmi kvintilishoz tartozó személyek jobban odafigyelnek az egészséges táplálkozásra. Közelebbről megvizsgálva megmutatkozik, hogy az egyenlőtlenség 1997 és 2012 között (szignifikánsan) növekedett. Az egészséges táplálkozásra odafigyelő személyek aránya 2012-ben a lakosság szegényebb csoportjai körében 60%, a gazdagabbak körében 75% volt.

A képzettség szerepe: A testmozgáshoz hasonlóan a magasabb képzettséggel rendelkező csoportok jobban odafigyelnek táplálkozásukra, ami azt is jelenti, hogy a magasabb jövedelemmel rendelkezőknek kedvező koncentráció is megfigyelhető. A nők – mind a szegényebb, mind a gazdagabb csoportok körében – jobban odafigyelnek az egészséges táplálkozásra, mint a férfiak.

*A demencia prevalenciája az Egyesült Államokban 2000 és 2012 között*  
JAMA Internal Medicine (2016; doi: 10.1001/jamainternmed.2016.6807),  
November 21 2016

**Kulcsszavak:** demencia, Egyesült Államok

**Forrás Internet-helye:**

<http://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2587084>

<http://media.jamanetwork.com/news-item/decline-in-prevalence-in-dementia-in-united-states-between-2000-2012/> ;

<http://www.uofmhealth.org/news/archive/201611/dementia-downslide-especially-among-people-more-education>

*Kenneth Langa és mt. (University of Michigan – Ann Arbor)* reprezentatív kohorszvizsgálata szerint a demenciában szenvedő idős korúak aránya az Egyesült Államokban az évszázad kezdete óta egynegyedével csökkent. A kutatók ezt egyebek között a baby-boom-nemzedék tagjainak magasabb képzettségére vezetik vissza.

A nyugati országokban a háború utáni népes évjáratok megöregedése és nyugdíjas életkorhoz közeledése sok fejtörést okozott a demográfusoknak. A negatív scenáriumok közé tartozik a demenciában való megbetegedések számának növekedése, továbbá az elhízás és a diabétesz, amelyek az agyérelmeszesedés folytán növelhetik a demencia kockázatát.

Vannak tanulmányok, amelyek nem osztják meg ezeket az aggodalmakat. Három éve két vizsgálat arra a következtetésre jutott, hogy Dániában a 90 év fölöttiek kognitív képességei javultak, Angliában pedig a demenciában megbetegedettek aránya egynegyeddel alacsonyabb volt, mint amennyit az elmúlt 20 év demográfiai fejleményei alapján feltételeztek. [*Lásd még: A demenciában újonnan megbetegedettek száma az utóbbi 30 évben meglehetősen csökkent, 2016. 7. sz.*]

A demenciában szenvedők száma az amerikai *Health and Retirement Study (HRS)* részvevői körében is csökkenő. Ez a két évente végzett reprezentatív

vizsgálat 20.000 ötven év fölötti amerikai személy egészségi állapotát, egyebek között kognitív képességeit méri fel.

A 65 év fölöttiek körében a demenciában megbetegedettek aránya 2000-ben még 11,6%, ezzel szemben 2012-ben mindössze 8,8% volt. A 2,8 százalékpontos csökkenés 24%-os relatív csökkenésnek felel meg. Az időskorúak körében a demencia szintje alatti kognitív korlátozottság aránya is 21,2%-ról 18,8%-ra csökkent.

A csökkenés meglepő, mivel a demenciás megbetegedések egyes kockázati tényezői jelentősen növekedtek: az időskorúak körében egyebek között növekedett az elhízottak (18,3%-ról 29,2%-ra), a diabétesz mellitusban (16,4%-ról 24,7%-ra) vagy az artériás hipertóniában szenvedők (54,6%-ról 67,6%-ra) aránya. Ugyancsak gyakoribbak a szívbetegségek (29,1%-ról 31,8%-ra).

Az is feltűnő fejlemény, hogy az idősotthonokban lakók aránya 4,4%-ról 2,8%-ra csökkent.

Kenneth Langa és munkatársainak feltételezése szerint a második világháborút követő oktatási törekvések eredményeként egyre több jelenlegi időskorú végzett felsőfokú tanulmányokat. Az iskolai és felsőfokú tanulmányok átlagos időtartama a vizsgált tizenkét évben 11,8 évről 12,7 évre növekedett.

A magasabb képzettség eredményeként többen kerülnek a kockázati tényezőket, mint a dohányzás, egészségesebben táplálkoznak és többet mozognak. Langa azt is elképzelhetőnek tartja, hogy a magasabb képzettség „kognitív tartalékokat” képez az agyban és ezért a demenciás megbetegedések diagnosztizálására csak később kerül sor.

***Az orvosok felelősségbiztosítása***  
Arzt &Wirtschaft Online, 19. November 2016 4:40

**Kulcsszavak:** hivatásrend, praxis, felelősségbiztosítás, Németország

**Forrás Internet-helye:** [https://www.arzt-wirtschaft.de/das-drama-um-die-aerztliche-berufshaftpflicht/?auwUsrGr=so&utm\\_campaign=FINANZEN-Newsletter-21\\_11\\_2016-2016-11-21+07%253A20%253A00&utm\\_source=AuW-Newsletter&utm\\_medium=email&utm\\_term=Versicherung-Das+Drama+um+die+%25C3%25A4rztliche+Berufshaftpflicht&utm\\_content=SO](https://www.arzt-wirtschaft.de/das-drama-um-die-aerztliche-berufshaftpflicht/?auwUsrGr=so&utm_campaign=FINANZEN-Newsletter-21_11_2016-2016-11-21+07%253A20%253A00&utm_source=AuW-Newsletter&utm_medium=email&utm_term=Versicherung-Das+Drama+um+die+%25C3%25A4rztliche+Berufshaftpflicht&utm_content=SO)

***Az orvosok felelősségbiztosítás nélkül elvben nem gyakorolhatnák hivatásukat. Az orvosi felelősségbiztosítás rendszerében azonban számos joghézag tátong.***

A közelmúltban számos ezekkel hasonló szalagcímmel találkozhattunk: „Védtelenül az orvosnál“ vagy „Orvosok felelősségbiztosítás nélkül.“ Ezek drámai beszámolókat tartalmaznak a betegek kiszolgáltatottságáról, az orvosi hibákról, a betegekre váró megpróbáltatásokról. Kérdés, hogy a felelősségbiztosítás hiánya valójában mennyire vált elterjedté.

Tény, hogy a felelősségbiztosítás járulékai szakirányonként horrorisztikus méreteket öltenek. A különösen magas felelősséggel járó szakterületeken, mint a nőgyógyászat, az orvosoknak mélyen a zsebükbe kell nyúlniuk. A sebészek szakmai szövetsége már évekkorábban felpanaszolta, hogy a nőgyógyászoknak évente 60.000 EUR felelősségbiztosítást kell befizetniük. A **Német Biztosítási Társaságok Szövetsége (Gesamtverband der deutschen Versicherungswirtschaft – GDV)** szerint a járulékok megugrása inkább az egy esetre jutó kár mértékének megnövekedésével függ össze. Ebben a tekintetben a betegbarát jogalkotás – már a betegjogi törvény (2013) hatályba lépése előtt is – igen nagy jelentőséggel rendelkezett.

A felelősségbiztosítás tömeges elmulasztására nem állnak rendelkezésre megbízható felmérések és alacsony a valószínűsége, hogy ez fennállna. Egyrészt az orvosok hivatásuk gyakorlásának megkezdése alkalmával szakmai felelősségbiztosítás megkötésére kötelesek és azt tevékenységük gyakorlása során mindvégig kötelesek fenntartani. Ezt a tartományoknak a gyógyító hivatások gyakorlásáról és a kamarákról szóló törvényei is előírják és ezt az orvosi hivatás gyakorlásának mintarendelethez tartalmazza. Az orvosi hivatás gyakorlásáról szóló szövetségi rendelet szerint az orvosoktól visszavonható az approbáció, ha nem tesznek eleget felelősségbiztosítási kötelezettségüknek.

Másrészt, a felelősségbiztosításról lemondó orvosok nem jó helyen takarékoskodnak, hiszen az első felelősséggel járó esetben teljes vagyonukkal felelhetnek a kárért.

Egy további probléma, hogy az idevágó törvények nem szabnak meg minimális fedezeti összegeket a különböző szakirányok számára. Mivel a járulékteher a fedezeti összeggel növekedik, a saját rendelővel rendelkező orvos adott esetben már (többé) nem rendelkezik megfelelő mértékű biztosítással.

**Webtipp:**

[http://www.kbv.de/media/sp/Zi\\_Fachinformation\\_zur\\_Berufshaftpflichtversicherung.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/Zi_Fachinformation_zur_Berufshaftpflichtversicherung.pdf)

***Szakértői jelentés a biztosítottak klasszifikációjának eljárásáról  
a szerződött orvosi ellátás területén való alkalmazás kontextusában***

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) –  
Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi)  
31. Oktober 2016. Bayreuth, Krefeld, Mannheim (108 p.)

**Kulcsszavak:** szükséglettervezés, szerződött orvosok, biztosítottak klasszifikációja, Németország

**Forrás Internet-helye:**

[http://www.zi.de/cms/fileadmin/images/content/PDFs\\_alle/KBV-Zi-Gutachten\\_Klassifikationsverfahren\\_2016-10-31\\_Druck.pdf](http://www.zi.de/cms/fileadmin/images/content/PDFs_alle/KBV-Zi-Gutachten_Klassifikationsverfahren_2016-10-31_Druck.pdf)

A szerzők szerint a német lakosság betegségterhének leképezése nem adekvát. Jelenleg a lakosság betegségterhének mérésére az ambuláns ellátás területén az értékelő bizottság által összeállított biztosított klasszifikációs rendszer (*Versichertenklassifikationssystem des Bewertungsausschusses – VKS-BA*) alapján kerül sor. A rendszer 360 megbetegedésre terjed ki, amelyeket végül 73 homogén betegségcsoportra komprimáltak.

A szakértői jelentés szerint a klasszifikációs rendszerben végrehajtott komprimálást lazítani kell, ill. teljesen meg kell szüntetni. Ebben állandóan benne van a tendencia a heterogén kockázati csoportok létrehozására, amelyek költségsúlya nem tükrözi adekvátan a szolgáltatási szükségletet. Ezért valószínűnek látszik, hogy a betegpénztáraknak nem kellene fizetniük a prevalencia növekedése miatt.

A szakértői jelentés szerzői szerint a lakosság betegségterhének leképezése sem korrekt. Jóllehet a morbiditás változását egy igen bonyolult eljárás szerint rögzítik, a morbiditás szintjének adatai nem aktuálisak. Azok többnyire korábbiak, a költségvetési finanszírozás idejéből származnak. Ebben az összefüggésben a szerzők állásfoglalása szerint a betegségterhet többé nem szövetségi szinten egységesen, hanem a regionális adottságok alapján kellene mérni.

**Jürgen Wasem egészségügyi közgazdász (Universität Duisburg-Essen)** utalt arra, hogy a morbiditás mérésének regionalizálása a térítés

újraelosztásával járna. És persze ennek is meglennének a maga regionális vesztesei.

A szakértői jelentés szerzői szerint aktualizálni kell a morbiditás mérésének adatbázisát. A jelenlegi eljárás csak azt a kezelési szükségletet veszi figyelembe, amely két évvel a megbetegedés bekövetkezte után jelentkezik. A konkrétan alkalmazott adatok gyakran öt évvel régebbiek, mint az az időszak, amelyre vonatkozóan a szükséges szolgáltatási volumen meghatározandó. Ezért a szerzők a prognosztizált időszak lerövidítése mellett foglaltak állást, hogy ezzel a biztosítottak tényleges kezelési szükségletének alakulása összhangba kerüljön a szükséges szolgáltatási volumen kiszámításával.

Kódolási irányelvek helyett inkább diagnózisokat kellene figyelembe venni, amelyeket hosszabb időn keresztül dokumentáltak és gyógyszerfelírások tettek valószínűsíthetővé. *Dominik von Stillfried, a Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung igazgatója* szerint a kódolási irányelvek jól megterhelték bürokratikus többletmunkával a saját rendelővel rendelkező orvosokat, a betegségteher leképezésén azonban vajmi keveset javítottak.

Végül a szakértők követelik a diagnózisok fokozottabb validálását. A kezelési szükségletet számos tényező befolyásolja, amelyek maguk is folyamatos változást szenvednek. Ennek során az igénybevétel növekedésének nem kellene feltétlenül együtt járnia valamely epidemiológiai incidenciával. Ezt az ún. D-vitamin-hiány példája jól szemlélteti.

A szakértői jelentés szerint a kezelési szükségletet továbbra is az orvostudomány és a demográfiai helyzet változása határozza meg, de a meghatározott szimptomákkal szembeni megváltozott figyelem, ill. hozzáállás is. Azt, hogy ez a változás mennyire sorolható be a morbiditás függvényében és mennyiben térítendő a betegpénztárak által a klasszifikációs rendszer keretében, a diagnózisok fokozottabb validálásával kell megvizsgálni.



## **ELŐJEGYZÉSI LISTA:**

### **Egészségügyi statisztikai évkönyvek:**

- Szociális biztonság az európai országokban: számok és tények (2015) (BMAS)
- 35 európai ország statisztikai adatai: egészségügy, szociális biztonság (BFS)

### **Svájc:**

- A gyógyító és prevenciós szolgáltatások költségeinek alakulása 2002 és 2012 között (*Soziale Sicherheit* 2015. 6. sz.)
- Az új kórházfinanszírozás hatása a kórházi ellátások minőségére. Aktualizálás 2013 (*Obsan Bulletin*)
- Az időskorúak részére nyújtott átmeneti struktúrák kínálata és igénybevétele (*Obsan Dossier* 52)
- Swiss Personalized Health Network (SAMW Bulletin)
- A szociális segélyek helyzete Svájcban (*Soziale Sicherheit* 2015. 6. sz.)
- Folyamatok a szociális segélyek területén (2006-2011)
- *ValeurS Gesundheit*, 2016. 1. sz. A Szövetségi Statisztikai Hivatal információs magazinja
- Tartós ápolás a kantonokban (*Obsan Rapport*)
- A nem fertőző betegségek indikátorai Svájcban
- *Swiss Personalized Health Network (SAMW)*
- Longitudinális elemzés a krónikus betegekről (*Obsan Bulletin*)

### **Szociálpolitika:**

- Munkanélküliség és előrehozott nyugdíjazás az időskorúak körében Európában (*ZSR-Kompakt*)
- A csökkent keresőképesség miatti előrehozott nyugdíjazás biográfiai előzményei (*ZSR-Kompakt*)
- A gazdasági válság és a német szociális rendszer válsága
- A hitelalapú szociálpolitika felemelkedése Németországban
- Az időskori biztosítás finanszírozódása Németországban tartományok közötti összehasonlításban

- Jelentés a családpolitikáról és a családok helyzetéről Németországban 2014-ben – *Familienreport 2014*
- A szociális innováció gazdasági tényezői
- A német szociális modell válsága (IAQ)
- Válság és válságkezelés a német szociális államban (ZeS)
- Jövedelmi egyenlőtlenségek és csúcjövödelmek (IMK Report)
- Jelentés a minimálbérekről 2016-ban – *WSI-Mindestlohnbericht 2016 (WSI-Bericht, WSI-Report 1/2016)*

#### **Népegészségügy:**

- Egészségi egyenlőtlenségek az időskorúak körében (*GBE Kompakt, RKI*)
- Időskorúak testi ereje (*RKI Faktenblatt*)

#### **Rövidhírek (aleatorikusan):**

Praxishírek (*Arzt & Wirtschaft*)

Gyógyszerpiaci rövidhírek (*Pharmazeutische Zeitung, Deutsche Apotheker Zeitung*)

Népegészségügyi rövidhírek (*Robert-Koch-Institut*)