

***Egészséggazdasági, egészségpolitikai és
szociálpolitikai nemzetközi sajtószemle
2017. 20. sz. (Lapzárta: 2017. június 21.)***

Globális egészségügy

- Az időskorúakkal szembeni erőszak elleni világnap (2017. június 15.)

Globális konferenciák

- A Nemzetközi Diabétesz Szövetség Kongresszusa (Abu Dhabi, 2017. december 4-8.)
- Konferencia a Vatikánban az eutanázia és az orvosilag asszisztált öngyilkosság kérdéseiről (2017. november 16-17.)

Európa

- Egészségügyi monitoring és egészségügyi indikátorok az Európai Unióban
- Az egészségmagatartás indikátorai az Európai Unióban
- Az egészségügyi ellátásokhoz való hozzáférés akadályai Európában (5. rész): Privát egészségügyi szolgáltatások

Népegészségügy

- A svájci lakosság egészségfelmérése 2012 – Család és egészség
- Új amerikai vizsgálat az élelmiszerallergiákról és ételintoleranciákról

Personalia

- † *Helmut Kohl* (1930-2017): A Kohl-éra egészségpolitikájának mérföldkövei
- Leo Varadkar, Írország új miniszterelnöke

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

Az időskorúakkal szembeni erőszak elleni világnap, 2017. június 15.
Egészségügyi Világszervezet – WHO Press release, 14 June 2017, Geneva
The Lancet Global Health,
DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30006-2](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30006-2)

Kulcsszavak: globális egészségügy, időskorúak, időskorúakkal szembeni erőszak, időskorúak bántalmazása, időskorúakkal szembeni visszaélés, Egészségügyi Világszervezet

Forrás Internet-helye:

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/abuse-older-people/en/> ;

[http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(17\)30006-2/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(17)30006-2/fulltext)

Az Egészségügyi Világszervezet sajtóközleménye szerint a 60 év fölöttiek körében minden hatodik személlyel szemben bántalmazást vagy visszaélést követnek el. Ez világviszonylatban 141 millió embert érint.

A WHO által támogatott tanulmányok szerint a bántalmazás és a visszaélés egyaránt érinti a nőket és férfiakat. Az értékelt vizsgálatok elsősorban az otthonukban gondozottakra terjedtek ki.

A kutatók 28 országban készített 52 tanulmányt értékelték és arra a következtetésre jutottak, hogy a jelenséget mindeddig alulbecsülték. Az emberek 11,6%-át pszichikai nyomásnak tették ki, 6,8%-át pénzügyileg becsapták, 4,2%-át elhanyagolták, 2,6%-át fizikai erőszaknak vetették alá, 0,9%-át szexuálisan zaklatták.

A visszaélések aránya Írországbán 2,2%, Kínában 36%, Horvátországban 61%, Peruban 80%.

A szerzők szerint jóllehet hat időskorú személy közül egy érintett, ez a jelenség a népegészségügyről folytatott viták során kevesebb hangsúlyt kap, mint az erőszak egyéb formái. A lakosság elöregedésével azonban az érintettek száma gyorsan növekedhet, az áldozatok száma 2050-ig elérheti a 330 milliót.

A Nemzetközi Diabétesz Szövetség Kongresszusa
International Diabetes Federation. IDF Congress 2017.
Abu Dhabi, 2017. december 4-8.

Kulcsszavak: globális egészségügy, népegészségügy, diabétesz, Nemzetközi Diabétesz Szövetség, nemzetközi

Forrás Internet-helye:

<https://www.idf.org/our-activities/congress/programme-and-abstracts.html>

A Nemzetközi Diabétesz Szövetség Kongresszusára 2017. december 4-8. között Abu Dhabiban kerül sor. A rendezvényen több mint 200 előadó és 230 nemzeti diabétesz szövetség vesz részt a világ 170 országából. Az előadások és kivonatok előzetes beküldése 2017. július 14-28. között, kizárólagosan a kongresszus honlapján keresztül lehetséges (www.idf.org/congress).

Ajánlott kutatási témakörök:

- Alapkutatás és klinikai tudományos eredmények
- A diabétesz komplikációinak tudománya
- Diabétesz és katasztrófák
- Diabetikus láb
- Diabétesz a társadalomban és a kultúrában
- Diabétesz a nők és gyermekek körében
- Felvilágosítás és integrált ellátás
- Epidemiológia és népegészségügy
- Diabétesszel élni

Konferencia a Vatikánban
az eutanáziáról és az orvosilag asszisztált öngyilkosságról

Vatikánváros, 2017. november 16-17.

World Medical Association, Pontificia Academia Pro Vita,
Bundesärztekammer

Kulcsszavak: orvostika, eutanázia, orvosilag asszisztált öngyilkosság, Orvosok Világszövetsége, nemzetközi

Forrás Internet-helye:

<http://www.cvent.com/events/wma-european-region-meeting-on-end-of-life-questions/event-summary-b7c81fc084724a74bc09b338498b4dd3.aspx>

Az Orvosok Világszövetsége, a Pápai Tudományos Akadémia és a Német Szövetségi Orvosi Kamara közös szervezésében 2017. november 16-17-én Vatikánvárosban nemzetközi konferenciára kerül sor az eutanázia és az orvosilag asszisztált öngyilkosság kérdéseiről.

A kétnapos konferencián orvosok, jogászok, a palliatív medicina és az orvostika szakértői, filozófusok, teológusok, különböző vallási felekezetek képviselői fejtik ki álláspontjukat.

A szervezők célja, hogy a különböző orvosi, teológiai, jogi és etikai szempontok szembesítésével vitassák meg a problematika teljes spektrumát és az egyre tágabb orvosi és technikai lehetőségek latba vetésével tegyenek ajánlásokat az élet alkonyán követendő orvosi cselekvés számára.

Kulcsszavak: népegészségügy, egészségügyi indikátorok, Európai Unió

Forrás Internet-helye:

http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/JoHM_2017_01_gesundheitliche_lage1a.pdf?__blob=publicationFile

Az EU tagállamaiban 2013. óta kerül sor az *Európai Lakossági Egészségfelmérésre (European Health Interview Survey – EHIS)*. Az európai egészségügyi monitoring támogatása céljából különböző indikátor-rendszerek állnak rendelkezésre. Ezek közé tartoznak az *Európai Közösségi Egészségügyi Indikátorok (European Core Health Indicators – ECHI)*, az *EU szociális indikátorai*, valamint az *európai fenntarthatósági stratégia egészségügy szempontjából releváns indikátorai*. Ezek tartalma rutinadatokból és felmérési adatokból származik, egyebek között az Európai Lakossági Egészségfelmérésből (EHIS), valamint a jövedelmekről és az életkörülményekről szóló európai felmérésből (EU-SILC). Az európai egészségügyi monitoring további kiépítése és konszolidációja érdekében esedékessé válik egy kutatási konzorcium (*European Research Infrastructure Consortium – ERIC*) felállítása. [Ezzel kapcsolatban lásd még: *Az európai egészségügyi monitoring adatai, 2013. 7. sz.*]

2. 1. Európai Közösségi Egészségügyi Indikátorok (ECHI)

Az EU az 1990-es években döntött a közösségi egészségügyi indikátorok kidolgozásáról. Az ECHI 99 indikátort tartalmazó rövidített listájának összeállítására négy egymást követő projekt keretében (ECHI-1, ECHI-2, ECHIM, JA-ECHIM) 1998 és 2012 között került sor. Az adatok az EU honlapjáról letölthetők és vizualizálhatók. Az ECHI rövidített listája három területre tagolódik, amelyek leképezik az indikátorok alkalmazásának mértékét. 67 indikátor („*Implementation Section*“) tekintetében a preferált adattípus szerint állnak rendelkezésre nemzetközi adatforrásokból származó definiált adatok. Egy 14 indikátort tartalmazó csoport („*Work-in-Progress-Section*“) kidolgozottsága koncepcionális és módszertani szempontból előrehaladott fázisban van, az európai alkalmazás azonban még néhány utolsó akadályba ütközik. A harmadik csoport („*Development Section*“) indikátorainak koncepcionális és módszertani megvitatása még nem zárult le. Az indikátoroknak a tagállamok egészségügyi rendszereiben történő alkalmazása 2005-ben kezdődött el. Azóta az ECHI indikátorokat számos tagállamban a nemzeti egészségügyi monitoring eszközeiként alkalmazzák. Az *ECHI-Shortlist* továbbfejlesztése jelenleg az EU által támogatott *BRIDGE Health-Project (BRidging Information and Data Generation for Evidence-based Health policy and research)* tárgyát képezi.

2. 2. Az egészségügy szempontjából releváns szociális indikátorok

Az *Európa 2020 Stratégia* erőteljesebben az egészségügyre irányul. Jelenleg folyamatban van egy kibővített indikátor-rendszer kialakítása. Ennek alapját a „*közös*

értékelési keret” (Joint Assessment Framework – JAF) képezi. A kidolgozandó indikátor-rendszer egyebek között az EU szociális indikátoraiból és az *ECHI-Shortlist* elemeiből tevődik össze. Ezek közé olyan indikátorok tartoznak, mint a várható életkor, a jó egészségben töltött életevek, az egészségi állapot önértékelése, a gyermekhalálozás és a halálokok, az ellátáshoz való hozzáférés és annak minősége, mint a nem fedezett ellátási szükségletek, oltási ráta, prevenciók vizsgálatok, megelőzhető kórházi kezelések, valamint az egészségügyi determinánsokhoz fűződő indikátorok (dohány- és alkoholfogyasztás, testmozgás, túlsúlyosság, gyümölcs- és zöldségfogyasztás). Az indikátor-rendszer különbséget tesz EU indikátorok, nemzeti indikátorok, valamint kontextuális indikátorok között. A tagállamok közötti összehasonlításra csak az EU indikátorok alkalmasak.

2. 3. Fenntarthatósági indikátorok

Az Európai Tanács 2001-ben fogadta el a fenntartható fejlődés stratégiáját, amelyet 2006-ban megújított. A népegészségügy azon tíz téma közé tartozik, amelyeket az EU a fenntartható fejlődés különös kihívásai közé sorolt és amelyek tekintetében célkitűzéseket, operatív célokat és intézkedéseket jelölt ki. Az előrehaladás mérése 130 indikátor alapján történik.

A népegészségügy témakörének súlypontjai: azonos egészségi feltételek az összes polgár számára, az egészséget veszélyeztető tényezőkkel szembeni fokozott védelem. Ebben az összefüggésben fontos szerep hárul az olyan indikátorokra, mint a várható életkor, a jó egészségben töltött életevek, a krónikus betegségek miatti halálozási ráta, a toxikus kemikáliák termelése, a légszennyezés és a munkabalesetek. A fenntarthatósági indikátorok adatai egyebek között egészségügyi rutinadatokból, valamint szociális és gazdasági felmérésekből származnak. A fenntarthatóság területén elért előrehaladásról két évente jelentés készül, a legutóbbi jelentés 2015 szeptemberében jelent meg.

3. Az EU egészségügyi indikátorok adatforrásai

Az egyes indikátorok különböző adatforrásokból és különböző adatgazdáktól származnak. Ezek közé tartoznak: az *EU Statisztikai Hivatala (Eurostat)*, az *Egészségügyi Világszervezet „Egészség mindenkinek” programja európai adatbankja (HFA-DB - <http://data.euro.who.int/hfadb/>)*, a *Nemzetközi Gazdasági Együttműködési Szervezet (OECD) adatbankja*, valamint különböző *nemzetközi tematikus jelentések* a dohány-, alkohol- és kábítószerfogyasztásra, a balesetekre és a környezetvédelemre vonatkozóan. A foglalkoztatásra vonatkozó adatok az összes EU-tagállam, két tagjelölt állam és az Európai Szabadkereskedelmi Övezet három állama által összeállított *Európai Munkaerőpiaci Felmérésből (Labour Force Survey, LFS)* származnak.

Az egészségügyi indikátorokra vonatkozóan fontos adatok származnak *a jövedelmekről és az életkörülményekről szóló európai felmérésből (European Survey on Income and Living Conditions – EU-SILC)*, valamint az *Európai Lakossági Egészségfelmérésből (European Health Interview Survey – EHIS)*. Az ECHI indikátorok egyharmadának felmérésére az EHIS keretében kerül sor.

Kulcsszavak: népegészségügy, egészségmagatartás, túlsúlyosság, dohányzás, alkohol, testmozgás, Európai Unió, Németország

Forrás Internet-helye:

http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/Journal-of-Health-Monitoring_2017_02_Gesundheitsverhalten.pdf?blob=publicationFile

1. 1. Az egészség helyzete Európában

1. 2. Az egészségmagatartás különböző vonatkozásai és annak a népegészségügy szempontjából való relevanciája

Az Egészségügyi Világszervezet becslése szerint a szív- és érrendszeri megbetegedések és agyvérzések 80%-a, a 2-es típusú diabéteszes esetek 80%-a és a rákos megbetegedések 40%-a egészséges táplálkozással, elégséges testmozgással és a dohányzástól való lemondással megelőzhető lenne.

A *Global Burden of Disease Study 2015* újabb becslései szerint Nyugat-Európában az ischémiai szívbetegségek 73%-a, az agyvérzések 52%-a, a tüdőrákban való megbetegedések 84%-a, a bélrákban való megbetegedések 55%-a, a krónikus obstruktív tüdőbetegségben való megbetegedések 70%-a, a diabéteszben való megbetegedések 47%-a és a depressziós megbetegedések 12%-a a megváltoztatható, viselkedéssel összefüggő kockázati tényezők csökkentésével megelőzhető lenne.

Az Egészségügyi Világszervezet nem fertőző betegségek prevenciójára és kontrolljára irányuló akcióterve (*Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020*) az alábbi célkitűzéseket tartalmazza a megváltoztatható kockázati tényezők vonatkozásában: 2025-ig 30%-kal kell csökkenteni a dohányfogyasztást, 30%-kal a sófogyasztást, 10%-kal az alkoholfogyasztást és 2010-hez viszonyítva nem növekedhet az elhízottság helyzete. Az akcióterv célkitűzéseinek elérését több globális egészségfejlesztési program támogatja: a “*Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*”, a “*WHO European Strategy for Smoking Cessation Policy*”, valamint a “*Global Strategy to Reduce Harmful Use of Alcohol*”.

3. Indikátorok és eredmények

3. 1. Elhízottság

Az EU-ban átlagosan a (15 év fölötti) nők 15,3%-a és a férfiak 15,6%-a elhízott. Az elhízottság prevalenciájának szélső értékei Európában a nők körében 9,4% és 23,2%, a férfiak körében 8,7% és 27,2% között mozognak. Az elhízottság prevalenciája az életkorral arányosan növekedik.

3. 2. Mindennapi gyümölcsfogyasztás

Az EU-ban átlagosan a nők 61,5%-a, a férfiak 49,4%-a naponta fogyaszt gyümölcsöt. A mindennapi gyümölcsfogyasztás szélső értékei Európában a nők körében 31,8% és 74,5%, a férfiak körében 25,7% és 67,3% között mozognak. Az átlagos európai értékek szerint a mindennapi gyümölcsfogyasztás nem éri el az ajánlások szintjét, a fogyasztást elsősorban a fiatalabb korosztályok körében sürgősen növelni kell.

3.3. Mindennapi zöldségfogyasztás

Az EU-ban átlagosan a nők 55,7%-a, a férfiak 44,0%-a fogyaszt mindennap zöldséget. A mindennapi zöldségfogyasztás szélső értékei a nők körében 31,4% és 81,6%, a férfiak körében 25,3% és 75,1% között mozognak.

A „*Global Database on the Implementation of Nutrition Action (GINA)*“ szerint eddig csak néhány európai országban vezettek be nemzeti akcióterveket és stratégiákat az egészséges táplálkozás ösztönzése érdekében. Ott, ahol léteznek ilyen akciótervek, mint Franciaországban (*French National Nutrition and Health Program*) és az Egyesült Királyságban (*Eatwell Guide*), a gyümölcs- és zöldségfogyasztás meghaladja az európai átlagot, vagy legalábbis eléri azt. A „fogyasszon naponta öt adag gyümölcsöt és zöldséget” kampány ajánlásait az Egyesült Királyságban, Hollandiában és Dániában a megkérdezettek egynegyede, az EU-ban átlagosan 14%-a, Németországban 10%-a teljesíti.

3. 4. Testmozgás

Az EU-ban átlagosan a nők 26,2%-a, a férfiak 35,7%-a teljesíti a WHO ajánlását a heti 150 percnyi mérsékelt intenzitású testmozgásra vonatkozóan. A mérsékelt intenzitású testmozgás betartásának szélső értékei az EU-ban nőknél 3,7% és 56,7%, férfiaknál 14,0% és 54,8% között mozognak. Az EHIS második szakaszának adatai szerint a nők a skandináv országokban (Svédország, Finnország, Norvégia, Dánia) teljesítik leggyakrabban a mérsékelt intenzitású testmozgásra vonatkozó ajánlást.

3. 5. Dohányzás

Az aktuális dohányzás prevalenciája az EU-ban a nők körében átlagosan 19,5%, a férfiak körében 28,7%. Az aktuális dohányzás szélső értékei Európában nők körében 12,3% és 27,2%, férfiak körében 17,4% és 43,3% között mozognak.

3. 6. Rohamszerű alkalmi lerészegedés

A havonta történő rohamszerű alkalmi lerészegedés („*heavy episodic drinking*“ – *HED*) prevalenciája az EU-ban a nők körében átlagosan 12,2%, a férfiak körében 28,0%. A szélső értékek Európában nők körében 1,7% és 28,1%, férfiak körében 9,0% és 52,9% között mozognak.

Verena Finkenstädt :
Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés akadályai Európában (5. rész).
Privát egészségügyi szolgáltatások
Wissenschaftliches Institut der PKV, März 2017 (88 p.)

Kulcsszavak: egészségügyi rendszer, ellátásokhoz való hozzáférés, privát egészségügyi szolgáltatások, Európa

Forrás Internet-helye:

<http://www.wip-pkv.de/forschungsbereiche/detail/zugangshuerden-in-der-gesundheitsversorgung-ein-europaischer-ueberblick.html>

5.1. A privát egészségügyi szolgáltatások kínálata

Nagy-Britannia

Nagy-Britanniában az NHS mellett a privát praxisok és kórházak jól kiépített rendszere működik. Ez azt jelenti, hogy az orvos vagy tisztán privát alapon, vagy NHS-szerződéssel nyújt kezeléseket. Ha egy NHS orvos jól körülhatárolt feltételek között privát kezelést nyújt, a privát honorárium nem elegendhet az NHS-rendszerben szerzett honoráriumokkal. Az állami és privát egészségügyi ellátás szigorú szétválasztását egészségügyi miniszteri rendelet szabályozza. Ennek megfelelően a privát betegeket is kezelő kórházakban az NHS betegeit és a privát betegeket külön helyiségekben kell elhelyezni. A beteg bármikor dönthet arról, hogy igénybe veszi-e az NHS szolgáltatásait, vagy inkább privát kezelést kér. A privát szektorban megelőzhetők a várakozási idők és jobban érvényesíthető a szabad orvosválasztás.

Svédország

Svédországban az állami egészségügyi ellátást a tartományi gyűlések és részben az önkormányzatok szintjén biztosítják. Privát egészségügyi ellátásra két formában nyílik lehetőség. Amennyiben a privát szolgáltatónak (pl. privát praxisban működő orvosnak) szerződése van az adott tartományi gyűléssel, a költségek és az ellátások a betegek számára azonosak az állami egészségügyi szolgálat keretében nyújtott költségekkel és kezelésekkel. 2013-ban az állami egészségügyi szolgáltatások keretében finanszírozott ellátások mindössze 12%-át nyújtották privát szolgáltatók.

Amennyiben viszont a privát szolgáltató nem rendelkezik az állami egészségügyi szolgálattal való szerződéssel, a betegnek magának kell kifizetnie a kezelés minden költségét. Ez azt jelenti, hogy az állami rendszertől eltérő ellátást, csak olyan szolgáltatók nyújthatnak, akik szerződés nélkül, az állami rendszerrel párhuzamosan működnek.

Hollandia

Hollandiában az állami rendszerben alkalmazott szolgáltatási katalógusban („*basispakket*“) nem szereplő szolgáltatások területén kialakult egy tisztán privát egészségügyi piac. Ez főleg nem orvosi szolgáltatásokra, mint fizioterápiára, optikai eszközökkel való ellátásra, fogászati kezelésekre vonatkozik. Egyes szolgáltatások tekintetében, mint az ergoterápia, a szolgáltatási katalógus csak egy bizonyos számú kezelést biztosít, szükség esetén a további szolgáltatásokat a betegeknek magának kell finanszíroznia.

Privát kezeléseket elsősorban a házi orvosok nyújthatnak, mivel a szakorvosok alkalmazotti státuszban működnek. A házi orvosok abban az esetben nyújthatnak privát kezeléseket, ha nem csatlakoznak a szakmai szövetségek és a betegpénztárak közötti szerződésekhez. A szerződés nélküli orvosok magasabb honoráriumot számolhatnak fel azoknak a betegeknek, akik a költségtérítést választották. A betegpénztár azonban csak a „méltányos piaci árak” megfelelő összeget téríti meg a biztosítottak számára. Ezért a betegek Hollandiában előszeretettel ellátási szerződéssel rendelkező orvosokat keresnek fel. Nagy-Britanniához viszonyítva a privát gyógyászat a szerződött orvosi ellátás területén kevésbé elterjedt, inkább azoknál a szolgáltatóknál jellemző, amelyek az állami egészségügyi rendszer által nem térített ellátásokat nyújtanak (pl. fogorvosok, fizioterapeuták).

Franciaország

A honoráriumok rendszere három szektorra tagolódik. Az orvosok 74%-a együttműködik a kötelező egészségbiztosítással és az állam által kontrollált árrendszer szerint számol el az állami egészségügyi rendszerrel („*médecins conventionnés*“/„*médecin de secteur 1*“). Ebben a körben elsősorban általános orvosokról van szó. Rajtuk kívül vannak még orvosok (mintegy 25%), akik ugyancsak a kötelező egészségbiztosítással való térítési szerződés szerint nyújtanak szolgáltatásokat, de fenntartják maguknak a honoráriumok és árak szabad alakításának, a gyógyszerek szabályozatlan felírásának, valamint az egyes betegek kezelésének vagy elutasításának történelmi jogát („*médecins conventionnés à honoraires libres*“/„*médecin de secteur 2*“). Ezek elsősorban szakorvosok, akik szabadon állapodnak meg betegeikkel az első szektorban alkalmazottaknál magasabb honoráriumokról. Az ambuláns sebészek például átlagosan 56%-kal magasabb honoráriumot számolnak fel, mint amennyit az állami díjrendelet előír. A felár szélső értékei 10% és 240% között mozognak. Eltérően az első szektortól, a második szektorban a biztosítók az orvosok által felszámolt összegek elenyésző arányát vállalják át. A szabadfoglalkozású orvosok szűk 1%-a a biztosítókkal való szerződés nélkül nyújt szolgáltatásokat („*médecins non conventionnés*“/„*médecin de secteur 3*“). Honoráriumuk jóval magasabbak az első két szektorban működő orvosokénál.

Ausztria

Az osztrák orvosok Franciaországhoz hasonlóan három csoportra tagolódnak: betegpénztári orvosok, választott orvosok és privát orvosok. A betegpénztári orvosok a megbiztosítási teherviselővel való szerződéssel rendelkeznek és szerződéses alapon meghatározott szolgáltatásokat nyújthatnak, a költségeket az állami egészségügyi rendszer viseli. Ezenkívül ún. szerződésen kívüli szolgáltatásokat is nyújthatnak, amelyek fejében privát honoráriumot kérhetnek. A választott orvosok szabadfoglalkozású orvosok, akik nem állnak szerződéses viszonyban a szociális megbiztosítás teherviselőivel, szabadon dönthetnek arról, hogy hol nyitnak praxist és ezt milyen kapacitással működtetik. A választott orvosok szolgáltatásaik fejében privát honoráriumot számolnak fel betegeknek, akik kérelmezhetik a betegpénztárnál a költségek 80%-ának térítését. Privát orvosoknál a költségek visszatérítésére nincs lehetőség. A honoráriumok mértékének alakítása a privát praxisokban teljesen szabadon történik, nincs alsó és felső határ. A választott vagy privát orvos melletti döntés azzal az előnnyel jár, hogy több idő áll rendelkezésre az individuális foglalkozásra és nincs várakozási idő. Ausztriában a szabadfoglalkozású orvosok fele választott orvos. Számuk 2000 és 2011 között megduplázódott.

Svájc

Ha valamely orvos nem hajlandó a megbiztosításról szóló törvény szerint elszámolni, bejelentheti az illetékes hatóságnál a szerződésen kívüli működését. Ebben az esetben többé nem vonatkoznak rá a szerződéses tarifák és maga alakíthatja honoráriumát. Németországtól eltérően Svájcban a nem szerződött orvosok számára nem létezik kötelező díjszabás, ami azt jelenti, hogy teljesen szabadon alakíthatják áraikat. A betegpénztárak azonban nem vállalhatják át a „szerződések körén kívül működő orvos” („*Ausstandsarzt*“) által nyújtott kezelés költségeit. A szerződésen kívüli státusz azt jelenti, hogy az orvos nem jogosult a kötelező megbiztosítás terhére való szolgáltatások nyújtására. Ha egy orvos kilépett a szerződéses körből, csak magánjogi alapon számolhatja el szolgáltatásait. [Ezzel kapcsolatban lásd még: *Ambuláns orvosi ellátás Németországban, Hollandiában és Svájcban (1. rész), 2016. 4. sz.*]

Németország

A német egészségügyi rendszer keretében a kötelező és a privát biztosítással rendelkező betegek kezelésére ugyanazon rendszer keretében kerül sor, tehát ugyanazon orvosok kezelik őket. Németországban viszonylag kevés tisztán privát praxis vagy kórház működik. 2011-ben a saját praxisban működő ambuláns orvosok 98%-a szerződött orvosként, 2%-a kizárólagosan privát orvosként működött.

A svájci lakosság egészségfelmérése 2012 – Család és egészség

Bundesamt für Statistik

BFS Aktuell, 14 Gesundheit, Neuchâtel, Juni 2017 (8 p.)

Kulcsszavak: népegészségügy, egészségfelmérés, család, egészségmagatartás, lelki egészség, gyermeküket egyedül nevelő anyák, Svájc

Forrás Internet-helye: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/aktuell/neue-veroeffentlichungen.assetdetail.2825504.html>

Várható életkor és halálozás

A 30 és 80 év közöttiek körében a párkapcsolatban élők halálozásának valószínűsége jóval alacsonyabb. A 30 és 45 év közöttiek körében a házas személyek halálozásának valószínűsége feleakkora, mint az egyedülállóké. A 65 év fölöttiek körében a házas személyek további várható életkora férfiaknál 19,8 év, nőknél 23,6 év, miközben egyedülállóknál 15,8 év, ill. 20,7 év, elváltaknál pedig 17,1 év, ill. 20,8 év.

Krónikus egészségpanaszok

A párkapcsolatban élő, gyermeces vagy gyermektelen személyek sokkal gyakrabban ítélik meg egészségi állapotukat jónak vagy nagyon jónak, mint az egyedülállók (86%, ill. 80%). A gyermeküket egyedül nevelő szülők még ennél is rosszabbnak tartják egészségi állapotukat (76%). A párkapcsolatban élők ritkábban szenvednek tartós egészségi problémákban mint az egyedülállók (47%, ill. 56%), azaz az utóbbi 15 hónap során nem szenvedtek nem fertőző krónikus betegségekben. A gyermekeiket egyedül nevelő szülők kétszer olyan gyakran panaszkodnak hátfájásra (12%, ill. 6%) és általános gyengeségre, mint a párkapcsolatban élők. Hasonló a helyzet egyéb panaszok, mint a váll- és nyakfájás, a fejfájás és az alvászavarok tekintetében.

Lelki egészség, jó közérzet

Az egyedülállók ritkábban állítják, hogy boldogok lennének, mint a párkapcsolatban élők (70%, ill. 84%), másrészt kétszer olyan gyakran deprimáltak, mint utóbbiak (20%, ill. 12%). A párkapcsolatban élő gyermektelen személyek gyakrabban nyugodtak és kiegyensúlyozottak (82%, ill. 78%) és ritkábban idegesek (23%, ill. 29%), mint a gyermekeket nevelők.

Pszichoszociális erőforrások

A párkapcsolatban élők sokkal magasabb vitalitási szinttel rendelkeznek, mint az egyedülállók (61%, ill. 51%). A gyermekek mindkét háztartástípusnál energiavesztéshez vezetnek. A párkapcsolatban élő személyek sokkal gyakrabban rendelkeznek erős külső és belső kontrollal, mint az egyedülállók

(40%, ill. 32%). A gyermeküket egyedül nevelő személyek külső és belső kontrollja is gyengébb, mint a házaspároké (29%, ill. 20%).

Az egyedülállók két szociális erőforrás vonatkozásában is rosszabbul állnak, mint a párkapcsolatban élők: gyakrabban részesülnek alacsony szociális támogatásban (15%, ill. 10%) és nem rendelkeznek bizalmi személlyel, akivel bármikor megbeszélhetnék személyes problémáikat (7%, ill. 3%).

Egészségmagatartás

Az egyedülállók egészségmagatartása gyakrabban kedvezőtlen, mint a párkapcsolatban élőké. Gyakrabban dohányoznak (41%, ill. 29%) és kevesebb rendszeres testmozgást végeznek, mint a párkapcsolatban élők (67%, ill. 73%). Ezenkívül gyakrabban ülnek egy helyben napi nyolc órán keresztül (32%, ill. 26%) és a hét kevesebb mint öt napján fogyasztanak gyümölcsöt és zöldséget (14%, ill. 9%).

A dohányzók aránya a gyermekes családok körében a legalacsonyabb (28%). A gyermeküket egyedül nevelő nők azonban gyakrabban dohányoznak (42%), mint az összes többi nő.

A túlsúlyosság és elhízottság tekintetében jelentős különbségek tapasztalhatók: A párkapcsolatban élő férfiak körében a túlsúlyosság gyakoribb mint egyedülállóknál (44%, ill. 38%), gyermekeket nevelő férfiaknál pedig gyakoribb mint gyermekteleneknél (57%, ill. 52%). A nők körében viszont a túlsúlyosság és az elhízottság tekintetében nem állapíthatók meg háztartástípus szerinti különbségek.

A gyermeküket egyedül nevelő anyák egészsége

A gyermeküket egyedül nevelő anyák kevésbé értékelik jónak egészségi állapotukat és gyakrabban panaszkodnak tartós egészségproblémákra (38%, ill. 27%), gyakrabban állítják, hogy az utóbbi tizenkét hónap során krónikus betegségekben szenvedtek (60%, ill. 48%), mint a párkapcsolatban élő anyák. Kétszer olyan gyakran vannak testi bántalmaik, szenvednek hátfájásban, váll- és nyakfájásban, általános gyengeségben, mint a párkapcsolatban élő anyák (13%, ill. 7%). Az egyedülálló anyák gyakrabban leverték vagy deprimáltak, mint a párkapcsolatban élők (24%, ill. 14%), ritkábban érzik magukat boldognak (67%, ill. 84%). Az egyedülálló anyák kevesebb energiával és vitalitással rendelkeznek (37%, ill. 26%).

Mindez az általános életminőség értékelésében is tükröződik: az egyedülálló anyák ritkábban értékelik jónak vagy nagyon jónak életminőségüket, mint a párkapcsolatban élők (87%, ill. 93%).

Végül az egyedülálló anyák egészségmagatartása többnyire kedvezőtlenebb, mivel gyakrabban dohányoznak (42%, ill. 23%), kevesebb gyümölcsöt és zöldséget fogyasztanak (9%-uk a hét kevesebb mint öt napján fogyaszt gyümölcsöt és zöldséget, a párkapcsolatban élő anyák 4%-a), kevesebb rendszeres testmozgást végeznek, mint a párkapcsolatban élők (62%, ill. 71%).

Új amerikai vizsgálat az élelmiszerallergiákról és ételintoleranciákról

Acker WW et al. Prevalence of food allergies and intolerances documented in electronic health records. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*

2017 May 31 [Cited 2017 May 31] DOI: 10.1016/j.jaci.2017.04.006

Source: Brigham and Women's Hospital

Kulcsszavak: népegészségügy, táplálkozás, élelmiszer, élelmiszerallergia, ételintolerancia, Egyesült Államok

Forrás Internet-helye:

<https://www.sciencedaily.com/releases/2017/05/170531084440.htm>

Az utóbbi években tömegessé vált a valósággal anekdotikus jellegű élelmiszerallergiákra vonatkozó tünetekre való hivatkozás, amelyek azonban az elektronikus betegdokumentumokban igencsak szórványosan jelennek meg.

A kutatók most 2,7 millió betegdokumentum vizsgálatával próbálták utánajárni az allergia prevalenciájának. Az amerikai betegek beteglapjainak elemzéséből kiderült, hogy az élelmiszerallergia vagy az ételintolerancia a vizsgált populáció 3,6%-ánál volt kimutatható.

Az élelmiszerekkel összefüggésben kimutatott 103.659 reakció 48,1%-a potenciálisan immunglobulin E (IgE) típusú antitesthez kapcsolódott (ami az élelmiszerallergiában vagy ételintoleranciában szenvedő betegek 50,8%-át érintette), 15,9%-a pedig anafilaktikus volt,

Az élelmiszerallergia és ételintolerancia rátája a nők (4,2% versus 2,9%) és az ázsiai származású személyek körében (4,3% versus 3,6%) volt a legmagasabb.

A vizsgálat szerint a leggyakrabban allergiát okozó élelmiszerek a kagylós rákok (0,9%), a gyümölcsök és zöldségek (0,7%), tejtermékek (0,5 %) és a földimogyoró (0,5%).

A szerzők szerint az élelmiszerallergiák tekintetében megfigyelt esetek súlyosságának spektruma arra figyelmeztet, hogy többet kell tenni az allergiákkal kapcsolatban szükségessé váló felvilágosító tevékenység területén.

† *Helmut Kohl (1930-2017)*



Helmut Josef Michael Kohl (Ludwigshafen, 1930. április 3. –Oggersheim, 2017. június 16.) német kereszténydemokrata politikus, 1982 és 1998 között a Németországi Szövetségi Köztársaság kancellárja.

A Kohl-éra egészségpolitikájának mérföldkövei

- » **1988:** A rezidens orvosi státusz (*Arzt im Praktikum*) bevezetése.
- » **1989:** A betegbiztosításhoz való jog rögzítése a *Társadalombiztosítási Törvénykönyv Ötödik Könyvében (Sozialgesetzbuch V – SGB V)*; a gyógyszerek rögzített támogatásának bevezetése, az ápolásbiztosítás felvetése.
- » **1991:** A kötelező betegbiztosítás szabályai a keleti tartományokban is hatályba lépnek.
- » **1993:** Az egészségügy struktúráiról szóló törvény (*Gesundheitsstrukturgesetz – Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung - GSG*): költségvetés megszabása az orvosok, kórházak és betegpénztárak számára; a betegpénztárak megnyitása az összes biztosított számára, strukturális kockázatkiegyenlítés.
- » **1995:** Az ápolásbiztosítás hatályba lépése.
- » **1995:** Az Európai Gyógyszerügynökség (EMA) létrejötte.
- » **1997:** A kötelező betegbiztosítás új rendjéről szóló törvények: szolgáltatási volumenek megszabása az orvosok számára, a betegek önrészeinek emelése.

A Kohl-éra egészségügyi miniszterei:

Heiner Geißler
Rita Süßmuth
Ursula Lehr
Gerda Hasselfeldt
Horst Seehofer

Munkaügyi és szociális miniszter (1982-1998): Norbert Blum

Leo Varadkar, Írország új miniszterelnöke

Forrás Internet-helye: https://en.wikipedia.org/wiki/Leo_Varadkar ;
https://hu.wikipedia.org/wiki/Leo_Varadkar ;
<https://www.finegael.ie/our-people/ministers/dublin/dublin-west/leo-varadkar/> ; <https://campaignforleo.ie/>



Leo Varadkar ír politikus. Apja indiai származású dublini üzletember.

Sz. 1979. január 18, Dublin, Castleknock előváros

Orvostudományi tanulmányok: *Trinity College Dublin*

Rezidens: *Connolly Hospital (Blanchardstown)*

2010-ben lett háziorvos és általános orvos.

2004-ben Fingal megye tanácsába választották, alsóházi megválasztásáig a polgármester-helyettesi pozíciót is betöltötte.

A parlamentben Enda Kenny miniszterelnök vállalkozásokért, kereskedelemért és foglalkoztatásért felelős szóvivőnek nevezte ki, majd a 2010-es átszervezések után kommunikációért, energiaügyért és természeti erőforrásokért felelős szóvivő lett.

2007. óta a nyugat-dublini választókerület képviselője az ír alsóházban.

2011-2014: közlekedésügyi, turisztikai és sportügyi miniszter,

2014-2016: egészségügyi miniszter,

2016. óta: a szociális ügyek minisztere.

Enda Kenny lemondása után 2017. június 2-án a *Fine Gael* konzervatív, kereszténydemokrata irányultságú párt vezetőjévé, majd 2017. június 14-én Írország miniszterelnökévé (*Taoiseach*) választották.

2015-ben az azonos neműek házasságáról szóló ír népszavazási kampány során vállalta fel melegségét és vált Írország első nyíltan meleg miniszterévé, majd miniszterelnökévé.

Élettársa Matthew Barrett, a *Mater Misericordiae University Hospital* orvosa.

ELŐJEGYZÉSI LISTA:

Egészséggazdaság

- Az egészséggazdaság helyzete Németországban 2017-ben (1-3. rész)
- A privát betegbiztosítás egészséggazdasági jelentősége
- Tizenegy tézis a sürgősségi ellátás reformjáról (RWI Köln)

Európa

- Európai áttekintés az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés akadályairól (PKV WIP) (6-8. rész)

Svájc

- Autonómia és kapcsolat. Konferenciakötet
- 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*)
- A nem fertőző betegségek indikátorai Svájcban
- *Swiss Personalized Health Network (SAMW)*

Szociálpolitika:

- Jelentés az időskori biztosítás helyzetéről Németországban 2015-ben
- Kutatási jelentés: az időskori gondoskodás elterjedtsége Németországban 2015-ben
- A nyugdíjkiadások alakulása Németországban
- Munkanélküliség és előrehozott nyugdíjazás az időskorúak körében Európában (*ZSR-Kompakt*)
- A csökkent keresőképesség miatti előrehozott nyugdíjazás biográfiai előzményei (*ZSR-Kompakt*)
- Jövedelmi egyenlőtlenségek és csúcsjövödelmek (IMK Report)

Rövidhírek (aleatorikusan):

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