

Egészséggazdasági, egészségpolitikai és szociálpolitikai nemzetközi sajtószemle

2017. 21. sz. (Lapzárta: 2017. július 29.)

Globális egészségügy

- A globális egészségügyi célok költségei 2030-ig
- Az ENSZ és az Egészségügyi Világszervezet közös kezdeményezése a nemek közötti diszkrimináció leküzdésére az egészségügy területén
- Párizsi Nyilatkozat az AIDS leküzdéséről

Európa

- Az egészségügyi ellátásokhoz való hozzáférés akadályai Európában (6. rész): Privát kiegészítő egészségbiztosítás
- Az európai gyógyszerek hozzájárulása az antibiotikum-rezisztencia leküzdéséhez

Ápolás

- *Green Care – VivAge*: Új utak az idősápolás területén. Falusi idősgondozás
- Jelentés a demencia prevenciójáról és kezeléséről
- Nemzetközi tanulmány az egészségügyi költségekről az utolsó életévben

Personalia

- Emma Walmsley a GlaxoSmithKline elnök-vezérigazgatója
- Ingrid Fischbach, a német szövetségi kormány új betegjogi képviselője és ápolásügyi megbízottja
- Christiane Woopen, az Európai Etikai Tanács új elnöke

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

A globális egészségügyi célok költségei 2030-ig

The Lancet Global Health

Published: 17 July 2017; DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30263-2](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30263-2)

Kulcsszavak: globális egészségügy, globális célok, fenntartható fejlődés, globális egészségügyi költségek, Egészségügyi, Világszervezet, ENSZ

Forrás Internet-helye:

[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS2214-109X\(17\)30263-2/fulltext?elsca1=tlxpr](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS2214-109X(17)30263-2/fulltext?elsca1=tlxpr)

„Sustainable Development Goals”:

<http://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/> ;

Sustainable Development Goals Health Price Tag:

<http://www.who.int/features/qa/sdg-price-tag/en/>

Az Egészségügyi Világszervezet szerint a globális egészségügyi célok elérésének költségei 2030-ig évente 134 és 371 milliárd USD közöttire becsülhetők. A „*Sustainable Development Goals (SDG) Health Price Tag*“ kiszámítása során a világ 67 közepes és alacsony jövedelemmel rendelkező országát vették figyelembe. Ezek az országok a világnépesség 75%-át teszik ki.

Az Egészségügyi Világszervezet két forgatókönyvet vázol fel: Az „ambiciózus” forgatókönyv szerint a beruházások elégségesek lehetnek az egészségügyi célok 2030-ig történő eléréséhez. Az „előrehaladási” forgatókönyv szerint pedig az országok legalább kétharmada megvalósítja e célokat. A költségek 75%-a mindkét forgatókönyv szerint az egészségügyi rendszerbe való beruházásokból keletkezik: egészségügyi személyzet, új kórházak és laboratóriumok építése, infrastruktúra. A fennmaradó költségeket gyógyszerekre, oltásokra, oktatásra, kampányokra fordítják.

A fenntartható fejlődés céljainak eléréséhez az „ambiciózus” forgatókönyv szerint 2030-ig évente 371 milliárd USD-re, a figyelembe vett országokban fejenként 58 USD-re lesz szükség. Az elemzés szerint e költségek 85%-a helyi forrásokból volna biztosítható, jöllehet a világ 32 legszegényebb országa számára ebből az összegből évente 54 milliárd USD nem áll rendelkezésre, amelyek emiatt jelentős külső támogatásra szorulnak.

A beruházások folytán a GDP-hez viszonyított egészségügyi kiadások a 67 országban átlagosan 5,6%-ról 7,5%-ra növekednének. Az egészségügyi kiadások GDP-hez viszonyított aránya globális szinten 9,9%. A beruházások eredményeként a várható életkor számos országban mintegy 8,4 évvel növekedhet, csökkenne a nem fertőző betegségek (szív- és érrendszeri megbetegedések, diabétesz) okozta halálozások száma.

Az „előrehaladási” forgatókönyv szerint 2030-ig évente 275 milliárd USD-re, fejenként 41 USD-re van szükség. Az egészségügyi kiadások a GDP 6,5%-ára növekednének. A becslések frissítésére és új célok meghatározására az Egészségügyi Világszervezet tervei szerint ötévente kerül sor.

Az ENSZ és az Egészségügyi Világszervezet közös kezdeményezése a nemek közötti diszkrimináció leküzdésére az egészségügy területén

World Health Organization Press Release. Joint United Nations statement on ending discrimination in health care settings.

World Health Organization. 2017 June 27.

Kulcsszavak: globális egészségügy, munkaerő az egészségügyben, esélyegyenlőség, diszkrimináció, ENSZ, Egészségügyi Világszervezet

Forrás Internet-helye:

<http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2017/discrimination-in-health-care/en/>

Az ENSZ és az Egészségügyi Világszervezet közös állásfoglalása szerint a nemek közötti diszkrimináció az egészségügyi munkaerő körében is rendkívül gyakran előfordul. Súlyos probléma a nők diszkriminációja, a velük szembeni fizikai és szexuális erőszak, a bérkülönbségek, a szabálytalan bérmegállapítás, a formális foglalkoztatás hiánya, a vezetésben és a döntésekben való részvételből való kizárás. A két szervezet célul tűzte, hogy ágazati és intézményi szinten megfelelő irányelveket és szabályokat dolgoz ki az egészségügyi dolgozók számára alkalmazandó tisztességes munkafeltételek, a nemek közötti esélyegyenlőség és az egészségügyi dolgozók formális foglalkoztatása tekintetében.

További törekvésekre lesz szükség az egészségügyi szolgáltatók olyan értelemben való támogatása területén, hogy jogi és etikai kötelezettségeik teljesítése során vegyék figyelembe az emberi jogok tiszteletben tartását. A két szervezet támogatja az egészségügyi dolgozók felvilágosítását munkaidő alatti és utáni jogaik, teendőik és felelősségük, valamint az egészségügy kontextusában megjelenő diszkriminációval szembeni viszonyulásuk tekintetében.

Párizsi Nyilatkozat az AIDS leküzdéséről
9th IAS Conference on HIV Science (IAS 2017)
23-26 July 2017 | Paris, France

Kulcsszavak: globális egészségügy, HIV/AIDS, Nemzetközi AIDS-Társaság

Forrás Internet-helye: <http://www.ias2017.org/The-Paris-Statement-HIV-Science-Matters> ;

IAS Annual Report July 2016 – 2017: <https://www.iasociety.org/About-the-IAS/Annual-Report-2017> ;
http://www.iasociety.org/Web/WebContent/File/Annual_Report_2017.pdf

A *Nemzetközi AIDS-Társaság (International AIDS Society – IAS)* tudományos konferenciáján részt vevő kutatók felszólították az Egyesült Államokat és más donor-országokat az AIDS elleni küzdelem finanszírozásának megerősítésére. A Fehér Ház jelenleg a támogatások csökkentését fontolgatja. A párizsi konferencián 6.000 AIDS-kutató vett részt. Az AIDS-ben szenvedők száma világviszonylatban 37 millió.

Kutatások nélkül az AIDS terjedése nem állítható meg. Az elmúlt harminc év során a kutatóknak sikerült feltárniuk az immunhiányos megbetegedés okait. A kutatók azonban aggodalmukat fejezik ki az elégséges finanszírozás tekintetében. Ezért a résztvevők a rendezvény kezdete előtt elfogadták és közzétették a „*Párizsi Nyilatkozatot*”. *Linda-Gail Bekker, a Nemzetközi AIDS-Társaság elnöke* szerint az amerikai források megcsappanása súlyos csapást mérhet a nemzetközi AIDS-kutatásra, mivel világviszonylatban az Egyesült Államok a legnagyobb donor-ország.

Jelenleg a világviszonylatban 36,7 millió AIDS-fertőzött személy több mint fele megkapja a retrovirális szerekkel való kezelést. Az ENSZ adatai szerint pedig a halálesetek száma 2005. óta megfelelő. *Michel Sidibé, a UNAids igazgatója* szerint azonban még mindig igen sok a teendő. A fertőzöttek száma Kelet-Európában és Közép-Ázsiában az elmúlt években növekedett.

Verena Finkenstädt :
Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés akadályai Európában (6. rész)
Privát kiegészítő egészségbiztosítás
Wissenschaftliches Institut der PKV, März 2017 (88 p.)

Kulcsszavak: egészségügyi rendszer, ellátásokhoz való hozzáférés, külföldi kezelések, privát szolgáltatások, privát kiegészítő egészségbiztosítás, Európai Unió

Forrás Internet-helye:

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

5. 2. Külföldi kezelések

Az Európai Bizottság 2015-ben felmérést készített arról, hogy a polgárok mennyire lennének hajlamosak külföldi kezelést igénybe venni. Az orvosi kezelés külföldön való igénybevételére való hajlandóság a megkérdezettek körében Hollandiában volt a legmagasabb (66%), Németországban a legalacsonyabb (11%). E döntésben közrejátszó tényezők: az ország méretei, a földrajzi helyzet, az egészségügyi szolgáltatások szomszédos országban való elérhetősége, a közlekedési viszonyok, a mentalitás, a szolgáltatások minősége az adott országban. A külföldi kezelés igénybevételére irányuló magas készlet a saját egészségügyi rendszerrel szembeni alacsony elégedettség indikátoraként is felfogható.

5. 3. Privát egészségügyi szolgáltatások finanszírozása

A privát egészségügyi szolgáltatások finanszírozása történhet tisztán önrészekből, vagy privát kiegészítő biztosításból, amely megtéríti a költségeket. A privát biztosítási rendszerekben a biztosítás elve érvényesül, tehát kollektív kockázatviselésre kerül sor. A biztosítottak összessége díjakat fizet, megbetegedés esetén pedig szolgáltatásokban részesül. A biztosított kockázatok eloszlása azonban nem egyenletes. Nem mindenkit sújtanak nagyobb egészségkárosodások, pl. költséges betegségek. A biztosított tehát egy bizonytalan pénzügyi kárt cserél egy rögzített biztosítási díjra. Ebben az esetben a kockázatokat hordozó biztosítottaknak tanácsos biztosítást kötniük.

A privát biztosítás létezése a biztosítási elv folytán kevesebb ellátási különbséghez vezet, mint az a helyzet, amikor fennáll a készpénzfizetés lehetősége. Önrész fizetése esetén a betegnek adott esetben le kell mondania a költséges ellátásról, privát biztosítás esetén azonban az ellátás fedezettel rendelkezik, a rendszeresen esedékes biztosítási díj költségei pedig általában nem érik el a lehetséges ritka egészségkárosodását. Amennyiben például egy bizonyos országban az állami egészségügyi rendszer szolgáltatási katalógusa nem tartalmazza a fogpótlást, a privát kiegészítő biztosítás hozzásegíti azokat, akik nem tudnák kifizetni a fogpótlás költségeit, hogy privát kiegészítő biztosítással mégis fedezni tudják ezeket.

5. 4. Privát kiegészítő egészségbiztosítás az európai országokban

A lakosság a vizsgált országok többségében rendelkezik privát kiegészítő egészségbiztosítással. Kivételt képeznek: Észtország, Lengyelország, Szlovákia, Csehország és Magyarország. A privát kiegészítő egészségbiztosítás szerepe

különböző, mivel az az egyes országokban az állami egészségügyi rendszerrel való interakcióban jelenik meg.

Az adókból finanszírozott rendszerekben az egészségügyi szolgáltatásokat egy nemzeti egészségügyi szolgálat bocsátja rendelkezésre. A privát kiegészítő egészségbiztosítás itt rendszerint megduplázó effektust gyakorol, mivel adóbefizetéseivel minden állampolgár hozzájárul az állami rendszer finanszírozásához. Privát biztosításuk ellenére a polgárok az állami rendszernek is részesei, így megduplázott biztosítási védelemmel rendelkeznek.

Írország

Az egészségügyet adókból finanszírozó országok közül a privát kiegészítő biztosítással rendelkezők aránya Írországban a legmagasabb (40%). Egy ilyen biztosítás elsősorban egyágyas kórházi szoba biztosítására, állami kórházban való privát kezelésre, vagy privát kórházban való kezelésre szolgál az állami egészségügyi szolgálat várólistáinak megkerülése érdekében. Az írországi modell specifikuma, hogy a háziorvosi ellátás költségeinek privát fedezésére is kiterjed, mivel az állami rendszer nem minden polgár számára vállalja ezt a szolgáltatást. További privát kiegészítő biztosítások köthetők fogpótlásra és optikai segédeszközökre. Írországban jelentős kihívást jelentenek a várakozási idők, ami megmagyarázza a privát kiegészítő biztosítások magas arányát. A pénzügyi és gazdasági válság következtében a helyzet súlyosbodott, a kórházi beruházásokat elnapolták, a kórházi személyzet létszámát csökkentették.

Dánia

A dán lakosság több mint egyharmada rendelkezik privát kiegészítő egészségbiztosítással. Ennek célja elsősorban az ambuláns és kórházi privát kezelések térítése és az ellátásokhoz való gyorsabb hozzáférés. Léteznek továbbá tarifák, amelyek (elsősorban gyógyszerek és fogászati kezelések vonatkozásában) kötelező önrészeket tartalmaznak azon szolgáltatások tekintetében, amelyeket az állami rendszer nem vállal át teljes mértékben. A privát kiegészítő egészségbiztosítás további oka, hogy ennek keretében a szakorvosi ellátáshoz nincs szükség háziorvosi beutalóra, ami az állami rendszerben kötelező. A biztosítás növeli az ellátáshoz való jobb hozzáférést és az orvosválasztás lehetőségét.

Olaszország

Az olaszok egynegyede rendelkezik privát kiegészítő biztosítással. Egy aktuális megkérdezés szerint azonban az olaszok 57,1%-a gondolja, hogy azon személyek számára, akik ezt pénzügyileg meg tudnák engedni maguknak, vagy akiknek a munkaadója üzemi egészségbiztosítást nyújt alkalmazottainak, célszerű lenne egy ilyen biztosítás megkötése. Ezt az állami rendszerben alkalmazott magas önrészek és a hosszú várólisták indokolnák. Az olaszok főleg azért döntenek privát orvosi kezelésekre mellett, mert az állami rendszer minőségét nem tartják kielégítőnek és mert így érvényesül a szabad orvosválasztás.

Portugália

A privát kiegészítő biztosítással rendelkezők aránya meghaladja a 20%-ot. A kiegészítő biztosítás indoka a privát kezelések gyorsabb térítése, valamint a kórházi komfortszolgáltatások biztosítása. Ebben szerepet játszik továbbá az állami rendszer által nem biztosított szolgáltatások térítése, mint a fogászati kezelések. Léteznek a szabad orvosválasztást lehetővé tevő kiegészítő biztosítások is. Ezzel a portugálok megkerülik a szigorú *gatekeeping*-et, közvetlenül a maguk által választott szakorvoshoz fordulnak, a számlák költségeit pedig benyújtják a privát biztosítóhoz.

Finnország

A lakosság 15%-a rendelkezik privát egészségbiztosítással. Ez rendszerint az állami rendszer keretében is biztosított szolgáltatások fedezésére szolgál. A kiegészítő biztosítás megkötésének legfőbb indoka az ellátásokhoz való gyorsabb hozzáférés, a hosszú várólisták megkerülése, a magasabb minőség.

Spanyolország

A spanyolok 15%-a rendelkezik privát kiegészítő egészségbiztosítással, amelynek célja elsősorban a kezelés privát orvosoknál való gyorsabb elérése. Léteznek kiegészítő biztosítások, amelyek a szabad orvosválasztást is lehetővé teszik, ami az állami rendszerben igen korlátozott. Finnországhoz hasonlóan itt is érvényes, hogy a privát egészségügyi ellátás magasabb minőségű az állami rendszer keretében nyújtottnál. A kiegészítő biztosítások a kórházi komfortszolgáltatásokat is előmozdítják.

Nagy-Britannia

Jelenleg a britek 10%-a rendelkezik az NHS által nyújtott biztosítási védelemmel párhuzamos privát kiegészítő biztosítással. Ez elsősorban az ellátásokhoz való gyorsabb és közvetlenebb hozzáférést fedezi, elsősorban a tervezett kórházi beavatkozások privát kórházban vagy az NHS privát osztályain való térítése tekintetében. A privát kiegészítő biztosítások az állami rendszer keretében nem biztosított szolgáltatásokat is fedezik. A háziorvosi ellátás területén azonban rendszerint nincsenek jelen privát biztosítások. Nagy-Britanniában az állami szektorral párhuzamosan jól kiépített privát egészségügyi szektor működik. Ez részben az NHS keretében (pl. az állami kórházakban működő privát osztályok) vagy azon kívül (pl. privát kórházak és privát orvosi praxisok) működik.

Norvégia

A lakosság 8,6%-a rendelkezik privát kiegészítő biztosítással. A biztosítás megkötésének indoka a várólisták rövidítése. A privát egészségügyi ellátás Finnországhoz és Spanyolországhoz hasonlóan Norvégiában is magasabb minőséget nyújt.

Svédország

A privát kiegészítő biztosítások megkötésének legfőbb indokai Svédországban a szakorvosnál való időpont gyorsabb megszerzése, valamint a tervezett műtétekre való várakozási idő megkerülése. Svédországban kiegészítő egészségbiztosítást főleg a munkaadók kínálnak csoportos szerződések keretében. A cél a személyzet betegség miatti munkaképtelenségének gyorsabb ellátás általi megrövidítése. Az adókból finanszírozott egészségügyi rendszert működtető országok közül a privát kiegészítő biztosítással rendelkezők aránya Svédországban 6%, a 15 és 74 év közöttiek körében 10%.

Franciaország

A vizsgált országok közül a privát biztosítás Franciaországban a legelterjedtebb. Csaknem a teljes lakosság rendelkezik valamilyen ilyen jellegű biztosítási védelemmel. Ez elsősorban a magas kötelező önrészek általi megterhelést csökkenti, amely az állami rendszer keretein kívül működő orvosok magasabb honoráriumaira is kiterjed. A kiegészítő biztosítás bizonyos mértékig fedezi továbbá a szemüvegek, hallókészülékek, fogprotézisek önrészeit, valamint az egyágyas kórházi szoba költségeit. A privát kiegészítő egészségbiztosítás jelentősége az utóbbi 15 év során folyamatosan növekedett.

Hollandia

A privát kiegészítő biztosítások Hollandiában is rendkívül elterjedtek. A lakosság 85%-a rendelkezik ilyen biztosítással. A kiegészítő biztosítások tarifakínálata is igen széleskörű. Mivel a kötelező betegbiztosítás szolgáltatási katalógusa csak az alapellátásra terjed ki, az összes egyéb szolgáltatást (fogászati kezelés, optikai segédeszközök, fizioterápia) saját zsebből kell finanszírozni, vagy kiegészítő biztosítást kell kötni. A 18 év fölötti holland lakosság 76%-a rendelkezik fogászati ellátásokra való kiegészítő biztosítással, mivel az állami egészségügyi rendszer nem fedezi ezt a szolgáltatást. Hollandiában azonban nem működnek olyan kiegészítő biztosítások, amelyek lehetővé tennék az orvosi ellátásokhoz való gyorsabb, vagy szakorvosi ellátásokhoz való direkt hozzáférést.

Szlovénia

A kiegészítő biztosítások Franciaországhoz hasonlóan Szlovéniában is a magas önrészek fedezésére szolgálnak. Kiegészítő biztosítás megkötése minden olyan biztosított számára kötelező, akinek a törvénynél fogva önrészeket kell fizetnie. Ez magyarázza, hogy a lakosság több mint 80%-a rendelkezik ilyen biztosítással, miközben más kelet-európai országokban a privát kiegészítő biztosítások piaca alig létezik. A díjbevételek 99%-a önrészek fedezetére irányuló biztosítások eladásából származik. Ezenkívül léteznek az állami rendszer keretében nem teljes mértékben fedezett szolgáltatások finanszírozását célzó biztosítások is, amelyek azonban kevésbé elterjedtek.

Belgium

A privát kiegészítő biztosítással rendelkezők aránya meghaladja a 80%-ot. Jóllehet az önrészek fizetése kötelező, Belgiumban a privát kiegészítő biztosítások elsősorban kórházi napidíj fedezetére irányuló biztosítások és ezekből kórházi komfortszolgáltatások is vásárolhatók. Az állami rendszer keretében nem teljes mértékben térített szolgáltatásokra (pl. fogászati ellátásokra) irányuló biztosítások kevésbé elterjedtek.

Svájc

A privát kiegészítő biztosítások Belgiumhoz hasonlóan elsősorban komfortszolgáltatások fedezetére szolgálnak (egyágyas kórházi szoba, osztályvezető főorvos általi kórházi kezelés, privát kórházban való kezelés). Léteznek az állami rendszerben nem teljes mértékben térített szolgáltatások (pl. fogászati ellátások) fedezetére szolgáló kiegészítő biztosítások is. Hollandiától eltérően Svájcban kialakult a privát kiegészítő biztosítások piaca, amelynek keretében a rendszerint költséges kezeléseket a „szerződések körén kívül működő orvosok” („*Ausstandsärzte*“) biztosítják [Lásd még: 2016. 4. sz.; 2017. 20. sz.]. A svájciak 80%-a rendelkezik kiegészítő biztosítással. Más európai országoktól eltérően Svájcban igen elterjedtek a komplementer medicina szolgáltatásait térítő kiegészítő biztosítások (a lakosság mintegy 30%-a).

Luxemburg

Az ország 570.000 lakossal rendelkezik, akiknek a fele külföldi származású. Az EU luxemburgi intézményeiben 9.500 nemzetközi tisztviselő működik. Ez a magyarázata annak, hogy Luxemburgban a kiegészítő biztosítások kevésbé elterjedtek (a lakosság 50%-a). Az egészségbiztosítási rendszer csak az orvosi költségek és egyéb egészségügyi szolgáltatások egy részét téríti. A fennmaradó költségek kiegészítő biztosítással fedezhetők és kórházi komfortszolgáltatások fedezetére is lehetőség nyílik.

Ausztria

A lakosság egyharmada rendelkezik privát kiegészítő biztosítással. Ez elsősorban egyágyas kórházi szoba biztosítására és a kezelőorvos szabad megválasztására irányul. Ez abban is megnyilvánul, hogy a privát egészségbiztosítás forrásai elsősorban a kórházi ellátásba folynak be.

Németország

A lakosság 23%-a rendelkezik privát kiegészítő biztosítással. Ezek 50%-ánál a rendszeres ellátásénál magasabb ellátási szintet nyújtó fogászati kiegészítő biztosításokról van szó (pl. esztétikus fogbetét). 27% a kötelező betegbiztosítás spektruma által nem tartalmazott (pl. szemüvegek vagy kontaktlencsék) tarifákra irányul. A biztosítások fennmaradó része kórházi komfortszolgáltatásokat, egyágyas szobát, osztályvezető főorvos általi kezelést vesz célba.

Az európai gyógyszerészek hozzájárulása az antibiotikum-rezisztencia leküzdéséhez – The Community Pharmacy Contribution to Tackling Antimicrobial Resistance

Európai Unió Gyógyszerészeti Csoportja –
Pharmaceutical Group of the European Union (PGEU)
PGEU Press Release 29 June 2017

Kulcsszavak: gyógyszer, antibiotikum-rezisztencia, Európai Unió Gyógyszerészeti Csoportja, PGEU, Európai Unió

Forrás Internet-helye:

A teljes jelentés a PGEU honlapján (34 p.):

<http://www.pgeu.eu/en/press/242:pr-pgeu-releases-best-practice-paper-on-amr.html> ;

https://ec.europa.eu/health/amr/action_eu_en ;

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/antimicrobial-resistance/antibiotic-resistance> ;

Az antibiotikummal szemben ellenálló potenciális kórokozók száma világviszonylatban növekedik. Ez a G20-ak 2017 július elején Hamburgban tartott csúcstalálkozójának napirendjén is szerepelt. Az Egészségügyi Világszervezet adatai szerint évente 700.000 ember válik az antibiotikumokkal szemben rezisztens kórokozók áldozatává. Az Európai Unióban a halálos áldozatok száma évente 25.000. Az Európai Bizottság akcióttervet dolgozott ki az antibiotikum-rezisztenciák leküzdése érdekében. A probléma évente 1,5 milliárd EUR többletköltséget okoz az egészségügy területén. [*Lásd: Jelentés az antibiotikum-rezisztenciáról az Európai Unióban, 2017. 9. sz.*]

Az Európai Unió Gyógyszerészeti Csoportja (Pharmaceutical Group of European Union – PGEU) 34 oldalas jelentésében bemutatja a tagállamok jó gyakorlatának példáit. Az európai gyógyszerészek érdekvédelmi szövetsége felhívja a figyelmet arra, hogy a kormányoknak feltétlenül be kell vonniuk akciótterveik végrehajtásába a gyógyszerészeket. A gyógyszerészek, orvosok, betegpénztárak, kormányok, vállalkozások és a betegek közös törekvései során nagyobb jelentőséget kell tulajdonítani a gyógyszerészek fokozottabb szerepének az antibiotikum-rezisztencia leküzdésében. Egyebek között a gyógyszerészekre nagyobb szerep hárulhat az oltásokkal szembeni fenntartások csökkentésében és az oltások beadásában. A jelentés szerint Írországbán, Portugáliában, az Egyesült Királyságban és Svájcban az influenza elleni oltások beadására már részben gyógyszerházakban is sor kerül.

A gyógyszerész szervezet szerint a rezisztenciákkal szembeni küzdelem szempontjából fontos lenne, ha a recepteken az antimikrobiális indikációt is feltüntetnék. Azt is figyelembe kell venni, hogy a felírt antibiotikumok zömét influenzás fertőzések, hülések ellen írják fel, amelyek elsődleges okozójával, a

vírusokkal szemben ezek a gyógyszerek teljesen hatástalanok. A PGEU ajánlása szerint a gyógyszerészeknek egyeztetniük kellene a kezelőorvossal és így hozzájárulhatnának az antibiotikum-fogyasztás csökkentéséhez, továbbá a gyógyszerészek számára hozzáférést kellene biztosítani az elektronikus betegdokumentumhoz.

A PGEU állásfoglalása szerint erősíteni kellene a hagyományos („téglából és malterből épített” – *bricks-and-mortar-pharmacies*) gyógyszertárak pozícióját és meg kell akadályozni az Európai Unión kívülről érkező internetes kereskedést. Az EU-ban működő online-gyógyszertárak körében pedig fokozottabban kellene propagálni az EU közösségi logót.

Európa 32 országában (az EU-tagállamokon kívül a tagjelölt államokban, az Európai Szabadkereskedelmi Övezetben – EFTA, Izlandon, Norvégiában, Liechtenstein-ban és Svájcban) több mint 400.000 gyógyszerész működik, akik a múltban sem ültek ölbe tett kézzel. A PGEU jelentése kiemel néhány „*best practice*“-példát.

Spanyolország: A *Gyógyszerészeti Bizottság (Consejo)* rendszeresen szórólapokkal látja el a gyógyszertárakat, amelyek elmagyarázzák a betegeknek, hogy mikor indokolt az antibiotikumok fogyasztása és miként kell azokat helyesen alkalmazni. Spanyolországban több tanulmány készült a gyógyszerészek szerepéről az antibiotikumos terápia területén. A spanyol gyógyszertárak részt vesznek a *SIGRE*-programban, amelynek lényege a gyógyszerelés menedzsmentje és egyebek között a felhasznált és fel nem használt gyógyszereket tartalmazó dobozok, bliszterek és göngyölegek szelektív gyűjtésére irányul.

Belgium: Minden kiadott antibiotikumot tartalmazó dobozra felkerül egy öntapadós matrica: „Csak az orvos által rendelt módon szedjen antibiotikumot. A fel nem használt gyógyszert hozza vissza a patikába.” És hogy a gyógyszerész ne feledkezzék meg a címkéről, a betegpénztári rendszerben bevezettek egy automatikus pop-up-ot, amely emlékeztet arra, ha már felírtak egy megfelelő gyógyszert. A belgiumi gyógyszertárakban csomagolás gyanánt rendszeresítettek egy papírzacskót, amelyen nyomtatásban figyelmeztetnek az antibiotikumok helyes alkalmazására, továbbá egy szórólapot, amely felvilágosítást nyújt a pulton keresztül kiadott penicillin, ciprofloxacín és egyéb antibiotikumok hatásáról és alkalmazásáról.

Skócia: Aberdeen-ben egy tesztprojekt keretében a gyógyszerészek néhány antibiotikumot recept nélkül is kiadhatnak. A nők húgyúti fertőzés esetén gyógyszerészhez fordulhatnak és tanácsadást vehetnek igénybe. A gyógyszerészek maguk dönthetnek az antibiotikum kiadásáról. A projektben résztvevő gyógyszerészeknek előzetesen kötelező továbbképzésen kell részt venniük, elsősorban a rezisztencia-képződés területén.

Green Care – VivAge: Új utak az idősápolás területén. Falusi idősgondozás
Green Age. Care Farming for Older People
HAWK Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst,
Zukunftszentrum Holzminden-Höxter

Kulcsszavak: ápolás, idősápolás, ökoterápia, falusi idősgondozás, nemzetközi

Forrás Internet-helye: <http://www.green-age.org.uk/> ;
<http://das-zukunftszentrum.de/leistungen/forschung/vivage-lebensabend-im-dorf/> ; http://www.lazarus.at/2017/06/27/proalter-22017-die-neue-landlust-bauernhof-statt-altenheim/?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=LAZARUS++Care-Letter+Nr.+533 ; <http://blogs.hawk-hhg.de/vivage/> ;

Van egy birtok Angliában, a rózsák háborúja első csatájának helyszínén. Rosie, az egyik örökös 1971-ben férjhez ment John Hegarty-hoz, a pszichológia egyetemi tanárához, akivel a 75 acre (= angol hold: összesen 30 hektárnyi) területű, erdős, dimbes-dombos, sövényvel kerített farmon létrehozott egy nonprofit idősgondozó vállalkozást. Ma már gyermekeikkel és unokáikkal együtt működtetik az idősök parkját.

A városiasodás ellenére ma már sokan döntenek a vidéki életmód mellett. Ez a tendencia az idősápolást is utolérte. A „*Green Care*“ jegyében az ember, az állatok, a természeti környezet közötti aktivitásokra és interakciókra kerül sor, amelyek különböző célcsoportoknál egészségfejlesztési, pedagógiai, szociális célkitűzéseket követnek. *Nicole Prop, az osztrák Green Care egyesület elnöke* „*Idősotthon helyett falusi gazdaság*” c. tanulmányában (ProAlter, 2017. 2. sz.) személyes tapasztalatait osztja meg arról, hogy az osztrák gazdák új bevételi forrásként felfedezték maguknak a *Green Care*-t.

A falusi idősgondozás Ausztriában és Németországban még kezdeti stádiumban van. A *HAWK Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst, Zukunftszentrum Holzminden-Höxter* kutatói interdiszciplináris tanulmányt állítottak össze és nagyszabású projektet indítottak a falusi idősgondozás területén.

Ezzel szemben Hollandiában és Norvégiában már több mint 1.000 vállalkozás működik, amelyek sokéves tapasztalattal rendelkeznek a *Green Care* gyakorlata, valamint a demens és nem demens idősök falusi gondozása területén. *Hilde Verbeek (Maastricht University)* szerint a kereslet rendkívüli, a kezdeményezőknek azonban rendkívüli elszántságra van szükségük e munka sikeres elvégzéséhez.

Jelentés a demencia prevenciójáról és kezeléséről
Livingston G. et al. Dementia prevention, intervention, and care
The Lancet Commissions. Published Online July 20, 2017.
Doi: 10.1016/S0140-6736(17)31363-6

Kulcsszavak: ápolás, demencia, demenciakutatás, prevenció, nemzetközi

Forrás Internet-helye:

[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)31363-6/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)31363-6/fulltext)

A **Lancet-Bizottság** demenciáról szóló első jelentése szerint az olyan módosítható tényezők, mint a halláskárosulás, dohányzás, magas vérnyomás és depresszió kezelésével a demenciás esetek egyharmada megelőzhető lenne.

Clive Ballard és mt. (University of Exeter Medical School) több mint 800 demenciában szenvedő személyt vizsgáltak 69 londoni és környékbeli ápolási otthonban. A 24-tagú bizottság jelentésének ismertetésére az Alzheimer Társaság nemzetközi konferenciáján (*Alzheimer's Association International Conference – AAIC 2017*) került sor. A jelentés kilenc tényezőt jelöl meg, amelyek prevenciója az élet korai, középső és kései szakaszában csökkentheti a demencia kialakulásának valószínűségét.

A korai életszakaszban szerzett képzés, a középső életszakaszban pedig a halláskárosulás, a magas vérnyomás és az elhízás kezelése akár 20%-kal csökkentheti a demencia incidenciáját. Az élet kései szakaszában a dohányzásról való leszokás, a depresszió kezelése, a testmozgás és a szociális kontaktusok élénkítése, valamint a diabétesz kezelése további 15%-kal csökkentheti azt.

Prof. Lon Schneider (Keck School of Medicine. University of Southern California), a bizottság tagja szerint a demencia prevenciója erőteljesen a gyógyszerfejlesztésekre fókuszál, holott nem kellene megfeledeznünk a demencia kezelése területén elért eredményekről, beleértve a prevenciót. E kockázati tényezők csökkentésétől legalább olyan hatásra számíthatunk, amilyent az aktuális gyógyszerkísérletek kilátásba helyeznek.

A kutatók szerint a demenciában szenvedők száma 2050-ig világviszonylatban 131 millióra növekedhet. Az érintettek száma 2015-ben még 47 millió volt. A gazdagabb országokban, mint az Egyesült Államok, Nagy-Britannia, Svédország, Hollandia és Kanada, a megbetegedések száma az utóbbi években csökkent. Amennyiben a jövőben a kockázati tényezők, mint az elhízás és az ezzel összefüggő egészségi problémák száma a jövőben növekedne, ez a trend gyorsan megfordulhat.

2015-ben a demencia globális költségei 818 milliárd USD-t (630 milliárd GBP-t) tettek ki. A költségek 85%-a nem orvosi, hanem családi és szociális tényezőkhez fűződik.

Nemzetközi tanulmány az egészségügyi költségekről az utolsó életévben
Health Affairs (DOI: 10.1377/hlthaff.2017.0174)

Kulcsszavak: egészségügyi költségek, időskorúak, haldoklók, nemzetközi

Forrás Internet-helye:

<http://content.healthaffairs.org/content/36/7/1211.full>

Martin Karlsson és mt. (Universität Duisburg-Essen) nemzetközi tanulmánya szerint az egészségügyi rendszer által az utolsó életévben ellátásokra fordított kiadások alacsonyabbak, mint eddig azt feltételezték. A kiadások az utolsó életévben ténylegesen növekednek, mivel ebben az időszakban gyakoribbá válik a kórházi kezelés. A vizsgált országokban az utolsó életévben kezelésekre fordított kiadások a biztosítók összkiadásainak 9-11%-át tették ki. A kiadások az utolsó három életévben nagyjából hasonló mértékűek.

A vizsgálat keretében az időskorúak egészségügyi ellátására Németországban, Dániában, Angliában, Franciaországban, Hollandiában, az Egyesült Államokban, Tajvanon, Japánban és a kanadai Quebec Tartományban fordított költségeket vetették össze.

A kutatók szerint az utolsó három életévben egészségügyi kezelésekre fordított kiadások a biztosítók költségeinek 25%-át teszik ki. Az utolsó életév ugyanolyan költségintenzív mint az azt megelőző két év. Az eredmények azt mutatják, hogy nem elsősorban életmentő beavatkozások kifizetésére, hanem inkább krónikus betegek kezelésére kerül sor. A kutatók becslése szerint az utolsó életévben nyújtott egészségügyi ellátások költségei fejenként 45.000 EUR-t tesznek ki. Ez az összeg az Egyesült Államokban, Hollandiában, Dániában és Kanadában jóval magasabb.

Németországban a költségeket a kórházi kezelések hajtják fel. A németországi kórházi költségek 20%-a olyan személyekre esik, akik egy éven belül meghalnak. Hollandiában ennek aránya nem éri el a 9%-ot. Ezért mérlegelendőnek látszik az időskori ambuláns ápolás megerősítése.

Emma Walmsley a GlaxoSmithKline elnök-vezérigazgatója

Forrás Internet-helye:

<http://www.gsk.com/en-gb/about-us/corporate-executive-team/emma-walmsley/> https://en.wikipedia.org/wiki/Emma_Walmsley



Emma Natasha Walmsley (sz. 1969 június, Barrow-in-Furness, Cumbria)

Szülei: Sir Robert Walmsley altengernagy és Christina V. Melvill.

Férje: David Owen, a molekuláris biológia professzora (*Cambridge Institute for Medical Research*), akivel 1995 szeptemberében Greenwichben házasodtak össze. Négy gyermekük van.

Tanulmányok:

St Swithun's School, Winchester

Oxford University klasszikus és modern nyelvek, master-fokozat

Szakmai pályafutása:

17 évig a *L'Oréal*-nál dolgozott: marketing és általános menedzseri posztokat töltött be Párizsban, Londonban és New York-ban. 2007-től a *L'Oréal China* általános menedzsere volt Sanghajban.

2016 január és szeptember között a *Diageo* nem ügyvezető igazgatója.

2010. óta dolgozik a GSK-nál. 2015 március óta a ***GSK Consumer Healthcare Europe*** (a GSK és a Novartis közötti joint venture) elnök-vezérigazgatója.

2017 április óta a GSK elnök-vezérigazgatója, az igazgatótanács tagja.

***Ingrid Fischbach a német szövetségi kormány
új betegjogi képviselője és ápolásügyi megbízottja***

Forrás Internet-helye: https://de.wikipedia.org/wiki/Ingrid_Fischbach ;

Honlapja: <http://ingrid-fischbach.de/>



Ingrid Marianne Fischbach, sz. Schweden (sz. 1957. június 25. Wanne-Eickel)
német politikus (CDU)

Katolikus, házas, egy lánya van.

Tanulmányok: 1976. *Pädagogische Hochschule Dortmund*, német-történelem szak

Tanári pálya: *Polizeischule Selm-Bork; Erich-Fried-Gesamtschule Herne*

1990. óta a CDU tagja. 1998-2007 március: a Herne járási szervezet elnöke.
1994-1998: Herne Város Közgyűlésének tagja.

2011. óta az Észak-Rajna-Vesztfália Tartományi Nőszövetség elnöke.

1998. óta a Bundestag tagja. 1998-2005: a gyermekvédelmi bizottság tagja.
2007 szeptember – 2009 december: a CDU/CSU frakció nőtagozatának elnöke.

2009. óta a CDU/CSU frakció családügyi, idősügyi, nőpolitikai, ifjúsági, munkaügyi és szociális, munkavállalói és egyházügyi munkaközösségének helyettes vezetője. 2010 november – 2012: a CDU elnökségének tagja.

2013 december óta a Szövetségi Egészségügyi Minisztérium parlamenti államtitkára.

2017. július 5. óta Ingrid Fischbach a német szövetségi kormány betegjogi képviselője és ápolásügyi megbízottja.

Elődje, Karl-Josef Laumann (CDU) Észak-Rajna-Vesztfália tartomány szociális minisztere lett.

Christiane Woopen, az Európai Etikai Tanács új elnöke

Forrás Internet-helye: https://de.wikipedia.org/wiki/Christiane_Woopen ;
<http://geschichte-ethik.uk-koeln.de/de/forschungsstelle-ethik/mitarbeiter/christiane-woopen/lebenslauf> ;



Christiane Woopen (sz. 1982. december 12.) német orvosetikus.

1982-1988: orvostudományi tanulmányok (*Universität Köln*); 1983-1988 a *Cusanuswerk* ösztöndíjasa; 1990-1995: filozófiai tanulmányok (Bonn, Hága).

1993: doktorátus (*Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn*).

1989-1991: rezidens orvos, segédorvos; 1991-1994: a *Cusanuswerk* szabadfoglalkozású munkatársa.

2005-ben habilitált (*Universität Köln*), 2009. óta az orvosetika professzora. 2013. óta az egyetem hat kara által közösen működtetett *ceres* központ igazgatója. Az Orvostudományi Kar etikai kutatóközpontjának vezetője, egyetemi fejlesztések és gender-ügyekben illetékes prodékán.

1997-1998: a Szövetségi Orvosi Kamara tudományos tanácsának tagja a terhességmegszakításról és a prenatális diagnosztikáról szóló nyilatkozattal összefüggésben. 1998-2001: a preimplantációs diagnosztikai munkaközösség tagja. 1999. óta a Szövetségi Orvosi Kamara etikai és orvosi jogi elvi kérdések bizottságának tagja.

2001. óta a Német Etikai Tanács (*Deutscher Ethikrat*) tagja, 2008. óta elnökhelyettese, 2012 és 2016 között elnöke. 2002-2006: a Szövetségi Orvosi Kamara asszisztált reprodukciós irányelvek munkaközösségének tagja.

2014 és 2016 között a *Global Summit of National Ethics/Bioethics Committees* elnöke. 2010. óta az UNESCO nemzetközi bioetikai bizottságának tagja. 2015. óta az Európai Tudományos és Művészeti Akadémia (Salzburg) tagja.

2007. óta a Szövetségi Családügyi, Idősügyi, Nőpolitikai és Ifjúsági Minisztérium anya- és gyermekvédelmi alapítványa kuratóriumának tagja; 2009. óta az *Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)* tudományos tanácsának tagja;

2017. április 25. óta az Európai Etikai Tanács elnöke.

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)

Emberi erőforrás

- A személyzettel való ellátottság helyzete Németországban az intenzív ápolás és intenzív terápia területén

Európa

- Európai áttekintés az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés akadályairól (PKV WIP) (7-8. 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*)