

# *Egészséggazdasági, egészségpolitikai és szociálpolitikai nemzetközi sajtószemle*

**2017. 22. sz. (Lapzárta: 2017. augusztus 5.)**

## **Globális egészségügy**

- Előrejelzés a gyógyszeripar világpiaci helyzetéről 2022-ig
- Nemzetközi genetikai szakmai társaságok állásfoglalása a génszerkesztéssel kapcsolatban

## **Európa**

- Brexit: Kollektív „kívánalmak” az Egyesült Királyság és az az Európai Unió közötti kilépési tárgyalásokkal kapcsolatban
- Az egészségügyi ellátásokhoz való hozzáférés akadályai Európában (7. rész): A hozzáférés akadályoztatásából származó ellátási különbségek
- Jelentés az asszisztált reprodukció helyzetéről Európában

## **Egyesült Államok**

- Jelentés az amerikai egészségügyi piac helyzetéről 2017-ben

## **Emberi erőforrás**

- A személyzettel való ellátottság helyzete a németországi kórházakban az intenzív ápolás és az intenzív terápia területén

## **Praxishírek**

- Az orvosi praxisok gazdasági helyzete 2012 és 2015 között Németországban

## **Gyógyszer**

- Új gyógyszerügyi törvény Olaszországban

## **Orvosetika, eutanázia**

- A holland eutanázia törvény 25 évének mérlege

## **Personalia**

- Valérie Clerc, a Svájci Orvostudományi Akadémia új főtitkára

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

**Előrejelzés a gyógyszeripar világpiaci helyzetéről 2022-ig**

EvaluatePharma® World Preview 2017 – Outlook to 2022.

10th Edition – June 2017 (41 p.)

**Kulcsszavak:** globális egészségügy, gyógyszer, gyógyszerpiac, világpiaci prognózis, nemzetközi

**Forrás Internet-helye:**

<http://info.evaluategroup.com/rs/607-YGS-364/images/WP17.pdf>

***Az Evaluate piackutató intézet előrejelzése szerint a gyógyszeripari ágazatban a vényköteles gyógyszerek világpiaci növekedése 2022-ig magasabb lesz mint az elmúlt években. A prognózis szerint a felírások volumene meghaladja az 1 billió USD-t.***

Az Evaluate új elemzése – „*World Preview 2017 – Outlook to 2022*” – szerint a vényköteles gyógyszerek világpiaci forgalma 774 milliárd USD-ről 1 billióra növekedik. A 6,5%-os éves növekedést elsősorban a ritka betegségek elleni gyógyszerek határozzák meg.

A gyógyszeripari világpiac alakulása az elmúlt években nem volt túlságosan mozgalmas. 2011 és 2016 között a forgalom 732 milliárd USD-ről 768 milliárd USD-re, évente mindössze egy százalékkal növekedett. 2012-ben pedig 13 milliárd USD összegű csökkenést regisztráltak.

Az elkövetkező években valóságos robbanás várható a ritka betegségek elleni gyógyszerek piacán. Ezek forgalma 2022-ig csaknem megduplázódik – 115 milliárd USD-ről 209 milliárd USD-re növekedik. A ritka betegségek elleni gyógyszerek világpiaci részesedése eléri a 20%-ot.

A piackutatók prognózisa szerint a rákos megbetegedések elleni készítmények forgalma is megduplázódik: 94 milliárd USD-ről (2016) 192 milliárd USD-re növekedik (2022). Ezek fele olyan gyógyszer lesz, amely első alkalommal kerül piacra. Erőteljes növekedés várható még az antidiabetikumok és az oltóanyagok piaci szegmenseiben is. Az antivirális gyógyszerek piaci aránya viszont csökkenni fog.

**Nemzetközi genetikai szakmai társaságok állásfoglalása  
a génszerkesztéssel kapcsolatban**

American Journal of Human Genetics (2017; doi: 10.1016/j.ajhg.2017.06.012)

**Kulcsszavak:** globális egészségügy, genetika, génszerkesztés, genom editing, reprodukciós medicina, nemzetközi

**Forrás Internet-helye:**

[http://www.cell.com/ajhg/fulltext/S0002-9297\(17\)30247-1](http://www.cell.com/ajhg/fulltext/S0002-9297(17)30247-1) ;

<http://www.ashg.org/press/201708-genome-editing.shtml>

Tizenegy nemzetközi genetikai szakmai társaság közös állásfoglalást bocsátott ki a génszerkesztésnek a reprodukciós medicina területén való alkalmazásával kapcsolatban. A kutatók az állami forrásokból támogatott laborkutatások fokozását követelik.

Az állásfoglalás elsősorban a CRISPR/Cas9-eljárásra irányul, amely 2013. óta jelentősen megkönnyítette a génszerkesztést. A szakmai társaságok helyesnek tartják az eljárást, de rámutatnak, hogy a génszerkesztés még nem tökéletes. A CRISPR/Cas9-eljárás során a sejtek bizonyos hibajavító rendszereket (homológ rekombinációt) kell alkalmaznia. Ehhez a sejtekben a gén korrekt verziójának kell rendelkezésre állnia, amely autoszomális domináns módon öröklődő betegségeknél van jelen, nem pedig a gyakoribb autoszomális recesszív öröklésmenteknél. A preimplantációs diagnosztikával most már rendelkezünk a megfelelő eljárással az autoszomális domináns génhibák korrekciójára.

E korlátozások a jövőben áthidalhatókká válhatnak, ezért a genetikusok az alap kutatások fokozására szólítanak fel. A kutatók tudatában vannak annak, hogy a nyilvánosságot fel kell készíteni az új technika tudományos, etikai és politikai implikációira. Mindezeket a kérdéseket a szakértők egymagukban nem válaszolhatják meg. Szélesebb, általánosabb társadalmi vitára van szükség.

**Kelly Ormond és mt. (Stanford University)** állásfoglalásukban megnevezik a génszerkesztés alkalmazásának feltételrendszerét. A meggyőző orvostudományi célszerűség mellett az eljárás alkalmazásához a klinikai haszon bizonyítására, etikai bizonyítékokra, transzparens, nyilvános eljárásra van szükség.

***Brexit: Kollektív „kívánalmak” az Egyesült Királyság és az Európai Unió közötti kilépési tárgyalásokkal kapcsolatban***

Brexit Health Alliance, July 2017

**Kulcsszavak:** Brexit, Európai Unió, egészségügy

**Forrás Internet-helye:**

<http://www.nhsconfed.org/resources/2017/08/collective-asks-as-the-uk-negotiates-to-exit-the-eu> ;

<http://www.nhsconfed.org/~media/Confederation/Files/public%20access/European%20Office/Brexit%20Asks%20-%20short%20version.pdf> ;

<http://www.nhsconfed.org/~media/Confederation/Files/public%20access/European%20Office/Brexit%20Health%20Alliance%20Asks.pdf>

A ***Brexit Health Alliance*** az egészségügyi szolgáltatások felhasználóinak, a rendszer fenntartóinak és szolgáltatóinak, az oktatók és kutatók, az egészségipar képviselőinek összefogása közös törekvésük kifejezésére a lakosság jó egészségének biztosítása és az egészségi különbségek csökkentése érdekében az Európai Unióból való kilépésről szóló formális folyamat kezdetén.

A szövetség kiegészíti azt, de nem telepedik rá a ***Cavendish Coalition*** tevékenységére, amely a *Brexit* egészségügyi és szociális munkaerővel kapcsolatos implikációira irányul.

A ***Brexit Health Alliance*** nem óhajt állást foglalni magával a *Brexit*-tel kapcsolatban. Célja, hogy biztosítsa a lehető legerősebb tárgyalási pozíciót a kilépési folyamat során és olyan átmeneti periódusok kiharcolása mellett lép fel, amelyek adekvátan tükrözik az alábbi kívánatos eredmények eléréséhez szükséges időt:

***1. A kutatás és innováció területén való együttműködés maximális szintje***

- A brit betegek, a lakosság, a kutatók és szervezetek lehessenek részesei a páneurópai kutatási és innovációs hálózatoknak, klinikai vizsgálatoknak, mindez támogassa az Egyesült Királyságnak az EU finanszírozási programjaiba, mint a ***Horizon 2020*** (és annak utódjai) és az EU egészségügyi programjába történő involválódását.
- Az Egyesült Királyság célkitűzése: a kombinált állami és privát beruházások a K&F területén 2025-ig a GDP három százalékát tegyék ki.
- A brit betegek a *Brexit* után is lehessenek részesei a ritka és komplex betegségek európai referenciahálózatának, amelyben az Egyesült Királyság irányító vagy résztvevő szerepet játszik.
- A világ minden tájáról érkező kutatók, innovátorok és családjaik iránt nyitott, befogadó bevándorlási rendszer.

## ***2. A szabályozásokhoz való igazodás a betegek és a népegészségügy érdekében***

- A betegek nem szenvedhetnek kárt a gyógyszerellátás és –kereskedelem, egyéb egészségügyi technológiák és termékek vonatkozásában fellépő lehetséges kiesések, a standardok vagy a megbízhatóság csökkenése miatt.
- A betegek jussanak hozzá időben az új gyógyszerekhez és orvostechikai eszközökhöz, ami az Európai Unióval való maximális együttműködés biztosításával és az EU-hoz való igazodással biztosítható a gyógyszerek és orvostechikai eszközök szabályozása tekintetében, az Egyesült Királyság legyen részese az arányos, tartós és hatékony szabályozásoknak a gyógyszerek és orvostechikai eszközök területén.
- Pragmatikus megoldások, amelyek lehetővé teszik a brit betegek és a lakosság számára, hogy az Egyesült Királyságnak az EU szervezeteiben való részvételével a *Brexit* után is lehessenek részesei az olyan rendszereknek, mint az adatmegosztó hálózatok, a farmakovigilancia, a klinikai vizsgálatok portáljai és egyéb adatbázisok.

## ***3. A kölcsönös egészségügyi megállapodások fenntartása***

- Az EU-ban élő brit állampolgárok és vice versa, részesülhessenek a kölcsönös megállapodásokban rögzített külföldi egészségügyi ellátásokban.
- Ha ez nem lenne lehetséges, meg kell hozni a hazai szabályokat a jelenleg az EU-ban élő brit állampolgárok számára és vice versa az egészségügyi ellátások tervezésére és finanszírozására vonatkozóan.
- Az Egyesült Királyság egészségügyi szolgáltatóit ne sújtsa nagyobb teher abban az esetben, ha az EU állampolgárok ellátása során új, bonyolultabb adminisztratív és finanszírozási folyamatokra kerülne sor.

## ***4. A népegészségügy és jól-lét robusztus koordinációs mechanizmusai***

- Az Egyesült Királyság és az Európai Unió közötti koordináció a pandémiák, valamint egyéb egészségügyi problémák leküzdése során, az egészségfejlesztési és prevenciós programok keretében. Ez úgy is megtörténhet, hogy az Európai Unió és az Egyesült Királyság között új közös népegészségügyi koordinációs mechanizmus jön létre.

## ***5. Erőteljes elkötelezettség az egészségügyi és népegészségügyi szektor finanszírozása iránt***

- A népegészségügy, a jól-lét és a betegellátás magas standardjainak az erőteljesen prevencióra való irányultsággal történő biztosítása, valamint az EU-ból való kilépés gazdasági hatásaival összefüggésben esetleg fellépő bármely hiányhelyzet kiegyenlítése.
- Az egészségügyi ellátás és a népegészségügy finanszírozásának GDP-hez viszonyított megfelelő aránya.

**Verena Finkenstädt :**  
**Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés akadályai Európában (7. rész)**  
Wissenschaftliches Institut der PKV, März 2017 (88 p.)

**Kulcsszavak:** egészségügyi rendszer, ellátásokhoz való hozzáférés, ellátási különbségek, Európai Unió

**Forrás Internet-helye:**

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

**6. A hozzáférés akadályoztatásából származó ellátási különbségek**

Az állami egészségügyi rendszeren kívüli szolgáltatások megvásárlásának lehetősége rendszerint aránytalanul oszlik meg a lakosság körében. Az ezekhez való hozzáférés előfeltételei elsősorban a betegek szociális és gazdasági helyzetétől függ. Azaz, vagy módjukban áll a privát egészségügyi szolgáltatások direkt finanszírozása, vagy rendelkeznek a privát kiegészítő egészségbiztosítás megkötéséhez elégséges forrásokkal. Mivel a lakosság egy része nincs ebben a helyzetben, ellátásbeli különbségek lépnek fel.

**6. 1. Adókból finanszírozott egészségügyi rendszerek**

**Dánia**

Ellátásbeli különbségek már az állami rendszerben is jelen vannak, mivel abban a biztosítási védelem két kategóriára tagolódik. Az első kategória keretében háziorvosi rendszer választására kerül sor. Ha valaki a második kategória mellett dönt, szabadon választhat orvost, de viszonylag magas önrészekkel kell számolnia. Ráadásul bizonyos szolgáltatásokat, mint az optikai segédeszközök, fogászati kezelések, vagy a fizioterápia, az állami egészségügyi rendszer nem vagy nem teljes mértékben támogat. Ezek a szolgáltatások csak azok számára elérhetők, akik azokat saját forrásból, vagy privát kiegészítő biztosításból finanszírozzák. A privát kiegészítő biztosítás megkötésének további indoka, hogy így szakorvosi kezeléshez nincs szükség háziorvosi beutalóra. Végül Dániában az állami kórházakban a várakozási idők sokkal hosszabbak, mint a privát intézményekben.

**Nagy-Britannia**

A brit állami egészségügyi szolgálat (NHS) krónikusan alulfinanszírozott. Ez a kapacitások racionálását eredményezi, amiből hosszú várakozási idők keletkeznek. 2014-ben a beutalótól számított várakozási idő csípőprotézis műtéteknél 91 nap, bypass műtéteknél 73 nap volt. Nagy-Britanniában az állami egészségügyi szektorral párhuzamosan jól kiépített privát szektor működik, amely a jómódú betegek számára lehetővé teszi a várakozási idők megkerülését.

### ***Olaszország***

Olaszországban az ellátást akadályozó mindennemű tényező jelen van. A házi orvos kapuőrként működik, a további ellátásokra beutalóval kerül sor, a beteg számára tehát az orvosválasztás korlátozott. Szakorvosi kezeléseket esetén önrészt kell fizetni, a szolgáltatási katalógus korlátozott, a várakozási idők jelentős akadályt képeznek. Számos tanulmány bizonyítja, hogy jóllehet az állami egészségügyi rendszernek (SSN) egységes hozzáférést kellene biztosítania a szolgáltatásokhoz, mégis jelentős ellátási különbségek lépnek fel. Aktuális adatok szerint az olaszok 92%-a vesz igénybe privát fogászati kezelést és 48%-a fizeti saját zsebből a szakorvosi kezeléseket.

### ***Svédország***

A svédországi egészségügyi rendszerben az ellátásokhoz való hozzáférést akadályozó tényezők: a tervezett kezelésekre való hosszú várólisták, a magas költséghozzájárulások (szakorvosi kezeléseknél 25-35 EUR-nak megfelelő összeg). Privát szolgáltatások megvásárlására lehetőség nyílik, mivel léteznek privát praxisok, jóllehet az orvosok többségi alkalmazotti viszonyban egészségügyi központokban működik. Számos tanulmány bizonyítja, hogy Svédországban jelen vannak az ellátási különbségek. Példának okáért az alacsony jövedelemmel rendelkezők csak ritkán fordulnak szakorvoshoz.

### ***Spanyolország***

A spanyol állami egészségügyi rendszerben (S.N.S.) az orvosi ellátásokhoz való hozzáférés szigorúan szabályozott. A házi orvos kapuőrként működik, a rendszerint egészségügyi központokban biztosított szakorvosi ellátásokhoz való hozzáférés ugyancsak korlátozott. Várakozási idők: 2014-ben a betegeknek átlagosan több mint 80 napig kellett várakozniuk sérvműtetre és több mint 100 napig csípőprotézis műtetre. Az állami rendszerrel párhuzamosan privát orvosok is működnek és privát kiegészítő biztosításra is lehetőség nyílik. A spanyolok 15%-a rendelkezik privát kiegészítő egészségbiztosítással. A csak az állami rendszer keretében biztosítottak és a privát kiegészítő biztosítással rendelkezők között a várakozási idők szignifikánsan különböznek. A privát kiegészítő egészségbiztosítással nem rendelkezők a várakozási idők megkerülése érdekében nem életveszélyes panaszok esetén is ambuláns sürgősségi központokhoz fordulnak.

## ***6. 2. Járulékokból finanszírozott egészségügyi rendszerek***

### ***Franciaország***

A francia rendszerben magas önrészeket alkalmaznak. Nemzetközi összehasonlításban itt hajtják be a legmagasabb költséghozzájárulásokat (átlagosan a kezelési költségek 30%-át). Ezek privát kiegészítő biztosítással fedezhetők. Mivel az elmúlt évek során az önrészek átlagos mértéke

folyamatosan növekedett, a privát kiegészítő biztosítás az egészségügyi ellátásokhoz való hozzáférés jelentős tényezőjévé vált. A privát kiegészítő biztosítás megkötése és az egészségügyi rendszer ellátásaihoz való hozzáférés közötti összefüggést a francia egészséggazdasági kutatási és dokumentációs intézet (*IRDES – Institut de recherche et documentation en économie de la santé* - <http://www.irdes.fr/> ) több tanulmánya is megerősítette. 2012-ben a megkérdezett betegek 15%-a, a privát kiegészítő biztosítással rendelkező megkérdezettek 5%-a mondott le pénzügyi okokból háziorvosi vizsgálatról. Az optikai segédeszközökről pénzügyi okokból lemondó betegek aránya a privát kiegészítő biztosítással nem rendelkező megkérdezettek körében 24%, a privát kiegészítő biztosítással rendelkezők körében 9%. Fogászati kezelések tekintetében a különbség még jelentősebb. A megkérdezett felnőtt lakosság körében az orvosilag szükséges fogászati kezelésekről lemondók aránya 41%, a privát kiegészítő biztosítással rendelkező megkérdezettek körében 16%.

Az orvosi ellátásokhoz való hozzáférés további akadálya Franciaországban, hogy az orvosi honoráriumok különböző kategóriákra tagolódása. Az ún. 2-ik szektorban működő ambuláns betegpénztári orvosok az állami díjszabásrenden kívül, szabadon szabhatják meg honoráriumukat. Ez elsősorban a szakorvosokra vonatkozik (pl. a sebészek 85%-ára), akiknél az árak a betegpénztári díjtételek többszörösét teszik ki. A betegek egyes szakterületeken nehezen találnak orvost az 1-es szektorban, aki csak a betegpénztári honoráriumot számlázza ki. A privát kiegészítő biztosítás viszont megtéríti a betegpénztárak által térített költségekkel szembeni különbségeket és kifizeti a 2-ik és 3-ik szektorban működő orvosok magasabb honoráriumait. A privát kiegészítő biztosítással nem rendelkező, rosszabb pénzügyi helyzetben levő betegek többnyire nem képesek kifizetni a 2-ik és 3-ik szektorban alkalmazott orvosi honoráriumokat.

### ***Hollandia***

Hollandiában a háziorvos általi szigorú kapuóri rendszer működik. A holland polgárok számára a gyorsabb ellátás érdekében nem marad más hátra, mint külföldi kezelés igénybevétele, vagy privát kezeléseik saját zsebből fizetése, mivel az országban nem állnak rendelkezésre a várakozási idők megrövidítését célzó privát kiegészítő biztosítások. A 18 év fölötti biztosítottaknak jövedelmüktől függetlenül évente 385 EUR költség hozzájárulást kell befizetniük, ami nem terjed ki a háziorvosi és szülészeti ellátásokra. Hollandiában bizonyos szolgáltatási területek, mint a fogászati kezelések és a fizioterápia, nem részesülnek térítésben. A szolgáltatási spektrum bővítése érdekében különböző kiegészítő biztosítások állnak rendelkezésre. A holland központi statisztikai hivatal (CBS) adatai szerint 2013-ban a magasabb jövedelmi csoportba tartozók 14%-a és a közepes jövedelmi csoportba tartozók 28%-a nem rendelkezett privát kiegészítő biztosítással. Azoknak, akik nem rendelkeznek a kiegészítő biztosítást lehetővé tevő pénzügyi forrásokkal, be kell érniük az alapt biztosítás keretében nyújtott alapcsomaggal.



### ***Ausztria***

A várakozási időkre vonatkozóan nem állnak rendelkezésre hivatalos adatok, de ezek bizonyos jelek szerint jelentős mértékben jelen vannak. Az osztrákok körében széles elterjedt vélemény szerint a privát kiegészítő biztosítás és/vagy privát praxis igénybevétele megrövidíti a tervezett műtétekre való várakozási időt. Ausztriában szerződött orvosok és választott orvosok működnek. Választott orvosnál való konzultáció esetén a költségek egy részét ki kell fizetni, így ebben a tekintetben fennállnak az ellátási különbségek. Összességében Ausztriában a racionálási intézkedések nem erőteljesen kihangsúlyozottak, valójában azonban ezek is jelen vannak, ami bizonyos mértékig ellátási különbségekhez vezet.

### ***Svájc***

A svájci egészségügyi rendszer finanszírozása kizárólagosan fejkvótákból történik. A biztosítottak a kötelezően befizetendő éves franchise (felnötteknél évente legalább 250 EUR-nak megfelelő összeg) és a 10%-os költséghozzájárulás (átszámítva legfeljebb évente 575 EUR) folytán jelentős mértékben hozzájárulnak az egészségügy költségeihez. Alacsony jövedelemmel rendelkezők számára ez már az ellátásokhoz való hozzáférés akadályát jelentheti. A kötelező szolgáltatási katalógus szolgáltatási volumene nem terjed ki bizonyos területekre, pl. a fogászati kezelésekre. Ezek költségeit a betegeknek maguknak kell viselniük, vagy privát kiegészítő biztosításból fedezniük.

### ***Németország***

A német egészségügyi rendszert a kötelező és a privát egészségbiztosítás dualitása jellemzi. A betegek kezelésére biztosítási státuszuktól függetlenül ugyanazon ellátási struktúra keretében kerül sor. Ez profitál a privát egészségbiztosítási piac által az ellátásokhoz nyújtott átlagon felüli finanszírozási hozzájárulásból. Az OECD más tagállamaihoz viszonyítva Németországban a várakozási idők nem játszanak szerepet és a kapuóri rendszer is ismeretlen. A kötelező egészségbiztosítás keretében a jogszabályban előírt egységes szolgáltatási katalógus viszonylag széles spektrummal rendelkezik, egyes részterületeken azonban, mint a fogpótlások, korlátozásokat tartalmaz. A privát egészségbiztosítás keretében különböző szolgáltatási spektrumokat fedező tarifák léteznek. A kötelező egészségbiztosítás keretében bizonyos területeken szabályozó tényező gyanánt önrészeket is alkalmaznak. Németországban a betegek privát kiegészítő biztosítást köthetnek a kötelező egészségbiztosítás keretében nem fedezett szolgáltatásokra.

**Jelentés az asszisztált reprodukció helyzetéről Európában**  
European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE)  
Press release, 4 July 2017

**Kulcsszavak:** szülészet-nőgyógyászat, asszisztált reprodukció, mesterséges megtermékenyítés, Európa

**Forrás Internet-helye:** <https://www.eshre2017.eu/Media/ESHRE-2017-Press-releases/CalhazJorge.aspx>

A jelentés ismertetésére az *Európai Humán Reprodukciós és Embriológiai Társaság (European Society of Human Reproduction and Embryology – ESHRE)* 33. konferenciáján került sor. Az adatok értékelése az ART-regiszterek (*Assisted Reproductive Technology*) alapján történt. Az eljárás alkalmazása tekintetében Spanyolország áll az első helyen, amely 2014-ben megelőzte a korábbi listavezetőket, Oroszországot és Franciaországot.

2014-ben Európában több mint 146.000 gyermek jött világra asszisztált reprodukció segítségével. Az aktuális jelentés mintegy 707.100 ART-kezelésre terjed ki. Ez nem tartalmazza a nagy-britanniai adatokat, ahol 2013-ban 61.000 ART-kezelésre került sor. **Carlos Calhaz-Jorge, az ESHRE elnöke** szerint a 36 ország adatai az Európában végzett méhen belüli megtermékenyítések (IUI), in-vitro-fertilizációk (IVF), intracitoplazmatikus spermiuminjekciók (ICSI) és petesejt adományozások 80%-ának felelnek meg.

A legtöbb mesterséges megtermékenyítésre 1997. óta Spanyolországban került sor: csak 2014-ben 109.275 ART-kezelést végeztek. Oroszországban 94.985-öt, Franciaországban 90.424-et, Németországban 81.177-et. Európában legtöbben ICSI alkalmazásával próbálkoznak (336.123). Fele ennyien (123.809) döntenek IVF alkalmazása mellett. A szülés esélye IVF esetén magasabb mint ICSI esetén (34,6% vs. 33,1%). A sikeres terhességek aránya Németországban IVF esetén 28,8%, ICSI esetén 28,1%. Az eredményesség rátája Moldovában és Macedóniában a legmagasabb (Moldovában IVF és ICSI esetén 40,7%, ill. 43,5% / Macedóniában 53,1%, ill. 41,2%).

Az ikerszülések száma csökken, a hármas ikerszüléseké stabil. 2014-ben a mesterséges megtermékenyítéssel világra jött gyermekek 17%-a iker-, 35%-a egyes szülés volt. 1997-ben az ikertestvér nélkül születettek aránya még 11% volt. Az ikerszülések aránya lassan, de folyamatosan csökken.

Az európai országok többségében a kereslet továbbra is meghaladja a kínálatot. Igen jó a kínálat Dániában, Csehországban, Belgiumban és Szlovákiában, ahol egymillió lakosra évente több mint 2.000 mesterséges megtermékenyítésre kerül sor. Ezzel szemben Máltán, Portugáliában és Olaszországban nem áll rendelkezésre elég kórház az ilyen beavatkozások elvégzéséhez. A tanulmány szerint egymillió lakosra mintegy 1.500 mesterséges megtermékenyítési kísérletre lenne szükség.

## *Jelentés az amerikai egészségügyi piac helyzetéről 2017-ben – Bain Report*

„Front Line of Healthcare Report 2017“, Bain & Company

May 11, 2017

**Kulcsszavak:** egészségügyi rendszer, egészséggazdaság, egészségügyi piac, Egyesült Államok

**Forrás Internet-helye:** <http://www.bain.com/publications/articles/front-line-of-healthcare-report-2017.aspx>

**A Bain & Company nemzetközi tanácsadó társaság aktuális jelentése szerint az amerikai egészségügyi rendszer számára a legnagyobb kihívást a minőségi és megfizethető ellátás biztosítása jelenti.**

Az amerikai egészségügyi rendszer továbbra sem rendelkezik megfelelő modellel, amely biztosítaná a minőségi és hosszútávon megfizethető orvosi ellátást. Az elmúlt években bevezetett menedzsment-modellek egyike sem vezetett áttöréshez. Ellenkezőleg, a jelentés szerint az elmúlt két év során bevezetett reformok még jobban lelassították az előrehaladást. A Bain-jelentés összeállítására harmadik alkalommal kerül sor. A megkérdezésben 1.000 orvos, valamint 100-100 kórházi beszerző és kórházi pénzügyi vezető vett részt.

Az amerikai egészségügyi rendszerben a költségellenőrzés központi szerepet játszik. Az elmúlt években a kórházakban és egészségügyi központokban egyre inkább a menedzserek és a beszerzők döntöttek az egészségügyi termékek és szolgáltatások megvásárlásáról. Időközben bekövetkezett egy ellenfolyamat: az orvosok egyre intenzívebben bekapcsolódnak a beszerzésekbe. Számos szereplő felismerte, hogy az egészségügyi rendszer átalakulása során az orvosok részéről érkező inputra is szükség van. A jelentés szerint a jövőben az orvosok aktívabb szerepet fognak játszani a kórházak életében és erőteljesebben bekapcsolódnak a döntéshozatali folyamatokba.

Az orvostechnikai vállalkozások jól érzékelik ezt a szemléletváltást. Éppen a kórházak voltak azok, amelyek az elmúlt tíz év során kirekesztették az orvosokat az orvostechnikai eszközök megvásárlására vonatkozó döntésekből, a beszerzésekre pedig elsősorban a költségek figyelembevételével került sor. Most már ismét kikérik a sebészek ajánlásait is. Ezt a megkérdezettek 80%-a megerősítette. Mindezek mellett a vásárlásról szóló döntéshozatal során az operátorok 85%-a semleges marad, vagy pozitív befolyást gyakorol a sebészekre. A sebészek 70%-a is fontosnak tartja, hogy új készülékek beszerzésénél vegyék figyelembe az árat.

***Dr. Karl Blum: A személyzettel való ellátottság helyzete a németországi kórházakban az intenzív ápolás és az intenzív terápia területén***

A Deutsches Krankenhausinstitut által  
a Deutsche Krankenhausgesellschaft megbízásából készített szakértői vélemény  
Düsseldorf, Juni 2017 (120 p.)

**Forrás Internet-helye:**

<http://www.dki.de/unsere-leistungen/forschung/projekte/personalsituation-der-intensivpflege-und-intensivmedizin> ;

[http://www.dki.de/sites/default/files/downloads/2017\\_07\\_personalsituation\\_intensivpflege\\_und\\_intensivmedizin\\_-\\_endbericht.pdf](http://www.dki.de/sites/default/files/downloads/2017_07_personalsituation_intensivpflege_und_intensivmedizin_-_endbericht.pdf) ;

***5. A személyzettel való ellátottság helyzete az intenzív ápolás területén (31-35. p.)***

***5. 1. A státuszok betöltöttsége az intenzív ápolás területén***

2015. december 31-én az intenzív osztályokon átlagosan 55,3 ápoló (fő), ill. kórházanként 42,4 teljes munkaidős ápoló (háromévente vizsgáztatott ápoló) működött.

A szervkivételt végrehajtó összesen 1.261 kórházra kivetítve, 2015 végén e kórházak intenzív osztályain 69.700 fő, ill. 53.400 teljes munkaidős ápoló működött.

Jóllehet a kórházak nagyságával arányosan az ápolók száma az intenzív ápolás területén csökken, megfelelő standardizálás mellett a különbségek mérséklődnek. 2015-ben egy kihasznált intenzív ágyra statisztikailag átlagosan 2,8 ápoló (teljes munkaidős dolgozó) jutott.

Ha az intenzív eseteket évente és kórházanként standardizáltan az intenzív ápolás területén működő ápolók számához viszonyítjuk, megkapjuk az egy ápolóra jutó intenzív esetek számát. 2015-ben egy ápolóra (teljes munkaidős dolgozó) átlagosan 43 eset jutott. A kórház méreteinek növekedésével ez a szám jelentősen csökken. Ez az egy intenzív ágyra jutó alacsonyabb esetszámmal, ill. a nagyobb kórházakban a betegeknek az intenzív osztályon való csekélyebb átfutásával függ össze, mivel ezekben a kórházakban a betegek átlagosan hosszabb ideig tartózkodnak.

Az intenzív ápolás területén a gondozás további indikátora a betegek és ápolók között műszakonként és intenzív osztályonként fennálló arány. Az intézet számításai szerint az intenzív ápolás területén az intenzív betegek és ápolók között műszakonként és intenzív osztályonként fennálló arány: minden műszakban egy (teljes munkaidős) ápolóra 2,2 eset. Az arány az intézmények egynegyedénél 1,8 eset vagy kevesebb (alsó kvartilis érték), ill. 2,4 eset vagy annál több (felső kvartilis érték). A megoszlás mediánja ápolónként és műszakonként 2,1 eset, ami csaknem megfelel a matematikai átlagnak. A standard eltérés 0,6 eset. A kórházak méretei (ágyszám) szerint) alig van különbség.

***A Német Intenzív Terápiás és Sürgősségi Ellátási Interdiszciplináris Társaság (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin – DIVI)*** ajánlása szerint az intenzív ápolás területén két kezelési helyre, ill. esetre egy ápolót

kell biztosítani. A német kórházak általában megfelelnek ennek a feltételnek. Ám figyelembe veendő, hogy itt átlagértékekről van szó, a személyzettel való betöltöttség az egyes műszakokban mindazonáltal eltérhet ettől, pl. a korai, nappali és éjszakai műszakokban a betöltöttség mértéke eltérhet. A személyzet iránti szükséglet a betegség súlyosságától és az ellátási szükséglettől is függ, pl. lélegeztetett és nem lélegeztetett betegek között.

A kutatók egy további elemzés keretében azt vizsgálták, hogy mekkora lenne a személyzet iránti szükséglet az intenzív ápolás területén, ha szövetségi szinten sikerülne elérni legalább a DIVI-ajánlás átlagát, tehát műszakonként egy ápolóra két esetet. Eszerint az intenzív ápolás területén a teljes munkaidős ápolók létszámát kórházanként a jelenlegi 42,2 teljes munkaidős dolgozóról 45,8 teljes munkaidős dolgozóra kellene emelni (+8%). A szervkivételt végző kórházaknál működő 53.400 teljes munkaidős dolgozó mellett összességében csaknem 4.300 teljes munkaidős dolgozó iránti munkaerő szükséglet áll fenn. Figyelembe véve, hogy az intenzív ápolás területén jelenleg 3.150 teljes munkaidős státusz betöltetlen, ebben az esetben a szükséglet fedezhető lenne, ami megfelelne a DIVI ajánlásának a személyzeti kulcsra vonatkozóan.

## ***7. A személyzettel való ellátottság helyzete az intenzív terápia területén (84-87. p)***

### ***7. 1. A státuszok betöltöttsége az intenzív terápia területén***

2015. december 31-én az intenzív osztályokon kórházanként átlagosan 13,9 orvost (fő) foglalkoztattak. Ez 11,6 teljes munkaidős státusznak felel meg. 2015-ben 10 kihasznált intenzív ágyra statisztikailag átlagosan 6,9 (teljes munkaidős) orvos jutott. Az arány a kórház méreteivel összefüggésben, a nagyobb kórházaknál folyamatosan növekedik.

A DIVI ajánlása szerint a vezető főorvos és helyettese mellett legalább hét (teljes munkaidős) orvosra, tehát összesen kilenc orvosi státuszra van szükség. Tizenkét kihasznált ágyra átszámítva, ezt az ajánlást csak a nagyobb kórházak teljesítik átlagosan (tizenkét ágyra 9,3 teljes munkaidős státusz), a közepes méretű (8,5 teljes munkaidős státusz) és kisebb kórházakban (7,8 teljes munkaidős státusz) ezt már nem, vagy csak megközelítőleg érik el.

Az egy (teljes munkaidős) orvosra jutó intenzív esetek aránya: 2015-ben az intenzív terápia területén egy orvosra átlagosan 153 eset jutott. A nagyobb kórházakban ez az arány jelentősen csökken. Ez az egy intenzív ágyra jutó alacsonyabb esetszámmal, ill. a nagyobb kórházakban a betegeknek az intenzív osztályon való csekélyebb átfutásával függ össze, mivel ezekben a kórházakban a betegek átlagosan hosszabb ideig tartózkodnak.

#### **Kontakt:**

**Deutsches Krankenhausinstitut e.V.**

Hansaallee 201 ; D - 40549 Düsseldorf

Tel.: 49-211 / 47 051 – 17

Email: [karl.blum@dki.de](mailto:karl.blum@dki.de)

*Az orvosi praxisok gazdasági helyzete 2012 és 2015 között Németországban*  
Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi)  
Zi-Praxis-Panel (ZiPP), Berlin, 3. August 2017 (6 p.)

**Kulcsszavak:** praxisok, egészséggazdaság, pénzügyi helyzet, Németország

**Forrás Internet-helye:**

[https://www.zi-pp.de/pdf/ZiPP2016\\_Vorabinformation\\_17072017.pdf](https://www.zi-pp.de/pdf/ZiPP2016_Vorabinformation_17072017.pdf)

A jelenlegi *Zi-Praxis-Panel* adatai a 2012 és 2015 közötti időszakra vonatkoznak, az eredmények az összes orvosi szakterületre kiterjednek. Mindezeket a résztvevők adótanácsadói is megerősítették. A megkérdezésben több mint 4.300 orvosi praxis vett részt. A most közzétett számok egy előzetes, rövidített jelentés elemei. A végleges, teljes jelentés 2017 végén jelenik meg.

Az orvosi praxisok átlagos inflációtól megtisztított többletbevétele Németországban 2015-ben az előző évhez viszonyítva 1,8%-kal növekedett, tehát elmarad az általános 2,4%-os reálbér-növekedéstől.

Egy praxistulajdonos többletbevétele 2015-ben átlagosan 160.820 EUR volt. Az időskori gondoskodás, az egészség- és ápolásbiztosítás, valamint a jövedelemadó levonása után átlagosan 80.295 EUR nettójövedelem maradt. Ez 6.691 EUR havi átlagjövedelemnek, vagy 35 EUR nettó óradíjnak felel meg. A számítás az orvosok heti 50 órás munkaidejét vette figyelembe.

A praxisok összforgalma 2015-ben 2014-hez viszonyítva 2,4%-kal, 2012. óta 10,2%-kal növekedett. A magánpraxisok 2015-ben átlagosan 276.400 EUR, a csoportpraxisok 378.400 EUR összforgalommal rendelkeztek. Az összköltségek 2014-hez viszonyítva 2,8%-kal, 2012-höz viszonyítva 9%-kal növekedtek. A személyi költségek 2012 és 2015 között 18,1%-kal növekedtek. Ez minden praxistulajdonosra fejenként 12.000 EUR-nak felel meg, ami az euróban számított legmagasabb többletköltség.

Az orvosok beruházási tevékenysége igen visszafogott volt. A leírások értéke 2015-ben 2014-hez viszonyítva 5,9%-kal, 2012-höz viszonyítva 14,4%-kal csökkent. A lízing- és bérleti költségek 2014-hez viszonyítva 3,6%-kal, 2012-höz viszonyítva 4,6%-kal csökkentek.

A vizsgálat szerint az orvosoknak a kötelező betegbiztosítással összefüggő forgalma egyre jelentősebb: 2012-ben 73,5%, 2015-ben 74,9% volt.

[*Lásd még: A saját praxissal rendelkező orvosok gazdasági helyzete, 2015. 13. sz.; A saját praxissal rendelkező orvosok gazdasági helyzete 2010 és 2013 között, 2016. 11. sz.*]

## **Új gyógyszerertári törvény Olaszországban**

DAZ.Online, 03.08.2017, 13:15

**Kulcsszavak:** gyógyszer, gyógyszerárak, Olaszország

### **Forrás Internet-helye:**

<https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2017/08/03/italien-bereit-sich-auf-apothekenketten-vor/chapter:all>

Az olasz hivatalos közlönyben rövidesen közzéteszik az új gyógyszerertári törvényt, amely teljesen felforgatja a gyógyszerertári piacot. A törvényhozó két évig elhúzódo vitákat követően fogadta el a „konkurencia-törvényt”, amely megszünteti a gyógyszerertárak idegen és többes tulajdonának tilalmát.

### **A törvény sarkalatos előírásai:**

- A jövőben privát vállalkozások is vásárolhatnak és nyithatnak gyógyszerertárat. Az egyes olasz tartományokban a gyógyszerertárak nem több mint 20%-a lehet idegen tulajdonban, e felső határ betartását a versenyhatóság ellenőrizni fogja.
- A többes tulajdon tilalma teljesen megszűnik. Eddig minden gyógyszerész egy-egy tartományban legfeljebb négy telephellyel rendelkezhetett.
- A törvény pénzügyileg támogatja a vidéki gyógyszerertárakat. A kevesebb mint 6.600 lakossal rendelkező településeken a gyógyszerertárak bizonyos feltételek mellett 5.000 EUR egyszeri kifizetésre jogosultak.
- Olaszországban a gyógyszerertárak nyitvatartási idejét szigorúan szabályozzák, de bizonyos esetekben kivételekre is lehetőség nyílik. Az új törvény szerint a gyógyszerészeknek előzetesen tájékoztatniuk kell konkurensaiket és a biztosítót a szabálytól eltérő nyitvatartási időről.

Egyelőre nem várható, hogy a nagy gyógyszerkereskedelmi konszernek, mint a *Celesio* vagy a *Walgreens Boots Alliance* az elkövetkező hónapokban nagy sietve elkezdenének új telephelyeket nyitni. Ezt a 20%-os szabály is behatárolja. Olaszországban jelenleg 17.000 gyógyszerertár működik, a lefedettség kedvező. Valószínűsíthető, hogy a konszernek nem érdekeltek a bonyolult pályázati eljárásban való részvételben és nem szívesen vállalnák új gyógyszerertárak megnyitásának kockázatait. Olasz sajtójelentések szerint azonban már elkezdődött a létező és jól működő gyógyszerertárak levadászását célzó kutakodás. Már több gyógyszerésznek feltették a kérdést, hogy beszállna-e egy gyógyszerertárláncba. A gyógyszerertári piacon nem kis aggodalmat váltottak ki egy felmérés eredményei, melyek szerint a gyógyszerertár-tulajdonosok 43%-a örömmel fogadná az idegen tőkét.

[*Lásd még: A gyógyszerertári piac helyzete Olaszországban, 2017. 13. sz.*]

**Benjamin Rohrer, Chefredakteur DAZ.online**

[brohrer@daz.online](mailto:brohrer@daz.online)

## *A holland eutanázia-törvény 25 évének mérlege*

New England Journal of Medicine (2017; 377: 492-494) August 3, 2017

DOI: 10.1056/NEJMc1705630

**Kulcsszavak:** orvostika, eutanázia, halálba segítés, Hollandia

**Forrás Internet-helye:**

<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc1705630>

Az *Erasmus University* kutatói ötévente végeznek felmérést az orvosok körében a haldoklókkal és a halálba segítéssel kapcsolatos tapasztalataikról. Az első ilyen megkérdezésre 1990-ben, a legutóbbira 2015-ben került sor. Ebben az időszakban az orvosilag asszisztált halálesetek aránya 39%-ról 59%-ra növekedett.

*Agnes van der Heide és mt.* tanulmánya szerint azon halálesetek aránya, amelyeknél az orvosok aktív támogatást nyújtottak a halálba segítéshez, 1,7%-ról 4,5%-ra növekedett. Az aktív közreműködés ebben az esetben azt jelenti, hogy az orvos a beteg explicit kérésére azzal az explicit szándékkal ad be neki egy gyógyszert, hogy az a beteg halálához vezessen.

Az orvosilag asszisztált öngyilkosság, amelynek során az orvos felírja a halálos szert, amelyet a beteg maga vesz be, Hollandiában nem terjedt el szélesebb körben. A kutatók számítása szerint ennek alkalmazása 0,1%-ról 0,2%-ra növekedett. Hollandiában azon esetek aránya, amelyeknél a beteg explicit óhaja nélkül vetettek véget az életnek, 0,8%-ról 0,3%-ra csökkent.

A halálba segítés leggyakoribb formája Hollandiában a morfiumnak a fájdalmak csökkentése céljából való alkalmazása, annak tudatos figyelembevételével, hogy ez a halál idő előtti bekövetkezééhez vezet. Ennek aránya az összes ilyen haláleset körében 1990-ben 19%, 2010-ben és 2015-ben 36% volt.

Egy másik eljárás, amely a beteg halálba távozását célozza, a tartós és mély szedálás. Ezt 2005-ben az ilyen esetek 8,2%-ánál, 2015-ben 18,3%-ánál alkalmazták. A szedálás valamilyen benzodiazepinnel történik, amelyet az esetek többségénél egy opioiddal kombinálnak.

A kutatók szerint az orvosi halálba segítést az esetek 93%-ánál a házi orvos végzi el. A betegek 35%-a több mint 80 éves, a betegek mindössze 27%-ának várható további életkora haladja meg az egy hónapot, a betegek 92%-a súlyos szomatikus megbetegedésben szenved. A demencia (3%), vagy a pszichiátriai problémák (3%) csak ritkán vezettek eutanáziához.



*Valérie Clerc, a Svájci Orvostudományi Akadémia új főtitkára*

Forrás Internet-helye: <http://www.samw.ch/de.html> ;  
<https://www.medinside.ch/de/post/samw-neue-generalsekretaerin>



*Tanulmányok:* jelenkor története és anglistika (*Universität Freiburg*)

*Szakmai pályafutása:*

Tanárság (Universität Freiburg)

Rektori hivatal munkatársa (*Universität Genf*)

2008-2014: a Svájci Egyetemek Konferenciájának (*Schweizerische Universitätskonferenz – SUK*) főtitkára

2015-től az Oktatási, Kutatási és Innovációs Államtitkárság mellett létesített és a Svájci Egyetemek Konferenciáját is integráló Svájci Főiskolai Konferencia (*Schweizerische Hochschulkonferenz – SHK*) ügyvezető igazgatója. E minőségében a felsőfokú orvostudományi képzés állandó bizottságának titkársági teendőit is ellátta.

Kétnyelvű (német, francia), házas, két gyermeke van.

*Valérie Clerc 2017. november 1-i kezdettel a Svájci Orvostudományi Akadémia (Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften – SAMW) főtitkára.*

*Elődje, Hermann Amstad 18 év után távozik hivatalából.*

## **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) (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 a szociális ügyek helyzetéről Németországban 2017-ben – *Sozialbericht* 2017 (1-4. rész)
- 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*)