

Egészséggazdasági, egészségpolitikai és szociálpolitikai nemzetközi sajtószemle

2017. 32. sz. (Lapzárta: 2017. november 17.)

Globális egészségügy

- *OECD Health at a Glance 2017*

Gyermekegészségügy

- Szakértői állásfoglalás a gyermekek pulzoximetriai szűrésének bevezetésére Európában

Svájc

- A svájci egészségügyi rendszer a 65 év fölöttiek tapasztalatainak tükrében. *International Health Policy Survey 2017. A Commonwealth Fund* felmérése
- Jelentés a szociális ügyek helyzetéről Svájcban 2006-2016 között – *Statistischer Sozialbericht Schweiz 2017*
- A halálokok statisztikája Svájcban 2015-ben

Filantropia

- Bill Gates 50 millió USD-t adományoz Alzheimer-kutatásra

Guideline-ok

- A sclerosis multiplex kezelésének új európai guideline-jai

Praxishírek

- A brit NHS zöld utat adott 5.000 háziorvos toborzására
- Nemzetközi elemzés a háziorvosi vizsgálatok időtartamáról
- A praxisok bürokráciaindexe. 56 millió órányi munka a papírkosárnak

Personalia

- Alex Azar, az Egyesült Államok kijelölt egészségügyi minisztere
- Yoshitake Yokorura, az Orvosok Világszövetségének új elnöke
- A Német Kórházigazgatók Szövetsége újraválasztotta elnökségét

Melléklet

- Az orvosok száma és regionális eloszlása az OECD egyes országaiban – egységes szerkezetben
- Német Alkoholatlasz 2017 – egységes szerkezetben

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

OECD Health at a Glance 2017

OECD, November 2017 (220 p.)

Kulcsszavak: globális egészségügy, egészségi állapot, OECD

Forrás Internet-helye: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017_health_glance-2017-en ;
<http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8117301e.pdf?expires=1510567414&id=id&accname=guest&checksum=7B83F9B3ADDCA32F542BA73A203B3423>

Az egészségügyi kiadások GDP-hez viszonyított aránya az Egyesült Államokban 17,2%, Svájcban 12,4%, Németországban 11,3%, az OECD-ben átlagosan 9,0%. A másik véglet: Törökországban 4,3%.

Ehhez képest mind az amerikaiaknak, mind a svájciaknak jóval mélyebben a zsebükbe kell nyúlniuk, mint például a németeknek. Németországban a betegek választási lehetőségei és a szolgáltatások is jobbak, több kórház áll rendelkezésre és a várakozási idők is rövidebbek.

A születéskor várható időtartam az OECD országaiban az elmúlt 50 év során tíz évvel, 80,6 évre növekedett. Legmagasabb Japánban (83,9 év), legalacsonyabb Lettországonban (74,6 év).

A dohányzás az OECD országainak többségében 2000. óta jelentősen csökkent. Az OECD-ben a felnőttek (15 éven felüliek) 18,4%-a dohányzik. A dohányosok aránya Mexikóban 7,6%, Görögországban 27,3%, Németországban 20,9%.

Az egy főre eső alkoholfogyasztás az OECD országaiban évente átlagosan 9 liter, Németországban évente 11 liter, Törökországban 1,4 liter, Belgiumban 12,6 liter tiszta alkohol.

Az elhízottak aránya az OECD-ben átlagosan 19,4%, Japánban 3,7%, az Egyesült Államokban 38,2%, Németországban 23,6%.

***Szakértői állásfoglalás a gyermekek
pulzoximetriai szűrésének bevezetésére Európában***

Manzoni P, Martin GR, Luna MS, Mestrovic J, Simeoni U, Zimmermann L, Ewer AK : The European Pulse Oximetry Screening Workgroup.

Pulse oximetry screening for critical congenital heart defects:
a European consensus statement

Lancet Child & Adolescent Health, October 2017; 1(2): 88-90.

doi: 0.1016/S2352-4642(17)30066-4

Kulcsszavak: népegészségügy, gyermekegészségügy, gyermekgyógyászat, kardiológia, prevenció, szűrővizsgálatok, korai felismerés, Európa

Forrás Internet-helye:

<http://www.thelancet.com/cms/attachment/2106553282/2081660184/mmc1.pdf> ;

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352464217300664?via%3Dihub>

Az *Európai Pulzoximetriai Szűrési Munkacsoport (European Pulse Oximetry Screening Workgroup – EPOSW)* kezdeményezte, hogy az Európában született gyermekeknél a születést követő 24 órán belül végezzék el a kritikus veleszületett szívhibák (*Critical congenital heart disease – CCHD*) vizsgálatát. A neonatológusokból és gyermekkardiológusokból álló munkaközösség konszenzusos nyilatkozatot tett közzé a *Lancet Child & Adolescent Health* c. szakfolyóiratban.

Kritikus veleszületett szívhibák 1.000 újszülött közül kettőnél jelentkeznek. Az idejekorán megállapított diagnózis sokat számít a betegség további lefolyása tekintetében. Ezt azonban a jelenlegi szűrési módszerekkel az érintett csecsemők 50%-ánál nem sikerül megállapítani. A munkacsoport ezért kezdeményezi, hogy az összes európai országban vezessenek be rutinszerű pulzoximetriai szűrővizsgálatot.

Prof. Andrew Ewer (Institute of Metabolism and Systems Research, University of Birmingham) szerint kritikus veleszületett szívhibák esetén a sebészeti és katéteres beavatkozások az esetek többségében sikeresek, de ehhez fontos a korai felismerés.

*A svájci egészségügyi rendszer a 65 év fölöttiek tapasztalatainak tükrében.
International Health Policy Survey 2017. A Commonwealth Fund felmérése*

Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Medienmitteilung, 16.11.2017

Kulcsszavak: egészségügy, közvélemény, egészségi állapot önértékelése, időskorúak, International Health Policy Survey, Commonwealth Fund, Svájc, nemzetközi

Forrás Internet-helye:

<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/service/publikationen/forschungsberichte/forschungsberichte-international-health-policy-survey-ihp-des-commonwealth-fund-laendervergleiche/ihp-befragungen-aeltere-wohnbevoelkerung.html> ;

A svájci egészségügyi rendszer a 65 év fölöttiek tapasztalatainak tükrében (francia nyelven), 197 p.:

http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2017/obsan_dossier_60_1.pdf

A 65 év fölöttiek többsége alapján véve pozitívan ítéli meg a svájci egészségügyet, az egészségügyi ellátással való elégedettségük átlagon felüli. A 3.200 megkérdezett négyötöde elégedett az ellátás minőségével. Ebben a tekintetben Svájc az első helyen áll, megelőzve Új-Zélandot és Norvégiát.

A megkérdezett személyek csaknem fele «jónak», egyharmada «kiválónak vagy nagyon jónak» és minden ötödik személy «átlagosnak vagy rossznak» ítéli meg saját egészségi állapotát. Nemzetközi összehasonlításban ebben a tekintetben Svájc a középmezőnyhöz tartozik. A megkérdezettek Hollandiában, Franciaországban és Németországban rosszabbnak ítélték meg egészségi állapotukat.

Az idei felmérés keretében a megkérdezett időskorúak kétharmada «online» válaszolt, a többiek telefonon. A megkérdezettek kétötöde (43%) használja az Internetet egészségügyi kérdésekkel kapcsolatos tájékozódásra, többségük 65 és 74 év közötti.

A megkérdezettek csaknem valamennyien (97%) rendelkeznek háziorvossal. A 2014-ben végzett felméréshez viszonyítva az orvosok gyors elérhetősége csökkent. Három éve még a megkérdezettek kétharmada már ugyanazon vagy a következő napon időpontot kapott, 2017-ben már csak alig fele.

Minden ötödik megkérdezett (24%) válaszolta, hogy problémák vannak a kezelés koordinációjával, pl. különböző egészségügyi alkalmazottaktól ellentmondásos adatokat kapnak és felesleges, már korábban elvégzett orvosi vizsgálatoknak vetik alá őket. Ez gyakorlatilag megegyezik a 2014-ben nyert adattal (21%).

Érdekes a kép azzal kapcsolatban, hogy az időskorú svájciak informálták-e bizalmasaikat vagy orvosukat az életük végét érintő döntésükkel kapcsolatban. A német nyelvű Svájcban a megkérdezettek kétharmada (64%) megtette ezt, ami valamivel meghaladja a svájci átlagot (60%). Nyugat-Svájcban 52% rendelkezett sorsárról. A megkérdezettek kétharmada írásban rögzített rendelkező nyilatkozatot tett.

Svájc 2010. óta vesz részt a *Commonwealth Fund* nemzetközi egészségügyi felmérésében. Az ideai megkérdezés eredményeit a 2017. november 15-17. között Washingtonban tartott miniszteri találkozón ismertették. A *Commonwealth Fund* privát, nem nyereségorientált alapítvány, amelynek célja a jól működő, hatékony egészségügyi rendszerek támogatása.

Az «*International Survey of Older Adults 2017*» felmérésben Ausztrália, Németország, Franciaország, Nagy-Britannia, Kanada, Új-Zéland, Hollandia, Norvégia, Svédország, az Egyesült Államok és Svájc vett részt.

A svájci megkérdezésben 3.238 hatvanöt év fölötti személy vett részt.

További információk:

Bundesamt für Gesundheit (BAG), Kommunikation,

Telefon 41-58 462 95 05

media@bag.admin.ch

Linkek:

Jelentés, prezentációk és egyéb információk:

<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/service/publikationen/forschungsberichte/forschungsberichte-international-health-policy-survey-ihp-des-commonwealth-fundlaendervergleiche/ihp-befragungen-aeltere-wohnbevoelkerung.html>

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan:

<http://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/experience-de-la-population-agee-de-65-ans-etplus-avec-le-systeme-de-sante>

Commonwealth Fund:

<http://www.commonwealthfund.org/interactives-and-data/surveys/international-health-policysurveys/2017/2017-international-survey>

[Lásd még: *Commonwealth Fund: International Health Policy Survey 2010, 2011. 18. sz.* ; *A svájci egészségügy nemzetközi összehasonlításban. International Health Policy Survey 2011, 2012. 9. sz.*; *Az alapellátás helyzete Svájcban és nemzetközi összehasonlításban. International Health Policy Survey 2012. A Commonwealth Fund felmérése, 2012. 47. sz.*; *A Svájci Egészségügyi Observatórium két kiadványa a Commonwealth Fund 2014. évi felmérésének eredményeiről, 2015. 10. sz.*; *Az alapellátást nyújtó orvosok helyzete Svájcban és nemzetközi összehasonlításban – International Health Policy Survey 2015. A Commonwealth Fund felmérése, 2016. 15. sz.*]

Jelentés a szociális ügyek helyzetéről 2006-2016. között Svájcban.

A legfontosabb statisztikai indikátorok aktualizálása –

Statistischer Sozialbericht Schweiz 2017

Bundesamt für Statistik

BFS Aktuell, 13 Soziale Sicherheit, Neuchâtel, November 2017 (8 p.)

(megj.: 2013. november 15.)

Kulcsszavak: szociálpolitika, szociális biztonság, Svájc

Forrás Internet-helye: <https://www.bfs.admin.ch/news/de/2017-0397> ;
<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/aktuell/neue-veroeffentlichungen.assetdetail.3742629.html>

A szociális biztonság rendszere

A szociális biztonság Svájcban egy bonyolult, többlépcsős rendszeren alapul. Ennek első eleme a társadalombiztosítás, amely szövetségi szinten kiterjed a különös szociális kockázatokra, mint a rokkantság, időskor, munkanélküliség, amelyek biztosítása nem függ a biztosított személy pénzügyi helyzetétől.

A rászorultsági vizsgálattal összefüggő szociális szolgáltatásokat a kantonok bocsátják a polgárok rendelkezésére annak érdekében, hogy azok ne szoruljanak szűkebb értelemben vett szociális segélyekre (más szóval gazdasági jellegű szociális segélyre). Ezek a szolgáltatások alapszükségletek fedezésére szolgálnak azok számára, akik nem rendelkeznek elégséges személyes és családi forrásokkal és csak korlátozottan jogosultak a társadalombiztosítás szolgáltatásaira.

A szűkebb értelemben vett szociális segélyek a szociális biztonság védőhálójának utolsó láncszemét alkotják, amelyek azon személyek alapszükségleteit fedezik, akik nem jutnak hozzá egyéb szociális szolgáltatásokhoz. A szűkebb értelemben vett szociális szolgáltatások és a rászorultsági vizsgálattal összefüggő szociális szolgáltatások a szélesebb értelemben vett szociális segélyek rendszerét alkotják.

Az időskor és a betegség a legnagyobb kiadási tételek

A szociális biztonság összesített mérlege (Gesamtrechnung der Sozialen Sicherheit – GRSS) szerint a kiadások összetétele a fedezett kockázatok, ill. szükségletek jellege alapján mutatható ki (betegség/egészségügyi ellátás; rokkantság; időskor; hátramaradt hozzátartozók; család/gyermekek; munkanélküliség; lakás; szociális kirekesztés).

A szociális szolgáltatásokra fordított kiadások GDP-hez viszonyított aránya 2006 és 2015 között 22,6%-ról, 2,5 százalékponttal, 25,1%-ra növekedett. Ezek összege 2006-ban 124 milliárd CHF, 2015-ben 162 milliárd CHF volt. 2006 és 2015 között az összkiadások arányai bizonyos mértékben változtak. Az időskori és betegségi kockázatok biztosítására fordított összegek továbbra is a legmagasabbak. Sőt, valamelyest növekedtek is. Betegsége/egészségügyi ellátásokra 2006-ban a kiadások 27,1%-át, 2015-ben 29,8%-át fordították. Az időskori szolgáltatások aránya 2006-ban 41,5%, 2015-ben 42,9% volt. Ugyanezen időszakban a rokkantságra és munkanélküliségre fordított kiadások csökkentek: rokkantság tekintetében 12,1%-ról 9,1%-ra, munkanélküliség tekintetében szűk 0,6%-kal (4,3%-ról 3,7%-ra). 2006 és 2015 között mind a rokkantsági, mind a munkanélküliségi biztosítás tekintetében törvénymódosításokra került sor, amelyek célja a pénzügyi egyensúly helyreállítása volt. Ezek az intézkedések a megfelelő arányok csökkenéséhez vezettek.

A szélesebb értelemben vett szociális szolgáltatásokra fordított kiadások növekedése

A szélesebb értelemben vett szociális szolgáltatásokra fordított kiadások 2006 és 2015 között 44,7%-kal növekedtek és 2015-ben elérték a 8 milliárd CHF-et. Az összkiadások 60,0%-át (4,8 milliárd CHF) kiegészítő szolgáltatásokra (*Ergänzungsleistungen*) fordították. Második helyen a kiadások egyharmadával a szűkebb értelemben vett szociális szolgáltatások állnak (2,6 milliárd CHF). A rászorultsági vizsgálattal összefüggő egyéb szociális szolgáltatások az összkiadások 7,3%-át teszik ki.

[Lásd még: *Jelentés a szociális ügyek helyzetéről Svájcban 2011-ben* – *Statistischer Sozialbericht Schweiz 2011, 2013. 47. sz.*]

A halálokok statisztikája Svájcban 2015-ben – Todesursachenstatistik 2015

Bundesamt für Statistik BFS
Medienmitteilung, 14.11.2017, 9:15
14 Gesundheit, Nr. 2017-0081-D

Kulcsszavak: statisztika, halálokok, halálozás, mortalitás, Svájc

Forrás Internet-helye: <https://www.bfs.admin.ch/news/de/2017-0081> ;
<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/aktuell/neue-veroeffentlichungen.assetdetail.3742835.html> ;

2015-ben Svájcban 67.606 személy halt meg, 6%-kal több mint előző évben. Ehhez a tavaszi influenzajárvány, a júliusi hőhullám és a lakosság elöregedése is hozzájárult. Ennek megfelelően növekedett a halálozási ráta és az elveszített potenciális életek száma, a születéskor várható életkor viszont csökkent. A legfontosabb halálokok a 15 és 40 év közöttiek körében a balesetek és az öngyilkosságok, a 40 és 80 év közöttiek körében a rákos megbetegedések, a 80 év fölöttiek körében a szív- és érrendszeri megbetegedések.

A várható halálozási számhoz viszonyítva 2015-ben a tavaszi influenzajárvány további 2.500, a júliusi hőhullám 50 halálesetet okozott. Ezenkívül az időskorúak körében a halálozások száma 500 esettel magasabb volt. 2015-ben a születéskor várható életkor átmenetileg valamelyest csökkent, ami 1990. óta nem fordult elő. Ez férfiaknál 80,7 év, nőknél 84,9 év volt. 2016-ban a halálesetek száma ismét csökkent (64.964), a születéskor várható életkor pedig meghaladta a 2014. évi szintet.

A legfontosabb halálokok

Száz éve legtöbbször szív- és érrendszeri betegségekben halnak meg. Jelenleg azonban ez csak a 80 év fölöttiekre érvényes. A 45 és 82 év közötti férfiak és a 36 és 79 év közötti nők körében a legtöbb halálesetet a rákos megbetegedések okozzák. A csecsemőhalálozás helyzete: 1.000 csecsemő közül négy hal meg első életévében, többnyire veleszületett betegségek miatt.

A leggyakoribb diagnózisok alakulása

A szív- és érrendszeri betegségek jelentősége lassan csökken (21.593 haláleset). A halálokok körében azonban még mindig 32%-ot tesznek ki. Férfiak körében azonban a rákos megbetegedésekhez viszonyított különbség csökkent: a fő halálokot az esetek 29,8%-ánál szív- és érrendszeri betegségek, 29,3%-ánál rákos megbetegedések képezik.

A halálokok tekintetében második helyen a rákos megbetegedések állnak (26%; 17.261 haláleset). Számuk 2015-ben 496 halálesettel, 3%-kal növekedett az előző

évhez viszonyítva. A demenciában elhalálozottak száma 606 esettel (+10,5%), a légzőszervi betegségekben elhalálozottaké 780 esettel (+20,3%) növekedett. Összességében a fő diagnózisként tüdőbetegségben elhalálozottak aránya 20%-kal növekedett.

Parkinson, időskori elgyengülés, szívelégtelenség, bakteriális megbetegedések

További diagnózisok amelyeknél a halálesetek száma jelentősen növekedett: Parkinson (797 eset, + 21%), szenilitás és időskori elgyengülés (563 eset; + 25%). Növekedett a szívelégtelenség miatt elhalálozottak száma (1.907 eset; + 14%). A bakteriális fertőzések miatti halálesetek száma csak a nők körében növekedett (247 eset; + 33%).

Ritkább: gyomorrák, meghatározatlan daganatok, érlemeszesedés

A gyomorrák okozta halálesetek száma 5%-kal, 530 esetre csökkent. Csökkent az ismeretlen jellegű daganatok miatti halálesetek száma (487 eset; 4%). Az érlemeszesedés miatti halálesetek száma 364 volt, 7%-kal kevesebb mint előző évben.

Közúti balesetek áldozatai

A halálos közúti balesetek száma a nők körében alig változott, a férfi lakosság körében azonban 2015-ben a halálos áldozatok száma a gyalogosok (+41 eset), a kerékpárosok (+29 eset) és motorkerékpárosok (+36 eset) körében növekedett. Ezzel szemben gépjárműbalesetben 36 vezető vagy utas halt meg, 11-gyel kevesebb mint előző évben.

Az öngyilkosságok száma enyhén, az asszisztált öngyilkosságoké jelentősen növekedik

2015-ben 792 férfi és 279 követett el öngyilkosságot, 43 fővel több, mint előző évben. Az asszisztált öngyilkosságok száma férfiaknál 426, nőknél 539 volt, 223 esettel több, mint előző évben.

Tájékoztatás:

Christoph Junker,

Bundesamt für Statistik, Sektion Gesundheit der Bevölkerung,

Tel.: +41 58 463 68 30,

E-Mail: christoph.junker@bfs.admin.ch

Medienstelle BFS, Tel.: +41 58 463 60 13,

E-Mail: media@bfs.admin.ch

[Lásd még: *Halálokok Svájcban 1970 és 2009 között, 2014. 24. sz.; A halálokok statisztikája Svájcban 2010-ben, 2013. 21. sz.; A halálokok statisztikája Svájcban 2014-ben. Asszisztált öngyilkosság és öngyilkosság, 2016. 25. sz.]*

Bill Gates 50 millió USD-t adományoz Alzheimer-kutatásra
gatesnotes, The blog of Bill Gates, November 13, 2017

Kulcsszavak: demencia, demenciakutatás, Alzheimer-kór, Bill Gates, Bill & Melinda Gates Foundation, nemzetközi

Forrás Internet-helye:

<https://www.gatesnotes.com/Health/Digging-Deep-Into-Alzheimers>

Bill Gates egyebek között személyes indíttatásokból 50 millió USD-t adományoz Alzheimer-kutatásra. A milliárdos abban bíz, hogy a tudomány megváltoztathatja a betegség lefolyását és enyhítheti a vele járó szenvedéseket.

Gates első körben 50 millió USD-vel támogatja a ***Dementia Discovery Fund (DDF)*** demenciakutatási alapot, amely startup-okba fektet pénzt a demencia kezelési módszereinek fejlesztése céljából. A londoni szervezetet a brit kormány tartja fenn alapítványok és a gyógyszeripar közreműködésével. Az új Alzheimer-terápiák bevezetését követően a *Bill & Melinda Gates Foundation* további forrásokkal támogatja a gyógyszereknek a szegényebb országokba történő eljuttatását.

Mint Gates blogjában leírja, közvetlen környezetében, szűkebb családi körében tapasztalhatta, hogy milyen pusztító hatást gyakorol a demencia az érintettekre és szeretteikre. Szörnyű dolog végignézni, ahogyan a betegség rombolja a szeretett személyek elméjét és semmit sem tehetünk. „Az embernek az az érzése, hogy végignézve egy másikkal a fokozatos leépülését és haldoklását, mindezt maga is átéli.”

A sclerosis multiplex kezelésének európai guideline-jai

Medscape, Thursday, November 16, 2017

Kulcsszavak: guideline-ok, sclerosis multiplex, nemzetközi

Forrás Internet-helye: <https://www.medscape.com/viewarticle/887730>

A sclerosis multiplex betegséget módosító terápiájának első európai guideline-jának kidolgozására a *European Committee for Research and Treatment of Multiple Sclerosis (ECTRIMS)* és a *European Academy of Neurology (EAN)* együttműködésében került sor. A guideline-okat Xavier Montalban, MD, (a *Multiple Sclerosis Centre of Catalonia* igazgatója) mutatta be az *ECTRIMS-Americas Committee for Research and Treatment of Multiple Sclerosis (ACTRIMS)* közös kongresszusán. Az *American Academy of Neurology* ugyancsak megfogalmazta a maga guideline-jait, amelyek ismertetésére a tervek szerint az *ECTRIMS/ACTRIMS* kongresszusán került volna sor, ám ez nem történt meg. Montalban professzor a guideline-ok 20 ajánlását ismertette. Az alábbiakban néhány az ajánlások közül.

- **Kezelési központok:** Az SM-terápia teljes spektrumának megfelelő infrastruktúrával rendelkező központokban kell megvalósulnia.

- **CIS-betegek:** Új (hangsúlyos) ajánlás, hogy a kezelést már a klinikailag izolált szindrómát (*Clinically isolated Syndrome – CIS*) mutató betegeknél is elkezdik, ha azoknál az MRT valamilyen sérülést jelez.

- **A terápia elkezdése:** Hangsúlyos ajánlás, hogy aktív SM esetén a betegséget módosító terápiát lehetőleg mielőbb el kell kezdeni.

- **Szekunder-progresszív betegségforma:** Aktív lefolyás esetén az orvos mérlegelheti az interferon beta-1a vagy mitoxantron alkalmazását. Ezt követően azonban intenzíven beszélnie kell a beteggel az interferon alacsony hatékonyságáról és a biztonsági vonatkozásokról (nem hangsúlyos ajánlás).

- **Primer-progresszív SM:** Opció lehet az ocrelizumab alkalmazása (nem hangsúlyos ajánlás). Az ajánlás még az EU-engedélyezéstől függ.

- **A terápia lefolyásának értékelése:** Ehhez az orvosoknak figyelembe kell venniük az MRT-felvételeket. Követelmény egy MRT a terápia elkezdését követő első hat hónapban, valamint egy kontrollfelvétel egy év elteltével (konszenzusos statement).

- **Eszkaláció:** Ha a betegek interferon vagy glatiramacetat alkalmazása esetén a betegség aktivitásának jeleit mutatják, hatásosabb terápiára kell váltani (hangsúlyos ajánlás).

- **A terápia leállítása:** Ha egy magas hatékonyságú gyógyszerrel végzett terápiát biztonsági okokból, vagy a hatékonyság hiánya miatt leállítanak, mérlegelni kell egy még hatékonyabb terápia alkalmazását. Minél magasabb a betegség aktivitása, annál sürgősebben el kell kezdeni az új terápiát. Terápiaváltás során az orvosoknak figyelembe kell venniük az előző terápia felezőidejét, valamint a betegség aktivitásának ismételt fellángolását.

- **Terhesség:** Különösen aktív SM esetén a terápia a terhesség idején is folytatódhat, ám perzisztensen magas SM-aktivitást mutató nőknél a terhességet lehetőség szerint el kell halasztani.

Arndt Striegler: A brit NHS zöld utat adott 5.000 házi orvos toborzásához

Ärzte Zeitung online, 15.11.2017

Kulcsszavak: hivatásrend, házi orvosok, National Health Service, Brexit, Nagy-Britannia

Forrás Internet-helye:

https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/gesundheitspolitik_international/article/947437/grossbritannien-arztsuche-gruenes-licht-5000-neue-hausaerzte-gb.html?wt_mc=nl.upd.AEZ_NL_NEWSLETTER.2017-11-15.Gesundheitspolitik+international.x

Brexit ide, Brexit oda: A briteknek további házi orvosokat kell behozniuk a kontinensről. Az EU-ból származó orvosok nélkül az NHS működésképtelenné válik.

Jóllehet a *Brexit* a küszöbön áll, a brit egészségügyi minisztérium engedélyezte további 5.000 házi orvos toborzását, akik közül feltehetően minden második külföldi lesz.

Az egészségügyi minisztérium már korábban bejelentette a brit állami egészségügyi szolgálat (*National Health Service, NHS*) reformját, amely egyebek között arra is kiterjed, hogy a házi orvosoknak a hét minden napján a betegek rendelkezésére kell állniuk. Ehhez több ezer további orvost kell rendszerbe állítani.

A minisztérium ennek érdekében munkaerő közvetítő ügynökségekhez fordult, amelyek segítségére lehetnek a házi orvosok toborzásában. Egy házi orvos kiközvetítésének díja elérheti a 20.000 GBP-t (22.000 EUR).

A *Brexit* megszavazása (2016 június) óta feltehetően európai orvosok százai távoztak az országból, vagy mérlegelik a hazatérést.

A ***Royal College of General Practitioners (RCGP)*** szerint a jelenleg Angliában praktizáló 34.000 házi orvos közül 5.000 az Európai Unió országaiból származik.

Az előírt 5.000 új házi orvos toborzása már idén ősszel elkezdődik. Az orvosok szakmai szervezetei üdvözlik a döntést, ám figyelmeztetnek a *Brexit* okozta további lehetséges komplikációkra. Egészségpolitikai szakértők szerint London és Brüsszel között az elkövetkező hetekben létrejöhet a megállapodás a Nagy-Britanniában működő külföldi orvosok státuszának jövőbeli rendezéséről.

Nemzetközi elemzés a háziiorvosi vizsgálatok időtartamáról

BMJ Open, BMJ Open 2017;7:e017902.

doi:10.1136/bmjopen-2017-017902

November 13, 2017 (16 p.)

Kulcsszavak: hivatásrend, praxisok, háziiorvosok, elsődleges ellátás, nemzetközi

Forrás Internet-helye:

<http://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/7/10/e017902.full.pdf> ;

<http://bmjopen.bmj.com/content/7/10/e017902> ;

Dr. Greg Irving: <http://www.phpc.cam.ac.uk/people/pcu-group/pcu-senior-research-staff/greg-irving/>

Greg Irving (Primary Care Unit, University of Cambridge) és mt. egy metaanalízis keretében 178 tanulmány eredményeit értékelték. A legkorábbi 1952-ben Nagy-Britanniában készült. A legfrissebb tanulmány pedig egy 2007 és 2014 közötti longitudinális vizsgálat volt. A kutatók 178 tanulmányt szemléltek a világ 67 országából, amelyek 28 millió háziiorvosi vizsgálatra ("primary care") terjedtek ki.

Az egyes országokban végzett tanulmányok száma bizonyos torzító effektusokat eredményezett: az Egyesült Államokból 26, Ausztráliából és Nagy-Britanniából 16-16, Németországból egy tanulmány állt rendelkezésre.

Egy-egy háziiorvosi vizsgálat 18 országban, amelyek a világ lakosságának felét teszik ki, átlagosan öt percig, vagy annál rövidebb ideig tart. Ebben a tekintetben az adott ország egészségügyi kiadásainak mértéke nem játszik szerepet.

Egy háziiorvosi vizsgálat időtartama Svédországban 22,5 perc, az Egyesült Államokban, Norvégiában, Finnországban, Oroszországban és Svájcban 17,5-22,5 perc, Kanadában, Portugáliában, Peruban, Luxemburgban, Litvániában, Izlandon, Cipruson és Belgiumban 15 perc. A felmérés szerint a háziiorvosok Nigériában, Ugandában, Magyarországon, Szerbiában és Zambiában nagyjából 7-8 percet áldoznak egy vizsgálatra. Egy orvosi vizsgálat Bangladesh-ben 48 másodpercig tart.

A praxisok bürokráciaindex. 56 millió órányi munka a papírkosárnak

Arzt & Wirtschaft online, 9. November 2017

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) –

Fachhochschule des Mittelstandes (FHM)

Kulcsszavak: orvosi praxis, bürokrácia, Németország

Forrás Internet-helye: https://www.arzt-wirtschaft.de/papier-statt-patienten-buerokratie-kostet-niedergelassene-milliarden/?auwUsrGr=so&utm_campaign=FINANZEN-Newsletter_10_11_2017-2017-11-10+08%253A32%253A00&utm_source=AuW-Newsletter&utm_medium=email&utm_term=Praxiskosten-B%25C3%25BCrokratie+kostet+niedergelassene+%25C3%2584rzte+Milliarden&utm_content=SO

BIX Projektbericht 2017 (32 p.):

http://www.kbv.de/media/sp/BIX2017_Projektbericht.pdf

A német orvosok részére a bürokratikus kötelezettségek teljesítése évente 56 millió órába kerül. A szerződött orvosok és a pszichoterapeuták bürokratikus megterhelése 2013 és 2016 között csökkent, majd ismét enyhén növekedett.

Miután a bürokratikus kötelezettségek miatti megterhelés 2013 és 2016 között csaknem 5%-kal csökkent, az előző évhez viszonyítva ismét 0,2%-os növekedés következett be. A közös társadalombiztosítási önkormányzat feltételeiben megszabott tájékoztatási kötelezettségek több mint 54 millió órát vesznek igénybe. Ezt tetézi a szövetségi és tartományi jogszabályok, a Betegpénztári Orvosok Szövetségi Egyesülése és a települési önkormányzatok által előírt papírmunka.

A **Nemzeti Normakontroll Tanács (Nationaler Normenkontrollrat – NKR)** 2015-ben közzétette a Szövetségi Statisztikai Hivatal által végzett felmérés eredményeit. Eszerint a szerződött orvosok és pszichoterapeuták 2013-ban 55 millió órát fordítottak bürokratikus tevékenységekre, ami 2,36 milliárd EUR-ba került. A **Betegpénztári Orvosok Szövetségi Egyesülése (Kassenärztliche Bundesvereinigung – KBV)** 2016-ban ennek alapján vezette be a praxisok bürokráciaindexét (*Bürokratieindex – BIX*), amely rögzíti, hogy az orvosok és a pszichoterapeuták mennyi időt fordítanak bürokratikus teendőkre.

A bürokratikus megterhelés továbbra is magas. A jelenlegi index 54 millió órának felel meg, amit az orvosoknak és pszichoterapeutáknak bürokratikus tevékenységekre kellett fordítaniuk. Ez azt jelenti, hogy ez a munka egy-egy praxisban az orvos vagy munkatársa számára évente nettó 60 munkanapot vesz igénybe.

[Lásd még: *A praxisok bürokráciaindex. 52 millió órányi munka a papírkosárnak, 2016. 34. sz.*]

Alex Azar, az Egyesült Államok kijelölt egészségügyi minisztere

Forrás Internet-helye: https://en.wikipedia.org/wiki/Alex_Azar



Alex Michael Azar II (sz. 1967. június 17. Johnstown, Pennsylvania), amerikai kormánytisztviselő. Apja szemészorvos volt, a *Johns Hopkins Hospital* professzora. Nagypaja Libanonból vándorolt be az 1920-as évek elején.

Tanulmányok:

1981-1985: *Parkside High School Salisbury*

1988: *Dartmouth College*, közigazgatási és gazdaságtudományi kar, ahol a *Kappa Kappa Kappa* fraternity tagja volt. B.A cím, summa cum laude-vel,.

1991: *Yale Law School*, jogi doktori cím; ahol a *Yale Law Journal* szerkesztője volt.

Szakmai pályafutása:

1991-1992: Ügyvédbojtár J. Michael Luttig bíró mellett az Egyesült Államok Fellebbviteli Bíróságán.

1992-1993: Ügyvédbojtár Antonin Scalia mellett az Egyesült Államok Legfelső Bíróságán.

1994-1996: Társult független tanácsadó Kenneth W. Starr bíró mellett az Egyesült Államok Független Tanácsadói Hivatalánál, ahol az első két évben a *Whitewater*-ügyön dolgozott.

1996-2001: Partneri státuszt szerzett Wiley Rein ügyvédi irodájában.

2001. augusztus 3.: Az amerikai egészségügyi minisztérium (*United States Department of Health and Human Services*) főtanácsadója. Szerepet játszott az antrax támadásokkal, valamint a SARS és a madárinfluenza járványokkal összefüggő kormányzati lépésekben.

2005-2007: Az Egyesült Államok egészségügyi miniszterének helyettese.

2009 április: A *Lilly's U.S. Managed Healthcare Services* alelnöke.

2012- 2017: A *Lilly USA, LLC*, az *Eli Lilly and Company* legnagyobb divíziójának elnöke. 2017 januárjában kilépett az *Eli Lilly*-től és a *Biotechnology Innovation Organization* igazgatótanácsából.

2017. november 13.: Donald Trump elnök Twitteren jelentette be, hogy jelöli az egészségügyi miniszteri (United States Secretary of Health and Human Services) posztra.

Yoshitake Yokorura, az Orvosok Világszövetségének új elnöke

Forrás Internet-helye:

https://www.wma.net/wp-content/uploads/2017/02/Yoshitake-YOKOKURA_CV.pdf



Yoshitake Yokorura, japán orvos, sebész

Sz. 1944. augusztus 9.

1969-ben végezte el orvostudományi tanulmányait (*Kurume University School of Medicine*)

1969-1977: tanársegéd ugyanazon egyetem sebészeti karán.

1977 április PhD *Kurume University School of Medicine*

1977-1979: *Detmold Krankenhaus*, Nyugat Németország

1990. óta a *Yokorura Hospital* elnöke.

1990-1998: a *Fukuoka Prefecture Medical Association* igazgatótanácsának tagja, 1998-2002: ügyvezető igazgatója, 2006-2010: elnöke

2002-2010: a *Japan Medical Association* választmányának tagja, 2010-2012: alelnöke, 2012. óta elnöke

2010. óta az Orvosok Világszövetsége (*World Medical Association*) elnökségi tagja; 2016-2017: az Ázsiai és Óceániai Orvosok Szövetségei Konföderációjának megválasztott elnöke.

2017 október: az Orvosok Világszövetségének elnöke

Újra választotta elnökségét a Német Kórházigazgatók Szövetsége

Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD)

Pressemitteilung Düsseldorf, 15. November 2017

Kulcsszavak: személyügyi hírek, Német Kórházigazgatók Szövetsége

Forrás Internet-helye: <https://www.vkd-online.de/aktuelles>

Az EGVE német társszervezete, a *Német Kórházigazgatók Szövetsége* 2017. november 14-én Düsseldorfban a szövetség taggyűlése alkalmával újra választotta elnökségét. A jelöltek megválasztása egyöntetű szavazással történt. A grémium összetételében egyetlen változás következett be. Az eddigi alelnök, Dr. Ralf-Michael Schmitz, szakmai okokból nem jelöltette magát, de a jövőben az elnökség tiszteletbeli tagja marad.

Az elnökség mandátuma 2020 őszéig tart.

Az elnökség tagjai:

Dr. Josef Düllings, Paderborn, Peter Asché, Aachen, Bernd Decker, Mainz, Angela Krug, Strausberg, Dr. Falko Milski, Ribnitz-Damgarten, Martin Schmid, Marktrechwitz, Andreas Schwab, Erbach.

A VKD elnöke továbbra is: Dr. Josef Düllings, Paderborn

Kontakt

VKD-Geschäftsstelle Berlin

Tel-Nr: 030-28885912

E-Mail: vkdgs@vkd-online.de

Sajtósóvivő: Dr. Falko Milski

Bodden-Kliniken Ribnitz-Damgarten GmbH

Tel-Nr: 03821 700100

E-Mail: f.milski@bodden-kliniken.de

A Német Kórházigazgatók Szövetsége (Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. – VKD), amely 2.350 taggal rendelkezik, a német kórházak, rehabilitációs intézetek és ápolási intézmények képviselőjét látja el. A szervezet a kórházi praxis és a kórházügyi menedzsment területét tekinti fő feladatkörének.
www.vkd-online.de

**Christine Arentz: Az orvosok száma és regionális eloszlása
az OECD egyes országaiban**

Wissenschaftliches Institut der PKV – WIP PKV
WIP - Diskussionspapier 2 / 2017 – Oktober 2017 (61 p.)

Kulcsszavak: hivatásrend, emberi erőforrás, orvosok, regionális eloszlás, OECD

Forrás Internet-helye: <http://www.wip-pkv.de/forschungsbereiche/detail/regionale-verteilung-von-aerzten-in-deutschland-und-anderen-ausgewaehlten-oecd-laendern.html>

2. Az orvosok száma és regionális eloszlása az OECD egyes országaiban

A vizsgált országokban az egészségügy finanszírozásának és az orvosok javadalmazásának különböző formáit alkalmazzák. Az egészségbiztosítás finanszírozásának domináns formái az adókból és a járulékokból történő finanszírozás. Az orvosok javadalmazása történhet egyedi szolgáltatások térítése, átalányok, illetmény, vagy teljesítményorientált térítés („*pay for performance*“) formájában. Egyes országokban az orvosok javadalmazása az esetátlányok, ill. fejkvóták, valamint egyedi szolgáltatások térítése formájában történik. Finnországban, Izlandon, Kanadában, Új-Zélandon, Svédországban és az Egyesült Államokban az orvosi illetmények is elterjedtek.

2.1. Ezer lakosra jutó orvosok száma

1.000 lakosra Ausztriában 5,2, Norvégiában 4,4, Svájcban 4,3, Svédországban 4,2, Németországban 4,1 orvos jut. A vizsgált országokban 1.000 orvosra átlagosan 3,4 orvos jut. Az 1.000 lakosra jutó orvosok száma viszonylag alacsony Nagy-Britanniában (2,8), az Egyesült Államokban és Kanadában (2,6), valamint Japánban (2,4) és Koreában (2,3). Az egészségbiztosítás finanszírozásának típusa szerint nem azonosítható általános tendencia arra vonatkozóan, hogy több vagy kevesebb-e az orvos. A viszonylag magas orvosszámmal rendelkező országok között a rendszert adókból finanszírozó (Svédország, Norvégia) és járulékokból finanszírozó (Svájc, Németország, Ausztria) országok is vannak. Hasonlóképpen, a skála alján található adókból való finanszírozást (Egyesült Királyság, Kanada) és járulékokból való finanszírozást (Japán, Korea) alkalmazó országok is.

Több vizsgált országban explicit házi-orvosi központú rendszert alkalmaznak, amelynek keretében a betegnek kötelező módon először a házi-orvoshoz kell fordulnia, aki majd szükség esetén szakorvoshoz irányítja őt (ún. *gatekeeping*). Ilyen rendszer működik Ausztráliában, Finnországban, Új-Zélandon, Hollandiában, Norvégiában, Írországban, Olaszországban, Svédországban és az Egyesült Királyságban. Belgiumban, Dániában, Franciaországban, Kanadában és Svájcban a betegeket pénzügyi ösztönzőkkel készítetik, hogy előbb házi-orvoshoz forduljanak. Az Egyesült Államokban a biztosítók olyan szerződéseket kínálnak, amelyek eleve korlátozzák a szakorvoshoz való hozzáférést.

Az egészségügyi rendszer finanszírozása és az orvosok javadalmazása

Ország	Az egészségügy finanszírozása	Az orvosok javadalmazásának módja
Ausztrália	Túlnyomórészt adókból finanszírozott	Egyedi szolgáltatások térítése és egyéb javadalmazási formák.
Belgium	Túlnyomórészt járulékokból finanszírozott	Átalányok és egyedi szolgáltatások térítése
Dánia	Túlnyomórészt adókból finanszírozott	Átalányok és egyedi szolgáltatások térítése
Németország	Túlnyomórészt járulékokból finanszírozott (kötelező betegbiztosítás); díjak (privát betegbiztosítás)	Átalányok és egyedi szolgáltatások térítése
Finnország	Túlnyomórészt adókból finanszírozott	Illetmény és egyedi szolgáltatások térítése
Franciaország	Túlnyomórészt járulékokból finanszírozott	Egyedi szolgáltatások térítése és egyéb javadalmazási formák
Írország	Túlnyomórészt adókból finanszírozott	Átalányok
Izland	Túlnyomórészt adókból finanszírozott	Illetmény
Olaszország	Túlnyomórészt adókból finanszírozott	Egyedi szolgáltatások térítése és egyéb javadalmazási formák
Japán	Túlnyomórészt járulékokból finanszírozott	Egyedi szolgáltatások térítése
Kanada	Túlnyomórészt adókból finanszírozott	Átalányok és egyedi szolgáltatások térítése, illetmény.
Korea	Túlnyomórészt járulékokból finanszírozott	Egyedi szolgáltatások térítése és egyéb javadalmazási formák
Luxemburg	Túlnyomórészt járulékokból finanszírozott	Egyedi szolgáltatások térítése
Új-Zéland	Túlnyomórészt adókból finanszírozott	Átalányok, egyedi szolgáltatások térítése, illetmény
Hollandia	Túlnyomórészt járulékokból finanszírozott	Átalányok, egyedi szolgáltatások térítése és egyéb javadalmazási formák
Norvégia	Túlnyomórészt adókból finanszírozott	Átalányok, egyedi szolgáltatások térítése
Ausztria	Túlnyomórészt járulékokból finanszírozott	Egyedi szolgáltatások térítése
Svédország	Túlnyomórészt adókból finanszírozott	Illetmény
Svájc	Túlnyomórészt járulékokból finanszírozott	Átalányok, egyedi szolgáltatások térítése
Egyesült Királyság	Túlnyomórészt adókból finanszírozott	Átalányok, egyedi szolgáltatások térítése és egyéb javadalmazási formák
Egyesült Államok	Vegyesen adókból és járulékokból (Medicare/Medicaid), díjak (privát csoportos és egyéni biztosítások)	Átalányok, egyedi szolgáltatások térítése, illetmény

Az 1.000 lakosra jutó általános orvosok („*generalist medical practitioners*“) száma a vizsgált OECD-országok közül Írországból és Németországból a legmagasabb. A további sorrend: Ausztria, Ausztrália, Hollandia és Franciaország, Finnország, Kanada, Svájc és Belgium még meghaladja az 1.000 lakosra jutó általános orvosok számának átlagát (1,1). Ezzel szemben az Egyesült Királyság, Svédország, Olaszország és Norvégia nem éri el az átlagot, pedig ezekben az országokban explicit gatekeeping-et alkalmaznak. A sereghajtók: Izland és az Egyesült Államok (1.000 lakosra 0,3 általános orvos).

A szakorvosi ellátásra a járulékfelfinanszírozású országokban többnyire egyéni és csoportpraxisokban, az adófinanszírozású országokban többnyire a kórházak ambuláns osztályain kerül sor.

A szakorvosokkal való ellátottság tekintetében a helyzet Olaszországban, Ausztriában és Svájcban a legjobb, de Németországban is átlagon felüli. A vizsgált országokban 1.000 lakosra átlagosan 2,0 szakorvos jut. Az 1.000 lakosra jutó szakorvosok száma Írországból és Kanadában 1,4.

A szakorvosi ellátás formái

<i>Szakorvosi ellátás többnyire</i>	<i>Adófinanszírozású országok</i>	<i>Járulékfelfinanszírozású országok</i>
Egyéni praxisokban		Ausztria, Belgium, Franciaország, Németország, Korea, Luxemburg, Svájc
Csoportpraxisokban	Ausztrália, Izland	Japán, Hollandia*, Egyesült Államok
Kórházi ambuláns ellátás	Kanada, Dánia, Finnország, Írország, Olaszország, Új-Zéland, Norvégia, Svédország, Egyesült Királyság	Hollandia*

* Hollandiában a szakorvosi ellátásra többnyire kórházakban kerül sor. Az utóbbi években a várakozási időknél az ambuláns ellátás területén való csökkentése érdekében ún. szakorvosi centrumokat létesítettek, amelyek azonban ugyancsak kórházakban működnek. [Ezzel kapcsolatban lásd: Verena Finkenstädt: *Ambuláns orvosi ellátás Németországban, Hollandiában és Svájcban (egységes szerkezetben), Archivum*].

5. Intézkedések a kiegyensúlyozottabb ellátás érdekében. Nemzetközi áttekintés

<i>Alkalmazás köre</i>	<i>Intézkedések</i>	<i>Ahol alkalmazzák</i>
Jövőbeli orvosok	Képzés/ösztöndíjak engedélyezési kritériumai	Ausztrália, Japán, Németország (tervezett), Egyesült Államok
	Gyakornoki tevékenység	Norvégia, Ausztrália, Skócia
	Egyetemek létesítése alullelátott régiókban	Japán, Norvégia
Gyakorló orvosok	Pénzügyi ösztönzők az alullelátott régiókban való letelepedésre	Németország, Kanada, Dánia, Franciaország, Egyesült Királyság
	Szükséglettervezés	Németország, Dánia, Norvégia, részben Kanada
Folyamatok	Telemedicina	Kanada, Ausztrália, Skandinávia
	Új praxisformák	Németország, Franciaország, Svájc, Japán, Ausztrália
	Más egészségügyi személyzettel való munkamegosztás	Németország, Franciaország, Ausztrália, Kanada, Írország, Hollandia. Új-Zéland, Egyesült Királyság, Egyesült Államok

Engedélyezés, ösztöndíjak, gyakornoki tevékenység

A jövőbeli orvosok képzése célzottan vidéki ellátás céljára történik. Ez a képzésben való részvétel bizonyos engedélyezési kritériumai alapján, ill. ösztöndíjak biztosításával valósul meg, ha a jelölt kötelezettséget vállal, hogy végzés után egy ideig alullelátott területen dolgozzon. Ilyen engedélyezési kritériumokat alkalmaznak Ausztráliában és Japánban. Bajorországban és Alsó-Szászországban vidéki kvóták bevezetését tervezik. Az Egyesült Államokban, amennyiben valaki vállalja, hogy alullelátott régióban dolgozzon, elengedik vagy visszafizetik a tandíjat. Norvégiában, Ausztráliában és Skóciában ösztönzik a vidéki gyakornoki tevékenységet.

Egyetemek létesítése alullelátott területeken

Norvégiában vidéki egyetemet létesítettek, amelynél a felvételi során előnyben részesítik az adott régióból származó jelölteket.

Külföldi orvosok toborzása

Az Egyesült Államokban, amennyiben egy külföldi hallgató vállalja az alullelátott régióban való munkavégzést, a tanulmányai elvégzését követő két év leteltével visszatérhet és munkát vállalhat.

Pénzügyi ösztönzők

Az OECD országainak többségében alkalmaznak pénzügyi ösztönzőket az orvosok arányosabb területi eloszlásának szabályozására. E pénzügyi ösztönzők az alulellátott területen való praxis létesítésének pénzügyi támogatásától a garantált jövedelmekig vagy bónuszfizetésekig terjed, pl. ha az orvos a nyugdíjkorhatár elérését követően helyben marad és folytatja a praxist. Az állami alkalmazásban álló orvosoknál az egyes régiók vonzerejének növelése érdekében különböző bérek fizetésére kerül sor.

A vállalkozás létesítésének szabályozása

Egyes országok szabályozzák a vállalkozás létesítésének módját. Mindenesetre számolni kell azzal, hogy mind a pénzügyi ösztönzők, mind a szükséglettervezés keveset változtatnak az orvosok aránytalan területi eloszlásán. Az orvosok a szükséglettervezést alkalmazó országokban sem kötelezhetők, hogy alulellátott területeken dolgozzanak.

A privát bevételek szabályozása

A nemzetközi szakirodalomban a privát bevételek szabályozása összességében vitatott kérdés. Előnyei: az állami egészségügyi rendszer biztosíthatja magának a szakképzett orvosi személyzetet, ha megengedi, hogy ezek az emberek privát orvosi tevékenységet is végezzenek; ha a privát kezelésekre állami kórházban kerül sor, ez többletbevételhez juttatja a kórházat. Hátrányai: az orvosok arra kapnak ösztönzést, hogy az állami rendszerben csökkentsék a minőséget és így további keresletet gerjesszenek a privát oldalon; ösztönzés keletkezik a munkaidőnek az állami rendszerben való csökkentésére és az állami infrastruktúra jogszerűtlen használatára.

Folyamatorientált intézkedések

Kanadában, Ausztráliában és Skandináviában megerősítették a távgyógyítást. A jövőben ún. testen hordozható elektronikus eszközök („wearables”) segítségével lehetőség nyílik bizonyos egészségügyi adatok rögzítésére és a (szak)orvosok részére történő megküldésére. Az orvosok jobb munkamegosztással tehermentesíthetők. Mobil praxisok működtetésére kerül sor, az orvos felszerelt busszal érkezik az elszigetelt településre és elvégzi a vizsgálatokat.

Német Alkoholatlasz 2017 – Alkoholatlas Deutschland 2017

Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ) in der Helmholtz-Gesellschaft

Kulcsszavak: népegészségügy, szenvedélybetegségek, alkoholfogyasztás, Németország

Forrás Internet-helye:

http://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/sonstVeroeffentlichungen/Alkoholatlas-Deutschland-2017_Doppelseiten.pdf

Alkoholfogyasztás Németországban

A Német Alkoholatlasz szerint a magasabb szociális csoportokhoz tartozó németek körében tíz férfi közül heten hetente legalább egy alkalommal fogyasztanak alkoholt. Az alacsonyabb szociális csoportokhoz tartozók körében csak minden második férfi fogyaszt el hetente egy sört. A magasabb szociális státuszú nők körében minden második nő fogyaszt hetente legalább egy alkalommal alkoholt, az alacsonyabb szociális státuszúak körében minden negyedik.

A kockázatos alkoholfogyasztás (napi 0,2 l bor, vagy 0,6 l sör) az összes társadalmi réteghez tartozó férfiak körében viszonylag hasonló. Minden ötödik rendszeresen sokat iszik. A magas szociális státuszú idősebb férfiak 28%-a, alacsonyabb szociális státuszú kortársaik 14%-a kockázatos mértékben fogyaszt alkoholt. A magasabb szociális státuszú nők közül minden ötödik, az alacsonyabb szociális státuszúak közül minden tizedik fogyaszt kockázatos mértékben alkoholt, naponta 0,1 l bort, vagy 0,3 l sört.

9,5 millió német rendszeresen túl sok alkoholt fogyaszt. Évente 20.000 személy hal meg alkoholbetegsége miatt, 10.000 gyermek alkoholos károsodással jön világra, mivel az anya a terhesség idején alkoholt fogyasztott, két és fél millió gyermek olyan családban él, ahol legalább az egyik szülő italozik.

6. Alkoholfogyasztás az Európai Unióban

6. 1. Alkoholfogyasztás a felnőttek körében az Európai Unióban

Az Európai Unióban 2012-ben az alkoholfogyasztás a dohányzás és a magas vérnyomás mellett a megbetegedés és a halálozás harmadik legnagyobb kockázati tényezője volt.

A 15 év fölötti lakosság körében az egy főre eső tiszta alkoholfogyasztás Németországban 11 liter, az Európai Unió tagállamaiban átlagosan 10,6 liter. Az egy főre eső alkoholfogyasztás Svédországban, Görögországban és Olaszországban a legalacsonyabb (évente kevesebb mint 8 liter), Észtországban és Litvániában a legmagasabb (évente több mint 15 liter). Az egy főre eső sörfogyasztás tekintetében Németország Csehország, Lengyelország, Ausztria, Belgium és Észtország után egy főre eső 6 literrel a hatodik helyen áll. Bor- és szeszesital fogyasztásban Németország egy főre eső 3,1, ill. 2,1 liter tiszta alkohollal a középmezőnyben található. A rohamszerű lerészegedés Németországban jóval gyakrabban fordul elő, mint az Európai Unióban átlagosan. A német felnőttek 33%-a (férfiak 42,4%-a, nők 24,1%-a) havonta legalább egy alkalommal lerészegedik. Ez az EU-ban átlagosan 20% (férfiak 29%-a, nők 12%-a). A rohamszerű lerészegedés az Európai Unióban Németországban, Dániában, Romániában, Luxemburgban és Finnországban a leggyakoribb. Legritkábban (10% alatt) Cipruson, Olaszországban, Magyarországon és Spanyolországban fordul elő.

6. 2. Alkoholfogyasztás a fiatalok körében az Európai Unióban

Az Európai Unióban a 15 és 19 év közötti fiatalok átlagosan 16%-a fogyaszt hetente alkoholt (fiúk 19%-a, lányok 13%-a). Az alkoholfogyasztás Észtország kivételével a fiúk körében elterjedtebb, mint a lányokéban.

Németországban a fiatalok egynegyede fogyaszt rendszeresen alkoholt. Ezek aránya (egyharmad) csak Belgiumban, Máltán és az Egyesült Királyságban magasabb. A heti alkoholfogyasztás a fiatalok körében

Romániában, Cipruson, Lettországon és Litvániában a legkevésbé elterjedt (4% vagy annál kevesebb).

A rohamszerű lerészegedés (havonta legalább egyszer hat vagy annál több szeszital fogyasztása egyetlen alkalommal) európai rangsora: Dánia, Belgium, Németország. Ez a szokás Dánia és az Egyesült Királyság kivételével a fiúk körében elterjedtebb, mint a lányokéban. Az Európai Unióban átlagosan a fiatalok 20%-a részegedik le rendszeresen, ez az arány Cipruson, Litvániában és Szlovákiában a legalacsonyabb (6% alatt).

6. 3. Az alkoholfogyasztás következményei az Európai Unióban

2011-ben az Európai Unióban a közlekedési balesetek kilenc százalékánál legalább az egyik fél alkohol hatása alatt állt (14 EU-tagállam átlaga). Ez az arány Bulgáriában és az Egyesült Királyságban különösen alacsony (5% alatt), Dániában, Észtországban és Franciaországban különösen magas (13% fölött) volt.

2012-ben az Európai Unióban a halálesetek hét százalékát alkoholfogyasztás okozta. Ez az arány Németországban átlagon aluli, Olaszországban, Cipruson és Hollandiában a legalacsonyabb. Az alkohol okozta halálesetek száma a balti államokban a legmagasabb: Litvániában 30,9%, Lettországon 24,4%, Észtországban 21,4%.

Az alkohol okozta halálesetek száma, a balti államok kivételével, a nők körében alacsonyabb, mint a férfiakéban. A nemek közötti különbség Romániában, Szlovéniában, Magyarországon és Szlovákiában a legmagasabb (férfiaknál a halálesetek több mint 11%-a, nőknél 2-4%-a). Az alkohol okozta halálesetek száma Litvániában, Lettországon és Észtországban a nők körében magasabb, mint a férfiakéban.

ELŐJEGYZÉSI LISTA:

Európai Unió

- Az európai szociális jogok pillére

Kórházügy

- A kórházügyi menedzsment aktuális kérdései 2017-ben (2-6. rész)

Svájc

- Autonómia és kapcsolat. Konferenciakötet
- 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 csúcjövödelmek (IMK Report)

Rövidhírek (aleatorikusan):

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