

# ***Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete***

## ***Egészséggazdasági, egészségpolitikai és szociálpolitikai nemzetközi sajtószemle***

***2018. 24. sz. (Lapzárta: 2018. november 14.)***

### **Globális egészségügy**

- *Global Burden of Disease Study (GBD) 2017*
- A halálozások és a születéskor várható élettartam alakulása 1950 és 2017 között

### **Antibiotikum-rezisztencia**

- Az antibiotikum-rezisztencia elleni küzdelem világhete – Európai Antibiotikum Nap
- Az ECDC tanulmánya az antibiotikumokkal szemben rezisztens baktériumok okozta fertőzések miatti halálozásokról és egészségkárossal korrigált élet évekről az Európai Gazdasági Térségben
- Az OECD jelentése az antibiotikum-rezisztenciáról
- Jelentés az antibiotikum-rezisztenciáról Svájcban 2018-ban

### **Egyesült Államok**

- Az amerikai félidős választások egészségügyi vonatkozásai

### **Kórházügy – Digitalizáció**

- A kórházügyi menedzsment aktuális kérdései 2018-ban – *Praxisberichte 2018* (4. rész): Digitalizáció. A digitalizáció helyzete a német kórházakban
- Polányi Károly és a digitalizáció, mint a második nagy transzformáció
- Ausztria útja az eHealth-től a Digital Health-ig

### **Confoederatio Helvetica**

- Az ellátórendszer finanszírozása és költségei Svájcban az új kórházfinanszírozás bevezetése óta (2. rész): A kórházi fekvőbeteg szolgáltatások finanszírozása; Eredmények

### **Gyógyszer, orvostechnika**

- *Medica 2018*

### **Hivatásrend**

- Elégedettségi felmérés az európai orvosok körében
- Felmérés a házi orvosok helyzetéről Németországban 2015-ben

### **Personalia**

- Frank-Ulrich Montgomery, az Európai Orvosok Állandó Bizottságának új elnöke

### **Melléklet**

- Az ellátórendszer finanszírozása és költségei Svájcban az új kórházfinanszírozás bevezetése óta – egységes szerkezetben

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

## ***Global Burden of Disease Study (GBD) 2017***

The Lancet, Published: 10 November 2018,

DOI: [10.1016/S0140-6736\(18\)32858-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32858-7)

**Kulcsszavak:** globális egészségügy, *Global Burden of Disease Study 2017*

**Forrás Internet-helye:** <https://www.thelancet.com/gbd> ;  
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)32858-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)32858-7/fulltext) ;  
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31891-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31891-9/fulltext) ;  
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)32203-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)32203-7/fulltext) ;  
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)32278-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)32278-5/fulltext)

A „*Global Burden of Disease Study*“ összeállítását az 1990-es évek elején a *Harvard University*, az Egészségügyi Világszervezet és a Világbank kezdeményezte. A kétévente megismételt projektben több mint 3.500 kutató vesz részt, a világ több mint 140 országából.

*Christopher Murray (University of Washington, Institute for Health Metrics and Evaluation, Seattle) és mt.* jelentése első alkalommal vizsgálta az egészségügyi személyzet „népsűrűségét”. A vizsgált 195 ország alig fele biztosítja a megfelelő ellátást biztosító egészségügyi személyzetet, ami azt jelentené, hogy 10.000 lakosra 30 orvosnak, 100 ápolónak és szülésznek és öt gyógyszerésznek kellene jutnia. 92 országban 10.000 lakosra kevesebb mint 10 orvos jut. Az országok értékelésére egy 0 és 100 pont közötti skálán került sor.

A 2017-ben bekövetkezett 56 millió haláleset több mint fele megelőzhető tényezőkkel függött össze: magas vérnyomás, dohányzás, vércukorszint, túlsúlyosság. 1990. óta mind a négy tényező jelentősége

növekedett. A konfliktusok és terrorcselekmények halálos áldozatainak száma megduplázódott. Ezzel szemben kevesebben betegedtek meg és haltak meg szennyezett víz, rossz higiéniai körülmények és légszennyezés miatt.

A férfiak születéskor várható élettartama 1950. óta 48,1 évről 70,5 évre, a nőké 52,9 évről 75,6 évre növekedett. A születéskor várható élettartam 2017-ben 49,5 év (férfiak, Közép-Afrikai Köztársaság) és 87,6 év (nők, Szingapúr) között ingadozott.

A születéskor várható élettartam globális viszonylatban 1950. óta átlagosan növekedett, de regionálisan és nemek szerint jelentős különbségek mutatkoznak. A 2017-ben született lányok várható élettartama a 195 ország közül 180-ban magasabb lesz, mint a fiúké: a lányoké átlagosan 75,6 év, a fiúké 70,5 év. Összehasonlításként: a születéskor várható élettartam a gazdag Németországban ugyanebben az évben hét évvel magasabb: a lányoké 83 év, a fiúké 78,2 év.

Jelentős előrelépésre került sor a csecsemőhalálozás vonatkozásában. 1950-ben 1.000 élveszülésre 216,0, 2017-ben 38,9 haláleset jutott. A halálozás viszont az öt éven aluli gyermekek körében az Egészségügyi Világszervezet adatai szerint növekedett: 1950-ben 5,0 millió, 2017-ben 5,4 millió halálesetet regisztráltak.

A termékenységi ráta jelenleg Nigerben 7,1, Csádban 6,7, kilenc további szubszaharai országban és Afganisztánban több mint 5. Jelenleg a háborúk és konfliktusok ellenére 102 országban megy végbe „*Baby-Boom*“, ami a lakosság növekedéséhez vezet.

A kutatók összességében aggasztónak ítélték meg az egészség állapot globális fejlődését. A globális adatok szerint az előrelépés lelassult, a részletes eredmények felszínre hozzák a fejlődés egyenetlenségeit. Az egészségügyi kockázatok világviszonylatban való csökkentéséhez és az egészségügyi ellátás javításához nagyobb erőfeszítésekre lesz szükség.

*A halálozások és a születéskor várható élettartam alakulása 1950 és 2017 között*

*Global, regional, and national age-sex-specific mortality and life expectancy, 1950–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017*

Egészségügyi Világszervezet

Global Health Metrics

Lancet, Vol 392. November 10, 2018 (2018;392:1684–1735.)

**Kulcsszavak:** globális egészségügy, népegészségügy, halálozások, születéskor várható élettartam, Global Burden of Disease Study 2017, Global Health Metrics, Egészségügyi Világszervezet

**Forrás Internet-helye:** <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2818%2931891-9>

*Christopher Murray (University of Washington, Institute for Health Metrics and Evaluation, Seattle) és mt.* tanulmánya szerint a születéskor várható élettartam 1950 és 2017 között globálisan 50%-kal növekedett.

Az Egészségügyi Világszervezet kutatócsoportja a *Global Burden of Disease Study 2017* keretében 8.200 forrást értékelt, feldolgozta a hivatalos statisztikák, vizsgálatok és regiszterek eredményeit.

### **Eredmények**

- A születéskor várható élettartam 1950-ben nőknél 52,9 év, ami a mai újszülöttek számára elérte a 75,6 évet. Férfiaknál a születéskor várható élettartam 48,1 évről 70,5 évre növekedett. A nők élettartama öt évvel hosszabb a férfiakénál, a különbség azonban mérséklődött.
- Országok közötti különbségek: egy ma a Közép-Afrikai Köztársaságban születő fiúgyermek kevesebb mint 50 életévre számíthat, egy Szingapúrban születő lány 88 évre.
- Előrelépés az öt év alatti gyermekek halálozása területén: Ez globálisan 1.000 elveszülésre 1950. óta 216-ról 39-re csökkent.
- Az újszülött fiúk születéskor várható élettartama Nyugat-Európában jelenleg 79,5 év, a lányoké 84,2 év. Európában a férfiak születéskor várható élettartama Svájcban (82,1 év), a nőké Spanyolországban (85,8 év) a legmagasabb
- A születéskor várható élettartam Kelet-Európában férfiaknál 66,4 év, nőknél 77,2 év.
- Az évente bekövetkező halálesetek száma 1950. óta a lakosság lélekszámának 2,6 milliárdról 7,6 milliárdra való növekedése ellenére nem sokat növekedett. A legtöbb halálozás (62 millió) 1960-ban következett be, ami a nagy kínai éhínségnek volt tulajdonítható. A jelenlegi halálozási ráta évente 55 millió.

***Az antibiotikum-rezisztencia elleni küzdelem világhete (2018. november 12-18.) –***

***World Antibiotic Awareness Day***

***Európai Antibiotikum Nap (2018. november 18.)***

Egészségügyi Világszervezet –

Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ (ECDC)

**Kulcsszavak:** globális egészségügy, népegészségügy, antibiotikum, antibiotikum-rezisztencia, Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ, European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), Egészségügyi Világszervezet

**Forrás Internet-helye:** <http://www.who.int/who-campaigns/world-antibiotic-awareness-week> ; <https://antibiotic.ecdc.europa.eu/hu/naprol/az-ecdc-szerepe> ; <https://antibiotic.ecdc.europa.eu/en/about> ; <https://ecdc.europa.eu/en/news-events/european-antibiotic-awareness-day-2018>

***Az Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ (ECDC) 2008-ban elhatározta, hogy november 18-át Európai Antibiotikum Nappá nyilvánítja.*** 2015-től az Egészségügyi Világszervezet égisze alatt kerül sor az ***Antibiotikum Világhétre***, amelyet az Európai Antibiotikum Nap is támogat.

Azt követően, hogy az Európai Unió Tanácsa 2001. novemberében elfogadta az antimikrobiális szereknek a humán orvostudományban való körültekintő alkalmazásáról szóló ajánlást – amely kimondta, hogy az uniós tagállamoknak tájékoztatniuk kell a lakosságot az antimikrobiális szerek körültekintő alkalmazásának fontosságáról –, és miután néhány nemzeti kampány (például Belgiumban és Franciaországban) sikert aratott, az Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ (ECDC) 2008-ban elhatározta, hogy november 18-át Európai Antibiotikum Nappá nyilvánítja, amely platformként szolgál a régióban megrendezendő nemzeti kampányok támogatásához.

A témával kapcsolatos tevékenységekre az ECDC antimikrobiális rezisztenciával és egészségügyi ellátással összefüggő fertőzésekkel foglalkozó programja keretében kerül sor. Az ECDC fő tevékenységi körébe tartozik a felügyelet, a járványügyi felderítés, bizonyítékokon alapuló iránymutatás és rendszeres felülvizsgálatok kidolgozása, képzés, támogatás az uniós tagállamok számára. Az ECDC ezenkívül létrehozta és rendszeresen frissíti az online források jegyzékét az antimikrobiális rezisztencia és az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések megelőzéséhez és leküzdéséhez, hogy támogatást nyújtson azon uniós tagállamoknak, amelyeknek nemzeti iránymutatást kell kidolgozniuk.

2008 óta számos egészségügyi és szakmai szervezet, valamint az Európai Bizottság és az Egészségügyi Világszervezet Európai Regionális Irodája együttműködik az Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központtal a tájékoztató anyagok elkészítésében és a célközönséget – a lakosságot és a kórházi szakembereket – érintő tevékenységek megtervezésében. Az Európai Antibiotikum Nap keretében 2008 óta több mint 43 európai országban rendeztek kampányokat.

***Az ECDC tanulmánya az antibiotikumokkal szemben rezisztens baktériumok okozta fertőzések miatti halálozásokról és egészségkárosodással korrigált élet évekről az Európai Gazdasági Térségben***

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)

Lancet Infectious Diseases, Published: November 05 2018

(2018; doi: 10.1016/S1473-3099(18)30605-4)

**Kulcsszavak:** népegészségügy, infektológia, fertőzés, halálozás, egészségkárosodással korrigált életévek, DALY, antibiotikum-rezisztencia, multirezisztens baktériumok, Európai Betegségmegelőzési és Járványügyi Központ, ECDC, Európa

**Forrás Internet-helye:**

[https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(18\)30605-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(18)30605-4/fulltext) ;  
<https://ecdc.europa.eu/en/news-events/33000-people-die-every-year-due-infections-antibiotic-resistant-bacteria>

**Alessandro Cassini (European Centre for Disease Prevention and Control – ECDC) és mt.** tanulmánya szerint Az **Európai Gazdasági Térségben (Európai Unió és Európai Szabadkereskedelmi Társulás)** országaiban 2015-ben több mint 670.000 személy szenvedett antibiotikumokkal szemben rezisztens csírák miatti fertőzést, akik közül 33.000 belehalt a fertőzésbe, az egészségkárosodással korrigált életévek (*Disability-Adjusted Life Years - DALY*) száma 875.000. A halálesetek száma Olaszországban 10.762, Franciaországban 5.543 volt. A fertőzések 63,5%-ára orvosi kezelés során került sor.

Az elemzés az **Antimicrobial Resistance Surveillance Networks (EARS-Net)** 2015. évi adatain alapult. Az ECDC szerint a halálesetek száma 2007. óta növekedik.

A lakosságra kivetítve 100.000 lakosra 197 egészségkárosodással korrigált életév jutott. Ez nagyjából megfelel az influenza, tuberkulózis és AIDS-fertőzések okozta kombinált betegségtehernek, amelyek vonatkozásában egy másik tanulmány szerint 100.000 lakosra 183 egészségkárosodással korrigált életév jött ki.

A fertőzések kétharmada nozokomiális jellegű; az egészségkárosodással korrigált életéveknek viszont kétharmada ilyen (100.000 lakosra 183-ból 127).

A legveszélyeztetettebbek az újszülöttek és egy éven aluli gyermekek. A szerzők 100.000 főre 2.000 egészségkárosodással korrigált életévet számítottak ki. A nagyobb gyermekek és fiatal felnőttek kevésbé veszélyeztetettek. Időskorban a ráta ismét növekedik: 100.000 lakosra 500.

Az egészségkárosodással korrigált életévek száma: Görögországban 100.000 lakosra 500, Németországban a 80-at sem éri el. Izlandból 2015-ben mindössze 27 eset és egy haláleset bejelentésére került sor.

***Az OECD jelentése az antibiotikum-rezisztenciáról***  
***OECD Health Policy Studies. Stemming the Superbug Tide (220 p.)***

Organisation for Economic Co-operation and Development, (OECD), Nov 07 2018

**Kulcsszavak:** népegészségügy, gyógyszer, antibiotikum. antibiotikum-rezisztencia, Organisation for Economic Co-operation and Development) OECD

**Forrás**     **Internet-helye:**     [https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/stemming-the-superbug-tide\\_9789264307599-en#page1](https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/stemming-the-superbug-tide_9789264307599-en#page1) ,  
<http://www.oecd.org/newsroom/stopping-antimicrobial-resistance-would-cost-just-usd-2-per-person-a-year.htm> ;  
<http://www.oecd.org/health/stemming-the-superbug-tide-9789264307599-en.htm>

A ***Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet (Organisation for Economic Co-operation and Development – OECD)*** jelentése szerint 2015 és 2050 között a multirezisztens csírák okozta fertőzések Európában, Észak-Amerikában és Ausztráliában 2,4 millió emberéletet követelhetnek. Négy haláleset közül három egészen egyszerű higiéniai eljárásokkal, mint a kézmosás, valamint az antibiotikumok körültekintőbb felírásával megelőzhető lenne.

A 36 tagállam magas egy főre eső jövedelemmel, fejlett egészségügyi rendszerrel megfelelő gazdasági eszközökkel rendelkezik az antibiotikum-rezisztenciák terjedésének megfékezéséhez. Mindaddig azonban a kormányok nem tudtak dűlőre jutni a fenyegető veszéllyel szembeni határozott közös fellépésről.

A fertőzések elsősorban Dél-Európát sújtják. Az előrejelzés szerint a legmagasabb halálozási ráta Olaszországban, Görögországban és Portugáliában várható. A halálesetek abszolút száma az Egyesült Államokban, Olaszországban és Franciaországban lesz a legmagasabb. Az OECD csak az Egyesült Államokban évente 30.000 rezisztens csírák okozta halálesettel számol.

Az egyes országok között jelentős különbségek tapasztalhatók. A jelentés szerint Törökországban, Dél-Koreában és Görögországban az összes fertőzés 35%-a rezisztens kórokozónak tulajdonítható – hétszer annyi, mint Izlandon, Hollandiában és Norvégiában (ahol a legalacsonyabb értéket mérik, 5%-ot).

A helyzet az OECD-n kívül: Indonéziában, Brazíliában és Oroszországban a fertőzések 40-60%-át már most rezisztens csírák okozzák. A rezisztencia rátája e három országban 2030-ig négyszer-hatszor gyorsabban fog növekedni, mint az OECD-országokban.

Az OECD által javasolt intézkedésekbe fektetendő beruházások egy éven belül meghoznák eredményeiket és ezt követően minden egyes befektetett USD 1,5 USD megtakarítást eredményezne. Az összes OECD országra kivetítve ez évente 4,8 milliárd USD-t tenne ki.



***Jelentés az antibiotikum-rezisztenciáról Svájcban 2018-ban***  
***Swiss Antibiotic Resistance Report 2018***

Schweizerisches Zentrum für Antibiotikaresistenzen (Anresis), Nov. 2018 (197 p.)

**Kulcsszavak:** népegészségügy, gyógyszer, antibiotikum, antibiotikum-rezisztencia, Schweizerisches Zentrum für Antibiotikaresistenzen, Anresis, Svájc

**Forrás Internet-helye:** <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-antibiotikaresistenzen-schweiz/umsetzung-star-menschueberwach.html>

A *Schweizerisches Zentrum für Antibiotikaresistenzen (Anresis)* adatai szerint Svájcban évente 300 ember hal bele az antibiotikumokkal szemben rezisztens baktériumok okozta fertőzésekbe (Európában: 33.000).

A jó hír, hogy az antibiotikum-fogyasztás Svájcban csökken. Ambuláns kezeléseknél öt százalékkal kevesebb antibiotikumot alkalmaznak, mint tíz évvel korábban, sőt a kórházakban tíz százalékkal kevesebbet fogyasztanak. 2017-ben a házi orvosoknál 1.000 konzultáción 29 esetben írtak fel antibiotikumot. Néhány évvel korábban még 40 esetben írtak fel antibiotikumot.

Csökcent az antibiotikumok állatorvosi alkalmazása. Az eladott antibiotikumok száma tíz év alatt felére csökkent. A jelentés szerint ez összefügg azzal, hogy kevesebb takarmányt adtak el, amelyekbe előzetesen antibiotikumot keverték.

A rossz hír, hogy az antibiotikum-rezisztenciák tovább növekednek. A rezisztenciák növekedése nincs egyenes arányban az antibiotikum-fogyasztás csökkenésével. Erre még néhány évig várni kell.

A halálozások és fertőzések statisztikája: 2015-ben Svájcban 276 antibiotikumokkal szemben rezisztens baktériumok miatti haláleset következett be és 7.156 fertőzésre került sor.

Az *Anresis* az *Európai Antibiotikum-rezisztencia Surveillance (European Antimicrobial Resistance Surveillance Network – EARS-Net)* módszerét alkalmazta, amelynek jelentése szerint az antibiotikumokkal szemben rezisztens kórokozók 30 európai országban 33.000 halálos áldozatot követeltek.

***A svájci szövetségi kormány három éve fogadta el az antibiotikum-rezisztenciák elleni nemzeti stratégiát.***

Az *Anresis* jelentésével egyidejűleg került sor a Szövetségi Egészségügyi Hivatal és több szövetségi intézmény és hivatal közös **„rezisztencia-jelentésének”** közzétételére. A két dokumentum: **„Strategie Antibiotika-Resistenzen”** (2015) és a **zárójelentés** (02. 07. 2018.): <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-antibiotikaresistenzen-schweiz.html>

Az államszövetség négyéves kampányt indít a lakosság felvilágosítása céljából, amelyre évente 1,1 millió CHF-et fordít.



***Az amerikai félidős választások egészségügyi vonatkozásai***

The Atlantic, NOV 2, 2018; Bloomberg, November 2, 2018

Ernst & Young, EZ Health Webcast, 6 November 2018

**Kulcsszavak:** egészségügy, Obamacare, Medicare, Medicaid, Donna Shalala, Nancy Pelosi, Barack Obama, Donald Trump, Egyesült Államok

**Forrás Internet-helye:**

<https://www.theatlantic.com/ideas/archive/2018/11/healthcare-midterm-elections-trump/574780/> ; <https://www.bloomberg.com/graphics/2018-what-the-midterm-campaign-looks-like-in-your-hometown/> ; [https://www.ey.com/gl/en/issues/webcast\\_2018-11-16-1600\\_us-midterm-elections-implications-and-whats-next-for-health-care](https://www.ey.com/gl/en/issues/webcast_2018-11-16-1600_us-midterm-elections-implications-and-whats-next-for-health-care)

A amerikai félidős választásokon a Szenátusban a demokraták 46 (+2), a republikánusok 51 (-2), a Kongresszusban a demokraták 225 (+30), a republikánusok 197 (-30) mandátumot szereztek. 36 államban kormányzókat is választottak: 19 helyen demokrata, 23 helyen republikánus jelölt nyert. A demokraták nyolc kormányzói helyet hódítottak el a republikánusoktól.

***A félidős választásokkal egyidejűleg több egészségüggyel összefüggő helyi szavazásra is sor került:*** egyebek között a társadalombiztosítás szabályairól, a terhességmegszakításról, a marihuána legalizálásáról, a dialízis térítéséről, az ápolónők munkakörülményeiről.

A ***Google felmérése*** szerint a választási kampány legfontosabb témája a demokraták által előtérbe helyezett egészségügyi ellátás lett. A republikánusok fő választási témája a migráció volt. A kampány öt legfontosabb témája között szerepelt a terhességmegszakítás és a társadalombiztosítás.

Számos szakértő szerint a félidős választás egyben a ***Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA)*** jövőjéről szóló szavazás is volt. A 2010-ben Barack Obama elnök törekvései eredményeként elfogadott törvény „***Obamacare***” néven vonult be a köztudatba. Ennek értelmében, amennyiben munkaadója részéről nem rendelkezik biztosítással, minden amerikai állampolgár köteles egészségbiztosítást kötni. Mindaddig Donald Trump és a republikánusok minden erőfeszítése sem volt elegendő a törvény hatályon kívül helyezéséhez, vagy legalább döntő kitételeinek reformálásához. A választási siker most ösztönzést nyújt a demokratáknak a törvény megvédésére.

Az alacsony jövedelműek, gyermekek, időskorúak és fogyatékkal élők részére működtetett *Medicaid (Medical Assistance)* egészségügyi gondoskodási program ugyancsak a választási kampány középpontjában állt. Mivel a *Medicaid*-programok alakítása a szövetségi államok hatáskörébe tartozik, a republikánus és demokrata képviselők sajátos álláspontokat követtek. Egyes szövetségi államokban népszavazást tartottak a *Medicaid* fenntartásáról. Az előzetes eredmények szerint három államban a program kiterjesztésére kerül sor.

További népszavazásokat tartottak a marihuána legalizálásáról és a terhességmegszakításról. Ezek eredményeként Missouriban legalizálják, Utahban orvosi célokra engedélyezik a marihuánát. Ezzel szemben Észak-Dakota államban továbbra is tiltott marad. A terhességmegszakításra vonatkozóan Alabamában és Nyugat-Virginiában a választók alkotmánymódosítást szavaztak meg, miszerint korlátozzák a terhességmegszakításhoz való jogot, Oregonban ezzel szemben a választók kétharmada leszavazta a konzervatív körök kezdeményezését, miszerint csökkenteni kellene a terhességmegszakítás állami támogatását.

Kaliforniában a választók a „*Prop 8*“ *állampolgári kezdeményezésről* foglaltak állást, amely szerint maximálni kellene a dialízis-kezelések költségtérítését. Miután a kezdeményezés kudarcot vallott, a számos dialízis-terméket és szolgáltatást nyújtó *Fresenius Medical Care* részvényei az egekbe szöktek.

Massachusetts-ben az ápolószövetség kezdeményezésére szavazásra került sor arról, hogy szabják meg az egy ápoló által egyidejűleg ellátott betegek maximális számát. Ezt a választók 70%-a elutasította.

***Alexandria Ocasio-Cortez (New York) és Abby Finkenaue (Iowa) az új Képviselőház legfiatalabb képviselői.*** Mindketten 29 évesek és mindketten egészségügyi témákat képviseltek a választási kampányban. Finkenaue a terhességmegszakítás korlátozások nélküli engedélyezése, Ocasio-Cortez a minimálbér jogszabályban való rögzítése mellett lépett fel. [Pénzügyi és lakhatási problémáiról a magyar médiák is beszámoltak.]  
[[https://en.wikipedia.org/wiki/Alexandria\\_Ocasio-Cortez](https://en.wikipedia.org/wiki/Alexandria_Ocasio-Cortez) ;  
[https://en.wikipedia.org/wiki/Abby\\_Finkenaue](https://en.wikipedia.org/wiki/Abby_Finkenaue) ]

***Jared Polis, Colorado állam kormányzója,*** aki nyíltan felvállalja homoszexualitását, az egészségbiztosítás, az ingyenes iskolai oktatás témáival kampányolt. Követelte továbbá, hogy a közeljövőben az energiaellátásra minden

szövetségi államban 100%-ban megújuló energiaforrásokból kerüljön sor.  
[[https://en.wikipedia.org/wiki/Jared\\_Polis](https://en.wikipedia.org/wiki/Jared_Polis) ]

A félidős választás feltűnő színfoltja, a nők tömeges választási részvétele és a női jelöltek sikere. A választások eredményeként 99 nő jutott be a Képviselőházba.

A választások előtti napokban Donald Trump elnök is megszólalt bizonyos egészségügyi és szociálpolitikai kérdésekkel kapcsolatban. A pártok közötti együttműködés lehetőségeként említette a gyógyszeripari cégekhez való viszonyulást. Trump akciótervet helyezett kilátásba a magas gyógyszerárakkal szemben. Szemei előtt egy olyan megoldás lebeg, hogy a *Medicare* állami betegbiztosító által fizetendő gyógyszerárak egy újonnan kidolgozandó nemzetközi referenciaindexhez igazodjanak.

***Nancy Pelosi (Demokrata Párt) aki ismét a Képviselőház szóvivője lesz*** (2007 és 2011 között már betöltötte ezt a pozíciót), a választás napján tartott beszédében hangsúlyozta, hogy számára a gyógyszerárak témája a legmagasabb prioritás. Itt az ideje, hogy a kormány és Mitch McConnell szenátor hagyjon fel a *Medicare*, a *Medicaid* és az *Affordable Care Act (Obamacare)* elleni támadásokkal.

***Lauren Underwood, egy 32 éves színesbőrű ápolónő*** Illinois államban legyőzött egy igazán veterán republikánust, Randy Hultgren-t, aki már négy ciklust töltött el a Kongresszusban. [ <https://www.underwoodforcongress.com/> ]

Az egészségügyi témák dominanciáját jelzi, hogy egy prominens egészségpolitikus is bejutott a képviselőházba, aki kiemelkedő szerepet játszott az *Obamacare* elfogadásában és a *Medicaid* fejlesztésében. ***Képviselői mandátumot szerzett Donna Shalala, a Clinton-adminisztráció egykori egészségügyi minisztere***, aki a választási kampányban az alacsony jövedelműek egészségügyi ellátása területén kilátásba helyezett megszorítások ellen lépett fel.

***Donna Edna Shalala*** (Sz. 1941. február 14.) amerikai politikus. 1993-2001.: A Clinton-kormányzat egészségügyi minisztere; 2001-2015.: a *University of Miami* elnöke; 1988-1993.: a *University of Wisconsin–Madison* kancellárja; 2015-2017.: a *Clinton Foundation* elnöke. Jelenleg a politikatudomány és egészségpolitika professzora (*University of Miami*). A 2018 novemberi félidős választáson a kongresszus tagjává választották. [ [https://en.wikipedia.org/wiki/Donna\\_Shalala](https://en.wikipedia.org/wiki/Donna_Shalala) ]

*A kórházi menedzsment aktuális kérdései 2018-ban (4. rész)*  
*Praxisberichte – Zu aktuellen Fragen des Krankenhausmanagements 2018.*  
*Projekte Positionen Perspektiven*  
Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V., (VKD)

**Kulcsszavak:** kórházügy, kórházi menedzsment, digitalizáció, Németország

*A kiadvány nem érhető el Interneten, de azt a Német Kórházigazgatók Szövetsége érdeklődés esetén elektronikus vagy nyomtatott verzióban rendelkezésre bocsátja.*

*Digitalizáció*  
*A digitalizáció helyzete a német kórházakban*

*A német kórházak 25%-a nem rendelkezik eHealth-stratégiával.*

Mostanság minden a digitalizációról szól. A kórházak számára ez jelentős minőségi ugrással kecsegtet. A digitalizáció a kórházügy területén azt jelenti, hogy a kórház falain belül az összes kezelési és ellátási folyamatra, ill. a szektorok határain túl mindenre az információtechnológia támogatásával kerül sor. Ennek során a közvetlen betegellátás számára magas haszonnal rendelkező projektek rendelkeznek prioritással. Ez irányban jelentős lépést jelent az elektronikus betegdokumentum bevezetése. Fontosak továbbá a döntéshozatalt segítő kórházi információs rendszerek és a digitális betegdokumentáció, akárcsak az orvosi adatok mobil terminálokra való megjelenítése és feldolgozása. A jövőben egyre jelentősebbé válnak a betegeket közvetlenül a kezelési folyamatba bevonó rendszerek. A szigorú adatvédelmi rendelkezések folytán a betegek adatainak biztonsága az információtechnológia minden területén egyre nagyobb jelentőségre tesz szert.

Egy dologban biztosak lehetünk: az izolált információtechnológiai megoldások ebben az értelemben még nem azonosak a digitalizációval. Olyan folyamatokról van szó, amelyek lehetővé teszik a betegek adatainak tértől és időtől függetlenül a megfelelő felhasználói felületen az összes jogosult részére való elérhetőségét. A *Kórházi Információtechnológiai Vezetők Szövetségi Egyesülése (Bundesverband der Krankenhaus-IT-Leiterinnen/Leiter – KH-IT e.V.)* 2017-ben közzétett körlevele (<http://bit.ly/2mi6Ult>) szerint ebben az összefüggésben a szolgáltatási folyamatokat a feldolgozás minden szintjén rugalmas elektronikus *workflow*-k segítik.

*Nemzetközi összehasonlításban Németország az egészségügyi rendszer digitalizációja tekintetében korántsem áll élenjáró helyen.*

***A McKinsey tanácsadó cég tavaly felmérést tett közzé a digitalizáció helyzetéről a német kórházakban.*** 2016-ban és 2017-ben a digitalizáció állapotáról és potenciáljairól kérdezték a kórházak főigazgatóit, orvosigazgatóit és gazdasági igazgatóit. A felmérésben a kategóriájában legrelevánsabb 200 kórház és fenntartó, ill. 76 kórházi vezető vett részt. A reprezentatív jelleget a különböző fenntartói struktúrák (állami: 42%, közhasznú társasági: 33%, privát: 25%) és különböző méretű kórházak (kevesebb mint 200 ágy: 21%, 200-499 ágy: 38%, több mint 500 ágy: 41%) arányossága biztosította.

A megkérdezett igazgatók 85%-a szerint a digitalizáció érettsége és minősége nem elégséges. Egyetlen megkérdezett sem válaszolta, hogy kórházában a digitalizáció érettsége és minősége magasszintű lenne. A betegdokumentum teljes mértékű digitalizációja egyetlen kórházban sem történt meg. Mindeddig mindössze a szolgálati beosztásokat és az ételszállítás megrendelését digitalizálták. A kórházi vezetők arról számoltak be, hogy intézményükben kiépítették a vezeték nélküli hálózatot (WLAN), a kórházi információs rendszert pedig további komponensekkel egészítették ki.

A kórházláncok vezetői közül többen válaszolták, hogy eddig mindössze kísérleti projektekre került sor az egyes telephelyeken, amelyeket majd kiterjesztenek a kórházlánc egészére. Létrejött néhány kísérleti projekt a telemedicina területén.

A kórházak természetesen a digitalizáció számos eszközével élnek. Léteznek digitális szigetek szórványos megoldások, helyi kezdeményezések, sőt teljesen digitalizált kórházak, mint a hamburgi, aacheni és münsteri egyetemi klinikák. Egyes kórházi vállalkozások, mint az *Agaplesion* keresztény kórházi konzern, már hosszabb ideje intenzív digitalizációs stratégiát követnek. ***A többek között a Német Kórházigazgatók Szövetsége által alapított „döntéshozók gyára” (ENTSCHEIDERFABRIK)*** már több mint 12 éve meghirdette az év információtechnológiai kulcstémája versenyt és ezzel folyamatosan lökést ad az újabb és újabb projekteknek. Mindez azonban még nem teljesíti azokat a követelményeket, amelyek az egészségügyi ellátás minden területén egy kompatibilis és használható digitális infrastruktúrával szemben támasztandók. A digitalizáció által nyújtott minőségi többlet a kórházon belüli összes terület hálózatba szerveződésében, valamint kifelé, a többi érintettel való hálózatba szerveződésben áll. A határok nem felelnek meg a digitális infrastruktúra lényegének.

### **Peter Asché**

Vizepräsident des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands,

Sprecher des IuIG-Initiativ-Rates der ENTSCHEIDERFABRIK,

Kaufmännischer Direktor der Uniklinik RWTH Aachen

E-mail: [pasche@ukaachen.de](mailto:pasche@ukaachen.de) ; Telefon: +49 241 8088001

**Hans-Jürgen Urban:**  
**Polányi Károly és a digitalizáció, mint a második nagy átalakulás**  
A&W Blog 31. Oktober 2018

**Kulcsszavak:** digitalizáció, Polányi Károly, nemzetközi

**Forrás Internet-helye:** [https://awblog.at/digitalisierung-als-zweite-grosse-transformation/?utm\\_source=newsletter&utm\\_medium=email&utm\\_campaign=LAZARUS++Care-Letter+Nr.+569+%28Zweitversand%29](https://awblog.at/digitalisierung-als-zweite-grosse-transformation/?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=LAZARUS++Care-Letter+Nr.+569+%28Zweitversand%29) ,

**Armin Thurnher: A kapitalizmus átalakulása? Polányi Károly újrafelfedezése (A&W blog, 24. Oktober 2018:** <https://awblog.at/transformation-kapitalismus/> ;

**Polányi Károly:** [https://hu.wikipedia.org/wiki/Pol%C3%A1nyi\\_K%C3%A1roly](https://hu.wikipedia.org/wiki/Pol%C3%A1nyi_K%C3%A1roly)  
**A nagy átalakulás (szkennelt):**

<https://www.scribd.com/doc/142526968/Polanyi-Karoly-A-nagy-atalakulas-Korunk-gazdasagi-es-politikai-gyokerei>

**Polányi Károly életműve reneszánszát éli.** A nagy transzformációról szóló elemzése bevonult a gazdaságtörténet klasszikusai közé, de a mai kapitalizmus értelmezésében is segítségünkre lehet. Nem utolsósorban a sokat vitatott digitalizációéban.

A digitalizáció újabb ökonomizálódási és racionalizálási impulzust ad a társadalomnak, amely kettős struktúraváltozást gerjeszt: a munka átalakulását a munkafolyamatok és a munkaszervezet átalakulása értelmében és ezzel egyidejűleg a szociális szabályozás átalakulását.

A piac által vezérelt folyamatként, miként azt Polányitól is tudhatjuk, a digitalizáció előmozdíthatja a munka kiszabadítását a munkajog és a szociális jog szorításából. Ezzel kezdetét veszi a neoliberális deregulációs és privatizációs politika. A társadalom számára káros ellenhatások leküzdéséhez egy Polányi-féle ellenmozgásra lenne szükség. Ez ellensúlyozná a felülről végbemenő digitalizációt és a jóléti állam leépítését, mégpedig egy alulról végbemenő munkapolitikai humanizáció és a munkát védő intervenciós jogok újjáépítése révén.

Könnyű ezt mondani! A digitalizáció nem követ technikai szükségszerűségeket. Átalakulása szociális konfliktusok, átalakulási konfliktusok keretében megy végbe. Az, hogy a digitális forradalom tőkeorientált racionalizálásként valósul-e meg, avagy technikai potenciáljai a munka humanizálása érdekében aktiválhatók, ilyen konfliktusok során dől el.



*Michaela Endemann – Christian F. Freisleben:  
Ausztria útja az eHealth-től a Digital Health-ig*

Das österreichische Gesundheitswesen, 59. Jg. (2018 ) 11, 18-21. p.

**Kulcsszavak:** eHealth, digitalizáció, Digital Health, ELGA, Ausztria

**Csak nyomtatásban (Reg.-Rat Josef Hradsky jóvoltából)**

A „*Das österreichische Gesundheitswesen*” c. szakfolyóirat 2007-ben cikksorozatot indított az eHealth ausztriai bevezetéséről, amely most századik részéhez érkezett.

2008. óta minden az elektronikus betegdokumentumról („*ELGA – elektronische Gesundheitsakte*”) szólt. Akkor a szövetségi tartományok kórusban állították, hogy ők mindenre készen állnak. Ehhez képest 2018 augusztusában csak minden tizedik osztrák döntött az opt-out variáns mellett. Ez a biztosítottak 3,22%-a, mindössze 282.000 személy. Egy 2014-ben készített felmérés szerint a megkérdezettek 12%-a kilépett volna a rendszerből, ami nem utolsósorban az orvosi kamara sokéves negatív kampányának tulajdonítható.

A cikksorozat a hazai helyzet pangása miatt 2010-ben nemzetközi kitekintést tett. Ismertette az eHealth helyzetét pl. Hollandiában, Svájcban Dániában, Spanyolországban és Szlovákiában. Az olvasók megismerhették más országok előrelépését, vagy éppen Németország szenvedését az elektronikus egészségügyi kártya bevezetésével.

A sorozat több alkalommal visszatért a közösségi médiákra, az internetes tájékozódásra. Ausztriában „*Patientengezwitscher*” címmel külön jelentés jelent meg a betegek közötti csetelésről.

2015-2016-ban előtérbe kerültek az alkalmazások kérdései, a biztonság, a jelszavak, a dolgok Internetje.

A folyamatot végül is a politika szabja meg, amelynek meg kell teremtenie a nemzeti keretfeltételeket, mint az a *telemonitoring-keretirányelv* elfogadásával sikeresnek látszik.

**A szerzők:**

**Michaela Endermann**

[endermann@schaffler-verlag.com](mailto:endermann@schaffler-verlag.com)

**Mag. Christian Freisleben**

[freisleben@schaffler-verlag.com](mailto:freisleben@schaffler-verlag.com)

**Sonia Pellegrini – Sacha Roth:**  
***Az ellátórendszer költségei és finanszírozása Svájcban***  
***az új kórházfinanszírozás bevezetése óta (2. rész):***  
***A kórházi fekvőbeteg szolgáltatások finanszírozása;***  
***Eredmények***

Office fédéral de la santé publique (OFSP)  
Neuchâtel, November 2018 (76 p.)

**Kulcsszavak:** kórházügy, költségek, finanszírozás, Svájc

**Forrás Internet-helye:** <https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/evolution-des-couts-et-du-financement-dans-le-systeme-de-soins-depuis-la-revision-du> ;  
[https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2018/obsan\\_73\\_rapport.pdf](https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2018/obsan_73_rapport.pdf)

***A kórházi szolgáltatások finanszírozása***

A kötelező betegbiztosítás a finanszírozásban való részesedése tekintetében a revízió folytán valamelyest tehermentesült. 2012-ben a betegbiztosításról szóló törvény szerinti kórházi költségek 53%-át díjakból fedezték. 2016-ban 48%-át. A kötelező betegbiztosítás tehermentesülése a kantonok által adóforrásokból finanszírozott magasabb pénzügyi hozzájárulásnak tulajdonítható. Ezzel a kórházi szolgáltatások finanszírozása megközelíti a jogszabályban előírt és 2017-ben esedékessé vált elosztási kulcsot: legalább 55% a kantonok, legfeljebb 45% költség a kötelező betegbiztosítás terhére.

2012 után a kötelező betegbiztosítás kórházi szolgáltatásokra fordított költségei kevésbé erőteljesen növekedtek (2012 és 2016 között évente átlagosan +1,5%-kal). A 2005 és 2011 közötti időszakban a növekedés évente átlagosan 3,2% volt. A növekedés lelassulása azonban nem fedheti el azt a tényt, hogy a kötelező betegbiztosítás kiadásai 2011 és 2012 között erőteljesen növekedtek.

***Következtetések és előrejelzés***

Ezzel a tanulmánnyal lezárult a kórházi költségek és a finanszírozás rendszeres monitorizálása. A revízió hatásai feltehetően majd tíz év múlva fejtik ki teljes mértékben hatásukat. A legfontosabb indikátorokra vonatkozó periodikus elemzés ezzel kapcsolatban hasznos lehet. ***A költségekről és finanszírozásról szóló zárójelentés megjelenése 2019-ben esedékes.*** Ebből fog majd kiderülni, hogy mennyire sikerült elérni a revízió költségekre és finanszírozásra vonatkozó célkitűzéseit és ajánlásokat lehet megfogalmazni a rendszer jövőbeli fejlődésére vonatkozóan.

## ***Eredmények***

A költségek és a finanszírozás 2010 és 2016 között a következőképpen alakultak:

- A kórházi kiadások 2011 és 2012 között erőteljesen (két év leforgása alatt összesen +2 milliárd CHF-fel, ill. 14%-kal) növekedtek. A növekedés a teljesítményarányos esetátalányok bevezetésével, továbbá a revízió anticipációs effektusával függ össze.
- A kiadások 2013 és 2016 között évente átlagosan 3%-kal növekedtek, kevésbé erőteljesen, mint jelenleg az ambuláns ellátás területén és valószínűleg még kevésbé erőteljesen, mint a revíziót megelőző időszakban.
- Az egy esetre jutó bevétel 2013 és 2015 között konstans maradt. 2016-ban ismét növekedés jelei mutatkoztak (+0,7%).
- Az utóbbi időben a legnagyobb költségfelhajtó tényező a kórházba való beutalások számának növekedése volt (átlagosan évente +2,1% a 2013 és 2016 közötti időszakban). A volumen-növekedés az aktív ellátás területén a demográfiai folyamatokkal függ össze. A rehabilitáció és a pszichiátria területén azonban ez korántsem állítható.
- Egyes tanulmányok szerint a kórházi fekvőbeteg szolgáltatások fokozódó mértékben más ellátási területekre helyeződnek át. A szolgáltatások áthelyeződése többletköltségeket gerjeszt az ambuláns ellátás, az idős- és ápolási otthonok számára, amelyek azonban kevésbé magasak, mint az aktív kórházi szektorban. Első pillantásra ez a fejlemény az egész egészségügy tekintetében költségcsökkentő jelenségnek tűnhet. Ez azonban csak akkor áll így, ha a más területeken okozott költségnövekedés hasonlóan nagy mértékű költségcsökkenéssel jár az aktív kórházaknál.
- 2012 után a kötelező betegbiztosítás költségeinek növekedése a fekvőbeteg kórházi ellátás területén lelassult. Ezek növekedése 2012 és 2016 között évente átlagosan 1,5%, 2005 és 2011 között 3,2% volt. E folyamat értékelése során figyelembeveendő, hogy a kötelező betegbiztosításnak a kórházi szolgáltatások finanszírozásához való hozzájárulása 2012 és 2016 között az átmeneti intézkedések keretében csökkent és így korlátozta a kötelező betegbiztosítás kiadásainak növekedését.
- 2011 és 2012 között a kötelező betegbiztosítás kiadásai a kórházi szektor kiadásaihoz hasonlóan erőteljesen növekedtek (+10,1%).
- Mindennek során messzemenően sikerült megvalósítani a deficitgaranciákra és a kantonok hozzájárulásaira vonatkozó új finanszírozási szabályokat.
- Az adatminőség pozitív irányban alakult, ám még maradtak tennivalók.

[Lásd még: *Az egészségügy finanszírozása és költségei Svájcban 2016-ban (BFS), 2018. 2. sz.*]

*Medica 2018 (Düsseldorf, 2018. november 12-15.)*

**Kulcsszavak.** orvostechnika, innováció, Medica szakkiállítás és vásár, Német Kórházigazgatók Szövetsége, Dr. Josef Düllings

**Forrás Internet-helye:** [www.medica.de](http://www.medica.de) ;

[https://www.vkd-online.de/?mnd\\_article=pressrelease2793038](https://www.vkd-online.de/?mnd_article=pressrelease2793038) ;

[https://www.aerztezeitung.de/praxis\\_wirtschaft/e-health/article/975937/medica-2018-obamacare-e-health-usa-eng-](https://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/e-health/article/975937/medica-2018-obamacare-e-health-usa-eng-)

[verknuepft.html?wt\\_mc=nl.upd.AEZ\\_NL\\_NEWSLETTER.2018-11-14.E-Health.x](http://verknuepft.html?wt_mc=nl.upd.AEZ_NL_NEWSLETTER.2018-11-14.E-Health.x)

***Orvostechnikai innovációk a Medica szakkiállításon***

***Interaktív szemüveg gyengénlátó gyermekek részére:*** A szemorvosok hagyományosan ún. okklúziós terápiával, az egészséges szem leragasztásával kezelik a gyengénlátó gyermekeket. Az „*InsisT*“ projekt keretében a *Fraunhofer-Institut für Biomedizinische Technik (IBMT)* kutatói egy elektronikus megoldáson dolgoznak. Ezzel párhuzamosan kidolgoztak egy smartphone-alkalmazást is, amely lehetővé teszi a szülők számára, hogy nyomon kövessék a terápiát. Az első tesztekre 2019 második negyedében kerül sor.

***Robotok által támogatott rehabilitáció:*** A *Mirror Glove* a kezek stroke utáni rehabilitációját segíti. A 750 g súlyú kesztyű minden bizonnyal a kéz rehabilitációjára alkalmazott legkönnyebb segédeszköz.

A *SCHILLERs EASY PULSE* az újraélesztés hatékony eszköze. Ez egy hordozható, önálló készülék, amely automatikusan, változatlan ütemben és mélységben végzi a szívmasszázszt.

A *Technische Universität Darmstadt*, a japán *Kochi Health Science Center* és a kanadai *ISARA* kutatói közösen kifejlesztettek egy információtechnológiai prototípust, amely hosszú évtizedekre képes az érzékeny egészségügyi adatok biztonságos tárolására. A rendszer biztosítja, hogy függetlenül a jövőbeli adatkapacitásoktól és algoritmusoktól senki se férhessen hozzá a védett adatokhoz és ne módosíthassa azokat. A hosszútávú védelem a "*Secret Sharing*" technológiának köszönhető. Az eredeti adatállomány úgy oszlik meg a különböző szerverek között, hogy az egyes részek önmagukban értelmetlenek.

***Szinkronizált fény.*** Az *Empa* és *ETH Zürich*, valamint az *IBM Research Zürich* bemutatta, hogy az ólomhalogenid-perovszki elemeket tartalmazó kvantumpontok legújabb generációjával elegánsan és kényelmesen tetszés szerinti szuperfluorenszcencia képezhető. Ehhez a kutatók perovszki-kvantumpontokat vetítettek egy háromdimenziós rácsfelületre, amely koherens és kollektív fotonemissziót tesz lehetővé és így szuperfluorenszcenciát eredményez.

## **41. Német Kórházügyi Kongresszus – 41. Deutscher Krankenhaustag**

A **Német Kórházigazgatók Szövetsége (Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands – VKD)** a kórházügyi kongresszus társszervezője, a **Gesellschaft Deutscher Krankenhaustag (GDK)** egyik fenntartója. Ebben a minőségben a kórházszövetség számos programmal lépett fel a **Medica** szakkonferencián: egyebek között fórumra került sor a menedzserek helyzetéről, a **„döntéshozók gyára” (Entscheiderfabrik)** keretében pedig ismertették az idei öt digitalizációs projekt eredményeit.

Dr. Josef Düllings A Német Kórházigazgatók Szövetségének elnöke a kongresszus sajtókonferenciáján ismertette a VKD által kijelölt hét prioritást a jövőbeli betegellátásról:

**A komplexitás csökkentése:** A legmagasabb prioritás a komplexitás csökkentése a gyógyítás és ápolás menedzsmentje területén, elsősorban a „checklistás” gyógyítás visszafogása. A betegpénztárak részéről növekvő bizalmatlanság nyilvánul meg. A **Betegpénztárak Orvosi Szolgálatánál (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung – MDK)** jelenleg több mint 2.000 „aktatologató szakorvos” működik.

**A szakképzett utánpótlás biztosítása:** Emelni kell a beiskolázási helyek számát az orvosképzés és az ápolóképzés területén. Javítani kell az ápolók munkakörülményeit, fel kell értékelni az ápolás társadalmi szerepét, azt a nemzetközi standardokhoz kell igazítani.

**A struktúraváltozások moderálása és finanszírozása:** Az egészségügyi struktúraváltozásokat a tartományoknak kell moderálniuk és azokat magasabb pénzügyi forrásokkal kell támogatni és gyorsítani. Ez egyebek között a strukturális alap forrásainak és a tartományok egyedi támogatásokat célzó forrásainak feltöltését igényli.

**A digitalizáció állami finanszírozása:** A Német Kórházigazgatók Szövetsége szerint elmaradhatatlan a kórházi digitalizáció több évre kiterjedő állami finanszírozása és támogatása.

**A minőségbiztosítás szektorok közötti összehangolása:** Az egészségügyi közszolgáltatások megkövetelik a minőségbiztosítás minden szektorban való hasonló alakítását. Csak így biztosítható a betegek egyik szektorból a másikba történő áthelyezésének átláthatósága és a szolgáltatások költségarányos térítése.

**A kórházak, mint az egészségügyi ellátás pillérei:** Ahhoz, hogy a betegek ténylegesen újra integrált ellátásban részesülhessenek, az alapellátó szolgáltatóknak, legalábbis vidéken, teljes mértékben meg kell nyílniuk az ambuláns sürgősségi ellátás és az ambuláns szakellátás számára. A szabadfoglalkozásúak általi ellátás itt hígult fel a legerőteljesebben és itt a legnagyobbak a demográfiai és szociokulturális átalakulás okozta kihívások. Még nincs túl késő a kórházak segítségének igénybevételéhez.

**Egy minden szektorra kiterjedő független ellenőrző intézet felállítása:** A Német Kórházigazgatók Szövetsége szerint szükség lenne **a Betegpénztárak Orvosi Szolgálatának átalakítására és egy minden fenntartóra kiterjedő ellenőrző intézet felállítására**, amely a betegek érdekében minden szektorra kiterjedően végezné a szakértői felülvizsgálatokat.

## **„Medica Connected Healthcare Forum“**

**Professor Larry Friedman (University of California, San Diego – UCSD)** a „**Medica Connected Healthcare Forum**“ keretében tartott előadásában hangsúlyozta, hogy az egészségügy digitalizációjának az Egyesült Államokban sincs alternatívája.

Trump elnöknek mandátuma hátralevő részében továbbra is meg kell küzdenie Obama hagyatékával.

Az *Obamacare*-hez fűződik az Egyesült Államok eHealth-stratégiája is, amelyet továbbra is fenn kell tartani annak érdekében, hogy az ország csökkenthesse a nemzetközi szinten robbanásszerűen növekedő egészségügyi kiadásokat.

Mint Friedman kifejtette, 2009-ben az Egyesült Államok a nemzetközi pénzügyi válságra adott válaszként elfogadott egy gigantikus konjunkturális támogatási programot („**American Recovery and Reinvestment Act**“ – **ARRA**). Az ehhez kapcsolódó törvény, a **Health Information Technology for Economic and Clinical Health**“ (**HITECH-Act**) keretében pedig 34 milliárd támogatást helyezett készletbe.

Ez az amerikai egészségügy komplett digitalizálását és elektronikus hálózatba szervezését tűzi célul a tisztán teljesítményfinanszírozásról „**Value-Based Care**“ rendszerre történő átállás érdekében. Ebben a kontextusban az ellátás térítése egyebek között bizonyos minőségi kritériumokhoz kapcsolódik.

A szükséges transzparenciát és a megkövetelt teljesítmény mérhetőségét csakis a szisztematikus digitalizáció és az ellátórendszer elektronikus dokumentációja biztosíthatja.

Mindezek miatt Trump nem bújhat ki Obama árnyékából, ha csak nem rúgja fel a digitalizációról elfogadott jogszabályokat és ezzel káoszba dönti az orvosi és ápolási ellátást Amerikában.

\*

## **MEDICA MEDICINE + SPORTS CONFERENCE**

**Urs Granacher (Professur für Trainings- und Bewegungswissenschaft, Universität Potsdam)** a *Medica* sportkonferenciája keretében ismertette az utánpótlás sportolók erőnléti edzéséről szóló tanulmány eredményeit (**KINGS-Studie** – **"Krafttraining im Nachwuchsleistungssport"**).

A projekt honlapja: <https://www.uni-potsdam.de/kraftprojekt/>



## ***Elégedettségi felmérés az európai orvosok körében – Front Line of Healthcare 2018***

Bain & Company, September 05 2018. (40 p.)

**Kulcsszavak:** hivatásrend, munkaelégedettség, munkakörülmények, Európa

### **Forrás Internet-helye:**

[https://www.bain.com/contentassets/294dfad7b9f94a4bb7b3c75cd90cfa7c/bain\\_brief\\_front\\_line\\_of\\_healthcare\\_report\\_2018.pdf](https://www.bain.com/contentassets/294dfad7b9f94a4bb7b3c75cd90cfa7c/bain_brief_front_line_of_healthcare_report_2018.pdf) ;

<https://www.bain.com/insights/europe-front-line-of-healthcare-report-2018/>

A *Bain & Company nemzetközi tanácsadó cég* felmérése szerint a munkakörülményekkel való elégedetlenség az európai orvosok körében növekedett. 2016. óta a kórházi orvosok körében az elégedetlenség Franciaország kivételével mindenütt növekedett.

A német orvosok 35%-a, a britek és az olaszok 20%-a állítja, hogy nem ajánlaná munkahelyét kezelés céljából barátainak vagy ismerőseinek.

A felmérés szerint a kórházak, gyógyszeripari és orvostechinikai cégek egy meghaladott rendszerben működnek, amelyet a munkaerőhiány, a költségvetési megszorítások és elavult készülékek jellemeznek. Az orvosok nem érzik képesnek magukat az egyre előregedő lakosság ellátására és a vissza-visszatérő fertőző betegségek leküzdésére.

Az orvosok hangulata folyamatosan romlik. Két éve a status-quo-val elégedetlenek voltak, de a betegellátást segítő új struktúrák, rendszerek és digitális segédeszközök tekintetében még optimisták voltak, 2018-ban már ettől is fényévnyi távolságra kerültünk.

Az európai egészségügyi rendszerekben más tanulmányok szerint is alig kerül sor előrelépésre. Az ágazatban akadozik a betegellátás új módozatainak bevezetése, a digitális eszközöket alig alkalmazzák. Két évvel korábban még a kórházi orvosok nagy reményeket fűztek a betegadatok digitalizációja folytán bekövetkező változásokhoz. A tanulmány szerint azonban az adatelemzés mint kórházi segédeszköz az orvosok körében 45%-on stagnál, a kockázatalapú elszámolási rendszerek alkalmazása pedig egyenesen visszaesett. Ennek ellenére az orvosok 75%-a még mindig meggyőződött arról, hogy a betegadatok digitalizációja az elkövetkező öt év során hozzájárul a kezelési folyamatok javításához.

A kórházi orvosok az erőforrások hiánya mellett a döntéseikhez szükséges információk minősége miatt is aggódnak. Több mint 70%-uk nem találja elégségesnek a gyógyszergyártók és orvostechinikai cégek által szolgáltatott információkat. Az orvostechinikai beszállítók által nyújtott információkkal a kórházi beszerzők még az orvosoknál is elégedetlenebbek. Ez azért releváns, mert a kórházi beszerzéseknél az utóbbi két évben a professzionális eszközbeszerzők száma megduplázódott.

**Felmérés a házi orvosok helyzetéről Németországban 2015-ben**  
Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi)  
Zi-Praxis-Panel (ZiPP)

Pressemitteilung, Berlin, 31. Oktober 2018

**Kulcsszavak:** hivatásrend, házi orvosok, praxisok, bevétel, jövedelem, munkaidő, Németország

**Forrás Internet-helye:** [https://www.zi.de/fileadmin/images/content/PMs/Zi-PM\\_Finzen\\_Stadt\\_Umland\\_Land\\_2018-10-31.pdf](https://www.zi.de/fileadmin/images/content/PMs/Zi-PM_Finzen_Stadt_Umland_Land_2018-10-31.pdf) ;

**Táblázatok:**

[https://www.zi.de/fileadmin/images/content/PMs/Tabellen\\_Hausaerzte\\_Stadt\\_Land.pdf](https://www.zi.de/fileadmin/images/content/PMs/Tabellen_Hausaerzte_Stadt_Land.pdf)

***A Zi-Praxis-Panel (ZiPP) felmérésre évente kerül sor, 5.000 orvos megkérdezésével.***

A vidéki házi orvosi praxisok tulajdonosai 2015-ben 177.900 EUR adózás, amortizáció stb. előtti éves többletet realizáltak. A városi házi orvos-kollegák 152.600 EUR-t értek el, ami 16,6% különbséget jelent. 2015 negyedik negyedévében a vidéki házi orvosok 1.161, a városiak 1.047 beteget láttak el. A vidéki házi orvosok hetente 52,5 órát dolgoznak, két órával többet, mint a városiak (hetente 50,3 óra). Az egy munkaórára eső bruttó többlet a vidéki házi orvosoknál 73,33 EUR, 7,71 EUR-ral több mint a városi kollegáké, a különbség 12%.

Ennek ellenére a kutatók szerint a vidéki praxisok támogatása továbbra is indokolt. A vidéki házi orvosi praxisok éves többlete hosszabb munkaidővel, több sürgősségi szolgálattal és a betegek részéről magasabb elvárásokkal függ össze. A fiatal orvosok magasabb igényeket támasztanak a *Work-Life-Balance* és a családi élet vonatkozásában. Mindezek mellett a vidéken elérhető pénzügyi előnyök nem mérhetők a városi infrastruktúra nyújtotta előnyökhöz.

**Tájékoztatás:**

**Robert Deg,**

Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

E-Mail: [rdeg@zi.de](mailto:rdeg@zi.de) ; Tel: 49-30-4005 2449

[Lásd még: *A saját praxissal rendelkező orvosok gazdasági helyzete, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi), 2015. 13. sz.*]

*Frank Ulrich Montgomery, az Európai Orvosok Állandó Bizottságának új elnöke*

**Forrás Internet-helye:** [https://de.wikipedia.org/wiki/Frank\\_Ulrich\\_Montgomery](https://de.wikipedia.org/wiki/Frank_Ulrich_Montgomery) ;  
<https://www.cpme.eu/#> ,  
[https://de.wikipedia.org/wiki/Standing\\_Committee\\_of\\_European\\_Physicians](https://de.wikipedia.org/wiki/Standing_Committee_of_European_Physicians)



**Frank Ulrich Montgomery** (Sz. Hamburg, 1952. május 31.) német radiológus.

Apja angol katonatiszt, anyja német orvosnő volt. Felesége orvos, két gyermekük van. Hamburgban élnek.

**Orvostudományi tanulmányait** Hamburgban és Sydney-ben végezte. Approbációját 1979-ben szerezte. 1986. óta radiológus szakorvos.

Az *Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf* radiológus főorvosa.

2012-ben a hamburgi szenátus tiszteletbeli professzori címet adományozott neki.

**Orvosi nézetei:** 2002-ben a hánytatók kényszerű alkalmazása ellen lépett fel a leletezés során, ehelyett hashajtók alkalmazását javasolta. A preimplantációs genetikai diagnosztika betiltásának híve.

1983 és 2016 között a *Marburger Bund* orvosszakszervezet tartományi elnöke, 1989 és 2007 között első szövetségi elnöke volt, 2007. óta tiszteletbeli elnök.

A Német Orvosok Biztosítóintézete felügyelő bizottságának tagja.

1994 és 2002 között, majd 2006. óta a Hamburgi Orvosi Kamara elnöke.

1987 és 2002 között a Szövetségi Orvosi Kamara elnökségi tagja; **2007.: a Szövetségi Orvosi Kamara alelnöke; 2011. június 2. elnöke.**

Az orvosi kamara elnökeként egyben az **Orvosi Minőségügyi Intézet (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin) egyik társelnöke.**

**2015. április 16.: az Orvosok Világszövetségének alelnöke.**

2017 július: a *Deutsche Apotheker- und Ärztebank* felügyelő bizottságának elnöke.

**2018. november 10. Genf: az Európai Orvosok Állandó Bizottságának (Standing Committee of European Doctors – Comité Permanent des Médecins Européens – CPME) elnöke.** Mandátuma három évre szól. Hivatalba lépésére 2019. január 1-én kerül sor. A CPME az EU-tagállamainak nemzeti orvosi szervezeteit tömöríti, célja a tagszervezetek koordinációja, az európai intézményekkel kapcsolatos álláspontok egyeztetése. A végrehajtó testület tagja és a bizottság egyik alelnöke: Dr. Éger István.

**Sonia Pellegrini – Sacha Roth:**  
***Az ellátórendszer költségei és finanszírozása Svájcban***  
***az új kórházfinanszírozás bevezetése óta – egységes szerkezetben***  
Office fédéral de la santé publique (OFSP)  
Neuchâtel, November 2018 (76 p.)

**Forrás Internet-helye:**

<https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/evolution-des-couts-et-du-financement-dans-le-systeme-de-soins-depuis-la-revision-du> ;  
[https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2018/obsan\\_73\\_rapport.pdf](https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2018/obsan_73_rapport.pdf)

**Összefoglalás**

A szövetségi kormány 2007. december 21-én fogadta el a betegbiztosításról szóló szövetségi törvény (*Bundesgesetz über die Krankenversicherung – KVG*) kórházfinanszírozásra vonatkozó rendelkezéseinek revíziójáról szóló törvényt. Ezek hatályba lépésére 2009. január 1-én, de az intézkedések többségének tényleges bevezetésére 2012. január 1-től kezdődően került sor.

***A kórházfinanszírozás területén bevezetett legfontosabb intézkedések:***

- teljesítményarányos átalányok bevezetése, amelyek Svájc egész területén egységes tarifastruktúrákon alapulnak (*SwissDRG, TARPSY* és *ST Reha*)
- duális fix teljesítményfinanszírozás (a kantonok által finanszírozott arány min. 55%; a kötelező betegbiztosítás által finanszírozott arány max. 45%)
- Svájc egész területén egységes kritériumok szerinti kórházügyi tervezés, amelynek keretében megkülönböztetendők a lista- és szerződött kórházak (interkantonálisan koordinált, szükséglettervezés alapján történő kórházügyi tervezés (kórházlisták), szolgáltatásokra vonatkozó megbízás a gazdaságosság és minőség kritériumai szerint)
- kiterjesztett kórházválasztás (a lakóhely szerinti kantonon kívül listakórházakban igénybevett szolgáltatások kantonok és kötelező betegbiztosítás általi térítése; a listakórházak általi befogadásra vonatkozó kötelezettség)
- a gazdaságosságra és minőségre vonatkozó kiterjesztett információs bázis (összehasonlítható, nyilvánosan hozzáférhető adatok a kórházakról, beleértve a minőségi indikátorokat)

## ***A kórházi kiadások alakulása***

A fekvőbeteg szektor átlagos költségnövekedése 2013 és 2016 között évente átlagosan 3,0% volt, valamivel kevésbé gyorsabb, mint a revíziót megelőzően. Ez arra utal, hogy a revízió valóban hozzájárult a kórházi kiadások csökkentéséhez. Ám ne feledjük, hogy a kórházi kiadások az új rendszer bevezetését követően ugrásszerűen megnövekedtek. A bevételek a fekvőbeteg szektorban 2011-ben és 2012-ben összesen +2 milliárd CHF-fel (két év alatt 14%-kal) növekedtek. 2011-ben a növekedés a törvényváltozás anticipációs effektusával függhetett össze. További okai lehetnek: a szolgáltatások pontosabb dokumentációja, az új tarifastruktúra, a bázisesetárak (*baserate*) eredeti mértéke.

## ***Kórházfinanszírozás***

Az új finanszírozási elvek alkalmazása 2012-ben és 2013-ban jelentős mozgásokat eredményezett a kórházak könyvelésében.

A kórházaknak 2012-től explicit ki kellett mutatniuk a kantonális hozzájárulásokat, feltüntetve, hogy mely részeket fordítottak kórházi és melyeket egyéb szolgáltatásokra. E szabály és a költségfenntartói számlázás bevezetése több évig elhúzódott és az átmeneti időszakban bizonytalan adatkezelést eredményezett. Az átmeneti időszak nagyjából 2015-ben zárult le, most már csak a kórházak kisebb része nem nyújt teljeskörű adatszolgáltatást a kantonális hozzájárulásokra vonatkozóan.

A kantonális deficitek összege csökkenő, a szolgáltatásokra irányuló megbízásoké hasonlóképpen, a fekvőbeteg szolgáltatások finanszírozása a 2017-ben elérendő célkitűzés (kantonok min. 55% / kötelező betegbiztosítás max. 45%) irányában alakul. Úgy tekinthetjük, hogy az új szabályozások bevezetése 2016 végéig megtörtént.

Jelenleg a fekvőbeteg szektor 91%-ának finanszírozása a kórházi szolgáltatási szektor hozzájárulásaiból történik. További 7% orvostudományi képzésre, kutatásra, egyéb közérdekű szolgáltatásokra irányul.

## ***A kórházi szolgáltatások finanszírozása***

A kötelező betegbiztosítás a finanszírozásban való részesedése tekintetében a revízió folytán valamelyest tehermentesült. 2012-ben a betegbiztosításról

szóló törvény szerinti kórházi költségek 53%-át díjából fedezték. 2016-ban 48%-át. A kötelező betegbiztosítás tehermentesülése a kantonok által adóforrásokból finanszírozott magasabb pénzügyi hozzájárulásnak tulajdonítható. Ezzel a kórházi szolgáltatások finanszírozása megközelíti a jogszabályban előírt és 2017-ben esedékessé vált elosztási kulcsot: legalább 55% a kantonok, legfeljebb 45% költség a kötelező betegbiztosítás terhére.

2012 után a kötelező betegbiztosítás kórházi szolgáltatásokra fordított költségei kevésbé erőteljesen növekedtek (2012 és 2016 között évente átlagosan +1,5%-kal). A 2005 és 2011 közötti időszakban a növekedés évente átlagosan 3,2% volt. A növekedés lelassulása azonban nem fedheti el azt a tényt, hogy a kötelező betegbiztosítás kiadásai 2011 és 2012 között erőteljesen növekedtek.

### ***Következtetések és előrejelzés***

Ezzel a tanulmánnyal lezárult a kórházi költségek és a finanszírozás rendszeres monitorizálása. A revízió hatásai feltehetően majd tíz év múlva fejtik ki teljes mértékben hatásukat. A legfontosabb indikátorokra vonatkozó periodikus elemzés ezzel kapcsolatban hasznos lehet. ***A költségekről és finanszírozásról szóló zárójelentés megjelenése 2019-ben esedékes.*** Ebből fog majd kiderülni, hogy mennyire sikerült elérni a revízió költségekre és finanszírozásra vonatkozó célkitűzéseit és ajánlásokat lehet megfogalmazni a rendszer jövőbeli fejlődésére vonatkozóan.

### ***Eredmények***

A költségek és a finanszírozás 2010 és 2016 között a következőképpen alakultak:

- A kórházi kiadások 2011 és 2012 között erőteljesen (két év leforgása alatt összesen +2 milliárd CHF-fel, ill. 14%-kal) növekedtek. A növekedés a teljesítményarányos esetátalányok bevezetésével, továbbá a revízió anticipációs effektusával függ össze.
- A kiadások 2013 és 2016 között évente átlagosan 3%-kal növekedtek, kevésbé erőteljesen, mint jelenleg az ambuláns ellátás területén és valószínűleg még kevésbé erőteljesen, mint a revíziót megelőző időszakban.
- Az egy esetre jutó bevétel 2013 és 2015 között konstans maradt. 2016-ban ismét növekedés jelei mutatkoztak (+0,7%).



- Az utóbbi időben a legnagyobb költségfelhajtó tényező a kórházba való beutalások számának növekedése volt (átlagosan évente +2,1% a 2013 és 2016 közötti időszakban). A volumen-növekedés az aktív ellátás területén a demográfiai folyamatokkal függ össze. A rehabilitáció és a pszichiátria területén azonban ez korántsem állítható.
- Egyes tanulmányok szerint a kórházi fekvőbeteg szolgáltatások fokozódó mértékben más ellátási területekre helyeződnek át. A szolgáltatások áthelyeződése többletköltségeket gerjeszt az ambuláns ellátás, az idős- és ápolási otthonok számára, amelyek azonban kevésbé magasak, mint az aktív kórházi szektorban. Első pillantásra ez a fejlemény az egész egészségügy tekintetében költségcsökkentő jelenségnek tűnhet. Ez azonban csak akkor áll így, ha a más területeken okozott költségnövekedés hasonlóan nagy mértékű költségcsökkenéssel jár az aktív kórházaknál.
- 2012 után a kötelező betegbiztosítás költségeinek növekedése a fekvőbeteg kórházi ellátás területén lelassult. Ezek növekedése 2012 és 2016 között évente átlagosan 1,5%, 2005 és 2011 között 3,2% volt. E folyamat értékelése során figyelembeveendő, hogy a kötelező betegbiztosítás kórházi szolgáltatásoknak a finanszírozásához való hozzájárulása 2012 és 2016 között az átmeneti intézkedések keretében csökkent és így korlátozta a kötelező betegbiztosítás kiadásainak növekedését.
- 2011 és 2012 között a kötelező betegbiztosítás kiadásai a kórházi szektor kiadásaihoz hasonlóan erőteljesen növekedtek (+10,1%).
- Mindennek során messzemenően sikerült megvalósítani a deficitgaranciákra és a kantonok hozzájárulásaira vonatkozó új finanszírozási szabályokat.
- Az adatminőség pozitív irányban alakult, ám még maradtak tennivalók.

*[Lásd még: Dimitri Kohler et al.: Az ellátórendszer költségeinek és finanszírozásának alakulása az új kórházfinanszírozási rendszer bevezetése óta (2010-2012) – OBSAN RAPPORT 61, 2015. 16. sz.; Sonia Pellegrini – Sacha Roth: Az ellátórendszer költségeinek és finanszírozásának alakulása a kórházfinanszírozás revíziója óta. Aktualizálás 2013 OBSAN BULLETIN 1/2016, 2016. 26. sz.; Az egészségügy finanszírozása és költségei Svájcban 2016-ban (BFS), 2018. 2. sz.]*

## ELŐJEGYZÉSI LISTA:

### Kórházügy

- A kórházügyi menedzsment aktuális kérdései 2018-ban (5-8. rész)  
Praxisberichte 2018: Digitalizáció

### Svájc

- *Soziale Sicherheit CHSS 2018. 3. sz.* Egészségügy: költségkontroll; a szolgáltatási kötelezettség értékelése a hatékonyság, célszerűség és gazdaságosság alapján; az egészségügyi szolgáltatások egészségügyi technológiai értékelése
- Biztosítási nyomozók Svájcban
- A foglalkoztatói nyugdíjak helyzete
- Az időskorúak részére nyújtott átmeneti struktúrák kínálata és igénybevétele (*Obsan Dossier 52*)
- A nem fertőző betegségek indikátorai Svájcban

### Rövidhírek (aleatorikusan):

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