

Egészséggazdasági, egészségpolitikai és szociálpolitikai nemzetközi sajtószemle

2016. 35. sz.

Gyógyszer

- Jelentés a globális gyógyszerpiacról

Népegészségügy

- Lelki egészség Svájcban – A lelki egészség kezelésének költségei
- Jelentés a rákos megbetegedések helyzetéről Németországban 2016-ban. A rákos megbetegedések kezelésének költségei
- Dohányzás és halálozás
- Európában minden negyedik 15 év fölötti személy dohányzik
- Az amerikai közegészségügyi szolgálat az e-cigaretta kockázatairól
- A cseh parlament elfogadta a dohányzás korlátozásáról szóló törvényt
- A brit reklámbizottság korlátozza a gyorséttermi étkezés reklámozását a közösségi oldalakon
- Halálozások statisztikája az Egyesült Államokban 2015-ben: csökken a várható élettartam

Hivatalos bejelentés a németországi kötelező betegbiztosítás pénzügyi eredményeiről 2016 első három negyedévében

Interjú

- A román egészségügy elfecsérelt 26 éve. László Attila volt kolozsvári alpolgármester, szenátorjelölt szerint az egészségügy azon területek egyike, ahol 1990. óta nem történt áttörés

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

Jelentés a globális gyógyszerkiadásokról

Quintiles IMS

Ärzte Zeitung online, 08. 12. 2016

Kulcsszavak: gyógyszer, gyógyszerpiac, gyógyszerkiadások, nemzetközi

Forrás Internet-helye:

http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/unternehmen/article/925521/arzneimittelausgaben-pharma-bleibt-expansiver-markt.html?cm_mmc=Newsletter-Newsletter-C-20161208-Unternehmen

A Quintiles IMS (korábban IMS Health) nemzetközi tanácsadó cég új jelentése szerint a globális gyógyszerkiadások 2021-ig 30%-kal fognak növekedni.

Az ipari államokban a lakosság elöregedésével, a feltörekvő országokban pedig a jólét növekedésével összefüggésben a gyógyszeripari szektor stabil növekedésre lehet számítani.

2014-ben és 2015-ben a Hepatitis C és a rákos megbetegedések elleni gyógyszerekkel összefüggésben a gyógyszerpiacon valóságos robbanás következett be, amelyet az ágazat növekedésének bizonyos visszaesése követett. Az IMS szerint ennek ellenére a globális gyógyszerkiadások 2021-ig összességében 30%-kal fognak növekedni, ami listaárakon 1,5 milliárd USD-nek felel meg. Középtávon ez évente 4-7% közötti növekedést jelent.

A fejlődést az ipari államokban elsősorban a rákos megbetegedések, az autoimmun megbetegedések elleni gyógyszerek és az antidiabetikumok hajtják előre. Az innovációkra és ritkább szakorvosi indikációkra fordított kiadások a jelenlegi 30%-ról 2021-ig 35%-ra növekednek.

A termékfejlesztés szakadatlanul látszik: jelenleg 2.240 szubsztancia van előrehaladott klinikai vizsgálatok szakaszában, ami történelmi csúcsot jelent.

Az IMS szerint a röviddel az engedélyezés kérelmezését megelőző szakaszban levő leggyakoribb indikációk: rákos megbetegedések (15%), fertőző betegségek (10%), artritisz (10%). A jelentés időszakának végéig évente átlagosan 45 új hatóanyag kerülhet piacra.

Daniela Schuler et al.: A lelki egészség helyzete Svájcban:

A pszichés megbetegedések kezelésének költségei

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (OBSAN)

OBSAN BERICHT 72, Neuchâtel 2016 (80 p.)

Kulcsszavak: lelki egészség, pszichés megbetegedések, költségek, Svájc

Forrás Internet-helye:

<http://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/psychische-gesundheit-der-schweiz-2> ;

http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2016/obsan_72_bericht_2.pdf

A kezelések igénybevétele: 1997-ben a lakosság 4,1%-a, 2012-ben 5,4%-a kezeltette magát pszichés problémák miatt (nők 6,6%-a, férfiak 4,2%-a). A betegek 80%-a szakorvosi pszichiátriai vagy pszichoterápiás kezelést vett igénybe. A pszichés problémák miatt kezelték aránya az általános orvosi praxisokban 33%-ról 13%-ra csökkent.

Az ambuláns pszichiátriai praxisokban kezelt személyek száma az utóbbi 10 év során 283.000-ről (2006) 447.000-re (2015) növekedett. Ez nemcsak abszolút számokban van így, hanem az egy szakorvos által évente kezelt betegek száma tekintetében is. Az ambuláns praxisokban 2006-ban átlagosan 105, 2015-ben átlagosan 118 beteget kezeltek.

Diagnózisok: A svájci kórházakban 2014-ben 91.297 beteget részesítettek fekvőbeteg ellátásban pszichiátriai fődiagnózis miatt. Ez 1.000 lakosra 13 esetet jelent (2002: 11 eset). A pszichiátriai esetek aránya a kórházakban 12 év alatt 16,4%-kal növekedett. A betegek szintjére kivetítve ez valamivel alacsonyabb (12,3%; 1.000 lakosra 2002-ben 8,1, 2014-ben 9,1 beteg jutott). Férfiak körében a leggyakoribb diagnózisok: alkoholzavar (F10), neurotikus és szomatoform zavarok (F4), depresszió (F32–F33). Nőknél a depresszió áll első helyen, amelyet a neurotikus és szomatoform zavarok, valamint a pszichózisok (F2) követnek.

Ápolási idő: 2014-ben a kórházakban pszichés zavarok miatt az 1.000 lakosra jutó ápolási napok száma 379 volt, 11 nappal kevesebb, mint 2002-ben. A legtöbb ápolási napot a depresszió veszi igénybe: 1.000 lakosra nőknél és férfiaknál egyaránt 87 napot.

Gyógyszer: A svájci lakosság 5%-a rendszeresen szed altatókat és nyugtatókat, 7%-a naponta szed fájdalomcsillapítókat. Az ilyen gyógyszerek szedése a nők körében gyakoribb, az életkorral arányosan növekedik. A nemek közötti különbség az antidepresszánsok tekintetében is megmutatkozik. A pszichés problémákkal kezelt személyek jó 40%-a naponta szed antidepresszánsokat.

Öngyilkosságok: 2014-ben Svájcban 274 nő és 754 férfi követett el nem asszisztált öngyilkosságot. Ez átlagosan napi három öngyilkosságot jelent, ami négyszer annyi mint a közúti balesetek által okozott halálesetek száma. A nem asszisztált öngyilkosságok rátája férfiaknál háromszor annyi, mint nőknél és az életkorral arányosan növekedik. 2010-ig a tendencia csökkenő volt, 2012. óta 100.000 lakosra konstansan 13 eset jut. A 100.000 lakosra jutó asszisztált öngyilkosságok száma 1998 és 2014 között 0,8-ról 9,6 esetre növekedett.

5. 4. A pszichés megbetegedések költségei

A kötelező betegbiztosítás keretében 2006 és 2015 között a kórházakban és a praxisokban nyújtott kezelések költségei 53%-kal növekedtek. A pszichiátria területén az ambuláns kórházi pszichiátriai kezelések költségei 88%-kal növekedtek.

A *«Cost of disorders of the brain in Europe 2010»* európai tanulmány szerint a pszichés megbetegedések kezelésének költségei Svájcban 2010-ben 11 milliárd CHF-et tettek ki. E költségek megoszlása:

- direkt orvosi költségek (37%), amelyek az „egészségügyi rendszer” pszichiátriai és pszichoterápiás kezeléseire jutnak;
- direkt, de nem orvosi költségek (13%), mint pl. a szociális szolgálatokra jutó effektív (monetáris) költségek, valamint a „szociális rendszer” keretében nyújtott informális segítség immateriális (nem monetáris) költségei;

– indirekt költségek (50%), mint pl. a pszichés megbetegedések miatti munkahelyi kimaradás, vagy az előrehozott nyugdíjazás, amelyek a „gazdasági rendszert” terhelik.

5. 4. 1. Ambuláns praxisok: betegek száma, egy betegre jutó költségek

Az ambuláns orvosi praxisok szolgáltatásainak értékelése szerint 2015-ben a 16,5 millió Svájcban kezelt beteg 2,7%-át pszichiáterek kezelték. A pszichiátriai és pszichoterápiás kezelések 89,6%-át felnőttpszichiáterek, 10,4%-át gyermekpszichiáterek kezelték. A pszichiátriai praxisokban kezelt betegek száma 2006 és 2015 között 58%-kal, 282 900-ról 447 455-re növekedett. Ugyanebben az időszakban az általános orvoslás területén a betegek száma 26%-kal növekedett.

Jóllehet a pszichiátriai betegek mindössze 2,7%-át kezelik ambuláns praxisokban, az egy betegre jutó költségek jóval magasabbak. A pszichiátriai praxisokban 2015-ben egy betegre 1.798 CHF, miközben az általános orvoslás területén mindössze 353 CHF költség jutott. A különbség a kezelések közötti időtartammal függ össze. 2006 és 2015 között az egy betegre jutó átlagköltségek az ambuláns praxisokban a pszichiátria területén 5%-kal, az általános orvoslás területén 20%-kal növekedtek.

5. 4 .2. A kötelező betegbiztosítás költségei a kórházakban és a praxisokban: összesen és a pszichiátria területén

2015-ben a kötelező betegbiztosítás pszichiátriai kezelésekre fordított költségei (2,0 milliárd CHF) a svájci kórházakra és praxisokra fordított összköltségek (21,5 milliárd CHF) 9,2%-át tették ki. Ha csak a fekvőbeteg kórházi ellátást vesszük figyelembe, a pszichiátria költségaránya 11,4%. A pszichiátriai költségek aránya az ambuláns kórházi ellátásoknál 6,6%, az orvosi praxisoknál 9,1%. A kötelező betegbiztosítás kórházakra és praxisokra jutó összköltségei, valamint a kötelező betegbiztosítás pszichiátriára fordított költségei 2006 és 2015 között egyaránt mintegy 50%-kal növekedtek. A pszichiátria területén az ambuláns kórházi kezelések költségei növekedtek a legerőteljesebben (+88%)

Jelentés a rákos megbetegedések helyzetéről Németországban 2016-ban.

A rákos megbetegedések kezelésének költségei

Robert-Koch-Institut, Berlin, 29. November 2016 (274. p.)

Kulcsszavak: népegészségügy, rákos megbetegedések, Németország

Forrás Internet-helye:

http://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Publikationen/Krebsgeschehen/Krebsgeschehen_download.pdf;jsessionid=EB101BD5243AC1EA87F0B790A9AB0CDA.2_cid381?_blob=publicationFile

A rákos megbetegedések száma Németországban 1970. óta csaknem megduplázódott (2013: 482.500). A halálozások abszolút számának alakulása: 1980-ban 193.000, 2014-ben 224.000 haláloset. A rákos megbetegedésben való halálozás jelenleg átlagosan a 74-ik életévben következik be, a betegek tehát négy évvel tovább élnek, mint 1980-ban.

Férfiak körében a tüdőrák mellett a gyomor-és a bélrák gyakorisága csökken. Hosszútávon a nők körében a méhnyakrák gyakoriságának erőteljes csökkenése tapasztalható. Ezzel szemben a jelentés szerint növekedik a hasnyálmirigyrák és a rosszindulatú májdaganatok rátája.

A jelentés a korai felismerésről: A 2005 és 2009 között bevezetett, minőségbiztosítással rendelkező mammográfiás szűrési program az előrehaladott mellrákos megbetegedések csökkenését eredményezte. Elsősorban az idősebb nőknél felismert előrehaladott daganatok gyakorisága alacsonyabb, mint néhány évvel korábban.

A méhnyakrák és a bélrák korai felismerési vizsgálatai hozzájárultak a megbetegedést megelőző szakaszok felismeréséhez és kezeléséhez, így az újonnan megbetegedettek rátájának csökkentéséhez.

E potenciál további kimerítése érdekében a **Közös Szövetségi Bizottság (Gemeinsamer Bundesausschuss – G-BA)** megbízást kapott a szűrési programoknak az európai irányelvek szerinti személyes meghívásos programok keretében történő megszervezésére. A bizottság jelenleg a koncepció szakmai kialakításán dolgozik.

A német rákregiszter: A jelentés alapjául a szövetségi tartományok epidemiológiai rákregiszterének adatai szolgálnak, amelyeket 2009. óta a Robert-Koch-Institut összesít és értékel. Megjelenésére a jövőben ötévente kerül sor. A rákregiszterről szóló szövetségi törvény (*Bundeskrebsregistergesetz*) epidemiológiai rákregiszter vezetésére kötelezi a tartományokat. A jogszabály

szerint 2006. óta a rákos megbetegedések epidemiológiai regisztrálására minden szövetségi tartományban sor kerül. A törvény 2009-ben a rákregiszter adatairól szóló szövetségi törvénnyel (*Bundeskrebsregisterdatengesetz*) egészült ki.

A rákos megbetegedések kezelésének költségei és a keresőképeségből elveszített évek

4. 3. Rákos megbetegedések összességében

2008-ban a daganatok direkt költségei 18,1 milliárd EUR-t tettek ki. Ez a megbetegedésre fordított összköltségek 7,1%-a. Rosszindulatú daganatokra 15,5 milliárd EUR, 6,1% jutott. Rosszindulatú daganatokra fordított költségek nőknél 7,6 milliárd EUR, férfiaknál 7,9 milliárd EUR. 2002 és 2008 között a rosszindulatú daganatokra fordított direkt költségek nőknél 28,7%-kal, férfiaknál 43,1%-kal növekedtek. A rosszindulatú daganatoknak tulajdonítható megbetegedések aránya 2002 és 2008 között mind a nők, mind a férfiak körében növekedett: a nők körében ezek aránya 2002-ben 4,6%, 2008-ban 5,3%, férfiaknál 2002-ben 6,1%, 2008-ban 7,1% volt.

A rosszindulatú daganatokra fordított költségek legnagyobb része 2008-ban a nők körében a mellrákra (25,8%), a bélrákra (10,5%) és a tüdőrákra (6,8%) jutott. A férfiak körében prosztatarákra a költségek 17,9%-a, tüdőrákra 12,0%-a, bélrákra 11,8%-a jutott.

A daganatok miatt a keresőképeségből elveszített évek száma 2008-ban nőknél 203.000 év, férfiaknál 322.000 év volt.

4. 4. Bélrák

2008-ban a bélrákos esetek 94%-a a vastagbél és a végbél daganataira jutott. A vastagbél és a végbél rosszindulatú daganatainak költségei 2008-ban nőknél 797 millió EUR-t, férfiaknál 933 millió EUR-t tettek ki. 2002-höz viszonyítva ez nőknél 6,4%-os, férfiaknál 34,2%-os növekedést jelent. A keresőképeségből elveszített évek száma 2008-ban nőknél 11.000 év, férfiaknál 28.000 év volt.

4. 5. Tüdőrák

2008-ban a tüdőrák kezelésének költségei nőknél 518 millió EUR-t, férfiaknál 945 millió EUR-t tettek ki. Ez 2002-höz viszonyítva mindkét nemnél 62%-os növekedésnek felel meg. A tüdőrák miatt a keresőképeségből elveszített évek száma 2002 és 2008 között nőknél 40,0%-kal, férfiaknál 3,3%-kal növekedett. Az erőteljes növekedés a nők körében az új megbetegedések számának növekedésével függ össze. Az összes rosszindulatú daganat költségeihez

viszonyítva a tüdőrák kezelésének költségei 2002 és 2008 között nőknél 9,3%-ról 11,5%-ra növekedett, férfiaknál konstansan 20% maradt.

4. 6. Mellrák

A mellrák a nők körében 2008-ban szűk 2 milliárd EUR költséget okozott. 2002-höz viszonyítva ez 426 millió EUR-ral, 27,8%-kal való növekedést jelent. Ez a nők körében jelentkező összes rákos megbetegedés okozta költségek 25,8%-a. Ez az arány 2002. óta alig változott. A mellrák miatt a keresőképességből elveszített évek száma 2008-ban 58.000 év volt, ami 2002-höz viszonyítva 5.000 év, ill. 9,4%. növekedést jelent. Ezzel szemben az összes rákos megbetegedés miatt a keresőképességből elveszített évek számához viszonyítva a mellrák aránya ebben az időszakban stabil maradt (32%).

4. 7. Prostatarák

A prostatarák kezelése 2008-ban 1.412 millió EUR-ba került, ami 2002-höz viszonyítva 205 millió EUR, 17,0%-os növekedést jelent. Férfiak körében a prostatarák a legmagasabb költségekkel járó rákos megbetegedés. A keresőképességből elveszített évek száma 2008-ban 12.000 év volt, ami 2002-höz viszonyítva 2.000 évvel való növekedést jelent.

4. 8. Húgyhólyagrák

A húgyhólyagrák okozta költségek 2008-ban 582 millió EUR-t tettek ki. Ebből nőkre 160 millió EUR-t, férfiakra 422 millió EUR-t költöttek. Ez 2002-höz viszonyítva nőknél 9,6%-os, férfiaknál 34,8%-os növekedésnek felel meg. A többi rákos megbetegedéshez viszonyítva a keresőképességből elveszített évek száma csekély: 2008-ban nőknél 1.000 év, férfiaknál 6.000 év volt.

4. 9. Rosszindulatú melanómák

A Szövetségi Statisztikai Hivatal költségszámítása együttesen dolgozza fel a melanóma és a bőrrák nem melanotikus formáinak adatait. Bizonyos jelek szerint a melanóma kezelése csak a bőrrák kezelésének kisebb részét teszi ki. Ez annak tulajdonítható, hogy a bőrrák nem melanotikus formái gyakoribbak a melanómánál. 2008-ban a nők körében a C43 és C44 diagnózisra 240 millió EUR, a férfiak körében 263 millió EUR jutott. 2002-höz viszonyítva ez nőknél 44,6%-os, férfiaknál 81,4%-os, igen jelentős növekedésnek felel meg. A bőrrák miatt a keresőképességből elveszített évek száma 2008-ban nőknél 4.000 év, férfiaknál 8.000 év volt. A 2002 és 2008 közötti változás a hólyagrákhoz hasonlóan csekély.

Dohányzás és halálozás

JAMA Intern Med. Published online, December 5, 2016.

doi:10.1001/jamainternmed.2016.7511

Kulcsszavak: népegészségügy, dohányzás, halálozás, Egyesült Államok

Forrás Internet-helye:

<http://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2588812>

Maki Inoue-Choi PhD MS és mt. (Division of Cancer Epidemiology & Genetics, National Cancer Institute, National Institutes of Health, Rockville, Maryland) tanulmánya szerint még a legcsekélyebb mértékű dohányzás is növeli a halálozás kockázatát. A dohányzókat minden áron leszokásra kell motiválni, függetlenül attól, hogy mennyit dohányoznak.

A kohorszvizsgálatban 290.215 (59 és 82 év közötti) alany vett részt, akiket dohányzási szokásaikról kérdeztek és utólag hat évig megfigyeltek. A 19.857 dohányzó közül utólag 1.341 fő (7%) naponta kevesebb mint egy cigarettát 6.036 fő (30%) 1-10 cigarettát szívott el. Többségük korábban többet dohányzott, konstánsan alacsony fogyasztásról csak 184 fő (< 1/nap) és 1.922 fő (≤ 10 /nap) számolt be. A halálozás kockázata a dohányzók minden csoportjában magas volt: A halálozás kockázata a dohányzás élethosszig napi egy cigarettára korlátozása esetén 64%-kal, napi 1-10 cigarettára korlátozása esetén 87%-kal volt magasabb, mint nemdohányzóknál. Ha az ezt megelőző években az érintettek ennél is többet dohányoztak, a kockázat a nemdohányzókkal szemben 2,1-2,9-szeres arányban növekedett.

Az összefüggés a tüdőrák esetén különösen pregnánsan mutatkozik: napi 1-10 cigaretta elszívása esetén a halálozás kockázata 11,6-szor magasabb. A légúti megbetegedések miatti halálozás kockázata ebben a csoportban hatszoros, kardiovaszkuláris megbetegedések miatti halálozásé 50%-kal magasabb, mint a nemdohányzóké.

Absztinens résztvevőknél, akik korábban konstánsan napi 1.10 cigarettánál kevesebbet szívtak el, a halálozás kockázata kevésbé erőteljesen, 8-17%-kal növekedett. A halálozás kockázata magasabb azoknál, akik csak későn szoktak le. Ám a halálozás kockázata ötven év fölötti leszokás esetén is alacsonyabb, mint azoknál, akik tovább dohányoznak és a dohányzás élethosszig való csökkentése esetén is a halálozás kockázata „szubsztanciálisan” magasabb, mint azoknál, akik soha nem dohányoztak.

Európában minden negyedik 15 év fölötti személy dohányzik

EUROSTAT, 245/2016 - 7 December 2016

Kulcsszavak: népegészségügy, dohányzás, Európa

Forrás Internet-helye:

<http://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/7762296/3-07122016-AP-EN.pdf/e6cf7fd2-06a5-45ba-8385-991bccef54fd>

AZ **EUROSTAT** jelentése szerint az Európai Unióban minden negyedik személy dohányzik. A dohányzók aránya Svédországban (16.7%) és az Egyesült Királyságban (17.2%) a legalacsonyabb. A dohányzók aránya Finnországban 19.3%, Portugáliában 20.0%, Luxemburgban 20.4%, Dániában 20.9%, Németországban 21.7%.

A skála legalján levő országokban a 15 év fölöttiek körében három személy közül egy dohányzik: Arányuk Bulgáriában 34,7%, Görögországban 32,6%, Ausztriában 30,0%, Szlovákiában 29.6%, Lettországon 29.5%.

Ezzel szemben Svédországban, Nagy-Britanniában és Finnországban kevesebb, mint minden ötödik személy csak alkalmanként dohányzik. Az EU 28-akban a férfiak többen dohányoznak, mint a nők.

Európában átlagosan minden ötödik személy (21,6%) ki van téve a zárt terekben való dohányzásnak. A passzív dohányzás Görögországban (64,2%) a legmagasabb, Svédországban (5,9%) a legalacsonyabb.

Az EUROSTAT adatai 2014-ből származnak. A statisztika a megkérdezettek önbevallásán alapul. A felmérés a privát háztartásokban élő 15 év fölöttiekre terjedt ki. Ez elsősorban a klasszikus dohánytermékekre irányult, az elektronikus cigarettát nem vette figyelembe.

***Az amerikai közegészségügyi hivatal
jelentése az e-cigaretták kockázatairól***
U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
Public Health Service
Office of the Surgeon General Rockville, MD, 2016

Kulcsszavak: népegészségügy, dohányzás, e-cigaretta, Egyesült Államok

Forrás Internet-helye:

A teljes jelentés (298 p.):

http://e-cigarettes.surgeongeneral.gov/documents/2016_SGR_Full_Report_non-508.pdf ;

Fact sheet: <http://e->

[cigarettes.surgeongeneral.gov/documents/2016_SGR_Fact_Sheet_508.pdf](http://e-cigarettes.surgeongeneral.gov/documents/2016_SGR_Fact_Sheet_508.pdf) ;

<http://e-cigarettes.surgeongeneral.gov/> ;

<http://www.hhs.gov/about/news/2016/12/08/surgeon-general-reports-youth-and-young-adult-e-cigarette-use-poses-public-health-threat.html#>

Az Egyesült Államokban hat felsőtagozatos iskolás közül egy az utóbbi 30 nap során e-cigarettát fogyasztott. A jelentés szerint a nikotin minden életkorban jelentős kockázatot jelent, a szenvedélybetegség bármikor jelentkezhet.

A nikotint fogyasztó fiatalok gyakrabban szenvednek figyelemhiányos hiperaktivitás zavarban és oppozíciós zavarban (*Oppositional defiant disorder*). A jelentés számos tanulmányt idéz, amelyek szerint a nikotint fogyasztó fiatakorúak hajlamossá válnak a szorongásos zavarokra és a depresszióra. A nikotinfogyasztás mentális következményei károsíthatják az iskolai és egyetemi teljesítményt.

A jelentés részletesen foglalkozik a nikotin magzatra gyakorolt hatásával. A dohányzás a hirtelen gyermekhalál kockázati tényezője lehet, sőt a jelentés feltételezése szerint a nikotin akár kiváltó ok is lehet.

További lehetséges károsodások: a corpus callosum fejlődési zavara, valamint az akusztikus ingerek hiányos feldolgozása. A magzati stádiumban való nikotinexpozíció hosszútávon meghatározza a gyermek agyműködését. További következmények: étvágyzavarok, későbbi hajlam a dohányzásra vagy egyéb drogok fogyasztására. A figyelemzavar és a kognitív zavarok a következő generációra is átöröközhetők.

A fiatakorúak védelme érdekében a jelentés számos javaslatot tesz: a fogyasztás korhatárának meghatározása, a közterületen való fogyasztás korlátozása, az e-cigaretták kockázataira vonatkozó felvilágosítás.

A cseh parlament elfogadta a dohányzás korlátozásáról szóló törvényt

Fox News World, December 09 2016

US News, Dec. 9, 2016, 8:45

Kulcsszavak: népegészségügy, dohányzás, nemdohányzók védelme, Csehország

Forrás Internet-helye:

<http://www.foxnews.com/world/2016/12/09/czechs-weary-being-haven-for-smokers-eye-ban-for-bars.html> ,

<http://www.usnews.com/news/world/articles/2016-12-09/czechs-weary-of-being-haven-for-smokers-eye-ban-for-bars>

Úgy tűnik, hogy Európában a dohányzás utolsó bástyája is elesik. A cseh parlament nagy többséggel, 118 igennel és 23 ellenszavazattal elfogadta a dohányzás éttermekben, bárókban és kávéházakban való tilalmáról szóló törvényt.

Eddig Csehországban az éttermeknek csak a bejáraton kellett jelezniük, hogy dohányzó, vagy nemdohányzó lokálról van-e szó. Mostantól a színházakban, hangversenytermekben, kiállítótermekben és sporttermekben nem jelölnek ki külön dohányzó helyiséget.

Csehországban minden negyedik felnőtt rendszeresen dohányzik. A dohányzással összefüggésben évente 18.000 halálesetre kerül sor.

A törvényt még a szenátusnak is el kell fogadnia, (az egyébiránt láncdohányos hírében álló) Milos Zeman államfőnek pedig ellenjegyeznie kell azt. Ha ez megtörténik, a törvény 2016. május 31-én, a nemdohányzás világnapján hatályba léphet.

***A brit reklámbizottság korlátozza a gyorséttermi étkezés
közösségi oldalakon való reklámozását***

Commitee of Advertising Practice (CAP), 08. December 2016

Kulcsszavak: népegészségügy, táplálkozás, gyorséttermi étkezés, Nagy-Britannia

Forrás Internet-helye: <https://www.cap.org.uk/News-reports/Media-Centre/2016/Insight-New-rules-ban-advertising-of-HFSS-food-and-drink-products-in-childrens-media.aspx#.WEpx4NLhCUk>

A brit reklámbizottság (*Commitee of Advertising Practice – CAP*) bejelentése szerint Nagy-Britanniában 2017-ben szigorúan korlátozni fogják a gyorséttermi étkezés közösségi oldalakon való reklámozását.

A televíziózást érintő, már hatályban levő korlátozások mostantól fogva az internetes közösségi oldalakra és a nyomtatott kiadványokra is kiterjednek. Ezek a szabályok elsősorban a különösen magas zsír-, só- és cukortartalmú élelmiszerek és italok gyermekekhez szóló reklámját veszik célba.

Médiakutatások szerint az 5 és 15 év közötti gyermekek Nagy-Britanniában többet interneteznek, mint tévéznek. A fogyasztóvédők kiemelik, hogy a reklámbizottság döntése többéves figyelemkeltő kampány eredménye, amelynek során felhívták a figyelmet az egészségtelen élelmiszerek reklámjának fokozottabb mértékű korlátozására.

Nagy-Britanniában jelenleg a lakosság fokozódó túlsúlyosságának megakadályozásával összefüggésben napirenden van a cukortartalmú limonádék megadóztatása. Angliában 2014-ben a 2 és 15 év közötti gyermekek több mint 30%-a túlsúlyos vagy elhízott volt.

[*Lásd még: A brit egészségügyi szolgálat adó kivetését tervezi a cukortartalmú élelmiszerekre és italokra, 2016. 5. sz.*]

***Jiaquan Xu et al.: Halálozások statisztikája az Egyesült Államokban
2015-ben: csökken a várható élettartam***

Centers for Disease Control and Prevention
National Center for Health Statistics
NCHS Data Brief ■ No. 267 ■ December 2016

Kulcsszavak: népegészségügy, halálozás, várható élettartam, Egyesült Államok

Forrás Internet-helye:

<https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db267.pdf>

Az Egyesült Államokban két évtized elteltével első alkalommal csökken a lakosság születéskor várható élettartama: A ***National Center for Health Statistics*** adatai szerint 2014-ben egy újszülött még 78,9 életévre számíthatott, 2015-ben már csak 78,8-ra.

A leggyakoribb tíz halálok közül nyolc még gyakoribbá vált: többek között növekedett a szívbetegségek, agyvérzés, diabétesz, valamint kábítószer- és gyógyszerátadagolás miatti halálesetek száma. Különösen érintettek a fehér férfiak és nők, valamint a színesbőrű férfiak. Anne Case közgazdász (*Princeton University*) szerint a szívbetegségek miatti halálozások növekvő rátáját nagyon komolyan kell venni.

Szakértők szerint az évek óta tartó trend a jövedelemkülönbségeknek, a táplálkozásnak, valamint a munkanélküliségnek tulajdonítható. Miközben a 65 évesek várható élettartama nem csökkent, a közép- és a fiatal generációé igen. Egyetlen pozitív fejlemény, hogy 2015-ben kevesebben haltak meg rákos megbetegedésekben.

***Hivatalos bejelentés a németországi kötelező betegbiztosítás
pénzügyi eredményeiről 2016 első három negyedévében***

Bundesministerium für Gesundheit

Pressemitteilung, Nr. 64, Berlin, 8. Dezember 2016

Kulcsszavak: betegbiztosítás, pénzügyi eredmények, Németország

Forrás Internet-helye:

http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/4_Pressemitteilungen/2016/2016_4/161208_64_PM_Finanzergebnis_GKV_im_1_bis_3_Quartal_2016.pdf

A kötelező betegbiztosítás 2016 első három negyedévében 1,55 milliárd EUR többletet ért el. A betegpénztárak pénzügyi tartalékai így meghaladják a 16 milliárd EUR-t. Az előző év hasonló időszakában még 359 millió EUR volt a hiány.

Az első három negyedévben a kiegészítő betegpénztárak, 757 millió EUR, az Általános Területi Betegpénztárak (AOK) 559 millió EUR, az üzemi betegpénztárak 91 millió EUR, a bányászati-vasúti-tengerészeti betegpénztárak 125 millió EUR, a mezőgazdasági betegpénztárak 26 millió EUR többletet értek el. Az ipartestületi betegpénztárak 7 millió EUR veszteséget szenvedtek.

Az év első kilenc hónapjában a bevételek 167,65 milliárd EUR, a kiadások 166,10 milliárd EUR-t tettek ki. Az első félévben a betegpénztárak 589 millió EUR többletet értek el. A Szövetségi Egészségügyi Minisztérium szerint az előző év első kilenc hónapjához viszonyítva a betegpénztárak pénzügyi eredményei 1,95 milliárd EUR-ral javultak. A továbbra is pozitív bevételi helyzet mellett a kiadások alakulása ebben az évben jelentősen mérséklődött.

Az egy biztosítottra jutó kiadások ebben az évben 3,2%-kal, az előző évben 3,7%-kal növekedtek. Ez 2012. óta a legalacsonyabb növekedés, amely jóval a kiadások növekedése alatt van, amit az értékelő bizottság (*Schätzerkreis*) tavaly októberben 2016-ra vonatkozóan prognosztizált.

Az egy biztosított szolgáltatásaira jutó kiadások 3,1%-kal, az igazgatási kiadások 4,3%-kal növekedtek. Az előző évhez viszonyítva a kiadások a

prevenációs szolgáltatások (46%), a hospice (27%) és a palliatív ellátás (23%) tekintetében növekedtek a legjelentősebben.

A kiadások részletei: Az egy biztosítottra jutó gyógyszerkiadások 2014-ben 9,4%-kal, 2015-ben 4,0%-kal, 2016 első három negyedévében biztosítottanként 2,8%-kal növekedtek. Ez 0,98 milliárd EUR (3,8%-os) abszolút növekedésnek felel meg. A minisztérium szerint az értékelésnél figyelembeveendő, hogy a Hepatitis C kezelésére szolgáló gyógyszerekre fordított kiadások 2016 első kilenc hónapjában az előző év hasonló időszakához viszonyítva 450 millió EUR-al alacsonyabbak voltak. A gyógyszercégekkel kötött rabattszerződések eredményeként a betegpénztárak jelentősen tehermentesülnek. A rabattokból származó bevételek 2016 első és harmadik negyedéve között 11%-kal, 2,81 milliárd EUR-ra növekedtek.

Az egy biztosított szerződött orvosi térítéseire fordított kiadások 3,6%-kal (abszolút értékben 4,5%, 1,18 milliárd EUR) növekedtek. Az ambuláns pszichoterápiás ellátásokra fordított kiadások 119 millió EUR-al (8,6%-kal), a főiskolai ambulanciákra fordított kiadások 90 millió EUR-al (23,7%-kal) növekedtek.

A kórházi kezelésekre fordított kiadások 2016 első és harmadik negyedéve között biztosítottanként 2,5%-kal (abszolút értékben 3,4%-kal) növekedtek. A kórházak csak január és szeptember között 1,8 milliárd EUR-al több pénzügyi forrást kaptak a betegpénztáraktól, mint az előző év hasonló időszakában.

Az Egészségügyi Alap (*Gesundheitsfonds*) az első hat hónapban 3,7 milliárd EUR veszteséget szenvedett. Ez 1,2 milliárd EUR-al kevesebb, mint az előző év hasonló időszakában. Mivel azonban a karácsonyi jutalommal és a szabadságpénzzel kapcsolatos többletkiadások csak az év utolsó negyedévében jelennek meg, a teljes évre kiterjedő előrejelzést még nem lehet tenni.

[Lásd még: A kötelező betegbiztosítás pénzügyi eredményei Németországban 2016 első három negyedévében, 2016. 33. sz.]

***A román egészségügy elfecsérelt 26 éve.
László Attila volt kolozsvári alpolgármester, szenátorjelölt szerint az egészségügy
azon területek egyike, ahol 1990. óta nem történt áttörés***

Szabadság (Kolozsvár), 2016. december 8.

Kulcsszavak: egészségügy, parlamenti választások, László Attila, Románia

Forrás Internet-helye: <http://szabadsag.ro/-/az-egeszsegugy-azon-teruletek-egyike-ahol-1990-ota-nem-tortent-attores>

Az egészségügy azon területek egyike, ahol 1990. óta nem történt áttörés. Toldozzuk-foldozzuk, és nagyon remélem, hogy nemcsak a hangzatos nyilatkozatok maradnak meg a fejlesztésről, hanem lépni fogunk ezen a téren is, hogy az elkövetkező négy év erről is szólhasson. Jó volna a decentralizáció folytatásáról is dönteni, és abban is kiegyezni, hogyan szervezzük át az egyre működésképtelenebb ország szinte minden ágazatát. Olyan országban élünk, ahol nem engedhetjük meg magunknak azt a luxust, hogy ne legyünk ott a döntések előkészítésekor, nem beszélve a döntés pillanatáról. Ezért lenne jó olyan eredményt felmutatni, hogy továbbra is megkerülhetetlenek legyünk. Ehhez pedig mindenképpen el kell menni szavazni a vasárnapi választáson – véli László Attila, Kolozsvár egykori alpolgármestere.

- Nagyon sok sebből vérzik a román egészségügyi rendszer. Ön szerint melyek a legégetőbb megoldásra váró gondok?

– Gyerekgyógyászként, 26 év távlatából nézve a folyamatokat, egyre gyakrabban érzem úgy, hogy a hazai egészségügyi rendszer nem a betegek kiszolgálására van, hanem épp fordítva: hogy a betegek szolgálják ki azt. Feje tetejére állt maga a rendszer, épp emiatt sürgős beavatkozásra van szükség apparátusi szinten.

Gyakorlatilag három tengely mentén próbáltuk összefoglalni prioritásainkat egészségügyi programunk összeállításakor. Az első tengely a betegek helyzetére összpontosít, akik hihetetlen bürokráciának vannak kitéve. Egyik orvostól a másikhoz küldjük őket, a háziorvosok afféle receptgyárrá váltak. A betegnek hosszú órákat kell várnia arra, hogy a sürgősségi osztályon sorra kerüljön, vagy hogy szakintézménybe áthelyezzék például egy baleset következtében, ami több szakterület együttműködését feltételezi. Ezt látom a legsürgősebben megoldásra váró gondnak. 2010 óta Kolozsváron szakszerűen monitorizáljuk a helyzetet.

Amikor a prioritásokat rangsoroltuk, rá kellett döbbernünk arra, hogy a legnagyobb probléma mindenekfelett a tisztaság kérdése, ezt követte az étel minősége az ágyas intézményekben, a harmadik helyen az előjegyzések tiszteletben tartásának kérdése szerepelt, a negyediken pedig a részletes betegtájékoztató és a vizsgálatot követő otthoni teendők elmagyarázása állt. Miután megtörtént az intézmények decentralizációja, az említett témákról készült tanulmányokat a vezetők elé helyeztem,

és elmagyaráztam, hogy nem elsősorban finanszírozás kérdése az átszervezés. A városi kórházban például, ami átkerült az önkormányzat hatáskörébe, már szeptemberben 6-7 százalékos javulást mértünk a kérdéses területeken.

Ugyancsak ehhez a tengelyhez sorolnám azokat a gondokat, amelyek a bürokráciának köszönhetően korlátozzák az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférést, például a napi kvóta a háziorvosnál, szakorvosnál. Sohasem értettem egyet azokkal a megszorító intézkedésekkel, amelyek a szolgáltatásnyújtás ellen szólnak, és úgy csökkentik az állami költségvetés kiadásait. Meg kell értenie mindenkinek, hogy egy időben meg nem hozott döntés csak tovább súlyosbítja a helyzetet, és növeli a költségeket. Azzal, hogy bevezették a kvótarendszert a háziorvosoknál és a szakellátásban, nemhogy javítottak volna helyzeten nagyobb területre szétszórva az esetek ellátását, hanem tovább rontották azt, mert a beteg súlyosabb állapotban jut be az orvoshoz, és így az ellátása is költségesebb.

Szintén a betegellátáshoz kapcsolódó sürgős probléma az alapellátás krónikus alulfinanszírozása. Nem véletlenül fogalmaztuk meg, hogy az egészségügyre fordítandó összegek 12 százalékát kellene az alapellátásra költeni. Más országokban jóval nagyobb ez az arány, mert a statisztikák azt bizonyítják, hogy ahol az alapellátás, az ambuláns szakellátás jobban működik, az esetek 70-80 százaléka ezen a szinten kezelhető. Ugyanehhez a tengelyhez kapcsolódik a prevenciós programok szükségességének hangsúlyozása, újabb prevenciós programok beindítása, mint például a vastagbél-szűrés. De jó lenne visszaállítani azokat a modelleket, amelyek sikeresen működtek Romániában. Európában például első helyen vagyunk a TBC-előfordulási arányt illetően. És hasonlóan romlott a helyzet például a fogászati ellátás területén. Míg 1990-ben a második legjobb helyen álltunk a gyerekek fogászati ellátása, illetve a fogak egészsége tekintetében, mostanra az utolsó előtti helyre csúsztunk vissza.

- *Melyik a második tengely?*

- A második tengely az infrastrukturális módosításokat feltételezi, gondolok itt az épületekre, az ellátórendszer ingatlanjainak felszereléseire, informatikai rendszereire. Ösztönözni kívánjuk azokat a fejlesztéseket, amelyek azért váltak szükségessé, mert változott a romániai társadalom, előregedő lakosság országává váltunk. Az elmúlt 26 évben csekély mértékű bővítés vagy átszervezés történt társadalmi korösszetétel alapján. Inkább a meglévőt javítottuk, szereltük fel, anélkül, hogy figyelembe vettük volna átalakulást. 1990-ig egészséges, fenyő alakú korfánk volt országszerte, de mostanra ez nagyon eltorzult, míg a korfa alja nagyon kiszélesedik, a felső része rendkívül elvékonyodik. Ez a változás feltételezte az egészségügyi rendszer ehhez való idomulását feltételezte volna. Csak vidéken 750 ezer 75 év fölötti személy él egyedül, amelynek 76 százaléka nő, ennek ellenére nincs olyan szubakut vagy krónikus ellátóintézmény-hálózat, aminek egy ilyen struktúrájú társadalomban léteznie kellene.

A 2008-2012 közötti felméréseink azt mutatták, hogy csak Kolozsváron négy hatszáz ágyas intézményre lenne szükség az ilyen esetek befogadására. Ugyanakkor nincs olyan intézmény sem, ahová a több hétig lélegeztetőgépre kapcsolt, kómában fekvő beteget át lehetne helyezni megfelelő szakellátást biztosítva számára.

A harmadik tengely az egészségügyi személyzet kérdésére vonatkozik. Számomra ésszerűtlennek tűnik, hogy ha 13 ezer betöltetlen szakorvosi állás van országszerte, akkor miért hirdetnek meg háromezer helyet a rezidensvizsgán, amelyből 1500 számára van alkalmazási lehetőség a rendszerben. Gyökeres változtatásokra lenne szükség a rezidensorvos képzés területén. Oda jutottunk, hogy már csak nálunk és Franciaországban szerveznek rezidensvizsgát. Általános gyakorlat szerint az egyes országokban a helyi igények alapján döntenek el, hogy hány orvosrezident foglalkoztatnak. Nem nézhetjük tétlenül a jelenlegi állapotot, ami nagymértékben generálja, hogy fiatal orvosok elhagyják az országot. Idegen nyelvtudással jóval könnyebben válik szakorvos belőlük külföldön. A munkáltató felelőssége, hogy kit alkalmaz, milyen feltételekkel, milyen bérezéssel, és milyen feltételeket tud neki teremteni. Természetesen az egész képzési rendszert az egyetemek hangolják össze, de ez a koordinációs háló nemcsak az egyetemi klinikákra terjed ki, hanem a regionális, a megyei és a helyi kórházakra is. Az elmúlt húsz év szakképzésre vonatkozó hazai politikája nemhogy javított volna a szakember ellátottságon, hanem tovább súlyosbította a hiányt. A központi irodákban megírt stratégiákat el kell felejtetni, és alacsonyabb szinten kell hozni döntést. Azt látom, hogy az ilyen típusú agyonszabályozott gondolkodásmód eredményeképpen az egyetemi központok túlterheltek, közben pedig a megyei és városi kórházakban személyzethiány tombol. Erre vonatkozó javaslataink értelmében úgy kellene átalakítani a képzési rendszert, hogy az itt tanuló fiatalok közül minél többen akarjanak itthon boldogulni, miközben maximálisan nyitva hagyjuk számukra a külföldi tanulás lehetőségét is.

Emellett minél előbb le kellene szögezni a magán egészségügyi biztosítók színre lépésének szabályait. Egy leszabályozatlan piacon jelenleg csak a tehetősebbek jutnak hozzá ilyen típusú szolgáltatásokhoz, és egy ilyen piacon általános hozzáférést kellene biztosítani a méltányosság jegyében az egész társadalomnak számára kortól, nemtől, etnikumtól vagy patológiás háttértől függetlenül.

– *Mennyire indokolt a rendszer informatizálása (e-kártya, e-kórlap, központi számítógépes rendszer) miközben nem biztosított az alapellátás, gyógyszerekhez való hozzáférés?*

– Teljes mértékben informatizálás-párti vagyok, de kétségtelen, hogy módosításra szorul a rendszer. Ezt azért is mondom, mert 2010-ben, a kolozsvári városi kórház átvételekor ledöbbsentett, hogy az intézményben három rendszert találtam, ami nem kommunikált egymással. Egyik rendszerben az orvosok dolgoztak, annak a következtetéseit valaki kinyomtatta, amit aztán a könyvelés ismét bepötyögtetett, a

harmadik rendszer pedig a bérezéssel kapcsolatos dolgokat kezelte. A szaktárca felé az első rendszer, a második a biztosítóház, a harmadik pedig a munkaügyi minisztérium irányába szolgáltatta az adatokat. Az egységes számítógépes rendszer bevezetése nyomán nem tapasztaltam lényegi változást azon túlmenően, hogy van egy kártyánk, amelynek tartalmával kapcsolatban első pillanattól kezdve fenntartásaim voltak.

– *Az egészségügyi bizottság tagjaként hogyan látja, a rendszerre vonatkozó, minőségjavítást célzó döntések eredményesnek bizonyultak?*

– Számomra nagyon kellemes meglepetés volt az egészségügyi bizottság összetétele és működése, mert a tizenegytagú bizottság kilenc tagjának orvos végzettsége volt. Olyan kollegáim voltak, akik rektorként, kórházigazgatóként, orvosokként tevékenykedtek. Éppen ezért sohasem politikai döntéseket hoztunk, végig nagyon tisztességesen, szakmai érveket felsorakoztatva végeztük a munkánkat. Időközben nagyon erélyesen is, annak ellenére, hogy olykor próbáltak a minisztérium részéről törvényeket áterőszakolni. De amelyek megítélésünk szerint nem a betegek érdekeit képviselték, azokat politikai színezettől függetlenül leállítottuk. Megtettünk mindent annak érdekében, hogy az egészségügyre vonatkozó törvénykezés vagy módosítás olyan formában menjen át a képviselőházba, hogy a képviselőknek már csak minimálisat kelljen változtatnia rajtuk. Ilyen szempontból kellemes meglepetés volt a közös munka a kulturális szaktanácsadóhoz viszonyítva, amely nem a zökkenőmentes konszenzusok színhelye volt. A kulturális bizottságban gyakorlatilag én voltam a mérleg nyelve, és számomra nagyon jó iskola volt a kolozsvári önkormányzat ilyen szempontból, mert alpolgármesterségem négy éve alatt volt alkalmam megtanulni, hogyan lehet kezelni az ilyen helyzeteket. Kultúra esetén a szenátus a döntő ház, így olykor nagyon oda kellett figyelni a hozzánk érkező jogszabályok elbírálására.

- *Milyen más, a romániai magyar közösséget is érintő kérdések kerülhetnek terítékre az elkövetkező négy évben a parlamentben, amelyek miatt lényeges lenne, hogy minél nagyobb létszámban jelen legyünk a törvényhozásban?*

- Az egészségügy azon területek egyike, ahol 1990 óta nem történt áttörés. Toldozzuk-foldozzuk, és nagyon remélem, hogy nemcsak a hangzatos nyilatkozatok maradnak meg a fejlesztésről, hanem lépni fogunk ezen a téren is, hogy az elkövetkező négy év erről is szólhasson. De annak is tudatában vagyok, hogy jó volna úgy alkotmányt módosítani, hogy abban a mi létünket is elismerjék. Jó volna a decentralizáció folytatásáról is dönteni, és abban is kiegyezni, hogyan szervezzük át az egyre működésképtelenebb ország szinte minden ágazatát. Olyan országban élünk, ahol nem engedhetjük meg magunknak azt a luxust, hogy ne legyünk ott a döntések előkészítésekor, nem beszélve a döntés pillanatáról. Ezért lenne jó olyan eredményt felmutatni, hogy továbbra is megkerülhetetlenek legyünk. Ehhez pedig mindenképpen el kell menni szavazni a vasárnapi választáson.

ELŐJEGYZÉSI LISTA:

Minőségügy:

- Minőségügyi monitor 2016

Egészségügyi statisztikai évkönyvek:

- Szociális biztonság az európai országokban: számok és tények (2015) (BMAS)
- 35 európai ország statisztikai adatai: egészségügy, szociális biztonság (BFS)

Svájc:

- A gyógyító és prevenciós szolgáltatások költségeinek alakulása 2002 és 2012 között (*Soziale Sicherheit* 2015. 6. sz.)
- Az új kórházfinanszírozás hatása a kórházi ellátások minőségére. Aktualizálás 2013 (*Obsan Bulletin*)
- Az időskorúak részére nyújtott átmeneti struktúrák kínálata és igénybevétele (*Obsan Dossier* 52)
- Swiss Personalized Health Network (SAMW Bulletin)
- A szociális segélyek helyzete Svájcban (*Soziale Sicherheit* 2015. 6. sz.)
- Folyamatok a szociális segélyek területén (2006-2011)
- *ValeurS Gesundheit*, 2016. 1. sz. A Szövetségi Statisztikai Hivatal információs magazinja
- Tartós ápolás a kantonokban (*Obsan Rapport*)
- A nem fertőző betegségek indikátorai Svájcban
- *Swiss Personalized Health Network (SAMW)*
- Longitudinális elemzés a krónikus betegekről (*Obsan Bulletin*)

Szociálpolitika:

- Munkanélküliség és előrehozott nyugdíjazás az időskorúak körében Európában (*ZSR-Kompakt*)
- A csökkent keresőképesség miatti előrehozott nyugdíjazás biográfiai előzményei (*ZSR-Kompakt*)
- A gazdasági válság és a német szociális rendszer válsága
- A hitelalapú szociálpolitika felemelkedése Németországban

- Az időskori biztosítás finanszírozása Németországban tartományok közötti összehasonlításban
- Jelentés a családpolitikáról és a családok helyzetéről Németországban 2014-ben – *Familienreport 2014*
- A szociális innováció gazdasági tényezői
- A német szociális modell válsága (IAQ)
- Válság és válságkezelés a német szociális államban (ZeS)
- Jövedelmi egyenlőtlenségek és csúcsjövedelmek (IMK Report)
- Jelentés a minimálbékről 2016-ban – *WSI-Mindestlohnbericht 2016 (WSI-Bericht, WSI-Report 1/2016)*

Népegészségügy:

- Egészségi egyenlőtlenségek az időskorúak körében (*GBE Kompakt, RKI*)
- Időskorúak testi ereje (*RKI Faktenblatt*)

Rövidhírek (aleatorikusan):

Praxishírek (*Arzt & Wirtschaft*)

Gyógyszerpiaci rövidhírek (*Pharmazeutische Zeitung, Deutsche Apotheker Zeitung*)

Népegészségügyi rövidhírek (*Robert-Koch-Institut*)