

Egészséggazdasági, egészségpolitikai és szociálpolitikai nemzetközi sajtószemle

2017. 18. sz. (Lapzárta: 2017. május 24.)

Globális egészségügy

- Komparatív minőségügyi elemzés az egészségügy helyzetéről a világ 195 országában 1990 és 2015 között a *Global Burden of Disease Study 2015* alapján.
- A G20 egészségügyi miniszterek Berlini Nyilatkozata a globális egészségügyről
- A Private Equity alapok előretörése a globális egészséggazdaságban
- A Háziorvosok Világnapja 2017 – *World Family Doctor Day 2017*. Fókuszban a háziorvosok lelki egészsége
- Az Orvosok Világszövetsége nagyszabású konferenciákat szervez az orvosilag asszisztált öngyilkosságról

Európa

- Európai konferencia a tuberkulózisról és az egészségügyi biztonságról
- Az egészségügyi ellátásokhoz való hozzáférés akadályai Európában (3. rész): A betegek választási szabadságának korlátozása, szabad orvosválasztás, önrészek

Onkológia

- Két jelentés a rákos megbetegedések helyzetéről Svájcban

Personalia

- Tedros Adhanom Ghebreyesus az Egészségügyi Világszervezet új főigazgatója

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

Komparatív minőségügyi elemzés az egészségügy helyzetéről a világ 195 országában 1990–2015. között a Global Burden of Disease Study 2015 alapján

The Lancet, DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30818-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30818-8),

Published: 18 May 2017

Kulcsszavak: globális egészségügy, globális betegségteher, ellátásokhoz való hozzáférés, halálozás, nemzetközi

Forrás Internet-helye:

[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)30818-8/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)30818-8/fulltext) ;
<http://www.healthdata.org/research-article/healthcare-access-and-quality-index-based-mortality-causes-amenable-personal-health> ;
http://www.lshtm.ac.uk/newsevents/news/2017/healthcare_inequality_between_countries.html

Christopher Murray: <http://www.healthdata.org/about/christopher-jl-murray>

A 32 betegség okozta elkerülhető halálesetek gyakorisága az elmúlt 25 év során világviszonylatban csökkent. A 195 ország közötti különbségek azonban részben fokozódtak.

Ellen Nolte és Martin McKee (London School of Hygiene & Tropical Medicine) összeállította az oltások vagy egyéb terápiás eljárások által megelőzhető vagy gyógyítható betegségek listáját. A két kutató és az **Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) Washington** közötti együttműködés keretében most átdolgozták a listát, amely ebben a formájában 32 betegségre terjed ki.

Christopher Murray (az IHME igazgatója) és mt. összevetették a listát a „**Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors**” adataival. A kutatók az adatok összehasonlítása érdekében kifejlesztettek egy HAQ-indexet (**Healthcare Assess and Quality Index**). Egy másik demográfiai index segítségével pedig az egy főre eső jövedelem, a képzés és a születési ráta figyelembevételével összehasonlították az egyes országok fejlettségi szintjét.

A 0 és 100 pont közötti értékeket alkalmazó HAQ-index 1990 és 2015 között 40,7-ről 53,7-re emelkedett. A 195 ország közül 167-ben növekedtek a lakosság esélyei, hogy orvosi terápia segítségével túléljék a betegségeket. A szélső értékek Andorra (95 pont) és a Közép-Afrikai Köztársaság (29 pont) közötti különbségek azonban növekedtek.

A ranglista első helyein álló országok: Andorra, a skandináv országok, Svájc, Ausztrália, Spanyolország és Hollandia (90 pont).

A nemzetközi összehasonlítás más országok számára kevésbé hízelgő. Nagy-Britannia 85 ponttal a 30-ik, az Egyesült Államok 81 ponttal a 35-ik (10,2 ponttal elmaradva lehetőségeitől), Oroszország 61,4 ponttal az 57-ik (16,4 ponttal elmaradva lehetőségeitől) helyen áll. Az elmúlt 25 évben a legnagyobb előrelépést elérő országok: Dél-Korea, Törökország, Peru, Kína és a Maldív-szigetek, ahol a HAQ-index több mint 20 ponttal növekedett.

A G20 egészségügyi miniszterek Berlini Nyilatkozata a globális egészségügyről
Berlin Declaration of the G20 Health Ministers
G20 Germany 2017, Berlin, 2017. május 19-20.

Kulcsszavak: globális egészségügy, antibiotikum-rezisztencia, G20

Forrás Internet-helye:

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/G/G20-Gesundheitsministertreffen/G20_Health_Ministers_Declaration_engl.pdf

A G20-ak egészségügyi minisztereinek berlini találkozásán egy szimulációs gyakorlat keretében kimutatták, hogy a világ nem készült fel optimálisan az Ebola-szerű vírusokhoz hasonló kórokozókkal szembeni fellépésre.

A résztvevők, közöttük Tom Price amerikai egészségügyi miniszter, egyetértettek abban, hogy az Egészségügyi Világszervezet központi szerepet tölt be a globális egészségügyi válságok kezelésében. A miniszterek a kötelező háromszázalékos tagdíj mérsékelt emeléséről is tárgyaltak. Több állam, közöttük az Egyesült Államok, befizetési késedelemben vannak. Az Egészségügyi Világszervezet 2016-2017-re szóló kétéves költségvetése 4,4 milliárd USD-t tesz ki.

A G20 egészségügyi miniszterek abban is megállapodtak, hogy az antibiotikumok világviszonylatban vénykötelessé váljanak. A Berlini Nyilatkozat sarkalatos eleme, hogy a tagállamok 2018-ig készítsenek az antibiotikum-rezisztencia elleni nemzeti akcióterveket. Ebbe a gyógyszeripart is be kell vonni.

A Berlinben elért eredmények a G20 állam- és kormányfőinek 2017. július 7-8-i hamburgi csúcstalálkozásának napirendjére kerülnek.

Angela Merkel szerint egy nemzetközi alapot és a Világbank által finanszírozott egyfajta egészségügyi válságbiztosítási rendszert kellene bevezetni, amely lehetővé teszi a szegényebb országok számára, hogy egy járvány kitörése alkalmával ne álljanak koldus módjára a nemzetközi közösség elé. A fejlesztési törekvéseknek egyebek között az egészségügyi rendszerek megerősítésére, a gyógyszerek és kezelések kifizethetőségére, az orvosok és az egészségügyi személyzet képzésére kell irányulniuk. Az ilyen beruházások végső soron gazdasági beruházásként jelennek meg.

Az Egészségügyi Világszervezet szerint jelenleg csak a szubszaharai övezetben 36 veszélyes kórokozó kitörése van folyamatban, Kongóban pedig már elkezdődött a nyolcadik Ebola-kitörés.

A Private Equity alapok előretörése a globális egészséggazdaságban

Arzt &Wirtschaft Online, 20. Mai 2017. 4:43

Kulcsszavak: globális egészségügy, egészséggazdaság, multik, tőzsdén jegyzett cégek, Private Equity, nemzetközi

Forrás Internet-helye:

<https://www.arzt-wirtschaft.de/run-auf-boersennotierte-healthcare-unternehmen/print/>;

<https://www.arzt-wirtschaft.de/run-auf-boersennotierte-healthcare-unternehmen/>

2017 áprilisában két Private-Equity alap 5,3 milliárd EUR-t kínált a német Stada gyógyszercégért. Ez nem egyedi eset. Világviszonylatban megfigyelhető tendencia, hogy a Private-Equity alapok tőzsdén jegyzett egészségügyi vállalkozásokat kezdenek felvásárolni.

2016-ben a Private-Equity alapok egészségügyi szektorban való részesedése szűk 60%-kal, 36,4 milliárd USD-re növekedett. A négy legnagyobb bekebelezési tranzakció közül három esetben befektetési társaságok tőzsdei részvényeket szereztek. A ***Bain & Company nemzetközi tanácsadó társaság*** elemzése szerint az egészségügybe való befektetéseket az teszi vonzóvá, hogy az alkufolyamatban a részesedéseket viszonylag alacsonyra értékelik, amiből a privát tulajdonban levő vállalkozások aukción való megszerzésével szemben, annak többszöröse hozható ki. Miközben a tőzsdén jegyzett cégek bekebelezése során a vevők a súlyozott EBITDA tízszeresét fizették, gyógyszercégeknél Privat-Equity tulajdonban a szorzó 12 volt.

Ezek a fejlemények azért is érdekesek, mert a Private-Equity alapok egészségügy iránti fokozottabb érdeklődése ellentétben áll a befektetések körében egyébként eluralkodó visszafogottsággal. Az új részesedések volumene 2016-ban az összes ágazatban 23%-kal csökkent. Ezzel szemben az egészségügyi szektor részesedése a Private-Equity beruházások

összvolumenéből világviszonylatban 14%-ot tett ki, ami csúcseredménynek számít.

2016-ban jelentős regionális különbségek mutatkoztak. Miközben a felvásárlások száma Észak-Amerikában az előző évhez viszonyítva megháromszorozódott, Európában a tranzakciók értéke a kedvező 2015-ös évet követően 42%-kal, 4,6 milliárd USD-re esett vissza. Kockázatmentes és kellőképpen nagy beruházási lehetőségek után kutatva az európai Private-Equity alapok 2016-ban Észak-Amerika felé fordultak, az Egyesült Államokban a tíz nagy Private-Equity-üzlet közül négyet ők vittek el.

Mindezekről függetlenül Európa a befektetések számára érdekes célterület marad. 2016-ban a térítési szabályozások és árfeszültség által nem érintett egészségügyi IT-szegmens bizonyult különösen vonzónak. A tranzakciók volumene négyszeresére növekedett és 15,5 milliárd USD-t ért el.

2016-ban a nagy konszernek kemény harcot vívtak az új részesedések megszerzéséért. A fúziókból és felvásárlásokból származó volumen ugyan az egészségügyi szektorban mindössze 299 milliárd USD-t tett ki és az előző évhez viszonyítva megfeleződött, ez a milliárdos nagyságrendű kétszámjegyű megaüzletek elmaradásának volt tulajdonítható. A beruházók olyan cégekért versenyeztek, amelyek ára 500 millió és 5 milliárd USD között mozgott. A P2P-tranzakciók száma Európában is növekedhet, mivel itt az átlagosan jól teljesítő vállalkozások száma növekedésben van. A Stada esete iskolapéldává válhat.

A gazdaságot ebben az évben a volatilitás jellemzi, ami az egészségügyi ágazat számára akár jó hír is lehet, hiszen minél nagyobb a gazdaság ingadozása, annál vonzóbbá válhat az egészségügyi szektor.

***A Háziorvosok Világnapja – World Family Doctor Day, 2017. május 19.
Fókuszban a háziorvosok lelki egészsége***

World Organization of National Colleges, Academies and Academic
Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA)

President's message for World Family Doctor Day. WONCA Global Family Doctor.
2017 May.

Kulcsszavak: globális egészségügy, hivatásrend, háziorvosok, World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA), nemzetközi

Forrás Internet-helye:

<http://www.globalfamilydoctor.com/member/ForMemberOrganizations/WorldFamilyDoctorDay.aspx>

A Háziorvosok Világszövetsége (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians – WONCA) a Háziorvosok Világnapján saját egészségük megőrzésére figyelmeztette tagjait.

Az idei esemény kiemelt témája a depresszió volt, amellyel kapcsolatban a WONCA tagszervezeteinek szervezésében rendezvénysorozatokra került sor, amelyek célja a lelki egészség jelentőségének hangsúlyozása volt. ***Amanda Howe, a WONCA elnöke*** szerint fel kell hívni a közvélemény figyelmét arra, hogy a depresszió mennyire súlyos és gyakori jelenség, amellyel kapcsolatban az érintettek segítséget érdemelnek és hogy a segítségkérés miatt senkinek sem kell szégyenkeznie.

Emlékeztetni kell arra, hogy a depresszió kockázata bárki számára fennállhat és hogy a maga a háziorvos munkája is pszichés kimerüléshez, stresszel összefüggő tünetekhez vezethet, ami jelentős kockázatnak teszi ki a szervezet tagságát.

***Az Orvosok Világszövetsége nagyszabású konferenciákat szervez
az orvosilag asszisztált öngyilkosságról***

World Medical Association Press Release. Major End of Life Conferences
Organised By World Medical Association.
World Medical Association. 2017 May 16.

Kulcsszavak: globális egészségügy, orvosilag asszisztált öngyilkosság, eutanázia, Orvosok Világszövetsége

Forrás Internet-helye: <https://www.wma.net/news-post/major-end-of-life-conferences-organised-by-world-medical-association/>

Az orvosilag asszisztált öngyilkosság és az eutanázia jelenleg több országban legális, többek között Hollandiában, Belgiumban, Luxemburgban, Kolumbiában és Kanadában. Ott ahol ezt megengedik, a halálesetek 0,3%-4,6%-a ezekkel az eljárásokkal függ össze.

Az Orvosok Világszövetsége (World Medical Association – WMA) most felszólítást intéz az orvosokhoz, hogy hagyjanak fel az eutanáziában való közreműködéssel, még akkor is, ha ezt a nemzeti jogszabályok megengedik, vagy bizonyos körülmények között dekriminalizálják.

A szervezet most több nagyszabású nemzetközi konferencia megszervezésére készül, amelyeken majd kifejtik az élet alkonyára vonatkozó irányelvekkel összefüggő etikai dilemmákat. Az első két konferenciára 2017 őszén Tokió-ban és a Vatikánban, a következőre 2018 tavaszán Rio de Janeiro-ban kerül sor és a szervezet reményei szerint még egy további, Afrikában tartandó konferenciára is futni fogja.

Az Orvosok Világszövetségének jelenlegi irányelve szerint az orvosilag asszisztált öngyilkosság a hivatásrend tagjai által elutasítandó, a nemzeti orvosszervezetek azonban lelkesedéssel várnák annak megváltoztatását. E rendezvények célja a támogatás elnyerése az irányelv felülvizsgálatához, ill. annak eldöntése, hogy át kell-e dolgozni az orvosilag asszisztált öngyilkosságra vonatkozó álláspontot, vagy meg kell hagyni a régi állapotot.

Európai konferencia a tuberkulózisról és az egészségügyi biztonságról

Press release: EU Leaders Urge Funding of Critically-needed New Tools against Drug-resistant Tuberculosis. TB Alliance. 15 May 2017.

TB and European Health Security: The critical role of TB R&D in the context of antimicrobial resistance Conference, Brussels, 11 May 2017

Kulcsszavak: tuberkulózis, egészségügyi biztonság, antibiotikum-rezisztencia, Európai Unió

Forrás Internet-helye:

<https://www.tballiance.org/news/eu-leaders-urge-funding-critically-needed-new-tools-against-drug-resistant-tuberculosis> ;

Vytenis Andriukaitis egészségügyért és élelmiszer-biztonságért felelős biztos beszéde:

https://ec.europa.eu/commission/commissioners/2014-2019/andriukaitis/announcements/tuberculosis-and-european-health-security-critical-role-tuberculosis-research-and-development_en

A konferenciára a francia és a holland kormány, a TuBerculosis Vaccine Initiative, a TB Alliance és a Deutsche Stiftung Weltbevölkerung szervezésében került sor Brüsszelben. A francia és a holland miniszterelnök nagyobb beruházásokat követelt a gyógyszerekkel szemben rezisztens tuberkulózis kezelésére és megelőzésére.

Michèle Boccoz, a francia külügyminisztérium képviselője felszólalásában hangsúlyozta, hogy a tuberkulózis a gyógyszerekkel szembeni rezisztencia folytán sokak számára gyógyíthatatlan betegséggé válik. A kutatásra és fejlesztésre fordított magasabb beruházások biztosíthatnák a szükséges gyógyszereket és oltóanyagokat, ami véget vethetne a tuberkulózis európai fenyegetésének.

Miközben a tuberkulózis aránya az Európai Unióban viszonylag alacsony, a megbetegedés más országokban továbbra is fennáll. A gyógyszerekkel szemben rezisztens tuberkulózis világviszonylatban legmagasabb rátáját azonban az Egészségügyi Világszervezet Európai Régiójában mutatták ki. Az antibiotikum-rezisztenciáról szóló globális vizsgálat, az **AMR Review** (<https://amr-review.org/>) becslése szerint a gyógyszerekkel szemben rezisztens tuberkulózis 2050-ig évente 2,5 millió halálos áldozatot követelhet.

Kapcsolat:

Ben Fox +44 20 7930 6353, +44 7946541745, ben.fox@sovereignstrategy.com

Thomas Lynch +1 917-648-0671, thomas.lynch@tballiance.org

Verena Finkenstädt:

Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés akadályai Európában (3. rész):

A betegek választási szabadságának korlátozása; orvosválasztás, önrészek

Wissenschaftliches Institut der PKV, März 2017 (88 p.)

Kulcsszavak: szabad orvosválasztás, háziiorvosi ellátás, gatekeeping, önrészek, költséghozzájárulások, ellátásokhoz való hozzáférés, Európai Unió

Forrás Internet-helye:

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

3. 2. A betegek választási szabadságának korlátozása

Az elmúlt évek során több országban jelentek meg törekvések a betegek választási szabadságának bevezetésére vagy annak kiterjesztésére. Minden esetre az egy bizonyos háziiorvosnál való regisztrációs kötelezettség világszerte továbbra is szélesben elterjedt. Ez jelentősen korlátozza a betegek lehetőségét arra, hogy az ambuláns szektorban más orvosokat is felkeressenek. Az egy bizonyos orvosnál való regisztráció gyakorlata direkt összefüggésben áll az ún. kapuőri modellel: A szakorvosi ellátáshoz való hozzáférést számos országban a háziiorvos mint kapuőr korlátozza, ami azt jelenti, hogy a beteg háziiorvosi beutaló nélkül nem fordulhat szakorvoshoz. A kötelező „gatekeeping” (Izland és Svédország kivételével) az adókból finanszírozott egészségügyi rendszerek fő jellemzője.

Dánia

A dán állami egészségügyi rendszerben két biztosítási lehetőség áll fenn, amelyek lényegében a szakorvoshoz való hozzáférés tekintetében különböznek egymástól. Alapvetően az összes polgár az 1-es csoportba tartozik. A 15 év fölöttiek önkéntesen a 2-es csoport mellett is dönthetnek. Az 1-es csoportba tartozó személyek kötelesek regisztrálni egy általuk választott háziiorvosnál, aki lakóhelyük 15 km-es körzetében működik (Koppenhága területén 5 km). Háziiorvosváltáshoz a helyi önkormányzat engedélyére van szükség. Ennek fejében Koppenhágában 195 DKR (25 EUR) díjat hajtanak be. A háziiorvosi kezelés az 1-es csoportban ingyenes, miközben a 2-es csoportban csak az 1-es csoport számára a háziiorvosi ellátás tekintetében az állami egészségbiztosítási rendszerben meghatározott összeg térítésére kerül sor. Szakorvosi ellátáshoz a 1-es csoport biztosítottainak háziiorvosi beutalóra van szükségük. A 2-es csoport biztosítottai szabad választásuk szerint beutaló nélkül fordulhatnak szakorvoshoz, de csak az 1-es csoportnak megfelelő összeg térítésére kerül sor. A dán lakosság 99%-a az 1-es biztosítási csoportba tartozik. Az egységes rendszer tehát két osztályra tagolódik. Így megfelelő költséghozzájárulások fejében lehetővé válik a választás szabadsága.

Nagy-Britannia

A brit *National Health Service* szigorú *gatekeeping*-et alkalmaz. Ez a háziorvosi regisztrációhoz kapcsolódik. A *gatekeeping* bevezetése a szakorvosi állások csökkentésével és az állami egészségügyi kiadások kontrollja iránti szükséglettel függ össze. A háziorvosi praxisok 2015. óta olyan betegeket is befogadhatnak, akik nem a praxis közvetlen vonzáskörében laknak. Ez önkéntes alapon történik, a praxisok akár el is utasíthatják a betegeket. A háziorvosi beutalóval rendelkező betegek 2008. óta elvben szabadon választhatnak a szakorvost.

Finnország

A szabad orvosválasztásnak Finnországban alig vannak előzményei. Ebben a tekintetben csak a 2011-ben bevezetett egészségügyi reform hozott változást. A betegek 2011 májusa óta lakóhelyükön szabadon választhatnak egészségügyi centrumot. A szabad orvosválasztás 2014. óta országos szinten lehetséges, praxisváltásra azonban évente egy alkalommal nyílik lehetőség. Ám Dániához hasonlóan a szakorvoshoz való hozzáférés csak beutalóval lehetséges.

Hollandiában és a járulékfirányozású kelet-európai egészségügyi rendszerekben (Észtországban, Lengyelországban, Szlovákiában, Szlovéniában és Magyarországon) a betegek nem fordulhatnak közvetlenül szakorvoshoz.

Hollandia

Hollandiában ugyancsak szigorú *gatekeeping* uralkodik, ami megakadályozza a szakorvoshoz való szabad hozzáférést. A háziorvos szabad kiválasztása elméletileg ugyan lehetséges, de fennállnak bizonyos korlátozások. Az utrechti háziorvosok megállapodása szerint például a betegek csak a lakókörzetükben működő háziorvosnál regisztráltathatják magukat. Egyes vidékeken olyan kevés a háziorvos, hogy a betegek nehezen találnak olyan háziorvost, akinél regisztrálhatnak. Ezt a problémát az is súlyosbítja, hogy a háziorvosok elutasíthatják a betegeket. Ez azzal indokolható, hogy a beteg túl messze lakik a praxistól, vagy pedig a háziorvosnál túl sok beteg regisztrált.

Svédország

Az adókból finanszírozott svéd egészségügyi rendszerben létezik ugyan *gatekeeping*, regionális szinten azonban különböző rendszerek működnek, amelyek segítségével kontrollálják a szakorvosi kezelések igénybevételét. Skåne provinciában és sok más provinciában a gyógyszerkiadások és a diagnosztikai eljárások pénzügyi felelőssége a háziorvosi centrumokra hárul. A betegeket pénzügyi ösztönzőkkel próbálják rávenni, hogy első alkalommal a háziorvoshoz forduljanak. A betegeknek az összes provinciában magasabb önrészt kell fizetniük, ha háziorvosi beutaló nélkül fordulnak szakorvoshoz.

Franciaország

A járulékfiranszírozású francia egészségügyi rendszerben a betegek kötelesek regisztráltatni magukat egy háziorvosnál vagy szakorvosnál. Ez az orvos kezelőorvosként („*médecin traitant*“) van bejelentve az illetékes betegpénztárnál. A kezelőorvos választása ugyan nem kötelező, ám amennyiben ezt nem teszik meg, a betegek számára jelentős pénzügyi hátrányok keletkeznek. Ha valaki nem választ kezelőorvost, vagy nem követi a betegutat, a betegpénztár rendszeres költségtérítése 70%-ról 30%-ra csökken.

Németország

Németországban alapvetően szabad orvosválasztás érvényesül. A kötelező betegbiztosítás biztosítottai számára csupán az a feltétel merül fel, hogy az orvos, ill. fogorvos vegyen részt a szerződött orvosi ellátásban, tehát rendelkezzen működési engedéllyel. A privát betegbiztosítás keretében a szabad orvosválasztásnak nincsenek korlátai, hacsak ezt az individuális tarifaszerződés nem rögzíti másképpen. Németországban tradicionálisan nincs kapuőri rendszer. A kötelező betegbiztosítás biztosítottainak azonban háziorvost kell választaniuk, a betegpénztáraknak pedig háziorvosi központú ellátást kell felkínálniuk. Ám ha a biztosított mégsem választana háziorvost, ezt senki sem ellenőrzi és nem is szankcionálja. Jelenleg Németországban lehetőség nyílik a szakorvos direkt felkeresésére.

3. 3. Kötelező önrészek és költség hozzájárulások

A kötelező önrészek és költség hozzájárulások célja a keresleti oldal szabályozása. Az önrészek korlátozzák a biztosítottak „nullköltségekre vonatkozó illúzióját”, mivel így már mérlegelik a kezelés rájuk eső költségeit és adott esetben maguk csökkentik a keresletet.

Az állami egészségügyi rendszerek az ambuláns és kórházi ellátások költségeit nagyobb mennyiségben alapvetően gyógyszerköltségek gyanánt vállalják át. Ez utóbbiakhoz a betegeknek az összes vizsgált országban ilyen vagy olyan mértékben hozzá kell járulniuk.

Az adókból finanszírozott egészségügyi rendszerekben az ambuláns és kórházi kezelésekre egyáltalán nem kell, vagy csak csekély mértékű önrészeket kell fizetni. Ezen egészségügyi rendszerek filozófiája szerint betegség esetén minden polgár számára ingyenes ellátást kell biztosítani. Ezzel szemben Belgiumban, Franciaországban és Svájcban viszonylag magas önrészeket kell fizetni. Az ***Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES)*** aktuális tanulmánya szerint Franciaországban a biztosítottak évente átlagosan több mint 1.900 EUR-t fizetnek be önrészként. Németországban a lakosság legmagasabb önrészt fizető 10%-ának befizetései meghaladják az évi 3.000 EUR-t.

A vizsgálatban résztvevő országok mindegyikében bevezettek bizonyos intézkedéseket, amelyek megóvják a túlzott pénzügyi terhektől a lakosság egyes csoportjait. A gyermekek csaknem minden országban mentesülnek az kötelező önrészekről. A krónikus betegeknek Svájc, Ausztria és Csehország kivételével ugyancsak nem kell önrészt fizetniük. Ezzel szemben az alacsony jövedelemmel rendelkező személyeket kevésbé védik a pénzügyi túlterheléstől (pl. Hollandiában, Lengyelországban és Szlovákiában az alacsony jövedelműek nem mentesülnek az önrészek befizetésétől). Amennyiben a betegek az önrészek miatt lemondanak szükséges orvosi szolgáltatásokról, ez a költségek által indukált alullellátás veszélyét hordozza.

Az önrészek különösen Franciaországban magasak, ahol az állami egészségügyi rendszer csak az orvosilag szükséges kezelések költségeinek egynegyedét vállalja át. Nemzetközi összehasonlításban Németországban az önrészek mértéke mérsékelt. A háziorvosi és szakorvosi ellátás területén nem kell önrészeket fizetni. A többi vizsgált ország közül ez csak hat esetében van így. Ezenkívül Németországban a (10 EUR összegű) praxisdíjat 2013. január 1-i kezdettel eltörölték.

Kötelező önrészek a befizetéstől nem mentesített személyek számára

	Háziorvosnál fizetendő önrész	Szakorvosnál fizetendő önrész	Kórházban fizetendő önrész
Belgium	6 EUR/vizit; elektronikus beteg- dokumentummal: 4 EUR/vizit	12 EUR/vizit	Napidíj és átalány elege, kórházírustól függően különböző
Dánia	1-es csoportnál: nincs; 2-es csoportnál: a kezelés költsége és az állami díjszabás közötti különbség	Mint háziorvosnál	Nincs
Németország	Nincs	Nincs	10 EUR/nap, évente max. 28 napig
Észtország	Praxisban nincs, otthoni látogatás esetén 5 EUR	5 EUR-ig	2,50 EUR/nap, betegségenként max. 10 napig
Finnország	16,10-32,10 EUR	Mint háziorvosnál	Kórházban: 38,10 EUR/nap; ambulánsan: 32,10 EUR/vizit, ambuláns műtét: 105,50 EUR/nap
Franciaország	Költségek 30%-a/vizit + 1 EUR orvoslátogatás	Mint háziorvosnál	20% + 18 EUR/nap

Nagy-Britannia	Nincs	Nincs	Nincs
Írország	„Medical Card” nélkül: önrész; „Medical Card”-dal (rászorulók): nincs	Nincs	„Medical Card” nélkül: 66 EUR/nap, évente max. 660 EUR-ig, „Medical Card”-dal (rászorulók): nincs
Izland	Csoportok szerint lépcsőzetes: 1.000 ISK (8 EUR) / vizit 18 és 66 év közöttiek részére	Csoportok szerint lépcsőzetes: 37 EUR/vizit + a többletköltségek 40%-a 18 és 66 év közöttiek részére	Nincs
Olaszország	Nincs	(régiók szerint) 36,10 EUR-ig/vizit +10 EUR díj	Nincs
Luxemburg	Költségek 20%-a/vizit	Mint háziorvosnál	20.93 EUR/nap, évente max. 30 napig
Hollandia	Nincs	Évente 385 EUR összegű költséghozzájárulás	Mint szakorvosnál
Norvégia	24 EUR nappal praxisban; 41 EUR praxisban éjszaka	Mint háziorvosnál	Nincs
Ausztria	10 EUR/év (szolgáltatástérítés az e-cardra)	10 EUR/év (szolgáltatástérítés az e-cardra)	10 EUR 28 napra
Lengyelország	Nincs	Nincs	Nincs
Portugália	5 EUR/vizit	7,75 EUR/vizit	7 EUR/tartózkodás
Svédország	11-12 EUR/vizit településenként	23-35 EUR/vizit településenként	max. 9 EUR/nap
Svájc	300 CHF (280 EUR)/év (franchise); a franchise-t meghaladó költségek 10%-a, max. 700 CHF-ig (650 EUR)	Mint háziorvosnál	Önrész + 15 CHF (14 EUR) kórházi díj/nap
Szlovákia	Nincs	Nincs	Nincs
Szlovénia	Költségek 10-90%-a /vizit	Mint háziorvosnál	Mint háziorvosnál
Spanyolország	Nincs	Nincs	Nincs
Csehország	Nincs	Nincs	Nincs
Magyarország	Nincs	Nincs	Nincs

Két jelentés a rákos megbetegedések helyzetéről Svájcban 2015-ben

Jelentés a rákos megbetegedések helyzetéről Svájcban 2015-ben –

Schweizerischer Krebsbericht 2015.

Az epehólyag és az epeutak rákos megbetegedései

Bundesamt für Statistik (BFS)

BFS Aktuell, 14 Gesundheit, Neuchâtel, April 2017

Kulcsszavak: rákos megbetegedések, onkológia, epehólyag és epeutak rákos megbetegedései, Svájc

Forrás Internet-helye:

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit.assetdetail.2281147.html>

1. A megbetegedések gyakorisága és a halálozás

Svájcban 2008 és 2012 között évente 140 férfi és 160 nő betegedett meg az epehólyag és az epeutak rákos megbetegedéseiben. Ez mind a férfiak, mind a nők körében a rákos megbetegedések kevesebb mint 1%-ának felel meg.

Az epehólyag és az epeutak rákos megbetegedései a férfiak körében évente 70, a nők körében évente 100 halálesetet okoznak. Ez a férfiak körében a rákos megbetegedések okozta összes haláleset 0,8%-a, nők körében azok 1,4%-a. Az epehólyag vagy az epeutak miatti halálozás kockázata férfiaknál 0,1%, nőknél 0,2%. Ez azt jelenti, hogy 1.000 férfi közül egy és 500 nő közül egy ilyen rákban hal meg.

A megbetegedések és a halálozások rátája tekintetében nemzetközi összehasonlításban Svájc a középmezőnyhöz tartozik.

2. A túlélési ráta

2008–2012. között öt évvel a diagnózist követően még a megbetegedett férfiak 17%-a és a megbetegedett nők 14%-a még életben volt (megfigyelt túlélési ráta). A más halálokok miatti halálozás kockázatának figyelembevételével az ötéves túlélési ráta férfiaknál 19%, nőknél 16% volt (relatív túlélési ráta). Az 1998 és 2002 közötti diagnózisoknál ez férfiaknál 18%, nőknél 12%, tehát ugyancsak kedvezőtlen volt. A tízéves túlélési ráta 1998 és 2012 között férfiaknál 12%-ról 13%-ra, nőknél 9%-ról 11%-ra növekedett.

A tíz összehasonlított európai ország közül Svájc 2000–2007. között a második legmagasabb ötéves túlélési rátát érte el.

***Jelentés a rákos megbetegedések helyzetéről Svájcban 2015-ben –
Schweizerischer Krebsbericht 2015.***

Myeloma multiplex

Bundesamt für Statistik (BFS)

BFS Aktuell, 14 Gesundheit, Neuchâtel, April 2017 (4 p.)

Kulcsszavak: rákos megbetegedések, onkológia, myeloma multiplex, Svájc

Forrás Internet-helye:

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit.assetdetail.2281157.html>

1. A megbetegedések gyakorisága és a halálozás

2008 és 2012 között a férfiak körében évente 300, a nők körében évente átlagosan 230 esetet diagnosztizáltak. A myeloma multiplex a diagnosztizált rákos megbetegedések kevesebb mint 1,5%-át teszik ki.

A myeloma multiplexben való megbetegedés kockázata férfiaknál 0,6%, nőknél 0,5% (1.000 férfi közül hat, 1.000 nő közül öt).

A myeloma multiplex évente több mint 300 halálesetet okoz, ami a rákos megbetegedésekben való halálozás 2%-a. A myeloma multiplexben való halálozás kockázata mind férfiaknál, mind nőknél 0,3%. Ez azt jelenti, hogy 1.000 személy közül hárman ilyen rákos megbetegedésben halnak meg.

A tíz összehasonlított európai ország közül a megbetegedések rátája és a halálozási ráta tekintetében is a középmezőnyhöz tartozik.

1988 és 2012 között a halálozási ráta mind a férfiak, mind a nők körében csaknem 26%-kal csökkent.

2. A túlélési ráta

2008–2012. között öt évvel a diagnózist követően még a megbetegedett férfiak 43%-a és a megbetegedett nők 50%-a még életben volt (megfigyelt túlélési ráta). A más halálokok miatti halálozás kockázatának figyelembevételével az ötéves túlélési ráta férfiaknál 48%, nőknél 53% (relatív túlélési ráta). Ez az 1998 és 2002 közötti diagnózisok esetén férfiaknál 43%, nőknél 42% volt. A tízéves túlélési ráták 1998 és 2012 között ugyancsak csekély mértékben javultak: férfiaknál 20%-ról 25%-ra, nőknél 25%-ról 31%-ra növekedtek.

A tíz összehasonlított európai ország közül 2000–2007. között Svájc férfiaknál az ötödik legmagasabb, nőknél a negyedik legmagasabb ötéves túlélési rátát érte el.

Tedros Adhanom Ghebreyesus az Egészségügyi Világszervezet új főigazgatója

Forrás Internet-helye: https://en.wikipedia.org/wiki/Tedros_Adhanom
<http://www.who.int/dg/election/cv-tedros-en.pdf?ua=1>



Tedros Adhanom Ghebreyesus (sz. 1965. Asmara, Etiópia)

1986: *University of Asmara: Bachelor of Science (BSc)*, biológia szakon

London School of Hygiene & Tropical Medicine: Master of Science (MSc),
immunológia és fertőző betegségek szakon

2000: *University of Nottingham: filozófiai doktori cím népegészségügyi disszertációval: „A gátak szerepe a malária terjedésében az észak-etiópiai Tigray Régióban”*

2001: Etiópia Tigray Régiója egészségügyi hivatalának vezetője

2003: Egészségügyi államtitkár

2005: Egészségügyi miniszter

2009: a *Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria* igazgatótanácsának elnöke

2012: Külügyminiszter

2014: Az Afrikai Unió végrehajtó tanácsának elnöke

Világszerte elismert maláriakutató.

2012: *London School of Hygiene and Tropical Medicine: Honorary Fellowship*

2012: *Stanley T. Woodward Lectureship, Yale University: Honorary Fellowship*

2016.: *Women Deliver Award for Perseverance*

2012: a *UK Wired Magazine* azon 50 ember közé sorolta, akik megváltoztatják a világot.

2015: a *The New African Magazine* Afrika 100 legbefolyásosabb politikusa közé sorolta a politika és közszolgálat kategóriájában.

2017. május 24.: az Egészségügyi Világszervezet főigazgatója

ELŐJEGYZÉSI LISTA:

Egészséggazdaság

- Az egészséggazdaság helyzete Németországban 2017-ben (1-3. rész)
- A privát betegbiztosítás egészséggazdasági jelentősége

Európa

- Európai áttekintés az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés akadályairól (PKV WIP) (4-8. rész)
- Az egészségügy monitorizálása és az egészségügyi indikátorok Európában (RKI)

Svájc

- Autonómia és kapcsolat. Konferenciakötet
- A Svájci Orvostudományi Akadémia ajánlásai az érdekkonfliktusok kezeléséről a guideline-ok kidolgozása során
- A gyógyító és prevenciós szolgáltatások költségeinek alakulása 2002 és 2012 között (*Soziale Sicherheit* 2015. 6. sz.)
- Az új kórházfinanszírozás hatása a kórházi ellátások minőségére. Aktualizálás 2013 (*Obsan Bulletin*)
- Az időskorúak részére nyújtott átmeneti struktúrák kínálata és igénybevétele (*Obsan Dossier* 52)
- A nem fertőző betegségek indikátorai Svájcban
- *Swiss Personalized Health Network (SAMW)*
- Longitudinális elemzés a krónikus betegekről (*Obsan Bulletin*)

Szociálpolitika:

- Jelentés az időskori biztosítás helyzetéről Németországban 2015-ben
- Kutatási jelentés: az időskori gondoskodás elterjedtsége Németországban 2015-ben
- A nyugdíjkiadások alakulása Németországban
- Munkanélküliség és előrehozott nyugdíjazás az időskorúak körében Európában (*ZSR-Kompakt*)
- A csökkent keresőképesség miatti előrehozott nyugdíjazás biográfiai előzményei (*ZSR-Kompakt*)
- Jövedelmi egyenlőtlenségek és csúcsjövedelmek (IMK Report)

Rövidhírek (aleatorikusan):

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