

Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete

Egészséggazdasági, egészségpolitikai és szociálpolitikai nemzetközi sajtószemle

2021. 16. sz. (Lapzárta: 2021. augusztus 16. 00:00)

Alapító főszerkesztő: Kövesi Ervin (1990-2014) – Szerkesztő: Komáromi Béla (2005-)

Globális egészségügy

- Egészségügyi intézmények elleni fegyveres támadások. Az Egészségügyi Világszervezet surveillance-rendszerének adatai
- Jelentés a globális klímaváltozás helyzetéről

Koronavírus

- Az Egészségügyi Világszervezet közleménye a SARS-CoV-2 eredetének feltárására irányuló tanulmányok depolitizálásáról
- Globális tanulmány a túlhalálózásról a pandémia idején
- COVID-19-hírek a világ tizennyolc országából
- A COVID-19-pandémia Ausztriában. Nemzetközi együttműködés

Kórházügy

- Jelentés a kórházak helyzetéről Németországban 2020-ban – *Krankenhaus-Report 2021 (WidO)* (4. rész): Ellátási folyamatok nemzetközi összehasonlításban. Az ellátások finanszírozása Hollandiában

Egészséggazdaság

- Jogi szakvélemény az egészségügyi ellátási központokról szóló jogszabályok továbbfejlesztéséről (4. rész): Az ellátás minőségének összehasonlítása az orvosok, ill. nem orvosok tulajdonában levő amerikai „egészségügyi intézmények” között

Gyógyszer

- Az e-recept helyzete nemzetközi összehasonlításban
- Három nagy amerikai gyógyszernagykereskedelmi cég egyezséget kötött New York állammal az opioid-perben

Nyugdíj

- A svéd nyugdíjrendszer
- A nyugdíjbiztosítás helyzete Svájcban
- A nyugdíjpénztárak statisztikája Svájcban 2019-ben
- A valóság az osztrák nyugdíjrendszerről
- A német privát nyugdíjbiztosítók rangsora
- Az amerikai nyugdíjalapok és az Allianz biztosító konfliktusa

Allensbacher Newsletter, April 2021; Juli 2021

- A lakosság bizalma a piacgazdaság iránt a pandémia idején; *Roland Rechtsreport 2021; Digitalreport 2021; Sicherheitsreport 2021; Mobilitätsreport 2021; Nestlé Ernährungsstudie 2021*

A kommentek ára

- Egy kommentelő 170.000 AUD kártérítést fizetett egy ausztrál fogorvosnőnek lejárató Google-bejegyzések miatt

Melléklet

- Jogi szakvélemény az egészségügyi ellátási központokról szóló jogszabályok továbbfejlesztéséről – egységes szerkezetben

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

Egészségügyi intézmények elleni fegyveres támadások.
Az Egészségügyi Világszervezet surveillance-rendszerének adatai
Egészségügyi Világszervezet

Kulcsszavak: globális egészségügy, fegyveres konfliktusok, kórházak elleni fegyveres támadások, Egészségügyi Világszervezet, nemzetközi

Forrás Internet-helye: [https://www.who.int/data/stories/attacks-on-health-care-three-year-analysis-of-ssa-data-\(2018-2020\)](https://www.who.int/data/stories/attacks-on-health-care-three-year-analysis-of-ssa-data-(2018-2020)) ;

WHO's Surveillance System for Attacks on Health Care (SSA) from 2018 to 2020:

https://extranet.who.int/ssa/LeftMenu/Index.aspx?utm_source=Stopping%20attacks%20on%20health%20care%20QandA&utm_medium=link&utm_campaign=Link_who

Attacks on Health Care (AHC) initiative:

<https://www.who.int/activities/stopping-attacks-on-health-care>

Az Egészségügyi Világszervezet 2018. óta regisztrálja az egészségügyi intézmények elleni fegyveres támadásokat.

A surveillance-rendszer adatai szerint 2018 és 2020 között a háborús területeken 17 országban több mint 2.700 alkalommal ért támadás egészségügyi dolgozókat.

A beszámoló szerint némely esetben célzott támadásról volt szó, míg más alkalmakkor egészségügyi létesítmények szenvedtek károkat a harcok során. A támadások következtében több mint 700 egészségügyi dolgozó vesztette életét és további több mint 2.000 sebesült meg.

Az Egészségügyi Világszervezet az idén 588 ilyen incidenst jegyzett fel, 114 halálesettel.

Altaf Musani, az adatbank igazgatója szerint túl a közvetlen következményeken, egyéb járulékos károkkal is számolni kell: a személyzet traumát szenved, kevesebben jönnek be dolgozni, a betegek már nem szívesen mennek kórházba, a lakosság orvosi ellátása szakadozottá válik.

A jelentés klinikák, gyógyszerraktárak és -szállítmányok, valamint mentőautók elleni támadásokról számolt be, többek között a Közép-afrikai Köztársaságban, Mozambikban, Mianmarban, Nigériában, Szomáliában, Szíriában, Jemenben és a palesztin területeken.

Jelentés a globális klímaváltozás helyzetéről

The Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC), Geneva, Aug 9 2021

Kulcsszavak: globális egészségügy, környezetegészségügy, klímaváltozás, Klíma Világtanács, The Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC), nemzetközi

Forrás Internet-helye: <https://www.ipcc.ch/> ; <https://www.ipcc.ch/assessment-report/ar6/> ; <https://www.ipcc.ch/report/ar6/wg1/#FullReport> ; <https://www.carbonbrief.org/in-depth-qa-the-ipccs-sixth-assessment-report-on-climate-science> ;

US Energy Information Administration: <https://www.eia.gov/energyexplained/energy-and-the-environment/outlook-for-future-emissions.php> ;

EIA Annual Energy Outlook 2021:

<https://www.eia.gov/outlooks/aeo/>

*A Kormányközi Éghajlatváltozási Testület (The Intergovernmental Panel on Climate Change – IPCC) [„Klíma Világtanács”] megalapítására, 1988-ban, az ENSZ és a Meteorológiai Világszervezet döntése alapján került sor. A hatodik értékelő jelentés (*Sixth Assessment Report*) összeállításához 66 ország 230 kutatója járult hozzá. A politikai döntéshozók részére készített összefoglalóra a 195 tagállam egyöntetűen adta áldását.*

*Valérie Masson-Delmott, a munkacsoport társelnöke szerint, aki a legutóbbi jelentés megjelenése, 2013. óta 14.000 klímatanulmányt értékelt az IPCC részére, amennyiben nem következik be az emissziók erőteljes és gyors csökkenése, a globális átlaghőmérséklet az elkövetkező húsz évben legalább 1,5 fokkal fogja meghaladni a preindusztriális korszakét. Az 1,5 fokos célkitűzés elfogadására a *Párizsi Klímaegyezményben* került sor. A tagállamok törekvése, hogy a felmelegedést két fokkal a preindusztriális korszak (1850-1900) szintje alatt tartsuk. A globális felmelegedés mértéke jelenleg 1,1 fok. 2050-2070-ig el kell érni a klímasemlegességet.*

Inger Andersen, az ENSZ Környezetvédelmi Programja (UN Environment Programme - UNEP) igazgatója szerint az eddigi emissziók 80%-áért a G-20-ak, azaz a legnagyobb ipari és feltörekvő országok felelősek.

Az IPCC öt scenáriumot vetít előre, amelyek közül kettő horrorral ér fel. Egyrészt az antarktiszi jégtakaró olvadása miatt a tengerszint két méterrel emelkedhet. Másrészt egyre jobban gyengül az Atlanti meridionális áramlási rendszer (*Atlantic Meridional Overturning Circulation – AMOC*), amely a Golf-áramlatot is működteti. E rendszer összeomlása többmilliárd ember életét befolyásolná: leállása miatt Észak-Európára a szibériaihoz hasonló éghajlat köszöntene, hatást gyakorol továbbá az Ázsiában és Afrikában oly fontos monszunra. Mindeközben a megnövekedett üvegházhatású gáz-kibocsátások miatt a bolygó atmoszférája is melegszik, így az óceán felszíne is egyre több hőt tart vissza. A szimulációk szerint az AMOC az elmúlt 1000 évben, a Golf-áramlat pedig az elmúlt 1600 évben most a leggyengébb.

Az Egészségügyi Világszervezet közleménye a SARS-CoV-2 eredetének feltárására irányuló tanulmányok depolitizálásáról

World Health Organization, 12 August 2021 Statement

Kulcsszavak: globális egészségügy, népegészségügy, járványügy, pandémia, koronavírus, COVID-19, SARS-CoV-2 eredete, Peter Embarek, Egészségügyi Világszervezet, nemzetközi

Forrás Internet-helye: <https://www.who.int/news/item/12-08-2021-who-statement-on-advancing-the-next-series-of-studies-to-find-the-origins-of-sars-cov-2>

Az Egészségügyi Világszervezet felszólította a nemzetközi közösséget, hogy a SARS-CoV-2 koronavírus okainak feltárására irányuló kutatásokkal összefüggésben tartózkodjon a politikai megnyilvánulásoktól. A kórokozóval kapcsolatos kutatások nem adhatnak okot semmilyen vádaskodásra. Az Egészségügyi Világszervezet közleménye egyebek között Kínára próbál nyomást gyakorolni, hogy biztosítsa a további kutatások feltételeit.

Az Egészségügyi Világszervezet missziója 2021 január-februárban a dán **Peter Embarek** vezetésével Kínában vizsgálta a koronavírus eredetét. A kutatásban 17 külföldi és 17 kínai szakértő vett részt. Kína mindent megtett, hogy ne kerüljön pellengérré. A kutatócsoport beutazásának engedélyezése hat hónapig tartott.

A kutatócsoport jelentése 2021 márciusában jelent meg, amelyben a szakértők hangsúlyozták, hogy további vizsgálatokra lesz szükség annak tisztázása érdekében, hogy a koronavírus az állatvilágból származik-e, vagy pedig egy Kínán kívüli vírusfertőzésből. A jelentés „rendkívül valószínűtlennek” tartotta, hogy a vírus laborból szabadult volna el, ami teljesen megfelelt a kínai kormányzat elvárásainak.

Az Egyesült Államok és további 13 ország kétségeket fogalmazott meg a tanulmány eredményeivel kapcsolatban. A WHO wuhani missziója tudományos jellegű volt, nem végzett valódi vizsgálatot és a kínai kormány által biztosított feltételektől függött. A „rendkívül valószínűtlen” megfogalmazás kompromisszum volt, hogy a laborelmélet egyáltalán bekerülhessen a jelentésbe.

Az Egészségügyi Világszervezet további vizsgálódásait egy új tanácsadó testület, az **International Scientific Advisory Group for Origins of Novel Pathogens (SAGO)** fogja segíteni, amelynek célja a jövőben megjelenő, pandémiás potenciállal rendelkező új patogének szisztematikus kutatására hivatott globális keretek megteremtése. A SARS-CoV-2 tekintetében támogatást nyújt a 2021 márciusi jelentésben előírányzott további vizsgálatok felgyorsításához.

Globális tanulmány a túlhalálózásról a pandémia idején

eLife (2021; DOI: [10.7554/eLife.69336](https://doi.org/10.7554/eLife.69336))

Kulcsszavak: globális egészségügy, népegészségügy, járványügy, pandémia, koronavírus, COVID-19, halálozás, túlhalálozás, Human Mortality Database, nemzetközi

Forrás Internet-helye: <https://elifesciences.org/articles/69336> ;

<https://uni-tuebingen.de/universitaet/aktuelles-und-publikationen/newsfullview-aktuell/article/globale-studie-zur-sterblichkeit-in-der-covid-19-pandemie/>

Human Mortality Database: <https://www.mortality.org/> [Hungary: <https://www.mortality.org/cgi-bin/hmd/country.php?cntr=HUN&level=1>]

Ariel Karlinsky (Hebrew University, Israel) és Dmitry Kobak (Institute for Ophthalmic Research, University of Tübingen, Germany) a „Human Mortality Database“ adatai alapján összesítette (200 közül) 103 ország halálozási adatait. Az elemzés nem teljes, ebből ugyanis hiányzik Kína, India és több afrikai ország.

- A **100.000 lakosra jutó túlhalálozás** a 103 ország közül Peruban (590), Bulgáriában (460), Észak-Macedóniában (420), Szerbiában (400), Mexikóban (360), Ecuadorban (350), Litvániában (350) és Oroszországban (340) volt a legmagasabb.
- **100.000 lakosra jutó túlhalálozás Európában:** Olaszországban (210), Spanyolországban (190), Nagy-Britanniában (160), Hollandiában (110), Belgiumban (140), Franciaországban (110), Svájcban (100), Ausztriában (110), Csehországban (320), Németországban (50).
- Dániában alig (10/100.000) Izlandon egyáltalán nem regisztráltak túlhalálózást.
- A halálozás a pandémia idején Ausztráliában, Új-Zélandon és Japánban a szokásos szintet sem érte el.

Túlhalálozás abszolút számokban: az Egyesült Államokban 2021. június 6-ig 640.000, Brazíliában 2021. május 31-ig 500.000, Oroszországban 2021. április 30-ig 500.000.

ariel.karlinsky@mail.huji.ac.il

dmitry.kobak@uni-tuebingen.de

[Lásd még: *Túlhalálozás a pandémia idején az OECD 29 országában, 2021. 11. sz.;* *Túlhalálozás az Európai Unióban, 2021. 14. sz.;*]

COVID-19-hírek a világ tizennyolc országából

Univadis Medical News, 06. 08. 2021

Kulcsszavak: globális egészségügy, népegészségügy, járványügy, pandémia, koronavírus, COVID-19, nemzetközi

Forrás Internet-helye: https://www.univadis.de/viewarticle/covid-19-die-wochentlichen-highlights-rund-um-die-welt-impfung-und-langzeiteffekte-bei-kindern-in-europa-und-den-usa-sowie-armeepatrouillen-zur-durchsetzung-der-abriegelung-in-australien-749047?uac=347207CJ&u=g7Nnk16ewguWS5hWLN23V/9E96keG%2B95Js9Lm6D2gtUI4Soq8URsQKrZlarLAUYJ&sso=true&utm_content=4655710&utm_term=&ecd=mkm_ret_210813_uniann_TSPEDE_4655710&utm_medium=email&utm_source=adhoc%20emails&utm_campaign=adhoc_tspe_email_uniannoucement_ger-de_20210813

Egyesült Királyság: 2021. augusztus 9-én **Skóciában** feloldották a korlátozásokat. A korlátozások feloldására **Angliában** július 19-én került sor és az esetszám nem növekedett. Az első dózissal beoltottak aránya az Egyesült Királyságban augusztus 2-án 88,7% volt.

Franciaország paradox helyzetben van. Miközben a járvány országos szinten stabilizálódni látszik, az esetszám egyes régiókban és tengeren túli területeken növekedik. Egy francia tanulmány szerint a kórházi betegek 85%-a beoltatlan személy volt. Az oltási folyamat azonban halad. 2021. augusztus 3-án a felnőtt lakosság 77%-a megkapta legalább az első dózist, 66%-a a másodikot is.

Németországban az első oltások üteme tovább csökken, jelenleg a februári szinten áll. Augusztus 2-án az első dózissal beoltottak aránya 61,7% volt, a lakosság 52,3%-a mindkét dózist megkapta.

Ausztriában az oltásra jogosult lakosság 67%-a megkapta legalább az első dózist, 59%-a mindkettőt. Augusztus 3-án a hétnapos incidencia 37,1 volt.

Svájcban a **Szövetségi Egészségügyi Hivatal (Bundesamt für Gesundheit)** augusztus 3-i bejelentése szerint 24 óra alatt 1.059 új COVID-19-fertőzést regisztráltak, haláleset azonban nem következett be. Az oltási készség elsősorban a fiatalabbak körében továbbra is csökken. **Martin Ackermann, a Swiss National COVID-19 Science Task Force** elnöke, felhívta a lakosság figyelmét a kockázatokra és oltakozásra szólított fel.

Belgiumban az oltási kampány újabb mérföldkövet ért el: A **Sciensano** nemzeti népegészségügyi intézet (korábban: **Scientific Institute of Public Health – WIV-ISP**) adatai szerint az első dózissal beoltottak száma meghaladta a nyolcmilliót. A felnőtt lakosság 83,5%-a megkapta az első dózist, ami az összlakosság 69,8%-ának felel meg.

Olaszországban a 100.000 lakosra jutó új esetek száma meghaladta az 50-et. A nemzeti egészségügyi intézet július 20-i gyorsfelmérése szerint a minták 95%-ánál a delta-variánst állapították meg. Az érintettek alacsonyabb életkora miatt azonban az intenzív osztályok kihasználtsága nem növekedett. A kórházi ágyak COVID-19 miatti kihasználtsága a nem intenzív osztályokon 1.194-ről 1.611-re (20/07 - 27/07/2021) növekedett. A 12 év fölötti lakosság 60%-át teljesen beoltották.

Portugália az új esetek száma tekintetében az Európai Unióban a nyolcadik helyen áll. Az **Our World in Data Monitor** szerint az elmúlt hét nap során az új esetek egymillió lakosra jutó napi aránya 188 volt; a halálesetek tekintetében azonban a másodikról a negyedik helyre esett vissza. A 100.000 lakosra jutó incidencia 394,6 SARS-CoV-2-eset. A nemzeti reprodukciós ráta 0,94. A beoltottak aránya augusztus 1-én 55,76% volt. Az egészségügyi főigazgatóság augusztus 3-án kibocsátott egy rendeletet, amely 28 napban határozta meg a **Pfizer/BioNTech**-vakcina első és második dózisa közötti időtartamot.

Spanyolországban a COVID-19 miatti új fertőzések száma csökken. Augusztus 4-én 100.000 lakosra 653 új eset jutott. A lakosság 68,2%-a megkapta az első, 57,8%-a mindkét dózist.

Az **Egyesült Államok** újabb mérföldkövet ért el: a felnőtt lakosság 70%-a megkapta a COVID-19 elleni vakcina legalább első dózisát. Az esetszám, a kórházi kezelések és a halálesetek száma azonban a delta-variáns miatt ismét növekedik. A növekedés éppen az iskolakezdésre következik be. Az elmúlt héten 72.000 gyermeknél és fiataloknál diagnosztizáltak COVID-19-et, ami 80%-kal több mint az azt megelőző héten és ötször annyi mint júniusban. Az Egyesült Államokban csaknem minden COVID-19 miatt kórházba beutalt személy beoltatlan.

Mexikóban eddig a lakosság 20%-ának teljes beoltására került sor. A COVID-19 miatt több mint 130.000 gyermek maradt árván. Az egyik mexikói kórházból származó jelentés szerint a komorbiditásokkal rendelkező és SARS-CoV-2- vagy influenza-fertőződtek halálához vezető valószínűsége.

Dr. Carissa F. Etienne, a Pánamerikai Egészségügyi Szervezet (Pan American Health Organization – PAHO) igazgatója szerint a védekezési szabályok, a maszkviselés és a távolságtartás betartása továbbra is fontos, mivel az amerikai régióban az elmúlt héten 1,2 millió új esetet jelentettek. Az esetszám **Guatemalában, Kubában, Martinique-en** és a **Virgin-szigeteken** tovább növekedik. Latin-Amerikában és a Karibi-térségben a lakosság 18%-át oltották be teljesen.

Argentínában jelenleg heterológ oltást alkalmaznak (**Szputnyik Light** és **AstraZeneca, Moderna, vm. Sinopharm**). Augusztus 4-én közzétették a 121 önkéntes közreműködésével végzett kísérlet eredményeit. A Szputnyik Light más oltóanyaggal való kombinációja, ill. a Szputnyik Light két dózisa magas biztonságot nyújtott és nem járt mellékhatásokkal.

Brazíliában a halálesetek mozgóátlaga tovább csökken. 191 egymást követő nap után, amikor a halálesetek napi átlaga meghaladta az ezret, július 31-én a mozgóátlag 991 haláleset volt. A halálesetek mozgóátlaga július 27-én 1.086, augusztus 2-án 968 volt. Augusztus 2-ig a lakosság 19,89%-a (42.122.692 személy) kapta meg mindkét vagy egyetlen dózist, 47,96% az elsőt (101.551.524 személy). Az elmúlt héten az oltás több városban oltóanyaghiány miatt szünetelt.

Japánban a fertőzések száma tovább növekedik. Tokióban a naponta bekövetkező új esetek száma augusztus 4-én rekordot döntött: 4.166 volt.

Thaiföldön augusztus 4-én 20.200 új COVID-19-esetet és 188 halálesetet regisztráltak.

Kínában július 20. és augusztus 3. között 485 szimptomatikus COVID-19-esetet regisztráltak. Wuhanban, ahol egy év elteltével ismét lokális fertőzések léptek fel, elkezdték a lakosság tesztelését.

A COVID-19-pandémia Ausztriában. Nemzetközi együttműködés

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
(BMSGPK), Wien, 2021 (174 p.)

Kulcsszavak: globális egészségügy, népegészségügy, járványügy, pandémia, koronavírus, COVID-19, Ausztria, nemzetközi

Forrás Internet-helye: <https://www.sozialministerium.at/Services/News-und-Events/Archiv-2021/April-2021/COVID-19-Pandemie.-Bestandsaufnahme,-Handlungsrahmen.html> ;

https://www.patientenanwalt.com/download/Patientenzentrierte_Projekte/COVID-19-Pandemie_Bestandsaufnahme_Handlungsrahmen-1.pdf

5. 2. Nemzetközi együttműködés

A nemzetközi együttműködés a surveillance, a prevenció és a fertőző betegségek kontrollja területén az Egészségügyi Világszervezet által bevezetett *Nemzetközi Egészségügyi Rendszabályok (International Health Regulations – IHR)*, valamint „Az Európai Parlament és a Tanács 1082/2013/EU határozata (2013. október 22.) a határokon áttekintendő súlyos egészségügyi veszélyekről” alapján történik.

Ausztriában a *WHO National IHR Focal Point*, a *National EWRS Focal Point* [az Európai Bizottság korai figyelmeztető és gyorsreagáló rendszere (*Early Warning and Response System – EWRS*)], valamint az *Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ (European Centre for Disease Prevention and Control – ECDC)* ausztriai kapcsolattartójának szerepét a *Szövetségi Szociális, Egészségügyi, Ápolásügyi és Fogyasztóvédelmi Minisztérium (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz –MSGPK)* tölti be.

A két korai figyelmeztető rendszer (*WHO EIS – Event Information Site* és *EB EWRS*) feladata az országok és nemzetközi szervezetek közötti gyors információcsere és a fertőző betegségek által hordozott kockázatok kontrollja.

Az EWRS számítógépes rendszere állandó kapcsolatot teremt az Európai Bizottság, az ECDC és az tagállamok között. A rendszer lehetővé teszi a WHO EIS felé történő direkt információtovábbítást.

Az emberről emberre terjedő fertőző betegségek megfékezésének jelentős eleme a kontaktuskövetés, ami igen forrásigényes tevékenység. Az EWRS keretében végbemenő nemzetközi kontaktuskövetés azonban még igényesebb, még magasabb személyi követelményeket támaszt. Ezért a szövetségi minisztérium a pandémiával összefüggésben végzett nemzetközi kontaktuskövetést és az EWRS keretében való koordinációt teljes mértékben átruházta az Egészségügyi és Élelmiszerbiztonsági Ügynökségre (*Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit – AGES*).

ECDC és az Egészségügyi Világszervezet összegyűjti a releváns nemzetközi információkat, cselekvési opciókat dolgoz ki és ajánlásokat tesz a pandémia kontrolljával kapcsolatban. Az ECDC az Európai Bizottság, valamely tagállam felkérésére, vagy az intézet belső döntése alapján ad-hoc, ill. rendszeres kockázatértékeléseket végez az Európai Unió/Európai Gazdasági Térség, és az Egyesült Királyság részére (<https://www.ecdc.europa.eu/en/current-riskassessment-novel-coronavirus-situation>). Az Egészségügyi Világszervezet hetente frissíti a nemzetközi epidemiológiai helyzetről szó összefoglalókat.

Az Európai Bizottság által felállított **Egészségbiztonsági Bizottság** (*Health Security Committee – HSC*) az ECDC-vel és az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben (esetenként munkacsoportokban) rendszeresen konferenciákat szervez az egészségügyi adatokról és szükség esetén az aktuális egészségügyi veszélyekről. E konferenciák gyakoriságát esetenként emelik (jelenleg hetente tartják), spontán videó- és audiókonferenciákat hívnak össze, amelyek az információcserén kívül további egyeztetésekre (pl. a nemzetközi utasforgalom korlátozásról szóló intézkedésekre) is kiterjednek. E konferenciák jegyzőkönyvei megtalálhatók az Európai Bizottság honlapján:

https://ec.europa.eu/health/preparedness_response/latest_updates_en

***Jelentés a kórházak helyzetéről Németországban – Krankenhaus-Report 2021 (4. rész):
Ellátási folyamatok nemzetközi összehasonlításban***

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) – Springer Verlag, Mai 2021

Kulcsszavak: kórházügy, irányítás, finanszírozás, Hollandia

Forrás Internet-helye: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-62708-2_1

1. 5. 2. Az ellátások finanszírozása Hollandiában

Az összes szektort átfedő finanszírozás adekvát finanszírozási forrásokat, alkalmas térítési formákat, valamint az ambuláns és a fekvőbeteg szektor közötti azonos keretfeltételeket (szolgáltatás definíciója, minőségbiztosítás, egységes kódolás és dokumentáció) tesz szükségessé.

Hollandiában a szektorokat átfedő finanszírozás megoldásaként már 2015. óta alkalmazzák az ún. *bundled payments* eljárást, amely három szegmensből tevődik össze: (1) Az első egy fejkvótából és egy egyedi szolgáltatástérítésből áll, (2) a második pedig a (többszörös) krónikus betegségek térítésének alapját képezi az integrált és multidiszciplináris ellátás keretében. Az illeszkedési felületeket mellőző ellátás érdekében a házi- és szakorvosok (4 és 150 orvos között) ún. „ellátócsoportokba („*Care Groups*“) tömörülnek. E csoportokban az irányítást és koordinációt a házi orvosok látják el. Ebben az esetben a térítést egy diagnózisra vonatkoztatott átalány (*bundled payments*) határozza meg. Ennek meghatározására a „*Care Group*” és a betegpénztárak közötti alkufolyamatban, a „*Care Group*” tagjai közötti elosztására a teljes ellátási folyamatban való részvétellel és ráfordítással arányosan kerül sor. Az interdiszciplináris kezelés és a „*Care Group*”-oknak a második szegmens keretében való térítése által a krónikus betegek kórházba utalása jelentősen visszaesett. Ambuláns kórházi kezeléseket esetén a térítésre a „*Care Group*” keretében meghatározott diagnózisra vonatkoztatott átalány formájában, vagy a kórház és a szakorvos közötti megállapodás szerint kerül sor. (3) A harmadik szegmens a betegpénztárak és szolgáltatók közötti szelektív szerződésekre terjed ki, célja az innováció és az ellátás minőségének ösztönzése.

Az egyebek között a multimorbid személyek integrált ellátási programjainak finanszírozását felmérő ***ICARE4EU projekt*** eredményei rámutattak, hogy az innovatív ellátási modellek, amelyek potenciálisan a szektorokat átfedő ellátás ösztönzésére alkalmazhatók, (1) koordináció-, ill. kooperáció-orientált térítést (amely pl. pozitív hatást gyakorol a más szolgáltatókhoz való átirányításra), (2) nyereségeket (amelyeknél erőteljesebben középpontba kerül a kitűzött egészségi haszon) és (3) az egy bizonyos országban alkalmazott különböző térítési modellekkel kombinált komplex átalányokat (pl. költségvetések, fejkvóták, esetátalányok és egyedi ellátások térítése) tartalmazznak.

Jogi szakvélemény az egészségügyi ellátási központokról szóló jogszabályok továbbfejlesztéséről (4. rész): Az ellátás minőségének összehasonlítása az orvosok, ill. nem orvosok tulajdonában levő amerikai „egészségügyi intézmények” között
Készült a Szövetségi Egészségügyi Minisztérium megbízásából

Aalen/München/Berlin im November 2020 (189 p.)

Kulcsszavak: egészségügyi intézmények, minőségügy, tulajdonviszonyok, orvosi tulajdon, „idegen” tulajdon, Egyesült Államok

Forrás Internet-helye:

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Ministerium/Berichte/Stand_und_Weiterentwicklung_der_gesetzlichen_Regelungen_zu_MVZ.pdf ; <https://ppp-rae.de/news/gutachten-stand-und-weiterentwicklung-der-gesetzlichen-regelungen-zu-medizinischen-versorgungszentren-mvz/>

4. Az ellátás minőségének összehasonlítása az orvosok, ill. nem orvosok tulajdonában levő amerikai „egészségügyi intézmények” között

a) A fenntartó jellegére összpontosító elemzések mellett a nemzetközi egészséggazdasági szakirodalomban körvonalazódik egy szál, amely kifejezetten az orvosok, mint tulajdonosok és egyéb típusú tulajdonosok nyújtotta minőség közötti különbségeket veszik célba. E vizsgálatok kiindulópontja, hogy az Egyesült Államokban az 1990-es évektől kezdve bizonyos orvosi (pl. ortopédiai, kardiológiai, sebészeti) kezeléseket az általános kórházakból („*general hospitals*“) speciális kórházakhoz vagy speciális ambuláns intézményekhez szerveztek ki. Ennek okai közé tartozott, hogy a lakosság széles csoportjai nem kapták meg az elégséges ellátást, miközben az egészségügyi rendszer kiadásai növekedtek. A szolgáltatások új, hatékonyabb formáinak speciális intézményekben történő biztosítása a különböző lakossági csoportok ellátása közötti különbségek kiegyenlítésére irányult.

E speciális (ambuláns vagy fekvőbeteg) intézményekben az orvosok részben egyedüli, részben társtulajdonosi szerepet töltenek be („*physician-owned specialized facilities*“, amelyek két altípusa: „*physician-owned spezialized hospitals*“ és „*physician-owned ambulatory surgery centers*“), miközben az általános kórházak („*general hospitals*“) túlnyomórészt közhasznú társasági (56%) vagy állami (18%) tulajdonban vannak. A „*physician-owned specialized facilities*“ modell hívei szerint ennek előnyei: a betegek hatékonyabb és célirányosabb ellátása, a költségcsökkentés és a jobb orvosi ellátás. További érv, hogy az orvos egyben az intézmény tulajdonosa és szolgáltató, tehát nem áll fenn érdekkonfliktus.

Az ellenzők szerint viszont éppen ebben rejlik az érdekkonfliktus, amely abból adódik, hogy az orvosetika nem egyeztethető össze a bevételek maximálásának törekvésével. Az orvosok, mint az intézmény tulajdonosai saját honoráriumaik mellett

a vállalati nyereséget is kitermelik. Ez odavezethet, hogy az „orvos-tulajdonos” személyében csökken a gátlás, hogy ne végezzen nem szükséges kezeléseket és főleg, hogy ne szakosodjon több hasznot hozó esetekre. A *U.S. Department of Health and Human Services* éppen emiatt hozott intézkedéseket az orvosok tulajdonosi minőségének korlátozására, sőt teljes betiltására.

b) Empirikus tények az amerikai egészségügyi piacon

aa) Betegszelekció, ellátásminőség és hatékonyság a speciális egészségügyi intézményeknél és általános kórházaknál

Trybou és mt. összesen 46 tanulmányt azonosítottak a releváns nemzetközi egészséggazdasági adatbankokban (*Pubmed, Web of Science*), amelyek az orvosi tulajdonviszonyban rejlő érdekkonfliktussal foglalkoztak. Következtetések: 1. Az orvosok tulajdonában levő speciális intézményeknél („*physician-owned specialized facilities*“) az ellátás minősége (pl. a halálozás, vagy az ismételt kórházba utalás tekintetében) magasabb, ami azonban az összességében jobb egészségi állapotban levő betegkörrel („*torz szelekció*“) és a speciális intézményekben éppen a magasabb specializáltság folytán kezelt magasabb esetszámmal magyarázható. 2. Nincs empirikus bizonyíték az orvosok tulajdonában levő speciális intézmények által nyújtott magasabb hatékonyságra. Egyes tanulmányok azt is feltételezik, hogy az orvosok tulajdonában levő intézményeknél csökkenne a gátlás a kezeléseks felszólására. 3. Empirikusan bizonyítható, hogy a speciális intézményeknél sokkal több a magasabb biztosítással rendelkező beteg és kevesebb nem térített szolgáltatást nyújtanak („*uncompensated care*“), továbbá a pénzügyileg kevésbé vonzó betegeket (többnyire nem nyereségorientált) általános kórházakhoz irányítják. 4. Nincs empirikus bizonyíték arra, hogy a speciális intézményeknél a gazdasági hatékonyság magasabb lenne. *Carey/Burgess/Young* tanulmánya 1998 és 2008 között 80 orvosok tulajdonában levő ortopédiai vagy sebészeti speciális intézménynél 883 általános kórházzal szemben nem talált hatékonysági előnyöket (sem a speciális esetek magasabb számához kötődő, sem a szolgáltatások hatékonyabb biztosításából származó terjedelemgazdaságosságot).

Trybou és mt. szerint az Egyesült Államokban nincs bizonyíték az orvosok tulajdonában levő intézményeknek („*physician-owned specialized facilities*“) az „idegen” tulajdonban levőkkel szemben tulajdonított előnyökre. Az orvosok tulajdonában levő intézményeknél a szerzők nem tudtak megállapítani sem alacsonyabb költségeket, sem magasabb minőséget. Mazsolázásra viszont bőven van bizonyíték. Ezt *Chakravarty* eredményei is megerősítik, aki a 1995 és 2004 közötti időszakra vonatkozóan összefüggést talált az orvosok tulajdonában levő speciális intézmények által gyakorolt betegszelekció mértéke és a vonzáskörükben levő általános kórházak pénzügyi veszteségei között.

Az e-recept helyzete nemzetközi összehasonlításban

PZ, 22.06.2021 09:00

Kulcsszavak: gyógyszer, eHealth, e-recept, nemzetközi

Forrás Internet-helye: <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/welche-laender-benutzen-bereits-das-e-rezept-126358/> ; <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/welche-laender-benutzen-bereits-das-e-rezept-126358/seite/2/>

A »*Euro Health Consumer Index*« 35 országban végzett felmérése szerint az elektronikus receptet Horvátországban, Dániában, Észtországban, Finnországban, Izlandon, Lettországon, Litvániában, Montenegróban, Norvégiában, Portugáliában, Romániában, Szlovéniában, Svédországban, Spanyolországban, Hollandiában, Svájcban és az Egyesült Királyságban már 2018-ben bevezették. Az e-recept-rendszerek fejlettségi szintje azonban különböző. Az e-recept működése Ausztráliában Belgiumban, Dániában, Észtországban, Portugáliában és Svédországban az elektronikus betegdokumentumhoz kapcsolódik, amely rendszerint a gyógyszerelési tervet is tartalmazza. Egyes országokban az egészségügy egymástól független rendszerei is összekapcsolódnak. Ennek előnye, hogy a gyógyszerkiadás alkalmával az orvos is automatikusan üzenetet kap. Más országokban, mint Izraelben, Olaszországban, Kanadában, Angliában, Spanyolországban, Franciaországban és Hollandiában a receptek és a gyógyszerelési adatok cseréje csak regionálisan vagy részlegesen történik. Az e-recept alkalmazására eddig Ausztriában, Lengyelországban, Svájcban és Németországban nem sikerült megoldást találni. Ausztriában és Lengyelországban mindenesetre közel a start.

Észak-Európa már rég lépéselőnyben van. Dániában gyakorlatilag minden applikáción történik. A valamely biztosító által elfogadott vényköteles és vénymentes gyógyszerek, amelyeket az orvos felír, a digitális applikáción keresztül elérhetők az orvos és a beteg számára. A digitális recepteket a beteg hozzájárulásával további két évig elmentik. A dán e-recept-szerver lehetővé teszi az elektronikus recept továbbítását és annak az orvos általi visszavonását.

Európában elsőként 2019 elején Észtország és Finnország között jött létre megállapodás az elektronikus recepteknek a két országban való kölcsönös kiváltásáról. Az észt gyógyszerárakban havonta átlagosan 500 finnországi e-receptet váltanak ki. Ez az egészségügyi adatok cseréjéről szóló EU-Rendelet (2011) alapján történik. [Lásd még: *Elektronikus receptek kiváltása külföldön az Európai Unióban, 2019. 4. sz.; eHealth: elektronikus betegdokumentumok cseréje az EU-tagállamok között, 2019. 14. sz.*]

A *Nemzetközi Gyógyszerész Szövetség (International Pharmaceutical Federation – FIP)* négy évvel ezelőtti jelentése szerint a 73 vizsgált ország 40%-ában alkalmazták az e-receptet. Többek között olyan országokban, mint Albániában, Ecuadorban, Kenyában, Panamában, Costa Rica-ban, Paraguayban.

Három nagy amerikai gyógyszernagykereskedelmi cég egyezséget kötött New York állammal az opioid-perben

MarketWatch, July 20, 2021 9:46 ;

The Wall Street Journal, July 19, 2021 11:05 pm ET

Kulcsszavak: gyógyszer, fájdalomcsillapítók, opioidok, opioid-válság, McKesson, AmerisourceBergen, Cardinal Health, Egyesült Államok

Forrás Internet-helye: <https://www.marketwatch.com/story/mckesson-cardinal-health-amerisourcebergen-stocks-surge-after-11-billion-opioid-settlement-with-ny-ag-2021-07-20> ; <https://www.wsj.com/articles/26-billion-opioid-settlement-among-states-and-drug-industry-expected-this-week-11626745448>

A szenvedélybetegséget okozó fájdalomcsillapítókkal kapcsolatos perben három nagy gyógyszernagykereskedelmi cég, a *McKesson*, az *AmerisourceBergen* és a *Cardinal Health* milliárdos nagyságrendű alkut kötött New York állammal. A cégek 1,1 milliárd USD-t (0,9 milliárd EUR-t) fizetnek, aminek fejében a bíróság megszünteti az eljárást. Az összeget 17 évre ütemezve segélyprogramokra költik.

A new york-i államügyészséggel kötött kompromisszum csak a cégek ellen folyó eljárás egy részét képezi. A vád szerint ugyanis opioidokkal folytatott kereskedésük hozzájárult a tömeges gyógyszerfüggőséghez és drog-járványhoz. Több szövetségi állam, város és járás követel tőlük és a gyógyszercégektől milliárdos nagyságrendű összegeket azon kiadásaiik ellentételezéseként, amelyeket az opioid-függőség és a túladagolás elleni küzdelemre fordítottak. Korábban már néhány más cég hasonló alkut kötött.

A *McKesson*, az *AmerisourceBergen* és a *Cardinal Health*, valamint a *Johnson & Johnson* ellen több ezer panasz alapján indult eljárás, de országos egyezsége még nincs kilátás. Egyes szövetségi államokkal és településekkel két éve folynak tárgyalások és rövidesen megszülehet egy 26 milliárd USD összegű megállapodás. De még mindig csak a kompromisszum előzetes keretfeltételeiről van szó.

Az amerikai gyógyszernagykereskedőket és -gyártókat azzal vádolják, hogy a szenvedélybetegségek kockázatainak elkendőzésével, gátlástalanul és agresszív módszerekkel kereskedtek a fájdalomcsillapítókkal. A panaszosok szerint ez pusztító opioid-járványt okozott az Egyesült Államokban, amely az elmúlt években többszáz ezer túladagolás miatti halálesethez vezetett.

[Lásd még: *Az opioid-fogyasztással összefüggő halálesetek hatása a várható életkorra az Egyesült Államokban, 2017. 26. sz.*; *Amerikai tanulmány a gyógyszermarketing és az opioidok miatti halálesetek közötti összefüggésről, 2019. 4. sz.*; *Gyógyszerészek a vádlottak padján az amerikai opioid-válsággal összefüggésben, 2020. 2. sz.*]

A svéd nyugdíjrendszer

Positionen-Magazin, 24. 03. 2021

Kulcsszavak: szociálpolitika, nyugdíj, nyugdíjbiztosítás, Svédország

Forrás Internet-helye: <https://www.gdv.de/de/themen/positionen-magazin/die-kruex-mit-der-schweden-rente-66390>

A skandináv közigazgatási és nyugdíjrendszerek egész Európa számára példamutatók. Norvégia az e-mobilitás éllovasa. Dánia a hatósági ügyek elektronikus intézése tekintetében élenjáró. Izlandon a törvény szavatolja, hogy a nők a férfikkal egyenlő béreket kapjanak. A *World Happiness Report* szerint pedig a finn a világ legboldogabb népe. Időskori biztosítás tekintetében Svédország a bezzegország. Ott az állami igazgatású részvényalap évek óta biztosítja, hogy a járulékfizetők magas hozamban részesüljenek a tőkepiacon.

A svéd nyugdíjrendszer három pillére: az állami nyugdíj, a foglalkoztatói nyugdíj és a privát előgondoskodás. A nyugdíjjárulékok egy része nem a klasszikus felosztó-kirovó rendszerbe folyik be, hanem az ún. prémiumnyugdíjba. A svédeknek a bruttó jövedelem 16%-át kell befizetniük az állami nyugdíjpénztárba, további 2,5%-át pedig tőkealapokba kell investálniuk. A biztosítottak szabadon választhatnak a tőkealapok közül. Aki nem választ tőkealapot, pénze automatikusan az állami AP7 részvényalapba kerül. Mivel a rendszer kötelező, az alap alacsonyabb költségekkel működhet. Az alapok az elmúlt évtizedekben átlagosan kétszámjegyű hozamokat eredményeztek. Az állami tőkealap jelenleg 662 milliárd SEK (66 milliárd EUR) értéket őriz. Az AP7 mellett további 500 engedélyezett tőkealap működik. A hatmillió nyugdíjbiztosításra köteles személy több mint fele az állami alapba fekteti pénzét. Az AP7 ennek 100%-át részvényekbe fekteti, mindaddig, amíg a biztosított betölti 55-ik életévét. Ezt követően ennek egy folyamatosan növekvő részét fix kamatozású értékpapírokba fekteti be.

A svédek nem vonják kétségbe az állami alapok befektetési stratégiáját. Nem kifogásolják a kockázatok mértékét és a pénz befektetésének módját sem. Ám

2015. óta a svéd állam megszüntette a prémiumnyugdíjat meghaladó privát előgondoskodás támogatását.

A svéd nyugdíjrendszer nem követi a várható élettartam növekedését. A nyugdíjkorhatár automatikusan emelkedik. A rögzített nyugdíjkorhatár mellett létezik egy korridor: Jelenleg a svédok legkorábban 62 éves korukban vonulhatnak nyugdíjba, de 68 éves korukig dolgozhatnak. A jelenlegi tervek szerint egy ún. irányadó korhatár bevezetésére kerülne sor, amely a korridor keretében maradna és előreláthatóan 67 év lenne. De annyi már látszik, hogy a demográfiai folyamatok miatt az irányadó korhatár az elkövetkező években emelkedhet. Jelenleg a svédok átlagosan 64,5 éves korukban vonulnak nyugdíjba. Az előrehozott nyugdíj hátrányos. A svéd nyugdíjhatóság szerint, aki 62 éves korában megy nyugdíjba, 18%-kal alacsonyabb nyugdíjban részesül, mint az, aki 65 éves korában vonult vissza. Aki még tovább marad, megfelelő pótlékokban részesül.

A svéd nyugdíjrendszer erénye a transzparencia. A takarékoskodás egy fiktív kontón történik, amelyre egy virtuális jövedelem épül. Ezt később a prognosztizált várható élettartamnak megfelelően kivetítik a nyugdíjas korszakra. A svédok bármikor tudhatják, hogy mekkora nyugdíjra számíthatnak, ha 63, 65, vagy 67 éves korukban vonulnak nyugdíjba. A svéd nyugdíjbiztosító minden évben postázza a várható nyugdíjukról szóló értesítést.

A svéd nyugdíjrendszer szépséghibája, hogy a nők számára hátrányos. Miközben korábban a nyugdíjszámítás során az életpálya 15 legjövedelmezőbb évét vették figyelembe, most ez a keresőtevékenységben töltött teljes időszak alapján történik. Mivel a nők gyakrabban dolgoznak részmunkaidőben, ez nyugdíjuk mértékére is kihat. Szakértők szerint azonban ez nem önmagában, a nyugdíjrendszer, hanem a munkaerőpiac hibája. A svéd nyugdíjrendszer a nem diplomás foglalkoztatottak számára is hátrányos. A fizikai munka sokkal nehezebb, például az ápolók hatalmas erőfeszítésnek vannak kitéve, ezért egy bizonyos idő után le kell állniuk, korábban kell nyugdíjba vonulniuk és emiatt alacsonyabb nyugdíjban részesülnek. A nyugdíjvitától tehát Svédország sem mentesülhet, a gondtalan nyugdíjas évek modelljét ott sem találták ki és a privát nyugdíjbiztosítás sem vált feleslegessé.

A nyugdíjbiztosítás helyzete Svájcban

Positionen-Magazin, 11. 06. 2021

Kulcsszavak: szociálpolitika, nyugdíj, nyugdíjbiztosítás, Svájc

Forrás **Internet-helye:** <https://www.gdv.de/de/themen/positionen-magazin/rentenversicherung-schweiz--das-vorbild-verblasst-68186>

A svájci nyugdíjrendszer három pillére: az állami, a foglalkoztatói és a privát nyugdíj. Az állami nyugdíjrendszer (az időskorúak és hátramaradt hozzátartozók nyugdíjbiztosítása és a rokkantbiztosítás: *Alters-, Hinterlassenen und Invalidenversicherung – AHV/IV*) finanszírozása a felosztó-kirovó eljárás szerint történik. A járulékokat a munkavállalók és a munkaadók fele-fele arányban fizetik. A járulékkulcs jelenleg 10,6%. A maximális nyugdíj havi 2.390 CHF, amire a jogosultság legalább 44 évi járulékfizetés mellett áll fenn.

2014. óta a folyó járulékbévételek és az állami támogatások nem fedezik a nyugdíjkiadásokat. Az AHV deficitje 2019-ben 1,17 milliárd CHF-et tett ki. A magas létszámú évjáratok nyugdíjba vonulása még jobban kielezi a helyzetet. Ha a nyugdíjkassza mínuszba fordul, közbelép az állami AHV-kiegyenlítési alap és pótolja a hiányt. A *Szövetségi Társadalombiztosítási Hivatal (Bundesamt für Sozialversicherungen – BSV)* számításai szerint, amennyiben a bevételek nem növekednek vagy a szolgáltatások megrövidülnek, a nyugdíjkiadások 2031-ig 61 milliárd CHF-re emelkednek, miközben az AHV-alap 29 milliárd CHF-re csökken. Reformálni pedig Svájcban nehezebb, mint bárhol. A végső szót ugyanis a fontosabb témákban népszavazáson mondják ki. Emiatt már több nyugdíjreform kudarcot mondott. Még az egységes nyugdíjkorhatár bevezetése sem járt sikerrel: jelenleg a nyugdíjkorhatár nőknél 64 év, férfiaknál 65 év.

A svájci Parlament most ismét nekifut a nyugdíjreformnak, hogy 2030-ig biztosíthassa az AHV pénzügyi egyensúlyát. Ismét napirendre kerül a nők nyugdíjkorhatárának emelése és az áfakulcs 0,7 százalékponttal való emelése. A pártok marakodása miatt erre sincs sok kilátás. Mindent ki lehetne heverni,

ha legalább a rendszer második pillére stabilizálódna, de az is recseg-ropog. Sok svájci számára az időskori jövedelem legnagyobb része a foglalkoztatói gondoskodásból (*berufliche Vorsorge – BV*) származik. Ez a tőkefedezet elvén alapul. A keresőtevékenység idején befizetett pénzt később nyugdíj formájában fizetik vissza. Ám az elszámolás az alacsony tőkepiaci kamatok miatt már nem reális. Ahelyett pedig, hogy az elszámolás alapelveit a valósághoz igazítanák, megtűrik a járulékfizetők felől a nyugdíjasok felé történő újraelosztást. Becslések szerint évente 4,4 milliárd CHF újraelosztása rendszeridegen módon történik. A vállalati nyugdíjak Svájcban az alacsony keresetűek kivételével minden munkavállaló számára kötelezőek. A járulékokat az AHV-hoz hasonlóan itt is a munkavállalók és a munkaadók fele-fele arányban viselik. Ennek buktatója, hogy a járulékkulcs az életkorral emelkedik: pályakezdőknél 8%, 54 év fölöttieknél 18%. Ez politikailag is problematikus, mivel pénzügyi ösztönzést nyújt a munkaadók számára, hogy inkább fiatalokat foglalkoztassanak. Emiatt az idősebbek nehéz helyzetbe kerülnek a munkaerőpiacon.

A svájci biztosítottak 33%-a lemond a havi foglalkoztatói nyugdíjról és azt egy összegben veszi fel. További 24% ezt részben felveszi, másik részét élethosszig tartó nyugdíjként veszi igénybe.

Hasonló elvek alapján működik a harmadik pillér, a privát öngondoskodás. Ebből az adózásnál évente 7.000 CHF-et lehet érvényesíteni. Foglalkoztatói nyugdíj nélküli önálló vállalkozóknál ez évente akár a 35.000 CHF-et is elérheti. A második és a harmadik pillérben megtakarított tőke nyugdíjba vonuláskor egy összegben felvehető. Ezzel a lehetőséggel egyre több biztosított él. Ez pénzügyileg előnyös lehet, mivel az egyszeri kifizetés egy rendkívüli tarifa alapján történik, miközben a nyugdíjkifizetések jövedelemnek számítanak. Külföldre való költözés, önálló vállalkozásra való áttérés, vagy lakásfelújítás esetén a foglalkoztatói és a privát nyugdíj már a nyugdíjazás kezdete előtt igénybe vehető. Mivel a harmadik pillér egyszerű és közérthető, ez az egyetlen, amely jelenleg nem vitatott. A külföldön oly ámulattal szemlélt AHV és a foglalkoztatói nyugdíj rendszere azonban mélyreható reformra szorul.

A nyugdíjpénztárak statisztikája Svájcban 2019-ben – Pensionskassenstatistik 2019
Bundesamt für Statistik, Neuchâtel 2021, 20.05.2021, (44 p.)

Kulcsszavak: szociálpolitika, nyugdíj, nyugdíjbiztosítás, nyugdíjpénztárak, statisztika, Svájc

Forrás Internet-helye: <https://www.bfs.admin.ch/news/de/2021-0144> ;
<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/aktuell/neue-veroeffentlichungen.assetdetail.16804029.html> ;

A svájci nyugdíjpénztári környezetet 2019-ben két esemény szabta meg: a kiváló befektetési eredmény és a viszontbiztosítások jelentős tőkeáthelyezésekkel összefüggő átrendeződése.

A vagyonbefektetés nettó pozitív eredménye több mint 95 milliárd CHF-et tett ki, ami az értékingadozási tartalékok 43 milliárd CHF-fel való növekedéséhez és a mérlegben kimutatott alulfedezettség 3 milliárd CHF-fel való csökkenéséhez vezetett. Ráadásul ez lehetővé tette a nyugdíjpénztárak számára, hogy magasan kamatoztassák a biztosítottak megtakarításait és kiigazítsák a technikai feltételeket, egyebek között a technikai kamatkulcs további csökkentésével.

Néhány kollektív viszontbiztosítási intézet részben autonóm viszontbiztosítóvá történő átalakulása több tőkeelem és technikai tartalék transzferével járt. Ezeket korábban a biztosító társaságoknál könyvelték és nem jelentek meg a nyugdíjpénztárak éves elszámolásában. E transzfer és a befektetések kiváló eredménye folytán a mérlegfőösszeg csaknem 15%-kal növekedett. E rendkívüli növekedés következtében pedig a nyugdíjpénztárak 2019 végén több mint egybillió CHF összvagyonot mutathattak fel.

2019-ben folytatódott a koncentrációs folyamat. Kevesebb biztosítóintézet (-4,5%) több aktív biztosítottal (+2,3%) rendelkezett. Több mint 4,3 millió személy 1.491 biztosító intézetenél rendelkezett biztosítással. Ezen intézetek 71%-a közszolgálati nyugdíjpénztár volt, amelyekre az összvagyon szűk egynegyede jutott, 232 pedig több munkadót egyesítő, vagy közösségi intézet, amelyekhez a biztosítottak háromnegyede tartozott.

A rendszerből adódóan mind az aktív biztosítottak, mind a munkaadók több járulékot fizettek be és több szolgáltatás kifizetésére került sor. 2019 végén több mint 800.000 személy részesült öregségi nyugdíjban, amelynek volumene elérte a 24 milliárd CHF-et. Ez szűk 29.000 CHF átlagos éves nyugdíjnak felel meg.

A vagyonallokációja tekintetében megjegyzendő, hogy 2019-ben a részvények aránya ugyan növekedett, az átlagos befektetési struktúra azonban stabil maradt. A kötvényekre 30,3%, a részvényekre 30,1%, az ingatlanokra 20,2% jutott. Az összes vagyonbefektetés több mint kétharmadát kollektív befektetési eszközökbe fektették.

[Lásd még: *A nyugdíjpénztárak statisztikája Svájcban 2017-ben. Végleges adatok, 2019.* 2. sz.]

A valóság az osztrák nyugdíjrendszerről

The European, 19.06.2021

Kulcsszavak: szociálpolitika, nyugdíj, nyugdíjbiztosítás, Ausztria

Forrás Internet-helye:

<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1101&intPageId=4407&langId=de>

<https://www.theeuropean.de/oliver-stock/oesterreichs-rentensystem-ist-nicht-viel-besser-als-das-deutsche/> ;

[https://www.deutsche-](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Bund/DE/Presse/Presseseminare/2017_7_6_berlin/06_07_d)

[rentenversicherung.de/Bund/DE/Presse/Presseseminare/2017_7_6_berlin/06_07_d_atei_dr_thiede_alshut_mann.html](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Bund/DE/Presse/Presseseminare/2017_7_6_berlin/06_07_d_atei_dr_thiede_alshut_mann.html) (22 slide)

Az osztrák nyugdíjrendszer a bőség kosaraként jelenik meg a külföldi közvélemény szemében. Két nyugdíjszakértő, *Birgit Alshut-Mann* és *Reinhold Tiede* 2017. óta több alkalommal frissített prezentációjában valós képet nyújt az osztrák nyugdíjakról.

A havi átlagnyugdíj 1.231 EUR, de ha figyelembe vesszük az áprilisban és októberben esedékes 13-ik és 14-ik nyugdíjat, akkor ez 1.436 EUR-t tesz ki.

A nyugdíjba vonulás feltétele, hogy az érintett legalább 15 évig fizesse a nyugdíjjárulékot.

A nyugdíjjárulék mértéke Ausztriában a havi jövedelem 22,8%-a. A munkavállalók 12,55%-ot, a munkaadók 10,25%-ot fizetnek. Ez növeli a másodlagos bérköltségeket, ami visszafogja a munkaadókat abban, hogy új munkaerőt vegyenek fel.

Az osztrák lakosság demográfiai struktúrája kedvező. Egy nyugdíjasra 3,4 keresőtevékenységet végző személy jut. Emögött azonban a magasabb bevándorlási ráta áll, amely egyszer már stabilizálta a nyugdíjrendszert. Ez a tényező azonban korántsem a fenntarthatóság jele, hiszen egyszer a bevándorlók is nyugdíjba vonulnak, amelyet majd másoknak kell viselniük. Ausztriában a nyugdíjak teljes mértékben adókötelesek.

A német privát nyugdíjbiztosítók rangsora

VersicherungsJournal.de, 6.8.2021

Kulcsszavak: nyugdíj, nyugdíjbiztosítás, privát nyugdíjbiztosítás, biztosítótársaságok, Németország

Forrás Internet-helye: https://www.pkv-vorteile.de/blog/2021/08/06/ivfp-privatrenten-rating-2021-die-besten-privaten-rentenversicherungen-135-tarife-im-test/?utm_source=rss&utm_medium=rss&utm_campaign=ivfp-privatrenten-rating-2021-die-besten-privaten-rentenversicherungen-135-tarife-im-test ;
https://www.versicherungsjournal.de/versicherungen-und-finanzen/ivfp-kuert-die-besten-privatrenten-142641.php?vc=rss_artikel&vk=142641

Az Institut für Vorsorge und Finanzplanung (IVFP) tizenkettedik alkalommal tette közzé a privát nyugdíjpénztárak toplistáját, amelyben 49 szolgáltató 135 termékét értékelte. A top-tarifákat nyújtó biztosítók: Allianz, Alte Leipziger, Axa, Canada Life, Condor, Continentale, Ergo Vorsorge, Europa, HDI, LV 1871, Neue Leben, Nürnberger, R+V, Stuttgarter, Swiss Life, Targo, Württembergische és Zurich Deutscher Herold.

Az értékelés során összesen 89 kritériumot vettek figyelembe. Az értékelt intézetek csoportosítása: „klasszikus“, „klasszikus plusz“, „indexált kötvények“, „garantált kötvényalapok“, „nem garantált kötvényalapok“, vm. „komfort“.

Garantált kötvényalapoknál az elemzők a 41 tesztelt termék közül 16-ot értékelték maximálisan. Ezek közé tartozott az *Alte Leipziger* és az *Axa Lebensversicherung AG* két-két tarifája.

Az indexált kötvényeknél a 15 vizsgált termék közül nyolcat találtak „kiválónak”, közöttük az Allianz két termékét: „*Allianz PrivatRente IndexSelect Plus*“ és „*Allianz PrivatRente IndexSelect*“. Az élcsoportba került még a „*Relax Privatrente Classic*“ (Axa), a „*Rente Index*“ (Ergo Vorsorge), a „*PlanX*“ (Neue Leben), a „*DAX-Rente*“ (Nürnberger), a „*Privat-Rente DAX Garant*“ (Targo) és a „*PrivatRente IndexClever*“ (Württembergische).

Áttételesen kapcsolódó, aktuális: A kötelező nyugdíjbiztosítás bevételeinek és kiadásainak statisztikája Németországban, Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE), 10. 08. 2021.:

https://www.gbe-bund.de/gbe/abrechnung.prc abr_test_logon?p_uid=gasta&p_aid=0&p_sprache=D&p_knoten=NE380

Az amerikai nyugdíjalapok és az Allianz biztosító konfliktusa

Reuters, August 3, 2021 12:37 AM CEST

Apud Focus Online, 02.08.2021, 16:49

Kulcsszavak: nyugdíj, nyugdíjbiztosítás, nyugdíjalapok, Allianz, Egyesült Államok

Forrás Internet-helye: <https://www.reuters.com/business/allianz-says-reassesses-risks-doj-probes-structured-alpha-funds-2021-08-01/>

Az amerikai Tőzsd felügyelet *U.S. Securities and Exchange Commission (SEC)* és az Igazságügyi Minisztérium (*Department of Justice*) több amerikai nyugdíjalap feljelentése alapján eljárást indított az **Allianz** biztosítóval szemben. Emiatt az Allianz tőzsdei részvényei hat százalékot zuhantak. A vizsgálat középpontjában az Allianz leányvállalata, a „*Structured Alpha Fonds*“ áll, amely Illinois államban a tanárok, New Yorkban pedig a közlekedési dolgozók nyugdíjbiztosítása területén működik. Az amerikai nyugdíjalapok szerint az Allianz teljesítményét meghaladó piaci eredményt gerjeszt és emiatt milliárdos nagyságrendű kártérítést követelnek.

A pandémiát az amerikai nyugdíjalapok is megszenvedték, gyengébben teljesítettek a piacnál. Az elmúlt évben az Allianz két különösen agresszív befektetési stratégiát követő nyugdíjalapot szorított ki a piacról. A panaszosok felróják az *Allianz*-nak, hogy a *Structured Alpha Fonds* a válság idején saját irányelveket követett és megszegte vagyonkezelői kötelezettségeit. Másrészt kinyilatkoztatott stratégiájától eltérően, szándékosan lemondott a kockázatok derivátumok közvetítésével történő biztosításáról.

Az Allianz már 2020-ban visszautasította a vádakát. A válság idején más vagyonkezelők is veszítettek a befektetők pénzéből, de egyiket sem érte olyan összehangolt támadás, mint az Allianz biztosítót. A kártérítési követelések most már elérik a négy milliárd USD-t. Csak szemléltetés gyanánt: Az Allianz 2021 első negyedében 3,3 milliárd EUR (3,56 milliárd USD) operatív profitot ért el.

Az Allianz elnöksége újraértékelte a panasz hullám kockázatait és arra a következtetésre jutott, hogy a konfliktus súlyos következményekkel járhat az Allianz Csoport jövőbeli pénzügyi eredményeire. A cég mindenben együttműködik a Tőzsd felügyelettel és az Igazságügyi Minisztériummal.

Kulcsszavak: szociológia, közvélemény, jogbiztonság, digitalizáció, mobilitás, egészséges táplálkozás, Németország

A lakosság bizalma a piacgazdaság iránt a pandémia idején, az Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft megbízásából, 30 03 2021

<https://www.insm.de/insm/presse/pressemeldungen/allensbach-umfrage-das-vertrauen-in-die-soziale-marktwirtschaft-steigt-in-der-krise> ;

https://www.insm.de/fileadmin/insm-dms/text/presse/pressemeldungen/2021/210330_PM_Allensbach_Umfrage.pdf

A lakosság 54 %-ának jó véleménye van a piacgazdaságról (2011: 48%; 2005: 25%). 17%-nak nincs explicit véleménye. Az aktuális gazdasági problémák miatt 64% nem kérdőjelezné meg a piacgazdaság létjogosultságát, 18% igen.

Roland Rechtsreport 2021, a ROLAND Rechtsschutz-Versicherungs-AG megbízásából (33 p.): A lakosság viszonyulása az igazságszolgáltatáshoz és a peren kívüli megegyezéshez

https://www.roland-rechtsschutz.de/media/roland-rechtsschutz/pdf-rr/042-presse-pressemitteilungen/roland-rechtsreport/roland_rechtsreport_2021.pdf

A lakoságnak az igazságszolgáltatáshoz és a jogrendszerhez való viszonya tíz éve alig változott. 71% bízik a törvényekben (2013: 76%; 2018: 64%), 66% a bíróságokban.

Digitalreport 2021, a European Center for Digital Competitiveness megbízásából, Januar 2021 (20 p.)

https://digital-competitiveness.eu/wp-content/uploads/Digitalreport_2021-2.pdf

A digitális formátumok iránti bizalom 2019-ben 5%, 2021-ben 4% volt. A gazdasági és politikai szféra vezetőinek 94%-a kritikusnak látja a digitalizáció helyzetét.

Sicherheitsreport 2021, a Centrum für Strategie und Höhere Führung megbízásából, 4 p.

<https://www.glh-online.com/kategorie/medien/> ;

https://www.glh-online.com/wp-content/uploads/PM_Sicherheitsreport2021.pdf ;

Mobilitätsreport 2021, az acatech – Deutsche Akademie der Technikwissenschaften megbízásából

<https://www.acatech.de/allgemein/mobilitaetsmonitor-2021-sind-die-deutschen-bereit-fuer-die->

[mobilitaetswende/?utm_source=CleverReach&utm_medium=email&utm_campaign=19-07-](https://www.acatech.de/allgemein/mobilitaetsmonitor-2021-sind-die-deutschen-bereit-fuer-die-mobilitaetswende/?utm_source=CleverReach&utm_medium=email&utm_campaign=19-07-2021%20Allensbacher%20Newsletter%20%20%2F%202021&utm_content=Mailing_13938056)

[2021%20Allensbacher%20Newsletter%20%20%2F%202021&utm_content=Mailing_13938056](https://www.acatech.de/allgemein/mobilitaetsmonitor-2021-sind-die-deutschen-bereit-fuer-die-mobilitaetswende/?utm_source=CleverReach&utm_medium=email&utm_campaign=19-07-2021%20Allensbacher%20Newsletter%20%20%2F%202021&utm_content=Mailing_13938056)

Nestlé Ernährungsstudie 2021 – Klima und Ernährung, a Nestlé megbízásából

[https://www.nestle.de/medien/medieninformation/nestle-klima-studie-](https://www.nestle.de/medien/medieninformation/nestle-klima-studie-2021?utm_source=CleverReach&utm_medium=email&utm_campaign=19-07-2021+Allensbacher+Newsletter+2+%2F+2021&utm_content=Mailing_13938056)

[2021?utm_source=CleverReach&utm_medium=email&utm_campaign=19-07-](https://www.nestle.de/medien/medieninformation/nestle-klima-studie-2021?utm_source=CleverReach&utm_medium=email&utm_campaign=19-07-2021+Allensbacher+Newsletter+2+%2F+2021&utm_content=Mailing_13938056)

[2021+Allensbacher+Newsletter+2+%2F+2021&utm_content=Mailing_13938056](https://www.nestle.de/medien/medieninformation/nestle-klima-studie-2021?utm_source=CleverReach&utm_medium=email&utm_campaign=19-07-2021+Allensbacher+Newsletter+2+%2F+2021&utm_content=Mailing_13938056) ;

<https://www.nestle.de/unternehmen/publikationen/nestle-studie/klimastudie>

A kommentek ára: Egy kommentelő 170.000 AUD kártérítést fizetett egy ausztrál fogorvosnőnek lejárató Google-bejegyzések miatt
County Court of Victoria, Dean v Puleio [2021] VCC 848 (12 July 2021)
Apud zm-online, 27.07.2021

Kulcsszavak: minőségügy, betegvélemény, betegértékelés, komment. kártérítés, fogászat, Ausztrália

Forrás Internet-helye: <http://classic.austlii.edu.au/au/cases/vic/VCC/2021/848.html> ; https://www.zm-online.de/news/politik/schlechte-google-bewertung-170000-dollar-schadenersatz-fuer-zahnaerztin/?utm_source=+CleverReach+GmbH+%26+Co.+KG&utm_medium=email&utm_campaign=20210728_zm_Newsletter&utm_content=Mailing_7773686

Egy melbourne-i fogorvosnő pert nyert egy páciensével szemben, aki becsmérő kommenteket írt róla. A bíróság szerint a bejegyzések rontották a fogorvosnő jó hírnevét. A felperes egy 42 éves paradontológus szakorvos, aki férjével együtt Melbourne-ben folytat praxist, ahol évente mintegy 1.600 pácienset kezelnek. Az alperes 2019 szeptember és december között háromszor volt kezelésen, hat időpontot viszont maga mondott le. A sorozatos lemondások, valamint a páciens viselkedésmódja miatt a fogorvosnő megszakította vele a kapcsolatot.

A páciens három hónappal később, 2020 márciusában „Cat” felhasználónéven Google-értékelésében azzal vádolta a fogorvosnőt, hogy „nem professzionális”, hibásan diagnosztizál, „nevetséges” kezelési eljárásokat javasol, zaklatja a pácienseket, veszekedik velük és túl sokat számol fel.

Az alperes négy hónap múlva „Daniela” felhasználónéven újabb Google-értékelést töltött fel, amelyben azzal vádolta a fogorvosnőt, hogy kezelése nem felelnek meg a szokásos standardoknak. Ezt három nappal később törölte, majd egy harmadik és negyedik bejegyzést is tett, amely a bírósági perig kint volt az Interneten. Ezekben megismételte vádaskodásait és azt állította, hogy a fogorvosnő „etikátlan”, becsapta őt, megtagadta a kezelést és egyébként „rosszindulatú”.

A bíróság bizonyítottan látta, hogy a rágalmakat legalább 100.000 felhasználó megtekintette és a bejegyzések eljutottak a fogorvosnő ügyfélköréhez. Az ügyvédnek azt is sikerült bizonyítania, hogy a felperes korábbi egészségi problémái a hónapokig elhúzódó bosszúság és stressz miatt súlyosbodtak.

A bíróság 170.000 ausztrál dollár (106.000 EUR) kártérítés megfizetésére kötelezte az alperest. A fogorvosnő korábban eredménytelenül próbálkozott a bejegyzések, vagy akár komplett üzleti Google-fiókjának töröltetésével. Többször próbálkozott peren kívüli eljárásban megegyezni a pácienssel, de ez is sikertelen volt.

***Jogi szakvélemény az egészségügyi ellátási központokról szóló
jogszabályok továbbfejlesztéséről – egységes szerkezetben
Készült a Szövetségi Egészségügyi Minisztérium megbízásából
Aalen/München/Berlin im November 2020 (189 p.)***

Forrás Internet-helye:

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Ministerium/Berichte/Stand_und_Weiterentwicklung_der_gesetzlichen_Regelungen_zu_MVZ.pdf ; <https://ppp-rae.de/news/gutachten-stand-und-weiterentwicklung-der-gesetzlichen-regelungen-zu-medizinischen-versorgungszentren-mvz/>

Összegzés, eredmények, ajánlások

A ***kötelező betegebiztosítás modernizációjáról szóló törvény (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG)*** hatálybalépésével (2004. 01. 01.) a szerződött orvosi szolgáltatók új típusa lépett színre: az ***egészségügyi ellátási központ (medizinisches Versorgungszentrum – MVZ)***. Ez két új elemet hozott a rendszerbe: Ezek a központok alapmodelljük szerint a szakterületeket lefedő szolgáltatók, amelyeknél alkalmazotti státuszban működő orvosok dolgoznak. Egy ilyen szolgáltató intézmény szakít azzal az ambuláns ellátás területén érvényesülő dogmával, mely szerint a szolgáltatást a saját praxisukban működő önálló orvosok biztosítják. Másrészt a lehetséges tulajdonosok köre, amely korábban a szabadfoglalkozású orvosokra korlátozódott, a kötelező betegebiztosítás területén működő összes szolgáltatóra kiterjed. Így az engedélyezett kórházak és egészségházak ambuláns ellátási intézmények tulajdonosaivá válhatnak. És így az ambuláns ellátás a kórházakhoz hasonlóan megnyílik az „idegen” tulajdon, tehát olyan egészségügyi intézmények számára, amelyek tulajdonosai nem feltétlenül orvosok.

Eredmények és ajánlások

- 2018 végén 3.000 orvosi egészségügyi ellátási központ működött, ahol több mint 18.000 orvos biztosította a szolgáltatást. Az orvosi egészségügyi ellátási központok száma tovább növekedik, a szerződött orvosok és az engedélyezett kórházak egyformán aktív alapítók.
- Az egészségügyi ellátási központok egyrészt, valamint a közösségi praxisok vagy orvosi magánpraxisok engedélyezése között másrészt, pl. a megengedett jogi forma és az alkalmazott orvosok legmagasabb megengedett száma tekintetében alig vannak különbségek. Ezek a különbségek, főleg az

egészségügyi ellátási központoknak a szakértők által javasolt minimális méretei tekintetében, tényszerűen indokoltak.

■ Jelenleg nem állnak rendelkezésre empirikus adatok, amelyek pozitív vagy negatív értelemben összefüggést mutatnának az egészségügyi ellátási központok és bizonyos fenntartók (orvosok vagy befektetők) tulajdonában levő központok nyújtotta ellátásminőség között. A fenntartói struktúrával összefüggésben az amerikai fekvőbeteg szektorban szerzett kutatási eredmények szerint a törvényhozó aggodalmai, miszerint a nem orvosok tulajdonában levő egészségügyi központokban veszélybe kerülne az ellátás minősége, megalapozatlanok.

■ Amennyiben a törvényhozó indokát látná a beavatkozásnak, a szakértők az orvosigazgató pozíciójának további megerősítését javasolják. Ez megtörténhet a felmentéssel vagy felmondással szembeni védelem formájában. Elképzelhető, hogy jogszabályban megtiltják a vezető orvosok nem a tárgyhoz tartozó pénzügyi ösztönzését.

■ A szakértők nem tartják tanácsosnak, hogy korlátozzák a kórházak számára a saját vonzáskörükön és saját szakmai ellátási kötelezettségi területükön kívüli egészségügyi ellátási központok létesítését. A tilalom a nagy kórházláncokat hozná előnyösebb helyzetbe a kisebb kórházfenntartókkal szemben.

■ A jogszabály előírja az egészségügyi ellátási központok működésének és fenntartói viszonyainak transzparenciáját. A szakértők javasolják, hogy a beteginformáció érdekében az egészségügyi ellátási központokat kötelezzék az orvosigazgató és a fenntartó nevének a „cégtáblán” való feltüntetésére, valamint a központnak a szolgáltatók szövetségi regiszterébe való felvételére. A fenntartó nevét, a fenntartó típusát és az orvosigazgató nevét a regiszterben is fel kell tüntetni.

■ A szakértők javasolják az orvosok egészségügyi ellátási központokban való részesedésszerzésének megkönnyítését és így az orvosi tulajdonban levő egészségügyi ellátási központok szolgáltatótípusának megerősítését. A szabályozást úgy kell módosítani, hogy a jövőben ne az alapítói minőség, ill. az alapítói jogok, hanem definiált működési feltételek álljanak előtérben. Következésképpen a szerződött orvosok és elsősorban az egészségügyi ellátási központokban alkalmazott orvosok bármikor és korlátlanul részesedést szerezhessenek és birtokolhassanak az egészségügyi ellátási központokban.

■ Tekintettel az (egészségügyi ellátási központoknál, valamint szerződött orvosoknál) alkalmazottként működő orvosok ellátáshoz való növekvő hozzájárulására, a szakértők javasolják az alkalmazott orvosoknak az engedélyezési grémiumokban való erősebb képviselését. A szakértők javaslata szerint jogszabályban kellene rögzíteni hogy az alkalmazotti jogviszonyban működő orvosok, az őket érintő engedélyezési kérdésekben, legalább egy

képviselővel rendelkezzenek az engedélyezési bizottságban, ill. a fellebbviteli bizottságban résztvevő orvosok csoportjában.

3. A fenntartói kör és az ellátás minősége közötti összefüggés a németországi fekvőbeteg szektorban

Kruse és mt. 35 empirikus vizsgálatról végzett értékelésükben arra a következtetésre jutottak, hogy az Európai Unióban és speciálisan Németországban a különböző fenntartók által működtetett kórházak gazdasági hatékonysága tekintetében az empirikus bizonyítékok oly mértékig eltérők, hogy nem tehetők egy meghatározott irányba mutató általános érvényű megállapítások. Ugyanerre jutott egy másik kutatócsoport (**Tiemann, Schreyögg és Busse**), amely nyolc empirikus tanulmány alapján értékelte a gazdasági hatékonyság különbségét az egyes tulajdonosi köröknél a német kórházügyi piacon. Kruse és mt. nem tudtak egységes empirikus eredményeket megfogalmazni az ellátás különbségéről a különböző fenntartók által működtetett kórházaknál Európában. Ezzel szemben Tiemann és Schreyögg a németországi kórházak tekintetében arra az eredményre jutott, hogy a halálozás a privát fenntartású kórházaknál alacsonyabb, mint az államiaknál. Vizsgálatuk 1.046 németországi kórház 2002 és 2006 közötti éves jelentéseinek alapult. **Wübker és Wuckel** a 2006 és 2015 között szívinfarktus és tüdőgyulladás miatt németországi kórházakban bekövetkezett halálozási adatok összehasonlításával megerősítette előbbieket eredményét. A szerzők különbséget tettek egyrészt privát (nyereségorientált), másrészt közhasznú és állami kórházfenntartók között. Szívinfarktusok kezelésénél a privát fenntartóknál a halálozás nem volt magasabb, mint az állami fenntartású kórházaknál. Tüdőgyulladás kezelése tekintetében a 30 nap utáni halálozás a privát fenntartóknál alacsonyabb volt. Amennyiben tehát egyáltalán megfogalmazható valamely különbség, akkor ez mindenképpen a privát (nyereségorientált) kórházak javára szól. Mindenesetre a privát (nyereségorientált) kórházaknál mindkét kezeléstípus magasabb költségekkel jár, mint a közhasznú, vagy állami kórházaknál.

4. Az ellátás minőségének összehasonlítása az orvosok, ill. nem orvosok tulajdonában levő amerikai „egészségügyi intézmények” között

a) A fenntartó jellegére összpontosító elemzések mellett a nemzetközi egészséggazdasági szakirodalomban körvonalazódik egy szál, amely kifejezetten az orvosok, mint tulajdonosok és egyéb típusú tulajdonosok nyújtotta minőség közötti különbségeket veszik célba. E vizsgálatok kiindulópontja, hogy az Egyesült Államokban az 1990-es évektől kezdve

bizonyos orvosi (pl. ortopédiai, kardiológiai, sebészeti) kezeléseket az általános kórházakból („*general hospitals*“) speciális kórházakhoz vagy speciális ambuláns intézményekhez szerveztek ki. Ennek okai közé tartozott, hogy a lakosság széles csoportjai nem kapták meg az elégséges ellátást, miközben az egészségügyi rendszer kiadásai növekedtek. A szolgáltatások új, hatékonyabb formáinak speciális intézményekben történő biztosítása a különböző lakossági csoportok ellátása közötti különbségek kiegyenlítésére irányult.

E specializált (ambuláns vagy fekvőbeteg) intézményekben az orvosok részben egyedüli, részben társtulajdonosi szerepet töltenek be („*physician-owned specialized facilities*“, amelyek két altípusa: „*physician-owned specialized hospitals*“ és „*physician-owned ambulatory surgery centers*“), miközben az általános kórházak („*general hospitals*“) túlnyomórészt közhasznú társasági (56%) vagy állami (18%) tulajdonban vannak. A „*physician-owned specialized facilities*“ modell hívei szerint ennek előnyei: a betegek hatékonyabb és célirányosabb ellátása, a költségcsökkentés és a jobb orvosi ellátás. További érv, hogy az orvos egyben az intézmény tulajdonosa és szolgáltató, tehát nem áll fenn ellenérdekeltség.

Az ellenzők szerint viszont ebben éppenséggel benne van az érdekkonfliktus, amely abból adódik, hogy az orvostika nem egyeztethető össze a bevételek maximálásának törekvésével. Az orvosok, mint az intézmény tulajdonosai saját honoráriumuk mellett a vállalati nyereséget is kitermelik. Ez odavezethet, hogy az „orvos-tulajdonos” személyében csökken a gátlás, hogy ne végezzen nem szükséges kezeléseket és főleg, hogy ne szakosodjon több hasznot hozó esetekre. A *U.S. Department of Health and Human Services* éppen emiatt hozott intézkedéseket az orvosok tulajdonosi minőségének korlátozására, sőt teljes betiltására.

b) Empirikus tények az amerikai egészségügyi piacon

aa) Betegszelekció, ellátásminőség és hatékonyság a speciális egészségügyi intézményeknél és általános kórházaknál

Trybou és mt. összesen 46 tanulmányt azonosítottak a releváns nemzetközi egészséggazdasági adatbankokban (*Pubmed, Web of Science*), amelyek az orvosi tulajdonviszonyban rejlő érdekkonfliktussal foglalkoztak. Következtetések: 1. Az orvosok tulajdonában levő speciális intézményeknél („*physician-owned specialized facilities*“) az ellátás minősége (pl. a halálozás, vagy az ismételt kórházba utalás tekintetében) magasabb, ami azonban az összességében jobb egészségi állapotban levő betegkörrel („torz szelekció”) és a speciális intézményekben éppen a magasabb specializáltság folytán kezelt

magasabb esetszámmal magyarázható. 2. Nincs empirikus bizonyíték az orvosok tulajdonában levő speciális intézmények által nyújtott magasabb hatékonyságra. Egyes tanulmányok azt is feltételezik, hogy az orvosok tulajdonában levő intézményeknél csökkenne a gátlás a kezelések felszólására. 3. Empirikusan bizonyítható, hogy a speciális intézményeknél sokkal több a magasabb biztosítással rendelkező beteg és kevesebb nem térített szolgáltatást nyújtanak („*uncompensated care*“), továbbá a pénzügyileg kevésbé vonzó betegeket (többnyire nem nyereségorientált) általános kórházakhoz irányítják. 4. Nincs empirikus bizonyíték arra, hogy a speciális intézményeknél a gazdasági hatékonyság magasabb lenne. **Carey/Burgess/Young** tanulmánya 1998 és 2008 között 80 orvosok tulajdonában levő ortopédiai vagy sebészeti speciális intézménynél 883 általános kórházzal szemben nem talált hatékonysági előnyöket (sem a speciális esetek magasabb számához kötődő, sem a szolgáltatások hatékonyabb biztosításából származó terjedelemgazdaságosságot).

Trybou és mt. szerint az Egyesült Államokban nincs bizonyíték az orvosok tulajdonában levő intézményeknek („*physician-owned specialized facilities*“) az „idegen” tulajdonban levőkkel szemben tulajdonított előnyökre. Az orvosok tulajdonában levő intézményeknél a szerzők nem tudtak megállapítani sem alacsonyabb költségeket, sem magasabb minőséget. Mazsolázásra viszont bőven van bizonyíték. Ezt **Chakravarty** eredményei is megerősítik, aki a 1995 és 2004 közötti időszakra vonatkozóan összefüggést talált az orvosok tulajdonában levő speciális intézmények által gyakorolt betegszelekcio mértéke és a vonzáskörükben levő általános kórházak pénzügyi veszteségei között.

Szerzők

– Jogtudományi fejezetek

Prof. Dr. iur. Andreas Ladurner, Professur für Gesundheitsrecht, Studienbereich Gesundheitsmanagement, Fakultät Wirtschaftswissenschaften Hochschule Aalen – Technik und Wirtschaft

Prof. Dr. jur. habil. Ute Walter, Rechtsanwältin – Fachanwältin für Medizinrecht, Apl. Professorin der Fakultät für Rechtswissenschaft der Universität Regensburg

– Egészséggazdasági fejezetek

Prof. Dr. rer. oec. Beate Jochimsen, Mitglied des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Professur für allgemeine Volkswirtschaftslehre-Finanzwissenschaft, Hochschule für Wirtschaft und Recht Berlin

ELŐJEGYZÉSI LISTA:

Koronavírus

- COVID-19-hírek a világ országaiból

Kórházügy

- Jelentés a kórházak helyzetéről Németországban 2020-ban – *Krankenhaus-Report 2021 (WIdO)* (5-10. rész): 5.: Ellátási folyamatok nemzetközi összehasonlításban; 6. Kórház és rehabilitáció; 7. Az ápolási otthonokban élők hospitalizációja, különös tekintettel az elesésre; 8. A személyzet fluktuációja; 9. A koronavírus-pandémia hatása a kórházi szolgáltatásokra 2020-ban; 10. Kórházpolitikai krónika
- Panaszkézelés a németországi kórházakban 2018-ban (DKI)

Digitalizáció

- A Bundestag elfogadta a digitális ellátásokról szóló törvényt
- Digitalizáció az egészségügyben – *Continentale Study 2019*
- A digitális kórház (DKI)
- Az információtechnológiai biztonság a kórházakban (DKG)
- A személyi állomány és a digitalizáció helyzete a német kórházakban (*MLP Gesundheitsreport 2019*)
- Együttes döntéshozatal a digitalizáció alkalmazásáról az idősápolás területén (IAT)
- eHealth az ambuláns alapellátás területén Svájcban

Ápolás

- Jelentés az ápolás helyzetéről – *Pflege-Report 2021 (WIdO)* (1-5. rész)
- A szövetségi kormány hetedik jelentése az ápolás helyzetéről
- Az ápolás helyzete a privát ápolásbiztosítás területén – *PKV Pflege-Barometer*
- Svájcban a koronavírus-válság fokozta az ápolási otthonok háttérbe szorulását
- Munkahelyi együttes döntéshozatal a bentlakásos intézményi ápolás digitalizációja vonatkozásában (IAT)

Emberi erőforrás

- Felmérés a munkaerő helyzetéről az orvostechnika területén (DKI)

Gyógyszer

- Gyógyszerpiaci rövidhírek
- A BARMER biztosító gyógyszerjelentése 2021

Hivatásrend

- Az egészségügyi személyzet helyzete Svájcban 2018-ban
- Pályaelhagyás és személyi állomány a svájci egészségügyben 2016-2018
- A svájci orvosi praxisok helyzete 2020-ban
- Az orvosi személyzet statisztikája Németországban 2020-ban – *Bundesärztekammer (BÄK); Bundesarztregister (KVB)*
- Az orvosi személyzet statisztikája Németországban 2020-ban (*Statistisches Bundesamt, Destatis*)
- Szakértői jelentés az elsődleges ellátás helyzetéről Németországban. 2035-ben 11.000 házi orvos hiányozhat a rendszerből
- Az orvosok keresete Németországban 2021-ben – *Medscape Gehaltsreport 2021*
- Az autonómia hét tézise az egészségügyben

Minőségügy

- Ajánlások az egészségügyi regiszterek továbbfejlesztésére Svájcban

Népegészségügy

- *European Health Interview Survey (EHIS) 2019*
- *International Health Policy Survey 2019 (Commonwealth Fund)*
- A sporttevékenység szerepe az elesés megelőzésére az időskorúak körében
- Születéskor várható élettartam és egészségi állapot Svájcban

Szülészet-nőgyógyászat

- Az orvosilag asszisztált in-vitro fertilizáció helyzete Svájcban 2019-ben
- Franciaországban elfogadták az új bioetikai törvényt

Kardiológia

- Megalakult a Global Cardiovascular Research Funders Forum (GCRFF)
- *Deutscher Herzbericht 2020*
- Szívinfarktuszok a szurkolók körében a 2014-es Labdarúgó Világbajnokság idején

Biztosítók pénzügyei

- A kötelező betegbiztosítás pénzügyi helyzete Németországban 2021 első negyedében
- A kötelező betegbiztosítás pénzügyi szükséglete 2025-ig

Időskorúak

- Időskor – egészség – szegénység – diszkrimináció
- Az öregedés órája (iAge)
- A hátralevő életévek kalkulátora – *Risk Evaluation for Support: Predictions for Elder-Life in the Community Tool (RESPECT)*
- Stressz és élettartam

- Jelentés a pszichoterápia helyzetéről Németországban 2021-ben –

Rövidhírek (aleatorikusan):

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