

Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete

Egészséggazdasági, egészségpolitikai és szociálpolitikai nemzetközi sajtószemle

2023. II. negyedév 2. sz. (Lapzárta: 2023. május 15.00:00)

Alapító főszerkesztő: Kövesi Ervin (1990-2014; † 2022) – Szerkesztő: Komáromi Béla (2005-)

Globális egészségügy

- Jelentés az ápolószemélyzet globális helyzetéről
- A környezeti finomporkoncentráció és annak napi tér-időbeli egyenlőtlen eloszlásának globális elemzése
- Globális jelentés a sóbevitel csökkentéséről – *Global report on sodium intake Reduction*
- Jelentés a sóbevitel helyzetéről a lakosság körében a WHO Európai Régiójában
- Jelentés a túlsúlyosság és elhízottság globális helyzetéről – *World Obesity Atlas 2023*
- Jelentés a hallássérültség globális helyzetéről. Hallássérültség az Európai Unióban – *World Report on Hearing*

Európai Unió

- Az Európai Unió klímavédelmi intézkedéscsomagja
- Európai egészségügyi unió: Az Európai Bizottság gyógyszerészeti reformot javasol a hozzáférhetőbb, megfizethetőbb és innovatív gyógyszerek érdekében
- A PGEU állásfoglalása a HERA tevékenységéről a gyógyszerügy területén
- Az időskorúak egészségi állapota Európában

Egészségügyi rendszerek (az ÖKZ cikksorozata)

- A finn egészségügyi rendszer
- A holland egészségügyi rendszer

Egészséggazdaság

- A szociális és egészséggazdaság trendbarométere

Ápolás

- Jelentés az ápolás helyzetéről Németországban – *Pflege-Report 2022 (WIdO)* (4. rész): Az ápolásra szorulóknak gyógyszerellátása

Gyógyszer

- Gyógyszerkompasz 2022 (2. rész): Gyógyszerellátás az ápolási otthonokban
- A gyógyszergyártó cégek top-tízese listája a 2021-ben bonyolított globális gyógyszerforgalom szerint
- Globális jelentés a gyógyszerfogyasztás helyzetéről 2023-ban – „*The Global Use of Medicines 2023. Outlook to 2027*“
- A PGEU felmérése a gyógyszerhiányról az Európai Unióban 2022-ben
- Gyógyszerhiány, nem kívánt hatások, gyógyszerkezelési hibák
- Gyógyszerfelírás a brit gyógyszertárakban
- Jelentés a gyógyszertárak gazdasági helyzetéről Németországban – *Apothekenwirtschaftsbericht 2023*
- Múzeumi gyűjteménybe kerülnek a Contergan relikviái
- LSD 80

Szájegészség, fogászat

- *Best Oral Health Practice in Europe?* – Szájegészség és fogászati ellátás öt európai országban (5. rész): A fogászati ellátások költségei és a fogorvosi személyzet helyzete

Infotainment

- Egon Schiele művészete és az orvostudomány

Personalia

- Alain Berset, a Svájci Államszövetség soros elnöke
- William N. (Bill) Anderson, a Bayer AG új elnök-vezérigazgatója

Melléklet 1

- Jelentés az ápolás helyzetéről Németországban – *Pflege-Report 2022 (WIdO)* – egységes szerkezetben

Melléklet 2

- Szájegészség és fogászati ellátás – egységes szerkezetben

Jelentés az ápolószemélyzet globális helyzetéről
International Council of Nurses (ICN), March 2023 (76 p.)

Kulcsszavak: globális egészségügy, ápolás, ápolószemélyzet, ápolóhiány, emberi erőforrás, Ápolók Nemzetközi Tanácsa, International Council of Nurses (ICN), nemzetközi

Forrás Internet-helye: https://www.icn.ch/news/icn-report-says-shortage-nurses-global-health-emergency?_ga=2.207180240.2119352733.1679423517-870219193.1679423517 ; https://www.icn.ch/system/files/2023-03/ICN_Recover-to-Rebuild_report_EN.pdf

Az **Ápolók Nemzetközi Tanácsa (International Council of Nurses – ICN)** a globális egészségügyi válság részeként értékeli a világviszonylatban megnyilvánuló ápolóhiányt.

Az ICN "***Recover to Rebuild: Investing in the Nursing Workforce for Health System Effectiveness***" c. jelentése több mint száz tanulmány elemzése alapján az alábbi következtetésekre jutott:

- világviszonylatban az ápolószemélyzet 40-80%-a számol be pszichés megterhelésről;
- a 2022-ben kibocsátott előző ICN-jelentés óta az ápolók körében a felmondásukat fontolgatók aránya 20% fölé emelkedett;
- A személyzet fluktuációjának rátája a kórházaknál évente több mint tíz százalékra emelkedett.

A pandémia tehát tovább súlyosbította az amúgy is sérülékeny egészségügyi rendszerek helyzetét és rávilágított a fenntartható beruházások sürgősségére. A kormányoknak mielőbb határozottan cselekedniük kell.

Pamela Cipriano, az ICN elnöke szerint az ápolók azok, akik kivezethetnek bennünket az egészségügyi rendszerek poszt-pandémiás összeomlásából. Ám ezt csak akkor tudják megtenni, ha elegenden vannak, ha rendelkeznek a szükséges támogatással, méltányos bérezésben részesülnek és ha a kormányok világszerte fenntartható reformokat vezetnek be.

Mind az egyes országokon belül, mind nemzetközi szinten koordinált politikai reakciókra van szükség. Ezek közé tartoznak: a személyzettel való ellátottság biztosítása, a korszerű ápolóképzés; a befektetések fokozása az ápolók toborzása és megtartása céljából; a karrier- és fejlődési lehetőségek javítása.

***A környezeti finomporkoncentráció és annak
napi tér-időbeli egyenlőtlen eloszlásának globális elemzése***

The Lancet Planetary Health, Published: March, 2023 ;

DOI: [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(23\)00008-6](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(23)00008-6)

Kulcsszavak: globális egészségügy, környezetegészségügy, népegészségügy, légszennyezés, finomporkoncentráció, Egészségügyi Világszervezet, nemzetközi

Forrás Internet-helye:

[https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196\(23\)00008-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196(23)00008-6/fulltext)

Prof. Dr. Yuming Guo (Monash University, Melbourne) és mt. a mérési értékek és számítógépes modellek alapján vizsgálták a 2000 és 2019 közötti finomporkoncentrációt. Az adatok 65 ország 5.446 mérőállomásától származnak. A számítógépes modell a szálló por világméretű mozgásának leképezése során figyelembe vette az időjárás, a klíma, a földhasználat és a földrajzi adottságok adatait. A számítások szerint a PM_{2,5}-ös finompor koncentrációja 2000 és 2019 között világviszonylatban légköbméterenként 32,8 mikrogramm volt.

Az **Egészségügyi Világszervezet** adatai szerint világviszonylatban évente hétmillió ember hal meg idő előtt a légszennyezés következtében. Az **Európai Környezetvédelmi Ügynökség (European Environment Agency – EEA)** szerint 2020-ban csak az Európai Unióban 240.000 ember halt meg idő előtt a levegő szálló porral való környezeti megterheltsége miatt.

Az értékek Kelet-Ázsiában (50), Dél-Ázsiában (37,2) és Észak-Afrikában (30,1) a legmagasabbak, Ausztráliában és Új-Zélandon (8,5), Óceániában (12,6) és Dél-Amerikában (15,6) a legalacsonyabbak. Az Egészségügyi Világszervezet által ajánlott légköbméterenként 15 mikrogramm napi maximális értéket egyébként világviszonylatban az összes nap több mint 70%-án, Kelet- és Dél-Ázsiában az összes nap több mint 90%-án túllépik.

Az elemzés szerint a szálló porral való megterhelés Európában, valamint Észak-Amerika és Afrika egyes régióiban csökkent. 2000-ben Európában az összes nap szűk 60%-án, 2019-ben már csak az összes nap 19%-án lépték túl az ajánlott napi maximális értéket. Észak-Európában az értékek jóval alacsonyabbak, mint a kontinens többi részén.

Prof Yuming Guo, Climate, Air Quality Research Unit, School of Public Health and Preventive Medicine, Monash University, Melbourne, VIC 3004, Australia

yuming.guo@monash.edu

[Lásd még: Két nemzetközi tanulmány a finomporkoncentráció következményeiről, 2022. 2. sz.; Az Egészségügyi Világszervezet aktualizálta a levegőminőség adatbázisát – WHO Air quality Database 2022., 2022. 10. sz.]

***Globális jelentés a sóbevitel csökkentéséről –
Global report on sodium intake reduction***
World Health Organization, 9 March 2023 (99 p.)

Kulcsszavak: globális egészségügy, népegészségügy, táplálkozás, sófogyasztás, sóbevitel, Sodium country score card, Egészségügyi Világszervezet

Forrás Internet-helye:

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240069985> ;
<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/media-resources/science-in-5/are-you-consuming-too-much-salt> ;

Sodium Country Score Card:

<https://extranet.who.int/nutrition/gina/en/scorecard/sodium> ;

Global Database on the Implementation of Nutrition Action (GINA):

<https://extranet.who.int/nutrition/gina/en/home> ;

WHO global sodium benchmarks for different food categories (32 p.):

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240025097>

Az *Egészségügyi Világszervezet* szerint a sófogyasztás csökkentését célzó költségvetésközpontú politikák bevezetése világviszonylatban 2030-ig mintegy 7 millió emberéletet menthet meg. A WHO 2013-ban a *Fenntartható Fejlődés Célkitűzései (Sustainable Development Goals – SDG)* keretében tűzte célul a sófogyasztás 2025-ig 25%-kal való csökkentését. A jelentés szerint azonban a WHO tagállamainak mindössze 5 százalékában van kötelező és átfogó nátriumcsökkentési politika, a tagországok 73 százalékában pedig nem alkalmaznak teljes mértékben ilyen intézkedéseket.

Jelenleg összesen kilenc ország (Brazília, Chile, Csehország, Litvánia, Malajzia, Mexikó, Szaúd-Arábia, Spanyolország és Uruguay) alkalmazza a nátriumhasználat csökkentésére javasolt intézkedéseket.

A WHO a jelentés részeként kifejlesztett egy instrumentumot a sófogyasztás csökkentését célzó politikai intézkedéseknek az egyes országokban való monitorizálására (*Sodium country score card*).

Jelentés a sóbevitel helyzetéről a lakosság körében a WHO Európai Régiójában

Public Health Nutrition

Published online by Cambridge University Press: 20 October 2022

Kulcsszavak: globális egészségügy, népegészségügy, táplálkozás, sófogyasztás, sóbevitel, Egészségügyi Világszervezet Európai Régiója

Forrás Internet-helye: <https://www.cambridge.org/core/journals/public-health-nutrition/article/populationlevel-salt-intake-in-the-who-european-region-in-2022-a-systematic-review/BBDAF74CA940EFDEECE47F966DEEFEA2> ;

WHO global report on sodium intake reduction, 9 March 2023 (99 p.):

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240069985>

Az *Egészségügyi Világszervezet* jelentése szerint az Európai Régió előrehaladást ért el a lakossági sófogyasztás csökkentése tekintetében, de mindössze három tagállam (Csehország, Litvánia és Spanyolország) alkalmazza teljes mértékben az ajánlásokat. A 194 tagállam vállalta, hogy 2030-ig csaknem egyharmadával csökkenti a lakosság körében a sóbevitelt. Az adatok szerint az intézkedések nem elégségesek a célkitűzés eléréséhez. A globális sófogyasztás a WHO által ajánlott napi 5 gramm (1 teáskanál) csaknem kétszeresére becsülhető. A sófogyasztás a kelet-európai országokban magasabb, mint Nyugat- és Észak-Európában.

Az Egészségügyi Világszervezet Európai Régiójához tartozó tagállamok 47%-a (25 tagállam) 3 ponttal rendelkezik a "**WHO Sodium Country Score**" szerint. Ez azt jelenti, hogy sor került legalább egy kötelező irányelv bevezetésére, a tápérték jelölése pedig csomagolt élelmiszereken a nátriumtartalomra is kiterjed.

14 országban (Ausztria, Fehér-Oroszország, Belgium, Bulgária, Horvátország, Görögország, Magyarország, Lettország, Montenegró, Hollandia, Portugália, Szerbia, Szlovákia, Üzbekisztán) kötelező határértékeket szabtak meg az élelmiszerek nátriumtartalma vonatkozásában, miközben 14 ország (Bulgária, Észtország, Franciaország, Görögország, Magyarország, Írország, Izrael, Lettország, Málta, Lengyelország, Románia, Törökország, Ukrajna, Egyesült Királyság) hivatalos irányelveket vezetett be az élelmiszerbeszerzés és a gasztronómia területén. 16 tagállamban (többek között Dániában, Németországban, Izlandon, Olaszországban, Norvégiában, Svédországban és Svájcban) bevezették a kötelező tápérték-jelölést a csomagolt élelmiszereken, amely a nátriumtartalomra is kiterjed. Ez azt jelenti, hogy ezek az országok 2 pontot érnek el (legalább egy önkéntes irányelv). 6 tagállam csak egy kötelezettséget vállalt, így 1 ponttal rendelkezik. Két tagállam (Andorra és Monaco) pedig semmilyen intézkedést nem vezetett be, vagy azokról nem áll rendelkezésre információ.

Ha a nátrium korlátozása általánossá válik, ez 2030-ig a nátriumbevitel 23%-kal és a kardiovaszkuláris megbetegedések miatti halálozás 3%-kal való csökkenéséhez vezethet.

***Jelentés a túlsúlyosság és elhízottság globális helyzetéről –
World Obesity Atlas 2023***

World Obesity Federation, March 2023 (232 p.)

Kulcsszavak: globális egészségügy, népegészségügy, táplálkozás, túlsúlyosság, elhízottság, test-tömeg-index, Body-Mass-Index (BMI), World Obesity Federation, Egészségügyi Világszervezet, nemzetközi

Forrás Internet-helye:

<https://www.worldobesity.org/resources/resource-library/world-obesity-atlas-2023> ;
[https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/wof-files/World Obesity Atlas 2023 Report.pdf](https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/wof-files/World_Obesity_Atlas_2023_Report.pdf)

World Obesity Federation: <https://www.worldobesity.org/>

Global Obesity Observatory: <https://data.worldobesity.org/>

Aktuális kapcsolódó: WHO European Region. Zagreb Declaration Summit of the Spouses of European Leaders to launch the Network on the Prevention of Childhood Obesity in the WHO European Region, 9–10 May 2023, Zagreb, Croatia (3 p.)

<https://www.who.int/europe/publications/i/item/zagreb-declaration-summit-of-the-spouses-of-european-leaders-to-launch-the-network-on-the-prevention-of-childhood-obesity>

A **World Obesity Federation** által kibocsátott **World Obesity Atlas 2023** szerint hatékony ellenintézkedések hiányában 2035-ig a világ lakosságának több mint fele túlsúlyossá vagy elhízottá válhat. A kutatók prognózisa szerint az elkövetkező tizenkét év során a világ lakosságának 51%-a, több mint négy milliárd ember válhat túlsúlyossá vagy elhízottá. Az elhízottság rátája elsősorban az alacsony jövedelemmel rendelkező országokban élő gyermekek körében növekedik különösen gyorsan.

Prof. Dr. Louise Baur, a World Obesity Federation elnöke szerint az adatok egyértelmű figyelmeztetést jelentenek, a politikai döntéshozóknak pedig sürgősen cselekedniük kell a helyzet rosszabbodásának megakadályozása érdekében. Különösen aggasztó, hogy az elhízottság rátája a gyermekek és fiatalok körében növekedik a leggyorsabban. A jelentés szerint az elhízott gyermekek száma 2020-hoz viszonyítva több mint megduplázódhat, 2035-ig a fiúk körében 208 millióra, a lányok körében 175 millióra növekedhet.

Az elhízottsággal összefüggő egészségi problémák költségei 2035-ig meghaladják az évente 4 milliárd USD-t (3,8 milliárd EUR), a globális GDP 3%-át. Az Egészségügyi Világszervezet irányelvei szerint a 25 kg/m² fölötti BMI-vel (*Body-Mass-Index – BMI – test-tömeg-index*) rendelkezők túlsúlyosak, a 30 kg/m² fölöttiek elhízottak. 2020-ban 2,6 milliárd ember, a világ népességének 38%-a e két kategóriába tartozott. Az előrejelzés szerint az elkövetkező években az elhízottság növekedése a közepes és alacsony jövedelemmel rendelkező ázsiai és afrikai országokban lesz a legerőteljesebb.

[Lásd még: *Jelentés a túlsúlyosság és az elhízottság helyzetéről a WHO Európai Régiójában*, 2022. 13. / IV. negyedév 1. sz.]

***Jelentés a hallássérültség globális helyzetéről. Hallássérültség az Európai Unióban –
World Report on Hearing***

World Health Organization, 3 March 2023 Global report (272 p.)

Kulcsszavak: globális egészségügy, népegészségügy, hallássérültség, Egészségügyi Világszervezet, Európai Unió

Forrás Internet-helye: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240020481> ;

Primary ear and hearing care training manual, WHO, 2 March 2023 (147 p.):

<https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/sensory-functions-disability-and-rehabilitation/primary-ear-and-hearing-care-training-manual> ;

EFHOH State of provision of Hearing Aids in EUROPE 2022 Report, (15 p.):

<https://efhoh.org/wp-content/uploads/2022/12/Hearing-Aids-Reimbursement-2022-launch-edition.pdf> ;

European Federation of Hard of Hearing People (EFHOH): <https://www.efhoh.org/>

Az **Egészségügyi Világszervezet** jelentése szerint Európában jelenleg mintegy 197 millió ember szenved a hallássérültség valamely formájában. Számuk 2050-ig előreláthatóan 236 millióra emelkedik. A hallás elvesztése szociális izolációhoz, demenciához, munkanélküliséghez, az életminőség rosszabbodásához vezet, negatív hatást gyakorol a pszichoszociális és kognitív egészségre.

Patrick D’Haese, a European Hearing Instrument Manufacturers Association ügyvezető igazgatója szerint az Európai Unió egyetlen tagállama sem rendelkezik a hallássérültségre irányuló nemzeti programmal.

Jelentős kihívást képeznek a hallókészülékek költségei. E készülékek ára azonban esetenként többszáz, vagy akár többezer EUR. A nemzeti egészségbiztosítási rendszerek többsége nem fedezi a hallókészülékek költségeit. Spanyolországban például a felnőttek számára nem térítik a költségeket és gyermekek számára is csak korlátozott mértékben. Olaszországban a költségtérítés minimális kritériumaként 55 dB határértéket szabtak meg. Ez ellentmond az Egészségügyi Világszervezet által a hallássérültség tekintetében meghatározott fokozatoknak. A gyermekek, fiatalok és 26 éven aluli fiatal felnőttek azonban az országok többségében teljes költségtérítésben részesülnek.

A hallássérültség miatti termelékenységcsökkenés és korai nyugdíjazás Európa-szerte évente 185 milliárd EUR-ba kerül. Ez az összeg évente 213 milliárd EUR-ra növekedik, ha a nem orvosi kiadásokat és az egyéb komorbiditásokat is figyelembe vesszük. A jelentés szerint az európai kormányok számára a hallássérültségre fordított minden egyes EUR, tíz EUR ellenszolgáltatásnak felel meg. A szerzők nemzeti intézkedési tervek bevezetésére, az esélyegyenlőség és megelőzés biztosítására, a nagyothallók rehabilitációjára szólítják fel az európai kormányokat.

Az Európai Unió klímavédelmi intézkedéscsomagja

Európai Parlament, Sajtóközlemény, 2023. 04. 18.

Kulcsszavak: környezetvédelem, klímavédelem, kibocsátáskereskedelem, Európai Unió

Forrás Internet-helye:

<https://www.europarl.europa.eu/news/hu/press-room/20230414IPR80120/klimavedelem-zold-ut-a-2030-as-celertekek-teljesitesehez-szukseges-szabalyoknak>

Elfogadott szövegek (2023. 04. 18.):

https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2023-04-18-TOC_HU.html

- 2026-tól kezdve fokozatosan megszűnik a kibocsátási egységek ingyenes kiosztása.
- 2027-től az új kibocsátáskereskedelmi rendszer (ETS II) hatálya az épülethasználatból és a közlekedésből eredő kibocsátásra is kiterjed.
- Új mechanizmus a kibocsátásáthelyezés ellen, amely védi az uniós ipart és fokozza a globális klímavédelmet.
- Szociális klímaalap az energiaszegénységben élők és a közlekedés lehetőségéhez korlátozottan hozzáférők támogatására.

Az Európai Parlament 2023. 04. 18-án elfogadta az **„Irány az 55%!”** intézkedéscsomag több kulcsfontosságú jogszabályjavaslatát, amelyekről még 2022 végén született elvi megállapodás az uniós országokkal. A tervezett intézkedések az európai klímarendeleettel összhangban azt hivatottak biztosítani, hogy az Európai Unió 2030-ra legalább 55 százalékkal kevesebb üvegházhatású gázt bocsásson ki, mint 1990-ben.

A kibocsátáskereskedelmi rendszer reformja

A képviselők 413 szavazattal, 167 ellenszavazat és 57 tartózkodás mellett fogadták el a kibocsátáskereskedelmi rendszer megújítását. Az új szabályok szerint a kibocsátáskereskedelmi rendszer hatálya alá tartozó ágazatoknak 2030-ra nagyobb mértékben, összesen 62 százalékkal kell majd csökkenteniük az üvegházhatású gázok (ÜHG) kibocsátását (a 2005-ös szintet alapul véve). 2026-tól kezdve emellett fokozatosan fel kell hagyni a kibocsátási egységek ingyenes kiosztásának gyakorlatával, hogy az 2034-re teljesen megszűnjön. Az új rendszer 2027-től (illetve ha kivételesen magasak az energiaárak, 2028-tól) az épületek és a közúti közlekedés energiafelhasználásából eredő kibocsátást is beárazza.

A képviselők (500 szavazattal, 131 ellenszavazat és 11 tartózkodás mellett) azt is megszavazták, hogy a kibocsátáskereskedelmi rendszeren belül ezentúl a tengerhasznosítási ágazat ÜHG-kibocsátásaival is el kelljen számolni. 463 szavazattal, 117 ellenszavazat és 64 tartózkodás mellett elfogadták továbbá a légi közlekedési ágazat kibocsátásával kapcsolatos szabályozás felülvizsgálatát. Ezzel 2026-tól már a légi közlekedési ágazat sem jutna ingyenes kibocsátási egységekhez, és egyre nagyobb arányban kellene fenntartható légijármű-üzemanyagokat használnia.

Új mechanizmus a kibocsátásáthelyezés megakadályozására

A Parlament 487 szavazattal, 81 ellenszavazattal és 75 tartózkodás mellett elfogadta az importáruk karbonintenzitását ellensúlyozó uniós mechanizmus (**Carbon Border Adjustment Mechanism – CBAM**) bevezetését, hogy a nem uniós országok is ösztönzést kapjanak a klímavédelemre, illetve hogy elejét lehessen venni az uniós és globális klímavédelmet gyengítő kibocsátásáthelyezésnek (azaz annak, hogy az uniós cégek termelésük karbonintenzív részét külföldre telepítsék, illetve az uniós termékeket karbonintenzívebb importtermékekkel helyettesítsék).

A mechanizmus a vasra, az acélra, a cementre, az alumíniumra, a műtrágyákra, az elektromos áramra és a hidrogénre vonatkozik, de adott esetben azt a közvetett kibocsátásokra is alkalmazni kell. Az ilyen árukat importáló cégeknek állniuk kell a gyártó országban fizetett szén-dioxid árának és az uniós kibocsátási egységek árának a különbözetét.

A mechanizmus bevezetésére az ingyenes kibocsátási egységek fokozatos kivételével azonos ütemben, 2026 és 2034 között kerül majd sor.

Szociális klímaalap az energiaszegénységben élők támogatására

A képviselők 521 szavazattal, 75 ellenszavazattal és 43 tartózkodás mellett elfogadták azt a tagállamokkal korábban létrejött megállapodást, amely 2026-ra szociális klímaalap felállítását irányozza elő annak érdekében, hogy az éghajlatvédelmi átállás a társadalom minden tagjával szemben méltányos legyen. Az alap az energiaszegénység kockázatának leginkább kitett háztartásoknak és mikrovállalkozásoknak, valamint a közlekedés lehetőségéhez csak korlátozottan hozzáférőknek kíván pénzügyileg segíteni a változásokból adódó nehézségeik leküzdéséhez. Az alap tervezett 86,7 milliárd eurós költségvetésének nagy része (65 milliárd euró erejéig) az ETS II kibocsátási egységeinek aukciójából származik majd, 25 százalékát pedig a tagországok saját forrásaikból állják.

A jogszabályjavaslatokat a Tanácsnak is hivatalosan jóvá kell hagynia. Húsz nappal az Európai Unió Hivatalos Lapjában való kihirdetésüket követően lépnek hatályba.

Európai egészségügyi unió: A Bizottság gyógyszerészeti reformot javasol a hozzáférhetőbb, megfizethetőbb és innovatív gyógyszerek érdekében

Európai Bizottság, Sajtóközlemény, 2023. április 26.

Kulcsszavak: gyógyszer, gyógyszerpolitika, európai egészségügyi unió, Európai Unió

Forrás Internet-helye:

https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/hu/ip_23_1843

A Bizottság 2023. április 26-án javaslatot terjesztett elő az EU gyógyszerészeti jogszabályainak felülvizsgálatára. Az elmúlt 20 év legnagyobb reformját jelentő csomag célja, hogy dinamikusabbá és rugalmasabbá tegye a jogi keretet. A felülvizsgálat révén **elérhetőbbé, hozzáférhetőbbé és megfizethetőbbé válnak a gyógyszerek**. A reform támogatni fogja az innovációt, növelni fogja az uniós gyógyszeripar versenyképességét és vonzerejét, szigorúbb környezetvédelmi előírásokat vezet be. A Bizottság tanácsi ajánlásra is javaslatot tesz az **antimikrobiális rezisztencia elleni küzdelem** felgyorsítására. A felülvizsgálati csomag egy-egy új irányelvre és rendeletre tesz javaslatot. E jogi aktusok felülvizsgálják és felváltják a meglévő gyógyszerészeti jogszabályokat, köztük a gyermekeknek és a ritka betegségben szenvedőknek szánt gyógyszerekről szóló aktusokat is. A felülvizsgálat fő **célkitűzései** a következők:

- a **gyógyszerek egységes piacának** létrehozása, amely biztosítja, hogy Unió-szerte minden beteg **időben és méltányos módon hozzáférjen biztonságos, hatékony és megfizethető** gyógyszerekhez;
- vonzó és **innovációbarát keretfeltételek** fenntartása a gyógyszerkutatás, -fejlesztés és -gyártás számára Európában;
- az **adminisztratív terhek** drasztikus csökkentése az eljárások jelentős felgyorsítása és a gyógyszerek engedélyezéséhez szükséges idő lerövidítése révén, hogy a betegek mihamarabb kezelésben részesülhessenek;
- a gyógyszerek **jobb elérhetősége**, és annak garantálása, hogy mindig a betegek rendelkezésére álljanak, az Unión belüli lakóhelyüktől függetlenül;
- az **antimikrobiális rezisztencia (AMR)** és a gyógyszerek környezetben való jelenléte problémájának kezelése egy integratív egészségügyi megközelítés, az „Egy az egészség” koncepció révén.
- a gyógyszerek **környezeti fenntarthatóságának** növelése.

A javaslat főbb elemei:

- **A betegek és a nemzeti egészségügyi rendszerek jobb hozzáférése az innovatív és megfizethető gyógyszerekhez:** az újonnan bevezetésre kerülő ösztönzők arra serkentik a vállalatokat, hogy gyógyszereiket valamennyi uniós országban elérhetővé tegyék és a kielégítetlen egészségügyi szükségletek enyhítésére megfelelő termékeket

fejlesszenek ki. A generikus és biohasonló gyógyszerek korábban rendelkezésre fognak állni, egyszerűsödnek a forgalombahozatali engedélyezési eljárások. Intézkedések biztosítják majd a gyógyszerfejlesztés közfinanszírozásának átláthatóságát.

- **Az innováció és a versenyképesség előmozdítása egy hatékony és egyszerűsített szabályozási keret révén:** a reform innovációbarát szabályozási környezetet teremt az új gyógyszerek kifejlesztéséhez és a meglévők újrapozicionálásához. Az Európai Gyógyszerügynökség (EMA) megerősíti az ígéretes gyógyszerek fejlesztői számára nyújtott korai szabályozási és tudományos támogatást. Felgyorsul a gyógyszerek tudományos értékelése és engedélyezése (az EMA engedélyezési eljárásai a jelenlegi 400 napos időszak helyett 180 napot fognak igénybe venni), csökkennek a szabályozásból eredő terhek, egyrészt az egyszerűsített eljárások (a legtöbb esetben a forgalombahozatali engedélyek megújításának eltörlése és a generikus gyógyszerekre vonatkozó egyszerűbb eljárások bevezetése), másrészt a digitalizálás (a kérelmek elektronikus benyújtása és az elektronikus terméktájékoztatók) révén. **Továbbra is érvényben maradnak a gyógyszerengedélyezéssel kapcsolatos legmagasabb szintű minőségi, biztonsági és hatékonysági előírások.**
- **Az innováció hatékony ösztönzése:** az innovatív gyógyszerek legfeljebb 12 éves szabályozási védelme – a szellemi tulajdon-jogok jelenlegi rendszerével párosulva – biztosítani fogja, hogy Európa továbbra is vonzó beruházási és innovációs központ maradjon. A gyógyszerek egységes piacának megteremtését célzó reform olyan, **hatékonyabb innovációs ösztönző keret létrehozására törekszik, amely többek között a népegészségügyi érdekeket szolgálja.** A meglévő szellemi tulajdon-jogok és az új szabályozási védelmi idők biztosítani fogják az EU versenyelőnyét a gyógyszerfejlesztés terén, amely világszerte az egyik legvédettebb.
- **A gyógyszerhiányok kezelése és az ellátás biztonsága:** a reform új követelményeket vezet be a gyógyszerhiányok nemzeti hatóságok és EMA által biztosított nyomon követésére vonatkozóan, és megerősíti az EMA koordinációs szerepét. Uniós jegyzék készül majd a kritikus fontosságú gyógyszerekről, és megvizsgálják e gyógyszerek ellátási láncának sérülékeny pontjait, konkrét ajánlásokat fogalmazva meg a vállalatok és az ellátási lánc egyéb érdekelt felei által meghozandó intézkedésekre vonatkozóan. Emellett a Bizottság jogilag kötelező intézkedéseket fogadhat el az egyes kritikus fontosságú gyógyszerekkel való ellátás biztonságának növelésére.
- **Az antimikrobiális rezisztencia (AMR) kezelése:** az EU-ban az antimikrobiális rezisztencia a három legnagyobb egészségügyi veszély egyike. A reform átruházható utalványokkal ösztönzi a rezisztens kórokozókkal szemben hatékony új antimikrobiális szerekbe befektető vállalatokat, így orvosolva a piac jelenlegi hiányosságát. Az antimikrobiális szerek hatékonyságának biztosítása érdekében a körültekintő alkalmazásukra vonatkozó intézkedéseket és célokat is bevezetnek majd, beleértve a csomagolásukra és a felírásukra vonatkozó kiigazított követelményeket is.

A Bizottság az Európai Parlament és a Tanács elé terjeszti a jogalkotási javaslatokat.

A PGEU állásfoglalása a HERA tevékenységéről a gyógyszerügy területén
Pharmaceutical Group of the European Union (PGEU) Position Paper on
Health Emergency Preparedness and Response Authority (HERA) (13 p.)

Kulcsszavak: gyógyszer, Pharmaceutical Group of the European Union (PGEU), Health Emergency Preparedness and Response Authority (HERA), Európai Unió

Forrás Internet-helye: <https://www.pgeu.eu/wp-content/uploads/2022/03/PGEU-Position-Paper-on-Health-Emergency-Preparedness-and-Response-Authority-HERA.pdf>

Az **Európai Bizottság** a pandémiával összefüggésben, a jövőbeli egészségügyi veszélyekre való gyorsabb reagálás érdekében állította fel az **Egészségügyi Szükséghelyzet-felkészültségi és -reagálási Hatóságot (Health Emergency Preparedness and Response Authority – HERA)**. Az **Európai Unió Gyógyszerészeti Csoportja (Pharmaceutical Group of the European Union (PGEU))** állásfoglalásban fejtette ki aggályait az új európai egészségügyi hatóság gyógyszerházakat érintő ténykedése tekintetében.

A PGEU kifogásokat fogalmaz meg a gyógyszerházi készletek válsághelyzetben való lekérdezésével kapcsolatban. Az állásfoglalás szerint, ha információkat követelnek a gyógyszerháztól, azoknak „arányosaknak, indokoltaknak és szükségeseknek” kell lenniük. A gyógyszerész szervezet alternatív javaslata, hogy a készletekre vonatkozó információkat inkább a nagykereskedőtől kérdezzék le, vagy mérjék fel az európai gyógyszerházak konkrét szükségleteit. Hasonló álláspontot képvisel az európai gyógyszernagykereskedők szövetsége (*European Healthcare Distribution Association – GIRP*) is.

A PGEU nem ért egyet azzal, hogy a HERA saját céljaira használja a *European Medicines Verification Organisation (EMVO)* adatait. Ez ugyanis azon érdekcsoportokat képviseli, amelyek a legális gyógyszer szállítási láncnak a hamisítványoktól való megvédéséért lépnek fel. És ez a szervezet működteti az európai gyógyszer-ellenőrzési rendszert, (*European Medicines Verification System – EMVS*), valamint az európai szintű adattároló és adattovábbító rendszert (*EU-HUB*) is.

A gyógyszerész-szervezet kifogásolja, hogy a gyógyszerészek nem rendelkeznek képvisellel a HERA-ban. A HERA kompetenciái különben sem eléggé körülhatároltak. Számos átfedés van az Európai Gyógyszerügynökség (*European Medicines Agency – EMA*) és a Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ (*European Centre for Disease Prevention and Control – ECDC*) relációjában. És akkor még nem beszéltünk az EMA hatáskörében újonnan felállított új *European Shortages Monitoring Plattform*-ról (*ESMP*) és a hozzátartozó *Medical Device Shortages Steering Group*-ról (*MDSSG*).

A PGEU támogatja, hogy az Európai Bizottság az egészségügyi ellenintézkedésekkel összefüggésben a jövőben maga is központi közbeszerzőként működjön. Szerepének ilyen módon erősödése azonban nem vezethet oda, hogy kiessenek a felügyeleti mechanizmusok, az ellenintézkedésekben közreműködő szolgáltatókkal kötött árszabályozások és feltételek pedig átláthatatlannak válnak.

Az időskorúak egészségi állapota Európában 2021-ben

Eurostat, 13. April 2023

Kulcsszavak: népegészségügy, időskorúak, egészségi állapot, Európa

Forrás **Internet-helye:** <https://ec.europa.eu/eurostat/de/web/products-eurostat-news/w/DDN-20230413-1>

Az **Eurostat** adatai szerint Európában a városokban élő időskorúak egészségesebbeknek érzik magukat, mint a vidéken élők. A 65 év fölöttiek körében végzett felmérés eredményei szerint a városokban élők 42,5%-a, a vidéken élők 37,5%-a tartotta jónak vagy nagyon jónak egészségi állapotát.

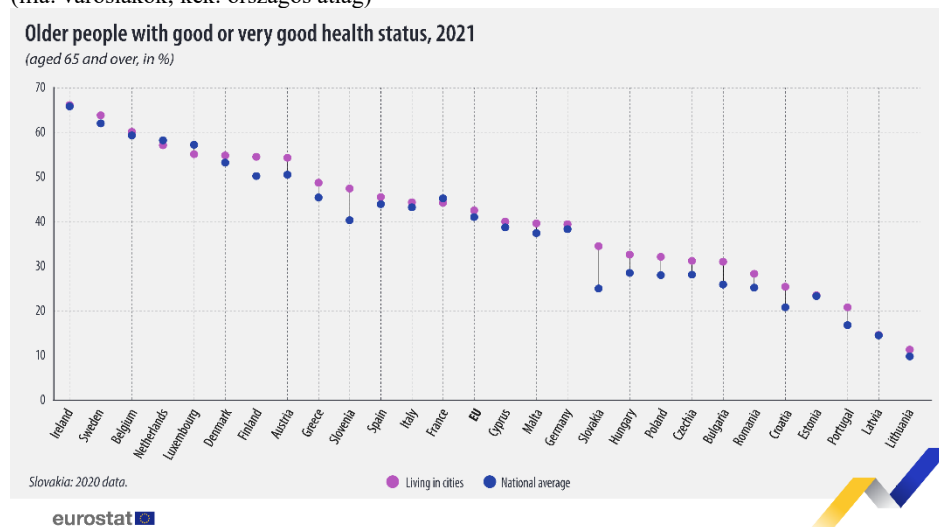
A városokban élő németországi időskorúak 39,1%-a a vidékiek 37,1%-a válaszolta, hogy jónak, vagy nagyon jónak tartja egészségi állapotát. Ezzel szemben Hollandiában (61,2% vs. 57,1), Luxemburgban (56,5% vs. 55,1%) és Franciaországban (45,3% vs. 44,1%) a vidékiek tartják jobbnak egészségi állapotukat.

A városi és vidéki időskorúak egészségi önértékelése közötti különbség Szlovéniában 11,3%, Ausztriában 10,8%, Bulgáriában 10,7%.

Országos szinten az írek 65,8%-a, a svédek 62%-a, a belgák 59,3%-a, a hollandok 58,2%-a tartja jónak vagy nagyon jónak egészségi állapotát.

Jó és nagyon jó egészségnek örvendő időskorúak, 2021 (65 év fölött, %-ban)

(lila: városlakók; kék: országos átlag)



Heinz Brock: A finn egészségügyi rendszer

Das österreichische Gesundheitswesen (ÖKZ), Jg.63. (2022) 10.

Kulcsszavak: egészségügyi rendszer, Finnország

Forrás Internet-helye: <https://www.gesundheitswirtschaft.at/publikation/63-jg-2022-10/musterland-der-digitalengesundheitsfuersorge/>

Finnország magas életszínvonallal rendelkező jóléti állam. Egymásután ötödik alkalommal a *World Happiness Report* első helyezettje. Egészségügyi rendszere kiállta a pandémia próbáját: a fertőzési ráta és a halálesetek száma a legalacsonyabb volt az Európai Unióban. Az ország a pandémia idején hibrid védekezési stratégiát alkalmazott: célzottan óvta a kockázati csoportokat és szigorú általános intézkedéseket vezetett be. A szigorú tesztelési és nyomkövető rendszer működtetése az előrehaladott digitalizáció és a lakosság információtechnológiai affinitása által vált lehetővé. 2020 novemberig a lakosok 45%-a töltötte le a nyomkövető alkalmazást.

A finn kormány 2022-ben 144 pontot tartalmazó egészségügyi reformot fogadott el. Célja egyebek között, hogy Finnország 2030-ig erősítse meg vezető szerepét a digitális egészségügy területén.

Ha a finn egészségügyi rendszer eredményei közül valamit igazán ki kell emelni, akkor az az információs és kommunikációs technológiák alkalmazása. Ezek fokozott fejlesztése 2000-ben vette kezdetét. Azóta bevezették a mind az állami, mind a privát egészségügyben alkalmazott elektronikus betegdokumentumot. Az általános orvosok és szakorvosok közötti beutalási rendszer és elektronikus konzultáció zökkenőmentesen működik. Az elektronikus recept és a személyes egészségügyi digitális adatokhoz való hozzáférés mindennapossá vált. A telekonzultációk száma 2020-ban 0,1 milliőről 2,1 millióra növekedett. Az orvosok széles körben alkalmazzák a bizonyítékokon alapuló döntéstámogató rendszert. Különlegesség az egyetemi klinikák közös projektje, a „virtuális kórház”.

A finn egészségügyi rendszer célzottan épít az egészségfejlesztésre és a prevencióra. Az egészségügyi kiadások több mint négy százalékát megelőzésre fordítják. A szűrési programok és hatékony kezelések eredményeként több rákos diagnózisnál (prosztata-, mell-, petefészek-, vastagbél- és tüdőráknál) megnövekedett a túlélési ráta. Finnország 2030-ig kitűzött dohányzásmentesítésének terve menetrendszerűen halad. Az egészségügyi témák, más skandináv országokhoz hasonlóan a „**Health-in-all-Policies**” elvét követve, beépülnek minden állami döntésbe. A politika transzparenciára és választási lehetőségre összpontosít: ezért az ellásokhoz és kezelési opciókhoz való hozzáférésre irányuló információs platformok a polgároknak nyújtott szolgáltatásként jelennek meg. A törvényhozás garantálja a betegjogokat és az ellátásokra való jogosultságot.

Az egészségügyi rendszer paraméterei

Lakosság (millió lakos)	5,5
Az egészségügy GDP-ből való részesedése (%)	9,5
Állami kiadások (egészségügyi összkiadások %-a)	79,1
„Out-of-Pocket” (egészségügyi összkiadások %-a)	16,4
Egy főre eső kiadások USD, vásárlóerő paritás)	4.566
Kórházi ellátás (egészségügyi összkiadások %-a)	21,6
Ambuláns ellátás (egészségügyi összkiadások %-a)	35,5
Tartós ápolás (egészségügyi kiadások %-a)	17,1
Prevenció (egészségügyi összkiadások %-a)	4,3
Gyógyszer (egészségügyi összkiadások %-a)	14,30
Praktizáló orvosok (1.000 lakosra)	3,48
Praktizáló ápolók (1.000 lakosra)	13,57
Általános orvosok (1.000 lakosra)	1,35
Kórházak	249
Kórházi ágyak (1.000 lakosra)	2,83
Egy főre eső orvoslátogatás évente	4,20
Kórházi kezelés (1.000 lakosra)	143
Születéskor várható élettartam	82
Megelőzhető halálesetek (évente 100.000 lakosra)	188

OECD 2020, vagy a legfrissebb rendelkezésre álló adat.

A finn egészségügyi rendszer struktúrája decentralizált és fragmentált. Az, ami a szórványos lakosság ellátása számára hagyományosan előnynek számított, mára a rendszer hatékonysága szempontjából tehertétellé vált. A szolgáltatások szervezésének és finanszírozásának oroszánrésze a 311 települési önkormányzatra hárul, amelyek a tervezés területén is széleskörű autonómiával rendelkeznek. Ők illetékesek az elsődleges és a szakorvosi ellátásért, amelyek működtetésére saját intézményeket hozhatnak létre. De arra is jogosultak, hogy a kommunális egészségügyi ellátást más járásoktól vagy privát szolgáltatóktól vásárolják meg. Az elektív esetek első kontaktpontjai a helyi egészségügyi központok, amelyek kapuőr-funkciót is betöltenek a szakorvoshoz irányítás vagy kórházba való beutalás tekintetében. A finn társadalombiztosítási intézet (*Kansaneläkelaitos – Kela*) minden lakos számára fedezi a gyógyszerek, privát egészségügyi szolgáltatások és a betegszállítás költségeit. Fizeti továbbá a betegszabadságot és a táppénzt.

A vállalkozások kötelesek munkahelyi egészségügyi ellátást biztosítani foglalkoztatottjaik részére, amelyet maguk, vagy egészségügyi központokkal vagy privát szolgáltatókkal kötött szerződések keretében működtethetnek. A vidéki lakosság, a keresettel nem rendelkezők és a nyugdíjasok azonban nehezebben jutnak hozzá a szolgáltatásokhoz. A szociális és egészségügyi minisztérium 2021-ben intézkedési tervet fogadott el az egyenlőtlenségek kiküszöbölésére. Előrelépés történt a kórházügy területén. A kórházi ágyak száma 2000. óta megfeleződött, de több kórházat nagyobb egységekbe integráltak, 20 integrált kórházi körzet kialakítására került sor.

Heinz Brock: A holland egészségügyi rendszer

ÖKZ 63 JG. (2022) 6-7.

Kulcsszavak: egészségügyi rendszer, Hollandia

Forrás Internet-helye: <https://www.gesundheitswirtschaft.at/publikation/63-jg-2022-6-7/windmuehlen-sind-nicht-zum-kaempfen-da/>

A holland egészségügyi rendszer három pilléren alapul.

Az első pillér elemei: a versengő biztosítótársaságokból álló betegbiztosítási rendszer, amely lefedi a gyógyító szektort. Minden holland köteles egészségbiztosítást kötni, a biztosítótársaságok pedig kötelesek mindenkit befogadni. Az általános orvosi és szakorvosi ellátásra, gyógyszerekre, segédeszközökre, terápiás szolgáltatásokra és otthoni betegápolásra kiterjedő szolgáltatási csomagot a kormány határozza meg. Kiegészítő szolgáltatások, pl. szemüveg vagy fogászati ellátás, önkéntes biztosítással fedezhetők, amelyek Hollandiában az egészségügyi kiadások 6,8%-át teszik ki. A biztosítók megállapodhatnak az árakról és minőségi követelményekről az egészségügyi szolgáltatókkal. A biztosítottaknak, a biztosító általi első költségátvállalást megelőzően jelenleg 385 EUR önrészt kell viselniük. A szülés és a pediátriai ellátás mentesül az önrész alól. Az önrésztől eltekintve, a háztartások privát költséghozzájárulásai („*Out-of-Pocket*“-rész), az állami rendszer által viselt, nemzetközi összehasonlításban igen bőkezű fedezet folytán, igen alacsonyak. A holland egészségügyi rendszer erőteljes tényezője az elsődleges ellátás, miáltal csökken a kórházi ágyak és orvosok iránti szükséglet.

A második pillér a tartós ápolás 2015-ben megreformált társadalombiztosítási rendszere. Ebben a tekintetben a mindenkor regionálisan domináns biztosító illetékes. A hollandok különösen sokat invesztálnak a tartós ápolásba, az időskorúak és fogyatékkal élők ellátásába, valamint a pszichiátriai ellátásba.

A harmadik pillér keretében, az önkormányzatok biztosítanak adóforrásokból finanszírozott népegészségügyi feladatokat, mint az oltások, szűrési programok és az egészségfejlesztés. Jóllehet a prevencióra, mint az összes többi egészségügyi rendszerben, a pénzügyi források kisebb része jut, Hollandia erre is több pénzt fordít, mint az Európai Unió tagállamainak többsége.

A kórházak privát szervezetek non-profit vállalkozásai, amelyek egy adaptált DRG-rendszer keretében számolják el szolgáltatásaikat.

A holland elsődleges ellátási rendszer további sajátossága az ápolói hivatás kiemelt jelentősége. A szakápolók széles feladatkörrel rendelkeznek, önálló kompetenciájuk körében gyógyszerert írhatnak fel és endoszkópos vizsgálatot végezhetnek. A tartós és bentlakásos intézményi ápolás, amelyet Hollandiában erőteljesen firszíroznak, messzemenően az ápolók felelősségi körében valósul meg. A munkával való megterheltség és a munkaerőhiány ugyan Hollandiában is aktuális téma, az elmúlt évtizedben a hivatás vonzereje az ágazatba való folyamatos beáramlást eredményezett.

Az egészségügyi rendszer paraméterei

Lakosság (millió lakos)	17,4
Az egészségügy GDP-ből való részesedése (%)	10,2
Állami kiadások (egészségügyi összkiadások %-a)	82,6
„Out-of-Pocket” (egészségügyi összkiadások %-a)	10,6
Kórházi ellátás (egészségügyi összkiadások %-a)	19
Ambuláns ellátás (egészségügyi összkiadások %-a)	25,8
Tartós ápolás (egészségügyi kiadások %-a)	28,0
Prevenció (egészségügyi összkiadások %-a)	3,3
Praktizáló orvosok (1.000 lakosra)	3,72
Praktizáló ápolók (1.000 lakosra)	10,69
Általános orvosok (1.000 lakosra)	1,72
Kórházak	568
Kórházi ágyak	53.394
Születéskor várható élettartam	81,5
Megelőzhető halálesetek (évente 100.000 lakosra)	144

OECD 2020, vagy a legfrissebb rendelkezésre álló adat.

[Lásd még: *A holland egészségügyi reform tanulságai*, 2010. 11. sz.; *A holland modell a német rendszer szemszögéből (1-2.)*, 2010. 36. sz.; *Ambuláns orvosi ellátás Németországban, Hollandiában és Svájcban*; *Egységes szerkezetben* 2016. 12. sz.; *A verseny szerepe az egészségügyben. Németország, Svájc és Hollandia tapasztalatai (5. rész): Hollandia. A holland egészségügyi rendszer*, 2016. 16. sz., *Egységes szerkezetben az Archívumban is*; *A holland egészségbiztosítás alakulása 2006. óta. A reform hatásainak elemzése*, 2018. 12-13-14-15; 17-18; *Egységes szerkezetben* 2018. 18. sz. és *az Archívumban*.]

A szociális és egészséggazdaság trendbarométere –
Trendbarometer Sozial- und Gesundheitswirtschaft
Bank für Sozialwirtschaft, Köln, März 2023 (27 slide)

Kulcsszavak: egészséggazdaság, szociális gazdaság, trendkutatás, Németország

Forrás Internet-helye:

https://www.sozialbank.de/fileadmin/2015/documents/3_Expertise/3.3.7_BFS-Marktreports/Auswertung_Trendbarometer_03-2023_Final.pdf

A **Bank für Sozialwirtschaft** második alkalommal megjelenő trendbarométere szerint a szociális és egészséggazdaságban minden második vállalkozás kritikusnak ítéli meg gazdasági helyzetét.

A megkérdezésben a bentlakásos és ambuláns ápolás, a rehabilitáció, a kórházak, orvosi praxisok és segítségnyújtás területén működő szakértők vettek részt.

Azok aránya, akik a likviditás csökkenéséről számolnak be 40% (ambuláns egészségügyi ellátás) és 60% (fogyatékkal élők integrációs segélye) között mozog.

A megkérdezettek egynegyede az elmúlt tizenkét hónap során az aktuális keretfeltételek miatt elállt vásárlásoktól, vagy eszközbeszerzésektől.

A megkérdezés szerint azok a költségblokkok ahol további költségnövekedés várható: a személyi és egyéb dologi költségek, az ételmezés és energiaellátás. A költségviselők a megkérdezettek 23%-a (bentlakásos ápolás), ill. 60%-a (ambuláns egészségügyi ellátás) szerint nem állnak készen a többletköltségek kompenzálására.

A kórházak 20%-a és az orvosi praxisok, valamint egészségügyi ellátási központok 17%-a szerint a legnagyobb kihívást a szakképzett munkaerő hiánya jelenti.

A kórházak 80%-a szerint a munkaerőhiány mostanára a befogadó kapacitás 30%-os csökkenését eredményezte. Ez pedig az intézmények többségénél a bevétel csökkenéséhez vezetett. Erre csak a kórházak 14%-a válaszolt nemmel.

A felmérés szerint a megkérdezettek 30%-a éves deficitel zárta a 2022-es évet. A megkérdezettek 40%-a 2023-ban is negatív éves eredményre számít. 2019-hez viszonyítva az éves deficitet termelő megkérdezettek aránya háromszorosára növekedett.

A kórházak, rehabilitációs intézetek és fogyatékkal élőket ellátó intézmények bevételei 10-30%-kal, egyes ápolási intézményeknél és ambuláns ápolási szolgálatoknál 50%-kal csökkentek.

***Jelentés az ápolás helyzetéről Németországban 2021-ben.
Speciális ellátási helyzetek a tartós ápolás területén – Pflege-Report 2022 (4. rész):***

Az ápolásra szorulóknak gyógyszerellátása

Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO), 5. 07. 2022

Kulcsszavak: ápolás, ápolásra szorultság, gyógyszerellátás, Németország

Forrás Internet-helye:

https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/Buchreihen/Pflegereport/wido_pfl_plegereport2022_full_07_2022.pdf (319 p.)

<https://www.wido.de/publikationen-produkte/buchreihen/pflege-report/2022/> ;

https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-65204-6_17

3. 4. Az ápolásra szorulóknak gyógyszerellátása

3. 4. 1. Többszörös gyógyszerelés életkor szerint

A magasabb életkorral járó fokozottabb morbiditás növeli a többszörös gyógyszerelés kockázatát. Az érintettek számára különböző hatóanyagok sokaságát írják fel. A halmozódó gyógyszeres terápia a hatóanyagok nem kívánt kölcsönhatásainak növekedését eredményezi. A többszörös gyógyszerelés az ápolásra szorulóknak körében sokkal gyakoribb mint ápolásra nem szorulóknál: 2020-ban az ápolásra szorulóknak 60,3%-a, az ápolásra nem szorulóknak 11%-a kapott minden negyedévben öt vagy annál több hatóanyagot. A legtöbb hatóanyagot a 80 és 84 év közöttiek kapják: az érintettek 20,5%-a számára negyedévente tíz vagy annál több hatóanyagot írnak fel. Ez az érték négyszer annyi, mint amennyit ugyanazon korcsoportban nem ápolásra szorulóknak számára írnak fel (5,1%).

3. 4. 2. Gyógyszerelés az ápolásra szorultság súlyossága és ellátási forma szerint

Az ápolásra szorultság súlyossága szerint differenciált többszörös gyógyszerelés (öt hatóanyag) homogén képet nyújt. A többszörösen gyógyszerelt aránya ebben a tekintetben marginálisan 60% körül ingadozott. Kivételt képez az 5. ápolási fokozat: az önállóságukban és képességeikben legsúlyosabban korlátozott, különleges ápolási követelményeket támasztó ápolásra szoruló személyeknél ez az arány 57%-ra csökkent. Az otthoni környezetben, ápolási szolgálatok igénybevétele nélkül (pénzbeli ápolás kivételével) gondozottak öt vagy annál több hatóanyaggal való gyógyszerelése sokkal ritkábban fordul elő mint más ellátási formák esetén. A bentlakásos intézményi ellátás területén a polimedikációs terápia aránya meghaladja a 69,4%-ot.

[**Fogalommagyarázat:** A PRISCUS-Liste vagy Gelbe Liste: az időskorúak részére nem ajánlott, 18 gyógyszerkategóriához tartozó 83 gyógyszert tartalmazó lista: <https://media.gelbe-liste.de/documents/priscus-liste.pdf> ; <https://www.gelbe-liste.de/arzneimitteltherapiesicherheit/priscus-liste> - a szerk.]

3. 4. 5. PRISCUS-receptek hatóanyagok szerint

A PRISCUS-listás gyógyszerek alkalmazásának hatóanyagok szerint differenciált elemzése azt mutatja, hogy messze a leggyakrabban felírt szerek a pszichofarmakonok. 2020-ban a negyedévek átlagában a 65 év fölöttiek 5%-a számára legalább egy alkalommal pszicholeptikumot, 4%-a számára pszichoanaleptikumot írtak fel. Időskorúak számára mindkettő potenciálisan inadekvát.

A pszicholeptikumok felírásának részletezéséből kiderül, hogy 2020-ban a 65 év fölötti ápolásra szorulóknak 16%-a valamilyen antipszichotikumot kapott. Az ilyen gyógyszereknek azonban mindössze 1%-a szerepel a PRISCUS-listán; a 2020-ban megfigyelt antipszichotikum-receptek 6%-a időskorúak számára potenciálisan alkalmatlan. Ezzel szemben anxiolitikumokat (nyugtatókat), hipnotikumokat és szedatívumokat (altatókat és nyugtatókat) összességében sokkal ritkábban írtak fel. Az elemzések szerint annak valószínűsége, hogy ilyen esetekben PRISCUS-hatóanyagot tartalmazó gyógyszert írjanak fel, mégis igen magas: A anxiolitikumok csoportjához tartozó gyógyszert szedő 65 év fölötti ápolásra szorulóknak több mint 34,9%-a a PRISCUS-listán szereplő gyógyszert is kap. Hipnotikumoknál és szedatívumoknál ez az arány már 60,5%. A pszichoanaleptikumok körében az antidepresszánsok felírása a leggyakoribb: a 65 év fölötti ápolásra szorulóknak 19,1%-ának írnak fel valamilyen antidepresszánt, amelyek közül egy szerepel a PRISCUS-listán. Az ápolásra szorulóknak mindössze 6%-a kap antidementívumot; itt a PRISCUS-listás gyógyszerek már ritkábban fordulnak elő. Pszichostimulánsok felírása alig tapasztalható (0,3%) – ha pedig felírják őket, csaknem valamennyi hatóanyag megtalálható a PRISCUS-listán. Ápolásra nem szoruló személyeknél az ilyen gyógyszerek felírása sokkal ritkábban fordul elő. Ha ilyent felírnak, nagy a valószínűsége, hogy PRISCUS-listás gyógyszerről van szó.

[Lásd még: Jelentés az ápolás helyzetéről Németországban 2020-ban. Az ápolási otthonok a pandémia első és második hulláma idején – Pflege-Report 2021 (11. rész): Az ápolásra szorulóknak gyógyszerellátása, 2022. 5. sz.]

Kapcsolódó: Az AOK 2023. 04. 26-i Sajtóközleménye az ápolószemélyzet egészségi állapotáról: https://aok-bv.de/presse/pressemitteilungen/2023/index_26345.html

A betegállományban levők száma az ápolószemélyzet körében tizenegy év alatt 44,2%-kal növekedett. Az elemzés az AOK-nál biztosított 700.000 ápoló adatai alapján készült. 2022-ben a professzionális ápolást végző négy munkavállaló közül hárman legalább egy alkalommal jelentettek munkaképtelenséget. Ez 2022-ben az összes munkanap 8,8%-a kiesésének felelt meg. (Tizenegy évvel korábban: 6,1%, 2021-ben 7,2%)

Pflegestatistik, 11. 05. 2023, Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE):

https://www.gbe-bund.de/gbe/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gasta&p_aid=0&p_sprache=D&p_knoten=NE2788

**Gyógyszerkompass 2022 – Arzneimittel-Kompass 2022 (2. rész):
Gyógyszerellátás az ápolási otthonokban**

Springer-Verlag, 2022

Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO), 17. 11. 2022

Kulcsszavak: gyógyszer, gyógyszerellátás, ápolás, Németország

Forrás Internet-helye:

https://aok-bv.de/presse/pressemitteilungen/2022/index_26062.html

Sajtmappa (41 p.):

https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/News/Pressemitteilungen/2022/wido_arz_arzneimittelkompass_pm_2022.pdf

A Gyógyszerkompass fejezetenként letölthető:

<https://www.wido.de/publikationen-produkte/buchreihen/arzneimittel-kompass/2022/> ;

https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-66041-6_5 ;

Aktuális kapcsolódó: Arzneimittelindex, Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE), 11. 05. 2023:

<https://www.gbe->

[bund.de/gbe/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gasta&p_aid=0&p_sprache=D&p_knoten=NE294](https://www.gbe-bund.de/gbe/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gasta&p_aid=0&p_sprache=D&p_knoten=NE294)

Németországban a kötelező biztosítással rendelkező ápolásra szoruló személyek egyötöde tartósan ápolási otthonban él. Ezek rendszerint elaggott és multimorbid emberek, kétharmaduk demensnek számít. A szerző tekintettel az érintettek gyógyszerellátásának fentiekkel összefüggő kihívásaira, a gyakran előforduló és kritikus gyógyszeralkalmazásokra összpontosít: az antipszichotikumok, benzodiazepinek/Z-Drugs („Z” betűvel kezdődő hipnotikumok) tartós alkalmazása demenseknél, PRISCUS-lista szerinti gyógyszerek alkalmazása, valamint a többszörös gyógyszerelés (polimedikáció). A tanulmány az innovációs alap lezárt projektjének (rutinadatokkal való minőségmérés az ápolás területén – „Qualitätsmessung mit Routinedaten in der Pflege – QMPR“) szakirodalmi és rutinadatokon alapuló elemzéseiből kiindulva nem csupán orvosi teljesítményként értékeli az ápolási otthonokban élők gyógyszerellátását, hanem az ellátási folyamatok összefüggésében fogja fel azt. Miközben a potenciálisan kritikus gyógyszeralkalmazások gyakoriságára vonatkozó rutinadatokon alapuló eredmények összességükben az optimalizáció lehetőségeire utalnak, valami mást is észre kell venni: Az optimalizációs intézkedéseket több síkon kell bevezetni és el kell ismerni az ellátásban szerepet játszó szakmai csoportok képzésének, valamint a célirányos, minden szakmai csoportra kiterjedő együttműködés jelentőségét. Ebben a tekintetben a potenciálisan kritikus gyógyszeralkalmazások gyakoriságát az ápolási otthonokban mérő QMPR-indikátorok hozzájárulhatnak a transzparencia javításához, végső soron teljesíthetik a vigilancia funkcióját.

***A gyógyszergyártó cégek top-tízes listája
a 2021-ben bonyolított globális gyógyszerforgalom szerint***
statista.com, 08. 02. 2023

Kulcsszavak: globális egészségügy, gyógyszer, gyógyszeripar, gyógyszerpiac, gyógyszerforgalom, nemzetközi

Forrás Internet-helye:

<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/311731/umfrage/top-pharmaunternehmen-nach-weltweitem-umsatz-mit-verschreibungspflichtigen-arzneimitteln/>

2021-ben a forgalom szerint a *Pfizer* volt a világ legnagyobb gyógyszerkonzernje. A cég 81,3 milliárd USD forgalmat ért el Comirnaty nevű koronavírus elleni vakcinájával (a Pfizer és a BioNTech együttműködésében fejlesztett vakcina). 2022 augusztusban és decemberben 9 milliárd USD fejében bekebelezett két biotechnológiai céget: a *Trillium Therapeutics*-t és az *Arena Pharmaceuticals*-t.

A globális gyógyszerpiac volumene 2021-ben 1,28 billió USD-t tett ki. Ennek több mint kétharmada öt nemzeti piacra jutott: Egyesült Államok, Kína, Japán, Németország és Franciaország. Az amerikai gyógyszerpiac több mint 575 milliárd USD piaci volumenével és tekintélyes gyógyszerhatóságával (*Food and Drug Administration – FDA*) globális jelentőséggel rendelkezik. A tíz legnagyobb gyógyszercég közül hat az Egyesült Államokból származik.

A világ 20 legnagyobb forgalmat bonyolító gyógyszercége

1. Pfizer – 81,3 milliárd USD; 2. Johnson & Johnson – 66,70 milliárd USD; 3. AbbVie – 56,20 milliárd USD; 4. Novartis – 51,50 milliárd USD; 5. Roche – 49,40 milliárd USD; 6. Bristol-Myers Squibb – 46,40 milliárd USD; 7. GlaxoSmithKline – 46,20 milliárd USD; 8. Sanofi – 43 milliárd USD; 9. Merck & Co – 42,80 milliárd USD; 10. AstraZeneca – 37,40 milliárd USD; 11. Eli Lilly – 28,30 milliárd USD; 12. Gilead Sciences – 27,30 milliárd USD; 13. Bayer – 26,90 milliárd USD; 14. Amgen – 26 milliárd USD; 15. BioNTech – milliárd USD; 16. Novo Nordisk – 21,50 milliárd USD; 17. Moderna – 18,50 milliárd USD; 18. Vitaris – 17,90 milliárd USD; 19. Merck KGaA – 8,10 milliárd USD; 20. Abbott – 4,70 milliárd USD.

***Globális jelentés a gyógyszerfogyasztás helyzetéről 2023-ban –
„The Global Use of Medicines 2023. Outlook to 2027“***
IQVIA Institute for Human Data Science, January 2023 (58 p.)

Kulcsszavak: globális egészségügy, gyógyszer, gyógyszerfogyasztás, nemzetközi

Forrás Internet-helye: <https://www.iqvia.com/de-de/insights/the-iqvia-institute/reports/the-global-use-of-medicines-2023> ; <https://www.iqvia.com/-/media/iqvia/pdfs/institute-reports/the-global-use-of-medicines-2023/iqvia-institute-global-use-of-medicines-2023-report-01-23-forweb.pdf>

Az *IQVIA Institute for Human Data Science* jelentése, „*The Global Use of Medicines 2023. Outlook to 2027*“ szerint a gyógyszerpiacok növekedése világviszonylatban 2024-ben fogja ismét elérni a pandémia előtti szintet.

A prognózis szerint 2027-ig évente 4,6%-os növekedési rátával számolhatunk, amely abban az esetben, ha a pandémia nem következett volna be, 4,5%-os lenne. A gyógyszerkiadások világviszonylatban 2027-ig összesen 457 milliárd EUR-ral növekednek.

Az egészségügyi kiadások legnagyobb felhajtó erői az elkövetkező öt évben a pandémia lecsengése ellenére a vakcinák és a koronavírus elleni terápiák lesznek. A COVID-19 elleni vakcinákra fordítandó kiadások 2027-ig 348 milliárd EUR-ra tehetők.

Fontos tényezők lesznek a frissítő oltások. A COVID-19 elleni terapeutikumok piaci volumene eléri a 110 milliárd EUR-t. A nem COVID-19-terápiáknak a koronavírussal összefüggésben történő megszakítása ugyanakkor 3,7 milliárd EUR-ral járul hozzá a gyógyszerértékesítés csökkenéséhez.

A PGEU felmérése a gyógyszerhiányról az Európai Unióban 2022-ben

PGEU Medicine Shortages Survey Results 2022 (19 p.)

Kulcsszavak: gyógyszer, gyógyszerpiac, gyógyszerhiány, Európai Unió Gyógyszerészeti Csoportja, Pharmaceutical Group of the European Union (PGEU), Európai Unió

Forrás Internet-helye: <https://www.pgeu.eu/wp-content/uploads/2023/01/Medicine-Shortages-PGEU-Survey-2022-Results-1.pdf>

Az Európai Unió Gyógyszerészeti Csoportja, Pharmaceutical Group of the European Union (PGEU) évente végez felmérést a gyógyszerhiány helyzetéről az Európai Unióban. Az aktuális felmérésre, amelyben a PGEU 29 tagszervezete vett részt, 2022. november 14. és 2022. december 31. között került sor.

A jelentés szerint Európában minden egyes közforgalmú gyógyszertár hetente átlagosan 6,68 órát foglalkozik a gyógyszerhiány adminisztrációjával és alternatív megoldások keresésével. 2020-ban ez a foglalatosság még 6,3 órát, 2021-ben 5,3 órát vett igénybe. A PGEU szerint jelenleg 600 gyógyszer számít hiánycikknek; 2021-ben még csak 200-300.

Az előző évekhez hasonlóan a PGEU összes tagszervezete megszervezte a gyógyszerhiányt. Az *Irish Pharmacy Union* listát vezet a hiánycikkekről; 2021 novemberében ezen 245, 2022 novemberében 348 készítmény szerepelt. A spanyol gyógyszerinformációs központ (*Centro de Información Sobre el Suministro de Medicamentos – CISMED*) jelentése szerint a hiányzó gyógyszerek aránya 2022-ben az előző évhez viszonyítva 140%-kal növekedett.

A válaszolók szerint a gyógyszerhiány által érintett indikációs területek top-3-as listája: szív- és keringési rendszer (84%), idegrendszer (80%), antiinfektívumok (80%). A megkérdezettek háromnegyede megerősíti az orvostechikai eszközök területén jelenlevő hiányt. 21% szerint elsősorban az I. és a II. kockázati osztályok érintettek, egyebek között: tűk, kötszerek, hőmérők, kontaktlencsék.

A PGEU tagszervezetei szerint a gyógyszerhiány a betegek 93%-a számára okoz gondot és kellemetlenséget. Az érintettek 90%-a számára a terápia megszakítása, 72%-a számára az önrészek emelkedése okoz gondot. Valamivel ritkábban jeleznek gyógyszerelési hibákat (34%), 14% szerint pedig a gyógyszerhiány a beteg halálához vezet.

Az európai gyógyszertárak 97%-át megterheli a gyógyszerhiány menedzselése, elsősorban a bevételkiesés. 75% olyan problémákra is panaszkodik, mint az alkalmazottak elégedettségének csökkenése, a betegek bizalmának elvesztése, a bürokrácia növekedése.

[Lásd még: *Jelentés a gyógyszerhiányról az Európai Unióban, 2022. 4. sz.*]

Gyógyszerhiány, nem kívánt hatások, gyógyszerkezézési hibák

BJCP British Journal of Clinical Pharmacology, First published: 29 September 2022

Kulcsszavak: gyógyszer, gyógyszerbiztonság, gyógyszerhiány, farmakovigilancia, gyógyszerkezézési hibák, mellékhatások, French National Pharmacovigilance Database, Franciaország

Forrás Internet-helye: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36177609/> ;
<https://bpspubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/bcp.15550?af=R>

Marie Briet (Department of Pharmacology-Toxicology and Pharmacovigilance, University Hospital of Angers; Université d'Angers) és mt. a francia farmakovigilancia-adatbank (French National Pharmacovigilance Database) alapján értékelték a gyógyszerhiánnyal összefüggő nem kívánt gyógyszerhatásokat. Összesen 462 jelentést elemeztek az 1985 és 2019 közötti időszakból.

A nem kívánt esetek száma az egész időszak során folyamatosan növekedett, a 2004 és 2019 közötti időszakban azonban a gyógyszerhiánnyal összefüggő esetek számának szignifikánsan erőteljesebb növekedése volt megfigyelhető. A vizsgálat az anatómiai, gyógyászati és kémiai osztályozási rendszer (ATC-kód) összes készítményére kiterjedt. A nem kívánt események az alábbi gyógyszercsoportoknál voltak a leggyakoribbak:

- idegrendszerre ható gyógyszerek (102 eset, 22,1%), ezek közül 49 eset (48,0%) antiepileptikum,
- szív- és érrendszerre ható gyógyszerek (76 eset, 16,4%) és
- szisztémás antiinfektív szerek (66 eset, 14,3%), ezek közül 32 eset (48,5%) immunszérum és immunglobulin.

A kilenc haláleset közül négyet gyógyszerkezézési hiba okozott, ami a bejelentett esetek 11%-ának felel meg. A hibák többnyire a gyógyszer alkalmazásával, főleg adagolásával függtek össze (67%). A szerzők szerint a gyógyszerkezézési hibák legfőbb okai: emberi tényező (88%), megváltozott kiszerelés (22%), jelölési vagy információs problémák (13,7%). A gyógyszerkezézési hibák az esetek többségénél (80,4%) nem kívánt gyógyszerhatást eredményeztek. A szerzők különösen drámai példaként ecsetelik a *Lomustin* citosztatikum hiányával összefüggő két halálesetet. A helyettesítő gyógyszer dobozonként 20 tablettát, amellyel szemben a hiányzó gyógyszer esetén egy doboz csak négy tablettát tartalmazott. A citosztatikumot túlادagolták. Mindkét beteg belehalt. A nem szállítható gyógyszerek helyettesítése az esetek 15,9%-ánál (főleg véralvadásgátlóknál, renin–angiotenzin–aldoszteron rendszer gátlóknál, antiepileptikumoknál) a beteg állapotának rosszabbodását okozta. A farmakovigilanciára általában az under-reporting jellemző.

Marie Briet, marie.briet@chu-angers.fr

Gyógyszerfelírás a brit gyógyszerházakban
Pharmaceutical Journal, 14. April 2022

Kulcsszavak: gyógyszer, gyógyszerházak, gyógyszerfelírás, Nagy-Britannia

Forrás Internet-helye:

<https://pharmaceutical-journal.com/article/ld/becoming-a-pharmacist-independent-prescriber-eight-tips-for-success> ; <https://www.rpharms.com/recognition/all-our-campaigns/policy-a-z/pharmacist-independent-prescribers> ; <https://pharmaceutical-journal.com/article/ld/becoming-a-pharmacist-independent-prescriber-eight-tips-for-success> ; https://www.ucl.ac.uk/pharmacy/sites/pharmacy/files/dpp_guidance_2021-22.pdf ;

Lapzárta előtt: Delivery plan for recovering access to primary care, NHS England, May 2023 (46 p.): <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2023/05/PRN00283-delivery-plan-for-recovering-access-to-primary-care-may-2023.pdf>

A brit **National Health Service (NHS)** modellprojekt keretében finanszírozza a gyógyszerészek receptfelírásra történő kiképzését. Nagy-Britanniában már 2003-ban elkezdődött a „helyettesítő gyógyszerfelírók” („*supplementary prescribers*“) képzése. 2006. óta pedig gyógyszerészek részére engedélyezték a diagnózis önálló felállítását és engedélyezett gyógyszerek felírását. Hivatalos megnevezésük: „független gyógyszerfelíró” („*independent prescribers – IPs*“, vagy „*pharmacist independent prescribers – PIPs*“). Hasonló képzéseket szerveznek ápolók, bábák és fizioterapeuták részére. A tízhónapos tanfolyam, 400 tanórát és tizenkétnapos gyakorlati képzést tartalmaz. Kezdetben kevés gyógyszerész szerezte meg a képesítést. Számuk 2016-ig 2.224 (alig 4%) volt, majd 2020-ig 7.348-ra (11%) növekedett. A nem kórházi gyógyszerészek által felírt receptek száma 2015-ben 6,2 millió, 2020-ban 32,5 millió volt.

A program minden gyógyszerész számára nyitott. A résztvevők számára az első feltétel, hogy jelentkezésük alkalmával nevezzenek meg egy mentort (*Designated Prescribing Practitioner – DPP*), aki legalább hároméves tapasztalattal rendelkezik a gyógyszerfelírás területén. Ez lehet orvos, ápoló, vagy gyógyszerész. A leendő független gyógyszerfelíróknak bizonyítaniuk kell, hogy teljesítették az elméleti képzést és ennek során mentoruk gyakorlati irányítása alatt álltak. A „*Pharmaceutical Journal*“ szerint azonban az ilyen mentorokból igencsak hiány mutatkozik, mert ezért a munkáért semmiféle javadalmazásban nem részesülnek.

Wales-ben a független gyógyszerfelírói képesítéssel rendelkező gyógyszerészek részt vehetnek a „*Choose Pharmacy*“ programban (<http://www.cpwales.org.uk/Services-and-commissioning/Choose-Pharmacy-IT-Platform/Choose Pharmacy User Guide.aspx>), az NHS pedig térítést fizet nekik a receptfelírásért. Skóciában a szabadfoglalkozású független gyógyszerfelírók a „*Pharmacy First Plus*“ program keretében nyújtanak szolgáltatásokat krónikus beteg ügyfeleiknek.

***Jelentés a gyógyszertárak gazdasági helyzetéről Németországban –
Apothekenwirtschaftsbericht 2023 –***

DAV Wirtschaftsforum, Berlin, 25. April 2023 ;

Präsentation Claudia Korf, ABDA-Geschäftsführerin Ökonomie (94 slide)

Kulcsszavak: gyógyszer, gyógyszertárak, gyógyszerértékesítés, gyógyszerforgalom, Németország

Forrás Internet-helye:

https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/Presstetermine/2023/DAV-WiFo-2023/Apothekenwirtschaftsbericht_2023_DAV_Wirtschaftsforum.pdf

A gyógyszertárak gazdasági helyzetéről szóló jelentést (***Apothekenwirtschaftsbericht***) Claudia Korf, az ABDA [***Arbeitsgemeinschaft der Berufsvertretungen Deutscher Apotheker***; jelenleg: ***Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände***] gazdasági igazgatója és Eckart Bauer, az ABDA gazdasági és szociális osztályának vezetője ismertette a Német Gyógyszerész Szövetség (***Deutscher Apothekenverband – DAV***) 2023. április 25-i gazdasági fórumán.

A gyógyszertárak száma évek óta évente háromszázzal csökken. 2022-ben azonban már 393, 2023 első negyedévében 129 gyógyszertár zárt be. A fiókgyógyszertárak száma korábban évente harminccal, 2021-ben már százal csökkent. A keleti tartományokban 100.000 lakosra 23,4, a nyugati tartományokban 21,4 gyógyszertár jut. Ez az érték a nyugati tartományokban már alacsonyabb mint 1975-ben volt (21,9).

Az egy gyógyszertárra eső nettó forgalom 2022-ben 4,7%-kal, 3,225 millió EUR-ra növekedett, de a gyógyszertárak 62%-a nem érte el ezt a szintet. Az összforgalom 2,1%-kal kevesebb gyógyszertár között oszlott meg. Az üzemi eredmény 22,8%-kal, átlagosan 162.890 EUR-ra csökkent, ami most már a nettó forgalom mindössze 5,1%-át tette ki – olyan keveset, mint még soha. A gyógyszertárak foglalkoztatottjainak száma 159.352 volt, ezek közül 53.461 gyógyszerész. 1,405 milliárd doboz gyógyszer kiadására került sor, ami 117.000 dobozzal több, mint előző évben volt.

A gyógyszertárak számának alakulása Németországban 2000 és 2022 között

Statista, 03. 05. 2023



Múzeumi gyűjteménybe kerülnek a Contergan relikviái
Stiftung Haus der Geschichte Nordrhein-Westfalen, 03. 02. 2023.

Kulcsszavak: gyógyszer, gyógyszer történet, Contergan, Németország, nemzetközi

Forrás Internet-helye: <https://www.hdg nrw.de/presse/presse/detail/haus-der-geschichte-nrw-uebernimmt-contergan-sammlung>

Észak-Rajna-Vesztfália múzeumát a tervek szerint öt év múlva nyitják meg Düsseldorfban. A múzeumi alapítvány egy értékes gyógyszer történeti magángyűjtemény birtokába jutott a Contergan-botránnal kapcsolatban.

Catia Monser, aki 1961-ben, maga is a **Contergan** áldozataként született, az évtizedek során több mint száz darabból álló gyűjteményt halmozott fel az üggyel kapcsolatban. Egyebek között gyógyszereket eredeti dobozban, beteg tájékoztatókat, reklámanyagokat, protéziseket, több mint 900 könyvet, a *Westdeutscher Rundfunk* kétrészes tévéfilmjének kellékeit, sajtóanyagokat, saját periratait és dokumentumait.

A Contergan-dosszié: Az Aachen melletti Stolbergben működő *Chemie Grünenthal* 1954-ben szerzett húszéves szabadalmi védelmet thalidomid névre keresztelt, ígéretes gyógyszerjelöltjére. Az eredetileg epilepsziaellenes szernek szánt vegyület ekként nem, azonban fájdalomcsillapítóként, enyhe nyugtatóként és altatóként nagyon is beválni látszott. Alig kétévnyi klinikai kipróbálás után, 1957-től *Contergan* néven forgalmazták. Időközben a *Chemie Grünenthal* kutatói felfigyeltek a szer hányinger csillapító hatására is, melynek révén kitűnően enyhítette a korai terhességben jelentkező émelygéses panaszokat. S mivel a Contergan Nyugat-Németországban vény nélkül kapható szerként került a patikákba, a kismamák buzgón kezdtek kapkodni.

Pont ugyanebben az időben, és abban a 46 országban, ahol a gyógyszert engedélyezték és forgalmazták, egy addig teljesen ismeretlen típusú magzati fejlődési rendellenesség ütötte fel a fejét. A szerencsétlenül járt újszülötteken a végtagok csökevényes megjelenése vagy teljes hiánya volt a legfeltűnőbb, de sokukban ez további – egyebek mellett a szívet, a tápcsatornát, a húgyutakat, illetve a szemet és a hallószervet illető – deformitásokkal társult, melyek következtében mintegy 50 százalékuk a születés utáni néhány hónapon belül meg is halt. A többiek csonka vagy hiányzó végtagokkal, esetleg vakon vagy süketen éltek-éltek le az életüket. Szellemileg azonban többségük teljes értékű, akár tehetséges ember lett, mint Thomas Quasthoff basszbariton énekművész. Becslések szerint az 1950-es évtized utolsó és a '60-as évtized első éve között világszerte mintegy 10-20.000, thalidomid-okozta fejlődési rendellenességgel sújtott gyermek született; ebből az ún. Contergan-bébi száma csak Nyugat-Németországban 5.000-re volt tehető.

A thalidomid és az új fejlődési rendellenesség közötti összefüggést Widukind Lenz német gyermekorvos és William McBride ausztrál szülész-nőgyógyász mutatta ki. Az érintett országok hatóságai 1961-ben betiltották a szer forgalmazását; utolsóként 1962 márciusában Kanada vontakozott ki a thalidomidot a piacról.

A tragédia alapjaiban változtatta meg a gyógyszerkutatást és –engedélyezést.

[<https://www.origo.hu/egeszseg/20140203-hatvan-eves-a-contergan-thalidomid.html>]

LSD 80

PZ, 14. 04. 2023 14:00

Kulcsszavak: gyógyszer, gyógyszerkutatás, kábítószer, LSD, lizergsav-dietilamid, pszichedelikus hatóanyagok, nemzetközi

Forrás Internet-helye: <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/vom-arzneimittel-zur-droge-zum-arzneimittel-139568/>

A 31. European Congress of Psychiatry (EPA) (Paris, 25-28 March 2023) a pszichedelikus hatóanyagok kutatásáról. Apud Univadis from Medscape:

https://www.univadis.de/viewarticle/c700fdac-5304-497c-b9dd-196e6ae1c85b?uuid=c700fdac-5304-497c-b9dd-196e6ae1c85b&uac=347207CJ&ecd=mkm_ret_230430_uni-DE_TSPE-ExcNews_5123162&u=g7Nnk16ewguWS5hWLN23V%2F9E96keG%2B95Js9Lm6D2gtUl4Soq8URsQKrZlarLAUYJ&utm_source=adhoc+email&utm_medium=email&utm_campaign=adhoc_de_tspe-excnews_20230430_ann&utm_content=5123162&utm_term=&sso=true

Michael Bogenschutz, MD:

<https://centerforpsychedelicmedicine.org/michael-bogenschutz/>

Az **LSD 75** [2018. 11. sz.] c. tömörítvény zárszava szerint: „Az utóbbi időben ismét felélénkült az LSD iránti tudományos érdeklődés. **Dr. Peter Gasser svájci pszichiáter** kivételes hatósági engedéllyel annak járt utána, hogy miként segíthetne az LSD rákos és más halálos megbetegedésekben szenvedő személyeken. Kutatásának eredménye, hogy a szer a betegek 78%-ánál csökkenti a szorongásos állapotokat, 67%-nál pedig javítja az életminőséget.” Azóta az események felgyorsultak. Az intézet, ahol Dr. Albert Hofmann 1943. április 16-án felfedezte az LSD-t, mára az egyetemi LSD-kutatás világviszonylatban vezető központjává nőtte ki magát. **Dr. Felix Müller, a kábítószeresek terápiás hatásával foglalkozó kutatócsoport vezetője (Universtät Basel)** 2022-ben kimutatta, hogy két dózis LSD tartósan csillapíthatja a szorongást. [felix.mueller@upk.ch ; Tel: +41 61 325 5111]

Az LSD depresszió esetén történő alkalmazásáról szóló vizsgálat eredményeit 2023. április 14-én ismertették. A felmérés keretében 61 beteget kezeltek alacsony-közepes-magas dózisú LSD-vel. Sem a betegeknek, sem a

kezelőorvosoknak nem volt tudomásuk arról, hogy ki melyik csoportba tartozik (randomizált, kettős-vak vizsgálat, parallel-csoport). A kezelés során a betegek négy hetente két alkalommal kapták meg szokásos LSD-dózisukat. 100 vagy 200 mikrogramm LSD beadása a kezelést követően két héttel és még három hónappal is csökkentette a depressziós tüneteket. A kutató összegzése szerint: Két mérsékelt vagy magas dózis LSD két alacsony dózishoz viszonyítva szignifikánsan csökkenti a depressziós tüneteket. A tanulmányt még nem kontrollálták szakértők és az nem jelent meg szakfolyóiratban. Bázelen folyamatban van egy másik kutatás is, amely az LSD cluster fejfájás esetén való alkalmazásával foglalkozik.

A «**Cell**» c. szakfolyóiratban 2020-ban a pszichiátria pszichedelikus forradalmáról értekeztek. Egyebek között a hallucinogének, mint a Pszilocibin, a varázsgombák aktív hatóanyaga, vagy az LSD terápiás hatásáról. Több elitegyetemen, mint az amerikai *Johns Hopkins University*, vagy az *Imperial College London* pszichedelikumokat kutató központot létesítettek. 2019-ben, a londoni intézet megnyitóján **Robin Carhart-Harris professzor** az orvostudomány legizgalmasabb területének nevezte a pszichedelikumok kutatását.

Michael Bogenschutz, a New York University Langone Center for Psychedelic Medicine igazgatója az európai pszichiátriai kongresszuson kifejtette, hogy már 5.000 évvel ezelőtti a rituálékon is alkalmaztak pszichedelikus hatóanyagokat. A közelmúltig nem állt rendelkezésre elegendő bizonyíték ezek hatékonyságára. Kivételt képezett az LSD, amellyel kapcsolatban 1955 és 1975 között több mint 1.000 klinikai vizsgálatot végeztek több mint 40.000 alannyal. A kutatások hosszú megszakítás után két-három éve lendültek fel és a kontrollált klinika vizsgálatok száma gyorsan növekedett.

Bogenschutz a kongresszus „Best of 2022” szekciójában több pszilocibinnel és MDMA-val (ecstasy) végzett vizsgálatot idézett. Egy 2019-ben publikált, hat kisebb vizsgálat eredményeit összegző tanulmány 103 poszttraumás stressz zavarban szenvedő beteg kezelését elemezte, akiknél az MDMA adagolása már két ülést követően a CAPS-IV-skálán való 30,4 pontos csökkenést eredményezett, szemben a placebo-csoportnál regisztrált 10,5 ponttal. [<https://link.springer.com/article/10.1007/s00213-019-05249-5>]

***Best Oral Health Practice in Europe? –
Szájegészség és fogászati ellátás öt európai országban (5. rész):
A fogászati ellátások költségei és a fogorvosi személyzet helyzete***

IDZ, Institut der Deutschen Zahnärzte – TU Berlin
Zahnmedizin, Forschung und Versorgung 2021, 4: 2 (75 p.)

Kulcsszavak: egészségügyi rendszer, szájegészség, fogászati ellátás, költségek, fogorvosi személyzet, Európa, Anglia

Forrás Internet-helye: <https://www.idz.institute/publikationen/online-journal-zahnmedizin-forschung-und-versorgung/best-oral-health-practice-in-europe.html> ;
https://www.idz.institute/fileadmin/Content/Publikationen-PDF/ZahnmedForschVersorg-2_2021_4_2.pdf

4. 1. 2. A fogászati ellátások költségei

A fogászati ellátás vásárlóerő-paritás szerint korrigált költségeinek összehasonlítása azt mutatja, hogy a vizsgált országok között jelentős eltérések mutatkoznak. A fogászati ellátásokra fordított egy főre eső kiadások 2010-ben Belgiumban, 2011 után Spanyolországban voltak a legalacsonyabbak. E kiadások 2005 és 2018 között mindvégig Németországban voltak a legmagasabbak. Feltűnő, hogy az egy főre eső kiadások Németországban és Belgiumban éveken keresztül mérsékelten növekedtek, miközben Hollandiában és Spanyolországban hol inkább, hol kevésbé ingadoztak. Spanyolország az egyetlen, ahol az egy főre eső kiadások 2018-ban alacsonyabbak voltak, mint 2005-ben.

A fogászati ellátásokra fordított kiadásoknak az összes egészségügyi ellátáshoz viszonyított aránya Németországban a legmagasabb. Miközben ez az arány 2005 és 2017 között Spanyolországban és Németországban jelentősen, Dániában pedig csekély mértékben csökkent, ebben az időszakban Belgiumban növekedés volt megfigyelhető. 2018-ban a fogászati ellátásokra fordított kiadások az öt országban az egészségügyi összkiadások átlagosan 4,3%-át tették ki (min. 3,3% Belgiumban, max. 6,7% Németországban).

Ha a fogászati ellátásokra fordított kiadások egészségügyi összkiadásokhoz fordított aránya jóval magasabb, mint a megfelelő egy főre eső kiadások esetén, ez arra utalhat, hogy a fogászati szolgáltatások egyéb egészségügyi szolgáltatásokhoz viszonyított igénybevétele meghaladja az átlagot és/vagy az egyéb egészségügyi szolgáltatásokhoz viszonyított árszint magasabb.

A fogászati ellátásokra fordított kiadások GDP-ből való részesedése: Miközben 2005 és 2017 között a fogászati ellátások GDP-ből való részesedése Dániában és Hollandiában minimálisan, Spanyolországban és Belgiumban pedig valamivel nagyobb mértékben növekedett, ebben az időszakban Németországban minimális mértékben csökkent. Ezek a trendek a nemzeti GDP alakulásával függnek össze. 2008-ban és 2009-ben Spanyolországban például a fogászati kiadások részesedésének növekedése volt megfigyelhető, amely nem a nominális költségnövekedésen alapult, hanem a GDP-nek a pénzügyi válsággal összefüggésben bekövetkezett csökkenésének volt tulajdonítható.

4. 1. 3. A fogorvosi személyzet helyzete

Miközben 2000-ben az 1.000 lakosra jutó fogorvosok száma Dániában volt a legmagasabb, ez az arány 2018-ig folyamatosan csökkent. Németországban viszont folyamatosan növekedett, 2011-ben így Németország vette át a vezetést. A vizsgált időszakban az 1.000 lakosra jutó fogorvosok száma, valamivel alacsonyabb mértékben, de Hollandiában is növekedett. 1.000 lakosra Németországban 0,86, Hollandiában 0,55 fogorvos jut. A növekedési ráta Spanyolországban volt a legmagasabb: 2018-ban Spanyolországban és Belgiumban 1.000 lakosra 0,75 fogorvos jutott. A fogorvosok száma a vizsgált országokban az adott időszakban kiegyenlítődött.

Kapcsolódó: British Dental Association (BDA), Press release, 6 March 2023

<https://bda.org/news-centre/press-releases/Pages/Half-of-dentists-have-cut-back-NHS-work-with-more-to-follow-as-crisis-mounts.aspx>

A **British Dental Association (BDA)** körkérdésére 2.000 *General Dental Practitioner* válaszolt. Az eredmények szerint:

- Angliában a pandémia kezdete óta a fogorvosok 50,3%-a csökkentette a *National Health Service (NHS)* keretében folytatott tevékenységét.
- A fogorvosok 74%-a tervezi, hogy csökkenti, vagy tovább csökkenti az NHS keretében folytatott tevékenység volumenét.
- 43% tervezi, hogy átlép a privát szektorba. 42% pályaelhagyásra készül, vagy előrehozott nyugdíjba megy. 12% külföldön folytatná praxisát.

A BDA hivatalos adatokon alapuló elemzése szerint a fogászati ellátás területén fedezetlen szükséglet 2022-ben 11 millió embert érintett. Hatmillió ember próbált időpontot szerezni, ezt 3,6 millió ember meg sem próbálta, mert úgy gondolta, hogy úgysem kap. Egymillió embert a költségek rettentenek el a kezeléstől, a várólistán levők száma 500.000.

Egon Schiele művészete és az orvostudomány

Frank J. Erbguth: Egon Schiele and Dystonia. In: Bogousslavsky J, Hennerici MG, Bänzner H, Bassetti C (eds): Neurological Disorders in Famous Artists – Part 3. Front Neurol Neurosci ; Apud Univadis, 28. 09. 2022

Kulcsszavak: orvostörténet, művészettörténet, infotainment, Egon Schiele, Ausztria

Forrás Internet-helye:

<https://www.univadis.de/viewarticle/egon-schiele-ein-maler-grotesker-posen-inspiriert-durch-fotos-von-dystonie-und-hysterie?id=0468d6c7-77ea-3cb4-ae09-d663a14f0a8e&s1=news> , http://ezredveg.vasaros.com/html/2009_02/09023.html

Prof. Dr. Frank J. Erbguth, a müncheni neurológiai klinika orvosigazgatója szerint **Egon Schiele** életműve pszichiátriai és orvostörténeti nézőpontból is igen tanulságos.

Igazi provokatőr volt. A bécsi művészeti akadémia hallgatójaként összetűzésbe került Christian Griepenkerl professzorral, akit annyira feldühített, hogy ezt vetette oda neki: „Téged maga az ördög fingott az osztályomba!” [N. B. Griepenkerl volt az, aki 1908-ban eltanácsolta Hitlert a művészeti akadémiáról. – a szerk.] Két év múlva otthagya az akadémiát és létrehozta a *Neukunstgruppe*-t. Miután Gustav Klimt bevezette a bécsi szecesszió körébe és 1909-ben tizenkilenc évesen kiállíthatott a *Kunstschau*-n, ahol többek között Edvard Munch és van Gogh is jelen volt, 1910-ben szakított a szecesszióval és az expresszionizmus felé fordult. Ne szépítsuk a dolgokat, az „ocsmányság” specialistája lett. Gyakran ábrázolt eltorzult, elcsavarodott, groteszk alakokat, amilyenek disztónia esetén fordulnak elő. Egy 1910-ben készült fényképen Schiele úgy fordítja el a nyakát, mintha ferdenyakú lenne, a halálos ágyán készült felvétel pedig úgy hat, mintha beállították volna: balkeze a feje mögött, jobb keze a mellén. Jóllehet erre nincs bizonyíték, de felmerült a feltételezés, hogy disztóniában szenvedett.

Freud korában a neurológiai és pszichiátriai megbetegedéseket széles érdeklődés övezte. Egész Európában és Bécsben is divatja volt az eltorzult testeket ábrázoló képeknek, amelyek felkeltették az értelmiségiek és művészek érdeklődését. 1880-ban a párizsi neurológiai klinika elindította az „*Iconographie Photographique de la Salpêtrière*” c. folyóiratot, amelyben egyebek között a disztónia és a hisztéria nők körében való megnyilatkozásait mutatták be. Ennek akkora sikere volt, hogy később folytatást indítottak „*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière: Clinique des Maladies du Système Nerveux*” címen. Ez alkalommal már a férfiak körében megnyilvánuló neurológiai megbetegedésekről volt szó. Bizonyos jelek szerint Schiele mindkét folyóiratot ismerte és ezek hatására 1910-ben, fordulata évében engedélyt kért és kapott egy orvosbarátjától, hogy rajzokat készítsen a bécsi egyetemi nőgyógyászati klinika pácienseiről.

A torz formák azonban nyilvánvalóan nem csupán a traumatizált individuum artikulációjával függnek össze. Egy kutató szerint Schiele piaci megfontolásból szakított a tradicionális esztétikával. Olyan mecénásokat vett célba, akik torkig voltak a szecesszióval és a „friss vért” képviselő fiatal művészeket karolták fel. Hasonló stratégiát követett Oskar Kokoschka és Max Oppenheimer is. Felismerték, hogy a báj és a kecsesség nem alkalmas arra, hogy kifejezze a modern világgal szembeni pimaszságukat.

Alain Berset, a Svájci Államszövetség soros elnöke

Forrás Internet-helye: <https://www.edi.admin.ch/edi/en/home/das-edi/welcome-to-the-federal-department-of-home-affairs-fdha/federal-councillor-alain-berset.html>



Alain Berset svájci politikus. Sz. Freiburg, 1972. április 9. Nős, három gyermeke van.

Politikatudományi és közgazdasági tanulmányok: *Université de Neuchâtel*. 2005-ben doktorált. Doktoranduszként tanársegédként és tudományos munkatársként működött az egyetem regionális gazdaságfejlesztési intézetében, majd vendégkutató volt a hamburgi gazdaságkutató intézetben.

Gazdaságstratégiai tanácsadó Neuchâtel kanton népgazdasági osztályán.

2006. óta független stratégiai és kommunikációs tanácsadó.

2003-ban: a Freiburg kantoni tanács tagja; 2008/2009-ben annak elnöke.

2011. december 14-én a Szociáldemokrata Párt egyesített szövetségi gyűlése beválasztotta a Szövetségi Tanácsba (*Bundesrat*). **2021. január 1. óta államszövetségi belügyminiszter.** 2018-ban első alkalommal töltötte be az államszövetség elnöki tisztségét.

A svájci **Államszövetségi Belügyminisztérium** (*Département fédéral de l'intérieur (DFI)*) szervezeti egységei többek között: a **Szövetségi Egészségügyi Hivatal**, a **Szövetségi Társadalombiztosítási Hivatal**, a Statisztikai Hivatal, a Szövetségi Kulturális Hivatal, az Esélyegyenlőségi Hivatal, a Meteorológiai Intézet.

Korábban civil szervezeteknél is szerepet vállalt: a bérlők szövetségének elnöke, a termékek eredetvédelme és a földrajzi eredetvédelem egyesületének elnöke, a gyermekvédelmi és a fogyatékkal élők érdekvédelmi szövetségének elnöke.

2023. január 1-től a Svájci Államszövetség soros elnöke. A hivatal elsősorban reprezentációs jellegű. Továbbra is ellátja belügyminiszteri teendőit, az államszövetségi kormányban (*Bundesrat*) „*primus inter pares*”.

William N. (Bill) Anderson, a Bayer AG új elnök-vezérigazgatója

Forrás Internet-helye:

<https://www.bayer.com/media/bill-anderson-wird-vorstandsvorsitzender-der-bayer-ag/>



William N. (Bill) Anderson (Sz. 1966.), amerikai vegyészmérnök, menedzser. Nős, három felnőtt gyermeke van.

Vegyészmérnöki *Bachelor of Science* (University of Texas) és *Master of Science* (Massachusetts Institute of Technology – MIT), valamint menedzseri *Master of Science* (Sloan School, MIT) végzettséggel rendelkezik.

1989-ben az üzemanyag-adalékokat gyártó amerikai *Ethyl Corporation*-nél kezdte pályafutását.

1995-ben a *Raychem Corporation* technológiai és elektronikai céghez igazolt.

1997-től a *Biogen Idec*-nél, a későbbi *Biogen* biotechnológiai vállalatnál dolgozott, ahol különböző vezető pozíciókat töltött be: alelnök, a neurológiai ágazat vezető menedzsere.

2010-ben a *Genentech*-hez került, ahol a bio-onkológiai ágazat vezetőjeként a cég szenior alelnöke lett. 2013-ban a *Genentech* anyavállalata, a *Roche Pharmaceuticals* globális termékstratégiai és marketing osztályának vezetője.

2016-ban a *Genentech* észak-amerikai műveleti igazgatója, majd 2017-ben elnök-vezérigazgatója.

2019-ben a *Roche Pharmaceuticals* elnök vezérigazgatója.

2023. június 1-i kezdettel a Bayer AG elnök-vezérigazgatója.

A **Bayer** multinacionális gyógyszercég, amely 2021-ben 100.000 foglalkoztatottal rendelkezett, éves forgalma 44,1 milliárd EUR volt. Speciális effektusokkal korrigált kutatás-fejlesztésre fordított kiadásai 5,3 milliárd EUR-t tettek ki. www.bayer.com/de

***Jelentés az ápolás helyzetéről Németországban 2021-ben.
Speciális ellátási helyzetek a tartós ápolás területén – Pflege-Report 2022 –
egységes szerkezetben***

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), 5. 07. 2022

Forrás Internet-helye:

https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/Buchreihen/Pflegereport/wido_pfl_plegereport2022_full_07_2022.pdf (319 p.)
<https://www.wido.de/publikationen-produkte/buchreihen/pflege-report/2022/> ;

Az összes kiadás 2015. óta:

<https://www.wido.de/publikationen-produkte/buchreihen/pflege-report/> ;

Sajtómappa (42 p.):

https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/News/Pressemitteilungen/2021/wido_pfl_pm_pflegereport_07_2022.pdf ;

Die Versorgung von Pflegeheimbewohnenden am Lebensende aus Sicht der Pflege. Eine Befragung in deutschen Pflegeheimen, Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO). Berlin, Juli 2022 (60 p.):

https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/Buchreihen/Pflegereport/wido_pfl_befragung_lebensende_07_2022.pdf ;

Kapcsolódó: "Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der sozialen Pflegeversicherung", Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE), 29. 09. 2022:

https://www.gbe-bund.de/gbe/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gasta&p_aid=0&p_sprache=D&p_knoten=NE370 ;

A Gesamtverband der Versicherungswirtschaft (GDV) adatai a kiegészítő ápolásbiztosításról 2021-ben:

https://www.versicherungsbote.de/id/4907989/Pflegezusatzversicherung-Nur-ein-Bestand-kann-wachsen/#post_chapter_all

Jacobs/Kuhlmey/Greß/Klauber/Schwinger (Hrsg.) Pflege-Report 2022. Schwerpunkt: Spezielle Versorgungslagen in der Langzeitpflege. Springer (Heidelberg); 340 Seiten, 100 Abb. in Farbe, Softcover; 42,79 € (D) / 43,99 € (A) / CHF 47,14. ISBN: 978-3-662-65203-9

Az ápolási otthonokban élők minőségi ellátásának egyik fontos indikátora, hogy a halálukat megelőző időszakban kórházba szállították-e őket. 2018-ban és 2019-ben az ápolási otthonokban élők 56%-át szállították legalább egy alkalommal kórházba a halálukat megelőző tizenkét hét során. Nemzetközi összehasonlításban ez igen magas arány. Röviddel a halál előtt megsokasodnak a kórházba való áthelyezések. 2018-ban és 2019-ben életének utolsó napjain minden harmadik ápolási otthonban élő személy legalább egy napot töltött kórházban.

Az elemzés szerint a halált megelőző tizenkét hét során minden harmadik kórházba történő áthelyezés potenciálisan megelőzhetőként klasszifikálható. A jelentés az ápolási otthon részéről szenzitív kórházi esetek gyakoriságát is értékeli. A szakértők ilyeneknek sorolják be a szívelégtelenséget, a dehidratációt, valamint a húgyúti fertőzéseket. Az ilyen szenzitív esetek elemzése támpontokkal szolgál arról, hogy a kezelés potenciálisan elvégezhető lett volna-e az ápolási otthonban is. Az a kérdés, hogy a halált megelőző időszakban a kórházba való átirányítás általában megfelelt-e a betegek akaratának, rutinadatok alapján nem megítélhető.

Az ápolásra szoruló személyek önrészei a bentlakásos intézményi ápolás területén 2022. szeptember 1. óta az ápolószemélyzet bértarifaszerződés alapján történő javadalmazásáról szóló kötelezettség miatt az előző évekhez viszonyítva jelentősen emelkedtek. A *Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)* elemzése szerint az ápolási intézményekben alkalmazandó egységes önrészek 2022 novembertől átlagosan 21%-kal magasabbak voltak, mint egy évvel korábban. A bentlakásos intézményi ápolás területén évek óta megfigyelhető költségnövekedés az egységes önrészek évente bekövetkező emelésével az elmúlt öt évben 11-14%-kal minden eddigi csúcsot megdöntött.

Az értékelés szerint az ápolótevékenységgel összefüggő havi költségek jelenleg átlagosan 697 EUR-t tesznek ki. Az ápolásra szoruló személyeknek ezenkívül viselniük kell az ún. hotelszolgáltatások költségeit (836 EUR), valamint az átlagos beruházási költségeket (468 EUR) is. Ez azt jelenti, hogy havonta átlagosan 2.001 EUR-t kell befizetniük.

2. Az ápolásra szorultság helyzete Németországban

2. 1. Az ápolásra szorultság prevalenciája

2. 1. 1. Ápolásra szorulóknak életkor és nemek szerint

A szociális ápolásbiztosítás hivatalos statisztikája szerint az ápolásra szorulóknak száma 2020 végén elérte a 4,3 millió főt, akiknek csaknem kétharmada (61,7%) nő volt (2,7 millió fő). Az ápolásra szorulóknak több mint fele (52,0%) 80 éves vagy annál idősebb (2,3 millió fő), egyhuszada (5,7%) gyermek és fiatal korú volt (244 ezer fő).

Az ápolásra szorultság valószínűsége az életkorral arányosan növekedik. 2020-ban a gyermekek és fiatalok, valamint a keresőképes életkorban levők körében 100 biztosítottra egy-két ápolásra szoruló személy jutott. 75 és 79 év közöttiekénél az ápolásra szorulóknak aránya 15,9%, 85 és 89 év közöttiekénél 48%, 90 fölöttiekénél 67,8% volt. Az ápolásra szorulóknak aránya 80 és 85 év közötti férfiaknál 38,8%, nőknél 53,5%, 90 év fölöttiek körében férfiaknál 57,3%, nőknél 71,7%.

2. 1. 2. Az ápolásra szorultság időbeli alakulása

2020-ban Németországban a kötelező betegbiztosítás tagjainak 5,9%-a szorult ápolásra. 2011-ben arányuk még mindössze 3,4% volt, ami 73%-os növekedésnek felel meg. Ha az értékeket a társadalom fokozódó elöregedésével korrigáljuk és a kötelező biztosítás tagjainak életkori és nemi struktúrája tekintetében 2020-at vesszük alapul, ez az arány még rosszabbul mutat: Eszerint a kötelező betegbiztosítás tagjainak 3,8%-a már 2011-ben ápolásra szoruló volt, 2020-ig pedig a növekedés 56%-ot tett ki. Következésképpen az ápolás prevalenciájának 2011 és 2020 közötti növekedése csak részben vezethető vissza a lakosság életkori és nemi struktúrájára. Az ápolás prevalenciájának 2016 utáni jelentős növekedése az ápolásra szorultság új definíciójának 2017 januári bevezetésével függ össze. A reformhoz egyebek között az a várakozás társult, hogy az ápolásbiztosítás szolgáltatásaihoz való hozzáférés tovább javul.

Frissítés

Az ápolásra szoruló személyek számának prognózisa – Womit in der Zukunft zu rechnen ist: Eine Projektion der Zahl der Pflegebedürftigen
Dr. Lewe Bahnsen, Dr. Frank Wild, WIP-Kurzanalyse Dezember 2022 (7 p.)

Forrás Internet-helye:

<https://www.wip-pkv.de/veroeffentlichungen/detail/womit-in-der-zukunft-zu-rechnen-ist-eine-projektion-der-zahl-der-pflegebeduerftigen.html> ;
https://www.wip-pkv.de/fileadmin/DATEN/Dokumente/WIP-Kurzanalysen/WIP-Kurzanalyse-2022-Projektion_der_Zahl_der_Pflegebeduerftigen.pdf

Az ápolásra szoruló személyek száma 2021-ben 4,9 millió volt, amely 2025-ig további 500.000 fővel, 5,46 millióra, majd 2030-ig 5,65 millió és 5,75 millió közöttire, 2050-ig 6,61 millió és 7,25 millió közöttire növekedik.

A realitás minden korábbi prognózist meghaladt. A Szövetségi Egészségügyi Minisztérium 2014-ben még úgy számolt, hogy az ápolásra szoruló személyek száma 2020-ig 2,85 millióra, 2030-ig 3,4 millióra növekedik.

Külföldről toborzott ápolószemélyzet 2022-ben**Forrás Internet-helye:**

<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/140954/656-auslaendische-Pflegekraefte-nach-Deutschland-vermittelt?rt=971bf246e981d1c3d78e945717e58e5a> ;
<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/140494/Sachsen-sucht-Pflegekraefte-im-Ausland>

A ***Szövetségi Munkaügyi Ügynökség*** adatai szerint 2022-ben 656 külföldi ápoló németországi kiközvetítésére került sor. 255 ápoló a Fülöp-szigetektől, 98 Bosznia-Hercegovinából, 84 Tunéziából, egy Szerbiából érkezett. Ezekkel az országokkal már az előző választási ciklusokban munkaerőtoborzási szerződéseket kötöttek. Új szerződéseket kötöttek Mexikóval, Brazíliával, Indiával, Indonéziával és Jordániával. Mexikóból 182, Brazíliából 34, Indiából két ápoló érkezett. Indonéziában és Jordániában még nem sikerült személyzetet toborozni.

Szászország Szociális Minisztériuma 150 külföldi ápoló megnyerésére indított kampányt. 2023 tavaszán brazil ápolók érkezésére lehet számítani, akiknek a

nyelvi felkészítése és szakmai képzése már folyamatban van. A *Sächsische Aufbaubank* 900.000 EUR-t engedélyezett a toborzó kampány számára.

3. Az ápolásra szorulóknak orvosi ellátása

3. 1. Ambuláns orvosi ellátás

3. 1. 1. Az igénybevétel áttekintése

2020-ban az ápolásra szorulóknak 95,7%-a negyedévente átlagosan legalább egy alkalommal fordult orvoshoz, azaz elszámolási esetet eredményezett. 88,6%-uk negyedévente legalább egy alkalommal háziorvoshoz, 71%-uk legalább egy alkalommal szakorvoshoz fordult. A negyedévente leggyakrabban látogatott szakorvosok: a férfiak 18%-a negyedévente urológushoz, 17%-a neurológushoz, 16%-a belgyógyászhoz, 15%-a szemorvoshoz fordul. Különbségek az ambulánsan (saját otthonukban) és teljeskörű bentlakásos ápolás keretében ellátottak között: A háziorvosi ellátás teljeskörű bentlakásos ápolás keretében való igénybevétele 97%, ambuláns környezetben, negyedévente átlagosan 87% volt. Az egyes szakorvosi csoportok tekintetében a különbség még feltűnőbb: az ambulánsan ellátott ápolásra szorulóknak 18%-a negyedévente átlagosan legalább egy alkalommal fordult belgyógyászati praxishoz; a teljeskörű bentlakásos ápolás keretében ellátottak körében ez az arány 6% volt. Az ápolási otthonokban élők 29,9%-a negyedévente átlagosan egy alkalommal keresett fel neurológiai praxist, miközben ambuláns környezetben ez az arány 14% volt. A háziorvosok igénybevétele az előző évhez viszonyítva 2020-ban, a pandémia körülményei között nem változott jelentős mértékben. A teljeskörű bentlakásos ápolás keretében ellátottak körében a negyedévente legalább egy alkalommal szakorvoshoz (nőgyógyászhoz, fül-orr-gégészhez, kardiológushoz) fordulók aránya az előző évhez viszonyítva jelentősen csökkent. A neurológiai és pszichiátriai praxishoz fordulóké viszont nem változott.

3. 3. Fekvőbeteg ellátás

3. 3. 1. Az igénybevétel áttekintése

Az ápolásra szorulóknak negyedévente 1,4, évente 2,0 alkalommal részesültek kórházi kezelésben. Többségük több alkalommal került kórházba, tehát rövid időn belül (egy negyedév során) többször is kórházban kezelték őket. Az ápolási idő tekintetében az ápolásra szorulóknak évente átlagosan kilenc napot, az ápolásra nem szorulóknak öt napot töltöttek kórházban. A kórházban tartózkodás időtartama és az életkor közötti összefüggés: A 19 év alatti fiatalabb korosztály tagjai esetenként évente átlagosan hét napot töltöttek kórházban. Az ápolásra szorulóknak 12%-a, az ápolásra nem szorulóknak 2%-a halt meg kórházban. 2020-ban minden harmadik kórházi eset (29,1%) ápolásra szoruló személy volt; a kórházi napok 43,5%-a ápolásra szoruló személyekre jutott. Az eredmények interpretációja során figyelembe veendő a pandémia.

Aktuális kapcsolódó: A *Szövetségi Statisztikai Hivatal (Statistisches Bundesamt – Destatis)* adatai szerint az ápolásra szorulóknak száma a 2021-es 5 milliőről 2055-ig 6,8 millióra növekedhet. Ezt követően már nem várhatók látványos változások, mivel a baby-boom nemzedéket egy alacsonyabb létszámú nemzedék váltja fel.

[Altenpflege, 30. 03. 2022. https://www.altenpflege-online.net/alarmierend-wo-die-zahl-der-pflegebeduerftigen-am-meisten-steigt/?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_content=Button_https%3A%2F%2Fwww.altenpflege-online.net%2Falarmierend-wo-die-zahl-der-pflegebeduerftigen-am-meisten-steigt%2F&utm_campaign=AP_NL_20230330_Heft]

3. 4. Az ápolásra szorulóknak gyógyszerellátása

3. 4. 1. Többszörös gyógyszerelés életkor szerint

A magasabb életkorral járó fokozottabb morbiditás növeli a többszörös gyógyszerelés kockázatát. Az érintettek számára különböző hatóanyagok sokaságát írják fel. A halmozódó gyógyszeres terápia a hatóanyagok nem kívánt

kölcsönhatásainak növekedését eredményezi. A többszörös gyógyszerelés az ápolásra szorulóknál körében sokkal gyakoribb mint ápolásra nem szorulóknál: 2020-ban az ápolásra szorulóknál 60,3%-a, az ápolásra nem szorulóknál 11%-a kapott minden negyedévben öt vagy annál több hatóanyagot. A legtöbb hatóanyagot a 80 és 84 év közöttiek kapják: az érintettek 20,5%-a számára negyedévente tíz vagy annál több hatóanyagot írnak fel. Ez az érték négyszer annyi, mint amennyit ugyanazon korcsoportban nem ápolásra szorulóknál számára írnak fel (5,1%).

3. 4. 2. Gyógyszerezés az ápolásra szorultság súlyossága és ellátási forma szerint

Az ápolásra szorultság súlyossága szerint differenciált többszörös gyógyszerelés (öt hatóanyag) homogén képet nyújt. A többszörösen gyógyszerezett aránya ebben a tekintetben marginálisan 60% körül ingadozott. Kivételt képez az 5. ápolási fokozat: az önállóságukban és képességeikben legsúlyosabban korlátozott, különleges ápolási követelményeket támasztó ápolásra szoruló személyeknél ez az arány 57%-ra csökkent.

Az otthoni környezetben, ápolási szolgálatok igénybevétele nélkül (pénzbeli ápolás kivételével) gondozottak öt vagy annál több hatóanyaggal való gyógyszerelése sokkal ritkábban fordul elő mint más ellátási formák esetén. A bentlakásos intézményi ellátás területén a polimedikációs terápia aránya meghaladja a 69,4%-ot.

[**Fogalommagyarázat:** A PRISCUS-Liste vagy Gelbe Liste: az időskorúak részére nem ajánlott, 18 gyógyszerkategóriához tartozó 83 gyógyszert tartalmazó lista: <https://media.gelbe-liste.de/documents/priscus-liste.pdf> ; <https://www.gelbe-liste.de/arzneimitteltherapiesicherheit/priscus-liste> - a szerk.]

3. 4. 5. PRISCUS-receptek hatóanyagok szerint

A PRISCUS-listás gyógyszerek alkalmazásának hatóanyagok szerint differenciált elemzése azt mutatja, hogy messze a leggyakrabban felírt szerek a pszichofarmakonok. 2020-ban a negyedévek átlagában a 65 év fölöttiek 5%-a számára legalább egy alkalommal pszicholeptikumot, 4%-a számára

pszichoanaleptikumot írtak fel. Időskorúak számára mindkettő potenciálisan inadekvát.

A pszicholeptikumok felírásának részletezéséből kiderül, hogy 2020-ban a 65 év fölötti ápolásra szorulóknak 16%-a valamilyen antipszichotikumot kapott. Az ilyen gyógyszereknek azonban mindössze 1%-a szerepel a PRISCUS-listán; a 2020-ban megfigyelt antipszichotikum-receptek 6%-a időskorúak számára potenciálisan alkalmatlan. Ezzel szemben anxiolitikumokat (nyugtatókat), hipnotikumokat és szedatívumokat (altatókat és nyugtatókat) összességében sokkal ritkábban írtak fel. Az elemzések szerint annak valószínűsége, hogy ilyen esetekben PRISCUS-hatóanyagot tartalmazó gyógyszert írjanak fel, mégis igen magas: A anxiolitikumok csoportjához tartozó gyógyszert szedő 65 év fölötti ápolásra szorulóknak több mint 34,9%-a a PRISCUS-listán szereplő gyógyszert is kap. Hipnotikumoknál és szedatívumoknál ez az arány már 60,5%. A pszichoanaleptikumok körében az antidepresszánsok felírása a leggyakoribb: a 65 év fölötti ápolásra szorulóknak 19,1%-ának írnak fel valamilyen antidepresszánt, amelyek közül egy szerepel a PRISCUS-listán. Az ápolásra szorulóknak mindössze 6%-a kap antidementívumot; itt a PRISCUS-listás gyógyszerek már ritkábban fordulnak elő. Pszichostimulánsok felírása alig tapasztalható (0,3%) – ha pedig felírják őket, csaknem valamennyi hatóanyag megtalálható a PRISCUS-listán. Ápolásra nem szoruló személyeknél az ilyen gyógyszerek felírása sokkal ritkábban fordul elő. Ha ilyent felírnak, nagy a valószínűsége, hogy PRISCUS-listás gyógyszerről van szó.

[Lásd még: Jelentés az ápolás helyzetéről Németországban 2020-ban. Az ápolási otthonok a pandémia első és második hulláma idején – Pflege-Report 2021 (11. rész): Az ápolásra szorulóknak gyógyszerellátása, 2022. 5. sz.]

Kapcsolódó: Az AOK 2023. 04. 26-i Sajtóközleménye az ápolószemélyzet egészségi állapotáról:

https://aok-bv.de/presse/pressemitteilungen/2023/index_26345.html

A betegállományban levők száma az ápolószemélyzet körében tizenegy év alatt 44,2%-kal növekedett. Az elemzés az AOK-nál biztosított 700.000 ápoló adatai alapján készült. 2022-ben a professzionális ápolást végző négy munkavállaló közül hárman legalább egy alkalommal jelentettek munkaképtelenséget. Ez 2022-ben az összes munkanap 8,8%-a kiesésének felelt meg. (Tizenegy évvel korábban: 6,1%, 2021-ben 7,2%)

Pflegestatistik, 11. 05. 2023, Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE):

https://www.gbe-bund.de/gbe/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gasta&p_aid=0&p_sprache=D&p_knoten=NE2788

[Lásd még: Jelentés az ápolás helyzetéről – Pflege-Report, 2015. 18. sz.; 2016. 8. sz.; 2017. 13-14. sz. és Archivum; 2018. 14. sz.; 2019. 14-15. sz.; 17. sz.; 19. sz.; 24. sz; 2020. 3-4. sz.; 6-8. sz; és Archivum; 2020. 19-23. sz; 2021. 4-5. sz. és Archivum; 2021. 17-22.; 2022. 1-5. sz. és Archivum.]

Szájegészség és fogászati ellátások – egységes szerkezetben

Globális elemzés a szájüregi rák prevenciójáról

International Agency for Research on Cancer (IARC)

New England Journal of Medicine (2022; DOI: 10.1056/NEJMSr2210097)

October 18, 2022

Forrás Internet-helye: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMSr2210097> ;
https://www.iarc.who.int/wp-content/uploads/2022/10/pr321_E.pdf

Dr. Béatrice Lauby-Secretan (International Agency for Research on Cancer – IARC)
és mt. tanulmánya szerint a dohányzás, a magas alkoholfogyasztás, a füstmentes dohánytermékek, valamint az Ázsiában fogyasztott bételdió a rosszindulatú szájüregi daganatok legfontosabb okozói közé tartoznak. A szájüregi daganat a 16-ik leggyakoribb rákos megbetegedés és rák miatti halálok.

A kutatócsoport elégséges bizonyítékot („*sufficient evidence*“) talált arra, hogy a bételdióról való lemondás csökkenti a rák kockázatát, a mérések szerint évente 2-3%-kal. A bételrágásról való lemondás után a leukoplakia, a daganatmegelőző állapot is ritkábban fordul elő. Ezt az érintett országok kormányai is felismerték. Bhutan, India, Myanmar, Pápua Új-Guinea, valamint Guangzhou/Kanton (Kína) és Tajvan kormánya már kísérletet tett a bételrágás korlátozására. Egyebek között megtiltották a közterületeken való köpködést.

Kétségtelen, hogy a dohányzás a szájüregi rák fontos kockázati tényezője. Az IARC már 2007-ben arra a következtetésre jutott, hogy a dohányzásról leszokott személyeknél a megbetegedés kockázata sokkal alacsonyabb. A jelenlegi adatok szerint a kockázat négy év alatt 35%-kal csökken, húsz év leforgása alatt pedig a kockázat mértéke eléri azokét, akik soha nem dohányoztak. A szakértők szerint arra is elégséges bizonyíték áll rendelkezésre, hogy az alkohollal való leszokás is kedvező hatásokkal jár.

Dr. Béatrice Lauby-Secretan

secretanb@iarc.who.int ;

International Agency for Research on Cancer, Evidence Synthesis and Classification Branch, 150 Albert Thomas, 69372 Lyon Cedex 8, France.

*

***Jelentés a szájegészség helyzetéről az Egyesült Államokban –
Oral Health in America***

US Department of Health and Human Services, National Institutes of Health,
National Institute of Dental and Craniofacial Research, December 2021 (790 p.)

Forrás Internet-helye: <https://www.nidcr.nih.gov/oralhealthinamerica> ;
<https://www.nidcr.nih.gov/sites/default/files/2021-12/Oral-Health-in-America-Advances-and-Challenges.pdf> ;

Az előzmény: 2020 Surgeon General's Report Oral Health in America: Advances and Challenges, June 21, 2019 (48 p.):
https://www.nidcr.nih.gov/sites/default/files/2019-08/SurgeonGeneralsReport-2020_IADR_June%202019-508.pdf

Az Egyesült Államokban több mint 750.000 személy működik a fogászat területén: több mint 200.000 fogorvos, 221.560 dentálhigiénikus és 351.470 fogászati asszisztens. Tevékenységüket állami és privát praxisokban, szövetségi, szövetségi állami és kommunális egészségügyi szervezeteknél folytatják.

A fogászati képzés költségei: A képzés privát egyetemen 2017-ben 340.000 USD-be, állami egyetemen 240.000 USD-be kerül.

Fogászatra fordított kiadások: Az Egyesült Államokban 2018-ban 136 milliárd USD-t, az egészségügyi összkiadások 3,7%-át fordították fogászati ellátásokra. Ebből 55 milliárd USD-t a betegek viseltek, ami meghaladja az egészségügyi out-of-pocket kiadások egynegyedét.

Fogászati praxisok: A privát fogászati praxisok aránya csökken, miközben az utóbbi húsz év során a közösségi és a vállalkozói tulajdonban levő praxisoké növekedik. A fogorvosok 51%-a magánpraxisban működik.

A szakképzett munkaerő hiánya: Jelenleg mintegy 60 millió amerikai él alulellátott vidéki területeken. Becslések szerint legalább 10.000 fogorvos hiányzik a rendszerből és még nem számoltunk a demográfiai tényezővel. A munkaerőhiány kiküszöbölése érdekében 2000. óta számos kezdeményezés született. Alaszkában az őslakosok által

lakott falvak ellátása érdekében bevezették a *Dental Health Aide Therapist (DHAT)* végzettséget. A jogszabály megengedi, hogy ezek a fogászati terapeuták fogorvos felügyelete mellett praktizáljanak az alacsony jövedelemmel rendelkező, biztosítással nem rendelkező, alulellátott betegek ellátása érdekében.

A lakossági korcsoportok fogászati státusza: Hat közül egy fiatalkorú szenved kezeletlen fogszuvasodásban, ami 2002-höz viszonyítva 3%-os növekedést jelent. A szegénységben élő fiatalkorúak 23%-ának vannak szuvas fogai. A kezeletlen szuvasodás prevalenciája magasabb mint az asztmáé. A felnőttek körében egyre gyakoribbá válik a fogvesztés. A 65 és 74 év közöttiek 13%-a foghíjas (az 1960-as években még 50% volt). A fogimplantátumot viselő időskorúak aránya az elmúlt húsz év során négyszeresére növekedett. Az 50 és 64 év közöttiek 6%-a foghíjas, a szegénységben élők 17%-a az összes fogát elvesztette. Ebben a korcsoportban négy közül három személy jó harapással (több mint 20 foggal) rendelkezik; a szegények 47%-a, a gazdagok 83%-a.

A fogászati biztosítások helyzete: Az *Affordable Care Act* a gyermekek számára tartalmazza a fogászati kezeléseket, felnőttek számára nem. 2021-ben 23 szövetségi állam biztosított fogászati szolgáltatásokat a felnőttek számára a *Medicaid* keretében. A keresőképes korban levő felnőttek több mint egynegyede nem rendelkezik fogászati biztosítással. Húsz százalék válaszolta, hogy szüksége lenne fogászati kezelésre, de pénzügyi problémái miatt az elmúlt tizenkét hónap során nem tudott biztosítást kötni.

A fogorvosok és az amerikai opioid-botrány: Amerikában a pszichés betegek száma magasabb mint bármikor. A pszichés megbetegedések akut és krónikus formái a szájegészség elhanyagolásához vezetnek és fordítva, a pszichés megbetegedések ellen szedett gyógyszerek káros hatást gyakorolnak a szájszövetekre. Az Egyesült Államokban kábítószerfogyasztás miatt több millió ember szenved valamilyen pszichés megbetegedésben. 2019-ben csaknem 50.000 amerikai halt meg opioid-túladagolásban, többen, mint közúti balesetekben vagy löfegyveres bűncselekményekben.

Az opioid-botrányban a fogorvosok is nyakig benne voltak. 1998-ban a fogorvosok írták fel a legtöbb gyorsan ható opioidot – hat közül egy receptet fogfájás ellen írtak fel. 2012-ig 15 recept közül egyet opioidra írtak fel, majd számuk erőteljesen csökkent. Ma már annak valószínűsége, hogy opioidot írjanak fel, a sürgősségin ötször magasabb,

mint fogászati praxisban. A fogorvosok levonták a tanulságokat és kidolgozták a fogászati kezelések guideline-jait.

Gazdasági vonatkozások: A kezeletlen szájbetegségek okozta gazdasági veszteségek 2015-ben 45,9 milliárd USD-t tettek ki. A rendszeres fogászati ellátáshoz való hozzáférés hiánya a kórházi sürgősségi osztályok rossz hatékonyságú és költséges túlterheltségéhez vezethet. 2014-ben a sürgősségi osztályokat 2,4 millió alkalommal keresték fel nem traumatikus fogbetegségekkel, ami több mint 1,6 milliárd USD-be került. E költségeket többnyire a *Medicaid* viselte. A sürgősségin végzett fogászati kezelés többnyire palliatív jellegű, a betegek 90%-a csak fájdalomcsillapítót vagy antibiotikumot kap, ill. fogorvoshoz irányítják őket. Ennek eredményeként a fogászati ellátások egy főre eső költségei az Egyesült Államokban 2002. óta 30%-kal növekedtek, így azok sokak számára elérhetetlenné váltak.

*

Best Oral Health Practice in Europe? –

Szájegészség és fogászati ellátás öt európai országban

IDZ, Institut der Deutschen Zahnärzte – TU Berlin

Zahnmedizin, Forschung und Versorgung 2021, 4: 2 (75 p.)

Forrás Internet-helye: <https://www.idz.institute/publikationen/online-journal-zahnmedizin-forschung-und-versorgung/best-oral-health-practice-in-europe.html> ;
https://www.idz.institute/fileadmin/Content/Publikationen-PDF/ZahnmedForschVersorg-2_2021_4_2.pdf

A tanulmány a szájegészség és a fogászati ellátás helyzetét elemzi az Európai Unió öt országában: Belgiumban, Dániában, Németországban, Hollandiában és Spanyolországban. A szerzők a gyermekek, felnőttek és időskorúak szájegészségi státuszának összehasonlító elemzése érdekében különböző paramétereket (T-Health-Index, CPI) alkalmaztak. A szolgáltatások állami és privát szférában történő biztosításának felmérése az Egészségügyi Világszervezet által bevezetett *Universal Coverage Cube* segítségével történt, amely a szolgáltatásokra jogosultak, a

szolgáltatások volumene és a szolgáltatások szintje szerint differenciálja az egészségbiztosítást.

Belgiumtól és Németországtól eltérően, Dániában csak bizonyos szolgáltatásokat térítenek a felnőttek és időskorúak részére. de Spanyolországban és Hollandiában is alig vannak államilag finanszírozott fogászati szolgáltatások. A szájegészség tekintetében egyetlen ország sincs, amely az összes korcsoportnál kiemelkedne a mezőnyből. Az 5 és 7 év közöttiekénél Hollandia és Spanyolország, a 12 és 14 év közöttiekénél Dánia és Németország, a 35 és 44 év közöttiekénél Hollandia, Spanyolország és Belgium, a 65 és 74 év közöttiekénél Belgium és Hollandia ellátási helyzete átlagon fölötti. Tehát nem mutathatunk fel olyan fogászati ellátórendszert, amely egyértelműen példamutató lenne.

Az Európai Unióban jelenleg korlátozottan állnak rendelkezésre a szájegészségre vonatkozó adatok. Erre még várnunk kell addig, amíg az Európai Bizottság az elkövetkező években előrukkol az „európai egészségügyi adattér” koncepciójával.

3. 2. Belgium

3. 2. 1. Egészségügyi rendszer

Belgiumban a lakosság csaknem 99%-a rendelkezik egészségbiztosítással. A kötelező biztosítás öt privát, nem nyerségorientált pénztárszövetség, a vasutasok biztosítási alapja és egy állami egészségbiztosítási pénztár keretében működik. Ezek a biztosítási szervezetek kiegészítő szolgáltatásokra is jogosultságot nyújtanak, pl. állcsontsebészeti beavatkozásokra és homöopátiái szolgáltatásokra, továbbá kiegészítő biztosítással szolgálnak, pl. fedezik az egyágyas kórházi szoba költségeit. Ezekért a választott szolgáltatásokért a biztosítottak egy kiegészítő átalányösszeget fizetnek. A belga egészségügyi rendszer finanszírozása túlsúlyban társadalombiztosítási járulékokból történik. A belga társadalombiztosítás ágazatai: az egészség-, nyugdíj- és munkanélküliségi biztosítás. A munkavállalók bruttó bérük bizonyos hányadát fizetik be járulékként, amit a munkaadók szakcsoportok szerint differenciáltan kiegészítenek. A szolgáltatások elszámolása a költségtérítés elve szerint történik, amihez a biztosítottak önrészekkel is hozzájárulnak. A direkt önrészek az egészségügyi összkiadások 18%-át teszik ki, miközben az önkéntes biztosítás részesedése 5%. Az egészségügyi rendszer illetékes igazgatási szerve az *Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI)/Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV)*. Az egészségügyi költségvetésről a kormány dönt, azt egy bizonyos képlet

szerint szétosztja az öt egészségpénztár között, amelynek során figyelembe veszi a szociális és gazdasági tényezőket, az egyes rendszerek taglétszámát, a munkahelyi egészségügyi kockázatot.

A fekvőbeteg szektoron kívüli ellátást alapvetően a szabadfoglalkozású orvosok biztosítják. A betegek szabadon választhatnak orvost. Ez lehet szerződött, vagy szabadfoglalkozású orvos. A szerződött orvosok az adott egészségpénztár feltételeivel, rendszerint kedvezőbb díjszabásokkal működnek. A szabadfoglalkozású orvosokat ezzel szemben nem kötik feltételek. Mivel a belga egészségügyi rendszerben az önrészek igen nagy jelentőséggel rendelkeznek, a betegeknek oda kell figyelniük az adott orvos működési körülményeire. Minél drágább az orvos, annál magasabb a beteg által fizetendő önrész.

3. 2. 2. Fogászati ellátás a kötelező biztosítás keretében

A belga biztosítási rendszer széleskörű fedezetet nyújt a fogászati szolgáltatások részére. A gyermekek számára csaknem minden szolgáltatást kifizet. A nemzeti bizottság tájékoztató kampányokat szervez a gyermekek fogászati ellátása területén, az iskolákban mobil fogorvosi teamek végeznek szűrővizsgálatokat. Az egyes országrészekben a flamand (*Verbond der Vlaamse Tandartsen*) és a vallon (*Société de médecine dentaire*) fogászati társaság szervez prevenciók kampányokat.

A felnőttek fogászati ellátása keretében térítik az alapvető szolgáltatások, a konzerváló eljárások, az alapvető endodontikus szolgáltatások, a kivehető fogsorok nagy részét. Koronát, hidat, implantátumot, állcsontsebészeti beavatkozásokat nem térítenek. A szellemi vagy testi fogyatékkal élők számára a korábban évente egyszeri helyett, újabban trimeszterenként térítik a profilaktikus fogtisztítást. Az 50 év fölöttiek számára kifizetik a kivehető fogsort. A 18 és 50 közöttieknek a költségtérítést a *Technical Dental Council*-nak vagy szakértőnek kell engedélyeznie.

A fogorvosok többnyire szabadfoglalkozásuként folytatják tevékenységüket, amit az állam a kötelező egészségbiztosítás keretében az egyedi szolgáltatások térítése keretében finanszíroz. A fogorvosi tevékenység térítésének részleteit az *Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI)* mellett működő nemzeti bizottság rögzíti, amelyben a fogorvosok és az egészségpénztárak képviselői vesznek részt. A fogorvosok és az egészségpénztárak közötti megállapodást két évente megújítják. A fogorvosoknak döntenieük kell, hogy belépnek-e vagy sem. A megállapodás rögzíti a téríthető fogászati kezelések mértékét. A térítésből kizárt kezelésekre, mint koronák, hidak, inlay-tömések, implantátumok, a fogorvos privát árat szabhat meg. A

megállapodáshoz csatlakozó fogorvosoknak be kell tartaniuk a kollektív díjat, a beteg pedig részben vagy teljes egészében visszaigényelheti azt biztosítójától. 2013-ban a fogorvosok 68%-a e díjszabás szerint számolt el. A megállapodáson kívüliek tetszés szerint megszabhatják a díjat, amiből aztán a beteg a szerződésben rögzített mértékben igényelhet vissza biztosítójától. A fogorvosnak tájékoztatnia kell a beteget arról, hogy részt vesz-e a megállapodásban vagy sem. A betegek direkt módon, beutaló nélkül fordulhatnak specialistához.

Belgiumban privát kiegészítő biztosítás is létezik. Az ilyen biztosítók többnyire csoportos szerződéseket kötnek a vállalkozók alkalmazottainak ellátására. A szolgáltatások költségátvállalása és a díjak mértéke jelentősen különbözik.

3. 3. *Dánia*

3. 3. 1. *Egészségügyi rendszer*

Dánia nemzeti egészségügyi rendszerének finanszírozása szövetségi és helyi adókból történik. A lakosság biztosítás kötésére kötelek. Az egészségügyi összkiadások 84%-át adóbevételekből finanszírozzák. Ez a GDP 8,9%-ának felel meg. Az egészségügyi szolgáltatásokhoz való privát hozzájárulások az egészségügyi kiadások 16%-át (a GDP 1,7%-át) teszik ki. Ezek elsősorban gyógyszerek, fizioterápia, szemüvegek és fogászati ellátások költségeit fedezik. Egyre több dán köt önkéntes kiegészítő biztosítást a fogászati ellátások finanszírozása céljából.

Az állami egészségbiztosítás keretében a dánok kétféle tagsági modell közül választhatnak. Az első modell keretében (a lakosság 99%-a) a biztosító tagjai háziornosnál regisztráltatják magukat, aki biztosítja számukra az elsődleges ellátást és a szakorvoshoz való beutalást. Ezek a betegek beutaló nélkül fordulhatnak szemorvoshoz, fül-orr-gégészhez, fogorvoshoz és kiropraktikerhez. A második modell keretében a betegek, eltekintve néhány kivételtől, szabadon választhatnak háziornost, fogorvost, kiropraktikert, viszont önrészt kell fizetniük.

A dán egészségügyi rendszer három igazgatási szintre tagolódik: országos, regionális és lokális szintre. Ennek jellemzője a munkamegosztáson alapuló, decentralizált szervezeti struktúra: az ország kormányára hárul a szabályozás, a felügyelet, az általános tervezés és a minőségellenőrzés; a régiók a részletes tervezés, a kórházi egészségügyi szolgáltatások definíciója és biztosítása tekintetében illetékesek; az

önkormányzatok feladata az egészségfejlesztés, a betegségmegelőzés, a rehabilitáció, az otthoni ápolás és a nem specializált tartós ápolás.

3. 3. 2. Fogászati ellátás a nemzeti egészségügyi rendszer keretében

Az állami fogászati ellátás 18 éven aluliak számára ingyenes, szervezése az önkormányzatokra hárul. A szolgáltatások azonban privát praxisokban is igénybe vehetők. A fogászati ellátásokat általában az iskolák közvetítik. 2013-ban Dániában 98 önkormányzat működött, amelyek közül 91 saját fogorvosokat foglalkoztatott, akiknek helyiségeket biztosított a gyermekek és fiatalok kezelése céljából. A 16 és 18 év közöttiek az állami fogászati szolgálat helyett privát fogorvosok szolgáltatásait is igénybe vehetik, a költségeket pedig teljes mértékben a nemzeti egészségügyi szolgálat viseli. Ugyancsak az önkormányzatok biztosítják a felnőtt lakosság, valamint az időskorúak és fogyatékkal élő személyek fogászati ellátását. 2015-ben az éves önrész a nemzeti fogászati gondoskodási program (*Omsorgstandplejen*) keretében maximum 485 DKK-t (65 EUR-t) tett ki.

A felnőttek fogászati ellátása keretében a térítési díjak megállapítására a régiók és a dán fogászati szövetség közötti alku keretében kerül sor. Ebben a rendszerben a beteg direkt a fogorvosnak fizeti ki a honorárium egy részét. A másik részt a fogorvos kiszámlázza a régiónak. A költségek 82,5%-át a betegek, 17,5%-át a régiók viselik, a prevenciós szolgáltatások és a sürgősségi kezelések díjaira fizetett támogatás magasabb. A 18 és 25 év közötti fiatal felnőttek magasabb támogatásban részesülnek. Dániában a fiatalok és fogyatékkal élő időskorúak szájegészségügyi ellátását helyi adóforrásokból fedezik. A felnőttek ellátását a betegek önrészeiből és országos adóforrásokból finanszírozzák.

Kiegészítő privát fogászati biztosítások

Az állami egészségbiztosításban résztvevő felnőttek 40%-a rendelkezik a fogászati ellátásokra is kiterjedő privát kiegészítő biztosítással. Ennek keretében három különböző térítési tarifa és lépcsőzetes szolgáltatási volumenek között lehet választani. Ebből mindennemű ellátás fedezhető, beleértve a fogpótlást.

3. 3. 4. A fogászati ellátások adatbázisai

Az 5 és 17 év közötti gyermekek és fiatalok szájegészségi státuszának követésére a ***Danish Child Oral Health Care Act*** (1972) bevezetése óta egy központi regiszterben

(*Sundhedsstyrelsens Centrale Odontologiske Register, SCOR*) kerül sor, amelyet évente frissítenek. A SCOR-regiszter legújabb adatai 2017-ből származnak. A felnőtt lakosság szájegészségi státusza tekintetében eddig két terjedelmes reprezentatív felmérésre került sor (*Danish Health Examination Survey, DANHES 2007–2008*). A DANHES-Survey résztvevőinek száma $n = 4.402$ volt. A vizsgálatba bevont korcsoportok tekintetében az Egészségügyi Világszervezet módszertani ajánlásait követték. Többek között 35 és 44 év közötti felnőttek és 65 és 74 év közötti időskorúak megkérdezésére került sor.

3.4. Németország

3.4.1. Egészségügyi rendszer

Németországban a kötelező betegbiztosítási rendszer keretében 2021. július 1-én 102 biztosítótársaság működött, amelyek a lakosság 87%-a részére nyújtottak biztosítási védelmet. A privát biztosítás keretében 50 vállalkozás működik, amelyben egyes csoportok (önálló vállalkozók, a biztosítási kötelezettség határát meghaladó jövedelemmel rendelkező alkalmazottak) kötnek biztosítást (a lakosság 11%-a). A lakosság fennmaradó része (katonák, rendőrök, menekültek) speciális állami biztosítási programokban vesz részt.

A kötelező betegbiztosítás finanszírozása alapvetően a munkavállalók és a munkaadók által fele-fele arányban viselt jövedelemfüggő járulékokból történik, amit adótámogatásokkal egészítenek ki (2017. óta évente 14,5 milliárd EUR). Ezek a pénzek az egészségügyi alapba folynak be, amelyből a kötelező betegbiztosítási társaságok a biztosítottak száma szerint részesednek. A részesedés a biztosítottak kockázati szerkezetéhez igazodik és bizonyos faktorok szerinti (életkor, nem, betegségek) alapátalányokból tevődik össze. Mindezek mellett minden betegpénztár individuális, jövedelemfüggő pótdíjat vehet ki.

A kötelező betegbiztosítás a kezelési költségek csaknem egészét fedezi. A biztosítottakra mérsékelt költséghozzájárulások hárulnak. A biztosítottak direkt költségrészesedése 2017-ben az egészségügyi összkiadások 12,5%-át tette ki. A kötelező betegbiztosítás szolgáltatási katalógusának részleteit a **Közös Szövetségi Bizottság (Gemeinsamer Bundesausschuss – G-BA)** irányelvei rögzítik. Ez a közös társadalombiztosítási önkormányzat legmagasabb grémiuma, amelyben a biztosítók, az orvosok, fogorvosok és kórházak képviselői vesznek részt. A német egészségügyi

rendszer jellemzője a szabad orvos- és kórházválasztás, valamint az ambuláns és a fekvőbeteg szektor szétválasztása.

3. 4. 2. Fogászati ellátás a kötelező betegbiztosítás keretében

A fogászati ellátások rendszere a kötelező és a privát biztosítás keretében több szempontból eltérő. A kötelező betegbiztosítás keretében általában mindenki rendelkezik biztosítással fogászati ellátásokra is. Ez mind gyermekekre, mind felnőttekre vonatkozóan így van. A biztosító általában teljes mértékben átvállalja a prevenció és a fogászati ellátások költségeit, ha a szerződésben definiált rendes ellátásról van szó. Amennyiben a biztosítottak a szerződésekben rögzített ellátáson túlmenő kezeléseket választanak, maguknak kell viselniük a többletköltségeket. Fogpótlás esetén a kötelező betegbiztosítás a szerződésben definiált rendes ellátás költségei fölötti 60%-os (2020. szept. 30-ig: 50%-os) pótdíjat vállal. Ez a rögzített összeg a 75%-ot (2020. szept. 30-ig: a 65%-ot) is elérheti, ha a biztosított az elmúlt tíz év során rendszeresen és bizonyíthatóan igénybe vette a szűrővizsgálatokat. A fogpótlási szolgáltatásokat a betegpénztárnak előzetesen engedélyeznie kell. Ezzel kapcsolatban be kell nyújtani a kezelőorvos terápiás és költségvetési tervét. Ebben fel kell tüntetni a szerződésben rögzített ellátás, valamint a tervezett ellátás költségeit. Alacsony jövedelemmel rendelkező betegek esetén a betegpénztár a szerződésben rögzített ellátás költségeinek 100%-át is átvállalhatja (ami a rögzített összeg kétszeresének felel meg).

A fogászati ellátásokat szövetségi szinten a Betegpénztári Fogorvosok Szövetségi Egyesülésének (*Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung – KZBV*), lokális szinten a Betegpénztári Fogorvosok Egyesülésének (*Kassenzahnärztliche Vereinigung – KZV*) 17 területi tagja szervezi a betegpénztárakkal egyetértésben. A betegpénztári fogorvosok egyesülései az összes fogorvost képviselik, akik a kötelező betegbiztosítás keretében kezelések végzésére jogosultak. A szabadfoglalkozású orvosok szolgáltatásait egy szövetségi szinten a Betegpénztári Fogorvosok Szövetségi Egyesülése és a nagy betegpénztárak között kialakult díjszabás szerint térítik. A díjszabás az alapszolgáltatások széles palettáját tartalmazza. Az egyes kezeléstípusokat egy pontrendszer segítségével relatív értékekhez viszonyítják. Ezt követően a 17 betegpénztári fogorvosi egyesülés és a betegpénztárak tartományi szinten döntenek minden pont pénzbeli értékéről, amelyet a régiókban kifizetésekre fordítanak.

Privát fogászati biztosítások

A privát betegbiztosítás keretében különbséget tehetünk (szubsztitútív) teljeskörű biztosítás és (komplementer) kiegészítő biztosítás között. A teljeskörű privát betegbiztosítás kiterjed a fogászati ellátásokra is, amelyek volumenét az individuális biztosítási szerződésben rögzítik. Ez azt jelenti, hogy a fedezet rugalmasan alkalmazkodhat minden egyes személy szükségleteihez. A fogászati kiegészítő biztosítások ezzel szemben a kötelező betegbiztosítás mellett köthetők és elsősorban olyan szolgáltatásokat fedeznek a fogpótlások területén, amelyek túllépik a kötelező betegbiztosítás szerződésben rögzített szolgáltatásainak körét.

3. 4. 4. Felmérések a szájegészség helyzetéről

Németországban eddig öt nagy reprezentatív felmérés készült a szájegészség helyzetéről. A vizsgált korcsoportok vonatkozásában az Egészségügyi Világszervezet ajánlásait követték. Mindegyik felmérésben gyermekeket (12 éven felüliek), felnőtteket (35 és 44 év közöttiek), valamint időskorúakat (65 és 74 év közöttiek) kérdeztek meg. Az eredmények a fogszuvasodás, a paradontopátiák, a fluorózis, az okklúziós zavarok, a moláris-incizális hipomineralizáció, orális diszfunkciók tekintetében nyújtanak támpontokat.

A BARMER biztosító jelentése a fogászati ellátások helyzetéről –

BARMER Zahnreport 2022

BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung (bifg)

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse – Band 37, 20. Oktober 2022 (96 p.)

Forrás Internet-helye:

A BARMER Zahnreport 2022 és az összes jelentés 2011. óta:

https://www.bifg.de/publikationen/reporte/zahnreport-2022?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=Newsletter+16%2F2022+-+Zahnreport ;

Sajtómappa és prezentáció (27 p.):

<file:///C:/Users/user/Downloads/digitale-pressemappe-zahnreport-2022.pdf>

A fiatal- és középkorú lakosság fogászati státusza Németországban egyre jobb. 2012 és 2020 között a huszonévesek körében az invazív fogterápia nélküli átlagos időtartam

több mint hat hónappal, 4,4 évre, a negyvenes éveikben levőknél három hónappal, 1,9 évre növekedett.

A vizsgálat különböző korcsoportok körében vizsgálta, hogy mennyi ideig nincs szükség invazív fogterápiára: gyökérkezelésre, tömésre, paradontitisz-kezelésre, új koronákra, foghúzásra. Az előrelépés a 60 év fölöttiek körében volt a legcsekélyebb, akiknél az átlagos terápiamentes időtartam egy hónappal, 1,6 évre növekedett.

2012 és 2020 között a terápiamentes biztosítottak száma a legfiatalabb és a legidősebb korosztály körében a legmagasabb. A kezelést követő kilenc év során a 40 és 50 évesek körében voltak a legkevesebben, akik nem részesültek terápiában. A 70-ik életévet követően a terápiamentes biztosítottak száma meredeken növekedik. A gyakori terápia a középkorúak körében a fokozott mértékben fellépő paradontitisznek tulajdonítható. Később, egyebek között a fogvesztés miatt ennek gyakorisága is csökken.

A jelentés szerint jelentős különbségek mutatkoznak a nemek fogászati státusza között. A férfiak általában sokkal hosszabb ideig terápiamentesek mint a nők. A 49 éves férfiak 12,4%-a és a velük egykorú nők 8,4%-a tartósan nem részesült invazív fogászati terápiában. A nemek közötti arány a 70-ik év fölött megfordul, amikor az invazív fogászati beavatkozás iránti szükséglet az életkorral csökken. A nők egyértelműen több fogászati ellátást vesznek igénybe. Egyidejűleg kevesebb fogukat veszítik el.

Frissítés:

A kiegészítő privát fogászati biztosítások helyzete Németországban 2021-ben

zm online, 13. 01. 2023

Forrás **Internet-helye:** <https://www.zm-online.de/news/detail/178-millionen-deutsche-haben-eine-zahnzusatzversicherung>

A Privát Betegbiztosítók Szövetsége (Verband der Privaten Krankenversicherung – PKV) szerint a kiegészítő privát fogászati biztosítással rendelkezők száma a kötelező betegbiztosítás tagjai körében 2021-ben az előző évhez viszonyítva 4,62%-kal (787.000 fővel) növekedett. 2020-ban a növekedés 3,3% (539.200 fő) volt. Összességében 17,8 millió személy rendelkezik kiegészítő privát fogászati biztosítással. A ***PKV-Verband*** szerint a kiegészítő privát fogászati biztosítással rendelkezők száma csupán 2012 és 2021 között 30,9%-kal (4,3 millió fővel) növekedett. Az ilyen biztosítással rendelkezők száma 2012-ben 13,6 millió volt.

3. 5. Hollandia

3. 5. 1. Egészségügyi rendszer

A holland egészségügyi ellátás 2006. óta univerzális szociális egészségbiztosításon alapul, amely az egészségügyi rendszert ösztönző kontrollált versennyel társul. A rendszer finanszírozása a polgárok biztosítási járulékaiból (72%) és adóforrásokból származó támogatásokból (13%) történik. A biztosítási járulék összetevői: a polgárok jövedelemfüggő járuléka (a gyermekek díját az állam viseli), valamint a munkaadók által viselt jövedelemfüggő járulék. A pénz egy központi alapba kerül, amelyet kockázatkiiigazítást követően osztanak el a biztosítók között. Mind az alapbiztosítást, mind a kiegészítő biztosítást privát biztosítótársaságok szolgáltatják. A polgárok szabadon választhatnak biztosítót, a biztosítók pedig kötelesek mindenkit befogadni az alapbiztosításba. Az alapszolgáltatási csomag háziorvosi ellátásra, anyasági ellátásra, gyógyszerellátásra és pszichoterápiára terjed ki. Az első 385 EUR-t mindenkinek saját zsebből kell fizetnie, a háziorvosi tanácsadás, a terhesgondozás és a 18 éven aluliak orvosi ellátása kivételével. Az alapsomagot meghaladó szolgáltatásokat (szemüveg, fogászat) önkéntes kiegészítő biztosítással kell fedezni. A holland egészségügyi rendszer meghatározó eleme a kapuőr elve. Kórházi és szakorvosi ellátáshoz (a sürgősségi ellátás kivételével) háziorvosi beutalóra van szükség.

[Lásd még: *A holland egészségügyi reform tanulságai*, 2010. 11. sz.; *A holland modell a német rendszer szemszögéből (1-2.)*, 2010. 36. sz.; *Ambuláns orvosi ellátás Németországban, Hollandiában és Svájcban; Egységes szerkezetben* 2016. 12. sz.; *A verseny szerepe az egészségügyben. Németország, Svájc és Hollandia tapasztalatai (5. rész): Hollandia. A holland egészségügyi rendszer*, 2016. 16. sz., *Egységes szerkezetben az Archívumban is; A holland egészségbiztosítás alakulása 2006. óta. A reform hatásainak elemzése*, 2018. 12-13-14-15; 17-18; *Egységes szerkezetben* 2018. 18. sz. és az Archívumban.]

3. 5. 2. Fogászati ellátás a szociális betegbiztosítás keretében

A 18 éven aluliak (2008–2010: a 21 éven aluliak) fogászati ellátásának volumene különbözik a felnőttektől. A felnőtteknek, opcionálisan önkéntes kiegészítő

biztosításból maguknak kell fizetniük a fogászati kezelések többségét. Felnőttek számára a költségtérítés a fogatlan szájüregbe helyezett fogsorra és súlyos fizikai és/vagy pszichés fogyatékkal élő személyek ellátására korlátozódik. Az alapbiztosítás 18 éven aluliak számára fedezi a prevenciós és gyógyító fogászati költségeket, beleértve a frontális fogakra helyezett koronát és hidat, amennyire ez trauma vagy hypodontia miatt válik szükségessé. A fogászati kezelések honoráriumai alku tárgya lehet. Az összegeket a nemzeti egészségügyi hatóság évente határozza meg. A fogászati szolgáltatások többségét ambuláns praxisban működő fogorvosok biztosítják.

Kiegészítő privát egészségbiztosítás

A harmadik pillér a privát kiegészítő egészségbiztosítás. Ennek önkéntes megkötésére a **ZVW** (*Zorgverzekeringswet*, egészségbiztosításról szóló törvény) és a **WLZ** (*Wet Langdurige Zorg*, tartós ápolásról szóló törvény) keretében, olykor a ZVW-alapbiztosítás többletszolgáltatásaként nyílik lehetőség. 2009-ben a kiegészítő szolgáltatások a biztosítók szolgáltatásokra fordított kiadásainak mintegy 6%-át tették ki. A kiegészítő biztosítások jelentősége az 1990-es évek óta, a szolgáltatási katalógus korlátozásai folytán indult növekedésnek. 2009-ben a holland biztosítottak 92%-a rendelkezett ilyen kiegészítő biztosítással. Különösen népszerűek a fogászati, állcsont-ortopédiai és fizioterápiás kiegészítő biztosítások. 2015-ben a biztosítottak 78%-a rendelkezett fogászati kezelések költségeinek fedezését célzó kiegészítő biztosítással.

3. 6. Spanyolország

3. 6. 1. Egészségügyi rendszer

A spanyol egészségügyi rendszer (*Sistema Nacional de Salud – SNS*) finanszírozása elsősorban adóforrásokból történik. Szervezete nemzeti és regionális szintű. Nemzeti szinten születnek döntések a stratégiai kérdésekről, a rendszer koordinációjáról és ide tartozik a szolgáltatások felügyelete. Az egészségügyi szolgáltatások tervezése és a szolgálatok irányítása a 17 autonóm közösségre hárul.

2017-ben az egészségügyi kiadások 71%-a a közpénzekre, 24%-a a privát háztartásokra jutott. Jóllehet az adórendszer erőteljesen decentralizált, a kiegészítő alapok bonyolult rendszere biztosítja az autonóm közösségek közötti finanszírozási egyenlőtlenségek csökkentését.

A kórházi és az orvosi alapellátás ingyenes, a gyógyszerellátásért járó díj az összköltségek átlagosan 70%-át teszi ki. Az elektív műtétekhez való hozzáférést várólistákkal kontrollálják.

3. 6. 2. Fogászati ellátás az állami egészségügyi rendszer keretében

Az elsődleges egészségügyi ellátás keretében létezik egy állami fogászati szolgálat, amely az egyes regionális egészségügyi intézmények keretében működik. Ez csak sürgősségi ellátást nyújt, pl. foghúzást, vagy antibiotikumok felírását. Szükség esetén a beteget állcsontsebészhez irányítják. Ezt a kezdetleges szolgáltatási kínálatot a régiók specifikus programokkal egészíthetik ki. Ezek a programok jelenleg prevencióra és gyermekfogászatra korlátozódnak.

A felnőtt lakosság fogászati ellátását az állami szektorban általában a háziorvosok biztosítják, jóllehet egyes városi egészségügyi centrumokban fogorvosok is részt vesznek az elsődleges ellátásban. A szolgáltatási csomag foghúzásra, fertőzések és szájüregi gyulladások kezelésére, terhes nők megelőző fogászati ellátására terjed ki. Azon betegeknek, akik fogvesztéshez vezető onkológiai kezeléseknél vetik alá magukat, valamint veleszületett fogfejlődési rendellenességben (hypodontia) szenvedő betegeknek megtérítik az implantátumot.

A fogászati kezelések többségét privát fogászati praxisok végzik, a kezelések költségeit a betegek direkt fizetik ki. A díjak rendjére vonatkozóan nem létezik előírás.

Privát fogászati ellátások

2013-ban a lakosság 19,3%-a vett igénybe privát biztosítást a fogászati kezelések költségeinek fedezésére. A díjat direkt a biztosítónál fizetik be. A vállalkozások rögzített összegeket fizetnek a fogorvosoknak a szolgáltatási katalógusban szereplő kezelésekért.

4. 1. 2. A fogászati ellátások költségei

A fogászati ellátás vásárlóerő-paritás szerint korrigált költségeinek összehasonlítása azt mutatja, hogy a vizsgált országok között jelentős eltérések mutatkoznak. A fogászati ellátásokra fordított egy főre eső kiadások 2010-ben Belgiumban, 2011 után Spanyolországban voltak a legalacsonyabbak. E kiadások 2005 és 2018 között mindvégig Németországban voltak a legmagasabbak. Feltűnő, hogy az egy főre eső

kiadások Németországban és Belgiumban éveken keresztül mérsékelten növekedtek, miközben Hollandiában és Spanyolországban hol inkább, hol kevésbé ingadoztak. Spanyolország az egyetlen, ahol az egy főre eső kiadások 2018-ban alacsonyabbak voltak, mint 2005-ben.

A fogászati ellátásokra fordított kiadásoknak az összes egészségügyi ellátáshoz viszonyított aránya Németországban a legmagasabb. Miközben ez az arány 2005 és 2017 között Spanyolországban és Németországban jelentősen, Dániában pedig csekély mértékben csökkent, ebben az időszakban Belgiumban növekedés volt megfigyelhető. 2018-ban a fogászati ellátásokra fordított kiadások az öt országban az egészségügyi összkiadások átlagosan 4,3%-át tették ki (min. 3,3% Belgiumban, max. 6,7% Németországban).

Ha a fogászati ellátásokra fordított kiadások egészségügyi összkiadásokhoz fordított aránya jóval magasabb, mint a megfelelő egy főre eső kiadások esetén, ez arra utalhat, hogy a fogászati szolgáltatások egyéb egészségügyi szolgáltatásokhoz viszonyított igénybevétele meghaladja az átlagot és/vagy az egyéb egészségügyi szolgáltatásokhoz viszonyított árszint magasabb.

A fogászati ellátásokra fordított kiadások GDP-ből való részesedése: Miközben 2005 és 2017 között a fogászati ellátások GDP-ből való részesedése Dániában és Hollandiában minimálisan, Spanyolországban és Belgiumban pedig valamivel nagyobb mértékben növekedett, ebben az időszakban Németországban minimális mértékben csökkent. Ezek a trendek a nemzeti GDP alakulásával függnek össze. 2008-ban és 2009-ben Spanyolországban például a fogászati kiadások részesedésének növekedése volt megfigyelhető, amely nem nominális költségnövekedésen alapult, hanem a GDP-nek a pénzügyi válsággal összefüggésben bekövetkezett csökkenésének volt tulajdonítható.

4. 1. 3. A fogorvosi személyzet helyzete

Miközben 2000-ben az 1.000 lakosra jutó fogorvosok száma Dániában volt a legmagasabb, ez az arány 2018-ig folyamatosan csökkent. Németországban viszont folyamatosan növekedett, 2011-ben így Németország vette át a vezetést. A vizsgált időszakban az 1.000 lakosra jutó fogorvosok száma, valamivel alacsonyabb mértékben, de Hollandiában is növekedett. 1.000 lakosra Németországban 0,86, Hollandiában 0,55

fogorvos jut. A növekedési ráta Spanyolországban volt a legmagasabb: 2018-ban Spanyolországban és Belgiumban 1.000 lakosra 0,75 fogorvos jutott. A fogorvosok száma a vizsgált országokban a vizsgált időszakban kiegyenlítődt.

*

British Dental Association (BDA), Press release, 6 March 2023

<https://bda.org/news-centre/press-releases/Pages/Half-of-dentists-have-cut-back-NHS-work-with-more-to-follow-as-crisis-mounts.aspx>

A **British Dental Association (BDA)** körkérdésére 2.000 *General Dental Practitioner* válaszolt. Az eredmények szerint:

- Angliában a pandémia kezdete óta a fogorvosok 50,3%-a csökkentette a *National Health Service (NHS)* keretében folytatott tevékenységét.
- A fogorvosok 74%-a tervezi, hogy csökkenti, vagy tovább csökkenti az NHS keretében folytatott tevékenység volumenét.
- 43% tervezi, hogy átlép a privát szektorba. 42% pályaelhagyásra készül, vagy előrehozott nyugdíjba megy. 12% külföldön folytatná praxisát.

A BDA hivatalos adatokon alapuló elemzése szerint a fogászati ellátás területén fedezetlen szükséglet 2022-ben 11 millió embert érintett. Hatmillió ember próbált időpontot szerezni, ezt 3,6 millió ember meg sem próbálta, mert úgy gondolta, hogy ügysem kap. Egymillió embert a költségek rettentenek el a kezeléstől, a várólistán levők száma 500.000.

ELŐJEGYZÉSI LISTA

2023. III. negyedév 1. sz.

Globális egészségügy

- Globális jelentés az élelmiszerválságról – *Global Report on Food Crisis 2023 (GRFC)*
- Jelentés a terméketlenség globális helyzetéről – *Infertility Prevalence Estimates, 1990–2021*
- Jelentés a gyermekházasságok globális helyzetéről

Európai Unió

- *CanScreen5* globális rákszűrési program
- Rákos megbetegedések okozta várható halálozás az Európai Unióban 2023-ban
- Nemzetközi projekt a tüdőrák prevenciója, korai felismerése és kezelése területén – *Lung Cancer-related risk factors and their Impact Assessment (Lucia)*
- *PRAISE-U*: európai multidiszciplináris projekt a prosztatatarák-szűrés területén

Egészségügyi rendszerek (az ÖKZ cikksorozata)

- Az amerikai egészségügyi rendszer
- A horvát egészségügyi rendszer
- A svájci egészségügyi rendszer

Kórházügy

- Jelentés a kórházak helyzetéről Németországban 2022-ben. A kórházi személyzet helyzete – *Krankenhaus-Report 2023 (AOK WIdO)* (1. rész): A kórházak személyzet helyzetének alakulása 2000. óta

Gyógyszer

- Gyógyszerkompasz 2022 (3. rész): Gyógyszerkiadások európai összehasonlításban
- A ritka betegségek gyógyítására szolgáló gyógyszerekre vonatkozó európai és nemzeti jogszabályok reformjának szükségessége
- Scholz listája
- Gyógyszerfelírás időskorúak részére a kórházból való elbocsátáskor

Hivatásrend

- Jelentés az orvosok keresetéről az Egyesült Államokban – *Physician Compensation Report 2023*
- A svájci orvosi praxisok gazdasági helyzete 2020-ban
- A svájci orvosi praxisok és ambuláns központok strukturális adatai 2020-ban
- A praxisok költségei Németországban 2017 és 2020 között
- Felmérés a háziorvosok, szakorvosok, fogorvosok és pszichoterapeuták gazdasági helyzetéről Németországban – *Medizinklimaindex 3. Quartal 2022 / 1. Quartal 2023*
- A szabadfoglalkozású orvosok jövedelme Németországban 2022 októberében
- Jelentés az orvosi honoráriumok helyzetéről Németországban 2021-ben – *Honorarbericht 2021*

Bérlpolitika

- A minimálberek helyzete az Európai Unióban 2023-ban
- A tarifaszterződése szerinti berek helyzete Európában
- A betegpénztári főnökök keresete 2022-ben

Lelki egészség

- Jelentés a pszichoterápia helyzetéről Németországban 2021-ben. A lelki egészség költségei – *Report Psychotherapie 2021*

Infotainment

- Charles Dickens Karácsonyi története és a poszttraumás zavar

Personalia

- Jung-yul Park, az Orvosok Világszövetsége Elnökségének új elnöke

*

A továbbiakban:

Egészségügyi rendszerek

- Az olasz egészségügyi rendszer
- A brit egészségügyi rendszer
- A norvég egészségügyi rendszer
- Az izraeli egészségügyi rendszer és az oltási stratégia (WIP PKV)
- Jelentés az egészségügyi beruházások szükségességéről – *Ready for the Next Crisis? Investing in Health System Resilience (OECD)*

Kórházügy

- Jelentés a kórházak helyzetéről 2022-ben. A kórházi személyzet helyzete – *Krankenhaus-Report 2023 (AOK WIdO)* (2-3. rész): 2. A kórházi személyzet helyzete nemzetközi összehasonlításban; 3. A kórházi személyzet bérezése
- Az intenzív ápolással járó hospitalizációk helyzete Svájcban 2014 és 2021 között – *Hospitalisierungen mit Intensivpflege, 2014 bis 2021*
- A kórházak közötti távkonzultációk térítésének és költségeinek szabályai
- Panaszkezelés a németországi kórházakban 2018-ban (DKI)
- A kórházi vezetők kommunikációja és a munkahelyi közérzet

Egészségügyi kiadások

- Az egészségügyi kiadások statisztikája Németországban 2021-ben
- A 300 milliárd eurós kérdés – a német egészségügy kiadásainak prognózisa 2040-ig
- A santésuisse közleménye az egészségügyi költségek és a biztosítási díjak alakulásáról Svájcban 2023-ban
- Az egészségügyi alapszolgáltatás költségei Svájcban 2021-ben
- Az egészségügy költségei és finanszírozása Svájcban 2021-ben

Gyógyszer

- Gyógyszerkompassz 2022 (4. rész): Gyógyszerfogyasztás európai összehasonlításban

Szociális biztonsági rendszerek

- A svájci szociális biztonsági rendszerek összesített pénzügyi mérlege 2021-ben – *Gesamtrechnung der sozialen Sicherheit 2021 (GRSS)*
- Folyamatok a szociális biztonsági rendszerekben Svájcban 2019-ben

Ápolás

- A szociális ápolásbiztosítás jövője (WIP PKV)
- A svájci ápolási otthonok indikátorai 2019 és 2021 között

eHealth

- *A Label2Enable* survey az egészségügyi applikációkról

Kórházhygiénia

- Egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések Ausztriában 2020-ban

Szenvedélybetegségek

- Metamfetamin-fogyasztás Európában
- Az alkoholfogyasztás statisztikája Európában. Minden tizenkettedik európai naponta fogyaszt alkoholt
- Jelentés a dohányzás kontrolljának helyzetéről az Európai Unióban 2021-ben – *The Tobacco Control Scale 2021 in Europe*
- A szenvedélybetegségek évkönyve 2023 – *DHS Jahrbuch Sucht 2023*

Hivatasrend

- Jelentés az orvosnők és férfi orvosok esélyegyenlőségéről a német egészségügyben
- Katapultülésben a kórházigazgatók (DKI)
- Az egészségügyi személyzet helyzete Svájcban
- Az autonómia hét tézise az egészségügyben

Emberi erőforrás

- A szakképzett munkaerő helyzete az egészségügyi és szociális foglalkozások körében Németországban 2022-ben
- Személyzetkiesés a német kórházaknál
- Felmérés a munkaerő helyzetéről az orvostechika területén (DKI)

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 megelőzésében az időskorúak körében
- Longitudinális kohorszvizsgálat a svéd lakosság egészségi állapotáról
- Az optimális erőnléti edzés hatása a halálozás csökkentésére az időskorúak körében

Szakmai irányelvek

- Irányelvek az intenzív osztályok megterhelésének és a triázs megelőzéséről

Lelki egészség

- Depresszió és öngyilkossági fantáziák az amerikai orvosok körében
- Az öngyilkosságok trendje Európában
- *AXA Mind Health Report*
- Lelki zavarok kezelése fiatalok körében 2020-2021-ben Svájcban

Balesetek

- Munkahelyi balesetek és munkavégzéssel összefüggő megbetegedések Svájcban
- Elektromos rollerekkel elszenvedett balesetek incidenciája Finnországban 2019 és 2021 között

Táplálkozás

- Táplálkozáspolitikák Németországban: a *Food Environment Policy Index (Food-EPI)* értékelése
- Kohorszvizsgálatok a táplálkozásról

Várható élettartam

- Születéskor várható élettartam 16 nyugat-európai országban 2019-ben
- Jelentés a születéskor várható élettartam alakulásáról az Egyesült Államokban 2019 és 2021 között (medRxiv, preprint) (2022. 04.)
- A születéskor várható élettartam alakulása az Egyesült Államokban (CDC) (2012. 12.)
- Jó egészségben töltött időskor és születéskor várható élettartam Svájcban

Halálozás

- Az Egyesült Államokban a szegénység a negyedik leggyakoribb halál oka
- Összefüggés a napi lépésszám és a halálozás között az amerikai időskorúak körében

Orvosok elleni agresszió

- Politikailag motivált bűncselekmények a német egészségügyben 2021-ben

Szülészet, nőgyógyászat

- A gyermekágyi halálozás trendjei 2000 és 2020 között – *Trends in maternal mortality 2000 to 2020*
- A The Lancet cikksorozata a koraszülések globális helyzetéről – *Small Vulnerable Newborns*
- A terhességmegszakítások statisztikája Svájcban 2021-ben
- A terhességmegszakítások statisztikája Németországban 2022. második negyedévében
- A császármetszések statisztikája Németországban 2021-ben
- Meddőség és veszélyeztetett terhesség az orvosnők körében
- Az orvosilag asszisztált mesterséges megtermékenyítés helyzete Svájcban 2021-ben

Képzettség

- A valószínűesszámítási ismeretek jelentősége az orvosi gyakorlatban

Laikus öngyógyítás

- Dr. Google: áldás vagy átok?

Szociálpolitika

- A svájci időskori gondoskodás modellje nemzetközi összehasonlításban
- A három pilléren alapuló svájci időskori biztosítási rendszer, mint nemzetközi reformmodell
- A szociális segélyek statisztikája Svájcban 2020-ban
- A jövedelmek helyzete Nagy-Britanniában

Gyógyászati eljárások

- Az AOK-biztosító jelentése a gyógyászati eljárások alkalmazásáról 2021-ben – *Heilmittelbericht 2022/2023*
- A BARMER-biztosító jelentése a gyógyászati eljárások alkalmazásáról – *BARMER-Heilmittelreport 2022*

Infotainment

- Giorgio de Chirico: aurás migrén ihlette a metafizikus festészetet?
- Aquinói Tamás halála
- Stendhal inspirálta szindrómák: a Stendhal-szindróma és a Brulard-szindróma

Rövidhírek (aleatorikusan):

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