

# ***Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete***

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

**2024. IV. negyedév 2. sz. (Lapzárta: 2024. nov. 20. 0:00)**

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

### **Globális egészségügy**

- Az ENSZ éghajlatváltozási konferenciája – 2024 *United Nations Climate Change Conference – COP29* (Baku, 2024. november 11-22.)
- Globális prioritások a vakcinakutatás területén
- A rákos megbetegedések és halálozás rátájának globális prognózisa 2050-ig
- A stroke globális, regionális és nemzeti betegségterhe és kockázati tényezői 1990 és 2021 között; *Global Burden of Disease Study 2021*
- A Fogorvosok Világszövetségének statementjei

### **Koronavírus**

- Szociális egyenlőtlenségek a pandémiával összefüggésben

### **Európa**

- A WHO Europe jelentése a közösségi médiák használatáról és a mentális egészség helyzetéről a fiatalok körében – *Teens, screens and mental health*
- Az Európai Unió válaszingedményei a Covid19-világjárvány kapcsán. Az Európai Számvevőszék különjelentése az ECDC és az EMA tevékenységéről a pandémia idején
- Az Európai Bíróság ítélete az internetes gyógyszerkereskedelemtől és az egészségügyi adatok védelméről
- 9. jelentés a hajléktalanság helyzetéről Európában. 400.000 gyermek állandó lakóhely nélkül (FEANTSA)
- Az Európai Légzéstudományi Társaság a dohányzásmentes Európáért

### **Egészségügyi rendszerek (az ÖKZ cikksorozata)**

- A cseh egészségügyi rendszer
- A szlovák egészségügy a pandémia idején
- Pódiumbeszélgetés a finn egészségügyről (DÄ)

### **Kórházügy**

- Jelentés a kórházak helyzetéről Németországban. – *Krankenhaus-Report 2024: Strukturreform (WiDO)* (4. rész): A sürgősségi ellátás és a mentőszolgálat reformja
- Jelentés a német pszichiátriai intézetek gazdasági helyzetéről – *Psychiatrie-Barometer 2024 (DKI)*
- A Német Kórházigazgatók Szövetségének évkönyve – *Praxisberichte 2024*
- A BARMER biztosító kórházügyi jelentése. A szívbillentyű-betegségek terápiája 2010 és 2023 között – *BARMER Krankenhausreport 2024*

## **Kardiológia**

- Jelentés a kardiológiai megbetegedések helyzetéről Németországban 2022-ben. Szívelégtelenség – 35. *Deutscher Herzbericht 2024*
- Elhízottsággal összefüggő ischaemiás szívbetegség miatti halálozás az Egyesült Államokban 1999 és 2020 között

## **Gyógyszer**

- Új gyógyszerek az engedélyezéstől a térítésig: Egyesült Államok, Európai Unió, Anglia, Svájc (2011-2022)
- A rákellenes gyógyszerek gyorsított engedélyezési eljárásának kérdőjelei az Egyesült Államokban
- A polimedikáció prevalenciája az időskorú európaiak körében. Nemzetközi felmérés a háziorvosok receptfelírási gyakorlatáról
- A BARMER-biztosító gyógyszerügyi jelentése. HPV elleni oltások – *BARMER Arzneimittelreport 2024. Fokus Impfen – HPV-Impfung*
- A Roche új kutatóközpontja Baselben

## **Neurodivergencia**

- A világ a neurodivergens orvosok szemével

## **Orvostörténet**

- Tourette-szindrómában szenvedő hírességek

## **Infotainment**

- A rómaiak bolondító beléndekkel bódították magukat

## **Personalia**

- Robert F. Kennedy Jr., kijelölt amerikai egészségügyi miniszter
- Dr. Ole Johan Bakke, az Európai Orvosok Állandó Bizottságának új elnöke
- Dr. Thomas Weber, az Európai Hypertonia Társaság új elnöke
- Arnaud Perrier, a Svájci Orvostudományi Akadémia új elnöke
- † Elhunyt Karsten Vilmar, a Német Szövetségi Orvosi Kamara egykori elnöke

## **Melléklet 1**

- Egészségügyi rendszerek (az ÖKZ cikksorozata) – egységes szerkezetben. Külső források függelékben

## **Melléklet 2**

- Jelentés a kórházak helyzetéről Németországban. – *Krankenhaus-Report 2024: Strukturreform (WIdO)* – egységes szerkezetben

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

**Az ENSZ éghajlatváltozási konferenciája**  
**2024 United Nations Climate Change Conference– COP29**  
**(Baku, 2024. november 11-22.)**  
**„Global Carbon Budget 2024“**

**Kulcsszavak:** globális egészségügy, környezetegészségügy, klímaváltozás, COP29, ENSZ, nemzetközi

**Forrás Internet-helye:** <https://cop29.az/en/home> ; <https://unfccc.int/cop29> ;  
**COP29 SPECIAL REPORT ON CLIMATE CHANGE AND HEALTH (82 p.):**  
[https://cdn.who.int/media/docs/default-source/environment-climate-change-and-health/cop29-special-report\\_full.pdf?sfvrsn=dd2b816\\_5](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/environment-climate-change-and-health/cop29-special-report_full.pdf?sfvrsn=dd2b816_5) ;

**Global Carbon Budget 2024:**

<https://globalcarbonbudget.org/fossil-fuel-co2-emissions-increase-again-in-2024/> ;

**Friends of the Earth International (FOEI):** <https://www.foei.org/> ;  
<https://www.foei.org/cop29-opens-with-rush-for-false-solutions-civil-society-decry-carbon-markets-decision/>

**Az ENSZ 29. klímavédelmi konferenciájára (2024 United Nations Climate Change Conference, másképpen: Conference of the Parties of the UNFCCC – COP29) 2024 november 11-22. között Bakuban kerül sor.**

A globális felmelegedés korlátozásával kapcsolatban az Európai Unió továbbra is az 1,5 C°-fokos célkitűzést támogatja. Az álláspontot luxemburgi találkozójukon az EU környezetvédelmi miniszterei is megerősítették. A célkitűzést 2015-ben a Párizsi Éghajlatvédelmi Egyezmény keretében fogadták el és azt 2025-ig meghosszabbították. A kitűzött évente 100 milliárd USD összeget első alkalommal 2022-ben sikerült elérni. A konferencia keretében került sor a „*Global Carbon Budget 2024*“ c. jelentés ismertetésére. A CO<sub>2</sub>-kibocsátások 2024-ben az előző évhez viszonyítva 0,8%-kal, 37,4 milliárd tonnára növekedtek. A legnagyobb kibocsátó, Kína közel áll az emissziók csökkentéséhez. A széndioxidkibocsátás növekedése Indiában a legmagasabb (4,6%). Ezzel szemben az EU-ban -3,8%, az Egyesült Államokban -0,6%.

Az ENSZ tagállamainak jövő év elején be kell mutatniuk nemzeti klímaterveiket (*nationally determined contributions – NDCs*). Az Egészségügyi Világszervezet és a holdudvarában működő tudományos műhelyek (többek között a *Centre for Planetary Health Policy – CPHP*) ajánlást bocsátottak ki a klímafinanszírozás új célkitűzéseivel (*New Collective Quantified Goal – NCQG*; <https://cphp-berlin.de/en/about-us/organisation/> ) kapcsolatban.

A klímavédők figyelmeztetnek az éghajlatvédelmi konferencia egyik határozatának kockázataira. A klímára káros gázkibocsátások és az emissziók jóváírásának piaci szabályaival kapcsolatban szélesebb vita nélkül elfogadtak egy háttéregyezményt, amely szerintük megkérdőjelezi a konferencia szavahihetőségét. Ezzel kapcsolatban a *Friends of the Earth International (FOEI)*, az *Oil Change International* és a *350.org* közös statementet bocsátott ki.

[Lásd még: COP24, 2018. 25. sz.; COP25, 2019. 23. sz.; COP 26, 2020. 2. sz.; 2021. 22. sz.]

### ***Globális prioritások a vakcinakutatás területén***

World Health Organization, 5 November 2024 News release, Geneva  
eBioMedicine, Part of The Lancet Discovery Science, 105424  
November 04, 2024

**Kulcsszavak:** globális egészségügy, immunizáció, kutatás&fejlesztés, vakcinakutatás, WHO Immunization Agenda 2030, Egészségügyi Világszervezet

**Forrás Internet-helye:**

[https://www.thelancet.com/journals/ebiom/article/PIIS2352-3964\(24\)00460-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/ebiom/article/PIIS2352-3964(24)00460-2/fulltext) ;  
<https://www.who.int/news/item/05-11-2024-who-study-lists-top-endemic-pathogens-for-which-new-vaccines-are-urgently-needed>

**Mateusz Hasso-Agopsowicz (WHO) és mt.** egy többkritériumos döntési elemzés keretében vázolták fel az endémiás kórokozók elleni oltóanyagok kutatás-fejlesztési prioritásait az ***Immunization Agenda 2030*** összefüggésében.

Az elemzés következtetése szerint a kutatások keretében ***három vakcinakategóriának kell prioritást biztosítani, amelyek 17 endémiás kórokozóval szemben biztosítanak védelmet:***

1. Azoknál a vakcináknál, amelyek fejlesztése tekintetében még intenzív kutatások szükségesek, a legmagasabb prioritást az A-csoportú streptococcusoknak, a hepatitis C-vírusnak, a HIV-1-nek és a klebsiella pneumoniae-nak kell biztosítani.
2. Azoknál a vakcináknál, amelyek továbbfejlesztést igényelnek, a következő patogének elleni fellépésnek kell a legmagasabb prioritást biztosítani: cytomegáliavírus, influenzavírusok, leishmaniák, norovírusok, plasmodium falciparum (malária), shigella és staphylococcus aureus.
3. A közvetlenül engedélyezés, politikai ajánlás vagy bevezetés küszöbén álló vakcináknál a következőkre szükséges összpontosítani: dengue-vírus, B-csoportú streptococcusok, extraintesztinális patogén Escherichia-coli-törzsek, mycobacterium tuberculosis, valamint a respiratorikus szinciciális vírus.

**Mateusz Hasso-Agopsowicz :** [hassoagopsowicz@who.int](mailto:hassoagopsowicz@who.int)

[Lásd még: *Immunization Agenda 2030*, 2021. 10. sz.]

***A rákos megbetegedések és halálozás rátájának globális prognózisa 2050-ig***

JAMA Netw Open. 2024;7(11):e2443198.

doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.43198

**Kulcsszavak:** globális egészségügy, népegészségügy, rákos megbetegedések, halálozás, prognózis, nemzetközi

**Forrás Internet-helye:**

<https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2825637>

***Habtam Mellie Bizuayehu (Rural Health Research Institute, Charles Sturt University, Orange, Australia) és mt.*** tanulmánya szerint a rákos megbetegedések globális rátája 2050-ig 77%-kal, a rák miatti halálozásoké 90%-kal növekedhet.

A kutatócsoport elemzése 36 ráktípusra, a világ 185 országára, ill. a 2022-es év adataira terjedt ki.

A növekedés elsősorban a megbetegedéseknek és a rákkal összefüggő halálozásnak az alacsony jövedelemmel rendelkező országokban bekövetkező megháromszorodásának tulajdonítható. Növekedés ugyan a magasabb jövedelemmel rendelkező országokban is várható, de annak mértéke sokkal alacsonyabb lesz.

Az előrejelzés szerint 2050-ig a rákos megbetegedések száma világviszonylatban eléri a 35,5 milliót. A 2022-ben becsült 20 millióból kiindulva ez 76,6%-os növekedést jelentene. A rákos megbetegedésekkel összefüggő halálesetek száma pedig 2050-ig 15,5 millióra növekedhet, ami a 2022-es halálozási adathoz (9,7 millió) viszonyítva 89,7%-os növekedésnek felel meg.

Az alacsonyabb jövedelemmel rendelkező országokban az esetszám 142,1%-kal, a rákos megbetegedésekkel összefüggő halálesetek száma 146,1%-kal növekedhet. A magasabb jövedelemmel rendelkező országokban 41,7%-os, ill. 56,8%-os növekedésre számíthatunk.

A rákos megbetegedések incidenciája és a rákkal összefüggő halálozás a férfiak körében 2022-ben magasabb volt mint nőknél. A kutatócsoport előrejelzése szerint az olló 2050-ig még jobban szétnyílik, a férfiak és nők közötti különbség elérheti a 16,0%-ot.

***A stroke globális, regionális és nemzeti betegségterhe és kockázati tényezői  
1990 és 2021 között; Global Burden of Disease Study 2021***

The Lancet Neurology, Volume 23, Issue 10 p973-1003 October 2024

**Kulcsszavak:** népegészségügy, stroke, Global Burden of Disease-Study, nemzetközi

**Forrás Internet-helye:**

[https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422\(24\)00369-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422(24)00369-7/fulltext)

A *Global Burden of Disease Study* szerint 2021-ben a stroke volt a harmadik leggyakoribb halálok. Becslések szerint 11,9 milliós incidencia és 93,8 milliós prevalencia mellett világviszonylatban 7,3 millió ember halt meg stroke-ban. Az életkorral korrigált incidencia 1990 óta egyötödével csökkent, abszolút számokban azonban 70%-kal növekedett.

***Eredmények***

- 2021-ben a GBD keretében vizsgált betegségek közül a stroke volt a harmadik leggyakoribb halálok (7,3 millió haláleset). Ez az összes halálok 10,7%-a, a ischémias szívbetegségek és COVID19 után.
- A stroke miatt egészségkárosodással korrigált életevek (*Disability adjusted Life Years – DALY*) száma 160,5 millió. Ez az összes betegség miatt elvesztett életév 5,6%-a.
- 2021-ben a stroke globális prevalenciája 93,8 millió, incidenciája 11,9 millió volt.
- Globális szinten a stroke esetek 65,3%-a ischémias jellegű, 28,8%-a intracerebrális vérzés, 5,8%-a subarachnoideális vérzés volt.
- Az individuálisan szignifikáns kockázati tényezők sorrendje: a szisztolés vérnyomás (56,8%), a környezeti finompor (16, %), a dohányzás (13,8%), a magas LDL-koleszterin (13,1%) és a háztartás légszennyezettsége (11,2%).
- A stroke okai között 1990-hez viszonyítva erőteljesen növekedett a túlsúlyosság/magas test-tömeg-index (88%), a magas hőmérséklet (72%) és a cukrozott italok fogyasztásának (23%) szerepe.

***Finanszírozás: Bill & Melinda Gates Foundation.***

## *A Fogorvosok Világszövetségének statementjei*

FDI World Dental Federation, 09/15/2024

International Dental Journal

**Kulcsszavak:** globális egészségügy, fogászat, Fogorvosok Világszövetsége, World Dental Federation, nemzetközi

### **Forrás Internet-helye:**

<https://www.fdiworlddental.org/fdi-general-assembly-2024-results-are-now-out> ;

<https://www.sciencedirect.com/journal/international-dental-journal>

A *Fogorvosok Világszövetségének* isztambuli küldöttgyűlése nyolc „*Policy Statement*“-et fogadott el.

**A fogtechnikusok hatásköréről:** Az FDI álláspontja szerint a fogtechnikusok nem nyilatkozhatnak önállóan a diagnózisról és a kezelés módjáról. Az orvosi felelősség a fogorvosokra tartozik.

**Mesterséges intelligencia a fogászati ellátásban:** A mesterséges intelligencia számos előnyt nyújt a fogászati ellátás számára: nagyobb hatékonyságot, pontosabb diagnózisokat és a kezelések magasabb minőségét. Ennek érdekében teljesülnie kell néhány követelménynek: a mesterséges intelligencia alkalmazásának minőségi adatokon kell alapulnia, a fogorvosoknak el kell sajátítaniuk a mesterséges intelligenciára vonatkozó alapismereteket.

**Speciális ellátási igényű betegek fogászati kezelése:** Világviszonylatban egymilliárdra tehető azok száma, akik valamilyen fogyatékossgal élnek. Ők fokozott mértékben szorulnak szájegészségi ellátásokra. Az FDI velük kapcsolatban felhívja a figyelmet az **ENSZ Fogyatékossgal élő Személyek Jogairól szóló Egyezménye** 25. cikkének betartására. [https://www.un.org/disabilities/documents/natl/hungary-ez.pdf ] Ezzel kapcsolatban felszólítja a tagállamokat egy nemzeti szájegészségi politika kidolgozására, a speciális igényű emberek szükségleteinek figyelembe vételére, a hozzáférés akadályainak leküzdésére, a megfelelő oktatási tartalmaknak a fogorvosi képzésben való megjelenítésére.

**A cukorfogyasztás csökkentése:** Az FDI emlékeztet az ENSZ cukorfogyasztásról szóló guideline-jára, miszerint öt százalékkal kellene csökkenteni a cukorbevitelt, ami konvergens nemzetközi, nemzeti és lokális élelmiszerpolitikával érhető el. Egyben a cukortermékekre kivetett adók emelésére szólítja fel a kormányokat. Ezzel kapcsolatban fontos elem a nutri-score feltüntetése az élelmiszerek csomagolásán. [Lásd még: *Az Egészségügyi Világszervezet két globális jelentése: a cukrozott italokra kivetett különadókról és az alkoholra kivetett különadókról, 2024. I. negyedév, 1. sz.*]

**A korai gyermekkori fogszuvasodással (Early Childhood Caries – ACC) szembeni fellépés:** A szűrővizsgálatokat és oltási programokat fel kell használni a szülők és a kezelőszemélyzet szájegészségről és korai gyermekkori fogszuvasodásról való tájékoztatására és prevenciós intézkedések bevezetésére. További követelmény, hogy a szakképzett egészségügyi személyzetet világviszonylatban fokozottabb mértékben érzékenyíteni kell a korai gyermekkori fogszuvasodás vonatkozásában.



## ***Szociális egyenlőtlenségek a pandémiával összefüggésben***

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (OBSAN)

OBSAN BULLETIN 04/2024 (8 p.)

**Kulcsszavak:** globális egészségügy, népegészségügy, pandémia, koronavírus, COVID19, szociális egyenlőtlenségek, nemzetközi

**Forrás Internet-helye:** [https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2024-08/obsan\\_bulletin\\_2024\\_04\\_d.pdf](https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2024-08/obsan_bulletin_2024_04_d.pdf)

- Összefüggés áll fenn a képzettség és a COVID19 súlyos lefolyása között. Ez az összefüggés az oltóanyag korlátozott rendelkezésre állása szakaszában fokozódott.
- A szűkös lakáskörülmények, a sok kontaktussal járó foglalkozások, az alacsony követelményszint, valamint a korlátozott idő- és térbeli rugalmasság magas kockázattal társulnak.
- A hátrányos helyzetű csoportoknak idejében nyújtott célirányos információ, valamint a védőintézkedések szigorítása és a munkahelyi oltási lehetőség hozzájárulhatnak a szociális egyenlőtlenségek csökkentéséhez a jövőbeli pandémiák idején.

### ***A szociális egyenlőtlenségek mechanizmusai a pandémiák idején***

Bambra és mt. (2022) szerint az újonnan fellépő fertőző betegségeknél tipikusan négy mechanizmus vezet egészségi következményekkel járó egyenlőtlenségekhez, amelyek a COVID19-re is érvényesek:

- Az expozíció egyenlőtlen kockázata: Ebben a tekintetben a foglalkozási különbségek állnak előtérben. A COVID19-pandémia idején az intenzív kontaktusokkal járó kereskedelmi és egészségügyi foglalkozások társultak az expozíció magasabb kockázatával. Ez minden olyan foglalkozásnál fennáll, amelyeknél nincs lehetőség a home office-ra.
- A fertőződés egyenlőtlen kockázata: A COVID19-pandémia idején a fertőződés kockázata hátrányos helyzetű településrészekben és szűkös lakáskörülmények között magasabb volt, mint privilegizált környezetben. A viselkedésbeli különbségek, a védőintézkedések be nem tartása további különbségekkel járnak.
- Egyenlőtlen hajlamosság a megbetegedésre: A kórelőzmények és a krónikus stressz egyenlőtlenségekhez vezetnek a betegségre való hajlamosság tekintetében. COVID19 esetén pl. a krónikus légúti megbetegedések kockázati tényezőt jelentek a súlyos lefolyás vonatkozásában. Ezek hátrányos szociális helyzetű csoportoknál elterjedtebbek, mint privilegizáltaknál.
- Egyenlőtlen hozzáférés: Az egészségügyi szolgáltatásokhoz, többek között prevenciós eljárásokhoz, oltásokhoz kellő időben való hozzáférés a hátrányos szociális helyzetű csoportok és etnikai kisebbségek számára a szegénység, diszkrimináció, vagy nyelvi és kulturális korlátok miatt gyakran nehézségekbe ütközik. COVID19 esetén ez a betegség súlyos lefolyását eredményezheti.



***A WHO Europe jelentése a közösségi médiák használatáról  
és a mentális egészség helyzetéről a fiatalkorúak körében –  
Teens, screens and mental health***

A focus on adolescent social media use and gaming in Europe, central Asia and Canada. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC).  
International report from the 2021/2022 survey Volume 6  
WHO Europe, Copenhagen, 25 September 2024 (41 p.)

**Kulcsszavak:** lelki egészség, mentális egészség, szenvedélybetegségek, játékszenvedély, fiatalkorúak, Internet-használat, Internet-függés, közösségi médiák, Egészségügyi Világszervezet Európai Régiója, Európa

**Forrás Internet-helye:** <https://www.who.int/europe/news/item/25-09-2024-teens--screens-and-mental-health> ; <https://iris.who.int/handle/10665/378982> ; <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/378982/9789289061322-eng.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Az **Egészségügyi Világszervezet Európai Regionális Irodájának** jelentése szerint több mint minden tizedik fiatalkorú személy közösségi médiahasználatára problematikus.

***Eredmények:***

- A serdülők 11%-ának közösségi média használata problematikus. Lányoknál 13%, fiúknál 9%.
- A fiatalok 36%-a konstansan online kapcsolatban áll barátaival, az arány a 15 éves lányok körében a legmagasabb (44%).
- A serdülők 34%-a naponta játszik valamilyen digitális játékot, 22% azokon a napokon, amikor játékba fog, legalább 4 órát játszik.
- A serdülők 12%-ánál felmerül a problematikus játékszenvedély (fiúknál 16%, lányoknál 7%).

A problematikusnak ítélt közösségi médiahasználat a teenagerek körében 2018 és 2022 között 7%-ról 11%-ra növekedett. A WHO szerint új elem, hogy a fiatalkorú gamerek körében a toxikus viselkedés aránya 12%-ra növekedett.

A WHO Europe terjedelmes felmérése csaknem 280.000 (11, 13 és 15 éves) gyermekre terjedt ki az Európai Régió 44 országából, Közép-Ázsiából és Kanadából. A problematikus közösségi médiahasználat definíciója szerint az alanyok viselkedését szenvedélybetegségről tünetek jellemzik, ami abban nyilvánul meg, hogy már nem képesek kontrollálni a médiahasználatot, elvonási tüneteik vannak és elhanyagolnak más tevékenységeket.

***Az Európai Unió válaszingtezkedései a Covid19-világjárvány kapcsán.***  
***Az Európai Számvevőszék különjelentése***  
***az ECDC és az EMA tevékenységéről a pandémia idején***  
European Court of Auditors. Special Report 2024/12 EN/HU (54 p.)

**Kulcsszavak:** pandémia, koronavírus, COVID19, európai egészségügy, HERA, ECDC, EMA, Európai Számvevőszék, Európai Unió

**Forrás Internet-helye:** <https://www.eca.europa.eu/hu/publications/sr-2024-12> ;

**EN:**

[https://www.eca.europa.eu/ECAPublications/SR-2024-12/SR-2024-12\\_EN.pdf](https://www.eca.europa.eu/ECAPublications/SR-2024-12/SR-2024-12_EN.pdf) ;

**HU:**

[https://www.eca.europa.eu/ECAPublications/SR-2024-12/SR-2024-12\\_HU.pdf](https://www.eca.europa.eu/ECAPublications/SR-2024-12/SR-2024-12_HU.pdf)

I Az Unió két egészségügyi ügynöksége – az ***Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ (European Centre for Disease Prevention and Control – ECDC)***, illetve az ***Európai Gyógyszerügynökség (European Medicines Agency – EMA)*** – az Európai Bizottság mellett fontos szerepet játszik az Európai Gazdasági Térség egészségügyi politikájának végrehajtásában. Az ECDC feladata a fertőző betegségekből adódó, az emberi egészséget fenyegető aktuális és újonnan megjelenő veszélyek azonosítása, értékelése és kommunikálása. Tevékenységének középpontjában a kockázatok értékelése áll. Az EMA felel a gyógyszerek centralizált forgalomba hozatali engedélye iránti kérelmek tudományos értékeléséért. A világjárvány kezdetén, 2020-ban az ECDC és az EMA költségvetése 61, illetve 358 millió euró volt.

II Jelentésünk céljára értékeltük az ECDC és az EMA felkészültségét és reagálását a Covid19-világjárványra: ez volt az első átfogó ellenőrzés a két ügynökség egészségügyi válság idején nyújtott teljesítményét illetően. A Számvevőszék a Covid19-világjárványra adott uniós válaszingtezkedésekkel kapcsolatban több áttekintést készített és ellenőrzést végzett: a mostani is ezek sorába tartozik. Értékeltük azt is, hogy a bizottsági fellépés mennyire releváns a feltárt hiányosságok kezelése szempontjából. Várakozásunk szerint munkánk mindkét ügynökségnek segítségére lesz abban, hogy felkészültebbek legyenek a jövőbeli egészségügyi szükséghelyzetek esetén.

III Megállapítottuk, hogy a két ügynökség – hatáskörén és kapacitásán belül – általában véve jól reagált a Covid19-válságra, egyes területeken azonban feltártunk néhány hiányosságot is. Noha a két ügynökség nem volt teljesen felkészülve egy elhúzódó világjárványra, mindketten a lehető leggyorsabban reagáltak, mielőtt a járvány kiterjedése egyértelművé vált. Ezen felül a világjárvány előtti időszakhoz képest javították az átláthatóságukat, és bővítették a nyilvánossággal való kommunikációjukat. A Bizottság és az ügynökségek most ültetik át a gyakorlatba a világjárvány tanulságait, de egyelőre nem lehet megállapítani, elegendő lesz-e ez ahhoz, hogy az ügynökségeket megfelelően felkészítsék a jövőbeli népegészségügyi szükséghelyzetekre.

IV Mindkét ügynökség már korábban kidolgozott részletes népegészségügyi szükséghelyzeti terveket, és ezeket azonnal aktiválták is, de az alkalmazandó jogi és

pénzügyi keretek között ezek a tervek nem kezelték a súlyos és elhúzódó világjárvány esetén bővítendő kapacitás kérdését. A két ügynökség által korábban létrehozott kiterjedt nemzetközi hálózatok hasznosnak bizonyultak a világjárvány kezelésében. Az EMA-nak volt egy, a vészhelyzet esetén hátrébb sorolható tevékenységekről összeállított listája, az ECDC azonban nem rendelkezett ilyennel.

V Miután Kína beszámolt az új koronavírus első eseteiről, az ECDC hetekig alábecsülte a helyzet súlyosságát, de ahogy újabb információk váltak elérhetővé, felülvizsgálta álláspontját. Az ECDC ugyan nem mindig tudott kellő időben iránymutatást és segítséget nyújtani a tagállamoknak, ám ezek – különösen a szerényebb tudományos kapacitással rendelkező országok – mégis nagyra értékelték a Központ támogatását, még ha saját döntéshozóik nem is mindig fogadták meg az óvatosságra intő tanácsokat. Az ECDC által gyűjtött tagállami adatok sokszor nem voltak összevethetőek egymással.

VI Hogy felgyorsítsa a Covid19-oltóanyagok és -kezelések értékelési eljárását, az EMA a Bizottság támogatásával kihasználta a rugalmas szabályozás lehetőségeit, elsősorban azt, hogy az erőforrás-igényes „folyamatos értékelésekhez” folyamodhatott. Aktívabban nyomon követte az egészségügyben jelentkező hiányokat, és a legtöbb esetben sikerült korlátok között tartania az egyéb tevékenységeire (többek között a Covid19-hez nem kapcsolódó termékek értékelésére) gyakorolt hatást, habár az ellenőrző szemlék terén mutatkoztak késedelmek. Az EMA fokozta a Covid19-gyógyszerek nyomon követését is, és azonnal intézkedett, amikor jelentős potenciális mellékhatásokra derült fény. Kevesebb sikerrel járt azonban, amikor proaktív módon szélesebb körű uniós klinikai vizsgálatokat igyekezett elérni.

VII Az ECDC 2020-ban kezdett a Covid19-cel kapcsolatban a nyilvánosságnak szóló közleményeket kiadni. Az EMA számos információt tesz közzé honlapján, és a világjárvány idején növelte a Covid19-termékekről szóló beszámolás átláthatóságát. Ugyanakkor egyik ügynökség sem kommunikált mindig olyan módon, hogy azt laikusok is könnyen megérthették volna.

VIII A Bizottság a világjárvány korai szakaszából levont tanulságokat felhasználva egy sor határozatot és javaslatot fogadott el a jogi keret módosítására. Ezek az intézkedések orvosolnak egyes hiányosságokat az Unió egészségügyi szükséghelyzetekre való reagálási képessége terén, ugyanakkor szervezetiileg összetettebbé váltak miattuk a fellépések: az érdekelt felek széles körének kell minden szinten szorosan együttműködnie. Fokozott koordinációs igény adódik az Európai Bizottság új főigazgatóságának (**Egészségügyi Szükséghelyzet-felkészültségi és -reagálási Hatóság – Health Emergency Preparedness and Response Agency – HERA**) létrehozása nyomán is, mert ennek feladatköre részben átfedésben van az ECDC és az EMA feladataival.

IX A következő ajánlásokat fogalmazzuk meg:

- o az ECDC a belső szervezetének, eljárásainak, rendszereinek és kiadványainak tökéletesítésével készüljön fel jobban a jövőbeli egészségügyi szükséghelyzetekre;
- o az EMA eljárásainak finomításával és az információterjesztés tökéletesítésével készüljön fel jobban a jövőbeli világjárványokra;
- o a Bizottság – az ECDC-vel és az EMA-val együttműködve – tisztázza a HERA, az ECDC és az EMA feladatkörét, és fokozza a koordinációt.

***Az Európai Bíróság ítélete az internetes gyógyszerkereskedelemről és az egészségügyi személyes adatok védelméről***

InfoCuria. Ítélezési gyakorlat, 4. octobre 2024. ECLI:EU:C:2024:846

Apud DAZ online, 04. 10. 2024, 15:14

**Kulcsszavak:** gyógyszer, gyógyszerkereskedelem, internetes gyógyszerkereskedelem, adatvédelem, Európai Bíróság, Európai Unió

**Forrás Internet-helye:**

<https://curia.europa.eu/juris/document/document.jsf?mode=DOC&pageIndex=0&docid=290696&part=1&doclang=FR&text=&dir=&occ=first&cid=4967677> ;

**Általános adatvédelmi rendelet (GDPR):**

<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1600679.eup>

***Az Európai Unió Bíróságának (Court of Justice of the European Union – CJEU) ítélete*** szerint az ügyfeleknek minden egyes gyógyszervásárlás esetén, beleértve vénymentes gyógyszerek internetes vásárlását, előzetesen nyomatékosan hozzájárulását kell adniuk személyi adataik kezeléséhez.

A bíróság iránymutató ítélete megállapítja, hogy tisztességtelen üzleti praxis miatt a személyes adatok védelméről szóló előírások megsértésének feltételezett társtettesei is felelősségre vonhatók a bíróság előtt.

Az internetes gyógyszerkereskedelemben a megrendelő adatai az „Általános adatvédelmi rendelet (GDPR)” szerint egészségügyi és hozzájuk kapcsolódó személyes adatoknak tekintendők. Az ezeket feldolgozó személyeknek tehát előzetesen be kell szerezniük az ügyfél nyomatékos hozzájárulását. Még abban az esetben is, ha vénymentes gyógyszerekről van szó.

A megrendelői adatok tekintetében a bíróság kifejti, hogy ezekből az adatokból „kikombinálható vagy levezethető” valamely azonosított vagy azonosítható természetes személy egészségi állapota. Az nem mérvadó tényező, hogy a gyógyszert harmadik személy részére rendelték-e meg. Elégséges annyi, hogy a gyógyszer bizonyos valószínűséggel és nem abszolút biztosan annak az ügyfélnek szól, aki azt megrendelte. Ezzel eltérő adatkezelés ellentmond a GDPR által követett magas adatbiztonság célkitűzésének. Ennélfogva az eladónak egyértelműen, teljes mértékben és könnyen érthető módon tájékoztatnia kell ügyfelét az adatkezelés sajátos körülményeiről és céljairól és be kell szereznie az adatfeldolgozáshoz szükséges nyomatékos hozzájárulását.

***Az Európai Bíróság 2024. október 4-i ítélete, C-21/23***

## ***9. jelentés a hajléktalanság helyzetéről Európában.***

### ***400.000 gyermek állandó lakóhely nélkül***

Fondation Abbé Pierre – FEANTSA, Aout 2024 (115 p.)

**Kulcsszavak:** globális szociálpolitika, népjólét, gyermekjólét, szegénység, hajléktalanság, European Federation of National Organisations working with the Homeless, Fédération Européenne d'Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri (FEANTSA), Európa

**Forrás** **Internet-helye:** [https://www.fondation-abbe-pierre.fr/sites/default/files/2024-09/Rapport\\_Europe\\_2024\\_FR.pdf](https://www.fondation-abbe-pierre.fr/sites/default/files/2024-09/Rapport_Europe_2024_FR.pdf) ;

**FEANTSA: European Federation of National Organisations working with the Homeless; Fédération Européenne d'Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri:** <https://www.feantsa.org/en>

*A Hajléktalanokkal foglalkozó nemzeti szervezetek európai szövetségének (European Federation of National Organisations working with the Homeless – FEANTSA) jelentése szerint az Európai Unióban és az Egyesült Királyságban legalább 400.000 gyermek nem rendelkezik állandó lakóhellyel, több millió pedig elképzelhetetlen lakáskörülmények között él.*

Becslések szerint az európai hajléktalanok 0,4%-a kiskorú. Az Európai Unióra és az Egyesült Királyságra kivetítve ez mintegy 400.000 gyermeknek és fiatal korúnak felel meg, akik az utcán vagy hajléktalanszállókon laknak.

Sarah Coupechoux, a kötetet kiadó Fondation Abbé Pierre munkatársa és a szöveg társszerkesztője szerint ez a szám csak becslés, de így is megdöbbentő. Egy egész generációnak többé-kevésbé bizonytalan a jövője. Az alapítvány a közelmúltban a 2007-ben elhunyt alapító zaklatási és bántalmazási ügyeiről nyilvánosságra hozott leleplezések miatt nevének megváltoztatását tervezi.

A jelentés szerint 2023-ban 14,5 millió európai gyermek nyirkos vagy penészes lakásokban lakott. Ötmillió gyermekes háztartásban nem tudták elégséges mértékben befűteni a lakást.

A szerzők szerint ezeken az állapotokon csak mélyreható strukturális intézkedésekkel lehet változtatni. Egyebek között a bérleti díjak korlátozásával és megfizethető lakások biztosításával a családok számára. A hajléktalan- vagy szükségszállásokon élők száma az Európai Unióban összesen 1,2 millióra becsülhető.

***Az Európai Légzéstudományi Társaság a dohányzásmentes Európáért***

European Respiratory Society (ERS)

Medscape.com, 18. September 2024

**Kulcsszavak:** népegészségügy, szenvedélybetegségek, dohányzás, Európai Légzéstudományi Társaság, European Respiratory Society, Európa

**Forrás Internet-helye:** <https://www.ersnet.org/congress-and-events/congress/> ;  
<https://deutsch.medscape.com/artikelansicht/4914184> ;

**Tobacco and Vapes Bill UK (Updates: 23 Sept 2024; 5 Nov 2024;190 p.):**  
<https://bills.parliament.uk/bills/3703> ; <https://bills.parliament.uk/bills/3879>

A *European Respiratory Society (ERS)* kongresszusa (Bécs, 2024. szept. 7-11.) ambiciózus célt tűzött ki: **az egész kontinens dohányzásmentessé tételét**. Ennek eléréséig azonban még le kell küzdeni néhány akadályt. Meg kell fogalmazni a „dohányzásmentesség” egységes definícióját. És le kell győzni a dohányipari lobbyt.

**Az Egészségügyi Világszervezet 2015-ben fogadta el a Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezményt (Framework Convention on Tobacco Control – FCTC)**, amely számos intézkedést tartalmaz a dohányfogyasztás következetes monitorozásától a prevencióig és a dohánytermékekre kivetett adók emeléséig.  
[<https://fctc.who.int/news-and-resources/publications/i/item/9241591013> ]

**Jacinda Ahern miniszterelnök** új-zélandi kormánya kísérletet tett a dohányzás visszaszorítására, ám a tervezetet a következő kormány visszavonta. Most az **Egyesült Királyságban benyújtották a dohányzás tilalmáról szóló törvény tervezetét** („*Tobacco and Vapes Bill*“), amely megtiltja, hogy 2009 után születettek számára dohányt és elektromos cigarettát adjanak el. Arról, hogy ez egész Európában lehetséges lenne-e, a kongresszuson **Prof. Dr. Nicholas Hopkinson, Imperial College, London**) és **Prof. Dr. Paraskevi Katsaounou, Evangelismos Hospital Athens**) részvételével pro és kontra vitára került sor.

Hopkinson szerint **a dohányzás világviszonylatban évente csaknem 8 millió emberéletet követel**. A dohányipar profitja 2018-ban csupán az Egyesült Királyságban 900 millió GBP-t tett ki. Katsaounou felhívta a figyelmet, hogy a dohányipar a kutatásokba is beavatkozik és másokkal ellentétes eredményeket hoz ki a dohányzás és az e-cigaretták fogyasztásának kockázatairól aszerint, hogy az adott tanulmányokat a dohányipar támogatásával vagy annak támogatása nélkül kezdeményezték-e. Az is a dohányipar kezére játszik, hogy a szakmai társaságok és az Egészségügyi Világszervezet részéről még nem sikerült általánosan érvényesen, egységesen definiálni a „dohánymentesség” fogalmát. Aki – az új-zélandi tervezethez hasonlóan – csak a klasszikus dohánytermékekre hivatkozik, zárójelbe teszi a probléma egy részét.



### **Heinz Brock: A cseh egészségügyi rendszer**

Das österreichische Gesundheitswesen (ÖKZ), 64.JG (2023) 5, 17. Mai 2023, 09:30

**Kulcsszavak:** egészségügyi rendszer, Csehország

**Forrás Internet-helye:** <https://www.gesundheitswirtschaft.at/publikation/64-jg-2023-5/tschechische-republik-die-erben-des-dichters/>

A független Csehszlovákia megalapítását követően a társadalombiztosítás területén alkalmazott hagyományos Bismarck-rendszer fokozatosan leépült. 1938-ban már a lakosság fele rendelkezett privát egészségbiztosítással. A második világháború után bevezetett szovjet típusú centralizált állami rendszer olyannyira nem volt működőképes, hogy az 1960-as-1980-as évekre a lakosság ellátása folyamatosan rosszabbodott. Az 1989-es rendszerváltást követően elkezdődött a társadalombiztosítási önkormányzatok, egészségbiztosítási pénztárak rendszerének kiépítése és a kórházak kivételével az állami struktúrák lebontása.

Az egészségbiztosítási pénztárak egyre több szolgáltatóval kötöttek egyedi szolgáltatásokon alapuló szerződéseket, ami azonnali költségnövekedéssel járt. 1997-től az általános orvosokkal egyedi szolgáltatásokról kötött elszámolásokat átalányokkal helyettesítették, a kórházaknak pedig fix költségvetéseket biztosítottak, a szabadfoglalkozású szakorvosok számára volumenkorlátot vezettek be. A 2003-ban bevezetett reform keretében a kórházak állami tulajdonát a kórházak mintegy felénél független regionális fenntartókra, később részben részvénytársaságokra ruházták át.

Az 1990-es évek elején bevezetett társadalombiztosítási rendszer hét állami felügyelet alatt álló társadalombiztosítási társaságból áll, amelyek a szolgáltatások finanszírozói és vásárlói. A biztosítótársaságok közötti konkurencia korlátozott, a szolgáltatási csomagok csak minimális mértékben különböznek. A polgárok szabadon választhatnak biztosítót, a biztosítóknak pedig nincs lehetőségük a biztosítottak szelekciójára, mindenkit be kell fogadniuk. A kötelező biztosítás széles kínálata kiterjed az ambuláns és kórházi ellátásra, a gyógyszerekre, egyes fogászati ellátásokra, rehabilitációra, tartós ápolásra.

A privát biztosítás csekély jelentőséggel rendelkezik. Az egészségügyi szolgáltatók az egészségbiztosítási alap (*Zdravotní pojišťovna*) keretében számolják el szolgáltatásaikat, havonta előleget, a következő évben pedig végleges elszámolást kapnak a szolgáltatásokról. A kórházak és speciális központok többsége az állam, a regionális hatóságok vagy az önkormányzatok tulajdonában van. A szabadfoglalkozású orvosok többsége privát praxisokban működik. Az általános orvosok nem rendelkeznek kapuőr funkcióval.

Az egészségügyi minisztérium (*Ministerstvo zdravotnictví*) legfontosabb háttérintézményei: az állami népegészségügyi intézet (*Státní zdravotní ústav*), az egészségügyi információs és statisztikai intézet (*Ústav zdravotnických informací a statistiky*), az állami gyógyszerügyi intézet (*Státní ústav pro kontrolu léčiv*) és a regionális egészségügyi hatóságok (*Krajské hygienické stanice*).



| <i>Az egészségügyi rendszer paraméterei</i>                        | <b>CZ</b> |
|--------------------------------------------------------------------|-----------|
| Lakosság (millió lakos)                                            | 10,7      |
| Egészségügyi kiadások (GDP %-a )                                   | 9,2       |
| Évente egy főre eső egészségügyi kiadások (USD vásárlóerő paritás) | 3.805     |
| Állami egészségügyi kiadások (egészségügyi összkiadások %-a)       | 87,7      |
| „Out of pocket” (egészségügyi összkiadások %-a)                    | 11,5      |
| Születéskor várható élettartam                                     | 77,4      |
| Megelőzhető halálozás                                              | 277       |
| Dohányosok (naponta >15; felnőtt lakosság %-a)                     | 18,1      |
| Alkohol (liter/fő; évente)                                         | 11,6      |
| Túlsúlyosság (felnőtt lakosság %-a)                                | 39,1      |
| Orvosok (1.000 lakosra)                                            | 4,1       |
| Ápolók (1.000 lakosra)                                             | 8,7       |
| Kórházak                                                           | 265       |
| Kórházi ágyak 1.000 lakosra                                        | 6,5       |
| Kórházból elbocsátott betegek (millió évente)                      | 1,7       |

#### **OECD Health Data**

Az egészségügyi kiadások a GDP 7,8%-át teszik ki (2019). Az egy főre eső egészségügyi kiadások összege 2.362 EUR, jóval elmarad az európai átlagtól. A kiadások többségét az állam finanszírozza (2019-ben azok 82%-át, ami meghaladja a 79,7%-os EU-átlagot), ami elsősorban a kötelező biztosítás keretében valósul meg. A „gazdaságilag inaktív személyek” (diákok, nyugdíjasok, munkanélküliek) számára fizetett állami hozzájárulás most már a kötelező biztosítás bevételeinek egynegyedét teszi ki.

A születéskor várható élettartam ugyan 2020-ban 78,3 év volt (EU 80,6), ami elmarad az elmúlt tíz év európai átlagától, a kelet-európai országok körében azonban Szlovénia és Észtország után a legmagasabb. A pandémia más európai országokhoz hasonlóan a születéskor várható élettartam csökkenését okozta. A COVID19 2020 augusztus végén 30.400 halálos áldozatot követelt, ami nagyjából 80%-kal haladja meg az EU-átlagot (2.843 vs. 1.591/egymillió lakos).

Az egészségügyi minisztérium stratégiai tervet készített az egészségügyi rendszer 2030-ig való továbbfejlesztésére. Ennek célkitűzései között szerepel a lakosság egészségkompetenciájának javítása és a prevencióra való fokozottabb összpontosítás.

## Sissi Eigruber: A szlovák egészségügy a pandémia idején

Das österreichische Gesundheitswesen (ÖKZ), 62.JG (2021) 12. 15. Dez 2021, 12:22

**Kulcsszavak:** egészségügy, pandémia Szlovákia

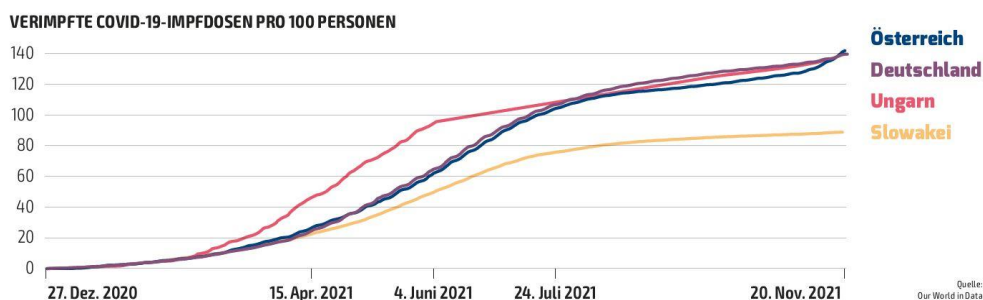
**Forrás Internet-helye:** <https://www.gesundheitswirtschaft.at/publikation/62-jg-2021-12/wenn-die-ampeln-trauer-tragen/>

Szlovákiában 2021 novemberében az újonnan fertőződtek hétnapos átlagértéke 9.020 volt. Az 5,5 millió lakossal rendelkező országban ez újabb csúcsot jelentett. **Richard Kollar matematikus (Univerzita Komenského v Bratislave)** arra figyelmeztetett, hogy az elkövetkező hetekben-hónapokban lehetetlenné válhat a vírus leküzdése. Ennek oka a rendkívül alacsony átoltottság. Ebben az időpontban az EU lakosságának átlagosan 70%-a (rendszerint két dózissal) volt beoltva. Szlovákiában mindössze 43%, ennél alacsonyabb Európa-szerte csak Bulgáriában és Romániában volt. **Peter Stachura (az Universitätsklinik St. Pölten főorvosa, egykori szlovák egészségügyi államtitkár)** szerint az alacsony átoltottság három fő oka: az elhibázott politika, a hírhamisítás és a szuboptimális kommunikációs kultúra.

Szlovákia az ingyenes tömeges tesztelés bevezetésével figyelemreméltó lépést tett a pandémia megelőzése tekintetében. Az ingyenes tesztelés Európában elsőként 2020 novemberében vette kezdetét. Ezt decemberben a lockdown bevezetése követte. Az Európai Gyógyszerügynökség engedélyezésével nem rendelkező Szputnyik V vakcina megrendelése azonban kormányválsághoz és végül Igor Matovič miniszterelnök és Marek Krajčí egészségügyi miniszter lemondásához vezetett. 2021 augusztusában leállították a Szputnyik V alkalmazását és más, az EMA által engedélyezett vakcinákra tértek át.

Ebben az időben Szlovákiában még kevés lélegeztetőgéppel ellátott kórházi ágy állt szabadon rendelkezésre. Egyre több kórház jelentette, hogy kihasználtsága kritikus és műtéteket kell elhalasztani. Eduard Heger miniszterelnök bejelentette, hogy az oltatlanok számára teljes lockdown-t rendelnek el. Azok, akik nem rendelkeztek oltással, vagy nem gyógyultak meg, nem látogathattak rendezvényeket, lokálokat, szállodákat és bevásárlóközpontokat. A tripla igazolással (oltott, gyógyult, tesztelt) nem rendelkező munkavállalókat bérre vagy bérkiegészítésre való jogosultság nélkül hazaküldhették.

### 100 lakosra jutó beadott COVID19 elleni dózisok



## ***Pódiumbeszélgetés a finn egészségügyről***

Deutsches Ärzteblatt, 24. Juni 2024

**Kulcsszavak:** egészségügy, Finnország

**Forrás Internet-helye:**

<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/152384/Was-Deutschland-vom-finnischen-Gesundheitssystem-lernen-koennte?rt=971bf246e981d1c3d78e945717e58e5a>

***A pódiumbeszélgetés szereplői: Franziska Beckebans, a Siemens Betriebskrankenkasse (SBK) ellátási igazgatója és Sven Preusker, Finnországban élő egészségpolitikai szakértő, szabadfoglalkozású publicista.***

Finnországban a lakóhelyi ellátás több mozgásteret, a szektorhatárokat meghaladó rugalmas megoldásokat és nagyobb szabadságot biztosít a szerződések alakításához a regionális szereplők számára. A költségvetési felelősség a 2023-ban bevezetett SOTE-reform óta a régiókra hárul. *[Az ún. SOTE-reform, amely 2023. január 1-én lépett hatályba, 309 municipalitásról 22 nagyobb szereplőre (21 jóléti tartományra és Helsinkire) helyezi át az egészségügyi, szociális és mentőszolgálatokért való felelősséget. – European Commission. Finland finalises its largest-ever healthcare reform:*

<file:///C:/Users/B%C3%A9la/Downloads/ESPN%20-%20Flash%20report%202022%20-%202039%20-%20FI%20-%20June%202022.pdf> ]

A gyéren lakott Finnországban a népsűrűség 18 lakos/km<sup>2</sup> (Németországban 240 lakos/km<sup>2</sup>). A SOTE-reform a regionálisan szervezett rendszer bevezetésével nagyobb egységekbe tagolta az ellátást. Összességében most már 21 régió, valamint Helsinki és Åland autonóm régió illetékes az egészségügyi, szociális és mentőszolgálatok szervezéséért. A finanszírozás állami dotációkból történik, amelyek egyebek között a lakosságszámhoz és az egyes régiók betegségterhéhez igazodnak.

Finnországban az elsődleges ellátás területén a legfontosabb szolgáltatók az egészségügyi központok. Ezek további feladatai közé tartoznak az egészségügyi tanácsadás, az oltások, a megelőző vizsgálatok, a fogászati ellátás és a bázisdiagnosztika. A nagyobb központok ágyakkal rendelkező osztályokkal is

rendelkeznek. Ez a lehetőség a betegek megfigyelését és a krónikus betegek idejében való ellátását biztosítja.

Beckebers szerint az orvosok tehermentesítése céljából Németországban is fontos lenne bővíteni az ápolók, terapeuták és az ápolóképzés területén meghonosodott új szakirányok körében (mint *e-Nurses*, *Physician Assistants*, vagy a *VERAH/NäPa*) képesítettek hatáskörét. Preusker hozzátette, ez Finnországban már valóság, az ápolók kiemelt szerepet töltenek be az elsődleges ellátásban. [VERAH: „*Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis*” – háziorvosi asszisztens; NäPa: „*Nicht-ärztliche Praxisassistentin*” – nem orvosi (képzettséggű) praxisasszisztens]

Mint Preusker kifejtette, ezekre a képzésekre kizárólagosan egyetemeken kerül sor. A különböző továbbképzések keretében az ápolók elsajátítják bizonyos gyógyszerek felírásának és az orvosok által írt rendelvények meghosszabbításának módját.

A finn egészségügyi intézményekben működő ápolók fontos feladatokat vesznek át az esetmenedzsment területén, dönthetnek arról, hogy szükség van-e orvosi vizsgálatra vagy tanácsadásra. A szakirányok és szakmai csoportok közötti kooperáció multiprofesszionális teamek keretében valósul meg.

Beckebers utalt arra, hogy a német egészségügy még mindig fokozottan orvosközpontú, az orvostársadalom pedig szkeptikusan viszonyul a feladatok delegálásához. Az ellátás jövőbeli biztosításához és az orvosok tehermentesítéséhez azonban ennek változnia kell. Példaként említette, hogy Finnországban az egészségügyi központokban a triázst is átruházzák a szakképzett ápolókra.

Finnországban a digitalizáció is már régóta az egészségügyi ellátás eszköztárába tartozik. Az elektronikus receptet 2008-ban vezették be és a finn receptek már Svédországban és Észtországban is kiválthatók. Ezenkívül az elektronikus beutalási rendszer, a betegek átirányítása, a kórházból való elbocsátás, a digitális vizitek és a betegeknek nyújtott speciális e-health-szolgáltatások az egészségügyi rendszer tehermentesítését szolgálják.

Az egész országra érvényes elektronikus betegdokumentumot 2010-ben vezették be Finnországban. Ez lehetővé teszi a betegek számára orvosi jelentéseik, laborleleteik, receptjeik és más dokumentumaik letöltését. Ez összekötő kapocs az érintett szereplők és a biztosítottak között, hangsúlyozta Beckebers.

***Jelentés a kórházak helyzetéről Németországban.  
A sürgősségi ellátás és a mentőszolgálat reformja –  
Krankenhaus-Report 2024: Strukturreform (4. rész):  
Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) –  
Springer Verlag, April 2024 (532 p.)***

**Kulcsszavak:** kórházügy, kórházügyi reform, sürgősségi ellátás reformja, mentőszolgálatok reformja, Németország, Dánia

**Forrás Internet-helye:**

<https://www.wido.de/news-presse/pressemitteilungen/2024/krankenhaus-report-2024-strukturreform/> ;

**e-Book letölthető:** <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-662-68792-5>

## ***11. A sürgősségi ellátás és a mentőszolgálat reformja***

### ***11. 1. A status quo és a reformszükséglet a sürgősségi ellátások és mentőszolgálatok területén***

A reformszükséglet témája évek óta jelen van az egészségpolitikai közbeszédben. Számos szakértői vélemény, tanulmány, állásfoglalás készült, amelyek rávilágítottak az ellátási lánc problémáira és megoldási javaslatokkal is előálltak. A sürgősségi ellátás tényleges átszervezése ennek ellenére elmaradt. Ezt a Szövetségi Egészségügyi Minisztérium által a 19. törvényhozási ciklusban (2017–2021) elvetett két reformtervezet is illusztrálja.

[A Bundestag 2024. október 9-én tűzte napirendjére a sürgősségi ellátás reformjáról szóló aktuális törvénytervezet vitáját. **Törvény a sürgősségi ellátás reformjáról:** Gesetz zur Reform der Notfallversorgung. – A szerk. megj. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Gesetze\\_und\\_Verordnungen/GuV/N/GE\\_Notfallreform\\_Kabinett.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/N/GE_Notfallreform_Kabinett.pdf) ]

A kórházi sürgősségi osztályokon fogadott betegek rátája: 100.000 lakosra 20 eset. Ez azt jelenti, hogy Németország nem éri el az OECD25-ök átlagát. Tehát még abban az esetben is ha a nemzetközi összehasonlíthatóság korlátozott, a problémák okát nem itt kell keresni.

Németországban kétféleképpen lehet sürgősségi ellátást igénybe venni: a Betegpénztári Orvosok Egyesüléseinek készenléti orvosi szolgálatánál (az összes sürgősségi eset 25%-a) és a kórházak sürgősségi betegfelvételi osztályain (az összes sürgősségi eset 75%-a). Az a tény, hogy a lakosság mindössze egynegyedének van tudomása arról, hogy nem életveszélyes egészségi problémák esetén a betegpénztári orvosok egyesüléseinek sürgősségi szolgálatát is igénybe vehetik, a betegirányítás potenciáljait bizonyítja. Még abban az esetben is, ha ebben a tekintetben a tényfeltárás nem eléggé egyértelmű, egyes vizsgálatok a

sürgősségi ellátás (túlságosan is) alacsony küszöbű igénybevételének lehetőségére utalnak és ezenfelül arra is, hogy a segítséget kérők nem ritkán túlértékelik a sürgősségi helyzetet, az esetek kezelésére pedig a betegpénztári orvosok egyesüléseinek sürgősségi praxisa is alkalmas lenne. A sürgősségi ellátás eltorzulása – és legalábbis a pandémiáig – növekvő igénybevétele a betegirányítás hiányából származik. Az „egészségügyi és ápolási fejlődés szakértői tanácsa (*Sachverständigenrat zur Begutachtung und Entwicklung im Gesundheitswesen und der Pflege – SVR*) 2018-ban közzétett szakértői véleménye szerint átfogó reformra van szükség és azt is kritikusan kell értékelni, hogy egyáltalán mennyire célszerű fenntartani a sürgősségi ellátáshoz való hozzáférés két módozatát, ill. hogyan lehetne ésszerűen összekapcsolni őket.

## **11. 2. Nemzetközi impulzusok**

Az ellátáshoz való hozzáférés és az optimalizált betegirányítás tekintetében különösen érdekes a dán példa. A hozzáférés Dániában is két hívószámon keresztül történik: a *Medical Helpline* (1813) és a mentőszolgálat (112) számán. Az egészségügyi dolgozók által működtetett *Medical Helpline* 16.00 és 8.00 óra között, valamint hétvégén és ünnepnapokon nyújt segítséget és koordinált első állapotfelmérést. Dániában e két hívószám közös digitalizált központhoz tartozik, a hívások pedig egyik számról a másikra irányíthatók. A dán kórházügyi reform keretében korlátozták a sürgősségi felvevőhelyekhez való hozzáférést, a sürgősségi szolgálat igénybevételét megelőzően minden sürgősségi betegnek előbb telefonon be kell jelentkeznie, hogy a megfelelő ellátási formához irányíthatassák. E rendszer bevezetését nyilvános kampány előzte meg, amelynek keretében minden polgárt levélben tájékoztattak a részletekről. Az átállás eredményeként a sürgősségi osztályok látogatottsága öt régió közül háromban 10 és 27% közötti arányban csökkent.

A telefonos triázs tekintetében figyelemreméltó tényező, hogy ehhez Dániában a mesterséges intelligenciát is alkalmazzák, pl. a szívleállás felismerésénél. Egy tanulmány keretében elemezték, hogy a telefonos triázs mennyiben különbözik a fogadó személyzettől függően. A hívásokat a callcenter orvosokhoz vagy ápolókhoz irányította. Ez a várakozási idő csökkentését célozta: Ha az orvosra való várakozási idő meghaladta az egy percet, akkor az irányítóközpont a mellfájdalmak miatt indított hívásokat orvos helyett ápolóhoz irányította. 11.315 orvos által fogadott hívás és ugyanannyi ápoló által fogadott hívás összehasonlítása azt mutatta, hogy az orvosok által fogadott hívások rövidebbek voltak, kevesebb sürgősségi felvételi helyre irányítást eredményeztek, a segítséget kérők pedig jobban tartották magukat az orvos ajánlásaihoz. A hét nap utáni halálozási ráta mind az orvos, mind az ápoló által fogadott hívásoknál mindkét esetben alacsony, 0,1% volt. Az eredmény összességében, hogy a telefonos triázs a sürgősségi esetek biztonságos és hatékony ellátását biztosítja.



**Dr. Karl Blum et al.: Pszichiátriai barométer 2023/2024.**  
**A pszichiátriai intézetek gazdasági helyzete –**  
**Psychiatrie Barometer 2023/2024**  
Deutsches Krankenhausinstitut, Düsseldorf, Juni 2024 (56 p.)

**Kulcsszavak:** kórházügy, pszichiátriai intézetek, gazdasági helyzet, Németország

**Forrás Internet-helye:** [https://www.dki.de/fileadmin/user\\_upload/DKI\\_Psych-Barometer24\\_online\\_240715.pdf](https://www.dki.de/fileadmin/user_upload/DKI_Psych-Barometer24_online_240715.pdf) ;

**Az összes PSYCHiatrie Barometer 2011. óta:**

<https://www.dki.de/forschung/barometer/psychiatrie-barometer>

## **1. Gazdasági helyzet**

### **1. 1. A gazdasági helyzet megítélése**

A pszichiátriai osztályok 10%-a, a pszichiátriai intézetek 17%-a ítélte meg jónak gazdasági helyzetét, miközben a pszichiátriai osztályok 62%-a és a pszichiátriai intézetek 40%-a elégtelennek ítélte azt. Az előző évhez viszonyítva a pszichiátriai intézetek valamivel jobbnak, a pszichiátriai osztályok érezhetően rosszabbnak értékelték gazdasági helyzetüket.

### **1. 2. A likviditási helyzet megítélése**

A pszichiátriai intézetek 44%-a kritikusnak, 38%-a kielégítőnek, 18%-a jónak ítélte meg a likviditások helyzetét.

A megkérdezés időpontjában, 2023/2024 fordulóján a pszichiátriai és pszichoszomatikus szakklinikák 41%-a kritikusnak, 35%-a kielégítőnek, 24%-a jónak ítélte meg likviditási helyzetét.

### **1. 3. A gazdasági várakozások megítélése**

A pszichiátriai osztályok 52%-a, a pszichiátriai intézetek 62%-a gazdasági helyzetének rosszabbodására, az osztályok 8%-a, az intézetek 4%-a annak javulására számít. A többi megkérdezett intézmény nem számít változásra.

### **1. 5. A költségnövekedés refinanszírozása**

A kórházak mindössze 14%-a válaszolta, hogy 2024-ben saját bevételeiből képes lenne a megnövekedett dologi és személyi költségek refinanszírozására. A 2023-as év költségnövekedései vonatkozásában még 38% válaszolt igennel.

[Lásd még: *Pszichiátriai barométer*, 2012. 9. sz.; 2015. 5. sz.; 2017. 6. sz.; 2018. 18-19. sz.; 2020. 21. sz.; 2021. 3. sz.; 2021. 15. sz.; 2023. II. 1. sz.; 2023. IV. 2. sz.]

***A Németországi Kórházigazgatók Szövetségének évkönyve –  
Praxisberichte 2024***

Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD)

Berlin, 3 September 2024 (132 p.)

**Kulcsszavak:** egészségügy, kórházügy, kórházügyi reform, Németországi Kórházigazgatók Szövetsége, Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD), Praxisberichte, Németország

**Forrás Internet-helye:** A 2019 óta megjelent kötetek letölthetők:  
<https://www.vkd-online.de/die-themen/praxisberichte/>

A VKD *Praxisberichte* c. évkönyve idén a kórházügyi reformnak szentel nagyobb terjedelmet, de hagyományaihoz híven hasonló jelentőséget tulajdonít a kórházügyi menedzsment, a szakképzett munkaerő hiánya, a fenntarthatóság és az innováció kérdéseinek.

**Dirk Köcher, a Németországi Kórházigazgatók Szövetségének elnöke, Städtisches Klinikum Dresden gazdasági igazgatója** az előszóban és két interjúban fejti ki a maga és a szövetség álláspontját a kórházügyi reformmal kapcsolatban. Különösen kényesnek tűnik a „szolgáltatások rendelkezésre állásának finanszírozása”. Túl a rendelkezésre állás térítésére biztosított átalányokon továbbra is esetekben kell mérni, ugyancsak 60-40-es arányban. A kórházak az esetszámok korridorjában fognak mozogni és majd ebből is hasonló effektusok adódnak, pl. hosszabb várakozási idők az indokolt beavatkozásoknál. És akkor a jelenleg nem elégséges tiszta DRG-költségvetések helyébe újabb nem elégséges rDRG- és rendelkezésre állási költségvetések lépnek. A VKD javaslata a rendelkezésre állás finanszírozásának az esetszámoktól független alakítása – miként azt eredetileg is tervezték. A rendelkezésre állás finanszírozásáról, annak jelenlegi formájában le kell mondani. A kompromisszumot az jelentené, ha a kórházak elégséges finanszírozásban részesülnének. Erre azonban kevés az esély. A miniszter a szakmai szervezetek, a tartományok és az érdekképviselők javaslatai ellenére kitart tervezete mellett.

[**Fogalommagyarázat:** „*Vorhaltepauschale / Vorhaltefinanzierung / Vorhaltebudget / Vorhaltevergütung*”: A 2024-es kórházügyi reform keretében alkalmazott finanszírozás szerint a kórházak a „szolgáltatások rendelkezésre állása”, azok készenlétben tartása ellenében részesülnek térítésben, függetlenül attól, hogy ténylegesen kezelnek-e betegeket. *Lásd: 2024. IV. negyedév 1. sz.*]

***A BARMER biztosító kórházi jelentése. A szívbillentyű-betegségek terápiája  
– BARMER Krankenhausreport 2024***

Barmer Institut für Gesundheitssystemforschung (bifg)  
bifg Newsletter 17/2024 (28 p.)

**Kulcsszavak:** kórházügy, kardiológia, szívbillentyű-betegségek terápiája, katéteres aorta billentyű beültetés (TAVI), Németország

**Forrás Internet-helye:**

<https://www.bifg.de/publikationen/krankenhausreport/2024-herzklappeninterventionen>

**Az összes BARMER Krankenhausreport 2010 óta:**

<https://www.barmer.de/presse/infothek/studien-und-reporte/krankenhausreport>

A szívbillentyű-betegségek terápiája a szív-, mellkas és érsebészet leginnovatívabb részterületei közé tartozik. A szívbillentyűsebészetben a minimálinvazív katéteres beavatkozások jelentősége 2010 óta növekedett erőteljesen. Az aorta-, mitrális és trikuszipidális billentyűknél alkalmazott beavatkozások opciót jelentenek a betegek számára, a műtéti kockázat ezeknél túl magas. Ebben az összefüggésben különleges esetet képez a trikuszipidális billentyű. Azok a betegek, akiknél ennek a billentyűnek a záróképtelensége kritikus, az esetek többségében magas kockázati csoportot képeznek, akiknek a kezelése igen bonyolult. A Német Kórházársaság (*Deutsche Krankenhausgesellschaft – DKG*) a trikuszipidális billentyűelégtelenségről 2022-ben közzétett állásfoglalásában hangsúlyozta, hogy ez a megbetegedés mind a diagnosztika, mind az indikáció felállítása és a katéteres terápiás eljárás végrehajtása tekintetében hatalmas kihívást jelent.

A szívbillentyűkön végrehajtott összes műtéti és intervenciós kezelések általános áttekintése mellett az elemzés az egyes kórházak szintjén megjelenő esetszámok alakulására is kiterjed. Áttekintve, hogy 2023-ban hány kórházban végeztek minimálinvazív beavatkozásokat az aorta- és trikuszipidális-billentyű tekintetében, különbségeket tapasztalhatunk. Annak ellenére, hogy a transzkatéteres aorta billentyű implantáció (*transcatheter aortic valve implantation – TAVI*) vonatkozásában az esetszám összességében magasabb volt, trikuszipidális billentyűn több kórházban végeztek minimálinvazív beavatkozást. 2023-ban összesen 79 kórházban végeztek TAVI-t, miközben a trikuszipidális billentyűn 135 kórházban végeztek minimálinvazív beavatkozást. A trikuszipidális billentyűn végzett minimálinvazív beavatkozások száma azonban sok kórházban alacsonyabb. Az évente végzett beavatkozások száma a kórházak 64%-ánál nem éri el a 30-at. A trikuszipidális billentyűn végzett beavatkozás komplexitása miatt a Német Kórházársaság célszerűnek látná, ha a mitrális billentyű intervencionális terápiája tekintetében előírtakhoz (évente 30) hasonlóan megkövetelnének egy minimális teljesítményt.

[Lásd még: *A BARMER biztosító kórházi jelentése. – BARMER Krankenhausreport 2021. 20. sz.; 2022. 13. IV. negyedév 1. sz.*]

***Jelentés a kardiológiai megbetegedések helyzetéről Németországban 2022-ben.  
Szívelégtelenség – 35. Deutscher Herzbericht 2024***

Deutsche Herzstiftung, Deutsche Gesellschaft für Kardiologie- Herz- und  
Kreislaufforschung e.V. (DGK), Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und  
Gefäßchirurgie (DGTHG), Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie und  
Angeborene Herzfehler (DGPK), Deutsche Gesellschaft für Prävention und  
Rehabilitation von HerzKreislauferkrankungen e.V. (DGPR)  
September 2024 (184 p.)

**Kulcsszavak:** kardiológia, szívelégtelenség, Németország

**Forrás**                      **Internet-helye:**                      <https://www.dgpr.de/home/> ;  
<https://epaper.herzstiftung.de/epaper/ausgabe.pdf>

A ***Deutscher Herzbericht*** közzétételére évente kerül sor. A 2022-es évre vonatkozó jelentés szerint 216.944 ember halt meg szívbetegségben (2021-ben: 205.581 haláleset). Ez elsősorban a lakosság elöregedésével függ össze: 2011 és 2022 között a 65 év fölöttiek aránya 20,7%-ról 22,1%-ra, a 80 év fölöttieké 5,3%-ról 7,3%-ra növekedett.

2022-ben 446.814 szívelégtelenség miatti kórházi kezelés mellett mindössze 8.349 rehabilitációra került sor kardiomiopátia/dekompenzált szívelégtelenség fődiagnózissal. A *Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von HerzKreislauferkrankungen e.V. (DGPR)* szerint csak minden kilenc-tizedik szívbeteg jut el kardiológiai rehabilitációra.

Az idei jelentés kiemelt témája a szívelégtelenség. Ennek okai: a szívelégtelenség a koronáriás szívbetegséget és a szívritmuszavarokat megelőzve, a leggyakoribb kórházi kezelést megkövetelő szívbetegség. Feltűnő a szívelégtelenség miatti halálozási ráta növekedése. Ez az esetek többségében más szívbetegségek, mint a koronáriás szívbetegség, a szívbillentyű-betegségek, a szívritmuszavarok és a veleszületett szívhibák végstádiuma.

Németországban négy millió ember szenved szívelégtelenségben. Ez a harmadik leggyakoribb halálok és a hirtelen szívhalál egyik leggyakoribb oka, mivel a szív gyenge pumpafunkciója kedvez a szívritmuszavaroknak. A szívgyengeségben megbetegedők 50%-a a diagnózist követő hat éven belül meghal.

A jelentés szerint 2022-ben 36.937 implantálható kardioverter defibrillátor beavatkozásra, 7.388 CRT-P- és 15.164 CRT-D-műtetre került sor.

[Lásd még: *Jelentés a kardiológiai beavatkozásokról Németországban – Deutscher Herzbericht*, 2015. 9. sz., 2016. 11. sz.; 2017. 5. sz.; 2018. 4. sz.; 2019. 6. sz.; 2021. 4. sz.; 2021. 19. sz.; 2023. I. negyedév 2. sz.; 2024. I. negyedév 1. sz.]

***Elhízottsággal összefüggő szívbetegségek miatti halálozás  
az Egyesült Államokban 1999 és 2020 között –  
Obesity-related heart disease deaths increased  
in the U.S. over the past two decades***

American Heart Association Scientific Sessions 2024, Abstract MDP1230  
Centers for Disease Control and Prevention (CDC)

**Kulcsszavak:** kardiológia, szívbetegségek, elhízottság, halálozás, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), CDC WONDER, Egyesült Államok

**Forrás Internet-helye:** <https://wonder.cdc.gov/> ;  
[https://newsroom.heart.org/news/obesity-related-heart-disease-deaths-increased-in-the-u-s-over-the-past-two-decades?preview=a7cd&preview\\_mode=True](https://newsroom.heart.org/news/obesity-related-heart-disease-deaths-increased-in-the-u-s-over-the-past-two-decades?preview=a7cd&preview_mode=True)

- A CDC WONDER adatbázis adatainak elemzése szerint az Egyesült Államokban az elhízottsággal összefüggő ischaemiás szívbetegségek miatti halálozások száma 1990 és 2020 között 180%-kal növekedett.
- Az elhízottsággal összefüggő ischaemiás szívbetegség miatti halálozás az 55-64 év közötti férfiak, az afroamerikai felnőttek, valamint a középnyugati és nem-metropolis jellegű régiók lakossága körében a legmagasabb.

***Aleenah Mohsin (Brown University Providence/Rhode Island) és mt. a Centers for Disease Control and Prevention (CDC) keretében készült CDC WONDER („Wide-Ranging Online Data for Epidemiologic Research“) adatait elemezték.***

Az ischaemiás szívbetegségek miatti halálozás az Egyesült Államokban az elmúlt két évtizedben csaknem háromszorosára növekedett. Az eredmények ismertetésére az ***American Heart Association*** év végén Chicagóban tartandó éves közgyűlésének előzeteseként került sor.

Az elhízottsággal összefüggő ischaemiás szívbetegségek miatti halálozások száma évente 5,03 százalékponttal növekedett. Az életkorral korrigált halálozási ráta a férfiak körében 243%-kal növekedett: 1999-ben 100.000 lakosra 2,1 2020-ban 100.000 lakosra 7,2 haláleset jutott.

Az 55 és 64 év közötti férfiak körében a növekedés 165% volt: 1999-ben 100.000 lakosra 5,5, 2020-ban 14,6 haláleset jutott.

A nők körében az életkorral korrigált halálozási ráta 131%-kal növekedett: 1999-ben 100.000 lakosra 1,6, 2020-ban 3,7 haláleset jutott. Az életkorral korrigált halálozási ráta az afroamerikai származású felnőttek körében volt a legmagasabb (100.000 lakosra 3,93 haláleset).

***Új gyógyszerek az engedélyezéstől a térítésig:***  
***Egyesült Államok, Európai Unió, Anglia, Svájc (2011-2022)***  
Annals of Internal Medicine (2024; DOI: 10.7326/ANNALS-24-006) ;  
Letters 3 September 2024

**Kulcsszavak:** gyógyszer, gyógyszerengedélyezés, térítés, Egyesült Államok, Európai Unió, Anglia, Svájc

**Forrás Internet-helye:** <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/ANNALS-24-00614>

Az *Universität Zürich* és a *Vanderbilt University School of Medicine* közös kutatócsoportja a 2011 és 2022 közötti hivatalos állami egészségügyi adatbankok alapján vizsgálta az új gyógyszereknek az Egyesült Államokban, az Európai Unióban, Angliában és Svájcban való engedélyezését. Az elemzés szerint az új gyógyszerek engedélyezése és azoknak az egészségbiztosítás általi támogatásáról szóló döntés közötti időtartam az európai országokban rövidebb, mint az Egyesült Államokban.

Az elemzésből kizárták a diagnosztikumokat, a gyermekgyógyszereket és az újszerű terápiáknál alkalmazott gyógyszereket. A gyógyszerek terápiás területek szerinti csoportosítása az Egészségügyi Világszervezet anatómiai, gyógyászati és kémiai osztályozási rendszere (ATC) alapján történt.

Az engedélyezés és a térítésről szóló döntés közötti átlagos időtartam Svájcban 5,8 hónap, Németországban 7,4 hónap, az Egyesült Államokban 9,2 hónap, Franciaországban 12,9 hónap, Angliában 17,7 hónap.

A térítések rátája egy évvel az engedélyezés után Németországban 74,3%, az Egyesült Államokban 70,7%, Svájcban 62,8% volt. A rákellenes gyógyszereket más gyógyszerekhez viszonyítva gyorsabban térítették, kivéve Svájcot, ahol a nem onkológiai gyógyszerek gyorsabban álltak rendelkezésre.

A kutatócsoport szerint a térítésekről döntő grémiumok gyakran késleltetik a betegek gyógyszerekhez való hozzáférését. Az elemzés szerint azonban az engedélyezés és a térítés közötti időtartam még azokban az országokban is, ahol egészségügyi technológiai értékelést alkalmaznak, mint Svájc vagy Németország, nagyjából félévet vesz igénybe.

Figyelemreméltó, hogy az engedélyezés ezekben az országokban gyorsabban történik, mint az Egyesült Államokban, ahol nem alkalmaznak ilyenféle értékeléseket és nem kerül sor ártárgyalásokra.



***A rákellenes gyógyszerek gyorsított engedélyezési eljárásának kérdőjelei az Egyesült Államokban***

JAMA. 2024;331(17):1448-1450. doi:10.1001/jama.2024.4089 ; 6 April 2024

Apud Medscape.com. April 08, 2024

**Kulcsszavak:** gyógyszer, rákellenes gyógyszerek, onkológikumok, gyógyszerengedélyezés, gyorsított gyógyszerengedélyezés, Egyesült Államok

**Forrás** **Internet-helye:** <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2817324> ; <https://www.medscape.com/viewarticle/less-than-50-accelerated-approvals-show-clinical-benefit-2024a10006nm>

Az **Egyesült Államok Élelmiszer- és Gyógyszerügyi Hivatala (Food and Drug Administration – FDA)** gyorsított eljárással engedélyezi az ígéretes rákellenes gyógyszerek forgalomba hozatalát. Az FDA és a gyártók közötti megállapodás szerint a vállalkozók kevésbé kifejező paramétereket, ún. szurrogát markereket alkalmazhatnak a tumor visszaszorítása vagy növekedése csökkentésének mérésére, de további vizsgálatokra kötelezik magukat a túlélési esély megerősítésével kapcsolatban. Ám egyre erősödik a gyanú, hogy ezek a szurrogát markerek nem jelzik meggyőzően a túlélés esélyeit vagy az életminőség javulását.

Egy aktuális tanulmány szerint a 2013 és 2017 között gyorsított eljárással engedélyezett rákellenes gyógyszerek 57%-ánál (46-ból 26-nál) ötéves utóvizsgálatot követően kiderült, hogy azoknál nem bizonyítható a klinikai haszon. Ebben az időszakban a 46 indikáció közül 10-et (22%) visszavontak.

Egy öt évvel korábbi hasonló elemzés szerint az 1992 és 2017 között gyorsított eljárással engedélyezett 93 gyógyszer közül a megerősítő kutatások csak az indikációk 20%-ánál bizonyították a túlélési esélyek javulását.

Ezzel szemben **Julie R. Gralow MD (Chief Medical Officer of the American Society of Clinical Oncology)** és **Ian T.T. Liu, MD, JD, MPH** egyöntetűen állítja, hogy áttétes betegek számára a gyorsított eljárással engedélyezett gyógyszerek segíthetnek, korai stádiumban levő betegeknél viszont elővigyázatosabban kell eljárni.

**Dr. Nathan I. Cherny (Shaare Zedek Medical Center Jerusalem)** szerint az FDA tudatos politikát követ, amelynek keretében csökkenti a gyógyszer engedélyezésének és forgalmazásának küszöbét. Prioritást biztosít a gyógyszer piaci jelenlétének a bizonytalansággal szemben.

Hosszú ideig olyan helyzet uralkodott, hogy a vállalkozások nem végezték el a megerősítő vizsgálatokat. Liu szerint akár tíz év is eltelhetett a gyorsított engedélyezés óta és ezek a gyógyszerek még mindig piacon voltak. 2022-ben azonban az FDA újabb hatásköröket kapott, így kötelezheti a gyártókat, hogy már a gyorsított engedélyezés időpontjában alanyokat toborozzanak a megerősítő vizsgálatához.



***A polimedikáció prevalenciája az időskorú európaiak körében.  
Nemzetközi felmérés a háziorvosok receptfelírási gyakorlatáról***  
British Journal of Clinical Pharmacology, First published: 29 May 2024

**Kulcsszavak:** gyógyszer, gyógyszerfelírás, időskorúak, polimedikáció, többszörös gyógyszerelés, nemzetközi

**Forrás Internet-helye:**

<https://bpspubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/bcp.16113>

**Marion Bennie (University of Strathclyde, Glasgow/UK) és mt.** hat európai ország több mint 1,5 millió betegdokumentumát értékelték az időskorúak többszörös gyógyszerelése vonatkozásában. Következtetésük szerint a háziorvos huzamosabb időn keresztül több mint öt gyógyszert írt fel 65 év fölötti betegeknek. A vizsgálat Belgiumra, Franciaországra, Németországra, Olaszországra, Spanyolországra és az Egyesült Királyságra terjedt ki. Az elemzésben résztvevő betegek legalább 65 évesek voltak, akik legalább 12 hónapon keresztül ugyanazt az orvost keresték fel és legalább két alkalommal voltak viziten. A polimedikáció prevalenciáját hat hónapon keresztül felírt több mint öt gyógyszerben határozták meg. Az akut megbetegedéseket, topikus szereket, orvostechikai eszközöket, szakorvosi kezeléseket kizárták.

Az elemzés a potenciálisan inadekvát gyógyszereket vette célba: opioidokat, antipszichotikumokat, benzodiazepineket, protonpumpainhibitorokat. Legérintettebbek a diabéteszben és krónikus légúti megbetegedésekben szenvedők.

A polimedikáció prevalenciája az Egyesült Királyságban 22,8%, Németországban 58,3%, Franciaországban 58,0%.  $\geq 10$  gyógyszer felírása az Egyesült Királyságban 11,3%, Németországban 28,5%, Franciaországban 22,9% volt.

- A potenciálisan inadekvát receptek aránya protonpumpainhibitoroknál Németországban 42,3%, Spanyolországban 65,5%, Franciaországban 48,4% volt.
- A benzodiazepinek inadekvát alkalmazása az Egyesült Királyságban a betegek 2,7%-át, Spanyolországban 34,9%-át, Németországban 5,6%-át, Franciaországban 20,7%-át érintette.
- Az opioidok inadekvát felírása Franciaországban 11,1%, Spanyolországban 27,5%, Németországban 15,3% volt.
- Antipszichotikumok: Franciaországban 2,1%, Spanyolországban 10,8%, Németországban 4,5%.

**Marion Bennie, Strathclyde Institute of Pharmacy and Biomedical Sciences,  
University of Strathclyde, 161 Cathedral St, Glasgow, G4 ORE, UK.**

[marion.bennie@strath.ac.uk](mailto:marion.bennie@strath.ac.uk)

***A BARMER-biztosító gyógyszerügyi jelentése. HPV elleni oltások –  
BARMER Arzneimittelreport 2024. Fokus Impfen – HPV-Impfung***

BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung (bifg),  
bifg-Newsletter 15/2024 (27. Aug. 2024) (32 p.)

**Kulcsszavak:** gyógyszer, vakcina, HPV elleni oltások, Németország

**Forrás Internet-helye:**

[https://www.bifg.de/publikationen/arzneimittelreport?utm\\_source=newsletter&utm\\_medium=email&utm\\_campaign=Newsletter+15%2F2024+-+Arzneimittelreport+%2B+TRANSKIDS-CARE](https://www.bifg.de/publikationen/arzneimittelreport?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=Newsletter+15%2F2024+-+Arzneimittelreport+%2B+TRANSKIDS-CARE) ;  
<https://www.bifg.de/publikationen/arzneimittelreport/2024-hpv-impfung>

A **BARMER-Arzneimittelreport 2024** a HPV elleni oltások helyzetét értékelte. Németországban a megfelelő oltási ajánlás ellenére a 14 éves lányok 40%-át nem vagy nem megfelelő mértékben oltják be humán papillomavírus ellen. Ez évente 150.000 érintettnek felel meg. Ráadásul az átoltottság a pandémia vége felé visszaesett. Az átoltottság rátája 2021-ről 2022-re 23,5%-kal, 1.000 lányra 98-ról 75-re csökkent. Ez a 2015-ös rekordévhez viszonyítva 37%-os csökkenést jelent. A humán papillomavírus a rosszindulatú daganatok feléért és a méhnyakrák eseteinek csaknem 100%-áért felelős. 2020-ban 4.640 nő betegedett meg méhnyakrákban, akik közül 1.546 belehalt. Ez azonban nem cáfolja az oltások hatékonyságát. Az egymillió nőre jutó új megbetegedések rátája a 20 és 29 év közötti nők körében 2011 és 2020/22 között 23-ról 7-re csökkent. Mivel a 30 és 39 év közötti (beoltatlan) nők körében a megbetegedések rátája stabil, ez csak az oltásnak tulajdonítható.

Az Egészségügyi Világszervezet ajánlása szerint a méhnyakrák teljes megelőzéséhez 2030-ig világviszonylatban el kellene érni a lányok 90%-ának beoltását.

A jelentés szerint szükségessé válik egy strukturált szűrési rendszer bevezetése, amelynek keretében nyilvántartanak a kilenc-tízévesek oltási státuszát, a nem teljesen beoltottak számára emlékeztetőt küldenének és a lányokhoz hasonlóan a fiúk körében is megerősítenék az oltási folyamatot.

Az **Állandó Oltási Bizottság (Ständige Impfkommission – STIKO)** 2018-ban ajánlást bocsátott ki, miszerint a 9 és 14 év közötti lányokat és fiúkat két dózissal kell beoltani HPV ellen. 15 és 17 év közötti fiúknál három dózis szükséges. A BARMER biztosító 2020 óta a 18 és 25 év közötti férfiak és nők számára biztosítási szolgáltatásként kínálja fel az oltást.

### ***A Roche új kutatóközpontja Baselben***

PZ online, 12. 09. 2024 13:00 ; GlobeNewswire, September 10, 2024 10:00 ET

**Kulcsszavak:** gyógyszer, gyógyszerkutatás, gyógyszeripar, Roche, Svájc

**Forrás**      **Internet-helye:**      [https://www.pharmazeutische-zeitung.de/roche-eroeffnet-neues-forschungszentrum-149943/?utm\\_source=E-Mail&utm\\_medium=Newsletter&utm\\_campaign=TDT-12-09-2024](https://www.pharmazeutische-zeitung.de/roche-eroeffnet-neues-forschungszentrum-149943/?utm_source=E-Mail&utm_medium=Newsletter&utm_campaign=TDT-12-09-2024) ;  
<https://www.globenewswire.com/news-release/2024/09/10/2943831/0/en/Roche-opens-Pharma-Research-and-Development-Center-in-Basel-to-accelerate-scientific-innovation.html>



A Roche gyógyszeripari cég 2024. szeptember 10-én megnyitotta új gyógyszerkutatási és -fejlesztési központját (*Pharma Research and Early Development Center – pRED*) Baselben.

A 125 éve alapított gyógyszercég 1,2 milliárd CHF-et (1,27 milliárd EUR) költött az új pRED- Centerre.

Az épületegyüttesben két labortorony (114 m ill. 72 m), valamint egy irodaépület és kongresszusi központ (26 m ill. 18 m) kapott helyet. Összesen 33 emeletnyi kombinált labor és irodaterület áll rendelkezésre. A 150 labor 1.800 kutató számára biztosít munkahelyet.

A Roche 2009 óta összesen 4,6 milliárd CHF-et költött a Basel/Kaiseraugst telephely fejlesztésére, amelynek legnagyobb része a pRED Center-re jutott. A Basel/Kaiseraugst telephely fejlesztése a 2009 és 2030 közötti időszakban összesen 5,8 milliárd CHF-et tesz ki.

## *A világ a neurodivergens orvosok szemével*

Medscape.com, June 20, 2024

**Kulcsszavak:** neurodiverzitás, neurodivergencia, orvosok, nemzetközi

**Forrás Internet-helye:** <https://www.medscape.com/viewarticle/see-medical-world-through-neurodivergent-doctors-eyes-2024a1000bi1> ;

**Autistic Doctors International (ADI):** <https://autisticdoctorsinternational.com/> ;

**Attention Deficit Doctor blog:** <https://www.attentiondeficitdoctor.co.uk/>

A világ lakosságának mintegy 15-20%-a neurodivergens, azaz olyan betegségekben szenved, mint az autizmus, legasztnia, Tourette-szindróma, figyelemhiányos hiperaktivitás-zavar. A neurodivergens emberek rendelkeznek bizonyos erős tulajdonságokkal, de nehézségekkel is meg kell küzdeniük a tanulás, a szociális interakció, vagy bizonyos feladatok megoldása tekintetében. A neurodivergens orvosok nehézségekről, részben megterhelő tapasztalatokról számolnak be: meg kell küzdeniük a stigmatizációval, a titkolózással, az alkalmazkodás hiányával, ami bornouthoz és lelki megbetegedésekhez vezet.

2023-ban több országban végeztek felmérést, amelyben több mint 200 autista orvos vett részt. 77%-uk már gondolt az öngyilkosságra, 24%-uk pedig már megkísérelte azt. A neurodivergens orvosok pontos számáról nincs információ. A rendelkezésre álló tanulmányok többsége az autizmusra összpontosít.

**Dr. Melissa Houser háziorvost** 2021-ben autisztikus burnouttal diagnosztizáltak, de ezenkívül diszlexiás volt és figyelemhiányos hiperaktivitás-zavarban is szenvedett. Az élet követelményei meghaladták kapacitását, súlyos diszreguláció és kimerültség jelentkezett nála. Praxisának feladását követően megalapította az *All Brains Belong* közhasznú szervezetet, amely orvosi kezelést és érdekképvisletet nyújt neurodivergensek számára.

**Dr. Bernadette Grosjean, az UCLA David Geffen School of Medicine pszichiátria professzora, az American Psychiatric Association tagja** 61 éves volt, amikor diagnosztizáltak nála az autizmust. Az egyébként leszbikus Grosjean véleménye szerint a családja és barátai körében tapasztalt alacsony elfogadottság szerepet játszott pszichés problémáiban. Jelenleg a több mint 800 autista orvost egyesítő *Autistic Doctors International* amerikai pszichiátriai csoportjának vezetője.

**Catriona McVey orvostanhallgató, az Attention Deficit Doctor blog alapítója** szerint az ADHD-s agyat az érdeklődés irányítja. Az ADHD-ben szenvedők a megemelkedett dopaminerg stimuláció folytán erőteljesen tudnak koncentrálni, amikor valamilyen izgalmas vagy új dolgot csinálnak.

**Damian Milton brit kutató** 2012-ben vezette be a dupla empátia fogalmát. [<https://www.youtube.com/watch?v=f9BDf3G2XU4>] Ezt az autistákra vonatkoztatva Grosjean kifejtette, hogy az autisták valójában erőteljes emocionális empátiával rendelkeznek, kognitív empátiájuk azonban korlátozott.

Az *Americans with Disabilities Act* kötelezi a munkaadókat, hogy méltányos munkakörülményeket biztosítsanak neurodivergens alkalmazottaik részére. Ám ahhoz, hogy ezekben részesülhessenek, az érintett orvosoknak fel kellene tárniuk helyzetüket, amit bizonyos indokokból ódzkodnak megtenni.

**Kirsten R. Müller-Vahl: Tourette-szindrómás hírességek**  
Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 8. April 2024

**Kulcsszavak:** orvostörténet, híres betegek, Tourette-szindróma, nemzetközi

**Forrás Internet-helye:** <https://www.mwv-berlin.de/meldung/!/id/527>

**Kirsten R. Müller-Vahl:** „Tourette-Syndrom und andere Tic-Störungen im Kindes- und Erwachsenenalter“, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 8. April 2024 (337 p.): <https://www.mwv-berlin.de/produkte/!/title/tourette-syndrom-und-andere-tic-stoerungen/id/926>

**Történelmi személyiségek:** Claudius római császár, Nagy Péter cár, Molière, Napóleon, VII. Keresztély dán király (1749–1808).

**Wolfgang Amadeus Mozart** (1756–1791) Tourette-szindrómájával elsőként Rasmus Fog dán pszichiáter foglalkozott. Felvetése 2006-ban került ismét előtérbe, amikor James McConnel zeneszerző, aki maga is Tourette-szindrómás volt, egy tévéműsorban arról beszélt, hogy Mozart zenéjét hallgatva elmúlnak a tikkjei. Más zeneszerzők műveinek hallgatása közben viszont ez nem történik meg. Megfigyeléséből arra következtetett, hogy Mozart maga is Tourette-szindrómás volt, aki saját zenéjével kezelte magát. McConnel szerint Papageno és Papagena duettjében a Pa-Pa-Pa-Pa-Pa-Pa-Papagena szótagismétlés egy komplex vokális tikk. Okfejtése legfeljebb érdekes, de nem állja meg a kritika próbáját. A Mozart Tourette-szindrómájáról folytatott tudományos diskurzus elsősorban a Mozart és unokahúga, Maria Anna Thekla Mozart között 1771 és 1781 folytatott levelezésre (az ún. „unokahúg-levelekre”) hagyatkozik.

**További zenészek:** **Michael Wolff** (Sz. 1954) amerikai jazz-zongorista, zeneszerző, **Tobias Picker** (Sz. 1954) amerikai zeneszerző, **Matt Giordano** (Sz. 1982) amerikai slágerszerző, **Kurt Cobain** (1967–1994) a Nirvana együttes frontembere, **Jamie Grace** (Sz. 1991) amerikai énekesnő, **Billie Eilish** (Sz. 2001) amerikai énekesnő, dalszerző.

**Színészek:** **Harald Schmidt** (Sz. 1957) német műsorvezető, **Dan Aykroyd** (Sz. 1952) kanadai színész, forgatókönyvíró, komikus, akinél Asperger-szindrómát is diagnosztizáltak, de tikkjei időközben teljesen kimaradtak.

**Írók:** **Samuel Johnson** (1709–1784) angol tudós, lexikográfus, költő, kritikus, **André Malraux** (1901–1976) francia író, politikus.

**Tourette-szindróma a közösségi médiákban:** Az utóbbi időben a közösségi médiákban is megszokasodtak a Tourette-szindrómával foglalkozó oldalak és posztok. Többek között említésre érdemes az *Iktic Tourettevereniging België – Jetique association Tourette* belga Tourette-önsegélyző csoport videója, amelyet 2024. június 24-én posztoltak a *European Tourette Syndrome Awareness Day* keretében ([www.youtube.com/watch?v=KOoCEQW5Gvc](https://www.youtube.com/watch?v=KOoCEQW5Gvc)).

**Prof. Dr. med. Kirsten R. Müller-Vahl** (Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie, Carl-Neuberg-Straße 1, D - 30625 Hannover, Tel.: +49 511 5325258



***A rómaiak bolondító beléndekkel bódították magukat***  
Antiquity, Cambridge University Press, 08 February 2024  
The Conversation, February 19, 2024 6.10

**Kulcsszavak:** orvostörténet, kultúrtörténet, kábítószer, gyógynövény, bolondító beléndek, infotainment, Római Birodalom

**Forrás Internet-helye:** <https://theconversation.com/romans-kept-black-henbane-seeds-in-hollowed-out-bone-a-new-study-has-found-heres-what-they-might-have-been-used-for-223480> ; <https://www.cambridge.org/core/journals/antiquity/article/evidence-of-the-intentional-use-of-black-henbane-hyoscyamus-niger-in-the-roman-netherlands/A06E000B17E1642C878E469157D5131C>



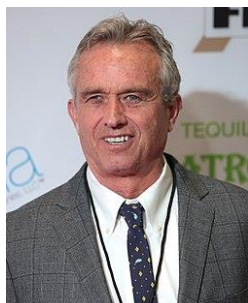
A **bolondító beléndek** (*Hyoscyamus niger*) a mérsékelt égövi Ázsiában, az Indiai-szubkontinensen, Észak-Afrikában, de Európában is termő egyéves vagy áttelelő lágyszárú növényfaj; a burgonyafélék (*Solanaceae*) családjába tartozó, gyom- és gyógynövény. [[https://hu.wikipedia.org/wiki/Bolond%C3%ADt%C3%B3\\_bel%C3%A9ndek](https://hu.wikipedia.org/wiki/Bolond%C3%ADt%C3%B3_bel%C3%A9ndek) ]

A bolondító beléndeket évezredek óta használják nyugtatóként és kábítószerként. **Maaike Groot archeológus (Freie Universität Berlin)** és csapata a hollandiai *Houten-Castellum* római kori ásatási helyszínen rendkívüli leletet tárt fel kutatócsoportjával: egy kétezer éves „tablettástégelyt”, benne a növény magvaival. Az egyik sírban egy kosár és kerámiaedények mellett egy teljes virágzatot is találtak. A magvakat egy szurokkal lezárt üreges csontban tárolták, ami arra utal, hogy a régi rómaiak ismerték a növény bódító hatását és tudatosan fogyasztották a magvakat. A bolondító beléndek nyomait más nyugat-európai római kori lelőhelyeken is megtalálták.

A *Hyoscyamus niger* egyéb részei is tartalmazzak ún. tropán alkaloidokat, beleértve a hioszciamint és szkopolamint, a tartalom főleg a magvakban magas. Az antik szerzők szerint a burgonyafélék (*Solanaceae*) fájdalom, láz és köhögés különböző változatai ellen alkalmazhatók. De említést tesznek erős hallucinogén és narkotizáló hatásukról is. Az idősebb Plinius (Kr. u. 23/24–79) a „*Naturalis historia*“-ban egyszersmind méregként és gyógyszerként ír a bolondító beléndekről. Néhány borban feloldott levél jó lázcsillapító lehet. [[https://hu.wikipedia.org/wiki/Caius\\_Plinius\\_Secundus](https://hu.wikipedia.org/wiki/Caius_Plinius_Secundus) ] Pedianosz Dioszkoridész görög orvos „*De Materia Medica*“ c. gyógynövénykönyvében ugyancsak erős hatású és nem veszélytelen növényként írja le a bolondító beléndeket. [[https://hu.wikipedia.org/wiki/Pedanosz\\_Dioszkorid%C3%A9sz](https://hu.wikipedia.org/wiki/Pedanosz_Dioszkorid%C3%A9sz) ]

## ***Robert F. Kennedy Jr., kijelölt amerikai egészségügyi miniszter***

**Forrás Internet-helye:** [https://hu.wikipedia.org/wiki/Robert\\_F.\\_Kennedy\\_Jr.](https://hu.wikipedia.org/wiki/Robert_F._Kennedy_Jr.) ;  
<https://infostart.hu/kulfold/2024/11/15/ismeros-nev-az-amerikai-egeszsegugyi-miniszteri-szekben>



***Robert Francis Kennedy Jr. (Sz. Washington, 1954. január 17.–) amerikai jogász, politikus, író.***

Robert F. Kennedy szenátor fia és John F. Kennedy elnök és Edward Moore Kennedy szenátor unokaöccse.

1999-ben a *Waterkeeper Alliance* környezetvédelmi csoport társalapítója és elnöke. Több könyvet írt, amelyek közül kettő New York Times-bestseller lett.

1984 és 2017 között a *Hudson Riverkeeper* bizottság tagja és jogásza.

1986-tól 2017-ig a *Natural Resources Defense Council* nonprofit szervezet jogásza.

Pályafutása elején New York asszisztens államügyésze volt. Több fontos pozíciót töltött be a Pace Egyetemen.

2005 óta népszerűsítette azt az elméletet, hogy az autizmus kialakulását a vakcinák okozzák. A *Children's Health Defense* védőoltás ellenes propagandacsoport alapítója és elnöke. A Covid19-pandémia kezdete óta az oltásszkepticizmus vezéralakja az Egyesült Államokban.

2024-ben Durek Verrett, Alex Jones, Renaud Camus, Kanye West, David Icke mellett a "hús legbefolyásosabb összeesküvéselmélet hívő" egyikeként jellemezték.

Demokrataként indult a 2024-es amerikai elnökválasztáson. 2023 októberében visszalépett, hogy függetlenként indulhasson. 2024 augusztusában úgy döntött, hogy Trump támogatása érdekében visszalép az elnökválasztástól.

***2024. november 15. Az Egyesült Államok kijelölt egészségügyi minisztere [hivatalosan: az egészségügyi és humán szolgáltatások minisztériumának (Department of Health and Human Services) vezetője].***



## ***Dr. Ole Johan Bakke, az Európai Orvosok Állandó Bizottságának új elnöke***

### **Forrás Internet-helye:**

<https://www.cpme.eu/news/dr-ole-johan-bakke-elected-president-of-european-doctors> ;

[https://www.ehfg.org/biography/bakke-ole-johan?tx\\_web2pdf\\_pi1%5Bargument%5D=printPage&tx\\_web2pdf\\_pi1%5Bcontroller%5D=Pdf&cHash=8a1575fed17c92c01398c2c8f84a99ea](https://www.ehfg.org/biography/bakke-ole-johan?tx_web2pdf_pi1%5Bargument%5D=printPage&tx_web2pdf_pi1%5Bcontroller%5D=Pdf&cHash=8a1575fed17c92c01398c2c8f84a99ea)



***Dr Ole Johan Bakke (Sz. 1961.) norvég háziorvos, népegészségügyi szakorvos, nemzetközi egészségügyi szakpolitikus.*** Nős, három gyermeke van, egy Oslotól 70 km-re dél-nyugatra fekvő tanyán lakik.

Orvostudományi tanulmányok: University of Oslo, Faculty of Medicine. 1988-ban végzett.

1990 óta háziorvosi és tisztiorvosi tevékenységet végzett.

2015 óta a Norvég Orvosi Kamara elnökségének tagja, a szakképzési bizottság elnöke, a Norvég Tisztiorvosok Társasága elnökségének tagja.

***2019 óta az Európai Orvosok Állandó Bizottságának (Standing Committee of European Doctors – CPME) alelnöke, 2024 novemberében annak elnökévé választották. Hivatali ideje 2025-től 2027-ig tart.***

***Elődje, Dr. Christiaan Keijzer*** (Hollandia) év végéig kitölti hivatali idejét. A találkozó keretében megkapta a Holland Királyi Orvosi Kamara ezüstérmét, amelyet tízévente ítélnek oda.

***A megválasztott alelnökök:*** Dr. Andreas Botzlar (Németország), Dr. Álmos Péter (Magyarország), Dr. Kitty Mohan (Egyesült Királyság), Dr. Jacqueline Rossant-Lumbroso (Franciaország). Kincstárnok: Prof. Ray Walley (Írország), aki 2019 óta alelnöki teendőket látott el.

***Dr. Thomas Weber, az Európai Hypertonia Társaság új elnöke***

**Forrás Internet-helye:**

<https://www.klinikum-wegr.at/aktuell/thomas-weber-ist-der-neue-pr%C3%A4sident-der-europ%C3%A4ischen-gesellschaft-f%C3%BCr-hypertonie>



***Priv.-Doz. Dr. Thomas Weber osztrák kardiológus.***

1990 óta a *Klinikum Wels-Grieskirchen* szakorvosa. 2018 óta a II-es belgyógyászati osztály, a kardiológia és az intenzív terápiás osztály helyettes osztályvezető főorvosa. Szakterületei: intervenciós kardiológia, szívelégtelenség, magas vérnyomás, renális denerváció, koronáriás szívbetegség. Több mint száz tudományos publikációja jelent meg az érmerevség, a vaszkuláris életkor, a renális denerváció, a magas vérnyomás és szívelégtelenség területén.

2008-ban habilitált (*Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg*). 2024-ben az év tanára volt („*Teacher of the Year im 3. Studienjahr*“). Egy ideig az egyetem elnöke volt.

A *International ARTERY Society* és az *Österreichische Hochdruckliga* volt elnöke. A *Journal für Hypertonie* kiadója.

***2024. június elején az Európai Hypertonia Társaság berlini kongresszusán a társaság elnökévé választották.*** 2019 óta a szervezet tudományos tanácsának tagja. Mandátuma két évre szól.

Az ***Európai Hypertonia Társaság (European Society of Hypertension – ESH)*** 36 európai és 12 nem európai hypertonia társaságra terjed ki, 2.385 taggal rendelkezik. Az ESH 2023-ban ajánlásokat bocsátott ki az arteriális magas vérnyomás menedzsmentjéről. Ezek guideline gyanánt szolgálnak az orvosok számára. A társaság számos továbbképzést és nyári egyetemet kínál a fiatal orvosok részére. Az "*ESH Hypertension Specialist und Excellence Center*" európai tanúsítványt biztosít.

## *Arnaud Perrier, a Svájci Orvostudományi Akadémia új elnöke*

### **Forrás Internet-helye:**

[https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/medecine\\_interne\\_generale/documents/arnaud\\_perrier\\_eng.pdf](https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_interne_generale/documents/arnaud_perrier_eng.pdf)



***Arnaud Perrier (Sz. Genf, 1959. május 19.) svájci orvos, egyetemi tanár.***

1982-ben diplomázott a Genfi Orvostudományi Egyetemen (*Hôpitaux Universitaires Genève – HUG*).

Két évig a veseműködés élettanának tanulmányozásával foglalkozott, majd belgyógyász és pulmonológus szakorvosi képesítést szerzett.

Az *Hôpitaux Universitaires Genève* belgyógyászati osztályának vezetője, amely 100 ágygal rendelkezik.

Kutatási érdeklődése elsősorban a vénás tromboembóliákra és az azokkal kapcsolatos költséghatékony diagnosztikai stratégiákra irányul.

Egyetemi oktatóként részt vett az orvostudományi kar pregraduális kurrikulumának fejlesztésében és bevezetésében.

Jelenleg az egyetem orvosigazgatója, a kurrikulum bizottság elnöke.

2018 óta a Svájci Orvostudományi Akadémia szenátusának tagja. 2013 és 2016 között az elnökség tagja. 2024 júliusától ismét az elnökség tagja.

***A szenátus 2024. június 13-án a Svájci Orvostudományi Akadémia (Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften – SAMW) elnökévé választotta.*** Hivatalba lépésére 2025. január 1-én kerül sor. Orvosigazgatói hivatalát az év végéig megtartja.

***Elődje, Prof. Henri Bounameaux*** 2024. december 31-ig meghosszabbította mandátumát. [Személyéről lásd: 2020. 1. sz.]

*† Elhunyt Karsten Vilmar, a Német Szövetségi Orvosi Kamara egykori elnöke*

**Forrás Internet-helye:** [https://de.wikipedia.org/wiki/Karsten\\_Vilmar](https://de.wikipedia.org/wiki/Karsten_Vilmar) ;  
<https://mok.hu/hirek/mokhirek/elhunyt-dr-karsten-vilmar-a-nemet-orvosi-szovetseg-elnoke>



***Dr. Karsten Vilmar (Sz. Bréma, 1930. április 24. – Mh. Bréma 2024. október 16.) német sebész, baleseti sebész, egészségügyi szakpolitikus. 1978-1999 között a Szövetségi Orvosi Kamara elnöke.***

1950: Érettségi a brémai *Altes Gymnasium*-ban.

***Orvostudományi tanulmányok:*** *Ludwig-Maximilians-Universität München*. 1955: államvizsga és promóció.

1964-1996: az *Unfallchirurgische Klinik des Zentralkrankenhauses Sankt-Jürgen-Straße Bremen* osztályvezető főorvosa.

1968-tól a Brémai Orvosi Kamara küldöttgyűlésének tagja.

1975-1979: a Marburger Bund orvosszakszervezet szövetségi elnöke.

1976-1996: a Brémai Orvosi Kamara elnöke.

***1975-1978: a Szövetségi Orvosi Kamara (Bundesärztekammer) és a Deutscher Ärztetag alelnöke; 1999-ig mindkét grémium elnöke, 1999-től tiszteletbeli elnöke.***

A terhességmegszakítás liberalizációjával összefüggésben vitatta, hogy a német jóléti államban fennállna „a terhességmegszakítás szociális okokkal indokolt szükségessége”. Bírálta a teljeskörű casco-szemléletet az egészségügyben, hangsúlyozta a saját felelősség jelentőségét. A betegpénztáraknak csak az „elégletes, célszerű, szükséges, gazdaságos” szolgáltatásokat kell kifizetniük. Az alkohol- és dohánytermékek reklámtilalma mellett foglalt állást, támogatta a termékadj bevezetését. Kiegészítő biztosítás bevezetését támogatta az extrém sportolók számára. 1998-ban neki tulajdonították az év szitokszavát: „szociálisan elviselhető korai elhalálozás”. Az 1980-as években a német orvosoknak a nemzetiszocializmus idején tanúsított magatartásával kapcsolatban azt állította, hogy az orvosok többsége, gyakran életét kockáztatva a legnehezebb körülmények között is a betegek gyógyítását szolgálta, amiért később egyes orvostörténészek nyilvánosan a felelősség elhárításával vádolták.

***A Magyar Orvosi Kamara nekrológiájából:*** Dr. Vilmar nemcsak hazájában tevékenykedett, hanem magyar kollégáival is megosztotta tapasztalatait és segített újjászervezni a Magyar Orvosi Kamarát. Értékes munkája elismerésül a Magyar Orvostársaságok és Egyesületek Szövetsége (MOTESZ) 1996-ban tiszteletbeli tagjává választotta, 1998-ban Göncz Árpád köztársasági elnök aranyéremmel tüntette ki.

***Egészségügyi rendszerek (Az ÖKZ cikksorozata) – egységes szerkezetben  
Külső források függelékben***

***Heinz Brock: A brit egészségügyi rendszer***

Das österreichische Gesundheitswesen (ÖKZ), Jg. 63 (2022) 8-9. 14.09.2022

**Forrás Internet-helye:** <https://www.gesundheitswirtschaft.at/publikation/63-jg-2022-8-9/vater-aller-nationalen-gesundheitssysteme/> ;  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9628290/>

A **Nemzeti Egészségügyi Szolgálat (National Health Service)** az Egyesült Királyság háború utáni legnagyobb vívmányai közé tartozik. Azt is mondhatnók, az összes európai egészségügyi rendszer atyja. Az 1948-ban alapított szolgálathoz való viszonyulás tekintetében a britek körében a szarkazmus nem áll messze a nemzeti büszkeségtől. Az NHS érdemdús képviselőinek kitüntetése alkalmával II. Erzsébetből is kibuggyant a kaján kérdés: „*You are still alive?*“ Minden kritika ellenére az NHS a britek identitásának része. Megalapítása óta változatlanul széleskörű hozzáférést biztosít a teljes lakosság számára, függetlenül a betegek fizetőképességétől.

***Finanszírozás és szervezet***

A szolgáltatások igénybevételére való jogosultság kritériumai különbözők. Az egészségügyi ellátások szervezésével és biztosításával összefüggő felelősséget az 1990-es évek végén a londoni kormányról átruházták Anglia, Skócia és Észak-Írország kormányaikra. Az egyes országrészekben a helyi ellátást tervező és szervező intézmények jöttek létre: Angliában az *Integrated Care Systems*, Skóciában és Wales-ben a *Scotland*, ill. *Wales Health Boards*, Észak-Írországban a *Health and Social Care Board*. Az NHS stratégiájának végrehajtásáért Skóciában, Wales-ben és Észak-Írországban az adott egészségügyi miniszterek illetékesek, Angliában a szerepkör megoszlik az egészségügyi miniszter és az NHS között. Az *Integrated Care Systems (ICS)* bevezetésével az NHS az egyes régiókban működő egészségügyi szolgáltatók legmagasabb szintű rendszerbe szerveződését és koordinációját lehetővé tevő reformot hajtott végre. Az egyes ICS-ek 250.000-5.000.000 ember ellátásáról gondoskodó „körzetekre” („*places*”), ezek pedig 30.000-50.000 embert ellátó „szomszédságokra” („*neighbourhoods*”) tagolódnak.

***Szűkös finanszírozás melletti magas hatékonyság***

Az NHS egészségügyi személyzettel, kórházi ágyakkal és diagnosztikai nagyberendezésekkel való ellátottsága meglehetősen szerény. A Brexit miatt most már a szakképzett külföldi munkaerő sem áll rendelkezésre. Az alulellátást a hosszú várólisták jelzik. Kétségtelen, hogy a brit egészségügyi rendszert szűkös személyzeti és pénzügyi erőforrások jellemzik, azt azonban senki sem vetheti az NHS szemére, hogy nem használná hatékonyan a rendelkezésére álló erőforrásokat. Az angol *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)*, a *Scottish Medicines Consortium (SMC)* és az *All Wales Medicines Strategy Group (AWMSG)* több évtizedes munkájának tulajdonítható, hogy az NHS világviszonylatban példamutató, tudományosan megalapozott és transzparens rendszerrel rendelkezik az új kezelési eljárások klinikai és költséghaszon értékelése területén. A NICE 20.000-30.000 GBP fölött már nem ajánlja

új terápiás eljárásoknak az NHS szolgáltatási katalógusába történő felvételét, ha a beavatkozással egy minőséggel korrigált életév (*QALY – Quality-adjusted life year*) nyerhető.

### ***Fejkvóták és a szolgáltatásokért járó honorárium***

Az NHS keretében nem biztosított szolgáltatások privát befizetésekkel és privát biztosítással érhetők el, ám az Egyesült Királyságban mindkét ilyen forma csekély jelentőséggel rendelkezik. Angliában 2021. óta az ún. „*Independent Sector*” keretében kínálkozik ilyen lehetőség. Az általános orvosok szabadon választhatók és kapuőr funkciót töltenek be. Szakorvosi és kórházi ellátáshoz általános orvostól való beutalóra van szükség. Az általános orvosok jövedelme fejkvótákból és szolgáltatásokért járó honoráriumokból áll össze. A honoráriumokról szóló alkufolyamatra a befolyásos *British Medical Association (BMA)* és az NHS között, a szerződéskötésre egy-egy praxissal (nem orvossal) kerül sor. A fix fizetéssel járó alkalmazotti szerződések trendje növekedik. A brit egészségügyi ellátás erőteljesen az elsődleges szektorra épül. Ez az általános orvosok mellett az ápolókra, bábákra, fogorvosokra, gyógyszerészekre és a helyi hálózatokban résztvevő más foglalkozásokra terjed ki.

| <i>Az egészségügyi rendszer paraméterei</i>                 | UK        | Év           |
|-------------------------------------------------------------|-----------|--------------|
| Lakosság (millió lakos)                                     | 67,4      | 2022         |
| Az egészségügy GDP-ből való részesedése (%)                 | 9,9<br>12 | 2019<br>2020 |
| Születéskor várható élettartam                              | 80,4      | 2020         |
| Megelőzhető halálozások (évente 100.000 lakosra)            | 123       | 2019         |
| Egy főre eső egészségügyi kiadások (USD vásárlóerő paritás) | 5.019     | 2020         |
| „ <i>Out-of-Pocket</i> ” (egészségügyi összkiadások %-a)    | 17,2      | 2020         |
| Privát biztosítások (egészségügyi összkiadások %-a)         | 4,6       | 2020         |
| Praktizáló orvosok (1.000 lakosra)                          | 3,18      | 2021         |
| Praktizáló ápolók (1.000 lakosra)                           | 8,46      | 2020         |
| Kórházi ágyak (1.000 lakosra)                               | 2,4       | 2020         |

**OECD Health Data 2020**

### ***Sürgősségi ellátás***

Az NHS különbséget tesz sürgősségi ellátás (*Emergency care*) és sürgős ellátás (*Urgent care*) között. Előbbiek az akut életveszélyes állapotokat és baleseteket értik, amelyek azonnali és intenzív ellátást igényelnek. Ezeket a mentőszolgálatok és sürgősségi osztályok látják el. Utóbbiak nem járnak ugyan közvetlen életveszéllyel, de elsőbbségi kezelést igényelnek, amelyeket a sürgősségi hívószámon (NHS 111) keresztül az erre a célra szolgáló ügyeletnél működő gyógyszerészeti vagy általános orvosi tanácsadóhoz irányítanak.



## ***NHS 75. Jelentés a brit állami egészségügyi szolgálat helyzetéről***

King's Fund, 26 June 2023

***Heinz Brock: Az NHS válsága***

Das österreichische Gesundheitswesen, ÖKZ, Jg. 64 (2023) 6-7. (26-28. p.) (nyomt.)

**Forrás Internet-helye:** <https://www.kingsfund.org.uk/publications/nhs-compare-health-care-systems-other-countries>

**Summary (4 p.):**

[https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/2023-06/how\\_NHS\\_%20compares\\_%20summary\\_2023.pdf](https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/2023-06/how_NHS_%20compares_%20summary_2023.pdf)

**Report (120 p.):**

[https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/2023-06/How\\_NHS\\_compare\\_2023.pdf](https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/2023-06/How_NHS_compare_2023.pdf)

A **National Health Service (NHS)** július 5-én ünnepelte megalapításának 75. évfordulóját. Idén ezen a napon istentiszteletet tartottak a *Westminster Abbey*-ben az orvosok és ápolók tiszteletére. A szervezet jelenlegi állapotáról jelentést tett közzé a **King's Fund** közhasznú szervezet, amely az OECD adatai alapján 19 ország egészségügyi rendszerével hasonlította össze az NHS-ben uralkodó állapotokat. Ezek szerint a halálozási ráta Nagy-Britanniában agyvérzés esetén a legmagasabb, szívinfarktus esetén a második legmagasabb. Az egy betegre jutó orvosok és ápolók száma Nagy-Britanniában a legalacsonyabb. Japánban egymillió lakosra 166,7 CT- és MRT-készülék jut, Nagy-Britanniában 16,1. 2023 áprilisban 7,42 millió beteg várt rutinellátásra, csaknem 3,1 millió ember volt több mint 18 hétig várólistán, de több mint 371.000 egy évnél is hosszabb ideig várakozott. A tavaly nyári orvossztrájkok miatt mintegy 650.000 vizsgálati időpontot és műtétet kellett elhalasztani.

**Heinz Brock, a Das österreichische Gesundheitswesen (ÖKZ) kolumnistája** egyebek között a Brexit tükrében elemezte az NHS válságát. A „Nuffield Trust” agytröszt elemzése szerint a kilépés következtében a külföldi orvosok és ápolók tömegesen távoztak az országból, emiatt a brit egészségügyi rendszerből a legfontosabb szakterületeken 4.000 európai orvos hiányzik. [<https://www.theguardian.com/society/2022/nov/27/brexit-worsened-shortage-nhs-doctors-eu>] 2010. óta többször is megnyirbálták az NHS költségvetését, 2010 és 2019 között az egy főre eső egészségügyi kiadások mindössze 27%-kal növekedtek (Ausztriában 32%-kal), A *British Medical Association (BMA)* elemzése szerint az ellátórendszer finanszírozási hiánya 70 milliárd EUR-t tesz ki. Az NHS Angliában 1,5 millió, Skóciában, Wales-ben és Észak-Írországból további 350.000 foglalkoztatottal rendelkezik. De az orvosi állások hat százaléka és az ápolói állások tizenegy százaléka betöltetlen. Az orvosok 30%-a és az ápolók 20%-a külföldi vagy külföldön szerezte képesítését. Többségük Indiából, Pakisztánból és Nigériából származik. 2011-ben a 66.211 orvos 20%-a származott EU-tagállamokból, arányuk 2015-ben hét százalékra esett vissza.

### ***Heinz Brock: A francia egészségügyi rendszer***

Das österreichische Gesundheitswesen (ÖKZ), 64. Jg. (2023) 10.; 17. Okt. 2023, 09:28

**Forrás Internet-helye:** <https://www.gesundheitswirtschaft.at/publikation/64-jg-2023-10/das-gesundheitssystem-in-frankreich-vive-la-difference/>

A francia egészségügyi rendszer nem sorolható sem a Bismarck-, sem a Beveridge típusú modellhez, esetleg mindkettőhöz egyaránt. Strukturálisan társadalombiztosításra épül. Az állami finanszírozás, az adóalapú forráskezelés és az állam erőteljes beavatkozási lehetőségei folytán azonban ez egy nemzeti egészségügyi szolgálat elveinek felel meg. A kötelező állami biztosítás csaknem a teljes lakosságra kiterjed, de jelentős költség hozzájárulásokat tartalmaz, a látássegítő eszközök, hallókészülékek és a fogászat területén pedig nem kevés kívánnivalót hagy maga után. Ezért aztán a lakosság 95%-a rendelkezik önkéntes kiegészítő biztosítással. Ezek a kiegészítő biztosítások többnyire a foglalkoztatási szerződésekbe foglaltatnak, ami az állami biztosítással együtt azt eredményezi, hogy az egészségügyi szolgáltatásokhoz fizetett privát önrészek (*out-of-pocket-payments*) az EU és az OECD tagállamai közül Franciaországban a legalacsonyabbak.

A betegek választási szabadsága az elsődleges ellátók, szakorvosok, kórházi ambulanciák és kórházak vonatkozásában csaknem korlátlan. Az általános orvosok kapuőr funkciója 2004 óta csak indirekt módon működik, miután a beutaló nélküli szakorvosi konzultációk honoráriumait csak csökkentett mértékben térítik. Az orvostársadalom teljes vállalkozási szabadsággal rendelkezik, az orvosok magán- és csoportpraxisok, egészségügyi központok és sürgősségi ambulanciák, valamint az állami és privát kórházakban működő ambuláns és fekvőbeteg osztályok között válogathatnak. A fekvőbeteg szolgáltatások tarifáit, valamint a gyógyszerek és gyógyászati eszközök árait egyaránt a minisztériumok szabják meg. Ám sem az ambuláns, sem a fekvőbeteg szektorban nem szabnak meg volumenkorlátokat, ami természetesen a jövedelmi célokat követő teljesítménynyújtást ösztönzi. Az állami kórházak vonzerejének erősítése érdekében a francia kormány 2021-ben 15-20%-kal emelte a kórházi alkalmazottak fizetését és megkönnyítette az orvosok számára, hogy az állami kórházakban kiegészítő tevékenységként privát betegeket fogadjanak.

A franciák születéskor várható élettartama 82,4 év, meghaladja az európai átlagot. A rendszer személyügyi ellátottsága alacsony, ennek ellenére világviszonylatban a legdrágábbak közé tartozik. Ez négy tényezőnek tulajdonítható: Először, az ambuláns szektorban a szolgáltatások volumenkorlát nélküli térítése magas szolgáltatásvolument gerjeszt. Másodszor, a fekvőbeteg, ambuláns és elsősorban sürgősségi kórházi ellátáshoz való akadálytalan hozzáférés magas költségeket eredményez a kórházi szektor számára. Harmadszor, a gyógyszerfogyasztás mértéke példátlan, a generikumok aránya azonban alacsony, ami a biztosítók általi csaknem univerzális költségfedezetnek tulajdonítható. Negyedszer, az állami kötelező biztosítás és a kiegészítő biztosítások párhuzamosságának megvan a maga ára: az egészségügy adminisztratív költségei az Egyesült Államok után a legmagasabbak az OECD államok körében.

| <i>Az egészségügyi rendszer paraméterei</i>                              | <b>FR</b> |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Lakosság (millió lakos)                                                  | 67,87     |
| Születéskor várható élettartam                                           | 82,4      |
| Egészségügyi kiadások GDP-hez viszonyított aránya (%)                    | 11,9      |
| Privát („out-of-pocket”) (egészségügyi összkiadások %-a)                 | 8,9       |
| Egy főre eső egészségügyi kiadások (USD vásárlóerő paritás)              | 5.251     |
| Halálozás 100.000 lakosra                                                | 715       |
| Megfelelő időben való kezeléssel megelőzhető halálesetek 100.000 lakosra | 51        |
| Túlsúlyosság (%)                                                         | 30,9      |
| Orvosok (1.000 lakosra)                                                  | 3,18      |
| Általános orvosok (1.000 lakosra)                                        | 1,38      |
| Ápolók (1.000 lakosra)                                                   | 8,58      |
| Kórházi ágyak 1.000 lakosra                                              | 5,65      |

**OECD Health Data 2023**

A kormány az egészségügy minden egyes szektora vonatkozásában évente határozza meg a társadalombiztosítás (*Objectif national de dépenses d'assurance maladie*) költségvetését. Ez adminisztratív szempontból ugyan érthető, a szétforgácsolt finanszírozási módszer azonban akadályozza a szolgáltatók kooperációs készségét. A rendszer kórházközpontú, az általános orvosok alig kerülnek kontaktusba más ellátási szektorokkal, prevenció és egészségfejlesztés területén nem vállalnak szerepet. A feladatoknak más foglalkozási csoportokra való átruházását az extramurális szektorban domináns egyedi költségtérítés akadályozza, mivel ez jövedelemvesztést jelent az orvosok számára. Az orvosi személyzet létszáma az elmúlt évtizedben két szempontból is problematikus volt. Először, az általános orvosok létszáma 2012-től folyamatosan csökkent. Másodszor, erősödött az egyenlőtlen regionális eloszlás, így egyes alacsonyabb jövedelemmel rendelkező megyék mára véglegesen alulellátottakká váltak. A politika reformokkal és különböző programokkal reagált a problémákra. Miközben az előző években az egészségügyi költségvetés növekedési rátája nem érte el az OECD átlagát, 2021-ben megközelítőleg tíz százalékos költségnövekedésre került sor. 2016 óta több törvény próbálkozott a fekvőbeteg ellátások kórházi társulások keretében való koordinációjának forszírozásával és az elsődleges ellátás multidiszciplináris központokban való megerősítésével. 2020-ban került sor a „100 % Santé”-reformra, amelynek keretében sikerült kezelni a látássegítő eszközök és hallókészülékek, fogászati és pszichológiai kezelések helyzetét, azoknak bizonyos feltételek mellett a biztosítók általi finanszírozását.

A kormány az elmúlt években nagyobb jelentőséget tulajdonít az egészségügyi kutatás-fejlesztésnek. Az állami egészségkutatási intézet (*Institut national de la santé et de la recherche médicale – INSERM*) pl. európai viszonylatban a legtöbb szabadalmat nyújtja be a gyógyszersektorban.

**Heinz Brock két cikke a német egészségügyi reformról:  
Lauterbach forradalma ; A forradalom elmarad?**

Das österreichische Gesundheitswesen (ÖKZ), 64. Jg. (2023) 3-4.; 13. Apr 2023  
65. Jg. (2024) 3. 19. September 2024, 09:30

**Forrás Internet-helye:** <https://www.gesundheitswirtschaft.at/publikation/64-jg-2023-3-4/lautebachs-revolution/> ; <https://www.gesundheitswirtschaft.at/publikation/65-jg-2024-3/deutsche-krankenhausreform-revolution-abgesagt/>

**Karl Lauterbach szövetségi egészségügyi miniszter** reformjának bevezetését ötéves konvergenciafázis előzi meg. A részletek kidolgozásában 17 tagú szakértői tanács segítette, amelynek elnöke Tom Bschor pszichiáter.

A reform célkitűzései közé tartozik az esetátalányok rendszerének hosszútávon való visszaszorítása. Nem árt emlékeztetnünk: húsz éve, a DRG-rendszer bevezetése idején ugyanez a Lauterbach professzor volt Ulla Schmidt akkori szövetségi egészségügyi miniszter legfőbb tanácsadója. Az esetátalányok bevezetésének egyes céljait, a hosszú ápolási idők csökkentését és a kezelési folyamatok megszigorítását sikerült elérni. Az ökonomizálódás hosszútávú mellékhatásai azonban fokozódtak, a fekvőbeteg szektorban pedig nem sikerült elérni a költségsökkentést. Ezért a jövőben a szolgáltatások egyharmadát rendelkezésre állást térítő átalányokból (*Vorhaltepauschalen*), kétharmadát továbbra is esetátalányokból finanszírozzák. [Fogalommagyarázat: „*Vorhaltepauschale / Vorhaltefinanzierung / Vorhaltebudget / Vorhaltevergütung*”: A 2024-es kórházügyi reform keretében alkalmazott finanszírozás szerint a kórházak a „*szolgáltatások rendelkezésre állása*”, azok *készenlétben tartása ellenében* részesülnek térítésben, függetlenül attól, hogy ténylegesen kezelnek-e betegeket.

(<https://www.bundestag.de/presse/hib/kurzmeldungen-1009104>) - a szerk.]

A reformcsomagban az „ökonomizálódás” egy másik vetülete is megjelenik. Az elmúlt években a pénzügyi befektetők többszáz orvosi praxist és egészségügyi ellátási központot vásároltak fel és ezek piaci manipulációjával hatalmas nyereséghez jutottak. A miniszter szeretne véget vetni ennek a trendnek.

A reform egyik sarkalatos eleme a szolgáltatástervezés bevezetése a minőségbiztosítással összefüggésben. Strukturális feltételeket definiálnak három ellátási szint tekintetében, amelyeket a helyi alapbiztosítás (Level I), a regionális szerződéses és súlyponti ellátás (Level II), valamint a maximális ellátás és egyetemi klinikák (Level III) területén tételeznek. Mindegyik szinten egységes minimális feltételek és egységes standardok érvényesülnek a műszaki, építési és személyügyi ellátottság tekintetében. A jövőben részletes strukturális feltételeket szabnak meg 128 szolgáltatási csoport vonatkozásában, amelyek rögzítik az egyes kórházak kötelező szolgáltatási kínálatát. Bizonyos szolgáltatásokat már csak a magasabb szintű kórházak nyújthatnak. Minden kórház esetén szabályozzák, hogy mely szolgáltatásokat nyújthat és melyeket köteles az ellátási szerződés szerint biztosítani. Ennek oka, hogy vannak kórházak, amelyek jelenleg úgy látnak el bizonyos eseteket, mint szívinfarktus, stroke, vagy rákos megbetegedések, hogy nem rendelkeznek az ehhez szükséges személyügyi és technikai felszereltséggel.

A reformtervezet vitájának folyamata bizonyos mértékig módosított Lauterbach elképzelésein. A tartományok ugyanis elvetették a kórházak három szintbe sorolását. A kórházaknak azonban maradéktalanul be kell tartaniuk a strukturális minimális követelményeket, szolgáltatási spektrumukat 65 szolgáltatási csoport vonatkozásában kell meghatározniuk. Azok a kórházak, amelyeknél hiányoznak egy bizonyos szolgáltatási csoport strukturális feltételei, a jövőben nem számolhatják el ezeket a szolgáltatásokat. A minőségügyi kritériumok teljesítését, amelyek a műszaki ellátottságra és az orvosi és ápolószemélyzet képzettségére is kiterjednek, szövetségi szinten egységesen ellenőrzik. A level-mátrix helyett arra fogják kötelezni a kórházakat, hogy a kórházak transzparenciájáról szó törvény alapján hozzák nyilvánosságra strukturális és szolgáltatási adataikat.

A reform finanszírozásához 2026-tól tíz évre egy 50 milliárd EUR összegű transzformációs alapot állítanak fel, amelyet fele-fele arányban a tartományok, ill. a kötelező betegbiztosítás egészségügyi alapjának likviditási tartalékaiból fognak fedezni. A miniszter pénzügyi ösztönzőkkel próbálja ellensúlyozni a tartományok ellenállását. A mindenkori kórházi költségvetés 60%-ig terjedő rendelkezésre állást biztosító átalányokkal az orvosilag indokolatlan esetszámnövekedést szeretné megfékezni, amely csakis gazdasági célkitűzéseket követ. Másrészt kilátásba helyez 6 milliárd EUR összegű likviditási segítséget a veszélyeztetett kórházak részére, amelynek kifizetésére a törvény elfogadását követően kerülne sor. A tartományok további hatmilliárdhoz jutnak az ápolási költségvetés megelőlegezésével.

Lauterbach reformja a centralizált struktúra és a regionális felelősség kezelésének iskolapéldája. A szövetségi és Bismarck-féle hatalommegosztás és a Beveridge-féle központosított hatalmi monopólium közötti tusa most új fázisába lép. Ebben döntő szerepe lesz a rendszerváltozás sebességének. Nemcsak Lauterbach látja úgy, hogy az egészségügy számára a legnagyobb veszélyt az elévült kórházi struktúrákra való megkésett reakciók jelentik. A jövőben ugyanis ez sem személyügyi, sem pénzügyi adottságainál fogva nem lenne képes feladatainak teljesítésére.

### ***Függelék***

#### ***A német kórházügyi reform sarkalatos elemei, elfogadásának és hatályba lépésének menetrendje, szemelvények a reformfolyamat elsődleges forrásaiból***

Deutsches Ärzteblatt, 2024; 121(20): A-1270 / B-1082 Digitale Ausgabe

#### **Forrás Internet-helye:**

<https://www.aerzteblatt.de/archiv/241304?rt=971bf246e981d1c3d78e945717e58e5a>

#### **Kapcsolódó: Reinhard Busse a német egészségügyi rendszer állapotáról:**

[https://www.apotheken-umschau.de/gesundheitspolitik/deutsches-gesundheitssystem-ist-ziemlich-ineffizient-](https://www.apotheken-umschau.de/gesundheitspolitik/deutsches-gesundheitssystem-ist-ziemlich-ineffizient-1130741.html?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=2024-07-30+AU+Newsletter)

[1130741.html?utm\\_source=newsletter&utm\\_medium=email&utm\\_campaign=2024-](https://www.apotheken-umschau.de/gesundheitspolitik/deutsches-gesundheitssystem-ist-ziemlich-ineffizient-1130741.html?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=2024-07-30+AU+Newsletter)

[07-30+AU+Newsletter](https://www.apotheken-umschau.de/gesundheitspolitik/deutsches-gesundheitssystem-ist-ziemlich-ineffizient-1130741.html?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=2024-07-30+AU+Newsletter) (Reinhard Busse, az egészségügyi menedzsment professzora (Technische Universität Berlin); a European Observatory on Health Systems and Policies társigazgatója; a Charité - Universitätsmedizin Berlin professzora)

**„A kórházi ellátás javításáról szóló törvény”  
(Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) három pillére:**

- **Szolgáltatási csoportok:** A német kórházak által biztosított szolgáltatásokat a jövőben 65 orvosi szolgáltatási csoport egyikéhez rendelik hozzá. A szolgáltatási csoportokhoz szövetségi szinten egységes minőségügyi kritériumokat társítanak, amelyek meghatározzák a kórházak által fenntartandó technikai felszerelést, személyügyi ellátottságot és diszciplinát. Szolgáltatási csoportonként minimális esetszámokat is definiálnak. A betegpénztárak orvosi szolgálatainak rendszeresen ellenőrizniük kell a kritériumok betartását.
- **Rendelkezésre állás finanszírozása (Vorhaltevergütung):** A rendelkezésre állás költségvetését a kórházi térítési rendszerek intézete (*Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus*) fogja kiszámítani egy bonyolult folyamat keretében az egy-egy szövetségi tartományra jutó szolgáltatások volumenéből. A rendelkezésre álló források szolgáltatási csoportonként és szövetségi tartományonként keletkező összegének 60%-át, az általuk a referenciaidőszakban szolgáltatási csoportonként nyújtott szolgáltatásokkal arányosan elosztják a kórházak között. Ez nem tartalmazza az ápolószemélyzetre fordított költségeket. A költségvetés fennmaradó 40%-át a kórházak az eddigiekhez hasonlóan az esetátalányoknak megfelelően kapják meg.
- **Szektorok fölötti ellátó intézmények:** A szektorok fölötti – korábban I szinthe sorolt – intézmények körébe azok a fekvőbeteg intézmények tartoznak, amelyekhez ambuláns és ápolási szolgáltatások kapcsolódnak. Azt, hogy mely kórházakat alakítják át szektorok fölötti intézményekké, a tartományok döntenek. A tervek szerint ezekben háziorvosi, vagy szakképzett ápolók általi ellátást fognak biztosítani.

**A törvény elfogadásának és hatályba lépésének menetrendje:**

**2024 október eleje:** A kormánypárti frakciók megtették módosító javaslatukat.

**2024. október 18.** A Bundestag napirendjére tűzi és szavazásra bocsátja a törvényt.

**2024. november 22.:** A Bundesratban megvitatják a törvényt, de itt nem kell dönteni róla. A tartományok egyeztető bizottság közreműködését kérhetik.

**2025. március 31.:** A Szövetségi Egészségügyi Minisztérium előterjeszti a szolgáltatási csoportokról és minőségügyi kritériumokról szóló továbbfejlesztett végrehajtási rendeletet, amelyet a törvényhozásnak is el kell fogadnia.

**2027:** Két költségvetéstől semleges évet (2025 és 2026) követően 2027-ben sor kerül a rendelkezésre állási költségvetések egy részének a kórházak részére történő kifizetésére.

**2029:** A kórházak térítése ettől kezdődően teljes mértékben az új finanszírozási rendszer keretében történik.

**Szemelvények az általános reformfolyamat elsődleges forrásaiból**

**Kórházügyi reformról szóló törvény (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz):**

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenhaus/krankenhausreform.html>



**Kérdések és válaszok a kórházi reformról:**  
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenhaus/krankenhausreform/faq-krankenhausreform.html> ;

**Előterjesztés a kórházi törvényről:**  
[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/K/Krankenhausreform/Eckpunktepapier\\_Krankenhausreform\\_final.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/Eckpunktepapier_Krankenhausreform_final.pdf) ;

**Az orvostudományi kutatásokról szóló törvény (Medizinforschungsgesetz):**  
[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Gesetze\\_und\\_Verordnungen/GuV/M/Kabinettsbeschluss\\_Entwurf\\_eines\\_Medizinforschungsgesetzes.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/M/Kabinettsbeschluss_Entwurf_eines_Medizinforschungsgesetzes.pdf) ;

**Egészséges szívről szóló törvény (Gesundes-Herz-Gesetz – GHG):**  
[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Gesetze\\_und\\_Verordnungen/GuV/G/GHG\\_bf.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/G/GHG_bf.pdf) ;

**Törvény a gyógyszerári honoráriumokról és a gyógyszerári rendszer strukturális reformjáról (Gesetz für eine Apothekenhonorar- und Apothekenstrukturreform; Apotheken-Reformgesetz – ApoRG):**  
[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Gesetze\\_und\\_Verordnungen/GuV/A/ApoRG-Apotheken-Reformgesetz\\_RefE.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/A/ApoRG-Apotheken-Reformgesetz_RefE.pdf) ;

**Törvény a sürgősségi ellátás reformjáról (Gesetz zur Reform der Notfallversorgung):**  
[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Gesetze\\_und\\_Verordnungen/GuV/N/GE\\_Notfallreform\\_Kabinett.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/N/GE_Notfallreform_Kabinett.pdf) ;

**A kommunális egészségügyi ellátás megerősítéséről szóló törvény (Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune – Gesundheitsversorgungstärkungsgesetz (GVSG):**  
[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Gesetze\\_und\\_Verordnungen/GuV/G/GVSG\\_GE\\_Kabinett.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/G/GVSG_GE_Kabinett.pdf) ;

**Új jogszabályok és előírások az egészségügy területén 2024-ben:**  
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/das-aendert-sich-2024-in-gesundheit-und-pflege-pm-15-12-23.html> ;

**Új jogszabályok a digitalizáció területén:**  
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/bundestag-verabschiedet-digitalgesetz-pm-14-12-23.html> ;

**A kórházi transzparenciájáról szóló törvény (Gesetz zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz – Krankenhaustransparenzgesetz):**  
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/bundestag-beschliesst-krankenhaustransparenzgesetz.html> ;

**Nemzeti Gyógyszeripari Stratégia (Verbesserung der Rahmenbedingungen für den Pharmabereich in Deutschland. Handlungskonzepte für den Forschungs- und Produktionsstandort)**  
([https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/P/Pharmastrategie/231213\\_Kabinett\\_Strategiepapier.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pharmastrategie/231213_Kabinett_Strategiepapier.pdf)) ;

**Az ápolóképzés reformja (Gesetz zur Stärkung der hochschulischen Pflegeausbildung, zu Erleichterungen bei der Anerkennung ausländischer Abschlüsse in der Pflege und zur Änderung weiterer Vorschriften – Pflegestudiumstärkungsgesetz (PflStudStG):**  
[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Gesetze\\_und\\_Verordnungen/GuV/P/PflStudStG\\_GE\\_BReg\\_Kabinett\\_240523.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/PflStudStG_GE_BReg_Kabinett_240523.pdf) ;

**Cannabis legalizálásáról szóló törvény** (*Gesetz zum kontrollierten Umgang mit Cannabis und zur Änderung weiterer Vorschriften (Cannabisgesetz – CanG)*): [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/C/Cannabis/Gesetzentwurf\\_Cannabis\\_Kabinett.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/C/Cannabis/Gesetzentwurf_Cannabis_Kabinett.pdf) ;

**Összehasonlító elemzés a francia és a német egészségügyről**

Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES)

Les rapports de l'IRDES, n° 590 • mars 2024 (107 p.)

**Kulcsszavak:** egészségügyi rendszer, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), Franciaország, Németország

**Forrás Internet-helye:** <https://www.strategie.gouv.fr/actualites/hcfips-comparaison-depenses-de-sante-france-allemande> ;  
<https://www.irdes.fr/recherche/2024/rapport-590-comparaison-des-depenses-de-sante-en-france-et-en-allemande.html> ;  
<https://www.irdes.fr/recherche/rapports/590-comparaison-des-depenses-de-sante-en-france-et-en-allemande.pdf> ;

A jelentést az **Egészséggazdasági Kutatási és Dokumentációs Központ (Institut de recherche et documentation en économie de la santé – IRDES)** készítette a **Szociális Védelem Finanszírozásának Főtanácsa (Haut Conseil du Financement de la protection sociale – HCFiPS)** megbízásából.

Az egészségügyi kiadások GDP-hez viszonyított aránya 2022-ben Németországban 12,7%, Franciaországban 12,1% volt. Az egészségügyi kiadásokat Németországban a **Közös Szövetségi Bizottság (Gemeinsamer Bundesausschuss – GBA)**, a betegpénztárak, kórházak, orvosok, pszichoterapeuták és fogorvosok közös grémiuma igazgatja. Ez a struktúra a magasabb munkavolumen miatt magasabb bevételeket biztosít a városi orvosoknak és rövidebb vizitidőkkel jár mint Franciaországban (átlagosan 8 perc, általános orvosoknál 16 perc).

Franciaországban a városokban az általános orvosok az összes orvos 56%-át, Németországban a betegpénztárakkal szerződött orvosok 36%-át teszik ki. Ahhoz, hogy az ambuláns szektorban praktizálhassanak, a német orvosoknak engedélyért kell folyamodniuk, amit a népsűrűség, az egy főre jutó orvosok száma, valamint az életkori és morbiditási struktúra alapján bírálnak el. Ez a rendszer korlátozza ugyan a túlellátást, de nem járul hozzá különösebben az alulellátás korlátozásához sem.

Mindkét országban egyre gyakoribbak a közösségi praxisok. A németországi városi praxisokban tendenciálisan jelentősen magasabb létszámban foglalkoztatnak ápolókat és nem ápolószemélyzetet. Egy-egy németországi praxisban átlagosan 4,6 technikai asszisztent, orvosasszisztent és ápolóasszisztent foglalkoztatnak.

Ez mind a magán- mind a közösségi praxisoknál érvényes átlagérték. Pontosabban, az alkalmazott asszisztensek és ápolók száma a magánpraxisoknál 3,4, a közösségi praxisoknál 8,1. Ez a személyzeti modell Németországban rövidebb vizitidőket tesz lehetővé – feleannyit mint Franciaországban – és ezzel a napi munkaidő is rövidebb lehet.

A kórházi szektor helyzete Franciaországban kedvezőbb, Németországban ugyanis az olyan problémák, mint a kórházi túlkapacitások és az ápolók ágyszámhoz viszonyított alacsony aránya aggályokat kelt a biztosított ellátás minősége és relevanciája tekintetében. Németországban az alacsony ágykihasználtság az egészségügyi intézmények fenntarthatóságát is veszélyezteti.

A német kórházi szektor az aktivitás magas volumenéről, a hosszabb kórházi ápolási időről és az ambuláns műtétek viszonylag alacsonyabb rátájáról ismert. Ezenkívül, mint azt több szakértő megállapította, észrevehetően magas a megelőzhető kórházi kezelések rátája, ami aggodalmakra ad okot a kórházi ellátás minőségével kapcsolatban.

A kórházi karrier a privát praxishoz viszonyítva mindkét országban kevésbé vonzó, ami elsősorban az alacsonyabb bérszínvonalnak tulajdonítható. Miközben a nem orvosi személyzet javadalmazása a két országban hasonló, a segédorvosoknál jelentős különbségek tapasztalhatók. Egy segédorvos átlagfizetése Franciaországban a pályafutás negyedik évében 25%-kal elmaradt az országos átlagfizetéstől, míg Németországban annál 50%-kal magasabb volt.

### ***Heinz Brock: A holland egészségügyi rendszer***

ÖKZ 63 JG. (2022) 6-7.

**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 költség hozzájárulásai („*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 gyógyszer íráshoz és endoszkópos vizsgálatot végezhetnek. A tartós és bentlakásos intézményi ápolás, amelyet Hollandiában erőteljesen forszíroznak, 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*.]

#### ***Heinz Brock: Az olasz egészségügyi rendszer***

Das österreichische Gesundheitswesen (ÖKZ), 63. Jg. (2022) 5.

#### **Forrás Internet-helye:**

<https://www.gesundheitswirtschaft.at/publikation/63-jg-2022-5/bella-figura/>

Az olasz egészségügyi rendszer a „Beveridge”-típus elvei szerint működik. Az 1978-ban alapított, adókból finanszírozott nemzeti egészségügyi szolgálat (**Servizio Sanitario Nazionale, SSN**) mindenki számára térítés nélkül biztosítja az egészségügyi

szolgáltatásokat. A sürgősségi ellátás teljes egészében az SSN keretében működő kórházakhoz tartozik. A sürgősségi intézményekre való összpontosítás ellenére, paradox módon úgy tűnik, hogy a pandémia első fázisában éppen ez volt a fertőzés ellenőrizhetetlen terjedésének egyik tényezője.

Nemzeti szinten az egészségügyi minisztérium kezdeményezi a sarkalatos törvényeket, meghatározza az egészségügyi szolgáltatások volumenét és elosztja a szolidaritási alapot a gazdaságilag hátrányos régiók között. A 20 olasz régióban az egészségügyi ellátás területi hatáskörben valósul meg. Helyi szinten az egészségügyi hatóságok (**Aziende Sanitarie Locali, ASL**) állami kórházak vagy akkreditált privát szolgáltatók által biztosítják az ellátást. A regionális kormányok háromévente készítenek egészségügyi tervet, amelyben rögzítik a kórházak vagy helyi egészségügyi hatóságok működésének pénzügyi kereteit. Mivel az adóforrásokat a régiók maguk szabják meg, a gazdagabb északi régiók sokkal jobb ellátást tudnak biztosítani, mint a szegényebb déliek.

Az általános orvosok és gyermekorvosok kapuőr szerepet töltenek be. A polgárok legalább 12 hónapos időtartamra háziorvost választhatnak, aki biztosítja számukra az elsődleges ellátást, a megelőzést és a szakorvoshoz való beutalást. Az általános orvosok többnyire önálló praxisokban működnek és minden bejelentett beteg után az adott régió megelőzési költségei és saját szolgálati idejük szerinti fejkvótában részesülnek. Ezenkívül bizonyos speciális szolgáltatásokat, pl. viziteket is elszámolhatnak. A gyermekorvosok szabadfoglalkozásuként vagy az SSN keretében alkalmazott családorvosként is működhetnek.

A betegek állami vagy privát szolgáltatókhoz fordulhatnak szakorvosi kezelés céljából. Ez attól függ, hogy kivárják-e míg sorra kerülnek a várólistán, ill. hajlandók-e maguk fizetni a költségeket. Az ingyenes szakorvosi ellátáshoz való hozzáféréshez családorvosi beutaló kell. A fogorvosok, nőgyógyászok és gyermekorvosok beutaló nélkül is igénybe vehetők. Az SSN nem téríti a fogászati ellátásokat. Az SSN keretében foglalkoztatott orvosok fizetést kapnak és közalkalmazotti jogviszonnyal rendelkeznek. Jogukban áll privát praxist működtetni, ahol szolgáltatásaikért honoráriumot számolhatnak el. Nem ritka, hogy a privát praxisok szerződéssel, vagy akár helyileg is az SSN intézményeiben működnek.

| <i>Az egészségügyi rendszer paraméterei</i>                  | <b>IT</b> |
|--------------------------------------------------------------|-----------|
| Egészségügyi összkiadások (GDP %-a)                          | 8,7       |
| „Out-of-pocket” fizetések (egészségügyi összkiadások %-a)    | 24        |
| Állami egészségügyi kiadások (egészségügyi összkiadások %-a) | 74        |
| Egy főre eső egészségügyi kiadások (EUR vásárlóerő paritás)  | 2.473     |
| Kórházi ágyak (1.000 lakosra)                                | 3,1       |
| Orvosok (1.000 lakosra)                                      | 4,0       |
| Ápolók (1.000 lakosra)                                       | 5,7       |
| CT, MRI, PET (1.000 lakosra, évente)                         | 173       |
| Az elsődleges ellátással való elégedettség (1-10)            | 7,0       |



| <i>Az egészségügyi rendszer paraméterei</i>                     | <b>IT</b> |
|-----------------------------------------------------------------|-----------|
| Szakorvosi és kórházi ellátással való elégedettség (1-10)       | 6,2       |
| 48 órán belüli ellátás combnyaktörés esetén (%)                 | 53,2      |
| Születéskor várható élettartam                                  | 83,4      |
| Prevenció által megelőzhető halálesetek (1.000 lakosra, évente) | 107       |

**OECD Health Data 2020**

Olaszország, amely az Európai Unió harmadik legnagyobb gazdasága, átlagosan kevesebbet költ egészségügyre, mint az európai átlag. Az egészségügyre fordított források elosztása természetesen tükröződik az infrastrukturális és személyügyi paraméterekben. Az ápolószemélyzet létszáma nem éri el, az orvosoké meghaladja az európai átlagot.

Az olasz lakosságot hosszú várólisták sújtják, ami az elsődleges, szakorvosi és kórházi ellátással való alacsony elégedettségben is megmutatkozik. Az egészségügyi rendszer további indikátora, amelyet sürgősen javítani kellene, a sürgős műtétekre, többek között combnyaktörés miatti műtétre való várakozási idő. E műtétet az esetek alig több mint felénél végzik el a kórházba történő beutalást követő két napon belül, ami jóval elmarad a nemzetközileg elfogadott követelményektől.

Az egészségügyi beruházások mértéke a többi európai országhoz viszonyítva ugyancsak átlagon aluli. Számolva a lakosság elöregedésével és ezzel kapcsolatban a terápiás és ápolási szükségletek növekedésével, a körülmények belátható időn belül aligha fognak változni. Ennélfogva aztán még az is elképzelhető, hogy az Olaszországban nyaralók betegség esetén inkább légimentővel vagy gépkocsival utazzanak haza, mintsem ott kezeltethessék magukat.

### ***Heinz Brock: A svéd egészségügyi rendszer***

Das österreichische Gesundheitswesen (ÖKZ), 64. Jg. (2023) 12.; 7. Dez. 2023, 09:28

**Forrás Internet-helye:** <https://www.gesundheitswirtschaft.at/publikation/64-jg-2023-12/das-gesundheitssystem-in-schweden-vorbild-und-schreckgespenst/>

A svéd állami egészségügyi szolgálat finanszírozása csaknem teljes egészében adóbevételekből történik. A privát biztosítások jelentősége elenyésző, a privát költséghozzájárulások mértéke Európában a legalacsonyabbak közé tartozik. Az egészségügyi szolgáltatók szervezete és finanszírozásának biztosítása a 21 tartomány és részben a 290 település hatáskörébe tartozik. A jogi keretfeltételek megteremtése és a célzott aktivitások ösztönzését célzó pénzügyi források elosztása kormányzati szinten történik. A tartományok és települések szintjén a helyi szükségletek szerint politikai grémiumok döntenek az adóforrások egészségügyi ellátások céljaira történő elosztásáról. Ebben a tekintetben nincs fölérendelt állami tervezés, ami regionális egyenlőtlenségekhez vezet (főleg az urbánus és vidéki területek között).

A svéd nemzeti népegészségügyi hatóság (**Folkhälsomyndigheten, Public Health Agency**) politikai kezdeményezésekkel támogatja a lakosság egészségi állapotának javítását. A következő népegészségügyi stratégia és a prevenció eredményei: a dohány- és alkoholfogyasztás rátája Európában itt a legalacsonyabb és magas a



születéskor várható élettartam. A pandémia kezelése tekintetében *Anders Tegnell állami főepidemiológus* kevésbé restriktív intézkedéseket javasolt a kormánynak, mint azt más országokban tették, a magas halálozási ráta miatt azonban számos kritikával illették. A svéd betegek számára az ellátórendszerrel való első kontaktust az esetek többségében a regionális elsődleges ellátási központok (PCC) jelentik, amire telefonon, elektronikus időpontfoglalással, vagy személyes bejelentkezéssel kerül sor. Alternatívaként a nemzeti telefonos vagy online-szolgálat is igénybe vehető. Végül a privát digitális egészségügyi szolgáltatók videó-konzultációkat is felkínálnak. A digitális szolgáltatások és a direkt orvosi vizitek honoráriumuk között nincs különbség. A digitális elsődleges egészségügyi szolgáltatások népszerűsége a pandémia óta folyamatosan növekedik. A svéd kormányzat, főleg 2021. óta célul tűzte az elsődleges ellátás szerepének megerősítését. Egy tipikus PCC négy-hat általános orvost, továbbá ápolókat, pszichológusokat és terapeutákat foglalkoztat.

A svéd betegek elvben szabadon választhatnak szolgáltatót. Az elsődleges ellátók kapuőri funkciója regionálisan változó. A betegeknek 2022. óta regisztrálniuk kell magukat az általuk választott PCC-nél, amit a lakosság 91%-a elfogadott. Egy-egy PCC a lakosság 92%-a számára tíz percen belül elérhető. A PCC-k bevételei regisztrált betegenként egy kockázatilag korrigált regionális átlányból és különböző kiegészítő elszámolásokból, mint szolgáltatási honoráriumokból és minőségi pótlékokból tevődnek össze.

| <i>Az egészségügyi rendszer paraméterei</i>                                | <b>SE</b> |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Lakosság (millió lakos)                                                    | 10,45     |
| Lakosság $\geq 65$ év (%)                                                  | 20,3      |
| Születéskor várható élettartam                                             | 83,1      |
| Napi dohányfogyasztás (lakosság %-a, > 15 év)                              | 9,7       |
| Éves alkoholfogyasztás (liter/fő, > 15 év)                                 | 7,6       |
| Prevencióval megelőzhető halálesetek (100.000 lakosra)                     | 97        |
| Kellő időben nyújtott terápiával megelőzhető halálesetek (100.000 lakosra) | 53        |
| Egészségügyi kiadások GDP-hez viszonyított aránya (%)                      | 10,7      |
| Egy főre eső egészségügyi kiadások (USD vásárlóerő paritás)                | 6.438     |
| Állami egészségügyi kiadások (egészségügyi összkiadások %-a)               | 85,8      |
| Privát („out-of-pocket”) (egészségügyi összkiadások %-a)                   | 13,1      |
| Ambuláns ellátás (egészségügyi összkiadások %-a)                           | 28,2      |
| Tartós ápolás (egészségügyi összkiadások %-a)                              | 25,5      |
| Fekvőbeteg ellátás (egészségügyi összkiadások %-a)                         | 20,9      |
| Dologi eszközök (egészségügyi összkiadások %-a)                            | 11,9      |
| COVID19 elleni prevenció (egészségügyi összkiadások %-a)                   | 3,2       |
| Kórházi ágyak 1.000 lakosra                                                | 2,00      |

| <i>Az egészségügyi rendszer paraméterei</i> | SE   |
|---------------------------------------------|------|
| Kórházi ápolási idő (napok átlagosan)       | 5,5  |
| Orvosok (1.000 lakosra)                     | 4,32 |
| Általános orvosok (1.000 lakosra)           | 0,61 |
| Ápolók (1.000 lakosra)                      | 10,7 |

OECD Health Data 2023

A svéd egészségügyi rendszer gyengéi: az ágyszámleépítés negatív eredményekkel járt; a rendszeres túlkihasználtság megszüntetése a munkaerőhiány miatt nehézségekbe ütközik; nem áll rendelkezésre elég általános orvos, ami hosszú várakozási időkhöz vezet. A minimális várakozási időt jogszabály garantálja. PCC-nél való vizsgálatot egy nap alatt, szakorvosnál vagy műtét előtt 90 napon belül kellene biztosítani. Ezzel szemben a várakozási idők meghaladják az EU átlagát. 2021-ben a betegek 29%-ának a garantált három hónapnál hosszabb ideig kellett várakozniuk szakorvosi vizsgálatra.

### ***Heinz Brock: A norvég egészségügyi rendszer***

Das österreichische Gesundheitswesen (ÖKZ), 64. Jg. (2023) 1-2.

#### **Forrás Internet-helye:**

<https://www.gesundheitswirtschaft.at/publikation/64-jg-2023-1-2/im-land-der-fjorde/>

A pandémia Norvégiát sem kímélte, de az egészségügyi rendszer sikeresen birkózott meg a kihívással. Ennek magyarázata: az erőteljes elsődleges ellátási szektor, hatékony prevenciós programok, a digitális rendszerek alkalmazása. Norvégia a best-practice kiváló példája a hatékony egészségpolitika vonatkozásában. A pandémia sokkal gyengébb következményekkel járt mint más országokban: A fertőződési és halálozási ráták kilencszer alacsonyabbak voltak mint Európa többi részén. Norvégia egyike annak a három európai országnak, ahol a várható élettartam 2020-ban – még a 80 év fölöttiek körében is – növekedett. A halálozási ráta a pandémia második hulláma idején alacsonyabb volt mint az első idején.

A norvég egészségügyi rendszer túlnyomórészt állami struktúrákra épül. A kórházi és szakorvosi ellátást négy regionális egészségügyi hatóság biztosítja. Az elsődleges ellátást és a népegészségügyi szolgáltatásokat a területi önkormányzatok bocsátják rendelkezésre. Az államilag finanszírozott ellátási kínálat rendkívül átfogó, de a kórházi ellátásban és az ápolási otthonoknál privát önrészeket is alkalmaznak. Az „out-of-pocket”-fizetések a gyermekek, a terhes nők, a minimálnyugdíjasok számára általában évente 2.460 NOK-ra (235 EUR) korlátozódnak.

Norvégia átfogó egészségügyi ellátást biztosít polgárai számára, amely bilaterális egyezmények keretében az Európai Gazdasági Térség és Ausztrália polgárait is kiterjed. A szolgáltatásokhoz való hozzáférés kevésbé függ a betegek szociális helyzetétől, mint az EU-tagállamok átlagában. Csak a fogászati ellátás területén jelentkeznek szociális különbségekből adódó eltérések.

Az általános orvosok általában szerződésben állnak az önkormányzatokkal és többnyire csoportpraxisokban működnek. Kórházba történő beutalás és szakorvoshoz irányítás

tekintetében kapuőr szerepet töltenek be. A polgárok szabadon választhatnak kórházat és szakorvost. Kórházi kezelés esetén a szabad választás a teljes európai térségre kiterjed, utazási költségek visszatérítése nélkül.

Az elsődleges ellátási szektor dominanciája miatt a szakorvosi területeken, pl. sebészeti szakoknál orvoshiány mutatkozik. Egyes elektív beavatkozásoknál, mint szürkehályog-, csípő- és térdprotézis-műtéteknél a várólisták hosszabbak mint más európai országokban. Az egészségügyi minisztérium 2021-ben az összes intramurális kezelés tekintetében visszaállította a várakozási idő 50 napnál rövidebb garanciáját.

| <i>Az egészségügyi rendszer paraméterei</i>                        | <b>NO</b> |
|--------------------------------------------------------------------|-----------|
| Lakosság (millió lakos)                                            | 5,39      |
| GDP (milliárd USD vásárlóerő paritás)                              | 428       |
| Egy főre eső GDP (USD vásárlóerő paritás)                          | 79.201    |
| Egy főre eső egészségügyi kiadások évente (USD vásárlóerő paritás) | 6.582     |
| Egészségügyi kiadások GDP-hez viszonyított aránya (%)              | 11,4      |
| „Out-of-pocket” (egészségügyi összkiadások %-a)                    | 13,9      |
| Kórházi ágyak                                                      | 18.281    |
| Intenzív ágyak 100.000 lakosra                                     | 5,4       |
| Orvosok száma 1.000 lakosra                                        | 5,1       |
| Ápolók száma 1.000 lakosra                                         | 18        |
| Születéskor várható élettartam                                     | 83,2      |
| COVID19 miatti halálozás 1 millió lakosra (2020.03. - 2022.10)     | 782       |
| Prevenció által megelőzhető halálozások (100.000 lakosra)          | 115       |

**OECD Health Data 2020**

Az egy főre eső egészségügyi kiadások a legmagasabbak közé tartoznak Európában, jóllehet az összkiadások GDP-hez viszonyított aránya elmarad az EU-átlagtól. Az egészségügyi kiadások 85%-át állami forrásokból és társadalombiztosítási járulékokból finanszírozzák, ami Európában a legmagasabb arány. A fennmaradó 15% a privát háztartásokra hárul („out-of-pocket”). Az egészségügyi összkiadások nagyjából 30-30%-os arányban oszlanak meg a kórházi fekvőbeteg és ambuláns ellátás, valamint a tartós ápolás között. Ez azt jelenti, hogy Európában tartós ápolásra Norvégia költ a legtöbbet. A kórházak mellett gyógyszerre és orvostechnikai eszközökre fordított költségek az EU-átlagnál alacsonyabbak, a prevencióra fordított kiadások nagyjából megfelelnek annak.

A norvég egészségügyi rendszer személyügyi ellátottsága nemzetközi összehasonlításban igen kedvező. Orvosok tekintetében az élvonalhoz tartozik, ápolók tekintetében első helyen áll. Ennek ellenére törekvések tapasztalhatók a fenyegető ápolóhiány megelőzésére. Szembetűnő adat, hogy a Norvégiában működő orvosok és ápolók körében igen magas a külföldön végzettség aránya. Az orvosok több mint 40%-a külföldi diplomával rendelkezik. Ezek fele azonban Norvégiában született, az

orvostudományi egyetemeken ugyanis a beiskolázási helyek száma korlátozott, amit sokan lengyelországi, magyarországi és szlovákiai tanulmányokkal váltanak ki.

***Sissi Eigruher: Hogyan küzdött meg a dán egészségügyi rendszer a pandémiával?***

Das österreichische Gesundheitswesen (ÖKZ), 62. Jg. (2021) 11.

**Forrás Internet-helye:** <https://www.gesundheitswirtschaft.at/publikation/62-jg-2021-11/daenische-spurensuche/>

A pandémia Dániában 2021 szeptember végéig 2.646 halálos áldozatot követelt, 1.000 lakosra 0,5 koronavírus miatti haláleset jutott (Ausztriában 1,2, Németországban 1,1); a lakosság 75%-a teljesen immunizált volt (Ausztriában 60%, Németországban 65%). Dánia valamit mindenképpen jól csinált. A pandémia halálos áldozatainak száma a népességszámhoz viszonyítva Finnországban, Norvégiában és Izlandon még Dániánál is alacsonyabb volt. Svédországban viszont 1.000 lakosra 1,4 haláleset jutott. Az **Anders Tegnell svéd főepidemiológus** által ihletett lockdown és maszkviselési kötelezettség nélküli különutasság jó gazdasági adatokkal járt, de magas halálozást eredményezett. Dánia a pandémia sikeres megfékezésének pozitív példája. **Dr. Thomas Czypionka egészségügyi közgazdász (Institut für Höhere Studien – IHS, Wien)** és **Hanne Foss Hansen (Institut for Statskundskab, Københavns Universitet)** egybehangzó következtetése szerint a dán siker titka a lakosságnak a kormányzat iránti bizalma és normakövető magatartása.

A koronavírus elleni oltási kampány 2020 december végén kezdődött és 2021 július végéig a lakosság egyharmadát, szeptember végéig 75%-át teljesen beoltották. A dán kormány gyorsan reagált a pandémiára. Az első eseteket 2020. február 27-én regisztrálták, március 11-én pedig már elrendelték az iskolák és egyes közintézmények bezárását. Ausztriában az első lockdown-t 2020. március 16-án, Nagy-Britanniában március 23-án rendelték el.

Mindezen lépéseknél Dánia előnyére vált, hogy az egészségügy digitalizációja tekintetében jelentős eredményekkel rendelkezett. Ez megkönnyítette az oltási kampány lebonyolítását, az emberek tudták, hol kell bejelentkezniük az oltás időpontjáért. A kormánynak lehetősége volt az egyes polgárokkal való elektronikus kommunikációra. A dán digitális oltási regiszter bevezetésére 2013-ban került sor.

Az eddigi sikerek ellenére mind a politikusok, mind a virológusok ódzkodnak a diadalittas kijelentésektől. **Soren Riis Paludan, a virológia professzora (Aarhus Universitet)** úgy kommentálta a korlátozások feloldását, hogy „az ajtót ugyan megnyitottuk, de azt is megmondtuk, hogy szükség esetén azt újra bezárhatjuk”.

[Lásd még: *Lakossági vizsgálat Dániában a koronavírussal való újrafertőződésről, 2021. 8. sz.*]

***Heinz Brock: A finn egészségügyi rendszer***

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

**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 halálos esetek 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 millióról 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 lehetőségekre összpontosít: ezért az ellátásokhoz 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  |
| <i>OECD 2020, vagy a legfrissebb rendelkezésre álló adat.</i> |      |

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 foglalkoztatottaik 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 kórház nagyobb egységekbe integráltak, 20 integrált kórházi körzet kialakítására került sor.

## ***Függelék***

### ***Pódiumbeszélgetés a finn egészségügyi rendszerről***

Deutsches Ärzteblatt, 24. Juni 2024

#### **Forrás Internet-helye:**

<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/152384/Was-Deutschland-vom-finnischen-Gesundheitssystem-lernen-koennte?rt=971bf246e981d1c3d78e945717e58e5a>

***A pódiumbeszélgetés szereplői: Franziska Beckebans, a Siemens Betriebskrankenkasse (SBK) ellátási igazgatója és Sven Preusker, Finnországban élő szabadfoglalkozású publicista.***

Finnországban a lakóhelyi ellátás több mozgásteret, a szektorhatárokat meghaladó rugalmas megoldásokat, a szerződések alakításának nagyobb szabadságát követel a regionális szereplők számára. A költségvetési felelősség a 2023-ban bevezetett SOTE-reform óta a régiókra hárul. [Az ún. SOTE-reform, amely 2023. január 1-én lépett



hatályba, 309 municipalitásról 22 nagyobb szereplőre (21 jóléti tartományra és Helsinkire) helyezi át az egészségügyi, szociális és mentőszolgálatokért való felelősséget. – European Commission. Finland finalises its largest-ever healthcare reform:

<file:///C:/Users/B%C3%A9la/Downloads/ESPN%20-%20Flash%20report%202022%20-%2039%20-%20FI%20-%20June%202022.pdf> ]

A gyéren lakott Finnországban a népsűrűség 18 lakos/km<sup>2</sup> (Németországban 240 lakos/km<sup>2</sup>). A SOTE-reform a regionálisan szervezett rendszer bevezetésével nagyobb egységekbe tagolta az ellátást. Összességében most már 21 régió, valamint Helsinki és Åland autonóm régió illetékes az egészségügyi, szociális és mentőszolgálatok szervezéséért. A finanszírozás állami dotációkból történik, amelyek egyebek között a lakosságszámhoz és az egyes régiók betegségeihez igazodnak.

Finnországban az elsődleges ellátás területén a legfontosabb szolgáltatók az egészségügyi központok. Ezek további feladatai közé tartoznak az egészségügyi tanácsadás, az oltások, a megelőző vizsgálatok, a fogászati ellátás és a bázisdiagnosztika. A nagyobb központok ágyakkal rendelkező osztályok is rendelkezésre állnak. Ez a lehetőség a betegek megfigyelését és a krónikus betegek idejében való ellátását biztosítja.

Beckebans szerint az orvosok tehermentesítése céljából Németországban is fontos lenne bővíteni az ápolók, terapeuták és az ápolóképzés területén meghonosodott új szakirányok körében (mint *e-Nurses*, *Physician Assistants*, vagy a *VERAH/NäPa*) képesítettek hatáskörét. Preusker hozzátette, ez Finnországban már valóság, az ápolók kiemelt szerepet töltenek be az elsődleges ellátásban. [*VERAH: „Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis”* – háziiorvosi asszisztens; *NäPa: „Nicht-ärztliche Praxisassistentin”* – nem orvosi (képzettségű) praxisasszisztens]

Mint Preusker kifejtette, ezekre a képzések kizárólagosan egyetemeken kerül sor. A különböző továbbképzések keretében az ápolók elsajátítják bizonyos gyógyszerek felírásának és az orvosok által írt rendelvények meghosszabbításának módját.

A finn egészségügyi intézményekben működő ápolók fontos feladatokat vesznek át az esetmenedzsment területén, dönthetnek arról, hogy szükség van-e orvosi vizsgálatra vagy tanácsadásra. A szakirányok és szakmai csoportok közötti kooperáció multiprofessionális teamek keretében valósul meg.

Beckebans utalt arra, hogy a német egészségügy még mindig fokozottan orvosközpontú, az orvostársadalom pedig szkeptikusan viszonyul a feladatok delegálásához. Az ellátás jövőbeli biztosításához és az orvosok tehermentesítéséhez azonban ennek változnia kell. Példaként említette, hogy Finnországban az egészségügyi központokban a triázst is átruházzák a szakképzett ápolókra.

Finnországban a digitalizáció is már régóta az egészségügyi ellátás eszköztárába tartozik. Az elektronikus receptet 2008-ban vezették be és a finn receptek már Svédországban és Észtországban is kiválthatók. Ezenkívül az elektronikus beutalási rendszer, a betegek átirányítása, a kórházból való elbocsátás, a digitális vizitek és a betegek nyújtott speciális e-health-szolgáltatások az egészségügyi rendszer tehermentesítését szolgálják.

Az egész országra érvényes elektronikus betegdokumentumot 2010-ben vezették be Finnországban. Ez lehetővé teszi a betegek számára orvosi jelentéseik, laborleleteik,

receptjeik és más dokumentumaik letöltését. Ez összekötő kapocs az érintett szereplők és a biztosítottak között, hangsúlyozta Beckebans.

***Heinz Brock: Az észti, a lett és a litván egészségügyi rendszer***

Das österreichische Gesundheitswesen (ÖKZ), 64. Jg. (2023) 8-9. ; 8. Sept. 2023

**Forrás Internet-helye:** <https://www.gesundheitswirtschaft.at/publikation/64-jg-2023-8-9/estland-lettland-und-litauen-das-baltikum-als-versuchslabor/>

A három balti állam egészségügyi rendszerének felépítése nagyjából hasonló. Egy adóforrásokból finanszírozott központi intézmény egészségügyi szolgáltatásokat vásárol állami és privát szolgáltatóktól. A kórházak, akárcsak az elsődleges ellátási központok többnyire állami tulajdonban vannak. A szabadfoglalkozású általános orvosok és a szakorvosok viszont már privát praxisokban működnek. Az egészségügyi kiadások GDP-hez viszonyított aránya messze elmarad az EU átlagától. Az alulfinanszírozottság az orvosi ellátásokért fizetett privát költséghozzájárulások magas arányában is megmutatkozik. Észtországban az egészségügyi összkiadások egynegyedét, Lettországban és Litvániában egyharmadát a betegek viselik. Észtországban a lakosság öt százaléka nem rendelkezik egészségbiztosítással, mivel ezt foglalkoztatási viszonyhoz kötik. Lettországban az egészségügyi ellátást alkotmányos jogként mindenki számára garantálják, az állami egészségbiztosítási szolgáltatások volumene azonban korlátozott és elterjedt az önrészek alkalmazása. Ezzel szemben Litvánia átfogó szolgáltatási csomagot biztosít összes polgára számára, de a költségáthárítások itt is jelen vannak.

Érdekes különbségek mutatkoznak az egészségügyi szolgáltatók személyügyi ellátottsága területén. Az orvosi és ápolószemélyzet létszáma Észtországban és Lettországban messze elmarad az EU átlagától. Litvániában viszont az orvosok létszáma meghaladja, az ápolószemélyzeté eléri az EU átlagát. Így az ország képes jól működtetni viszonylag költséges kórházi rendszerét. Az ápolóhiány megnehezíti a szolgáltatásokhoz való hozzáférést. Az Európai Unióban átlagosan az emberek 1,7%-a szembesül hosszú várakozási időkkel, az ellátóhelyektől való távolságokkal, a szükséges kezelések igénybevételeének pénzügyi akadályával. Ebben a statisztikában Észtország első helyen (15,4 %), Lettország a negyedik helyen (4,3 %) áll Európában. Litvánia jobb személyügyi ellátottsággal rendelkezik és biztosíthatja az ellátásokhoz való gyorsabb hozzáférést.

A nehézségek ellenére nem lebecsülendő a balti államok 1991-es függetlenné válása és az EU-hoz való 2004-es csatlakozása óta elért előrelépés. Észtországban a születéskor várható élettartam 2000 és 2020 között 7,5 évvel növekedett, erőteljesebben, mint az EU bármely országában. Lettország 2010. óta 75%-kal növelte egészségügyi kiadásait. Litvánia népegészségügyi kampányaival féket vetett a magas alkohol- és dohányfogyasztásnak.

A korlátozott pénzügyi lehetőségek példamutató innovációs teljesítményekre kényszerítenek. Észtország évek óta az e-health-fejlesztések éllovasa. Az észti ENHIS egészségügyi információs rendszer kivétel nélkül kiterjed minden orvosra, kórházra, gyógyszer tárra, a betegdokumentumokra. [Lásd még: Jelentés a kórházak helyzetéről]

*Németországban 2019-ben – Krankenhaus-Report 2019 (4. rész): Elektronikus betegdokumentumok Európában – Esettanulmány: Észtország, 2019. 14. sz.]*

| <i>Az egészségügyi rendszerek paraméterei</i>                        | <b>EE</b> | <b>LV</b> | <b>LT</b> |
|----------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|-----------|
| Lakosság (millió lakos)                                              | 1,33      | 1,88      | 2,81      |
| Születéskor várható élettartam                                       | 77,2      | 73,1      | 74,2      |
| Egészségügyi kiadások GDP-hez viszonyított aránya (%)                | 6,90      | 8,80      | 7,50      |
| Egy főre eső egészségügyi kiadások (USD vásárlóerő paritás)          | 2.371     | 2.228     | 2.879     |
| „Out-of-pocket” (egészségügyi összkiadások %-a)                      | 22        | 27        | 30        |
| Halálozás 100.000 lakosra                                            | 1.114     | 1.460     | 1.384     |
| (Szívinfarktus)                                                      | 28,9      | 36,9      | 32        |
| (Stroke)                                                             | 64,4      | 216,8     | 147,6     |
| (Malignómák)                                                         | 237,2     | 251,5     | 231,6     |
| Gyermekehalálozás (1.000 élveszületésre)                             | 2,2       | 2,7       | 3,1       |
| Megelőzhető halálesetek (100.000 lakosra)                            | 253       | 364       | 326       |
| Orvosok (1.000 lakosra)                                              | 3,43      | 3,36      | 4,47      |
| Ápolók (1.000 lakosra)                                               | 6,49      | 4,19      | 7,88      |
| Kórházak                                                             | 27        | 56        | 77        |
| Kórházi ágyak (1.000 lakosra)                                        | 4,40      | 5,18      | 6,03      |
| Kórházból való elbocsátások (1.000 lakosra)                          | 140       | 152       | 170       |
| Kórházi ápolási idő (napok)                                          | 7,8       | 8,6       | 7,5       |
| CT-vizsgálatok (1.000 lakosra)                                       | 143,8     | 217,8     | 148,7     |
| MRI-vizsgálatok (1.000 lakosra)                                      | 55,8      | 82,5      | 79,5      |
| PET-vizsgálatok (1.000 lakosra)                                      | 1,8       | 0,6       | 1         |
| Az ellátásokhoz való hozzáférés korlátozottsága (lakosság %-a, 2019) | 15,5      | 4,3       | 1,4       |

Az egészségügyi adatok és statisztikák tudományos célokra való felhasználása megengedett. Ezek alapján a jövőben Big-Data-elemzések állnak majd rendelkezésre. Az ENHIS egy biztonságos országos platformon és a legmagasabb biztonsági standardokon alapul. Az e-health-stratégia megvalósításának része egy megfelelő képzési program. Az orvostudományi egyetemeken digitális egészségügyi kurzusokat tartanak, a Tallinni Műszaki Egyetem pedig „Health Care Technology”-mesterprogrammal rendelkezik. Az egészségügy digitalizációja sohasem képezte közvita tárgyát. Az e-health-szolgáltatásokat az állam központilag vezette be, az egészségügyi intézmények bevonásával.

### ***Heinz Brock: A svájci egészségügyi rendszer***

Das österreichische Gesundheitswesen (ÖKZ), Jg. 63. (2022. 3-4)

**Forrás Internet-helye:** <https://www.gesundheitswirtschaft.at/publikation/63-jg-2022-3-4/das-gesundheitssystem-der-schweiz-teuer-aber-gut/>

Az OECD indikátorai szerint Svájc a tagállamok egészségügyi rendszereinek éllovasai közé tartozik. Az ellátásokhoz való hozzáférés a teljes lakosság számára széleskörűen biztosított, gyakorlatilag nincsenek várólisták. Az orvosi személyzet létszáma és a kórházi ágyak tekintetében Svájc meghaladja az OECD átlagát, az ápolószemélyzet létszáma tekintetében első helyen áll. Az egészségügyi rendszer hatékonyságának további mutatója a kellő időben és hatékonyan végzett beavatkozás. Svájc a megelőzhető halálesetek tekintetében a legmagasabb értéket nyújtja az OECD-ben. A születéskor várható élettartam 84 év (ezzel Spanyolország és Japán mellett a top 3-ba tartozik az OECD-ben). A pandémia idején a túlhalálozás is alacsonyabb volt az OECD átlagánál.

Az egészségügy minőségének ára, hogy Svájcban az egészségügyre fordított költségek és az egy főre eső egészségügyi költségek GDP-hez viszonyított aránya a legmagasabb.

#### ***Finanszírozás és szervezet***

Jóllehet Svájcban a polgárok általában elégséges védettséggel rendelkeznek az orvosi ellátás költségeivel szemben, a privát költségek (pl. fogászati kezelések), önrészek és költség hozzájárulások az átlagot meghaladó mértékben sújtják az alacsonyabb jövedelemmel rendelkező háztartásokat.

A svájci egészségügyi rendszer specifikuma a föderalizmus, a liberalizmus, a korporatizmus és a direkt demokrácia befolyásának keveredése. A kötelező biztosításokra, a képzésre, a szakképzett személyzet akkreditációjára, az orvostechikai eszközökre, valamint a járványügyi intézkedésekre vonatkozó jogi keretfeltételeket államszövetségi szinten szabják meg. Az egészségügy területén a felelősség súlypontja a kantonokra jut. A kórházak többsége kantonális tulajdonban van, a kórházi ellátások finanszírozásának mintegy felét a kantonok viselik. A kantonok hatáskörébe tartozik még a tartós ápolás és a sürgősségi ellátás szervezése. Az egészségpolitikának a 26 kanton közötti koordinációját a kantonális egészségügyi igazgatók konferenciája látja el.

A döntéshozatali és a finanszírozási hatáskörök erőteljesen decentráliisan oszlanak meg. A finanszírozás legfontosabb szereplői a biztosítók, amelyek mint privát nonprofit vállalkozások versenyben állnak egymással. Az egészségügyi ellátás szerződéses és jogszabályi alapjaira vonatkozó alkufolyamatra a legtöbb biztosítót egyesítő három biztosítói szövetség, mint érdekképviselő, valamint a szolgáltatói szövetségek, a szakmai szövetségek és a tarifaszövetségek között kerül sor. A svájci demokrácia karakterisztikuma a polgároknak a politikai döntéshozatalban való magasfokú részvétele. Csaknem minden egészségüggyel összefüggő törvénytervezet államszövetségi népszavazás elé kerül. Az egészségügyi ellátásokra vonatkozó számos kompetencia a kantonokhoz tartozik és sok releváns egészségügyi téma tekintetében közvetlenül a helyi lakosság dönt.

A decentralis struktúrák a kórházi területen is fennállnak, az ágyszám viszonylag alacsony, a kórházak átlagosan kisebbek. Ezzel szemben a kórházak technológiai színvonala és személyügyi ellátottsága igen magas. A politika számára egyre inkább problémát jelent, hogy a diagnosztikai eszközök túlkínálata a hatékonyság csökkenését eredményezi. A jelenleg 276 svájci kórház több mint fele privát tulajdonban van. A privát tulajdonosok azonban túlnyomórészt kisebb speciális kórházakat üzemeltetnek, így az összes kórházi ágy kétharmada állami vagy közhasznú társasági kórházakhoz tartozik. A kórházi szolgáltatások elszámolása a *SwissDRG*-rendszer szerint egységesen történik, a DRG-pontok bázisértékei azonban ismét csak kantonspecifikusak. A pénzügyi forrásokat a biztosítók és egyre inkább a kantonok bocsátják rendelkezésre.

### ***Innovatív biztosítási modellek***

Az ambuláns ellátás finanszírozása államszövetségi szinten egységes tarifamodell (*TARMED – Tarif der medizinischen Leistungen*) szerint történik. Egy-egy TARMED-pont értéke a kantonális szolgáltatói szövetségek és a biztosítótársaságok közötti alkufolyamattól függően változhat. A polgárok többsége ún. alternatív biztosítási szerződést köt. Ezeket a rendkívül változatos szerződéseket, amelyek ráadásul lokálisan is különböznek, rendszerint vagy független orvosi közösségekkel (háziiorvosi modell), vagy biztosítók által működtetett csoportpraxisokkal (HMO-modell) kötik. További alternatív biztosítási forma a *Telmed*-modell, amelynek lényege, hogy a biztosítottak újonnan fellépő egészségi problémáik esetén telefonon egy szakmailag kompetens tanácsadóhoz fordulhatnak, aki eligazítást nyújt a cselekvéshez, vagy orvoshoz, kórházhoz, terapeutához irányítja őket. A szerződések minden esetben a „kapuőrhez” való kötődéssel korlátozzák a választás szabadságát és ezért tarifakedvezményt kínálnak. Az egészségügyi közgazdászok szerint emiatt az ambuláns ellátás igénybevétele egyharmaddal csökken.

### ***Külföldi munkavállalók számára Svájc maga az ígéret földje***

A kifejezetten jó munkakörülmények erőteljes ösztönzést jelentenek a külföldi szakképzett munkaerő számára, így máris túlkínálattól lehet tartani. Ezért a kantonok jogszabály által lehetőséget kaptak arra, hogy korlátozzák a biztosítási szolgáltatások elszámolásának engedélyezését. Ezzel a lehetőséggel kevés kanton élt. A praktizáló általános orvosok körében jelentkező előregedés eleve megköveteli a külföldi orvosok bevándorlását. A bevándorolt orvosi és ápolószemélyzet létszáma egyes években meghaladta az országban képzett személyzetét. Az, hogy a svájci egészségügyi rendszer a jövőben a külföldi ápolókra hagyatkozhat-e és képes lesz-e a csaknem 6.000 szabad állás betöltésére, továbbra is kérdéses. Miközben az ápolószemélyzet létszáma nemzetközi szinten a legmagasabb.

### ***Heinz Brock: A horvát egészségügyi rendszer***

Das österreichische Gesundheitswesen (ÖKZ) 63 Jg. (2022. 12.), p. 24–26.

**Forrás Internet-helye:** <https://link.springer.com/article/10.1007/s43830-022-0254-4>

A horvát egészségügyi rendszer a centralizáció elvén alapul. Az egészségügyi minisztérium dönt az egészségpolitikai irányelvekről és az állami egészségügyi intézmények beruházásairól, megtervezi és értékeli az egészségügyi programokat, meghatározza az állami és privát szolgáltatók minőségügyi standardjait. Az egyetemi

klinikák állami tulajdonban vannak. Az egészségügyi központok, népegészségügyi intézmények, közgyógyszertárak szervezete azonban decentralális. Ezeket a 21 megye („*županija*”; „ispánság”) üzemelteti. És ők üzemeltetik az általános kórházakat és a speciális klinikák többségét is. Az utóbbi években privatizálták az általános orvosi praxisok és fogászati rendelők többségét. A polgárok szabadon választhatnak általános orvost és fogorvost. Az ellátáshoz való hozzáférés érdekében minden közigazgatási egységben legalább egy (Zágrábban három) elsődleges ellátási centrumot kell működtetni. A társadalombiztosítás által nyújtott összes egészségügyi szolgáltatást a horvát egészségügyi alap (*Croatian Health Insurance Fund – CHIF; Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje*; <https://hzzo.hr/en> ; <https://hzzo.hr/> ) finanszírozza.

A horvát társadalombiztosítás kötelező biztosításként működik, kilépésre nincs mód. A szolgáltatási csomag átfogó és csaknem a teljes lakosságra kiterjed. A horvátországi lakosok és a három hónapnál hosszabb ideig Horvátországban élő külföldiek teljeskörű biztosítási védelemmel rendelkeznek. A munkaviszonnyal nem rendelkező közeli hozzátartozók a járulékfizetővel együttes biztosítással rendelkeznek. Önrészeket is alkalmaznak.

A gyermekek, várandós nők, a fogyatékkal élők és a 65 év fölöttiek, továbbá az oltások és a palliatív ellátásban részesülők mentesülnek az önrészfizetés alól. A társadalombiztosítás a kötelező biztosítás volumenét meghaladó kiegészítő biztosítási csomagokat is felkínál. Ezek vagy csak az önrészeket fedezik, vagy magasabb díj fejében jobb minőségű ellátásokat bocsátanak rendelkezésre.

Az egészségügyi alap bevételeinek többsége a biztosítottak járulékaiból származik. A befizetendő járulék a bruttóbér 16,5%-a (földművesek és a klérus számára 7,5%, az átlagnyugdíjat meghaladó nyugdíjasok számára 3%). Egyes csoportok, mint a fogyatékkal élők, mentesülnek a járulékfizetési kötelezettség alól. A pandémia idején és a gazdasági teljesítmény ezzel járó teljesítménycsökkenésével összefüggésben a járulékbefizetések a 2019-es 81,9%-ról 2020-ban 74,2%-ra estek vissza, amit részben állami támogatással kompenzáltak.

| <i>Az egészségügyi rendszer paraméterei</i>                            | <b>HR</b> |
|------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Lakosság (millió lakos)                                                | 4,0       |
| Az egészségügy GDP-ből való részesedése (%)                            | 7,8       |
| Állami kiadások (egészségügyi összkiadások %-a)                        | 84,2      |
| Egy főre eső kiadások (USD, vásárlóerő paritás)                        | 2.080     |
| Praktizáló orvosok (1.000 lakosra)                                     | 3,56      |
| Praktizáló ápolók (1.000 lakosra)                                      | 7,08      |
| Kórházi ágyak (1.000 lakosra)                                          | 3,54      |
| Születéskor várható élettartam                                         | 76,8      |
| Megelőzhető halálesetek (évente 100.000 lakosra)                       | 296       |
| Akut miokardiális infarktus (AMI) miatti 30 napon belüli halálozás (%) | 11,6      |

*OECD 2020, vagy a legfrissebb rendelkezésre álló adat.*



Az egészségügyi kiadások mind az egy főre eső kiadások (2019: 2.168 USD), mind a GDP-hez viszonyított kiadások (2019: 6,9%) tekintetében alacsonyabbak mint az EU-ban. Az egészségügyi összkiadások 81,9%-a (2019) állami forrásokból származik, az out-of-pocket-fizetések aránya 2019-ben 11,5% volt. Az egészségügyi kiadások több mint 20%-a gyógyszerekre és gyógyászati segédeszközökre jut (EU-átlag: 13,9%).

Az orvosi és ápolószemélyzet létszáma nem éri el az európai átlagot. Különös nehézséget jelent a személyzet aránytalan területi megoszlása. Az aránytalanság a kórházi erőforrásokra is jellemző. A kórházi ágyak, elsősorban az aktív ágyak száma ugyancsak az európai átlag alatt van. A nagykészülékekkel való ellátottság, a tartós ápolás és a palliatív ellátás helyzete is kritikus. Műtétekre és diagnosztikai eljárásokra hosszasan várakozni kell. A kórházi ápolási idő 8,2 nap, jóval meghaladja az EU-átlagot. Az általános orvosok és fogorvosok honoráriumai fejkvóták, tarifafjellegű szolgáltatástérítés és minőséghez kapcsolódó bónuszok kombinációjából állnak össze. A szabadfoglalkozású szakorvosok szolgáltatásait tarifakatalógus szerint, az ambuláns kórházi ellátásokat szolgáltatások szerint, az állami kórházaknál a fekvőbeteg szolgáltatások 90%-át globális költségvetésből, 10%-át DRG-rendszer keretében számolják el.

A horvát kormány a 2021 és 2027 közötti nemzeti fejlesztési stratégia keretében ambiciózus célkitűzéseket fogalmazott meg: az ellátásokhoz való hozzáférés és ezek minőségének javítása, egy hatékony egészségügyi rendszer kiépítése. Ám az olyan fontos kulcsfontosságú indikátorok, mint a krónikus betegek kórházba való beutalása megelőzésének rátája, rávilágítanak, hogy milyen messze van Horvátország az európai színvonaltól.

### ***Heinz Brock: A cseh egészségügyi rendszer***

Das österreichische Gesundheitswesen (ÖKZ), 64.JG (2023) 5, 17. Mai 2023, 09:30

**Forrás Internet-helye:** <https://www.gesundheitswirtschaft.at/publikation/64-jg-2023-5/tschechische-republik-die-erben-des-dichters/>

A független Csehszlovákia megalapítását követően a társadalombiztosítás területén alkalmazott hagyományos Bismarck-rendszer fokozatosan leépült. 1938-ban már a lakosság fele rendelkezett privát egészségbiztosítással. A második világháború után bevezetett szovjet típusú centralizált állami rendszer olyannyira nem volt működőképes, hogy az 1960-as-1980-as évekre a lakosság ellátása folyamatosan rosszabbodott. Az 1989-es rendszerváltást követően elkezdődött a társadalombiztosítási önkormányzatok, egészségbiztosítási pénztárak rendszerének kiépítése és a kórházak kivételével az állami struktúrák lebontása.

Az egészségbiztosítási pénztárak egyre több szolgáltatóval kötöttek egyedi szolgáltatásokon alapuló szerződéseket, ami azonnali költségnövekedéssel járt. 1997-től az általános orvosokkal egyedi szolgáltatásokról kötött elszámolásokat átalányokkal helyettesítették, a kórházaknak pedig fix költségvetéseket biztosítottak, a szabadfoglalkozású szakorvosok számára volumenkorlátot vezettek be. A 2003-ban bevezetett reform keretében a kórházak állami tulajdonát a kórházak mintegy felénél független regionális fenntartókra, később részben részvénytársaságokra ruházták át.

Az 1990-es évek elején bevezetett társadalombiztosítási rendszer hét állami felügyelet alatt álló társadalombiztosítási társaságból áll, amelyek a szolgáltatások finanszírozói és vásárlói. A biztosítótársaságok közötti konkurencia korlátozott, a szolgáltatási csomagok csak minimális mértékben különböznek. A polgárok szabadon választhatnak biztosítót, a biztosítóknak pedig nincs lehetőségük a biztosítottak szelekciójára, mindenkit be kell fogadniuk. A kötelező biztosítás széles kínálata kiterjed az ambuláns és kórházi ellátásra, a gyógyszerekre, egyes fogászati ellátásokra, rehabilitációra, tartós ápolásra.

A privat biztosítás csekély jelentőséggel rendelkezik. Az egészségügyi szolgáltatók az egészségbiztosítási alap (*Zdravotní pojišťovna*) keretében számolják el szolgáltatásaikat, havonta előleget, a következő évben pedig végleges elszámolást kapnak a szolgáltatásokról. A kórházak és speciális központok többsége az állam, a regionális hatóságok vagy az önkormányzatok tulajdonában van. A szabadfoglalkozású orvosok többsége privat praxisokban működik. Az általános orvosok nem rendelkeznek kapuőr funkcióval.

Az egészségügyi minisztérium (*Ministerstvo zdravotnictví*) legfontosabb háttérintézményei: az állami népegészségügyi intézet (*Státní zdravotní ústav*), az egészségügyi információs és statisztikai intézet (*Ústav zdravotnických informací a statistiky*), az állami gyógyszerügyi intézet (*Státní ústav pro kontrolu léčiv*) és a regionális egészségügyi hatóságok (*Krajské hygienické stanice*).

| <i>Az egészségügyi rendszer paraméterei</i>                        | <b>CZ</b> |
|--------------------------------------------------------------------|-----------|
| Lakosság (millió lakos)                                            | 10,7      |
| Egészségügyi kiadások (GDP %-a )                                   | 9,2       |
| Évente egy főre eső egészségügyi kiadások (USD vásárlóerő paritás) | 3.805     |
| Állami egészségügyi kiadások (egészségügyi összkiadások %-a)       | 87,7      |
| „Out of pocket” (egészségügyi összkiadások %-a)                    | 11,5      |
| Születéskor várható élettartam                                     | 77,4      |
| Megelőzhető halálozás                                              | 277       |
| Dohányosok (naponta >15; felnőtt lakosság %-a)                     | 18,1      |
| Alkohol (liter/fő; évente)                                         | 11,6      |
| Túlsúlyosság (felnőtt lakosság %-a)                                | 39,1      |
| Orvosok (1.000 lakosra)                                            | 4,1       |
| Ápolók (1.000 lakosra)                                             | 8,7       |
| Kórházak                                                           | 265       |
| Kórházi ágyak 1.000 lakosra                                        | 6,5       |
| Kórházból elbocsátott betegek (millió évente)                      | 1,7       |

**OECD Health Data**

Az egészségügyi kiadások a GDP 7,8%-át teszik ki (2019). Az egy főre eső egészségügyi kiadások összege 2.362 EUR, jóval elmarad az európai átlagtól. A kiadások többségét az állam finanszírozza (2019-ben azok 82%-át, ami meghaladja a 79,7%-os EU-átlagot), ami elsősorban a kötelező biztosítás keretében valósul meg. A „gazdaságilag inaktív személyek” (diákok, nyugdíjasok, munkanélküliek) számára fizetett állami hozzájárulás most már a kötelező biztosítás bevételeinek egynegyedét teszi ki.

A születéskor várható élettartam ugyan 2020-ban 78,3 év volt (EU 80,6), ami elmarad az elmúlt tíz év európai átlagától, a kelet-európai országok körében azonban Szlovénia és Észtország után a legmagasabb. A pandémia más európai országokhoz hasonlóan a születéskor várható élettartam csökkenését okozta. A COVID19 2020 augusztus végén 30.400 halálos áldozatot követelt, ami nagyjából 80%-kal haladja meg az EU-átlagot (2.843 vs. 1.591/egymillió lakos).

Az egészségügyi minisztérium stratégiai tervet készített az egészségügyi rendszer 2030-ig való továbbfejlesztésére. Ennek célkitűzései között szerepel a lakosság egészségkompetenciájának javítása és a prevencióra való fokozottabb összpontosítás.

### ***Sissi Eigruber: A szlovák egészségügy a pandémia idején***

Das österreichische Gesundheitswesen (ÖKZ), 62.JG (2021) 12. 15. Dez 2021, 12:22

**Forrás Internet-helye:** <https://www.gesundheitswirtschaft.at/publikation/62-jg-2021-12/wenn-die-ampeln-trauer-tragen/>

Szlovákiában 2021 novemberében az újonnan fertőzödtöket hétnapos átlagértéke 9.020 volt. Az 5,5 millió lakossal rendelkező országban ez újabb csúcsot jelentett. **Richard Kollar matematikus (Univerzita Komenského v Bratislave)** arra figyelmeztetett, hogy az elkövetkező hetekben-hónapokban lehetetlenné válhat a vírus leküzdése. Ennek oka a rendkívül alacsony átoltottság. Ebben az időpontban az EU lakosságának átlagosan 70%-a (rendszerint két oltással) be volt oltva. Szlovákiában mindössze 43%, ennél alacsonyabb Európa-szerte csak Bulgáriában és Romániában volt. **Peter Stachura (az Universitätsklinik St. Pölten főorvosa, egykori szlovák egészségügyi államtitkár)** szerint az alacsony átoltottság három fő oka: az elhibázott politika, a hírhamisítás és a szuboptimális kommunikációs kultúra.

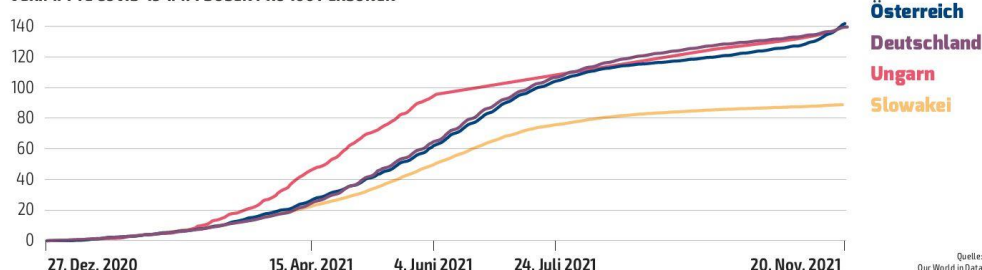
Szlovákia az ingyenes tömeges tesztelés bevezetésével figyelemreméltó lépést tett a pandémia megelőzése tekintetében. Az ingyenes tesztelés Európában elsőként 2020 novemberében vette kezdetét. Ezt decemberben a lockdown bevezetése követte. Az Európai Gyógyszerügynökség engedélyezésével nem rendelkező Szputnyik V vakcina megrendelése azonban kormányválsághoz és végül Igor Matovič miniszterelnök és Marek Krajčí egészségügyi miniszter lemondásához vezetett. 2021 augusztusában leállították a Szputnyik V alkalmazását és más, az EMA által engedélyezett vakcinákra tértek át.

Ebben az időben Szlovákiában még kevés lélegeztetőgéppel ellátott kórházi ágy állt szabadon rendelkezésre. Egyre több kórház jelentette, hogy kihasználtsága kritikus és műtéteket kell elhalasztani. Eduard Heger miniszterelnök bejelentette, hogy az oltatlanok számára teljes lockdown-t rendelnek el. Azok, akik nem rendelkeztek oltással, vagy nem gyógyultak meg, nem látogathattak rendezvényeket, lokálokat, szállodákat és bevásárlóközpontokat. Az ún. 3G-igazolással (oltott, gyógyult, tesztelt)

nem rendelkező munkavállalókat bérre vagy bérkiegészítésre való jogosultság nélkül hazaküldhették.

### 100 lakosra jutó beadott COVID19 elleni dózisok

VERIMPFT COVID-19-IMPFDOSEN PRO 100 PERSONEN



### Heinz Brock: Az amerikai egészségügyi rendszer

Das österreichische Gesundheitswesen (ÖKZ), 63 Jg (2022) 11, 7. November 2022  
09:26

**Forrás Internet-helye:** <https://www.gesundheitswirtschaft.at/publikation/63-jg-2022-11/land-der-begrenzten-moeglichkeiten/>

Az amerikai egészségügyi rendszer magasabb költségvetéssel rendelkezik mint a Pentagon. Az Egyesült Államok mágnesként vonzza a karrierre vágyó kutatókat és orvosokat. Kutatóintézeteiben számos áttörő innováció született, magasan képzett specialistákkal, kiváló kórházakkal rendelkezik, bizonyos betegségek gyógyítása tekintetében úttörő eredményekkel büszkélkedhet. A rendszer árnyoldalai: ez a világ legdrágább ellátórendszere, de ugyanakkor a legkevésbé hatékony, az amerikai lakosság széles tömegeinek nincs hozzáférése a szolgáltatásokhoz.

A szuboptimális hatékonyság okai a szocio-kulturális és politikai összefüggésekben keresendők. A lakosság egytizede nem rendelkezik egészségbiztosítással, ezek a polgárok pedig csak nehezen jutnak hozzá időben a megfelelő ellátáshoz. Mi több, 2010 előtt a lakosság egyhatoda nem rendelkezett biztosítással. Az „**Obamacare**“ néven elhíresült „**Patient Protection and Affordable Care Act**“ vezette be a szerény anyagi lehetőségekkel rendelkezők részére a méltányos szolgáltatásokat és szubvenciókat nyújtó kötelező biztosítást. Ennek ellenére az Egyesült Államokban a saját felelősséget továbbra is többre tartják mint a szolidaritást, miáltal az Obamát követő kormány nem vonta ugyan vissza a törvényt, de ellehetetlenítette annak alkalmazását.

Az amerikai polgárok több mint fele privát egészségbiztosítással rendelkezik, amelynek szűk 90%-át a munkaszerződés részeként a mindenkor munkáltató támogatja. E privát biztosítási szerződések szolgáltatási volumene rendkívül változó és szubsztanciális ellátási hézagokat okoznak, amelyek szükség esetén privát befizetésekkel kompenzálhatók. Az amerikaiak egyharmadát (időskorúak, fogyatékkal élők, szegények) a **Medicare** és a **Medicaid** állami biztosítók látják el. Mivel az állami biztosítók csak a 65 év fölöttiek, a fogyatékkal élők és az alacsony jövedelműek részére nyújtanak szolgáltatást, náluk „halmozódnak” a „költséges” biztosítottak. A munkaadók általi biztosításoknál viszont a fiatalabb és egészségesebb, tehát „kedvező költségű” biztosítottak koncentrálnak. Ennek eredményeként az egészségügyi ellátás

költségeinek több mint felét az állam finanszírozza, másik fele a privát biztosítókra és a privát háztartásokra hárul („*Out of Pocket*“). Nemzetközi összehasonlításban az egészségügyi ellátások állami finanszírozása jóval elmarad az OECD-államok átlagától, ám az egészségügy finanszírozásához nyújtott állami hozzájárulás 1970. óta megháromszorozódott és a védelemre fordított költségeket is meghaladja.

| <i>Az egészségügyi rendszer paraméterei</i>                  | USA    |
|--------------------------------------------------------------|--------|
| Lakosság (millió lakos)                                      | 331,5  |
| Egészségügyi összkiadások (GDP %-a)                          | 18,8   |
| Állami egészségügyi kiadások (egészségügyi összkiadások %-a) | 45,0   |
| Egy főre eső egészségügyi kiadások (USD vásárlóerő paritás)  | 11.859 |
| Állami vagy privát biztosítás (lakosság %-a)                 | 90,3   |
| Privát biztosítás (lakosság %-a)                             | 62,0   |
| Praktizáló orvosok (1.000 lakosra)                           | 2,60   |
| Praktizáló ápolók (1.000 lakosra)                            | 11,70  |
| Általános orvosok (1.000 lakosra)                            | 0,31   |
| Kórházak                                                     | 6.090  |
| Kórházi ágyak (1.000 lakosra)                                | 2,80   |
| Születéskor várható élettartam                               | 78,6   |
| Megelőzhető halálos esetek (évente 100.000 lakosra)          | 336    |
| Diabétisz prevalenciája                                      | 10,7   |

**OECD Health Data 2020**

Az állami és privát biztosítók különböző partnerektől vásárolnak szolgáltatásokat. Azokat a személyeket, akik valamely HMO-hoz (*Health Maintenance Organization*) való beiratkozást választják a biztosítás formájaként, a kapuórként működő háziorvos irányíthatja a megfelelő HMO-hálózathoz. A HMO-k méreteit jól illusztrálja a *Kaiser Permanente*: A vállalkozás nyolc szövetségi államban és *District of Columbia*-ban 12,6 millió embert lát el, 39 kórházat működtet, amelyekben 23.700 orvost és 65.000 ápolót foglalkoztat. 2021-ben 93,1 milliárd USD forgalommal rendelkezett. A HMO-k viszonylag alacsony díjakat alkalmaznak. Emiatt kedveltségük a PPO-k (*Preferred Provider Organization*) vagy FFS-ek (*Fee for Service*) javára csökkent, amelyeknél az általános orvos vagy szakorvos megválasztása bizonyos korlátok között szabad és lépcsőzetes önrészeket alkalmaznak.

### ***Heinz Brock: A japán egészségügyi rendszer***

Das österreichische Gesundheitswesen (ÖKZ), 64. Jg. (2023) 11.; 8. Nov. 2023, 09:26

**Forrás Internet-helye:** <https://www.gesundheitswirtschaft.at/publikation/64-jg-2023-11/das-japanische-gesundheitssystem-kaizen-funktioniert-ueberall/>

A japán egészségügyi rendszer teljesítőképességének legékeesebb bizonyítéka, hogy világviszonylatban Japánban a legmagasabb a születéskor várható átlagos élettartam. Ám ez nem jelenti, hogy a rendszer mentesülne a kihívásoktól: előregedő népesség, csökkenő gazdasági teljesítmény, amelyek a szolgáltatásokhoz való szélsőségesen liberális hozzáféréssel kombinálva tendenciálisan költségnövekedéshez és minőségromláshoz vezetnek. Reformok sorozatát követően most a „*Health Care 2035*” program van napirenden, amely a fenntarthatóságra, eredményminőségre és egyenlő hozzáférésre összpontosít.

Az egészségügy szektorális szegmentálódása Japánban ismeretlen fogalom. A polgárok szabadon dönthetnek arról, hogy miként jussanak hozzá az ellátáshoz: szabadfoglalkozású orvoshoz, kórházi ambulanciához fordulhatnak, anélkül, hogy ehhez beutalóra lenne szükségük. Az általános orvosok kapuőr szerepet töltenek be. A kormány ajánlása szerint mindenkinek tanácsos „háziorvost” választania, a kórházba való önbeutalásokért pótdíjat hajtanak be. Japánban az elsődleges és szakorvosi ellátás közötti megkülönböztetés sem intézményi, sem pénzügyi szinten hagyományosan nem létezik. Az elsődleges ellátást többnyire privát ambulanciák („*clinics*”) biztosítják, amelyek egy vagy több orvost, ápoló- és adminisztratív személyzetet foglalkoztatnak. Az ambuláns szakorvosi ellátás teendőit főleg kórházi ambulanciák látják el, a szabadfoglalkozásúakéval azonos tarifák szerint. Az elsődleges és kórházi ellátás szolgáltatásainak tarifáit a kormány szabja meg. A szolgáltatók kifizetése egy részletes szolgáltatási katalógus szerint történik. Privát számlák nem megengedettek. A krónikus betegek kezeléséért és az otthoni gondozásért extra honorárium jár. Az elsődleges ellátásban és kórházakban dolgozó orvosok fizetése között nincs különbség. A bérek általában magasak (havi 15.140 USD). Az ambulanciák és a kórházak elektronikusan számolnak el a biztosítókkal. A betegek a helyszínen fizetik költség hozzájárulásukat. A kórházak nagyrésze diagnózisok vagy procedúrák szerint számol el, de lehetőség nyílik a szigorúan szolgáltatások szerinti elszámolásra is.

1.000 lakosra 12,62 kórházi ágy jut. A magas ágyszám és a hosszú kórházi ápolási idő okai: az ellátáshoz való gyors hozzáférés, valamint az állami biztosítási rendszer általi messzemenő költségátvállalás, továbbá a pszichiátriai intézetekre jellemző szélsőségesen hosszú ápolási idő, ami a demens személyek magas számával függ össze. 2016-ban 8.442 kórház és 101.529 ambulancia („*clinics*”) működött. A kórházak 80%-át privát vállalkozások üzemeltetik, amelyek a menedzsment tekintetében teljesen függetlenek, csupán a beruházások tekintetében kell minimális feltételeket teljesíteniük. A szolgáltatások elszámolását viszont a kormány szabja meg.

| <i>Az egészségügyi rendszer paraméterei</i>                 | <b>JP</b> |
|-------------------------------------------------------------|-----------|
| Lakosság (millió lakos)                                     | 124,31    |
| Lakosság ≥ 65 év (%)                                        | 28,9      |
| Születéskor várható élettartam                              | 84,5      |
| Egészségügyi kiadások GDP-hez viszonyított aránya (%)       | 11,5      |
| Egy főre eső egészségügyi kiadások (USD vásárlóerő paritás) | 5.251     |



| <i>Az egészségügyi rendszer paraméterei</i>              | <b>JP</b> |
|----------------------------------------------------------|-----------|
| Privát („out-of-pocket”) (egészségügyi összkiadások %-a) | 11,1      |
| Kórházi ágyak 1.000 lakosra                              | 12,62     |
| Kórházi ápolási idő (napok átlagosan)                    | 19        |
| Kórházi ápolási idő pszichiátrián (napok átlagosan)      | 274       |
| Orvosok (1.000 lakosra)                                  | 2,6       |
| Ápolók (1.000 lakosra)                                   | 12,1      |

**OECD Health Data 2023**

1.000 lakosra 2,6 orvos jut, az orvoshiány mégsem téma. Ellenkezőleg, a kormány a képzési kapacitások szabályozásával rögzíti a praktizáló orvosok számát. Az orvostanhallgatók kétharmada állami egyetemeken tanul. A hatéves képzés tandíja állami egyetemeken mintegy 30.000 EUR, a privát egyetemeken ennek tízszerese.

Japánban több mint 1.400 üzemi egészségpénztár működik, amelyek a lakosság 59%-át lefedik. A 47 japán prefektúra mindegyike rendelkezik területi egészségpénztárral a foglalkoztatáson kívüli 75 éven aluliak számára. Az összes 75 év fölötti japán polgár automatikusan területi egészségpénztári biztosítással rendelkezik. A biztosítások fedezik a kórházi, az elsődleges ellátást, a szakorvosi szolgáltatásokat és a gyógyszerellátást. A kötelező ápolásbiztosítás fedezi a 65 év fölöttiek és a 40 év fölötti egészségkárosodottak szükségleteit, finanszírozza az otthoni ápolást, a lakás akadálymentesítését és fogyatékkal élők részére való átalakítását, a gyógyászati és segédeszközöket, a hospice- és palliatív ellátást. Az ápolásbiztosítás finanszírozása fele-fele arányban adóforrásokból és szociális szempontok szerint arányos individuális járulékokból történik, amelyeket azonos arányban a munkáltatók és a munkavállalók viselnek. A biztosítók finanszírozása adóforrásokból és járulékokból történik. A biztosítottaknak a járulékokon kívül egy 30%-os önrészt és különböző hozzájárulásokat kell fizetniük, amelyeknél szociális szempontok szerinti havi és éves maximumokat határoznak meg. Az egészségügyi szolgáltatásokért fizetett privát önrészek leírhatók az adóból.

A japán biztosítási rendszer számos szociális komponenst tartalmaz (*safety net*), az alacsony jövedelemmel rendelkező polgárok, akik 306 krónikus betegség valamelyikében szenvednek, mentesülnek az önrészfizetéstől. A privát egészségügyi kiadások számára megszabott felső határ védelmet biztosít a megfizethetetlen egészségügyi költségekkel szemben.

**Függelék:**

***Dr. Frank Wild: Az izraeli egészségügyi rendszer***

Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP), Kurzalanyse, Köln, 17. 12. 2022 (4 p.)

**Forrás Internet-helye:** [https://www.wip-pkv.de/fileadmin/DATEN/Dokumente/WIP-Kurzanalysen/Kommentar\\_Das\\_Gesundheitssystem\\_Israels-das\\_unbekannte\\_Vorbild\\_beim\\_Impfen\\_gegen\\_das\\_Coronavirus.pdf](https://www.wip-pkv.de/fileadmin/DATEN/Dokumente/WIP-Kurzanalysen/Kommentar_Das_Gesundheitssystem_Israels-das_unbekannte_Vorbild_beim_Impfen_gegen_das_Coronavirus.pdf)

A Kneszet 1994-ben fogadta el a kötelező betegbiztosításról szóló törvényt. Az egészségügyi ellátást négy ún. *Health Maintenance Organization (HMO)*, a Clalit, a Leumit, a Maccabi és a Meuhedet biztosítja. Ezek kötelező, univerzális biztosítást nyújtanak a 9,4 millió izraeli lakos számára. E szervezetek közhasznú társaságként működnek, nem jogosultak nyereségszerzésre és az egészségügyi szolgáltatások kínálatával versenyben állnak egymással. A legnagyobb HMO a Clalit, amely a lakosság felének nyújt biztosítási védelmet, 1.400 háziorvosi klinikát, nyolc kórházat, gyógyszertárak, fogászati klinikák és diagnosztikai centrumok országos hálózatát működteti.

Az alapellátás, az ún. egészségügyi kosár a lakosság számára ingyenes. A jobb szolgáltatások elérése érdekében léteznek privát biztosítások is, pl. a fogászati ellátás területén, vagy gyorsabb szakorvosi vizsgálat elérésével összefüggésben.

A HMO-k nemcsak biztosítóként működnek, hanem saját szolgáltatásokat is nyújtanak, kórházakat működtetnek, ezért a lakosság csak az adott HMO-hoz kötődő orvosoknál és praxisoknál vehet igénybe szolgáltatásokat. A lakosság szabadon választhat HMO-t és negyedévente váltásra van lehetősége. A rendszer finanszírozása céljából egészségügyi adót vezettek be.

Az OECD adatai szerint az egészségügyre fordított kiadások a GDP 7,5%-át teszik ki (OECD átlag 8,8%). Az egy főre jutó GDP 42.400 USD. Izrael a *Global Competitiveness Index*-en világviszonylatban a 16. helyen áll. Az e-recept, a telemedicina, az egészségügyi adatok digitális cseréje rég bevált gyakorlat.

A születéskor várható élettartam nőknél 84,7 év, férfiaknál 81 év. A lakosság átlagéletkora 30 év. Ez a viszonylag alacsony egészségügyi kiadások magyarázata. Az ellátás a jól kiépített ambuláns szektoron alapul, miközben a (költséges) kórházak száma átlagon aluli. A kórházi ellátásban jelentős várólistákkal kell számolni, a kihasználtság aránya 96% (OECD átlag 76%). Az ugyancsak kórházi várólistáktól sújtott Nagy-Britanniában a kihasználtság 86%. A várólisták kijátszására privát kiegészítő biztosítás kötésével nyílik lehetőség. Izraelben jelenleg a lakosság több mint háromnegyede rendelkezik ilyen kiegészítő biztosítással, húsz éve még a lakosság felének sem volt.

**Dr. Frank Wild**

[frank.wild@wip-pkv.de](mailto:frank.wild@wip-pkv.de)

***Jelentés a kórházak helyzetéről Németországban –  
Krankenhaus-Report 2024: Strukturreform – egységes szerkezetben***  
Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) – Springer Verlag, April 2024 (532 p.)

**Forrás Internet-helye:**

<https://www.wido.de/news-presse/pressemitteilungen/2024/krankenhaus-report-2024-strukturreform/> ;

**e-Book letölthető:** <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-662-68792-5>

**A *Krankenhaus-Report 2024* kiemelt témája a strukturális reform. A jelentés a jelenlegi reformvita összefüggésében a német kórházak tartósan fennálló minőségügyi és strukturális problémáit elemzi.**

A *Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)* aktuális értékelése szerint 2022-ben a mellrák-ellátásban résztvevő 95 kórházban (18,0%) kevesebb mint 25 mellrák-műtétet végeztek. Ilyen esetszámok mellett azonban nem állítható, hogy ezekben a kórházakban rutinos team, vagy bejáratott folyamatlánc állna rendelkezésre.

Ráadásul az értékelés szerint 2022-ben a mellrák-ellátásban résztvevő kórházak 40,1%-a nem rendelkezett a *Német Onkológiai Társaság (Deutsche Krebsgesellschaft – DKG)* tanúsítványával, vagy más hasonló tanúsítvánnyal. Ezekben a kórházakban végezték a mellrák-műtétek 12,7%-át. Ez azt jelenti, hogy több mint 9.000 mellrákos nőt olyan kórházban kezeltek, amelyek ehhez nem rendelkeztek optimális tapasztalattal. Az intézet értékelése szerint az egyes szövetségi tartományok között jelentős különbségek mutatkoznak: 2022-ben Sachsen-Anhalt Tartományban minden negyedik mellrák-műtetre tanúsítvánnyal nem rendelkező kórházban került sor, Berlinben ez az arány 0,2%. Az innovációs alap „Az ellátás hatékonysága az onkológiai centrumokban” („Wirksamkeit der Versorgung in onkologischen Zentren“ – WiZen) projektje 2022-ben kimutatta, hogy a tanúsítvánnyal rendelkező centrumokban a betegek túlélési rátája 20%-kal magasabb.

***Minőségügyi problémák a sürgősségi ellátásban:*** Egy aktuális értékelés szerint továbbra is sok szívinfarktust szenvedett beteg nem részesül optimális ellátásban, mivel szívkatéteres laborral nem rendelkező kórházba utalták be őket. 2022-ben a 191.000 szívinfarktusos eset 4,9%-át katéteres laborral nem rendelkező kórházakban kezelték. A probléma tehát 9.400 szívinfarktussal való kezelést érint. A nem adekvát kezelés különösen kritikus azoknál a kórházaknál, amelyek 2022-ben kevesebb mint 25 esetet kezeltek. Ebben a csoportban csak minden negyedik kórház rendelkezett szívkatéteres laborral. Súlyos szívinfarktus esetén azonban legkésőbb 90 percen belül szívkatéteres kezelésre van szükség.

A szívinfarktust szenvedett betegek szívkatéteres laborban való kezelése tekintetében is hatalmas regionális különbségek vannak. A Saar-vidéken (Saarland) minden kilencedik szívinfarktusos esetet szívkatéteres laborral nem rendelkező kórházban kezeltek. Hamburgban viszont csaknem minden érintett beteget szívkatéteres laborral rendelkező kórházba utalnak be. A regionális különbségek az idő folyamán nem mérséklődtek. Ebben a tekintetben Hamburg már 2018-ban az első, Saar-vidék az utolsó helyen állt. Az ország 80 városában kezeltek szívinfarktusos betegeket szívkatéteres laborral nem rendelkező kórházban, holott ugyanabban a városban létezett ilyen laborral rendelkező kórház. Ez tehát egy tartós probléma, amelyet kórháztervezési szempontból egyértelműen meg kell oldani, ill. azt a kórházügyi reform keretében is figyelembe kell venni.

Az esetszámok alakulása azt bizonyítja, hogy a reformra gazdasági okokból is szükség van. 2023-ban a német kórházakban 13,6%-kal kevesebb szomatikus esetet láttak el, mint a referenciaévben, 2019-ben. A visszaesés különösen az ún. ambuláns-szenzitív diagnózisoknál volt magas – tehát olyan betegségeknel, amelyek nem tesznek szükségessé feltétlenül kórházi kezelést. Az esetszámok ebben a tekintetben 2023-ban 20%-kal voltak alacsonyabbak mint 2019-ben. A csökkenés nagyjából akkora volt, mint 2020-ban, a pandémia évében és valamivel alacsonyabb mint 2021-ben és 2022-ben. Már a pandémia is nyilvánvalóan előmozdította a szolgáltatásoknak az ambuláns szférába való fokozott áthelyezését. Ezekből az adatokból azonban szakértői nézőpontból jól megmutatkoznak az ambuláns ellátás felé való elmozdulás jövőbeli potenciáljai.

### **3. Kórházügyi tervezés Svájcban**

Svájcban az egészségügyi költségek folyamatos növekedése miatt már több mint egy évtizede sor került a kórházügyi tervezés átfogó reformjára, amivel az ország nemzetközi szinten is úttörő szerepet játszott. Az 1996-ban bevezetett szövetségi egészségbiztosítási törvény (*Bundesgesetz über die Krankenversicherung – KVG*) három stratégiai célkitűzéssel rendelkezik. Először: minőségi egészségügyi ellátás biztosítása a lakosság számára. Másodszor: a kiadások növekedésének megfékezése. Harmadszor: a biztosítottak közötti szolidaritás érvényesítése. A törvényt a költségek folyamatos növekedése miatt, elsősorban a fekvőbeteg ellátás vonatkozásában 2012-ben módosították. Ennek legfontosabb intézkedései: a kantonális kórházügyi tervezés, a kórházi szolgáltatások duális finanszírozása, a Swiss-DRG bevezetése, a biztosítottak kórházválasztási lehetőségeinek kiterjesztése, a kórházi szolgáltatások gazdaságosságáról és minőségéről szóló adatbázis kibővítése. Mindezen intézkedések többségét a kantonokra ruházták át.

### **3. 3. 1 A kantonális kórházügyi tervezés követelményei**

Ahhoz, hogy a kötelező egészségbiztosítás terhére szolgáltatásokat nyújthassanak, a kórházaknak el kell nyerniük a kantonok részéről erre irányuló megbízást. Ez a kantonális kórházlistára való felvételben fejeződik ki. Ezt megelőzően a kantonok különböző követelmények szerint értékelik a pályázó kórházakat. Ezek a teljes kórházra kiterjedő általános követelményekre és a kórházügyi tervezésben előírt szolgáltatási csoportok (*Spitalplanungs-Leistungsgruppen – SPLG*) szintjén definiált szolgáltatás-specifikus követelményekre tagolódnak.

A „minőségügyre” vonatkozó általános követelmények pl. minőségügyi rendszer kötelező alkalmazására, az ANQ (a svájci kórházak minőségügyi fejlesztési egyesülete) minőségügyi méréseinek elvégzésére, a kórházi hibabejelentő rendszer (CIRS) alkalmazására terjednek ki. További szolgáltatás-specifikus minőségügyi követelmények vonatkoznak az SPLG szintjén megjelenő folyamatokra. Minden egyes SPLG szintjén további követelmények jelennek meg: pl. SPLG NEU3.1 Stroke Center vagy SPLG END1 táplálkozási vagy diabétesz-tanácsadási szolgáltatás tanúsítása.

### **4. A kórházügyi reform. A kórházak szintekbe sorolása**

„A modern és szükségleteknek megfelelő kórházi ellátás kormánybizottsága” 2022 decemberében ismertette javaslatait: vezessék be a kórházak és szolgáltatások egységes kategorizációját, minden kórház csak olyan szolgáltatásokat nyújthasson és csak olyanokért kaphasson térítést, amelyekhez rendelkezik a szükséges technikai és személyzeti feltételekkel. A reform egyik sarkalatos eleme a kizárólagosan DRG-alapú térítésnek egy kétpillérű modellel való felváltása, amelynek keretében megjelenik egy rendelkezésre állást célzó finanszírozás (*Vorhaltefinanzierung*) és ezzel egyidejűleg csökkennek a DRG-komponensek.

#### **4. 2. Ellátási szintek (Level)**

A kormánybizottság nemcsak hogy javasolta a kórházi telephelyek szövetségi szinten három (ill. a másodlagos szintekkel: öt) ellátási szintre (*Level*) való besorolását, de ezekhez esetenként a kötelező minimális felszereltséget és a rendes munkaidőn kívüli orvosi jelenlét követelményét is előírta.

A javaslat két alszintbe (In és Ii) sorolta a szövetségi szinten nem definiált „alapellátást”. Az In szinthez a politika által gyakran az „alapellátás” körébe utalt vidéki kórházak tartoznak, amelyek kellő távolságra vannak a II és III szinthez tartozóktól. A klasszifikáció ezért a Közös Szövetségi Bizottság (*Gemeinsamer Bundesausschuss*) által felállított sürgősségi ellátási fokozatok szerint „bázis-

sürgősségi ellátást” (N1) nyújtó telephelyeknek felel meg. A II szintű kórházaknak nemcsak a „kiterjesztett sürgősségi ellátás” (N2) követelményeit kell teljesíteniük, tehát szívkatéterrel és tíz lélegeztetővel ellátott intenzív ágygal, hanem stroke egységgel is rendelkezniük kell. Az állásfoglalás szerint ezekben a kórházakban a belgyógyászoknak, sebészeknek, intenzív terápiás és sürgősségi orvosoknak váltott műszakban kell dolgozniuk. A III szintű kórházaknak nemcsak az „átfogó sürgősségi ellátás” (N3) követelményeit kell teljesíteniük, hanem a felsorolt osztályokon 24/7-es szakorvosi jelenlétet kell biztosítaniuk. A kórházak besorolása a minőségügyi beszámolókon, lényegében a kórházak önbevallásán alapul. Szembetűnő körülmény, hogy ebben a tekintetben eltérések vannak a kötelező betegpénztárak ernyőszervezetének (GKV-Spitzenverband) adataihoz viszonyítva, amelyek a kórházak és betegpénztárak közötti szerződéseken alapulnak: A kórházak 187 N3-as telephelyről számolnak be (kb. 2,3/millió lakos), a kötelező betegbiztosítás ernyőszervezete szerint viszonyt csak 164 lenne (2,0/millió), az N2 típus esetén pedig 260 helyett 285 lenne, önbevallás szerint tehát összesen 472 (5,7/millió), azaz több mint 10%-kal több mint a szerződések szerinti 424 (5,1/millió).

## ***11. A sürgősségi ellátás és a mentőszolgálat reformja***

### ***11. 1. A status quo és a reformszükséglet a sürgősségi ellátások és mentőszolgálatok területén***

A reformszükséglet témája évek óta jelen van az egészségpolitikai közbeszédben. Számos szakértői vélemény, tanulmány, állásfoglalás készült, amelyek rávilágítottak az ellátási lánc problémáira és megoldási javaslatokkal is előálltak. A sürgősségi ellátás tényleges átszervezése ennek ellenére elmaradt. Ezt a Szövetségi Egészségügyi Minisztérium által a 19. törvényhozási ciklusban (2017–2021) elvetett két reformtervezet is illusztrálja.

[A Bundestag egészségügyi bizottsága 2024. nov. 11-én tűzte napirendjére az aktuális törvénytervezet vitáját. **Törvény a sürgősségi ellátás reformjáról: Gesetz zur Reform der Notfallversorgung.** – A szerk. megj. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Gesetze\\_und\\_Verordnungen/GuV/N/GE\\_Notfallreform\\_Kabinett.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/N/GE_Notfallreform_Kabinett.pdf) ]

A kórházi sürgősségi osztályokon fogadott betegek rátája: 100.000 lakosra 20 eset. Ez azt jelenti, hogy Németország nem éri el az OECD25-ök átlagát. Tehát még abban az esetben is ha a nemzetközi összehasonlíthatóság korlátozott, a problémák okát nem itt kell keresni.



Németországban kétféleképpen lehet sürgősségi ellátást igénybe venni: a Betegpénztári Orvosok Egyesületeinek készenléti orvosi szolgálatánál (az összes sürgősségi eset 25%-a) és a kórházak sürgősségi betegfelvételi osztályain (az összes sürgősségi eset 75%-a). Az a tény, hogy a lakosság mindössze egynegyedének van tudomása arról, hogy nem életveszélyes egészségi problémák esetén a betegpénztári orvosok egyesületeinek sürgősségi szolgálatát is igénybe vehetik, a betegirányítás potenciáljait bizonyítja. Még abban az esetben is, ha ebben a tekintetben a tényfeltárás nem eléggé egyértelmű, egyes vizsgálatok a sürgősségi ellátás (túlságosan is) alacsony küszöbű igénybevételének lehetőségére utalnak és ezentúl arra is, hogy a segítséget kérők nem ritkán túlértékelik a sürgősségi helyzetet, az esetek kezelésére pedig a betegpénztári orvosok egyesületeinek sürgősségi praxisa is alkalmas lenne. A sürgősségi ellátás eltorzulása – és legalábbis a pandémiáig – növekvő igénybevétele a betegirányítás hiányából származik. Az „egészségügyi és ápolási fejlődés szakértői tanácsa” (*Sachverständigenrat zur Begutachtung und Entwicklung im Gesundheitswesen und der Pflege – SVR*) 2018-ban közzétett szakértői véleménye szerint átfogó reformra van szükség és az is kritikusan kell értékelni, hogy egyáltalán mennyire célszerű fenntartani a sürgősségi ellátáshoz való hozzáférés két módozatát, ill. hogyan lehetne ezeket ésszerűen egymáshoz kapcsolni őket.

## **11. 2. Nemzetközi impulzusok**

Az ellátáshoz való hozzáférés és az optimalizált betegirányítás tekintetében különösen érdekes a dán példa. a hozzáférés Dániában is két hívószámon keresztül történik: a *Medical Helpline* (1813) és a mentőszolgálat (112) számán. Az egészségügyi dolgozók által működtetett *Medical Helpline* 16.00 és 8.00 óra között, valamint hétvégén és ünnepnapokon nyújt segítséget és koordinált első állapotfelmérést. Dániában e két hívószám közös digitalizált központhoz tartozik, a hívások pedig egyikről a másikra irányíthatók. A dán kórházügyi reform keretében korlátozták a sürgősségi felvevőhelyekhez való hozzáférést, a sürgősségi szolgálat igénybevételét megelőzően minden sürgősségi betegnek előbb telefonon be kell jelentkeznie, hogy a megfelelő ellátási formához irányíthassák. E rendszer bevezetését nyilvános kampány előzte meg, amelynek keretében minden polgárt levélben tájékoztattak a részletekről. Az átállás eredményeként a sürgősségi osztályok látogatottsága öt régió közül háromban 10 és 27% közötti arányban csökkent.

A telefonos triázs tekintetében figyelemreméltó tényező, hogy ehhez Dániában a mesterséges intelligenciát is alkalmazzák, pl. a szívleállás felismerésénél. Egy tanulmány keretében elemezték, hogy a telefonos triázs mennyiben különbözik a fogadó személyzettől függően. A hívásokat a callcenter orvosokhoz vagy ápolókhoz irányította. Ez a várakozási idő csökkentését célozta: Ha az orvosra való várakozási

idő meghaladta az egy percet, akkor az irányítóközpont mellfájdalmak miatt indított hívást orvos helyett ápolóhoz irányította. 11.315 orvos által fogadott hívás ugyanannyi ápoló által fogadott hívással való összehasonlításából azt mutatta, hogy az orvosok által fogadott hívások rövidebbek voltak, kevesebb sürgősségi felvételi helyre irányítást eredményeztek, a segítséget kérők pedig jobban tartották magukat az orvos ajánlásaihoz. A hét nap utáni halálozási ráta mind az orvos, mind az ápoló által fogadott hívásoknál mindkét esetben alacsony, 0,1% volt. Az eredmény összességében, hogy a telefonos triázs a sürgősségi esetek biztonságos és hatékony ellátását biztosítja.

**J. Klauber/J. Wasem/A. Beivers/C. Mostert/D. Scheller-Kreinsen (Hrsg.) Krankenhaus-Report 2024. Schwerpunkt: Strukturreform. Springer, Berlin Heidelberg. 525 Seiten; kart.; 42,79 €. ISBN 978-3-662-68791-8**

*[Lásd még: Jelentés a kórházak helyzetéről Németországban – Krankenhaus-Report: 2006. 48. sz.; 2009. 17. sz., 2010. 11. sz., 2012. 6. sz.; 2014. 5. sz.; 2016. 8. sz.; 2018. 8-9. sz., 2019. 9., 11., 14., 17-18., 21., 2020. 1. sz.; és Archivum; 2021. 12. sz., 14-15-16. sz., 18-19-20-21-22. sz.; 2022. 2. sz. és Archivum; 2022. 11-12-13. (IV.1.) sz. és Archivum; 2023. III.1-2. sz., IV. 1-2. sz. és Archivum.]*

## ELŐJEGYZÉSI LISTA

### 2025. I. negyedév 1. sz.

#### Globális egészségügy

- Légszennyezés okozta kardiovaszkuláris halálozás Európában és az Egyesült Államokban
- Jelentés a kanyaró globális helyzetéről

#### Európa

- Jelentés az antibiotikum-fogyasztásról és az antibiotikum-rezisztencia helyzetéről Európában (ECDC)
- Egészségi egyenlőtlenségek Európában
- EU-tanulmány a dezinformációról az egészségügy területén
- A EURO CARE-6-Study a rákos betegek túléléséről Európában 2020-ban

#### Egészségügyi rendszerek (az ÖKZ cikksorozata)

- Nemzetközi tapasztalatok a digitalizáció területén
- Orvoshiány Európában
- Egészségügyi rendszerek az OECD-ben

#### Gyógyszer

- Gyógyszertárbezárások az Egyesült Államokban
- A gyógyszerpiac helyzete Németországban 2023-ban – *Pharma Daten Deutschland 2023*

#### Szenvedélybetegségek, kábítószer

- A 2024-es európai kábítószerhelyzet bemutatása – főbb fejlemények (2024. évi európai kábítószer-jelentés) – *European Drug Report 2024 (EMCDDA)*
- Európa egy opioidválság küszöbén?
- Jelentés az illegális kábítószerfogyasztásról Franciaországban 2023-ban
- Opioid-riadó Franciaországban
- Kábítószer-túladagolással összefüggő halálozás Skóciában 2023-ban
- Jelentés a szenvedélybetegségek helyzetéről Németországban – *DHS Jahrbucht Sucht 2024*
- Svéd tanulmány a pszichedelikumok serdülők körében való használata és a pszichotikus és mániás szimptómák közötti összefüggésről
- Alkoholfogyasztás Ausztriában 2023-ban (Gesundheit Österreich GmbH – GÖG)
- Alkoholfogyasztás Svájcban 1992 és 2022 között. A svájci lakossági egészségfelmérés eredményei
- Alkoholfogyasztás és a halálozás kockázata időskorúak körében

#### Orvostörténet

- Claudius császár orvosa

#### Infotainment

- Száz éve jelent meg a Varázshegy. A Thoraxklinik Heidelberg orvostudományi-irodalmi-művészeti megemlékezése

\*

## **A továbbiakban:**

### **Kórházügy**

- Panaszkezelés a németországi kórházakban 2018-ban (DKI)

### **Mesterséges intelligencia**

- Felmérés az orvosok körében a mesterséges intelligencia alkalmazásáról

### **Egészségügyi kiadások**

- Az egészségügyi kiadások statisztikája Németországban 2021-ben
- A 300 milliárd eurós kérdés – a német egészségügy kiadásainak prognózisa 2040-ig
- Az egészségügyi alapbiztosítás költségei Svájcban 2021-ben

### **Orvosképzés**

- A valószínűségi számítási ismeretek jelentősége az orvosi gyakorlatban
- Balkezes sebészhallgatók oktatásának különleges igényei

### **Szakmai irányelvek**

- Irányelvek az intenzív osztályok megterhelésének és a triázs megelőzéséről

### **Szociálpolitika**

- Jelentés a szociális ügyek helyzetéről Németországban – *Sozialbericht 2024* (DZA)
- Jelentés a szociális ügyek helyzetéről Svájcban 2023-ban – *Statistischer Sozialbericht Schweiz 2023*
- 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 és 2022-ben
- A svájci szociális biztonsági rendszerek összesített mérlege. Előzetes eredmények – *Gesamtrechnung der Sozialen Sicherheit 2023* (GRSS)

### **Gyógyszertárak**

- Az osztrák közforgalmú gyógyszertárak szolgáltatási spektruma. Tudományos jelentés az *Österreichische Apothekerkammer* megbízásából – Nemzetközi kitekintés
- Amerikai felmérés a gyógyszertárakkal szembeni elégedettségről – *J.D. Power 2024 U.S. Pharmacy Study*

### **Orvosok elleni agresszió**

- Politikailag motivált bűncselekmények a német egészségügyben 2021-ben

### **Dohányzás**

- Dohányzás és agyszugorodás

### **Fogászat**

- A BARMER biztosító jelentése a fogászati ellátások helyzetéről 2024-ben – *BARMER Zahnreport 2024. Kieferorthopädie*

## Hivatásrend

- *Medscape Physician Behavior Report 2023*
- Jelentés az orvosnők és férfi orvosok esélyegyenlőségéről a német egészségügyben
- A nők vezetői szerepfelfogása az orvosi praxisokban
- Az egészségügyi személyzet helyzete Svájcban
- Az autonómia hét tézise az egészségügyben
- Jelentés a rezidens orvosok helyzetéről Európában
- Hangulatfelmérés a német orvosi praxisok körében
- Az orvosok statisztikája Németországban 2023-ban
- A német kórházak bürokráciaindex (DKI, 2024 július)
- A svájci egészségügyi személyzet életpályája: a pályán maradástól a pályaelhagyásig

## Ápolás

- A BARMER biztosító jelentése az ápolás helyzetéről – *BARMER Pflegereport 2024*
- *Nurses' Health Study*. A hála és az ápolók egészsége
- A szociális ápolásbiztosítás jövője (WIP PKV)
- Jelentés az ápolás helyzetéről Svájcban (santésuisse)
- A svájci ápolási otthonok indikátorai 2019 és 2021 között
- A svájci bentlakásos intézményi és otthoni ápolás indikátorai 2022-ben
- Az ápolási otthonok és az otthoni ápolás költségei Svájcban 2023-ban
- Az otthoni ápolás finanszírozása Svájcban 2013 és 2022 között
- Ápolásra szorulóknak intenzív ápolása életük utolsó évében 2018 és 2020 között Svédországban
- Community Nursing Ausztriában
- Gender Care Gap 17 európai országban

## Népegészségügy

- *European Health Interview Survey (EHIS) 2019*
- *International Health Policy Survey 2019 (Commonwealth Fund)*
- Longitudinális kohorszvizsgálat a svéd lakosság egészségi állapotáról
- Jelentés az osztrák lakosság egészségfelméréséről 2022 – *Österreichischer Gesundheitsbericht 2022*
- A svájci lakossági egészségfelmérés előzetes eredményei
- A svájci lakosság egészségfelmérése 2021-2022: lelki egészség, stressz, zaklatás, burnout
- A svájci lakosság egészségfelmérése. Alvászavarok 1997 és 2022 között
- A sporttevékenység szerepe az elesés megelőzésében az időskorúak körében
- Az optimális erőnléti edzés hatása a halálozás csökkentésére az időskorúak körében
- Test-tömeg-index és a rákos megbetegedések kockázata Svédországban

## Demencia

- *A Young-Onset-Dementia* kockázati tényezői
- *A Lancet Commission* jelentése a demencia kockázati tényezőiről

## Gyógyászati segédeszközök

- A BARMER biztosító jelentése a gyógyászati eljárásokról és a segédeszközökkel való ellátásról – *BARMER Heilmittelreport 2024*

## **Időskorúak**

Agyműködés és emlékezet a superagerek körében

## **Táplálkozás**

- Táplálkozás, kardiovaszkuláris betegségek és halálozás a világ 80 országában
- Táplálkozáspolitikák Németországban: a *Food Environment Policy Index (Food-EPI)* értékelése
- Jelentés a táplálkozás helyzetéről Németországban – *Ernährungsreport 2023*
- Kohorszvizsgálatok a táplálkozásról

## **Fiatalokorúak egészsége**

- A fiatalokorúakat érintő kockázatok az Egyesült Államokban 2021-ben (CDC)

## **Sürgősségi ellátás**

- Ambuláns ellátás a sürgősségin 2017 és 2022 között Svájcban

## **Praxishírek**

- Nemzetközi felmérés a háziorvosi vizitek időtartamáról
- Orvosi praxisok és alapellátás Svájcban 2018 és 2021 között

## **Szülészet-nőgyógyászat**

- Az abortuszhoz való jog eltörlését követően az Egyesült Államokban megugrott a sterilizációk száma
- A terhességmegszakítások statisztikája Svájcban 2023-ban
- A mesterséges megtermékenyítések helyzete Svájcban 2022-ben
- A csecsemőhalálozás statisztikája Svájcban 2023-ban
- Szexmunkások egészségügyi ellátása Olaszországban

## **Bérlpolitika**

- Jelentés a minimálbérek helyzetéről 2024-ben – *WSI-Mindestlohnbericht 2024*
- Az orvosok keresete a világ tizenegy országában
- A pályakezdő orvosok bérindexe a világ 50 országában
- Jelentés a német orvosok keresetéről a pandémia utáni időszakban – *Medscape Gehaltsreport 2023*
- Jelentés az orvosi honoráriumok helyzetéről Németországban 2022 negyedik negyedében – *Honorarbericht Quartal 4/2022*
- Mennyit fizetett a gyógyszeripar az amerikai orvosoknak 2013 és 2022 között?
- Az osztrák gyógyszerészek keresete

## **Orvosi kommunikáció**

- A kórházi vezetők kommunikációja és a munkahelyi közérzet
- Hogyan kommunikálnak az orvosok, ha betegeiket prominens személyiségek rákos megbetegedéséről szóló történetek befolyásolják?
- Orvos-beteg kommunikáció: a rossz hírek közlése

## **Mentőszolgálat**

- A mentőszolgálat igénybevétele és költségei Németországban



### **Lelki egészség**

- Mentális egészség humanitárius katasztrófák idején és után
- Az érintés gyógyít

### **Emberi erőforrás**

- Az orvosi személyzet statisztikája Európában 2021-ben (*Eurostat*)
- A szakképzett munkaerő helyzete az egészségügyi és szociális foglalkozások körében Németországban 2022-ben
- Az orvosi személyzet statisztikája Németországban 2022-ben – *Ärzttestatistik 2022*
- Az egészségügyi személyzet statisztikája Németországban 2022-ben
- Személyzetkiesés a német kórházaknál
- Az orvosi praxisok és ambuláns centrumok strukturális adatai Svájcban. 2021-ben minden negyedik orvos 60 éves vagy annál idősebb volt
- Felmérés a munkaerő helyzetéről az orvostechika területén (DKI)

### **Étrendkiegészítők**

- Hat étrendkiegészítő hepatotoxikus kockázatának értékelése az amerikai felnőtt lakosság körében

### **Közösségi média**

- Influenzavírus az egészségügyben

### **Egészségipar**

- A befektetések helyzete az európai egészségügyi digitális szektorban 2023-ban

### **Megáll az agyam**

- Agyszerkezet és politikai orientáció

### **Orvostörténet**

- Orvosi képtelenségek, amelyek megváltoztatták a világot
- Esendőség és halálozás az 1919-es spanyolnátha idején
- Mozart betegségei
- Leonardo da Vinci, az anatómus
- Franz Kafka és az orvostudomány

### **Infotainment**

- A középkori pórnök társasági élete. Egészségügyi ismeretterjesztés a fonóban
- Kalandtúra a bolondokházában 1800-ban

### **Rövidhírek (aleatorikusan):**

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