



## EU DEMOGRÁFIAI JELENTÉS

**Gesundheit und Gesellschaft, 2004,7,11,13.**

Minden szülőképes korú ír nőnek átlagosan két gyermeke van. Ez a legmagasabb arány az EU-ban. Ez az adat derül ki az Európai Bizottság most közzétett 2003 évi demográfiai jelentéséből. A természetes növekedési arány, azaz a születések és halálozások száma közötti különbség, Írországban 1000 lakosra 8,2.

A következő helyeken van Hollandia 1000 lakosra 3,7-tel és Ciprus 1000 lakosra 3,6 többlettel. Németország, Lettország és Magyarország jelentős népességcsökkenést mutat. Németországban az elmúlt évben 715 000 elveszüléssel 858 000 halálozás állt szemben,

ez 1,7%-os mínusz. Amíg minden szülőképes korú ír nő statisztikailag 1,98 gyermeket hoz élve a világra, ez statisztikailag Németországban csak 1,34. Utolsó Szlovákia 1,17 gyermekkel.

A 25 tagra nőtt államközösségben a nők Spanyolországban élnek leghosszabban, ott átlagosan 83,7 évesek lesznek.

Ezzel szemben a férfiak Svédországban érik el a legmagasabb kort, átlagosan 77,9 évet. Németországban a férfiak átlagosan 74,9 évesek lesznek, a nők várható élettartama pedig 79,5 év.

## EURÓPAI DIABETESKONGRESSZUS: A VÉRCUKORCSÖKKENTÉS ÉLETET MENT

**Pharma Zeitung, 2004,149,9,34.**

A diabetesesek veszélyesen élnek. Egy szívinfarktus után halálzási kockázatuk közel kétszer akkora, mint a nem diabeteseseké. Ezt lényegesen csökkenheti a vércukortűkőr azonnal ellenőrzése – hangzott el az európai diabeteskongresszuson Münchenben.

A diabetes egy kardiovaszkuláris betegség is. A diabeteses embereknél egytől hatszorosa kockázata van egy szívinfarktusnak, mint az egészséges anyagcseréjű embereknek.

Még néhány évvel a diabetesesek prognózisa egy szívinfarktus után igen rossz volt: a kórházban a halálzási arány, 29%, közel kétszer akkora volt a nem diabeteseseké 16%. Ha minden beteget azonnal intenzíven kezeltek, a diabetesesek mortalitása 17-re csökkent, a nem diabeteseseké 14%-ra.

Úgy látszik, hogy a halálozás a felvételtől glukóz-

tűkőrel is összefügg. Ezt a stockholmi Karolinska intézet munkatársai mutatták be először a diabeteskongresszuson. A betegek egy evidenciaalapú infarktusterápián kívül azonnal vagy inzulin-glukóz infúziót kaptak, majd hosszúidejű inzulinkezelést vagy egy infúziót, azt követő standard cukorkezeléssel. A harmadik csoportban az anyagcserét rutinszerűen állították be.

Leírják a mért értékeket és az utókezelést a két éves utólagos megfigyelés alatt.

Az intenzív terápia bevált a betegek számára. Az összes halandóság két év után mind a három csoportban 18,4% volt és ezzel lényegesen a várt 22,3%-os arány alatt. Az intenzívebb terápia azonban nem hozott többlet hasznot a hagyományos cukorterápiához képest. A halálos reinfarktusokat és strokekat sem akadályozta meg szignifikánsan jobban.

## 34 000 ORVOS BIZONYÍTJA, A DOHÁNYZÁS 10 ÉVET RABOL EL AZ ORVOSOKTÓL

**Medical Tribune, 2004,39,29,8.**

Egy 50 éves 347 000 orvosra kiterjedő tanulmány szerint a dohányzás kb. 10 életévükbe kerül. Aki 30 éves korában leállította nikotinfogyasztását, visszakarta egy nemdohányzó várható élettartamát. A 40, 50, 60 évesek dohánystoppja a várható élettartamot 9,6, ill. 3 évvel emelte.

A nikotinbarátok és a nemdohányzók várható élettartama egyre jobban eltér egymástól. Az 1900 és 1909-

ben születetteknek, akik később dohányoztak 42% volt a kockázatuk, hogy 35–69 éves korukban meghalnak (a nemdohányzók kockázata csak 24% volt). A 20-as évfolyamoknál ez a mortalitásarány már megháromszorozódott: 43% 15%-kal szemben.

70 éves kort azok a dohányzók értek el, akik 1910 körül jöttek a világra, 7% (a nemdohányzók 33%-ával szemben).

**Gesundheit und Gesellschaft, 2004,7,9,8.**

Az EU 15 országa főiskolái egy munka melletti távoktatást fejlesztettek ki az egészségfejlesztésre. Ez 5 szemeszterben az „European Master in Health Promotion”-hoz vezet. A tanulmányok az egészségügy azon dolgozói számára állnak nyitva, akik egy felsőfokú képzés után vezető állásokhoz szeretnék képezni magukat. A hallgatók az egészségfejlesztés vezetési koncepcióival és cselekvési területeivel foglalkoznak.

Ebben mindenekelőtt a téma európai dimenziói fognak tükröződni.

A tanulmányokhoz, amelyekhez jelenléti fázisok is tartoznak, tartozik egy brüsszeli kirándulás is. Németországban a program vezetője a Magdeburg-Stendal szakmai főiskola.

Bővebben: [www.sgw.hs-magdeburg.de/eumahp](http://www.sgw.hs-magdeburg.de/eumahp)

**FOGYÓKÚRÁN A BRIT NŐK****Gesundheit und Gesellschaft, 2004,7,9,7.**

A házasság súlyfeleslegük miatt gyakrabban diétáznak, mint az egyedülállók. Ezt állapította meg egy hivatkozott közgazdász a brit Warwick egyetemen egy közel 200 nőre kiterjedő vizsgálatban. A felmérés során a megkérdezett házasság több mint 40%-a közölte, hogy belátható időn belül súlyát diétával akarja csök-

kenteni. A nem házasságok közül csak alig 30%-a tervez fogyókúrát. A kutató szerint növekszik azoknak a nőknek a száma, akik karcsúsodni akarnak. Az utóbbi két évtizedben ezek aránya a birodalomban több mint kétharmadával emelkedett.

**GDP FOLYÓ ÁRAKON ÉS VALUTAÁRFOLYAMON MILLIÁRD DOLLÁRBAN (2001)**

EU-15	7 832
USA	10 143
Japán	4 146

**EGY FŐRE JUTÓ GDP FOLYÓ ÁRAKON ÉS VALUTAÁRFOLYAMON 1000 DOLLÁRBAN (2001) ZÁRÓJELBEN 1995**

EU-15	20 820 (22 949)
USA	36 414 (27 623)
Japán	32 597 (40 913)

**DÁNIA: EGYÉNILEG RÖGZÍTIK A GYÓGYSZERELÉST****Pharma Zeitung, 2004,0,45,7.**

Ahhoz, hogy a gyógyszerterápiát jobbá és biztonságosabbá tegyék, Dániában néhány hónapja egyénileg rögzítik a gyógyszerelési profilt: az ország kb. 320 gyógyszertárában gyűjtik és elektronikusan továbbítják az összes kiadott rendeléseket.

A digitális aláírással a beteg [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk) alatt minden időben online informálódhat saját gyógyszereléséről és annak költségeiről. Az orvosoknak csak akkor van hozzáférése az érzékeny adatokhoz, ha a

beteg náluk van kezelés alatt. A gyógyszertárak csak a beteg hozzájárulásával nézhetnek bele az egyéni profilokba.

Az ún. medicinprofilok rendszerének abban kell segítenie, hogy a téves és túlgyógyszereléseket, valamint a különböző gyógyszerek közötti kölcsönhatásokat minimalizálják és Dánia minden lakosa számára kötelező.

2005-től a kórházakban rendelt gyógyszereket is rögzíteni kell.



Krankenhaus, 2004,96,11,879-882.

Az Európai Bizottság 2004. szeptember 22-én hosszú, Európa-szerte folytatott tárgyalások után elfogadta a készenléti szolgálatban foglalkoztatottakról való munkaidő-irányelv új megfogalmazását.

Az illetékes biztos, Stavros Dimas hivatalos nyilatkozata szerint a javaslatnak ki kell küszöbölnie a hiányosságokat az irányelv alkalmazásában. A javaslatnak önmagában kiegyenlítettnek kell lennie, mert nagyobb rugalmassággal fokozza a munkavállalók egészségének védelmét és biztonságát.

A megváltoztatott irányelvnek a lehetséges kihatásait azonban a németországi munkaidő-törvényre nem lehet néhány kulcsszóval ismertetni. Az Európai Bíróság 2003. szeptember 9-i (C151/02) Jaeger ügyben hozott ítélete következtében a munkaidő törvény megváltoztatásával és a munkaidő-irányelvhez (03/88/EG) való alkalmazásával már világossá vált, hogy az európai jogi előírások nem vihetők át minden további nélkül a német jogba. Ez megfelelően vonatkozik az irányelv-változás egyes részeinek a megítélésére.

### 1. Inaktív készenléti szolgálati idő

Különösen figyelmet érdemel egy új munkaidő definíciónak a bevezetése. Az irányelv eddigi 2. cikkelye szerint csak a munkaidő és a pihenőidő között volt megkülönböztetés. A javaslattal 2 új definíciót vezetnek be, és pedig a készenléti szolgálat és a „készenléti szolgálat alatti inaktív időt”, amely az eddig definíciókhoz jönnek. A két új definíció kiegészíti a fogalmat egy 3. kategóriával, ami mint kombináció, kiegészíti a „munkaidő” és a „pihenőidő” két fogalomnak a különböző részeit. A „készenléti szolgálat” fogalma azokat a helyzeteket fedi le, amelyekben a munkavállaló köteles a munkahelyen tartózkodni. Az inaktív idő azok az időrészek, amelyekben a munkáltatója a munkavállalótól nem követeli tevékenysége gyakorlását vagy feladatai megvalósítását.

A javaslatnak a tulajdonképpeni újdonsága az érvényes törvényhez, egy 2. cikkelynek a tervezett bevezetése, amely világosan megállapítja, hogy az inaktív idő a készenléti szolgálat alatt nem munkaidő. A javasolt szöveg a következő:

„A készenléti szolgálat alatt az inaktív idő nem tekinthető munkaidőnek, amennyiben az egyes állami törvényhozásban vagy bérszerződésileg vagy az egyes állami törvényhozással és/vagy gyakorlattal egyezően a szociális partnerek közötti megállapodásban nincs más ettől eltérő előíranyozva.

Azt az időt, amelyben a munkavállaló a készenléti szolgálat alatt ténylegesen tevékenységét gyakorolja vagy feladatait valósítja meg, mindig munkaidőnek kell tekinteni.”

Ennek az új definíciónak a bevezetése azért is különösen figyelembe méltó, mert ezzel az Európai Bizottság az irányelv célja értelmezése tekintetében a készenléti szolgálatról való döntéseiben az Európai Bíróság indokolásával ellentétes törvényt alkotott. Az Európai Bíróság számára a készenléti szolgálat azért tartozott a munkaidőhöz, mert a munkavállalónak családi és szociális környezetén kívül kell tartózkodnia és kevésbé rendelkezhet azzal az idővel, amelyben őt nem veszik igénybe (az Európai Bíróság ítélete 2003. szeptember 3-i ítélete – C151/02-Rz.65). Ez a tétel túl megy a tisztán egészségvédelmen. Az Európai Bizottság az „inaktív” készenléti szolgálat tervezetével, ami nem képez munkaidőt, érthetővé tette, hogy nem a munkavállaló jólléte, hanem a munkaerő igénybevétele a döntő kritérium a munkaidő meghatározásához. Ezzel az európai törvényalkotó megvonta az Európai Bíróság eddigi jogfelfogásának az alapját. Az, hogy a törvényalkotó a bíróságot ily módon lényegesen korrigálta, egy különlegesség, mivel általános esetben a korrektúrát más irányban végzik.

A vélekedésekkel szemben egy ilyen szabályozás nem nyitott kaput a túl hosszú készenléti szolgálatoknak. Elvileg az inaktív és aktív készenléti szolgálat megkülönböztetése csak akkor vonatkozik közvetlenül a tagállamokra, ha ezek nem hoztak ellenkező szabályozást. A munkaidőtörvény új megfogalmazása Németországban a jogi helyzetre nem hozott egyértelmű szabályozást a készenléti szolgálat definíciójára.

A szövetségi munkaügyi bíróság legújabb ítéleteinek a készenléti szolgálatoknak a munkaidőhöz való rendelését is az európai és nem a nemzeti jogból vezeti le. Elvileg ezért az Európai Bizottság differenciáló szemlélete Németországban közvetlenül alkalmazásra találhat.

Az alkalmazási terület azonban a napi maximális munkaidőről való nemzeti szabályozáson keresztül a munkaidőtörvényben jelentősen relativizálódott. Ezenkívül a készenléti szolgálat a Németországban érvényes definíció szerint csak akkor rendelhető el, ha az várható, hogy lesz ugyan munka, de tapasztalat szerint túlnyomó a munkateljesítés nélküli idő. Az igénybevétel ilyen korlátozását az európai irányelv nem tartalmazza.

A változások a német munkáltatók számára azt is jelentenék, hogy a legmagasabb megengedett munkaidőtartamot hozzászámolják az aktív készenléti szolgálatához. A szolgálattervezés számára problematikus az aktív készenléti szolgálatokat egyénileg kiszámítani minden munkanapra. A szervezési problémán kívül a munkaidőrész meghatározásának a problémája mindig azzal a kockázattal jár, hogy a munkavállaló a készenléti szolgálat alatt eléri a maximális munkaidő határát. Ha tovább dolgozna, ez sértené a nemzeti munkaidő-

törvényt, akkor is, ha az európai jogi maximális határt nem érné el.

Ha egy készenléti szolgálat normál esetéből indulunk ki, amely az idő 49%-ig tartalmazhat teljes értékű munkaidőt, úgy a megváltozott irányelv a munkaidőtörvénnyel összefüggésben csak 16 ill. 20 órás készenléti szolgálatot engedne meg. Egy teljes szolgálat ezt a készenléti szolgálatot nem előzhetné meg és utána sem következhetne. Egy teljes szolgálat előtti vagy utáni készenléti szolgálat elvileg ugyan lehetséges lenne, de a munkarésztől és a teljes munkaidő tartamától függően csak a munkaidő megfelelő tört részéig tarthatna. Ez a szabályozás valódi tehermentesítést elsősorban azokban a szakmákban jelentene, amelyekben az „inaktív” készenléti szolgálat gyakori, pl. a mentőszolgálatban, a tűzoltóságnál vagy az őrző szolgálatoknál.

A maximális határok mértékletes bővítésével optimális betegellátást lehetne elérni, a szükségletorientált szolgálati műszakokkal, valamint az orvosok túlterhelés elleni védelmét. A cél ennél nem egy különösen hosszú, hanem egy alkalmazott és rugalmas szolgálat, ami erős igénybevétel mellett is biztosítja az előírt munkaidő-határokat betartását.

## 2. Vonatkozási időszak

A munkaidők rugalmasabbá tételére további lehetőségként az Európai Bizottság javaslata egy nyitási cikkelyt tartalmaz a vonatkozási időszak meghosszabbítására, amelyben a leghosszabb megengedett munkaidőt átlagban nem szabad túllépni. Ehhez azonban egy nemzeti végrehajtás szükséges. A vonatkozási időszak standardjaként a heti maximális munkaidőre marad az eddig érvényes 4 hónap. Az újonnan megfoglalmazott 16. cikkely szövege szerint a tagállamok jogi vagy igazgatási előírásokkal objektív vagy technikai okokból vagy munkaszervezési okokból a vonatkozási időszakot 12 hónapra kiterjeszthetik, betartva a munkavállalók egészsége és biztonsága védelmének alapelveit és a szociális partnerek meghallgatását. Ezzel a vonatkozási időszak 6 hónapos régi maximális határa az aktuális állásra kerül.

## 3. Opt-Out klauzula

Az Opt-out azt jelenti, hogy a tagállamoknak a 48 órás maximális heti munkaidő szabályozását bizonyos feltételek mellett nem kell betartaniuk. Ahhoz azonban, hogy az Opt-outot a tagállamok alkalmazhassák, először megfelelő szabályozás szükséges a nemzeti munkaidő-törvényben. Az irányelv jelenlegi megfogalmazásában az irányadó szabályozást az Európai Bizottság javaslatával jelentősen módosították. Az irányelvjavaslat most a következőket irányozza elő:

Egy bérszerződésen vagy egy megállapodáson ke-

resztül való engedélyezés szükséges, de nem elegendő feltétel. A munkavállaló hozzájárulása minden esetben szükséges. Ha nincs érvényben bérszerződés és az igazgatóságban vagy a vállalatban nincs személyzeti képviselő, aki szociális partneri megállapodást köthet, akkor elegendő egy egyéni szerződéses megállapodás. Ezzel a kiterjesztéssel a bérszerződésekhez kötött munkáltatóknak könnyebben lehetséges hosszabb munkaidőkben megállapodni a munkavállalókkal a heti maximális határon felül. Az eddigi megfogalmazással szemben a feltételeket világosabban és szigorúbban határozták meg. A munkavállaló hozzájárulásának írásban kell megtörténnie, ez nem adható egy foglalkoztatási viszony kezdetén vagy egy próbaidő alatt, futamideje korlátozott és egy abszolút felső határt állapítanak meg a munkaórákra és egy regiszter vezetése van előírva.

Különösen az utóbbi jelentős igazgatási ráfordításhoz vezet, mivel a munkáltatók kötelesek

- az aktuális jegyzékekbe felvenni minden munkavállalót, akik ilyen munkát végeznek és a teljesített órák számát;
- a jegyzékeket az illetékes hatóságok rendelkezésére bocsátani azokról, akik megtagadják a heti maximális munkaidő meghosszabbítást és
- azokét akik a vonatkozási időszakban egy hétnapos szakaszban napi több mint 48 órát dolgoznak és ezek ténylegesen hány munkaórát teljesítettek.

Ezenkívül azok a tagállamoknak, amelyek az Opt-out szabályozást alkalmazzák, olyan intézkedéseket kell tenniük, hogy egy munkáltató ne dolgozzon heti 65 munkaóránál többet, kivéve, ha a bérszerződés vagy egy szociális partneri megállapodás mást irányoz elő.

Egy további szervezési probléma lehet, a munkavállalónak a hosszabbított munkaidőhöz való újonnan bevezetett max. 1 évre való időbeli korlátozása. Bár a hozzájárulás meghosszabbítható, a munkáltatónak arra kell beállítva lennie, hogy a munkavállaló a meghosszabbításhoz nem járul hozzá és ezért szükségessé válik a szolgálati terv megváltoztatása.

A munkaidőtörvény érvénybe lépése előtti bérszerződések általában abból indultak ki, hogy a készenléti szolgálat pihenő idő. A munkaidők ezért, beleértve a készenléti szolgálatot, az Opt-out klauzula nélkül heti 48 órán túl kiterjeszthetők. Ennek a szabályozásnak az alkalmazása az Európai Bíróság legújabb igazságszolgáltatása alapján a nemzeti bíróságokon keresztül való új értékeléshez vezethet.

## 4. Napi pihenőidő

A munkaidő-irányelv 3. és 5. cikkelyében kötelező napi és heti pihenőidők vannak előírva, amelyeket minden munkáltatónak be kell tartania. Minden 24 órás időközben 11 óra összefüggő minimális pihenő-



időt kell nyújtani, valamint minden 7 napos időközben egy folyamatos 24 órás minimális pihenőidőt, a napi 11 órás pihenőidőn kívül. Ha ezektől a cikkelyektől bérszerződés vagy a szociális partnerek közötti szerződések alapján eltérnek, úgy a munkavállaló számára a munkáltatónak egyenértékű kiegyenlítő időket kell biztosítania.

Az irányelvben eddig csak az „egyenértékű kiegyenlítő pihenőidőkről” volt szó, anélkül, hogy konkrét előírások lettek volna ezekről. Az irányelvjavaslat megváltoztatott fogalmazása szerint ezt a szabályozást annyiban kell pontosítani, hogy a pihenőidők kiegyenlítését egy megfelelő határidőn, legfeljebb 72 órán, azaz 3 napon belül kell teljesíteni. Ez az Európai Bizottság által megállapított határidő sem a nemzeti törvényalkotó, sem a szerződéses partnerek részéről nem hosszabbítható meg. Az „inaktív” idővel meghosszabbított szolgálatok ezért nem vezethetnek a pihenőidők megrövidítéséhez vagy megkerüléséhez.

A szigorított kiegyenlítés egy abszolút szabály a munkavállalók túlzott igénybevétele ellen, ami a nemzeti törvényalkotó részéről nem változtatható meg.

## 5. Végeredmény

AZ Európai Bizottság javaslatához való magyaráza-

tokban gyakran olvasható, hogy ezek „kiegyenlítettek.” A tervezet megérdemli ezt a megállapítást. Egy kombinált munkaidő-kategória létrehozása fokozza a rugalmasságot a munkáltató számára azokon a területeken, amelyeken ugyan folyamatosan szükséges a munkavállaló jelenléte, a munka azonban általában kevés. Különösen ezeket a területeket az új munkaidőtörvény jelentősen terheli, mivel a korlátozott napi munkaidő kombinációja és a készenléti szolgálat hozzászámítása személyzeti többletráfordítást tesz szükségessé, hogy az egész napos üzem biztosítható legyen.

Az „inaktív” készenléti szolgálati idő bevezetésével ismét hosszabb szolgálati műszakok rendelkezhet el a készenléti szolgálatban, mivel a maximális napi munkaidőhöz csak a tényleges munkaidőket számítják. Másrészt a munkavállalók védelmét is megfelelően figyelembe veszik. A napi pihenőidő be nem tartása kiegyenlítésének kötelezően 3 napon belül kell történnie. Sem a nemzeti törvényalkotó sem a szociális partnerek a kiegyenlítési időszakot nem hosszabbíthatják meg.

Összességében személve az Európai Bizottság javaslatát üdvözölni kell. Még ki kell várni azonban, hogy ebből mi marad az irányelvjavaslat-alkotási eljárás végén. Mindenesetre figyelemre méltó, hogy most az európai szintű csúciszervnél is érvényesült az a felismerés: aki alszik, nem dolgozik.

## NAGY-BRITANNIA: ÚJ HONORÁRIUM A GYÓGYSZERÉSZ SZOLGÁLTATÁSAIÉRT

**Pharma Zeitung, 2004,0,45,7.**

A nemzeti egészségügyi szolgálat (NHS) és a Pharmaceutical Services Negotiating Committee (PSNC) közötti eredményes tárgyalás után 2005. április 1-jétől új díjazási rendszert vezetnek be a brit gyógyszertárak részére. Ez előirányozza azoknak a gyógyszerési szolgálatoknak a honorálását –, pl. vérnyomás és vércukormérés – de az eddig kizárólag orvosok által nyújtott szolgáltatásokért is. Ezenkívül lehetővé teszik

a tartós receptek kiszolgálását is, hogy a felesleges orvoshozfordulást elkerüljék.

Rosie Winterton egészségügyi miniszter asszony szerint eddig a gyógyszertárak kihasználatlan források voltak. A szerződés egy új éra kezdetét jelzi a gyógyszertárak számára a társadalomban, amiből mindenki profitálni fog.

## LENGYELORSZÁG: INTERNET-GYÓGYSZERTÁRT NYITOTTAK MEG

**Pharma Zeitung, 2004,0,45,7.**

Lengyelországban megnyitották az első Internet-gyógyszertárt miután a küldő kereskedelem Lengyelországban nem volt megengedett, a Németországban is működő vállalkozó, Miroslaw Ostrowski már májusban a Krakkó melletti Zielonkiben megnyitotta a Miro virtuális gyógyszertárt.

Erre az illetékes krakkói felügyeleti hatóság megvizsgálta a vállalat üzleti helyiségeit és Ostrowskinak megtiltotta az Internet-gyógyszertár működtetését.

A vállalkozó az Európai Bíróság döntésére hivatkozással a varsói központi felügyeleti hatósághoz fordult, amely most engedélyezte neki küldő kereskedelmének újrakezdését.

A 15%-ig terjedő árengedménnyel Ostrowski a közforgalmú gyógyszertárak vevőit kívánja megnyerni az online üzlet számára. A krakkói felügyeleti hatóság időközben újabb revíziót végzett az üzemi helyiségekről.