

Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete

Egészséggazdasági, egészségpolitikai és szociálpolitikai nemzetközi sajtószemle

2021. 5. sz. (Lapzárta: 2021. március 1. 00:00)

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

Koronavírus

- A COVID-19 elleni oltások helyzete Európában (2021. 02. 27.)
- COVID-19-hírek a világ tizenhét országából
- Neandertal genetikai öröksége és a COVID-19

Európai Unió

- Az éghajlatváltozás hatásaival szemben reziliens jövő építése – Az éghajlatváltozáshoz való alkalmazkodásra vonatkozó új uniós stratégia
- Az Európai Bíróság ítélete „a szakmai képesítések feltétel nélküli elismerésének mechanizmusa alá tartozó szakmák valamelyikéhez való részleges hozzáférés megengedéséről”

Gyógyszer

- Az Európai Unió Gyógyszerészeti Csoportjának jelentése 2020. évi tevékenységéről – *PGEU Annual Report 2020*
- Gyógyszerpiaci rövidhírek

Kórházügy

- A kórházi válságmenedzsment kérdései – *VKD-Praxisberichte 2020* (5. rész): Mecklenburg-Előpomeránia tapasztalatai – a tartomány, ahol a COVID-19 incidenciája a legalacsonyabb
- Szociális egyenlőtlenség és hospitalizáció Svájcban. Krónikus megbetegedések – szociális helyzet – hospitalizáció

Ápolás

- Jelentés az ápolás helyzetéről Németországban 2019-ben – *Pflege-Report 2020* (8. rész): Az ápolásra szorultság helyzete Németországban. Az ápolási szolgáltatások igénybevétele

Lelki egészség

- Burnout az amerikai ápolószemélyzet körében
- Egy amerikai egyetemi hallgató különös esete. Pisi a befőttes üvegben
- A lelki egészség helyzete Svájcban. Monitoring 2020 (1. rész): Összefoglalás

Personalia

- Személyügyi hírek Ausztriából. Új középvezetők a Szövetségi Egészségügyi, Szociális, Ápolásügyi és Fogyasztóvédelmi Minisztériumban
- Oscar Ugarte, új perui egészségügyi miniszter
- Carla Vizotti, új argentin egészségügyi miniszter

Melléklet

- Jelentés az ápolás helyzetéről Németországban 2019-ben – *Pflege-Report 2020* – egységes szerkezetben

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

A COVID-19 elleni oltások helyzete Európában

Our World in Data

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

Forrás Internet-helye:

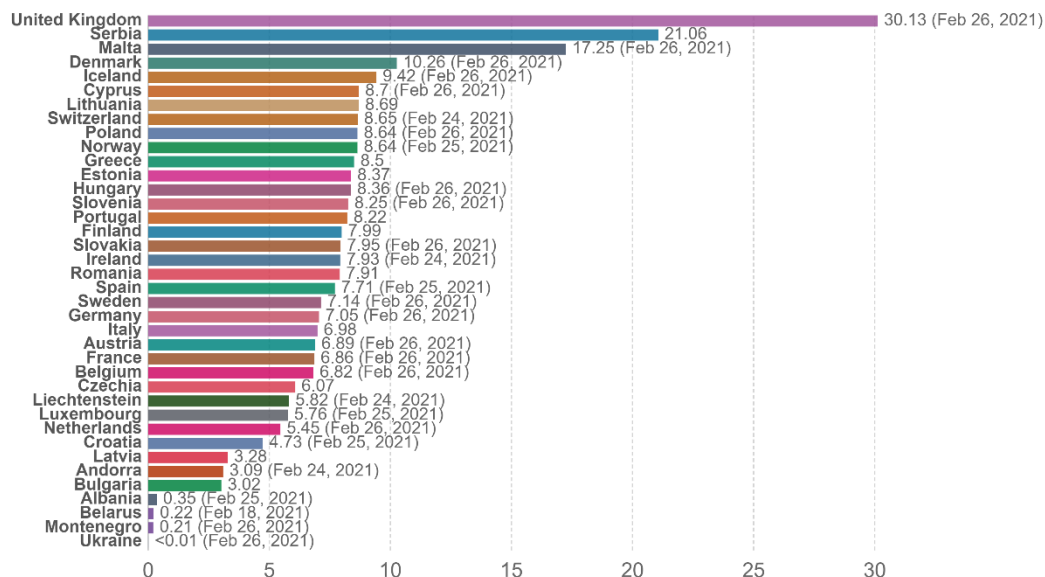
https://ourworldindata.org/coronavirus-data-explorer?zoomToSelection=true&time=latest&country=ALB~AND~AUT~BLR~BEL~BIH~BGR~HRV~CYP~CZE~DNK~EST~FIN~FRA~DEU~GRC~HUN~ISL~IRL~ITA~OWID_KOS~LVA~LIE~LTU~LUX~MLT~MDA~MCO~MNE~NLD~MKD~NOR~POL~PRT~ROU~RUS~SMR~SRB~SVK~SVN~ESP~SWE~CHE~UKR~GBR~VAT®ion=World&vaccinationsMetric=true&interval=total&perCapita=true&smoothing=0&pickerMetric=total_vaccinations_per_hundred&pickerSort=desc

100 főre eső beadott vakcinák helyzete Európában (2021. 02. 27.)

Cumulative COVID-19 vaccination doses administered per 100 people, Feb 27, 2021



This is counted as a single dose, and may not equal the total number of people vaccinated, depending on the specific dose regime (e.g. people receive multiple doses).



Source: Official data collated by Our World in Data – Last updated 28 February, 08:30 (London time)

CC BY

Az *Our World in Data* adatbázisát folyamatosan frissítik. A fenti linkről mindig letölthető az éppen aktuális adatsor.

COVID-19-hírek a világ tizenhét országából
Univadis Medical News, 19. 02. 2021 ; 26. 02. 2021

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

Forrás Internet-helye: https://www.univadis.de/viewarticle/covid-19-die-wochentlichen-highlights-weltweit-weniger-neuinfektionen-mehr-varianten-gemischter-erfolg-bei-der-einfuhrung-des-impfstoffs-738971?uuid=e1637f18-bffe-3a66-8f14-0370a07ff406&uac=&u=g7Nnk16ewguWS5hWLN23V%2F9E96keG%2B95Js9Lm6D2gtUI4Soq8URsQKrZIarLAUYJ&ecd=mkm_ret_210223_uniann_TSPEDE_4544784&utm_source=adhoc%20emails&utm_medium=email&utm_campaign=adhoc_tspe_email_uniannoucement_ger-de_20210223&utm_content=4544784&utm_term=

Japán: 2021. 02. 19. Az oltási kampány 2021. február 17-én kezdődött. A *Tokyo Medical Center* az elsők között volt, ahol beadták a *Pfizer/BioNTech* vakcinát. A 126 milliós országban a tervek szerint 2021 közepéig elegendő oltóanyagot biztosítanak a teljes lakosság beoltásához.

2019. 02. 26. A japán egészségügyi hatóság bejelentette, hogy az országban megjelent a vírus E484K-mutációja. Kanto régióból 91, a repülőterekről két esetet jelentettek.

Hongkongban a negyedik hullám lecsengése után lazítanak a korlátozásokon. **Sophia Chan élelmezésügyi és egészségügyi miniszter** bejelentette, hogy egyes lokálok kinyithatnak, az éttermek 22:00 óráig nyitva tarthatnak.

Új-Zéland: 2021. 02. 19. Feloldották a korlátozást, majd azt Auckland-ben felfüggesztették, miután egy háromfős családnál kimutatták a UK/B.1.1.7 SARS-CoV-2-variánst.

2021. 02. 26. Február 20-án elkezdődött a *Pfizer/BioNTech* oltóanyagával való oltás. A számítások szerint az ötmilliós ország teljes lakosságának beoltása akár egy évig is eltarthat.

Ausztrália: 2021. 02. 19. Az oltási kampány február 22-én kezdődött. Eddig a *Pfizer/BioNTech* és az *AstraZeneca* vakcináját engedélyezték.

2021. 02. 26. Az országban elsőként **Scott Morrison miniszterelnök** kapta meg az oltást, amire egyenes adásban került sor, majd február 22-én elkezdődött a lakosság beoltása. A tervek szerint négy millió polgár beoltására kerül sor.

Nagy-Britannia: 2021. 02. 19. Az országnak február 15-ig sikerült elérnie azt a célkitűzést, hogy beoltsák a legmagasabb négy prioritási kategóriába tartozó 15 millió személyt, beleértve az egészségügy és az ápolás területén dolgozókat.

A *University of Oxford* elkezdte a 6 és 17 év közöttiek körében alkalmazandó COVID-19-oltóanyag kutatását. Nagy-Britannia világviszonylatban elsőként etikai engedélyt adott a COVID-19 területén folytatott emberkísérletekhez.

2021. 02. 26. **Boris Johnson miniszterelnök** a lockdown „óvatos, de elkerülhetetlen” lazításáról számolt be. Hasonlóan járt el Skócia is.

Belgium: 2021. 02. 19. Az országban megjelentek a brazil/P.1-variáns első esetei. A legnagyobb oltóközpontot alig 24 órával megnyitása után technikai problémák miatt be kellett zárni.

2021. 02. 26. A *Moderna* és az *AstraZeneca* oltóanyagának késlekedése miatt a 65 év fölöttiek oltása csak március végén kezdődhet. Eddig csak a lakosság négy százalékát oltották be.

Franciaország: 2021. 02. 19. Az oltási kampány kezdetét (február 11.) követően 3.330.000 személy kapta meg a védőoltást. Az illetékes hatóság a COVID-19-oltóanyagok megerősített felügyeletével összefüggésben jelezte, hogy az *AstraZeneca* oltóanyagának első dózisát követően súlyos influenzaszerű tünetek jelentkeztek, a *Pfizer/BioNTech* oltóanyag beadását követően pedig magas vérnyomás lépett fel. Azon személyek beoltása tekintetében, akik már áttestek a COVID-19-en, az *Haute Autorité de Santé (HAS)* az újabb oltást megelőzően legalább három hónapos (de lehetőleg hat hónapos) várakozást javasol, kivéve, ha nem áll fenn bizonyított immunszuppresszió. A hatóság 10 gyakorlati útmutatót bocsátott ki a COVID-19 tartós formáiban szenvedő betegek ápolására.

2021. 02. 26. **Gabriel Attal kormányzóvivő** szerint a helyzet tíz megyében aggasztó. A incidenciá rátája és a kórházak megterheltsége Île-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Grand Est és Hauts-de-France kórházaiban a legmagasabb. Az *Institut Pasteur* becslései szerint Franciaországban február 21-ig már a 20 év fölöttiek 17%-a megfertőződött. A fertőzöttek aránya Párizs régiójában akár a 30%-ot is elérhette.

Spanyolország: 2021. 02. 19. Az egészségügyi miniszter új oltási prioritásokat jelölt ki: a 80 év fölöttiek, a 70 és 79 év közöttiek, valamint a 60 és 69 év közöttieket a *Pfizer/BioNTech* vagy a *Moderna* oltóanyagával oltják be. Az országban megjelent a brazil/P.1 variáns: Madridból három, Katalóniából két új esetet jelentettek.

2021. 02. 26. Az új esetek száma csökken, a 14 napos incidenciája 100.000 főre 218 eset. A cél, hogy az incidenciája 100.000 esetre 50-re csökkenjen. Az oltási kampány során már több embert sikerült beoltani, mint ahányan megbetegedtek. Több mint kétmillió ember (a lakosság 4,36%-a) már megkapta az első, 1,2 millió ember a második dózist is. A cél, hogy nyárig a lakosság 70%-át beoltsák.

Brazília: 2021. 02. 19. Elmaradt a karnevál, amire még soha nem volt példa. Egy megkérdezés szerint 5.505.049 személy (a lakosság 2,6%-a) kapta meg az első, 308.791 személy a második dózist. Az Amazonas vidékéről származó P.1 variáns az ország egész területén elterjedt és szakértők szerint mind a P.1, mind a UK/B.1.1.7 variáns már szélesebben elterjedt.

2021. 02. 26. A nemzeti gyógyszerfelügyelet (*Agência Nacional De Vigilância Sanitária – Anvisa*) engedélyezte a *Pfizer/BioNTech* vakcináját. Brazíliában a fertőzöttek száma 10.260.621 volt, a halálesetek száma közelít a 250.000-hez. Az újonnan megbetegedettek száma 34 napja meghaladja az ezret.

Portugália: 2021. 02. 19. Több mint 140 orvos jelentkezett önkéntes szolgálatra a nemzeti egészségügyi szolgálatnál, akik nyílt levelükben azzal vádolják a hatóságokat, hogy a kormány hónapok óta ignorálja ajánlatukat. Az orvoshiány a pandémia elleni küzdelem legnagyobb akadályja, ami külföldi segítség kérésére kényszerítette az országot. A január 22-én elrendelt általános lockdown eredményes. A fertőzések heti száma január végéhez viszonyítva több mint 50%-kal csökkent. Ennek ellenére **António Costa miniszterelnök** szerint a zárlatot márciusig fenn kell tartani. Portugáliában február közepéig 788.561 esetet és 15.522 halálesetet regisztráltak. Több mint 556.331 személyt beoltottak.

2021. 02. 26. Az oltóanyagok beszállításának késlekedése miatt az oltási program végrehajtása is késedelmet szenved. Az első fázisnak már március végén be kellett volna fejeződnie, így ez áprilisig elhúzódik. Február 17-ig 347.013 személy (a lakosság 3,4%-a) megkapta az első dózist, 209.318 a másodikat is. Portugáliában összesen 556.331 dózis badására került sor. A 80 év fölöttiek 12%-a már mindkét dózist megkapta.

Olaszország: 2021. 02. 19. A pandémia ismét fellángolni látszik. Mario Draghi kormánya a lakosság mobilitásának korlátozását tervezi, egyebek között, hétvégi zárlat bevezetését. A nemzeti egészségügyi intézet szerint a UK/B.1.1.7-varáns prevalenciája február elején az ország 16 régiójában 17,8% volt. A szakértők gyermekek körében is azonosították az új variánst. Az olasz gyógyszerhatóság (*Agenzia Italiana del Farmaco – AIFA*) a 65 év alattiak számára meghosszabbította az *AstraZeneca* oltóanyagának sürgősségi engedélyezését.

2021. 02. 26. A nemzeti operatív törzs bejelentette, hogy elkezdődött a harmadik hullám és szigorú kijárási korlátozásokat javasolt. Az oltóanyagok területén rendőrségi vizsgálat indult, mivel bizonyos közvetítők a párhuzamos piacokról származó nagymennyiségű oltóanyagot kínáltak fel a regionális politikusoknak és kormányzóknak. A *Pfizer* és az *AstraZeneca* tagadta, hogy érintett lenne üzelmekben. Az oltási kampány sokkal inkább a szervezés hiányosságai és a személyzet hiánya miatt lassult le, mintsem az oltóanyagoké miatt.

Egyesült Államok: 2021. 02. 19. A napi új fertőzöttek száma január elején még 300.000, február közepén már 55.000 volt. A kormányzat heti 13,5 millió dózis oltóanyag küldését tervezi a szövetségi államok számára. A *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)* szerint február közepéig 71,6 millió dózis kiszállítására került sor, amiből 55,2 millió dózist be is adtak. 39 millió személy kapta meg a *Pfizer/BioNTech* vagy a *Moderna* oltóanyagának első dózisát, 15 millió a másodikát is. A halálos áldozatok száma meghaladta az 500.000-et.

2021. 02. 26. Azon a héten, amikor az amerikai halálesetek száma meghaladta a félmilliót, az FDA nyilvánosságra hozta, hogy készen áll a *Janssen/Johnson & Johnson* vakcinájának engedélyezésére, amely 74%-kal csökkenti az aszimptomatikus fertőzés kockázatát. A *Moderna* bejelentette, hogy értékelésre benyújtja a *National Institutes of Health*-nél a B.1.351 variánsal való fertőzést megakadályozó mRNA-1273.351-booster-oltóanyagot.

Lapárta előtt: 2021. 02. 27. A Kongresszus elfogadta Joe Biden elnök 1,9 trillió összegű segélycsomagját. (ABC News - <https://www.abc.net.au/news/2021-02-27/us-president-joe-biden-1-trillion-covid-relief-plan-minimum-wage/13200376>)

Mexikó: 2021. 02. 19. Megérkezett az egészségügyi dolgozók első és második beoltásához szükséges oltóanyag: 870.000 dózis az *AstraZeneca* és 490.000 dózis a *Pfizer/BioNTech* oltóanyagából.

Peru: 2021. 02. 19. február közepéig 116.580 személy beoltására került sor, ami az első fázisban beoltani tervezett kontingens (141.367 személy) 82,47%-a. Az országban botrány robbant ki a kormányzati tisztségviselők és munkatársaik szabálytalan beoltása miatt. Vizsgálat indult annak feltárására, hogy köztisztviselők korábban megkapták-e a védőoltást. Emiatt több kormányzati szereplő távozott hivatalából. [Többek között *Pilar Mazzetti* egészségügyi miniszter. Lásd részletesebben: *Oscar Ugarte*, új perui egészségügyi miniszter, alább a *Personalia* rovatban.]

Kolumbia: 2021. 02. 19. Miután megérkezett a *Pfizer/BioNTech* oltóanyagának 50.000 dózisa, elkezdődött a frontvonalban dolgozó személyzet beoltása.

Tanzánia: 2021. 02. 26. Az Egészségügyi Világszervezet tisztségviselői aggodalmukat fejezték ki azzal kapcsolatban, ahogyan Tanzánia a pandémiához viszonyul. Az ország 2020 május óta nem jelentett be új eseteket, de a kiutazók körében találtak pozitív eseteket.

Malaysia: Az oltási kampány február 24-én kezdődött. Az első oltást *Muhyiddin Yassin miniszterelnöknek* adták be.

Neandertal genetikai öröksége és a COVID-19

Univadis Smalltalk, 18. 02. 2021 ; Nature volume 587, p. 610–612(2020) ;
PNAS March 2, 2021 118 (9) e2026309118;
<https://doi.org/10.1073/pnas.2026309118>

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

Forrás Internet-helye: <https://www.univadis.de/viewarticle/covid-19-neandertalerbe-ein-zweischneidiges-schwert-738885> ; <https://www.nature.com/articles/s41586-020-2818-3?proof=t> ; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32998156/>

A *Max-Planck-Institut für evolutionäre Anthropologie (Leipzig)* és a *Karolinska Institutet* kutatói szerint az ember a neandertaliaktól örökölte a súlyos lefolyású COVID-19 legfontosabb genetikai kockázati tényezőjét. Később azonban ugyanazon kutatók kiderítették, hogy a neandertaliak egy másik gént is ránk örökítettek, amely védelmet nyújt a betegséggel szemben.

3-as kromoszóma: káros génvariánsok. A SARS-CoV-2-vírussal fertőződtek között vannak, akik súlyosan megbetegednek, mások könnyű tünetekkel vagy tünetmentesen átvészelik azt. A kockázati tényezők mellett, mint az életkor és a diabétesz, a COVID-19 súlyos lefolyásához bizonyos génvariánsok is hozzájárulnak. A legfontosabb genetikai kockázati tényező a 3-as kromoszóma, amelyet a neandertaliaktól örököltünk.

12-es kromoszóma: védelmet nyújtó génvariánsok. A 12-es kromoszómaregióban található ún. OAS gének az enzimtevékenységet szabályozzák, amely lebontja a virális genomot. Úgy tűnik, hogy ez az enzim védelmet nyújt a betegséggel szemben.

A tanulmány szerint a védelmet nyújtó neandertali variáns a legutóbbi jégkorszak óta fennmaradt és az Afrikán kívüli népesség mintegy felének genomjában jelen van. A kutatók feltételezése szerint ez nemcsak a jelenlegi, hanem a korábbi pandémiák során is védelmet nyújtott az emberi szervezetnek. A neandertaliak immunrendszere tehát mind a mai napig kifejti hatását – mind pozitív, mind negatív értelemben.

Finanszírozás: *NOMIS-Stiftung és Max-Planck-Gesellschaft.*

Hugo Zeberg (Max Planck Institute for Evolutionary Anthropology, Leipzig, Germany; Department of Neuroscience, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden) ;

Svante Pääbo (Max Planck Institute for Evolutionary Anthropology, Leipzig, Germany; Okinawa Institute of Science and Technology, Onna-son, Japan)

*Az éghajlatváltozás hatásaival szemben reziliens jövő építése –
Az éghajlatváltozáshoz való alkalmazkodásra vonatkozó új uniós stratégia
2021 EU Strategy on Adaptation to Climate Change*

European Commission, 24.2.2021

Kulcsszavak: globális egészségügy, népegészségügy, környezetegészségügy, éghajlatváltozás, klímaváltozás, klímapolitika, Climate-ADAPT, Európai Unió

Forrás Internet-helye: https://ec.europa.eu/clima/news_en ;
https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_21_663 ;
https://ec.europa.eu/clima/sites/clima/files/adaptation/what/docs/eu_strategy_2021.pdf
https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/hu/ip_21_663

Az Európai Bizottság elfogadta az éghajlatváltozáshoz való alkalmazkodásra vonatkozó új uniós stratégiát, amely meghatározza az éghajlatváltozás hatásaira való felkészülés útját. A halálos hőhullámoktól és a pusztító aszályoktól kezdve a tengerszint emelkedése által elpusztult erdőig és partvidékekig, az éghajlatváltozás Európában és világszerte már most is károkat okoz. Az éghajlatváltozáshoz való alkalmazkodásra irányuló 2013. évi stratégiára építve az új javaslatok célja, hogy a probléma megértéséről a megoldások kidolgozására helyezték át a hangsúlyt, és áttérjenek a tervezésről a végrehajtásra.

Frans Timmermans, az európai zöld megállapodásért felelős ügyvezető alelnök szerint: „A Covid19-világjárvány keserű emlékeztető arra, hogy a felkészületlenség súlyos következményekkel járhat. Az éghajlati válság ellen nincs oltóanyag, de küzdhetünk ellene és fel tudunk készülni az elkerülhetetlen hatásokra.”

Egyre gyakoribbak az éghajlathoz kapcsolódó szélsőséges időjárás által okozott gazdasági veszteségek. Az EU-ban ez a veszteség már most is meghaladja az évi 12 milliárd eurót. Konzervatív becslések azt mutatják, hogy ha az EU gazdaságát az iparosodás előtti szinthez képest 3°C-os globális felmelegedésnek tennék ki, az évente legalább 170 milliárd EUR veszteséget okozna. Az éghajlatváltozás nemcsak a gazdaságot érinti, hanem az európaiak egészségét és jóllétét is, mert egyre inkább szenvednek a hőhullámoktól. 2019-ben a világ leghalálosabb természeti katasztrófája az európai hőhullám volt, 2.500 halálessel.

Az éghajlatváltozáshoz való alkalmazkodással kapcsolatos fellépésünkbe be kell vonni a társadalom minden rétegét és az EU-n belüli és kívüli valamennyi kormányzati szintet. Azon fogunk munkálkodni, hogy az éghajlatváltozás hatásaival és az alkalmazkodási megoldásokkal kapcsolatos ismeretek bővítése révén az éghajlatváltozás hatásaival szemben reziliens társadalmat építsünk ki; az alkalmazkodási tervezés és az éghajlatváltozással kapcsolatos kockázatértékelések fokozása révén; az alkalmazkodási intézkedések felgyorsítása révén; valamint az éghajlatváltozással szembeni ellenálló képesség globális megerősítésének elősegítésével.

A **Climate-ADAPT** – az alkalmazkodással kapcsolatos ismeretek európai platformja – fejlesztésre és bővítésre kerül és egy külön egészségügyi megfigyelőközponttal egészül ki az éghajlatváltozás egészségügyi hatásainak jobb nyomon követése, elemzése és megelőzése érdekében. A tervezetet további európai intézményeknek, az Európai Parlamentnek, valamint az európai állam- és kormányfőknek is el kell fogadniuk.

Az Európai Bíróság ítélete

„a szakmai képesítések feltétel nélküli elismerésének mechanizmusa alá tartozó szakmák valamelyikéhez való részleges hozzáférés megengedéséről”

A BÍRÓSÁG ÍTÉLETE (első tanács) 2021. február 25. „Előzetes döntéshozatal – Szakmai képesítések elismerése – 2005/36/EK irányelv – A 4f. cikk (6) bekezdése Európai Bíróság, 2021. febr. 15. ; C-940/19. sz. ügy

Kulcsszavak: hivatásrend, külföldi munkavállalás, szakmai képesítések elismerése, migráns munkavállalók, Európai Unió

Forrás Internet-helye:

<http://curia.europa.eu/juris/document/document.jsf?text=&docid=238172&pageIndex=0&doclang=HU&mode=req&dir=&occ=first&part=1>

Az **Európai Bíróság** ítélete szerint az EU tagállamaiban az egészségügy területén olyan tevékenységek végzése is megengedhető, amelynek vonatkozásában az érintettek a szakmai profil egy részére rendelkeznek képesítéssel. Az ítélet kiterjed az orvosokra és ápolókra, akiknek vonatkozásában a tagállamok a képesítés kölcsönös elismerésére kötelesek. A képesítések kölcsönös elismerése kiterjed az orvosokra, fogorvosokra, ápolókra, bábákra, gyógyszerészekre és állatorvosokra.

Franciaországban elsősorban bevándorlók számára nyílik lehetőség az engedélyezés részterületekre szóló elnyerésére olyan tevékenységeknél, amelyek tekintetében végzettségük nem felel meg teljes mértékben a szakmai profilnak.

Ez ellen több szakmai szövetség, pl. a fogorvosok, laborok és gyógyszerészek szövetségei emeltek kifogást. Álláspontjuk szerint azoknál a foglalkozásoknál, amelyek tekintetében az EU-jog előírja a végzettségek kölcsönös elismerését, a „mindent vagy semmit” elvét kellene követni. A „részleges hozzáférés” kizárt lenne.

Az Európai Bíróság szerint viszont a megfelelő EU-Irányelv különbséget tesz „szakmák” és személyek („szakemberek”) között. Utóbbiak nem szembesülhetnek a „mobilitásukat akadályozó” tényezőkkel.

A 2013-ban elfogadott Irányelv kiegészítése ezért nyomatékosan kizárja a részleges hozzáférést. Feltétel a megfelelő végzettség és az elismert tevékenységnek a szakmai profil többi részétől való elválaszthatósága. Egyedi esetekben azonban a közérdek indokolhatja az elismerés elutasítását.

***Az Európai Unió Gyógyszerészeti Csoportjának
jelentése 2020. évi tevékenységéről –
PGEU Annual Report 2020 (30 p.)***

Pharmaceutical Group of the European Union (PGEU)

Kulcsszavak: gyógyszer, Európai Unió Gyógyszerészeti Csoportja, Pharmaceutical Group of the European Union, Európai Unió

Forrás Internet-helye:

<https://www.pgeu.eu/wp-content/uploads/2021/02/PGEU-Annual-Report-2020-Web.pdf>

Az elmúlt évben a gyógyszerészek a koronavírus elleni küzdelem során mindent megtettek, hogy a pandémia ne menjen a betegek gyógyszerellátásának rovására. Emiatt a szövetség is átrendezte prioritásait és teljes mértékben a gyógyszertárak támogatására összpontosított.

Ennek ellenére a gyógyszer szállítások kiesése továbbra is a szervezet figyelmének középpontjában maradt. A PGEU 2021-ben is figyelmeztetni fogja a politikát a gyógyszerhiánnyal szembeni fellépés fontosságára.

Skóciában a *National Health Service (NHS)* a pandémia miatt megengedte a gyógyszerészeknek, hogy köznapi bántalmak, mint torok- és fülfájás, vagy ajakherpesz esetén azonnal a beteg rendelkezésére álljanak, még mielőtt orvoshoz fordultak volna.

Írországban a gyógyszerészek jogosultságot kaptak, hogy a gyógyszertáron kívül is olthassanak. A gyógyszerészek 2011. óta beadhatják az influenza elleni oltást, de csak a gyógyszertárban. A pandémia körülményei között ezt privát lakásokban, személygépkocsikban, ápolási otthonokban, cégeknél, közösségi terekben és sportközpontokban is megtehetik.

A görög gyógyszerész szövetség (*Panhellenic Pharmaceutical Association – PFS*) tréningprogramot szervezett, hogy a gyógyszerészek ismeretterjesztő tevékenységet folytathassanak a lakosság körében a COVID-19 elleni oltással kapcsolatban. Ezenkívül a gyógyszertárak a COVID-19 elleni oltásra való előjegyzési pontokként is működnek, mivel nem minden polgárnak nyílik lehetősége Interneten regisztrálni. A PGEU tanulmány összeállítására adott megbízást, amelynek célja a gyógyszerészeti szolgáltatásoknak az európai egészségügyi rendszerekben való nyomatékosítása. A tervek között szerepelnek: az európai gyógyszertárak tapasztalatainak ismertetése, mindazon aktivitások összesítése, amelyeket a gyógyszerészek a pandémia idején magukra vállaltak, további feladatok átvétele a gyógyszertárak által a prevenció és az egészségmenedzsment területén.

Gyógyszerpiaci rövidhírek

A&W online, 13. 02. 2021. 02. 15. ;

Ärzte Zeitung online, 12.02.2021, 19:54 ; PZ 11.02.2021 13:30 , 23.02.2021, 17:42

Kulcsszavak: gyógyszer, gyógyszerpiac, Pfizer/BioNTech, Bristol Myers Squibb, AstraZeneca, Fresenius, nemzetközi

Forrás Internet-helye:

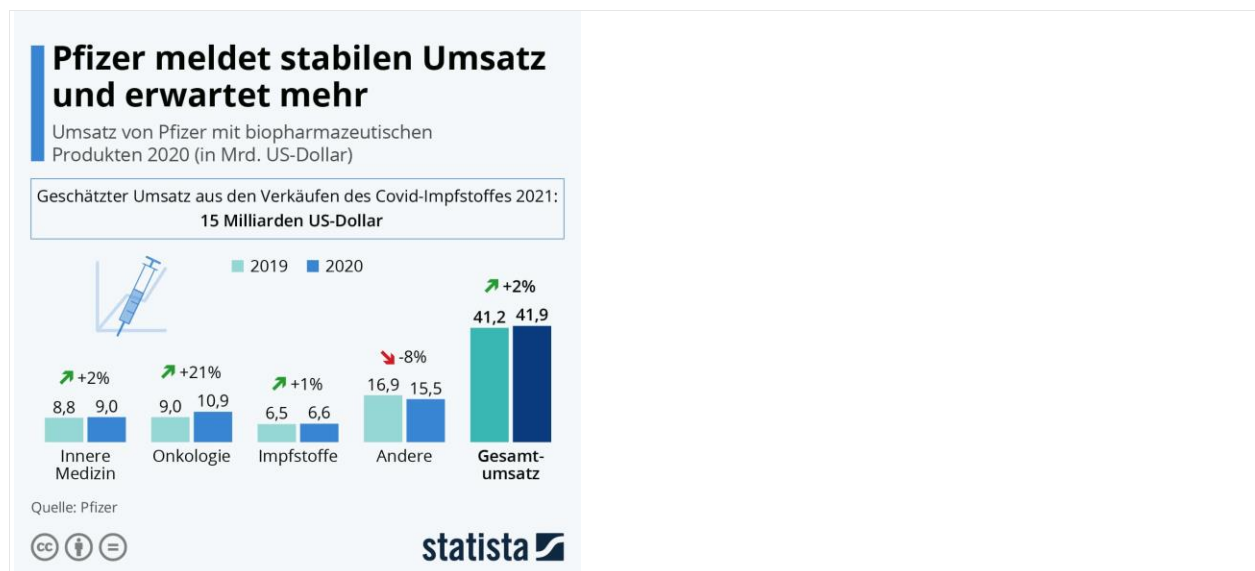
https://www.arzt-wirtschaft.de/pfizer-meldet-stabilen-umsatz-und-erwartet-mehr/?sc_src=email_4784067&sc_lid=144975141&sc_uid=56raW1eEUN&sc_lid=15220&sc_eh=b6f6a39f97f5fa041&auwUsrGr=so&utm_campaign=FINANZEN-Newsletter_15_02_2021-2021-02-15+06%3A05%3A00&utm_source=AuW-Newsletter&utm_medium=email&utm_term=Pfizer+meldet+stabilen+Umsatz+und+erwartet+mehr-Pfizer+meldet+stabilen+Umsatz+und+erwartet+mehr&utm_content=SO ,

A Pfizer üzleti eredménye 2020-ban

2020-ban a **Pfizer** biofarmaceutikai termékekkel bonyolított forgalma 42 milliárd USD-t tett ki. Az összforgalom az előző évhez viszonyítva stabil volt, enyhén növekedett. A növekedés mértéke az onkológiai készítményeknél volt a legmagasabb (21%).

Az oltóanyagok forgalma összességében enyhén növekedett. **2020 negyedik negyedében azonban a Pfizer/BioNTech közös oltóanyaga 154 millió USD forgalmat eredményezett.** A menedzsment várakozásai szerint **a vakcina forgalma 2021-ben 15 milliárd USD-t hozhat a konyhára**, ami a jelenlegi összforgalom egynegyedének felel meg. A cég prognózisa szerint az összforgalom jövőre 47%-kal, 61 milliárd USD-re növekedhet.

A Pfizer biofarmaceutikai termékekkel bonyolított forgalma 2020-ban (milliárd USD)



Belgyógyászat Onkológia Oltóanyagok Egyéb Összforgalom

Csökken a Bristol Myers Squibb nyeresége

2020-ban a ***Bristol Myers Squibb*** nyeresége csökkent, a cég azonban 2021-ben ismét nyereségre számít.

A ***Celgene*** orphan-drug-gyártó bekebelezésével a ***Bristol Myers Squibb*** megszerezte a világviszonylatban legnagyobb forgalommal rendelkező rákellenes készítményt (Revlimid®) és ezzel betört a globális gyógyszerpiac első vonalába. 2020-ban, a ***Celgene*** teljes konszolidációjának első évében, a konszern 42,5 milliárd USD (35 milliárd EUR) forgalmat bonyolított, 63%-kal többet mint az azt megelőző évben. A 74 milliárd USD összegű bevásárlás azonban erőteljes nyereségcsökkenést eredményezett, el egészen a vörös tartományig. Az előző évi 5,0 milliárd USD adózás előtti nyereség helyett a BMS most 6,9 milliárd USD veszteséget könyvelt el. A konszern legnagyobb bevétellel rendelkező terméke a myelóma elleni gyógyszer (12 milliárd USD).

Az AstraZeneca eredménye 2020-ban

Az ***AstraZeneca*** az elmúlt évben új rákellenes készítményeknek köszönhetően több forgalmat bonyolított és magasabb nyereséget ért el. Közben csökkentek a kutatás-fejlesztési és igazgatási költségek. A konszern bevételei az előző évhez viszonyítva kilenc százalékkal (21,9 milliárd USD-ről) 26,6 milliárd USD-re növekedtek. A részvényeseknek 3,2 milliárd USD nyereség jutott (előző évben: 1,3 milliárd USD). A befektetők az előző évhez hasonlóan részvényenként 2,80 USD osztalékot kapnak.

A konszern jövőre magasabb forgalomnövekedésre számít, de a következő negyedévtől az oltóanyagokból származó bevételeket elkülönítetten kezelik.

Az ***AstraZeneca*** COVID-19 elleni oltóanyaga mind az Európai Unióban, mind Nagy-Britanniában kiemelt jelentőséggel rendelkezik, mivel dózisonként mindössze 3,40 EUR-ba kerül és hűtőszekrény hőmérsékleten szállítható és tárolható. A gyártó kezdettől fogva hangsúlyozta, hogy a vakcinával nem törekszik profittermelésre.

Magasabb osztalék a Freseniusnél

Mind a ***Fresenius SE***, mind amerikai leányvállalata, a ***Fresenius Medical Care (FMC)*** magasabb nyereségrészesedést fizet részvényeseinek: az ***FMC*** már egymásután 24. alkalommal emeli az osztalékot és részvényeként 1,35 EUR-t (+12,5%) fizet, a ***Fresenius*** egymásután 28. alkalommal emeli osztalékot és részvényenként 0,88 EUR-t (+5,0%) oszt szét a részvényesek között. 2020-ban a konszern forgalma 2%-kal, 36,3 milliárd EUR-ra növekedett. Az üzemi nyereség (EBIT) 4,6 milliárd EUR-t tett ki és 2%-kal elmaradt az előző évitől. A ***Fresenius*** adózás utáni nyeresége 1,8 milliárd EUR volt, 4%-kal maradt el az előző évitől. Az amerikai dialízis ágazat, az ***FMC***, 17,9 milliárd EUR-t realizált, 2%-kal többet, mint előző évben. A többlet a racionalizálási intézkedéseknek köszönhetően 10%-kal, 1,4 milliárd EUR-ra növekedett.

*A kórházi válságmenedzsment kérdései –
Kliniken in Krisenzeiten – Praxisberichte 2020.
Projekte Positionen Perspektiven (5. rész):
Mecklenburg-Előpomeránia – a tartomány, ahol
a COVID-19 incidenciája a legalacsonyabb*
Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD)

Kulcsszavak: kórházügy, kórházügyi menedzsment, válságmenedzsment, Németország

A kiadvány nem érhető el Interneten, de azt a Németországi Kórházigazgatók Szövetsége érdeklődés esetén elektronikus vagy nyomtatott verzióban rendelkezésre bocsátja.

*Mecklenburg-Előpomeránia – a tartomány, ahol
a COVID-19 incidenciája a legalacsonyabb*

Mecklenburg-Előpomeránia kormánya 2020. március 14-én rendeletet bocsátott ki a koronavírus terjedésének megfékezésére. A legfontosabb rendelkezések:

- 12 tesztelési központ azonnali felállítása;
- új betegek felvételének felfüggesztése, ha a kezelés halasztható;
- a több mint 50 személy részvételével tartott rendezvények betiltása;
- azonnali látogatási tilalom a kórházakban és ápolási intézményekben;
- közintézmények azonnali bezárása.

További intézkedések: 400.000 EUR támogatás készenlétbe helyezése a két egyetem labor-intézetei tesztkapacitásának bővítése céljából; négy „regionális cluster” felállítása, öt-nyolc kórház bevonásával a COVID-19-esetek felvételére és elosztására, tartalék gyanánt egy rehabilitációs klinikát is kijelöltek; mobil „tesztelési csapatok” bevetése az immobilis betegek tesztelésére; a lélegeztetési kapacitással rendelkező intenzív ágyak számának megduplázása.

A szövetségi tartományok közül Mecklenburg-Előpomeránia és Bajorország vezette be a legszigorúbb korlátozásokat. Az abszolút esetszám, az incidencia és a halálozás ebben a tartományban volt a legalacsonyabb. Kapacitástúllépésre soha sem került sor. Még arra is futotta, hogy Harry Glawe tartományi egészségügyi miniszter felajánlást tegyen Nagy-Britanniának ottani betegek befogadására és kezelésére.

A szerző: Dr. Falko Milski Pressesprecher des VKD, Vorsitzender der VKD-Landesgruppe Mecklenburg-Vorpommern, Prokurist Bodden-Kliniken Ribnitz-Damgarten ; Tel.: 40-3821 700100 , E-Mail: gf@bodden-kliniken.de

Szociális egyenlőtlenség és hospitalizáció Svájcban.
Krónikus megbetegedések – szociális helyzet – hospitalizáció
Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (OBSAN)
OBSAN BERICHT 11/2020 (22 p.)

Kulcsszavak: kórházügy, hospitalizáció, szociális egyenlőtlenség, SIHOS-Studie, Svájc

Forrás Internet-helye: <https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/soziale-lage-und-spitalaufenthalte-aufgrund-chronischer-erkrankungen> ;
https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2020/obsan_11_2020_bericht.pdf

A „szociális egyenlőtlenségek és hospitalizációk Svájcban («Soziale Ungleichheiten und Hospitalisationen in der Schweiz») – SIHOS) felmérésre a *Nemzeti Kutatási Program 74. sz. projektje (Nationales Forschungsprogramm – NFP 74)* keretében került sor.

A felmérés kimutatja, hogy bizonyos szociális csoportoknál magasabb kockázat áll fenn arra, hogy krónikus megbetegedések miatt kórházi kezelésre kerüljön sor. Ez főleg alacsony képzettségű, csekély szociális erőforrásokkal rendelkező és a munkaerőpiacon marginalizálódott személyekre vonatkozik.

A képzési gradiens diabétesznél, szívelégtelenségénél, krónikus obstruktív tüdőbetegségekénél és asztmánál, valamint tüdőráknál és pszichés megbetegedéseknél a legerőteljesebb. Annak kockázata, hogy e megbetegedések miatt valaki kórházba kerüljön, a kizárólagosan a kötelező iskolai végzettséggel rendelkezőknél két-háromszor akkora, mint az egyetemi végzettséggel rendelkezőknél. Ugyanezen megbetegedéseknél a csekély szociális erőforrások indikátora, pl. az egyszemélyes háztartás, a hospitalizáció magas kockázatával társul. És ebben a helyzetben a pszichés megbetegedések fejtik ki a legerőteljesebb hatást. A pszichés megbetegedések miatti hospitalizáció kockázata részben azok körében is igen magas, akiknél alacsony a munkaerőpiaci integráció, éppen munkahelyet keresnek, vagy nincs állásuk.

A pszichés megbetegedések az egyetemi végzettségűek körében a korai pályakezdet, vagy a tanulmányok befejezését is megnehezíthetik. Ugyanez érvényes a munkaerőpiaci integrációra, mivel a pszichés megbetegedés mind az álláskeresésben, mind az állás megtartásában bizonyítottan nehézséget okozhat. A gyenge szociális erőforrások és a pszichés megbetegedések vonatkozásában viszont az ok-okozati összefüggés mindkét irányban érvényesülhet. A magány kiválthatja és megerősítheti a depresszív epizódokat, de másrészt a pszichés megbetegedés a szociális kontaktusok megszakításához is vezethet.

*Jelentés az ápolás helyzetéről Németországban 2019-ben –
Pflege-Report 2020 (8. rész):*

Az ápolásra szorultság helyzete Németországban. Az ápolási ellátások igénybevétele
Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) – Forsa Institut

Kulcsszavak: ápolás, ápolásra szoruló személyek, ápolási ellátások igénybevétele, Németország

Forrás Internet-helye: <https://www.wido.de/publikationen-produkte/buchreihen/pflege-report/> ; <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-662-61362-7> ; https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/News/Pressemitteilungen/2020/wido_pfl_pr2020_pm.pdf

Az ápolásra szorultság helyzete Németországban. Az ápolási ellátások igénybevétele

16. 3. Az ápolásra szorulóknak terápiai ellátásának adatai

16. 3. 1. Ambuláns orvosi ellátás

Az ápolási szolgáltatások igénybevétele

2018-ban az ápolásra szoruló személyek 96,1%-a negyedévente átlagosan legalább egy alkalommal orvoshoz fordult, ami elszámolást tett szükségessé. Az ápolásra szorulóknak 89,6 %-a negyedévente legalább egy alkalommal házi orvoshoz, 71%-a szakorvoshoz fordult. A leggyakrabban felkeresett szakorvosok: az urológusok (negyedévente a férfiak 18%-a) és a neurológusok (mindkét nemnél 18%). Jelentős különbségek vannak az ambulánsan (otthoni környezetükben) és a bentlakásos ápolási intézményben ellátottak között. A házi orvosok igénybevétele teljes körű fekvőbeteg kontextusban 97%, ambuláns settingben 88% volt.

16. 3. 2. Otthoni betegápolás

A kötelező betegbiztosítás tagjai bizonyos feltételek mellett otthoni betegápolásra jogosultak. A szolgáltatás előfeltétele, hogy sem a biztosított, sem a vele egy háztartásban élő személy nem tudja biztosítani a szükséges és felírt ápolási műveleteket. Az otthoni betegápolás tekintetében megkülönböztetendők az olyan esetek, amikor a cél a kórházi kezelés megelőzése, ill. a beteg állapotának főleg kórházi tartózkodást követően bekövetkező rosszabbodása, valamint az olyanok, amelyek az orvosi kezelés biztosítására irányulnak. Otthoni betegápolás esetén a 2-ik ápolási fokozatba sorolt személyek nem jogosultak alapápolásra és háztartási segítségre. A teljes körű bentlakásos ápolási intézményekben lakók részére a betegápolási szolgáltatásokat az ápolásbiztosítás keretében nyújtják. A betegápolást különösen magas kezelési szükséglet esetén a bentlakásos ápolási intézményekben kivételes módon a betegbiztosítás is finanszírozhatja.

16. 3. 3. Bentlakásos intézményi ellátás

Az ápolási szolgáltatások igénybevétele

2018-ban negyedéves átlagban csaknem minden ötödik ápolásra szoruló személyt (18,7 %) legalább egy alkalommal kórházban kezeltek. Az ápolásra szorulóknak negyedévente 1,4, évente 2,1 alkalommal részesültek kórházi kezelésben. A több alkalommal kórházban kezelt ápolásra szoruló személyek többsége tehát rövid időn (egy negyedéven) belül többször került kórházba. Az ápolásra szorulóknak alkalmanként évente átlagosan nyolc napot, az ápolásra nem szorulóknak öt napot töltöttek kórházban. A kórházi tartózkodás időtartama összefügg az életkorral. A 19 éven aluli ápolásra szoruló személyek esetenként évente átlagosan hat, a 90 év fölöttiek kilenc napot, tehát 50%-kal több időt töltöttek kórházban. Az ápolásra szorulóknak 11 %-a, az ápolásra nem szorulóknak 2%-a kórházi kezelése során meghalt.

16. 3. 4. Gyógyszerellátás

Az elemzés a potenciálisan kockázatos gyógyszerreceptekre összpontosít, amelyek növelhetik a nem kívánt gyógyszeres események veszélyét. Speciálisan több gyógyszer egyidejű felírásáról (polimedikáció), valamint időskorúak részére potenciálisan nem javasolt gyógyszerekről van szó, amelyeket az ún. PRISCUS-Lista részletez [**PRISCUS-Liste** vagy **Gelbe Liste**: az időskorúak részére nem ajánlott, 18 gyógyszerkategóriához tartozó 83 gyógyszert tartalmazó lista: <https://media.gelbe-liste.de/documents/priscus-liste.pdf> ; <https://www.gelbe-liste.de/arzneimitteltherapiesicherheit/priscus-liste> – a szerk.].

Időskorúak többszörös gyógyszerreceptje

A morbiditás fokozódásával, ill. az életkor előrehaladtával fennáll a többszörös gyógyszerrecept veszélye. A gyógyszeres terápia halmozódása az adott hatóanyagok nem kívánt kölcsönhatásával jár. Az ápolásra szoruló személyek kétharmada (60,6%) 2018-ban minden negyedévben, az ápolásra nem szorulóknak 11,6%-a öt vagy annál több hatóanyagot kapott. A többszörös gyógyszerrecepttel (legalább öt hatóanyaggal) kezelt aránya az ápolási otthonokban (teljeskörű bentlakásos ellátásban részesülők), valamint a természetbeni és kombinált szolgáltatásokban részesülők körében volt a legmagasabb (68,2 %), a kizárólagosan pénzügyi ellátásban részesülők körében pedig a legalacsonyabb (57,3 %). A hatóanyagok rátája a 70 és 74 év közöttiek körében volt a legmagasabb: az érintettek egynegyede (25,4 %) negyedévenként tíz vagy annál több különböző hatóanyagra szóló receptet kapott. Ez az érték négyszer annyi volt, mint a hasonló életkorú, ápolásra nem szoruló személyeknél (4,8 %).

Burnout az amerikai ápolószemélyzet körében

HealthManagement.org, 14 Feb 2021

Apud: Shah MK et al. (2021) Prevalence of and Factors Associated with Nurse Burnout in the US. JAMA Netw Open., 4(2):e2036469.

doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.36469

Kulcsszavak: munkaegészségügy, foglalkozásegészségügy, munkahelyi környezet, lelki egészség, burnout, ápolószemélyzet, Egyesült Államok

Forrás Internet-helye:

<https://healthmanagement.org/c/hospital/news/burnout-in-u-s-nurses-risks-and-consequences> ;

<https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2775923>

Megha K. Shah (*Department of Family and Preventive Medicine, Emory University School of Medicine, Atlanta, Georgia*) és *mt.* keresztmetszeti vizsgálata négymillió ápolóra terjedt ki. Az adatgyűjtésre 2018-ban került sor a *U.S. National Sample Survey of Registered Nurses* adatbázisa alapján. A változók különböző szociodemográfiai tényezőkre (nem, életkor, végzettség), valamint a foglalkozással összefüggő jellemzőkre terjedtek ki, mint a szakmai tapasztalat, munkabeosztás, domináns funkció, a pályatervezés vagy a pályamódosítás indokai.

A válaszolók (N=3,957,661) többsége átlagosan 48,7 éves nő volt. A teljes mintavétel 9,5%-a számolt be arról, hogy feladja állását, ezek 31,5%-a pedig a burnoutot nevezte meg fő indokként (a teljes mintavétel 3,3%-a). Azok körében, akik csak fontolgatták állásuk feladását, 43,4%-nál a burnout volt a legsúlyosabb indok.

További következtetések:

- Azon ápolók közül, akik 2017-ben feladták állásukat, sokan számoltak be stresszes munkakörnyezetről.
- A burnoutról szóló beszámolók tükrözik az egyes amerikai régiók közötti különbséget; ott ahol a törvények szigorúbbak és jobb az ápolószemélyzettel való ellátottság, a burnout szintje alacsonyabb.
- A hetente teljesített munkaórák száma erőteljesebb hatást gyakorol az állás burnout miatti feladására, mint a tevékenységi terület.
- Az állásukat feladó, vagy azt fontolgató ápolók átlagéletkora nem érte el a 45 évet.

Egy amerikai egyetemi hallgató különös esete. Pisi a befőttes üvegben

Medscape, Case Challenge series, December 28, 2020

Kulcsszavak: lelki egészség, mentális zavarok, skizofrénia, Egyesült Államok

Forrás Internet-helye: <https://reference.medscape.com/viewarticle/875523>

Egy amerikai college a második szemeszterben gyakori hiányzások és az együttműködés hiánya miatt próbaidőre hazaküldött egy 19 éves hallgatót.

Amikor még high-school-ba járt, osztálya legjobbjai közé tartozott. Állandó baráti köre volt, hétvégén bulizott, alkoholizált, kétszer fűvezett is, de az nem ízlett neki. Az egyetemen legjobb barátjával osztotta meg a kollégiumi szobát. Kezdetben rendszeresen látogatta az előadásokat, elvégezte feladatait. Aztán elkapta a gépszíj, partikra járt, italozni kezdett. Egyre visszahúzódóbb lett, elmaradt az előadásokról és „furcsán kezdett viselkedni”. Az első szemeszter vége felé visszavonultsága súlyosbodott. Szobatársával is alig kommunikált, a menzai étkezést is mellőzte, mert a fejébe vette, hogy az ottani étel mérgezett. Ezért befőttes üvegekbe kezdett pisilni, amit bizonyíték gyanánt a kollégiumi szoba szekrényében tartott.

Szobatársa a második szemeszterben azt tapasztalta, hogy barátja még jobban elszakadt az egyetemi élettől. Csak ült az ágy szélén és mormogott maga elé. Elhanyagolta a testápolást, nem zuhanyozott rendszeresen. Súlyosan lefogyott, mert csak gyorséttermekben és automatákból étkezett.

Végül az egyetem vezetősége hiányzásai és mulasztásai miatt arra kérte a szülőket, hogy vigyék haza és kezeltessék.

A szakorvosi vizsgálat megállapította, hogy a fiatalember skizofróniában szenved. A diagnózist és a gyógyszeres antipszichotikus terápia lehetőségét, valamint annak alternatíváit közölték az érintettel és a családdal. Miután a beteg szerencsére megőrizte belátóképességét, támogató családi háttérrel rendelkezett, sem magára, sem másokra nem jelentett veszélyt, elfogadta a diagnózist és a kezelést, elkezdtek az ambuláns terápiát. A beteg hozzájárult a neuroleptikum szedéséhez, de a rendszeres tablettaszedés helyett havi injekciók mellett döntött.

A beteget bevonták egy helyi programba, amely a diagnosztizált pszichotikus zavarok kezelésére irányult. Hallucinációi már egy hónap elteltével elmúltak, néhány hónappal később pedig kényszerképzetek is elmaradoztak. Ezért a nyári hónapokban beiratkozott egy felzárkóztató tanfolyamra, hogy ősszel újrakezdhesse tanulmányait.

A lelki egészség helyzete Svájcban. Monitoring 2020 (1. rész): Összefoglalás

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

OBSAN BERICHT, 15/2020, Neuchâtel, 15. 12. 2020 (116 p.)

Kulcsszavak: népegészségügy, lelki egészség, pszichés megbetegedések, költségek, Svájc

Forrás Internet-helye: <https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen> ;
<https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/psychische-gesundheit-der-schweiz-3> ;
https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2020/obsan_15_2020_bericht_2.pdf

A Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring közzétételére ötödik alkalommal kerül sor.

A lelki egészség állapota. Pozitív lelki egészség: 2017-ben a svájci lakosság 90%-a jónak vagy nagyon jónak ítélte meg életminőségét, háromnegyede mindig vagy többnyire boldognak érezte magát. A lakosság fele tele van energiával és vitalitással. Az életminőség és a boldogság indikátora a középkorúaknál enyhén csökken, az energia és a vitalitás magasabb életkorban növekedik.

Pszichés panaszok: 2017-ben a svájci lakosság 15%-a közepes és erős pszichés megterhelésnek volt kitéve. A nők minden korcsoportban 1,5-ször megterheltebbek mint a férfiak. 65 év fölöttiekénél pedig kétszer annyi nő van kitéve pszichés megterhelésnek.

Depressziós tünetek: 2017-ben a lakosság egyharmadának könnyútól súlyosig terjedő depressziós tünetei voltak. A depressziós szimptómák gyakorisága 2012 és 2017 között növekedett. A diagnosztizált depressziósok aránya meghaladta az 5%-ot. 2012 és 2017 között a diagnosztizált depressziósok aránya is növekedett.

A pszichés megbetegedések költségei: A kötelező betegbiztosítás pszichiátriára fordított költségei 2018-ban 2 milliárd CHF-et tettek ki, az összköltségek 6%-át. A fekvőbeteg pszichiátria költségei 2017-2018-ban csaknem egynegyeddal csökkentek, ami a betegbiztosítási szolgáltatásoknak a TARPSY bevezetésével összefüggő késlekedésével függ össze. [A „pszichiátriai ellátások nemzeti tarifastruktúrájának” (*TARPSY – Nationale Tarifstruktur für stationäre Psychiatrie*) bevezetésére 2019. január 1-én került sor: <https://www.swissdrg.org/de/psychiatrie/tarpsy> – a szerk.] A pszichiátriai ellátások egy biztosítottjra jutó összköltségei 2012 és 2017 között +13%-kal, a kötelező betegbiztosítás összköltségei ugyanezen időszakban +18%-kal növekedtek.

[Lásd még: *A lelki egészség helyzete Svájcban*, 2016. 35. sz.; 2017. 36. sz.; 2018. 25. sz.; 2019. 22. sz.]

Személyügyi hírek Ausztriából. Új középvezetők a Szövetségi Egészségügyi, Szociális, Ápolásügyi és Fogyasztóvédelmi Minisztériumban

Forrás: Das österreichische Gesundheitswesen (ÖKZ),
Ausgabe 01. 02/2021, 62. Jg., 50-51. p.

A kiadvány csak nyomtatott formában elérhető. A példányokat a kiadó bocsátja rendelkezésünkre.

Új középvezetők a Szövetségi Egészségügyi, Szociális, Ápolásügyi és Fogyasztóvédelmi Minisztériumban

Ines Stilling, a minisztérium új Főtitkára. Korábban a Szövetségi Kancellári Hivatal nőpolitikai szekciójának vezetője, a szakértői kormányzás idején pedig szövetségi nőpolitikai, családügyi és ifjúsági miniszter volt.

Dr. Katharina Reich, a népegészségügyi és egészségpolitikai szekció új vezetője. Korábban az Irgalmasrendi Kórház orvosigazgatója volt.

DDr. Meinhild Hausreither, az egészségügyi jogi és egészségügyi telematikai szekció új vezetője.

További kinevezések és elismerések:

Univ.-Prof. Dr. Johann Bauer, a salzburgi Dermatológiai Egyetemi Klinika (*Universitätsklinik für Dermatologie am LKH Salzburg*) főigazgatója, az Osztrák Dermatológiai és Nemikórtani Társaság (*Österreichische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie – ÖGDV*) új elnöke.

Mag. Johann C. Seethaler, a Salzkammergut-Klinikum der Oberösterreichischen Gesundheitsholding új gazdasági igazgatója.

Univ.-Prof. Dr. Elisabeth Puchhammer-Stöckl-t, a Bécsi Orvostudományi Egyetem Virologiai Centrumának (*Zentrum für Virologie der Medizinischen Universität Wien*) igazgatóját, a Tudományos Újságírók Klubja (*Klub der Bildungs- und Wissenschaftsjournalisten*) a 2020-as év kutatójává választotta.

Óscar Raúl Ugarte Ubilluz, új perui egészségügyi miniszter

Forrás Internet-helye: https://en.wikipedia.org/wiki/%C3%93scar_Ugarte ;
<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/CV-Dr-Oscar-Ugarte-eng.pdf> ;



Óscar Raúl Ugarte Ubilluz (Sz. Pucallpa, 1944. október 30.), perui orvos.

Orvostudományi tanulmányok: *Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM);*
posztgraduális tanulmányok: *Universidad de Barcelona* (közigazgatási mesterfokozat).

Tanácsadó az ENSZ Népesedési Alapjánál (*United Nations Population Fund – UNFPA*).

A népegészségügy professzora: *Universidad de San Martín de Porres*.

1984. január 1. – 1989. december 31. között: Lima Közgyűlésének tagja.

2002. január 22. – december 4. között: egészségügyi miniszterhelyettes Alejandro Toledo elnöksége idején.

Alan García második elnöksége idején kormányzati népegészségügyi főtanácsadó.

2008. október 14. – 2011. július 28. között: egészségügyi miniszter.

2021. február 13.: Peru egészségügyi minisztere.

A pandémia kezdete óta Ugarte az ötödik egészségügyi miniszter. Elődje, Pilar Mazzetti, azért kényszerült távozni, mert 2020 szeptember elején titokban beadta a kínai *Sinopharm* vakcinát a hivatalától megfosztott Martín Vizcarra elnöknek. A perui parlament bizalmatlansági szavazással döntött sorsáról. Abban az időpontban Peruban még nem létezett engedélyezett vakcina. Vizcarra azzal védekezett, hogy csupán csatlakozott a *Sinopharm* tesztelésében résztvevő 120.000 önkénteshez.

Peruban a COVID-19-fertőzések száma meredeken növekedik. A kórházakban 14.000 beteget kezelnek. Az oltási program azután kezdődött el, hogy a megérkezett a *Sinopharm* 300.000 dózist tartalmazó szállítmánya.

Carla Vizotti, új argentin egészségügyi miniszter

Forrás Internet-helye: https://en.wikipedia.org/wiki/Carla_Vizzotti



Carla Vizzotti (Sz. Buenos Aires, 1972. június 1.) argentin orvos, a vakcinával megelőzhető betegségek szakértője. Apja gasztroenterológus volt.

Orvostudományi tanulmányok: *Universidad del Salvador (USAL)*, 1997-ben diplomázott.

Belgyógyász szakvizsga (*Universidad de Buenos Aires*).

A *Sociedad Argentina de Vacunología y Epidemiología* ("Argentine Society of Vaccinology and Epidemiology"; *SAVE*) alapítója és elnöke.

A HIV/AIDS megelőzésével foglalkozó *Fundación Huésped* civil szervezet munkatársa.

2007-2016: az Egészségügyi Minisztérium osztályvezetője (*National Directorate for the Control of Vaccine-preventable Diseases – DINACEI*). Ebben az időszakban vezették be a nemzeti immunizációs tervet, ő irányította az immunizációs regiszter átalakítását, amely azóta 19 önkéntes és kötelező vakcinára terjed ki.

2019. december 19.: egészségügyi államtitkár a Ginés González García egészségügyi miniszter által felállított új államtitkárság élén (*Secretaría de Acceso a la Salud*).

2020-ban megbízást kapott a COVID-19-pandémia hivatalos kommunikációjára; az ő feladata volt egyebek között a COVID-19-statisztikák ismertetése a reggeli híradókban.

2020 decemberében az argentin delegáció vezetője volt, amely azzal a céllal utazott Oroszországba, hogy felügyelje a *Gamaleya Research Institute of Epidemiology and Microbiology* által előállított 300.000 Gam-Covid-vakcina Argentínába szállítását.

2021. február 20.: Argentína egészségügyi minisztere.

Elődje, Ginés González García 2021. február 19-én lemondásra kényszerült, miután Horacio Verbitsky újságíró vallomást tett arról, hogy González García az ő és más kivételezett személyek számára biztosította a soron kívüli oltást. Az általa kiváltott botrány *Vacunatorio VIP* ("VIP vaccination room") néven vonult be a közbeszédbe.

***Jelentés az ápolás helyzetéről Németországban 2019-ben –
Pflege-Report 2020 – egységes szerkezetben***

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) – Forsa Institut
Pressemitteilung, Berlin, 2. September 2020 (6 p.)

Forrás Internet-helye:

https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/News/Pressemitteilungen/2020/wido_pfl_pr2020_pm.pdf

Klaus Jacobs, Adelheid Kuhlmei, Stefan Greß, Jürgen Klauber, Antje Schwinger (Hrsg.) Pflege-Report 2020 Neuausrichtung von Versorgung und Finanzierung

További információk: www.wido.de/publikationen-produkte/buchreihen/pflege-report

Open-Access: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-662-61362-7>

Az online-megkérdezésre 2019 december és 2020 január közepe között a „forsa.omninet-Panel“ alkalmazásával került sor. A felmérésben 1.100 tizennyolc éven felüli személy vett részt, akik saját bevallásuk szerint egy elismert ápolási fokozatba besorolt személy otthoni gondozását látták el.

Azon háztartások egynegyede, amelyekben ápolásra szoruló személy él, igen nagy időbeli és pszichés megterhelésnek van kitéve. Ugyanakkor, ezek a háztartások alacsony önrészeket viselnek. A megkérdezett háztartások naponta átlagosan 8,6 órát fordítanak az ápolásra szoruló hozzátartozó gondozására. Ezen időtartam háromnegyede az ápolást végző személyre hárul, aki a fő szerepet tölti be az ellátásban. Mintegy 1,5 óra más – nem fizetett – személyekre, 0,7 óra ápolási szolgáltatókra és az ápolásbiztosítás egyéb szereplőire hárul.

Az ápolás általi időbeli megterhelés megoszlása: Az ápolást végző hozzátartozók fele naponta négy órát vagy annál kevesebbet fordít az ápolásra, miközben a háztartások egynegyede naponta legalább 7,6 órát teljesít. Azok a háztartások, amelyekben a harmadik és ötödik fokozat közötti besorolásban levő, vagy demens beteget ápolnak, különösen megterheltek: esetükben az érintett háztartások egynegyede naponta tíz órányi ápolótevékenységet végez. E háztartások közül minden tizedik naponta 20 órás vagy annál több ideig tartó ápolásról számol be.

Az érintettek kimerültségét, életkedvét, pszichés megterhelését az ún. „otthonápolási skálán” mérik. A megkérdezett ápolást végző személyek 26%-a „magas”, 43%-a „közepes”, 31%-a „alacsony” megterheltségről számolt be.

Azon háztartások pénzügyi ráfordításai, amelyekben hozzátartozót ápolnak, korlátozottak: A megkérdezés szerint csak minden negyedik ápolásra szoruló személy (25%) fizet hozzájárulást az otthoni ápolásért és gondozásért. Ebben az esetben a költségek átlagosan havi 250 EUR-t tesznek ki. Az ápolásbiztosítás természetbeni ellátásait, mint ápolási szolgálatokat, vagy pénzbeli ellátást igénybe vevők 40%-át érintik pénzbeli hozzájárulások. Ők ebben az esetben átlagosan havi 200 EUR-t fizetnek. Csupán a megkérdezettek öt százaléka válaszolta, hogy további segítségért saját zsebből fizet. Az otthoni ápolás területén a pénzügyi megterhelés sokkal alacsonyabb mint a teljeskörű bentlakásos intézményi ápolás területén, ahol 2019 negyedik negyedévében – a csak ápolásért és gondozásért – befizetett önrész átlagosan 775 EUR-t tett ki.

A megkérdezettek többségének azonban más gondjai vannak. A résztvevők fele több támogatást szeretne a „testápolás, táplálkozás és mobilitás”, a „mindennapi gondozás és foglalkoztatás”, valamint a „háztartás vezetése” területén. Az otthonápolási skálán „magas megterheltségű” ápolást végző hozzátartozók körében a támogatás igénye még kihangsúlyozottabb: E személyek 75%-a több támogatásra tartana igényt. Ez érvényes a megkérdezés során vizsgált más vonatkozásokra is, mint az „éjszaka idején nyújtott segítség”. Összességében minden ötödik megkérdezett (22%) úgy érzi, hogy az ápolás ellátása során számára nyújtott segítség „inkább nem jó” vagy „egyáltalán nem jó”. Minden negyedik megkérdezett (25%) saját bevallása szerint „csak nagy nehézségek árán” tud vagy „egyáltalán nem tud” megküzdeni ápolási teendőivel. A demens, vagy a magasabb, negyedik és ötödik ápolási fokozatba besorolt személy ápolását végző hozzátartozók tekintetében ez utóbbi helyzet a megkérdezettek kétharmadát érinti.

Kapcsolódó: 2020. 09. 18. A *Vereinte Dienstleistungsgesellschaft (ver.di) közszolgálati szakszervezeti szövetség* és az *Ápolási Ágazat Munkaadóinak Szövetsége (Bundesvereinigung Arbeitgeber in der Pflegebranche – BVAP)* megállapodása szerint a bértarifa-szerződésekről szóló egyeztetési folyamatban a két szervezet a *szakápolók órabérének 18,50 EUR-ra* emelése mellett fog fellépni.

Kapcsolódó: *Begutachtungsstatistik (Pflegeversicherung), GBE – Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 08. 10. 2020:* <http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc abr test logon?p uid=gasta&p aid=0&p sprache=D&p knoten=NE1129>

Az ápolásbiztosítás strukturális reformjának szükséglete

Az ápolásbiztosításról szóló jelenlegi vitát az „önrészek” témája dominálja. Mint egyéb egészség- és ápoláspolitikai kérdéseknél itt is a riadalomkeltő hangnem uralkodik. „Az ápolási költségek drámaian növekednek” (*Die Welt*). **Tim Szent-Ivanyi** szerint „az ápolásbiztosítás már nem azt nyújtja, amit kellene”; „sok nyugdíjas

nem tudja megengedni magának az önrészek kifizetését és ezért szociális segélyre szorul” (*Dresdner Neueste Nachrichten*).

A tanulmány áttekinti az ápolásbiztosítás történetének és átalakításának sarkalatos mozzanatait: egyebek között az intézményrendszer fejlesztését, a szolgáltatások körét, a beruházások finanszírozását és az ápolásbiztosítás részleges biztosítási rendszerként történő alakítását. Végül két strukturális problémára hívja fel a figyelmet, amelyek a jelenlegi vitában nem részesülnek kellő megvilágításban.

A beruházásfinanszírozás problematikája

Az ápolásbiztosításról szóló törvény a monista finanszírozás mellett döntött. Az ápolási szolgálatok és ápolási otthonok részére biztosítani kell a működési és beruházási költségeket fedező finanszírozást. Tényszerűen ez azt jelenti, hogy az ápolásfinanszírozás eltér a fekvőbeteg egészségügyi intézmények „duális finanszírozásától”. A tartományok azonban már az 1990-es évek elején sem tartották be a kórházi beruházások területén rájuk háruló kötelezettségeket. Az ápolásbiztosítás területén pedig tulajdonképpen soha nem jutottak el oda, hogy bármit is finanszírozzanak.

1. 2. 2. Az ápolási szolgáltatások rendszere

A szolgáltatások rendszere kezdetektől fogva differenciált volt. Az ápolási fokozatok és az ápolásra szorulóknak természetbeni szolgáltatások és pénzbeli ellátások közötti választásra jogosultsága mellett az alábbiak bevezetésére került sor: az ápolást végző személy szabadságolás idején való helyettesítése, nappali és rövid idejű ápolás, ápolási segédeszközök támogatása, az ápolást végző személyek társadalombiztosításának bővítése.

Elkezdődött egy szociális tanulási folyamat, amelynek első lépéseként tanácsadást és szerény pénzügyi támogatást (évente 460 EUR) nyújtottak a „jelentős gondozási igényű ápolásra szorulóknak” részére (az ápolási szolgáltatások kiegészítéséről szóló törvény – *Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz, PflEG 2001*). A következő lépés az ápolás továbbfejlesztéséről szóló törvény volt (*Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, 2008*), amelynek keretében kiterjesztették a „mindennapi életvitelükben korlátozott kompetenciával” rendelkezők számára nyújtott szolgáltatásokat.

1. 6. Következtetések és összegzés

A számos probléma mellett két olyan kihívás merül fel, amelyek az ápolásbiztosítás bevezetésének szakaszában nem jelentek meg, vagy csak csekély szerepet játszottak:

- A társadalomnak többet kellene tennie az ápolásra szorultság, ill. a magasabb ápolási fokozatba történő besorolás valószínűségének megelőzése érdekében. Fontos a prevenció, az egészségfejlesztés és az ápolásra szoruló rehabilitációja. Ha sikerülne csökkenteni az ápolásra szorultság valószínűségét, az ápolási intézmények személyi és pénzügyi szükségletei is csökkennének.
- Az ápolás jövője szempontjából az alapvető probléma a munkaerőhiány. Ez a probléma a demográfiai folyamatok miatt elkerülhetetlen. Ezt az ápolószemélyzet nagyobb megbecsülése és fizetésének emelése nem fogja megoldani. Számolni kell az elvándorolt ápolók visszacsalogatásával és a külföldi toborzással is. Eddig kevés szó esett a termelékenység növeléséről az ápolás területén. Ezzel kapcsolatban az ápolóképzés főiskolai/egyetemi szintre emelése akár akadályt is jelenthet. Ha célszerű megoldásra törekszünk, engedni kell a merev feltételekből, amelyeket mostanság „megoldás” gyanánt emlegetnek – oda kell figyelni az ápolószemélyzet képzettség szerinti vegyes összetételére, amely lehetővé teszi az ápolási szolgáltatások differenciált delegációját. Mindezek mellett az ápolási otthonokra ráférne, ha jelentősebb beruházásokat fordítanának az épületállományra, a műszaki infrastruktúrára és a digitalizációra.

2. Nemzetközi tapasztalatok

2. 2. 1. Svédország

A svéd ápolási rendszer a szociáldemokrata típusú jóléti állam modelljén alapul. Ennek jellemzői, hogy a célcsoportot az összlakosság képezi, széleskörű szolgáltatási spektrum áll rendelkezésre, a szolgáltatások biztosításának legfontosabb szereplője az állam. Az ápolás szervezésének és finanszírozásának felelőssége az államra hárul, a családok és a magánszemélyek szerepe az informális ápolás területén egy idő óta megnövekedett. A svéd ápolási rendszer explicit célja a „méltó körülmények közötti való öregedés” biztosítása.

Az irányítás rendszere

Svédország decentralizált egységes állam, a törvényhozás állami hatáskörbe tartozik, amely a végrehajtást neki alárendelt testületekre ruházza át. A svéd alkotmány két alárendelt igazgatási szintet határoz meg, a 21 megyéből álló regionális és a 290 községre kiterjedő kommunális szintet.

Az állam a szociális ügyek és az ápolás fölötti illetékességet átruházta a községi testületekre, így szerepe a célkitűzések meghatározására és a felügyeletre korlátozódik.

A megyék inkább az egészségügyi ellátás, a községek inkább az ápolás irányítása tekintetében illetékesek. Az ápolási szolgáltatások biztosítása és finanszírozása a községekre hárul. Az egyfajta önkormányzati testületekként működő községek szabadon rendelkeznek költségvetésükről, maguk állapíthatják meg a kommunális adók mértékét.

A finanszírozás rendszere

Az ápolásra fordított kiadások GDP-hez viszonyított aránya tekintetében Európában az első helyen Hollandia, a másodikon Svédország áll. Az ápolásra fordított kiadások 2016-ban a GDP 3,2%-t tették ki (az európai átlag 3,1%). Az ápolás finanszírozásának 95%-a általános, nem célhoz rendelt adóforrásokból, 5%-a privát forrásokból történik. Svédországban a teljes nemzeti adóbevétel (nemzeti adóbevétel és indirekt adók) az ápolási kiadások 5%-ának finanszírozását biztosítja. Az ápolási kiadások nemzeti részét nem kötelező és nem célhoz rendelt módon – azok méretével arányosan – a községek rendelkezésére bocsátják. A nemzeti adóbevétel nagyjából a kommunális jövedelemadóból képződő része az ápolási kiadások 90%-át fedezi. A kommunális jövedelemadó 2019-ben átlagosan az adóköteles jövedelem 32,19%-át tette ki (29,18 és 35,15 % között ingadozott).

A privát forrásokból származó befizetések az ápolási kiadások 5%-át teszik ki. A privát önrészek az ápolásra szoruló személyek jövedelméhez igazodnak, azt a község részére kell befizetni, függetlenül attól, hogy az ápolási szolgáltatásokat állami vagy privát szolgáltatóktól veszik igénybe. A községek maguk szabhatják meg a privát önrész mértékét, de az nem érheti el a nemzeti szinten rögzített maximum havi 200 EUR-t. Az önrészek mind az ambuláns, mind a (részben) intézményi ellátásra kiterjednek. Az ápolási otthonokban a hotelszolgáltatások külön tételt képeznek.

A szolgáltatások struktúrája

A természetbeni ellátások az összes ápolási szolgáltatás 95%-át teszik ki. 2017-ben a 65 év fölöttiek 16,2%-a vett igénybe természetbeni ellátásokat, ezek 4,3%-a az intézményi, 11,9%-a az ambuláns ápolásra jutott. Ezek a számok megerősítik a politikának az ápolás *deinstitutionalizációjára* irányuló törekvéseit.

Az ápolási szolgáltatásokra való jogosultság megállapítása a községre tartozik. Ez az ápolás iránti szükséglet vizsgálatán alapul, amely nem terjed ki az ápolásra szoruló személy pénzügyi rászorultságára. Ennek során az egyes községek „a szociális ügyekről szóló törvény” (*Socialtjänstlagen*) alapján szabadon dönthetnek arról, hogy mely személy, mely ápolási szolgáltatásokra jogosult. A szolgáltatások nyújtása során

a pénzbeli és természetbeni ellátások jellege és volumene tekintetében nincsenek kötelező feltételek, a községek között így jelentős különbségek mutatkoznak. A községek az 1990-ben bevezetett reform óta mind állami, mind privát szolgáltatókat megbízhatnak a szolgáltatások biztosításával.

A községek által biztosított természetbeni ellátások ambuláns, részben intézményi és intézményi ápolásra, otthoni betegápolásra, étel házhozszállítására, közlekedési szolgáltatásokra, a lakás átalakítására és a vészhívó üzemeltetésére terjednek ki. Az ambuláns ápolás keretében biztosított szolgáltatások: segítségnyújtás a háztartás vezetésében (pl. bevásárlás, főzés, mosogatás), a személyes testápoláshoz nyújtott segítség (pl. öltözködés, mosakodás), továbbá érzelmi és szociális támogatás.

Az ugyancsak a községek által biztosított pénzbeli ellátások két típusa: az ápolásra szoruló személy részére a természetbeni ellátásokon kívül a családtagjaik által nyújtott ápolás fejében fizetett havonta max. 450 EUR; valamint az ápolást végző személyek részére fizetett pótlék (*anhöriganstalling*), amely lehetőséget nyújt a 65 év alatti ápolást végző hozzátartozó számára, hogy az adott község alkalmazottjaként lássa el az ápolási teendőket. A pénzbeli ellátások mértéke és a hozzáférés szabályai tekintetében a községek között jelentős különbségek mutatkoznak.

2. 2. 2. Hollandia

A holland ápolási rendszer a konzervatív jóléti állam és ezzel együtt a szubszidiaritás elvén alapul. Az állam csak akkor lép közbe, ha a család már nem tudja kielégíteni az ápolásra szoruló családtag szükségleteit. A társadalombiztosítási tradícióból kiindulva az állam nem teszi döntő kritériummá a finanszírozás kérdését. Ebben a tekintetben a holland modell a svédhez hasonlóan univerzális jellegű.

A holland ápolási rendszer reformjára 2007 és 2015 között több lépésben került sor. 2015-ig átfogó ápolásbiztosítási rendszer volt hatályban, amit az ápolásról szóló törvény (*Algemene wet Bijzondere Ziektekosten – AWBZ*) szabályozott. A 2015-ben bevezetett ápolási reform megszüntette az ápolásbiztosítás széleskörű illetékességeit és újraosztotta az illetékességeket.

Az irányítás struktúrája

Hollandia decentralizált egységes állam; a törvényhozási kompetencia az államhoz tartozik, amely bizonyos teendők végrehajtását (ápolásbiztosítás, egészségbiztosítás) a decentralis intézményeknek és további alárendelt igazgatási szinteknek delegálja. A holland államigazgatás alárendelt szintjei: 1) a tizenkét tartományból álló regionális szint, amely nem játszik szerepet az ápolás területén; 2) a 355 községből (önkormányzatból) álló kommunális szint. Az ápolás reformja és az illetékességek újraosztása óta a szerepek már nem határolódnak el élesen egymástól. Az állam

szolgáltatási területek szerint strukturálta az illetékességeket, az ápolásbiztosítást és az egészségbiztosítást az önkormányzatokhoz rendelte, maga pedig irányító, koordinációs és felügyeleti funkciót lát el.

Az illetékességek megoszlása a holland ápolási rendszerben:

- Az ápolásbiztosításról szóló törvény (*Wet Langdurige Zorg – WLZ*) elsősorban az éjjel-nappali ápolás-gondozásra irányul. Az állam irányító szerepet játszik, meghatározza az ápolásbiztosítás járulékait és pénzügyi felelősséget vállal.
- A nem éjjel-nappali gondozást igénylő ápolásra az egészségbiztosításról szóló törvény (*Zorgverzekeringswet – Zvw*) vonatkozik. Az egyes egészségbiztosítási társaságok között szabályos verseny zajlik, a biztosítottak szabad választással rendelkeznek. Az állam irányító szerepet játszik, meghatározza az alapszolgáltatási csomagot, a privát önrészek mértékét és bizonyos szolgáltatások tarifáit.
- Az önkormányzatok a gondozás biztosítása tekintetében illetékesek. Ennek alapja a szociális segélyekről szóló törvény. Az illetékességek megoszlának a központi állam és az önkormányzatok között. Az állam határozza meg keretfeltételeket, az önkormányzatok döntéshozatali mozgásterét, azaz azt, hogy mely gondozási szolgáltatásokat kell biztosítaniuk. Az önkormányzatok döntenek el a gondozási szolgáltatások nyújtásának mikéntjéről.

A finanszírozás struktúrája

Az ápolásra fordított kiadások 2016-ban a GDP 3,5%-át tették ki, ami a legmagasabb Európában. Az ápolás finanszírozása adó-, társadalombiztosítási és privát forrásokból történik. A kiadások 60%-a a WLZ, 13%-a a Zvw, 27%-a a Wmo (*Wet maatschappelijke ondersteuning*) keretében nyújtott szolgáltatásokra jut.

- Az ápolásbiztosítás járulékkulcsa a személyi jövedelemadó 9,65%-a, amelynek felső határa fejenként 3.589 EUR. A WLZ szolgáltatásainak igénybevétele során mindenkinek egy országosan egységes önrészt kell fizetnie. Ennek mértéke több tényezőtől függ: az életkor (65 évnél fiatalabb vagy annál idősebb), a családi állapot (egyedülálló vagy párkapcsolatban élő), valamint az ápolás igénybevételének módja (intézményi vagy ambuláns). A beszedett járulékok a holland egészségügyi intézet (*Zorginstituut Nederland*) által adminisztrált ápolási alapba kerülnek. Amennyiben az ápolási alap eszközei nem elégségesek a WZL-szolgáltatások finanszírozásához, a hiányzó összeget a holland kormány az általános költségvetésből pótolja.
- Az egyes biztosítótársaságok forrásai egyrészt a biztosítottak járulékaiból, másrészt az egészségbiztosítási alapból származnak. A biztosítottak járulékaiknak beszedése lényegében két síkon megy végbe: Egyrészt minden 18

év fölötti biztosított biztosítási díjat fizet biztosítójának. Ez évente átlagosan 1.300 EUR-t tesz ki. Másrészt minden 18 év fölötti biztosított személy egy franchise-t is fizet, amelynek mértéke évente max. 385 EUR. A franchise nem terjed ki egyes szolgáltatásokra, mint az általános orvosi és ápolási szolgáltatások. Eltekintve a biztosítási járuléktól és a franchise-tól, bizonyos szolgáltatások igénybevétele esetén a biztosítottaknak privát önrészeket is kell fizetniük. Ezek közé tartoznak: a betegszállítás, a hallókészülékek és az ortopéd cipők. Az egészségbiztosítási alap eszközei a munkavállalók jövedeleमारányos járulékaiból és állami támogatásokból tevődnek össze, amelyek a 18 év alatti személyek ellátását célozzák, ezeket biztosítottanként kockázatokkal kiigazított átalányok formájában fizetik ki a biztosítótársaságok részére.

- Az önkormányzatok egy közösségi alap közvetítésével egy nem célhoz rendelt költségvetést kapnak szolgáltatásaik finanszírozására, amelyek közé az ápolás is tartozik. A költségvetés a helyi lakosság összetételéhez igazodik. Az ápolásra szorulóknak Wmo-szolgáltatások igénybevétele esetén privát önrészt is fizetniük kell. Az önkormányzatoknak egy meghatározott sávon belül kell megállapítaniuk az önrészek mértékét, amely a jövedelemtől, a vagyontól, az életkortól, az ápolásra szoruló személy háztartásának összetételétől, valamint a szolgáltatás jellegétől függ.

A szolgáltatások struktúrája

A holland ápolási rendszer mind természetbeni, mind pénzbeli szolgáltatásokat alkalmaz, ezek közül a természetbeni szolgáltatások szerepe jelentősebb. 2016-ban a 65 év fölöttiek 13,0%-a vett igénybe természetbeni szolgáltatásokat, ebből 4,4% intézményi, 8,6% ambuláns ápolásra jutott.

Az ápolásra szorultságot a WLZ keretében egy független értékelő központ (*Centrum Indicatiestelling Zorg - CIZ*) állapítja meg, amely egységes országos kritériumok alapján, független, objektív és mindenre kiterjedő értékelést végez. Az ápolásra szorultság megállapítása a Zvw keretében az egészségbiztosítók szerződött intézményeire hárul. A Wmo keretében pedig az ápolásra szorultság megállapítása az egyes önkormányzatok felelősségi körébe tartozik. Az értékelést önkormányzati alkalmazottak végzik, akik megállapítják, hogy az érintett részesülhet-e és mely gondozási szolgáltatásokban részesülhet. Mivel ezen a szinten nincsenek egységes országos kritériumok, a megítélt szolgáltatások volumene tekintetében jelentős regionális különbségek keletkeznek. A WLZ és a Wmo illetékességeinek elhatárolása nem mindig egyértelmű, mivel ez nem a szolgáltatás settingjéhez, hanem az individuális ápolási és gondozási szükségletekhez igazodik. Az önkormányzatok számára emiatt igen nagy a készlet, hogy a magas ápolási igényű személyeket a

WLZ-be sorolják, mivel a WLZ az otthoni ápolás területén is illetékes, amennyiben éjjel-nappali gondozás válik szükségessé.

2. 2. 3. Spanyolország

A spanyol ápolási rendszer a mediterrán jóléti állam modelljét követi. Ez a magánszemélyek és családjaik felelősségi körébe utalja az ápolást, az állam másodlagos szerepet játszik, az informális ápolás nagy jelentőséggel rendelkezik. A család tradicionálisan domináns szerepével összefüggésben az ápolásra fordított állami kiadások viszonylag alacsonyak, miközben a privát önrészek magasak.

Az ápolási rendszer jelenlegi kereteit a 2007-ben elfogadott ápolási törvény (*Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia; 39/2006 sz. törvény*) adja meg. Ez univerzális és a szükségleteknek megfelelő jogosultságokat biztosít, a hozzáférést szubjektív jognak tekinti. A 2008-ban bekövetkezett pénzügyi válság következtében csökkentek az állami kiadások és megnyirbálódtak a szolgáltatások.

Az irányítás struktúrája

Spanyolország decentralizált egységes állam, az önkormányzati szervek állami felügyelet alatt állnak. A törvényhozási kompetenciák az állam hatáskörébe tartoznak, amely a 17 autonóm régióknak delegálja az egészségügyi és szociális teendőket. A 8.122 önkormányzat alárendelt szerepet játszik. Az állam megteremti a jogi keretfeltételeket, egyeztet a régiókkal a szolgáltatási kínálatot és a finanszírozás feltételeit, rögzíti az ápolási szolgáltatások szükségletektől függő, országosan egységes minimumát.

A régiók teremtik meg az ápolás operatív struktúráját, koordinálják a szolgáltatásokat, egy országos skála alapján értékelik az ápolásra szorultságot. Mint önkormányzati testületek önállóan meghatározzák a regionális adókat, a bevételeket pedig egyebek között ápolási szolgáltatásokra fordítják.

A finanszírozás struktúrája

2016-ban a spanyol ápolási rendszer kiadásai a GDP 0,9%-át tették ki (EU átlag 1,3%). Az ápolás finanszírozása általános adóforrásokból (79%) és privát hozzájárulásokból (21%) történik. Az állami finanszírozás 2018-ban 8,3 milliárd EUR-t tett ki.

Az ápolási kiadások állami részét a kormányzat és a régiók általános adókból finanszírozzák. Ezzel kapcsolatban három különböző szolgáltatási csomag különböztethető meg: 1) a kormányzat által finanszírozott szolgáltatási alapsomag;

2) a kormányzat és a régiók által együttesen finanszírozott kiegészítő csomag; és 3) a régiók által finanszírozott regionális kiegészítő csomag, amelynek keretében a régiók további szolgáltatásokat is kínálhatnak. Az ápolási kiadások adóforrásokból finanszírozott kormányzati része 16%, a regionális adókból finanszírozott rész 63%.

A privát háztartások az ápolási kiadások egyötödét viselik. A privát önrészek jövedelemarányosak, de a szolgáltatások jellege szerint különbözők. A privát hozzájárulás egyes esetekben, elsősorban bentlakásos intézményi szolgáltatások igénybevétele esetén akár az összköltségek 90%-át is elérhetik.

A szolgáltatások struktúrája

A természetbeni szolgáltatások az összes ápolási szolgáltatás 57%-át teszik ki. A 39/2006 sz. törvény ezeket helyezi előtérbe, a pénzbeli ellátások inkább kivételnek számítanak. Másrészt Spanyolországban az ambuláns szolgáltatások vannak túlsúlyban a bentlakásos intézményi szolgáltatásokkal szemben. Az ápolásra szoruló személyek 32%-a ambuláns, 13%-a intézményi szolgáltatásokat vesz igénybe. A 65 év fölöttiek körében 2018-ban 2,2% vett igénybe intézményi, 8,8% ambuláns ápolást. Más európai országokhoz viszonyítva a formális ápolási szolgáltatásokat igénybe vevők aránya alacsonyabb, ami az informális ápolás jelentőségét tükrözi.

A legfontosabb természetbeni ellátások: ambuláns és intézményi ápolás, (speciális) nappali központok, technikai támogatás (internetes tanácsadás, forródrót, felügyeleti rendszerek).

Pénzbeli szolgáltatások az informális ápolásért és a saját háztartásban igénybe vett támogatásért, valamint természetbeni szolgáltatások vásárlásáért biztosíthatók és csak meghatározott célokra fordíthatók. A havi pénzbeli szolgáltatások az ápolásra szorultság mértékéhez és az érintettek pénzügyi lehetőségeihez igazodnak: 2018-ban ezek informális ápolás esetén 153 EUR (1. ápolási fokozat) és 387,64 EUR (3. ápolási fokozat), személyes támogatás és természetbeni szolgáltatások vásárlása esetén 300 EUR és 715 EUR között mozogtak.

A geriátriai rehabilitáció helyzete

9. 3. 2. Kórházi geriátriai rehabilitáció

A kórházi geriátriai rehabilitáció már az 1990-es évek közepén, az ápolásbiztosítás bevezetésével párhuzamosan támogatásban részesült. Erre kezdetben a Szövetségi Munkaügyi és Szociális Minisztérium és nem a Szövetségi Egészségügyi Minisztérium hatáskörében került sor. Norbert Blum, az akkori szövetségi szociális miniszter meggyőződése volt, hogy a geriátriai rehabilitáció csökkenti, vagy akár megelőzi az ápolásra szorultságot. A támogatásra különböző programok keretében

került sor, amelyek a szövetségi tartományok kétharmadára terjedtek ki. A legutóbbi felmérés szerint 159 intézmény nyújtott kórházi geriátriai rehabilitációs szolgáltatásokat, összesen 8.173 hely állt rendelkezésre, évente 122.932 betegek kezeltek. Az elmúlt évben enyhe növekvő tendencia volt tapasztalható. A betegfelvételek többségére akut eseményt követően került sor. A háziorvos vagy a Betegpénztárak Orvosi Szolgálata által beutaltak aránya nem éri el a 10%-ot.

A kórházi rehabilitáció, neurológia nélkül, jelenleg egy esetre 4.000 EUR-ba kerül, a stroke kezelése már költségesebb. Költség-haszon és költség-hatékonyság elemzések nem állnak rendelkezésre. A szerzők szerint az utóbbi évtizedekben több trend körvonalazódik. A stroke-betegek geriátriai rehabilitációját a neurológiai rehabilitációba irányították át, miközben az izom-csontrendszeri megbetegedésekben szenvedők aránya a geriátriai rehabilitáció területén növekedett. A születéskor várható élettartam növekedése folytán a rehabilitálandó tudóbetegek aránya is növekedik. Ezenkívül számos rehabilitálandó személynek rövidesen bekövetkező (demencia) vagy újonnan fellépett (delírium) kognitív károsodásai vannak. A rehabilitációs eljárások időtartamának témáját még nem sikerült kimeríteni. Miközben nemzetközi összehasonlításban a neurológiai rehabilitáció időtartama aránytalanul hosszú, más indikációknál túl rövid, ill. az ambuláns vagy mobil rehabilitációs formákra való áttérés sikertelen. Továbbá most már lassan tíz éve nem következik be változás a tartományok geriátriai rehabilitációs kapacitásai tekintetében, holott ezek fölös ágyakkal rendelkeznek és az elmúlt tíz évben makacsul megtagadták a kórházi geriátriai rehabilitáció megfelelő struktúrájának kiépítését.

9. 3. 3. Ambuláns geriátriai rehabilitáció

Az ambuláns geriátriai rehabilitáció tartalmi jelentősen eltérnek a kórházi fázistól. Ennek súlypontja a lakáson kívüli mobilitás és az inklúzió helyreállítására esik. A terápiák frekvenciája és intenzitása meghaladja a kórházi területét. A betegek többsége terápiás naponként ötnél több terápiás egységben részesül. Az intenzitás jóval meghaladja a kórházi fázis szintjét. Ez a szakasz protézist viselő lábamputáltaknál és közepesen súlyos neurogeriátriai eseteknél, a tartós felépülés érdekében sokkal fontosabb. A második csoportot azok a betegek alkotják, akik közvetlenül az akutfázist követően ambulánsan továbbkezelhetők. A lakás akadálymentessége és megfelelő otthoni támogatás esetén az ambuláns rehabilitáció kedvezőbb költségű és tartósabb hatású, mint a kórházi. A rehabilitációs eljárások összeségét tekintve és közegészségügyi szempontból az ambuláns geriátriai rehabilitáció ugyan rendkívüli potenciállal rendelkezik, ténylegesen azonban jelenleg az alacsony esetszámok miatt kevésbé járul hozzá az ápolásra szorultság csökkentéséhez.

9. 3. 4. Mobil geriátriai rehabilitáció

Az otthoni környezetben történő rehabilitáció a rehabilitáció formáinak harmadik pillére. Az e célból igénybe vett szolgáltatók száma az utóbbi öt év során pozitívan alakult. Miután kezdetben a szolgáltatók iránti érdeklődés mérsékelt volt, 2018-ban már 15 ilyen intézményt vettek igénybe, amelyek 1.710 mobil geriátriai rehabilitációs eljárást biztosítottak. Ez a trend folytatódni látszik. A szerzők szerint az MDS-irányelv (Keretajánlás a mobil geriátriai rehabilitációs tevékenységekhez, 2007) megfogalmazása kezdetben túl restriktív volt és jelenleg folyamatban van annak átdolgozása. A mobil geriátriai rehabilitáció tartalma, frekvenciája és intenzitása eltér az ambuláns és a kórházi rehabilitációtól. Ezek a terápiák kizárólagosan egyediek. A beszédhibás vagy kognitív károsodásban szenvedő betegek hozzátartozóik jelenlétében könnyebben gondozhatók, mint kórházban. Ugyanez érvényes a multirezisztens csírákkal fertőzöttekre, akiket kórházban izolálni kell. További fontos célcsoportot képeznek az érzékszervi korlátozottak (vakok, süketek), akik saját környezetükben jobban eligazodnak. A mobil rehabilitáció rövid idejű ápolás keretében is alkalmas eljárásnak bizonyul.

9. 5 Az ápolásra szoruló időskorúak rehabilitatív ellátási struktúrái Európában

Miközben az ápolásra szoruló személyek szükségletei között alig van különbség, az egyes országok rehabilitációs ellátási struktúrái és kapacitásai között jelentős eltérések vannak. Több európai országban egyáltalán nem állnak rendelkezésre geriátriai rehabilitatív ellátási struktúrák. Ott pedig, ahol a megfelelő struktúrák léteznek, a kapacitások (intézmények és ágyak száma) jelentős mértékben különböznek. A 100.000 lakosra jutó ágyak száma pl. 0 és 70 között mozog. Az elaggott, multimorbid betegek részére a kórházi rehabilitációs programok keretében nyújtott rehabilitatív eljárásokra csaknem minden esetben aktív fekvőbeteg ellátást követően kerül sor.

„Skilled Nursing Home Facilities“, a geriátriai rehabilitáció helyszíne

Az egyes európai országok közötti legnagyobb különbség a geriátriai rehabilitatív settingek tekintetében tapasztalható. Az elaggott, multimorbid személyek részére a fekvőbeteg rehabilitatív eljárásokra speciálisan képzett ápolószeméllyel és elkülönített személyi állománnyal rendelkező ápolási otthonokban került sor (*Skilled Nursing Homes Facilities, SNF*). Ezzel szemben Németországban a geriátriai rehabilitáció fekvőbeteg klinikai settingekben történik. A német ápolási intézmények jelenleg nincsenek felkészülve arra, hogy geriátriai team bevonásával rehabilitációs programokat nyújtsanak. Léteznek bizonyos kompenzációs törekvések, pl. a mobil geriátriai rehabilitáció közvetítésével és fejlesztés stádiumában vannak innovatív kezdeményezések, mint a REKUP-modell, ezek

azonban nem a klasszikus geriátriai rehabilitáció célcsoportjaira összpontosulnak. Hollandiában pl. a „*Skilled Nursing Home Facilities*“ keretében betegségentítások szerint differenciálják a betegeket. Speciális egységekben gondozzák a rákos megbetegedésekben, a stroke-ban szenvedő és a demens betegeket. Ezekben az intézményekben az orvosi ellátást mindennapi jelenléttel és éjszakai telefonos készenléttel biztosítják. A geriátriai rehabilitatív settingek/programok keretében az európai országokban az ápolási idő 7 és 65 nap között mozog. További kihívást jelent a geriátriai rehabilitáció standardizálása egy európai szintű „*best practice*” irányelv keretében.

Az ápolásra szorultság helyzete Németországban. Az ápolási ellátások igénybevétele

16. 3. Az ápolásra szorulóknak terápiai ellátásnak adatai

16. 3. 1. Ambuláns orvosi ellátás

Az ápolási szolgáltatások igénybevétele

2018-ban az ápolásra szoruló személyek 96,1 %-a negyedévente átlagosan legalább egy alkalommal orvoshoz fordult, azaz elszámolást tett szükségessé. Az ápolásra szorulóknak 89,6 %-a negyedévente legalább egy alkalommal házi orvoshoz, 71 %-a szakorvoshoz fordult. A leggyakrabban felkeresett szakorvosok: az urológusok (negyedévente a férfiak 18 %-a) és a neurológusok (mindkét nemnél 18%). Jelentős különbségek vannak az ambulánsan (otthoni környezetükben) és a bentlakásos ápolási intézményben ellátottak között. A házi orvosok igénybevétele teljes körű fekvőbeteg kontextusban 97%, ambuláns settingben 88% volt.

16. 3. 2. Otthoni betegápolás

A kötelező betegbiztosítás tagjai bizonyos feltételek mellett otthoni betegápolásra jogosultak. A szolgáltatás előfeltétele, hogy sem a biztosított, sem a vele egy háztartásban élő személy nem tudja biztosítani a szükséges és felírt ápolási műveleteket. Az otthoni betegápolás tekintetében megkülönböztetendők az olyan esetek, amikor a cél a kórházi kezelés megelőzése, ill. a beteg állapotának főleg kórházi tartózkodást követően bekövetkező rosszabbodása, valamint az olyanok, amelyek az orvosi kezelés biztosítására irányulnak. Otthoni betegápolás esetén a 2-ik ápolási fokozatba sorolt személyek nem jogosultak alapápolásra és háztartási segítségre. A teljes körű bentlakásos ápolási intézményekben lakók részére a betegápolási szolgáltatásokat az ápolásbiztosítás keretében nyújtják. A betegápolást

különösen magas kezelési szükséglet esetén a bentlakásos ápolási intézményekben kivételes módon a betegbiztosítás is finanszírozhatja.

16. 3. 3. Bentlakásos intézményi ellátás

Az ápolási szolgáltatások igénybevétele

2018-ban negyedéves átlagban csaknem minden ötödik ápolásra szoruló személyt (18,7%) legalább egy alkalommal kórházban kezeltek. Az ápolásra szorulóknak negyedévente 1,4, évente 2,1 alkalommal részesültek kórházi kezelésben. A több alkalommal kórházban kezelt ápolásra szoruló személyek többsége tehát rövid időn (egy negyedéven) belül többször került kórházba. Az ápolásra szorulóknak alkalmanként évente átlagosan nyolc napot, az ápolásra nem szorulóknak öt napot töltöttek kórházban. A kórházi tartózkodás időtartama összefügg az életkorral. A 19 éven aluli ápolásra szoruló személyek esetenként évente átlagosan hat, a 90 év fölöttiek kilenc napot, tehát 50%-kal több időt töltöttek kórházban. Az ápolásra szorulóknak 11 %-a, az ápolásra nem szorulóknak 2%-a kórházi kezelése során meghalt.

16. 3. 4. Gyógyszerellátás

Az elemzés a potenciálisan kockázatos gyógyszerreceptekre összpontosít, amelyek növelhetik a nem kívánt gyógyszeres események veszélyét. Speciálisan több gyógyszer egyidejű felírásáról (polimedikáció), valamint időskorúak részére potenciálisan nem javasolt gyógyszerekről van szó, amelyeket az ún. PRISCUS-Lista részletez [*PRISCUS-Liste* vagy *Gelbe Liste*: az időskorúak részére nem ajánlott, 18 gyógyszerkategóriához tartozó 83 gyógyszert tartalmazó lista: <https://media.gelbe-liste.de/documents/priscus-liste.pdf> ; <https://www.gelbe-liste.de/arzneimitteltherapiesicherheit/priscus-liste> – a szerk.].

Időskorúak többszörös gyógyszerzése

A morbiditás fokozódásával, ill. az életkor előrehaladtával fennáll a többszörös gyógyszerzés veszélye. A gyógyszeres terápiák halmozódása az adott hatóanyagok nem kívánt kölcsönhatásával jár. Az ápolásra szoruló személyek kétharmada (60,6%) 2018-ban minden negyedévben, az ápolásra nem szorulóknak 11,6%-a öt vagy annál több hatóanyagot kapott. A többszörös gyógyszerzéssel (legalább öt hatóanyaggal) kezelt aránya az ápolási otthonokban (teljeskörű bentlakásos ellátásban részesülők), valamint a természetbeni és kombinált szolgáltatásokban részesülők körében volt a legmagasabb (68,2%), a kizárólagosan pénzbeli ellátásban részesülők körében pedig a legalacsonyabb (57,3%). A hatóanyagok rátája a 70 és 74 év közöttiek körében volt a legmagasabb: az érintettek egynegyede

(25,4 %) negyedévenként tíz vagy annál több különböző hatóanyagra szóló receptet kapott. Ez az érték négyszer annyi volt, mint a hasonló életkorú, ápolásra nem szoruló személyeknél (4,8 %).

Peter Willenborg, Wissenschaftliches Institut der AOK

Telefon +49 30 34646 – 2467 Fax +49 30 34646 – 33 2467 E-Mail presse@wido.bv.aok.de

Recenziós példányok:

Uschi Kidane | Springer Verlag | 49-6221 4878166 | uschi.kidane@springer.com

[*Lásd még: Jelentés az ápolás helyzetéről – Pflege-Report, 2015. 18. sz.; 2016. 8. sz.; 2017. 13-14. sz.. Egységes szerkezetben: 2017. 15. sz. és az Archívumban is; 2018. 14. sz.; 2019. 14-15., 17., 19., 24. sz.; 2020. 3-4., 6-8.– Egységes szerkezetben: 2020. 8. sz. és az Archívumban is.*]

ELŐJEGYZÉSI LISTA:

Egészségügy

- A svájci egészségügy zsebkönyve – *Gesundheit – Taschenstatistik 2020* (1-4. rész): 1. Egészségügyi determinánsok, egészségmagatartás; 2. A lakosság egészségi állapota; 3. Egészségügyi rendszer; 4. Költségek és finanszírozás

Kórházügy

- *VKD-Praxisberichte 2020*. Kórházi válságmenedzsment (6. rész): 6. A pszichiátriai klinikák speciális kihívásai
- Panaszkezelés a németországi kórházakban 2018-ban (DKI)

Egészséggazdaság

- Szakértői jelentés az egészségügyi ellátási központokról szóló jogszabályok továbbfejlesztéséről (1-3. rész): 1. Összefoglalás, 2. A pénzügyi befektetők szerepe; 3. Egészséggazdasági vonatkozások
- Jelentés az egészségügyi ellátási központok gazdasági helyzetéről Németországban 2017-ben

Digitalizáció

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

Ápolás

- Munkahelyi együttes döntéshozatal a bentlakásos intézményi ápolás digitalizációja vonatkozásában (IAT)

Hivatásrend

- Az egészségügyi személyzet helyzete Svájcban 2018-ban
- Az autonómia hét tézise az egészségügyben

Társadalombiztosítás

- A betegbiztosítási díjak indexe Svájcban 2020-ban

Emberi erőforrás

- Felmérés a munkaerő helyzetéről az orvostechnika területén (DKI)

Minőségügy

- Ajánlások az egészségügyi regiszterek továbbfejlesztésére Svájcban

Népegészségügy

- *European Health Interview Survey (EHIS) 2019*
- *International Health Policy Survey 2019 (Commonwealth Fund)*
- A sporttevékenység szerepe az elesés megelőzésére az időskorúak körében
- A lelki egészség helyzete Svájcban (2. rész): Nemzetközi egészségpolitikai kezdeményezések a lelki egészség területén
- Születéskor várható élettartam és egészségi állapot Svájcban

Szenvedélybetegségek

- Foglalkozás és alkoholfogyasztás

A svájci lakosság egészségfelmérése

- A svájci lakosság egészségfelmérése 2017: Túlsúlyosság és elhízottság
- A svájci lakosság egészségfelmérése 1992-2017. A terhességmegelőzés helyzete

Szociálpolitika

- Jelentés a minimálbérek helyzetéről Európában 2021-ben

Rövidhírek (aleatorikusan):

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