

Egészséggazdasági, egészségpolitikai és szociálpolitikai nemzetközi sajtószemle

2015. 17. sz.

Ellátáskutatás, regionális különbségek az egészségügyi ellátás területén:

- Két tanulmány a regionális különbségekről az egészségügyi ellátás területén (*Wissenschaftliches Institut der AOK – WIdO*):
 - Nemzetközi tapasztalatok a regionális különbségekről az egészségügyi ellátás területén;
 - Regionális különbségek az ellátás területén Németországban
- Az ambuláns ellátás kórházak általi átvétele az alulellátott területeken; egy törvénymódosítás empirikus vizsgálata (*Zentralinstitut der kassenärztlichen Versorgung*)
- Regionális különbségek a szerződött orvosi térítések tekintetében
- Lelki egészség a régiókban – Az Üzemi Betegpénztárak egészségügyi atlasza – *BKK Gesundheitsatlas 2015*
- A demenciás betegek gyógyszeres kezelése a regionális különbségek különös figyelembevételével (2009-2011) (*Zentralinstitut der kassenärztlichen Versorgung*)
- A szerződött orvosi ellátás atlasza – *Ärzteatlas 2015 (WIdO)*

Ápolás:

- Nemzetközi munkaerő-toborzás a német ápolási ágazatban (*Bertelsmann Stiftung*)
- Két nemzetközi hospitációs program értékelése: „ápolás és egészség”, „demencia” (*Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (iso) e.V.*)

Görögország:

- Az egészségügy helyzete Görögországban
- A gyógyszerpiac helyzete Görögországban

Lengyelország: A lengyel köztársasági elnök aláírta az orvosilag támogatott mesterséges megtermékenyítésről szóló törvényt

Thaiföld: Betiltották az üzletszerűen folytatott bérnyaságot

A sajtószemle az EGVE honlapján:

http://www.egve.hu/index.php?option=com_content&view=article&id=95&Itemid=119

Két tanulmány a regionális különbségekről az egészségügyi ellátás területén

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)

G+G Wissenschaft GGW, Jg. 15, Heft 2 (April): 7–15.; 16-22. p.

Kulcsszavak: egészségügy, regionális különbségek, nemzetközi, Németország

Forrás Internet-helye: http://www.wido.de/ggw_2_2015_inhalt.html

Jan Böcken et al.: Nemzetközi tapasztalatok a regionális különbségekről az egészségügyi ellátás területén

2. Az ellátás regionális különbségeinek összehasonlítása az OECD 13 tagállamában:

Az OECD 2014 szeptemberében tette közzé az ellátásbeli különbségekről készített összehasonlító vizsgálat eredményeit, amelynek keretében 13 országban 10 egészségügyi szolgáltatás elemzésére került sor. Néhány nem indikációs-specifikusan elemzett indikátor mellett, mint a kórházi beutalások, valamint az MRT- és CT-vizsgálatok, nagyvolumenű és magas költségű beavatkozásokról volt szó, mint a császármetszéses szülések, térdizület-implantációk, vagy a koronáriás bypass-műtétek. Az országok között akár négyszeres különbségek is vannak. Különösen nagyok a regionális különbségek az első alkalommal végzett térdizület-implantációk esetén.

Egyes országokban, pl. Kanadában, Portugáliában vagy Spanyolországban, egyes régiókban ötször annyi térdműtétet végeznek, mint másutt. A térdműtétek aránya Németországban, Ausztráliában, Svájcban, Finnországban és Kanadában a legmagasabb (100.000 lakosra több mint 200 műtét), Izraelben viszont 100.000 lakosonként mindössze 56 műtétet végeznek.

Kardiológiai beavatkozásoknál (bypass-műtétek, koronária angioplasztika) is jelentős különbségek mutatkoznak. Az elemzett országok között akár háromszoros különbség is tapasztalható, de az egyes országokon belül (elsősorban Spanyolországban és Portugáliában) a regionális különbségek ezeknél a beavatkozásoknál a legnagyobbak.

A császármetszések aránya Olaszországban, Portugáliában, Ausztráliában, Svájcban és Németországban az élveszülések 30%-át teszi ki. Az országokon belüli regionális különbségek csekélyebbek, kivéve Olaszországot, ahol a különbség akár a hatszorosát is eléri. Az egyes országokon belül a különbség a csípőtörést követő beutalások és műtétek tekintetében a legalacsonyabb (kevesebb mint kétszeres).

4. Három ország példája:

4.1. Egyesült Államok (Dartmouth Atlas):

A *Dartmouth Atlas* atyja Jack Wennberg, aki 1973-ban tette közzé a Vermont államra vonatkozó adatokat. A tulajdonképpeni *Dartmouth Atlas* (www.dartmouthatlas.org) két évtizede létezik. Adatai az időskorúak és fogyatékkal élők állami betegebiztosításán (*Medicare*) alapulnak. Fő üzenete: több forrás nem vezet feltétlenül jobb ellátáshoz. Struktúrája az évek során átalakult: az 1990-es évek közepe táján az egyes szövetségi államok vagy államcsoportok ellátása állt a középpontban, ami később egyre inkább indikációs-specifikus tanulmányokkal egészült ki. A kiadvány stratégiája a politikai reformfolyamathoz, 2008-ban már direkt a választási kampányhoz igazodott. Újabb

évente, egységes tematikával jelenik meg: 2012-ben a betegek döntéshozatalának javítása, 2014-ben a sebészeti beavatkozások tekintetében megjelenő regionális különbségek álltak a középpontban.

A *Dartmouth Institute* egyre befolyásosabb. Jack Wennberg 1993-ban Hillary Clinton egészségpolitikai csapatának tanácsadója volt. Az olyan formátumok, mint a *Dartmouth Atlas Project Topic Brief* direkt módon a politikai döntéshozókhoz szólnak. A *Dartmouth Institute* tevékenységének egyes elemei 2010-ben bekerültek a törvénybe („*Patient Protection and Accountable Care Act*“). *Atul Gawande* egyik cikke nemzetközi visszhangot váltott ki és Barack Obama számára is inspirációt nyújtott az „*Obama Care*“ néven elhíresült „*Affordable Care Act*“ kidolgozása során. Tény, hogy a *Dartmouth Atlas* térképei az amerikai egészségpolitikai diskurzus meghatározó elemei. A médiastratégiát a *Robert Wood Johnson Foundation* által irányított alapítványi konzorciumnál működő professzionális team alakítja. Az alapítványi támogatás az elmúlt 20 év során meghaladta a 14 millió USD-t.

4. 2. Anglia (NHS Atlas of Variation in Healthcare):

Az *NHS Atlas of Variation* 2010-ben jelent meg. Célcsoportjai a klinikai döntéshozók. Következésképpen elsősorban klinikai szempontból különösen releváns témákra fókuszál. 2011-ben megjelent a második kiadás, amely a térképek megduplázása mellett első alkalommal foglalkozott az idősorok elemzésével és külön fejezetben foglalkozott a regionális különbségekkel. A továbbiakban tematikus atlaszok jelentek meg: egyebek között a gyermekek és fiatalok ellátására, a diabéteszre, vese- és tüdőbántalmakra, légúti megbetegedésekre és diagnosztikai eljárásokra vonatkozóan.

Az *NHS Atlas of Variation* hatékonyságára vonatkozóan 151 angol *Primary Care Trust (PCT)* körében végzett felmérés kijózanító eredményt hozott. Az E-mailben végzett megkérdezésre 53 PCT válaszolt. A válaszolóknak csaknem a fele, az 53 közül 25 nem is hallott az atlaszról, forráshiány miatt nem használta azt, vagy nem találta alkalmasnak a döntéshozatal szempontjából. 28 felhasználó hasznosnak találta az atlaszt a különbségek megértése és a kórházakkal való kommunikáció szempontjából. Az NHS atlasza és a hozzá kapcsolódó instrumentumok tehát a regionális döntéshozók fenntartásaiba ütköznek.

4. 3. Olaszország (Toszkána):

Olaszországban az 1990-es évek óta az állami egészségügyi rendszer számos kompetenciát ruházott át az adminisztratív régiókra (*regioni*). A sajátos teljesítménymérési instrumentumok és monitoring kidolgozása tekintetében Toszkána élenjáró szerepet játszik. 2006. óta a kórházak vezetőségének javadalmazása is az instrumentum alkalmazásához igazodik. A betegek preferenciájával fokozottabban összefüggő elektív beavatkozásoknál, amelyeknél rendszerint erőteljes regionális különbségek mutatkoznak (garatmandula, térdizület), dokumentálták a regionális különbségeket és elindítottak egy folyamatot, amelynek keretében az orvosoknak tartaniuk kell magukat az irányelvekhez.

A szerző: Dr. rer. medic. Jan Böcken,

Bertelsmann Stiftung, Carl-Bertelsmann-Straße 256

D – 33311 Gütersloh

Telefon: 49-5241 8181462

E-Mail: jan.boecken@bertelsmann-stiftung.de

*

Hans-Dieter Nolting: Regionális különbségek az ellátás területén Németországban

A *Dartmouth Atlas of Health Care* (www.dartmouthatlas.org) és az *NHS Atlas of Variation in Healthcare* (www.sepho.org.uk) nyomdokain Németországban is folynak a kutatások az egyes szolgáltatások tekintetében mutatkozó regionális különbségekre vonatkozóan. 2011-ben a *Bertelsmann Stiftung* megbízásából 16 indikációra kiterjedő felmérésre került sor, többek között a méh-, garatmandula- és prosztatata-eltávolítási műtétek, defibrillátor-beültetés, valamint a diabetes mellitus kórházi kezelésének gyakorisága tekintetében kimutatható regionális különbségekre vonatkozóan. A járások és járási jogú városok szintjén 2007 és 2009 között a méheltávolítási műtétek tekintetében háromszoros, a radikális prosztatataektómia tekintetében hatszoros különbség mutatkozott. A 19 év alatti lakosság körében fekvőbeteg kezelés keretében végzett garatmandula-eltávolítás tekintetében 2007 és 2010 között járási szinten a különbség nyolcszoros volt (10.000 lakosra 14 és 109 közötti beavatkozás). Még abban az esetben is, ha az összehasonlításból kizárjuk a legmagasabb és a legalacsonyabb értékeket mutató 20 járást, a műtétek gyakorisága közötti különbség több mint háromszoros marad. A 2011-ben készített első *Faktencheck Gesundheit* adatainak a 2010 és 2012 közötti időszakra vonatkozó aktualizálása azt mutatja, hogy e különbségek mértéke alig változott. A különösen magas és különösen alacsony rátát mutató régiók mindkét időszakban ugyanazok voltak.

[Ezzel kapcsolatban lásd még: *Regionális különbségek az egészségügyi ellátás területén, Bertelsmann Stiftung – Faktencheck Gesundheit, 2014. 43. sz.*]

A szerző:

Hans-Dieter Nolting,

IGES Institut GmbH

Friedrichstraße 180

D – 10117 Berlin

Telefon: 49-30 2308090

E-Mail: Hans-Dieter.Nolting@iges.de

Benjamin Goffrier et al.: Az ambuláns ellátás kórházak általi átvétele az alulellátott régiókban: egy törvénymódosítás empirikus vizsgálata
Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI)
Zipaper, 6/2015 (27 p.)

Kulcsszavak: regionális ellátás, ambuláns ellátás, Németország

Forrás Internet-helye: <http://www.zi.de/cms/publikationen/zipaper/>

A kötelező betegbiztosítás ellátásainak megerősítéséről szóló törvény tervezete (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG) a strukturálisan gyenge adottságokkal rendelkező régiókban való ellátás javítását tűzte célul. A tervezett intézkedések között szerepel a kórházaknak az ambuláns ellátásban való részvételére vonatkozó szabályozások továbbfejlesztése (a kórházak megnyitása az ambuláns ellátás számára). A tanulmány szerzői szerint a kórházak megnyitása az orvoshiány kiegyenlítésére az alulellátott régiókban, nem alkalmas a probléma kezelésére.

A kutatók az ellátás 75%-os mértékét határozták meg az alulellátás küszöbértéke gyanánt az ún. alapellátó szakorvosok vonatkozásában. Ezenkívül a kórházak 2013. évi minőségügyi jelentései alapján feltérképezték, hogy milyen osztályokkal és szakorvosokkal rendelkeznek a kórházak az ambuláns alulellátás által érintett régiókban. Az alulellátott régiók többségében a kórházak nem rendelkeztek a megfelelő osztályokkal vagy orvosokkal. Így a kórházaknak az ambuláns ellátás részére történő intézményesített megnyitásának elképzelése hatástalannak bizonyul.

A kutatás kritériumai szerint a 372 járás közül 37 és a 17 szakterület közül 4 tekinthető alulellátottnak. Alulellátás áll fenn a bőrgyógyászok, orr-fül-gége orvosok, orvos és pszichológus végzettségű pszichoterapeuták és szemorvosok tekintetében. Egy-egy járásban nőgyógyászokból és gyermekorvosokból is hiányt szenvednek. A 37 érintett járás közül csak kilencben található egy megfelelő osztállyal rendelkező kórház. E kilenc járás közül nyolcban a kórházak felsorolt osztályain kizárólagosan vendégorvosok – tehát szerződött orvosok – nyújtanak ellátást.

A politikai akarat és a valóság közötti szakadék a bőrgyógyászok tekintetében a legnyilvánvalóbb. Tizenegy tervezési régióban egyetlen kórház sincs, ahol létezne dermatológiai osztály.

5. Összefoglalás:

A szerződött orvosi ellátás összesen 4.244 szükséglettervezési területének mindössze a töredékét érinti a legalább egy szakorvosi csoport tekintetében való alulellátottság. Az ellátottság mértéke a régiók 1,6%-ban nem éri el a 75%-ot, 0,5%-ában pedig az 50%-ot, ami a szükséglettervezési irányelv szerint alulellátottnak számít.

1. Nos, mennyire célravezető a kórházaknak az alulellátott régiókban az ambuláns ellátás számára történő kötelező megnyitása? Az elemzés

differentiált képet eredményez. A kórházak az adott járásokban főleg az általános szakorvosi ellátás tekintetében nem rendelkeznek a megfelelő osztályokkal. Miközben az összes érintett járásban még összesen 102,5 orvosi állást kellene betölteni, a kórházak az adott járásokban és osztályokon mindössze 17 orvossal rendelkeznek, akik az ambuláns ellátás esetleges átvétele esetén rendelkezésre állnának.

2. Az alulellátott területeken nem a kórházak fogják megoldani a helyzetet. Ehelyett a kórházi ellátás biztosítását inkább vendégorvosi minőségben szerződött orvosok veszik át. Így egy fordított kép alakul ki: 17 alkalmazotti viszonyban működő orvosra jutó 38 vendégorvos mellett, az általános szakorvosi ellátás ekvivalens osztályain többségben saját rendelővel rendelkező (letelepedett) orvosok szolgálnak.
3. A specializált és elkülönített szakorvosi ellátás tekintetében megint más a kép. Az elemzett szakorvosi csoportoknál és területeken a kórházi ellátást kizárólagosan alkalmazotti viszonyban levő orvosok biztosítják. Miközben az ambuláns területen a részben jelentős alulellátottság mindenkor megállapítható, a kórházi szektorban megvannak a személyi kapacitások. Ebben a tekintetben az egyes esetekben a kórházak meghatalmazása egy pontos felülvizsgálat feltételével célszerű lenne. Törvénymódosítás ezen a területen nem lenne sem szükséges, sem célravezető.

Az ambuláns ellátás területén alapellátónak számító szakorvosok csak specializált kórházaknál találhatóak. Ez elsősorban a bőrgyógyászok szakterületén vált feltűnővé. Fordítva, az ambuláns ellátás területén viszonylag ritkán fordulnak elő általános szakorvosok és sebészek. Ez odavezet, hogy a kórházak az ambuláns ellátás területén elsősorban a lakóhelyhez közeli ellátásban az általános szakorvosi diszciplínák tekintetében nem tudnak többletet nyújtani.

További vonatkozások azt eredményezik, hogy a kórházak, elsősorban kistérségi szemlélet szerint, olykor szóba sem jönnek az ambuláns ellátásban való részvétel tekintetében. Egyrészt a kórházi szektor 2003. óta folyamatos centralizációs folyamaton megy keresztül, ami a kórházak számának csökkenésében és főleg vidéken a kórházhoz vezető út meghosszabbodásában nyilvánul meg. Ezenkívül elsősorban a vidéki kórházaknak nehézségeik vannak az orvosi állások betöltésével. A vidéki kórházaknál alig van rá példa, ahol a megfelelő osztályok rendelkezésre állnak.

A szerző:

Benjamin Goffrier

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik

Deutschland

Herbert-Lewin-Platz 3

D – 10623 Berlin

Tel. +49 30 4005 2414

Fax +49 30 4005 27 2414

E-Mail: bgoffrier@zi.de

**Dominik von Stillfried – Thomas Czihal: Regionális különbségek
a szerződött orvosi térítések tekintetében**
Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI)
Zipaper, 6/2015 (27 p.)

Kulcsszavak: orvosi térítések, regionális különbségek, Németország

Forrás Internet-helye: <http://www.zi.de/cms/publikationen/zipaper/>

Regionális különbségek az orvosi térítések tekintetében: Miben áll a probléma?

Az első kérdés „az orvosi térítések tekintetében fennálló különbségek” helyes indikátorának meghatározása. Az egy orvosra vagy egy ellátási esetre jutó térítés itt nem jöhet szóba, mivel az orvosi szolgáltatások jellege és volumene régióként változó, miáltal az egy orvosra vagy egy ellátási esetre jutó térítés – akár az adott szerződött orvosi betegpénztári egyesületeknél (*Kassenärztliche Vereinigung – KV*) alkalmazott egységes díjszabás mellett is – különbözhet.

Ez a biztosítottakhoz vonatkoztatott globális térítés rendszerének szisztematikájából következik. [„*Gesamtvergütung*” ~ **globális térítés: a betegpénztár a szerződések összessége alapján egy globális térítési összeget utal az adott betegpénztári orvosi egyesülés részére az annak körzetében lakóhellyel rendelkező tagok szerződött orvosi ellátása fejében. A globális térítés elosztása 2011-ig a honoráriumok elosztásáról szóló szerződés keretében történt. (Sozialgesetzbuch – SGB V, 85 §) - <https://de.wikipedia.org/wiki/Gesamtverg%C3%BCtung> – a szerk.] Ha kevesebb orvos több beteg biztosítottat lát el, azok egy orvosra jutó térítésének magasabbnak kell lennie, mint az orvosokkal jobban ellátott vagy egészségesebb lakossággal rendelkező régiókban működő orvosoké. Ha valamely régióban különösen intenzív ambuláns orvosi ellátásra kerül sor és ezzel kapcsolatban csökken a kórházi kezelések igénybevétele, az intenzívebb orvosi ellátást ugyancsak egy orvosra jutó magasabb térítésben kell részesíteni.**

A térítési rendszer reformja során a törvényhozó a biztosítottakhoz vonatkoztatott referencia értéket határozott meg. A reform célja, hogy biztosítottak morbiditási kockázatát a biztosítók viseljék. A morbiditás kockázata csak az ellátandó lakosság figyelembevételével határozható meg. Az orvosi térítések tekintetében mutatkozó különbségek mérésének helyes indikátora tehát az egy biztosítottra jutó globális térítés az adott betegpénztári egyesülés régiójában lakóhellyel, kötelező betegbiztosítással rendelkezők körében.

Az egyes betegpénztári orvosi egyesületek között az egy biztosítottra jutó globális térítések vonatkozásában valóban jelentős különbségek mutatkoznak. A Betegpénztári Orvosok Szövetségi Egyesülésének (*Kassenärztliche Bundesvereinigung – KBV*) adatai szerint 2013-ban a brémai betegpénztári orvosi egyesülésnél (KV Bremen) egy biztosítottra 532 EUR térítés (10,2%-kal a szövetségi átlag fölött), míg a Westfalen-Lippe betegpénztári orvosi egyesülésnél (KV Westfalen-Lippe) egy biztosítottra 450 EUR térítés jutott (6,8%-kal a szövetségi átlag alatt). A különbség 18,2%.

A regionális szükségletek becslésének lényeges kritériumai három tényezőben foglalhatók össze: 1. a biztosítottak morbiditási kockázata a régióban, 2. az ellátás intenzitása a régióban és 3. a regionális költségszint.

K. Klinner: et al. (kiad.): Lelki egészség a régiókban – Az Üzemi Betegpénztárak egészségügyi atlasza – BKK Gesundheitsatlas 2015
Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, Juli 2015 (103 p.)

Kulcsszavak: lelki egészség, regionális ellátás, Németország

Forrás Internet-helye:

<http://www.bkk-dachverband.de/publikationen/bkk-gesundheitsatlas/>

A legfontosabbak dióhéjban:

Munkaképtelenség:

- A tagok és nyugdíjasok munkaképtelenségi napjainak 15%-át lelki és viselkedési zavarok okozzák. E munkaképtelenségi napoknak csaknem a fele (46,2%) érzelmi zavarokkal függ össze. A pszichés megbetegedések csoportjánál egy esetre 40 munkaképtelenségi nap jut, ami a megbetegedések körében messze a leghosszabb időtartam.
- A nőket mind pszichés megbetegedések miatt általában, mind speciálisan depresszió vagy burn-out miatt gyakrabban írják ki táppénzre, mint a férfiakat.
- A depresszió vagy burn-out miatt táppénzre való kiírás időtartama azonban férfiaknál és nőknél nagyjából azonos.
- Leggyakrabban és leghosszabb időre a röviddel nyugdíjba vonulást megelőző életkorban levőket írják ki táppénzre.
- A biztosítottak csoportjai közötti különbségek elsősorban depresszió esetén kerülnek felszínre: a megbetegedés munkanélküliek körében a leggyakoribb, őket követik a munkaviszonyban levő, kötelező biztosítással rendelkezők, valamint a munkaviszonyban levő, önkéntes biztosítással rendelkezők.
- A szolgáltatási ágazatban gyakoribb a depresszió és burn-out miatti munkaképtelenség, mint a feldolgozó iparban.
- Különösen sok a betegnap az egészségügyben és a szociális ügyek területén dolgozók körében.
- A depresszió és burn-out miatti munkaképtelenségi napok száma Hamburgban, Schleswig-Holstein-ban és Észak-Rajna-Vesztfáliában különösen magas.
- Azokban a régiókban, ahol a depresszió miatti megbetegedések és betegnapok száma igen magas, az orvosok népsűrűsége is átlagosan magas. Járási szinten összefüggés állapítható meg a házi orvosok, ideg orvosok és pszichoterapeuták arányával. Ez elsősorban a recidiváló

depressziós zavar diagnózisa esetére érvényes. Burn-out-szindróma tekintetében azonban alig találtak összefüggést.

Ambuláns ellátás:

- 2013-ban az Üzemi Betegpénztárak (*Betriebskrankenkassen – BKK*) biztosítottainak 30,9%-ánál állapítottak meg valamilyen pszichés zavart. – Nőknél gyakrabban, mint férfiaknál, munkanélkülieknél gyakrabban, mint foglalkoztatottaknál.
- 9,5%-nál depressziós epizódot, 2,6%-nál recidiváló depressziós zavart, 1,2%-nál burn-out-szindrómát diagnosztizáltak. A nőknél a prevalencia magasabb, mint a férfiaknál.
- A depresszió diagnózisa az 55–59 év közöttiek körében a leggyakoribb. Burn-out-szindróma esetén viszont a diagnózis gyakorisága a 30 és 59 év közöttiek körében nem változik.
- A depresszió diagnózisa a nyugdíjas biztosítottak és a munkanélküliek körében a leggyakoribb. A burn-out-ot leggyakrabban foglalkoztatottaknál diagnosztizálják.
- A depresszió és a burn-out diagnózisa a közigazgatás, az egészségügy és a szociális ügyek területén működő biztosítottak körében igen magas. A földművelés, az erdőgazdálkodás és az építőipar területén ritkábban fordul elő.
- A depresszió és a burn-out városi, elsősorban nagyvárosi környezetben gyakori (pl. Hamburg, Berlin).
- A depresszió diagnózisa a keleti tartományokban ritkábban, a déli tartományokban, elsősorban Bajorországban gyakrabban figyelhető meg.
- A diagnózisok gyakorisága és a regionális változók közötti összefüggés kimutatható: a depresszió és a burn-out diagnózisainak rátája annál magasabb, minél magasabb az általános népsűrűség, valamint a házi orvosokkal és ideg orvosokkal való ellátottság az adott régióban.

Antidepresszánsok alkalmazása:

- Az antidepresszánsok alkalmazása tekintetében mind szövetségi, mind járási szinten megfigyelhető a keleti és nyugati tartományok közötti különbség. A keleti tartományokban kevesebb antidepresszánst írnak fel, mint a nyugati tartományokban. A mennyiségek közötti különbségek jelentősek: Straubing-ban (Bajorország) 2,5-ször olyan gyakran írnak fel antidepresszánst, mint Meissenben (Szászország).
- Járási szinten összefüggés van a házi orvosok és az ideg orvosok magasabb népsűrűsége, a magasabb kórházi ágyszám és a magasabb általános népsűrűség, illetve az antidepresszánsok felírásának nagyobb gyakorisága között. A várakozásoknak megfelelően nincs összefüggés a pszichoterapeuták népsűrűségével, mivel ők rendszerint nem írhatnak fel gyógyszert.

Dr. Mandy Schulz: A demenciás betegek gyógyszeres kezelése a regionális ellátási különbségek különös figyelembe vételével (2009-2011)

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi), Berlin

Versorgungsatlas-Bericht Nr. 15/07, 18. 05. 2015 (25 p.)

Kulcsszavak: demencia, gyógyszer, regionális különbségek, Németország

Forrás Internet-helye: <http://www.versorgungsatlas.de/themen/alle-analysen-nach-datum-sortiert/?tab=6&uid=54>

A Német Alzheimer Társaság adatai szerint Németországban jelenleg mintegy 1,5 millió demenciában szenvedő személy él, akik közül egymillió közepesen súlyos vagy súlyos demenciában szenved.

Eredmények:

A szerződött orvosi elszámolások szerint 2009 és 2011 között a vizsgálat adott évében a demenciában szenvedő betegek egyharmada részére írtak fel legalább egy antidementívumot, a tendencia növekedő. A nőket ritkábban kezelik antidementívummal, mint a férfiakat (23%, ill. 28%). Az antidementívumok felírása a 75 és 79 év közöttiek körében a leggyakoribb (32%). A gyógyszer felírásának prevalenciája a várakozásoknak megfelelően az Alzheimer-demenciában szenvedők körében magasabb (42%), mint a többi demenciás megbetegedésnél. A gyógyszerfelírás gyakorisága közös háziorvosi és neuropszichiátriai-szakorvosi kezelés esetén (48%), magasabb, mint csak háziorvosi kezelés esetén (24,5%). Az antidementívumok felírása tekintetében nincsenek feltűnő különbségek a városi és vidéki lakókörnyezet között. Az antidementívumok prevalenciája tekintetében viszont jelentős különbség van a keleti és nyugati tartományok között.

A nem kognitív szimptomák gyógyszeres kezelése tekintetében, 2011-ben a prevalens demenciában szenvedők 35%-a részesült antipszichotikumokkal, szűk 10%-a hipnotikumokkal/szedatívumokkal és 29%-a antidepresszánsokkal való kezelésben. A gyógyszerfelírás aránya tekintetében nem voltak feltűnő különbségek a városi és vidéki lakókörnyezet között. A szerződött orvosi körzetek tekintetében különbség mutatkozott a keleti és nyugati tartományok között, ami elsősorban a hipnotikumok/szedatívumok és antipszichotikumok vonatkozásában jelent meg.

Kapcsolattartó szerző:

Dr. Mandy Schulz

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland

Herbert-Lewin-Platz 3 – D – 10623 Berlin

Tel. 49(30) 4005-2430 –

E-Mail: maschulz@zi.de

***Joachim Klose – Isabel Rehbein: A szerződött orvosi ellátás atlasza –
Ärzteatlas 2015***

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), Berlin, Juli 2015 (209 p.)

Kulcsszavak: emberi erőforrás, orvosi ellátás, Németország

Forrás Internet-helye: <http://www.wido.de/aerzteatlas2015.html>

Németországban az orvosokkal való ellátottság az elmúlt évben tovább növekedett. A 100.000 lakosra jutó praktizáló orvosok száma 2013-ban 442, 2014-ben 451 volt (1991-ben 304), ami azt jelenti, hogy csaknem egyharmaddal haladja meg a szükséglettervezés szerint meghatározott létszámot.

Regionális különbségek: Az elemzés a szakorvosi csoportok szintjén a betegpénztári orvosok egyesüléseinek regionális tervezési adatlapjain alapult. A háziorvosi ellátás területén az ellátottság mértéke szövetségi szinten 110%, Berlinben 120%, Hamburgban, Schleswig-Holstein Tartományban és Bajorországban 118%, Brémában 110%. Az orvosokkal való ellátottság mértéke az összesen 905 tervezési régió közül 11-ben nem éri el a 75%-ot.

Szélsőséges esetek: Ansbach Nord 57%, Westerland auf Sylt 189%. Az orvosokkal való ellátottság 73 tervezési régióban 75 és 90%, 156 tervezési régióban 90 és 100% között van.

A háziorvosok egyharmada több mint 60 éves: Az orvosok szövetségi regisztere (*Bundesarztregister*) szerint a háziorvosok 32%-a, összesen 17.276 orvos, több mint 60 éves, 38%-a, 20.761 orvos, 50 és 60 év közötti. Az orvosi személyzet elsősorban Rheinland-Pfalz-ban (36,2% 60 év fölötti), Baden-Württemberg-ben (35,1%) és Bajorországban (33,6%) különösen előregedett.

Túlellátottság a szakorvosi ellátás területén: Az ellátottság mértéke a sebészet területén szövetségi szinten 172%, Brémában 125%, Hamburgban 140%, Mecklenburg-Előpomerániában 244%, Brandenburgban 200%. A szakorvosi ellátás területén általában csaknem minden tervezési régióban túlellátottság van.

Prof. Holger Bonin – Angelika Ganserer et al.:
Nemzetközi munkaerőtoborzás a németországi ápolási ágazatban
Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, 2015 (76 p.)

Kulcsszavak: emberi erőforrás, ápolás, ápolóképzés, Németország

Forrás Internet-helye: Bertelsmann Stiftung: [https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/suchergebnisseite/?tx_rsmsearch_pi1\[searchQuery\]\[queryString\]=Internationale+Fachkr%C3%A4fterrekrutierung+in+der+deutschen+Pflegebranche](https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/suchergebnisseite/?tx_rsmsearch_pi1[searchQuery][queryString]=Internationale+Fachkr%C3%A4fterrekrutierung+in+der+deutschen+Pflegebranche)

vagy **Demografie Portal des Bundes und der Länder:** https://www.demografie-portal.de/SharedDocs/Informieren/DE/Studien/Internationale_Fachkraefterekrutierung_Pflegebranche.html

A Szövetségi Statisztikai Hivatal szerint a Németországba bevándorolt ápolók 20%-a (76.000 fő; 93%-uk nő) Lengyelországból származik. Bosznia-Hercegovinából 47.000, Kazahsztánból 31.000 ápoló vándorolt be.

A Bertelsmann Stiftung felmérésében 600 munkaadó vett részt; jelenleg az ápolási intézményeknél átlagosan 4,3 állás betöltetlen, de az intézményeknek csak a 16%-a próbálkozik külföldi munkaerőtoborzással.

A német ápolási intézmények 61%-a Spanyolországban, 19%-a Lengyelországban, 16%-a Horvátországban, 14%-a Romániában, 13%-a Olaszországban, 12%-a Görögországban folytat toborzó tevékenységet.

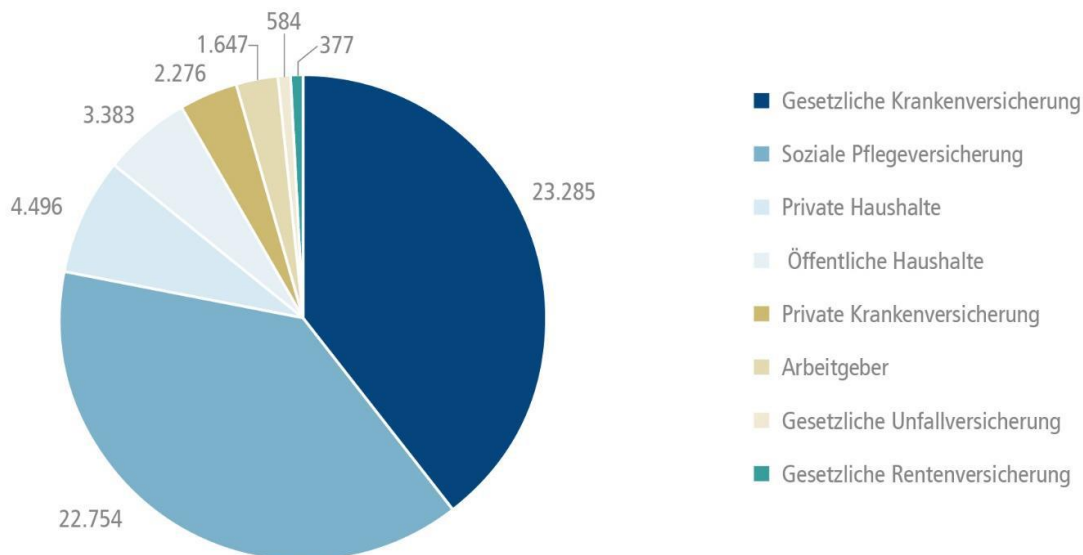
A tanulmány szerint a toborzási tapasztalattal rendelkező vállalkozások 83%-a a nemzetközi munkaerőtoborzás során bürokratikus akadályokba ütközött, 67%-a a végzettség elismerésével, 60%-a pedig a bevándorlás engedélyezésével kapcsolatban ütközött nehézségekbe. Ezért a vállalkozások szükségesnek látják a jogi akadályok megszüntetését (67%), a nyelvi és integrációs kurzusok kínálatának feljavítását (87%), a pályázók jobb tájékoztatását (73%). A tanulmány szerint elsősorban a kis- és középvállalkozások szorulnak támogatásra.

1. Szakképzett munkaerő biztosításának szükségessége az ápolási ágazatban:

Az ápolási intézmények 61%-ánál vannak betöltetlen állások. Becslések szerint 15 éven belül 200.000 teljes munkaidős állás betöltéséhez nem lesz szakképzett személyzet. 2050-ig az ápolásra szorulóknak száma a jelenlegi 2,5 milliőről 4,7 millióra növekedik.

Ápolási szolgáltatásokra fordított kiadások költségviselői szerint 2013-ban:
Abb. 2: Ausgaben für pflegerische Leistungen 2013 nach Ausgabenträgern

in Millionen Euro



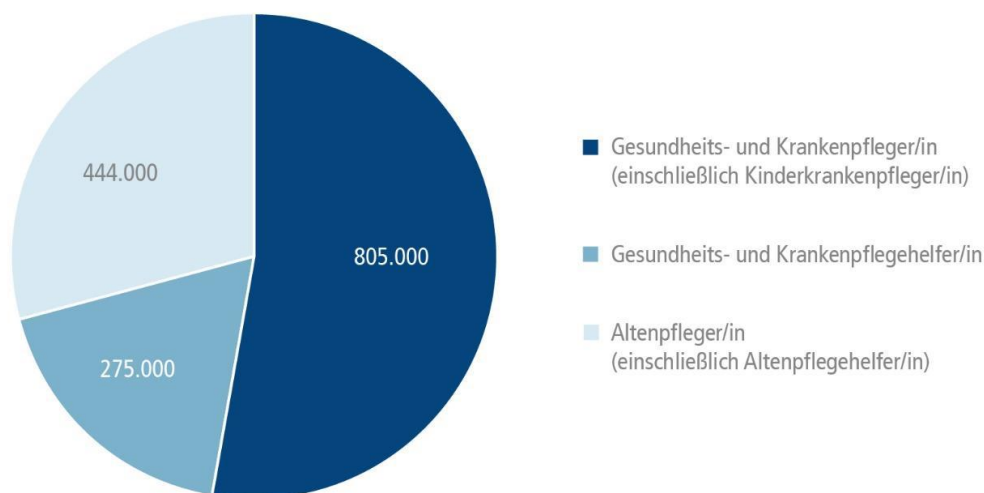
Quelle: Eigene Darstellung, Daten Statistisches Bundesamt - Gesundheitsausgabenrechnung.

BertelsmannStiftung

[Szövegmagyarázat: kötelező betegbiztosítás, szociális ápolásbiztosítás, privat háztartások, költségvetési források, privat betegbiztosítás, munkaadók, kötelező balesetbiztosítás, kötelező nyugdíjbiztosítás]

A foglalkoztatottak száma az ápolás területén 2011-ben:

Abb. 3: Anzahl der Beschäftigungsverhältnisse in Pflegeberufen in den Einrichtungen des Gesundheitswesens, 2011.



Quelle: Statistisches Bundesamt - Gesundheitspersonalrechnung

BertelsmannStiftung

[Szövegmagyarázat: betegápolók (beleértve a gyermekápolókat), segédápolók, idősápolók (beleértve az idősügyi segédápolókat)]

3.3. Ápolóképzés:

A nemzetközi gyakorlatban az ápolóképzés elsősorban főiskolai szinten történik, időtartama legalább négy év, bachelor, ill. mester diplomát nyújt. A felvétel előfeltétele legalább tizenkétosztályos iskolai végzettség. Ezzel szemben Németországban az ápolóképzés szakiskolákban történik sor. Felvételre tízéves iskolai képzést követően kerülhet sor, a képzés időtartama három év. A szakiskolai képzés legalább 2.100 óra elméleti oktatást és 2.500 óra gyakorlati képzést tartalmaz. Utóbbi többnyire tömbösítve, egészségügyi és szociális intézményekben történik.

Az ápolóképzést két szövetségi törvény szabályozza: a betegápolásról és az idősápolásról szóló törvény. Ez azt jelenti, hogy az ápolóképzés nem tartozik a szakképzésről szóló törvény (*Berufsbildungsgesetz – BBiG*) hatálya alá, így nem tekinthető duális szakképzésnek. Iskolai szakképzésről van szó, a felelősség egyedül a képzés fenntartójára hárul. A képzés gyakorlati része tekintetében is az iskola illetékes. A segédápolók képzésének szabályozása tartományi szinten történik. Az egyes tartományokban különböző rendelkezések érvényesek. A képzés időtartama egy-két év.

A tartományokban egy idő óta fellendült az egyetemi szintű ápolóképzés. Jelenleg 93 főiskolai évfolyam létezik. 2012-ben 1.800 hallgató kezdte meg ápolástudományi tanulmányait. A végzettségnek megfelelő elhelyezkedés és javadalmazás keretfeltételei azonban egyelőre nem adóttak. A tudományos tanács szerint a jövőben az ápolók körében az egyetemi végzettségűek 10-20%-os arányával számolhatunk.

A szövetségi kormány már az előző törvényhozási ciklusban döntött az ápolóképzés reformjáról, annak sarkalatos téziseit 2012 márciusában mutatták be, az előterjesztés 2015 nyarán készül el. Az új ápolási szakképzési törvény keretében az eddigi hármastagolós ápolói hivatás egységessé válik. A cél a generalista irányultságú képzés bevezetése, az ápolói hivatás egységessé, törvény által védetté válik. Kiegészítő jelleggel bevezetik az egyetemi szintű ápolóképzést. [Lásd még: *Képzési modellek az ápolás területén, 2011. 7. sz.; Ajánlások az ápolóképzés reformjára Németországban, 2011. 25. sz.; A szakképzett munkaerő hiányával szembeni fellépés az ápolás területén. I. rész: Németország, 2012. 4. sz.; Szakértői vélemény az első diplomát nyújtó hároméves egyetemi intenzív terápiás és pszichiátriai ápolóképzésről, 2012. 44. sz.; Új feladatmegosztás az egészségügyben. A szakképzés iránti követelmények az ápolás területén, 2014. 12. sz.]*

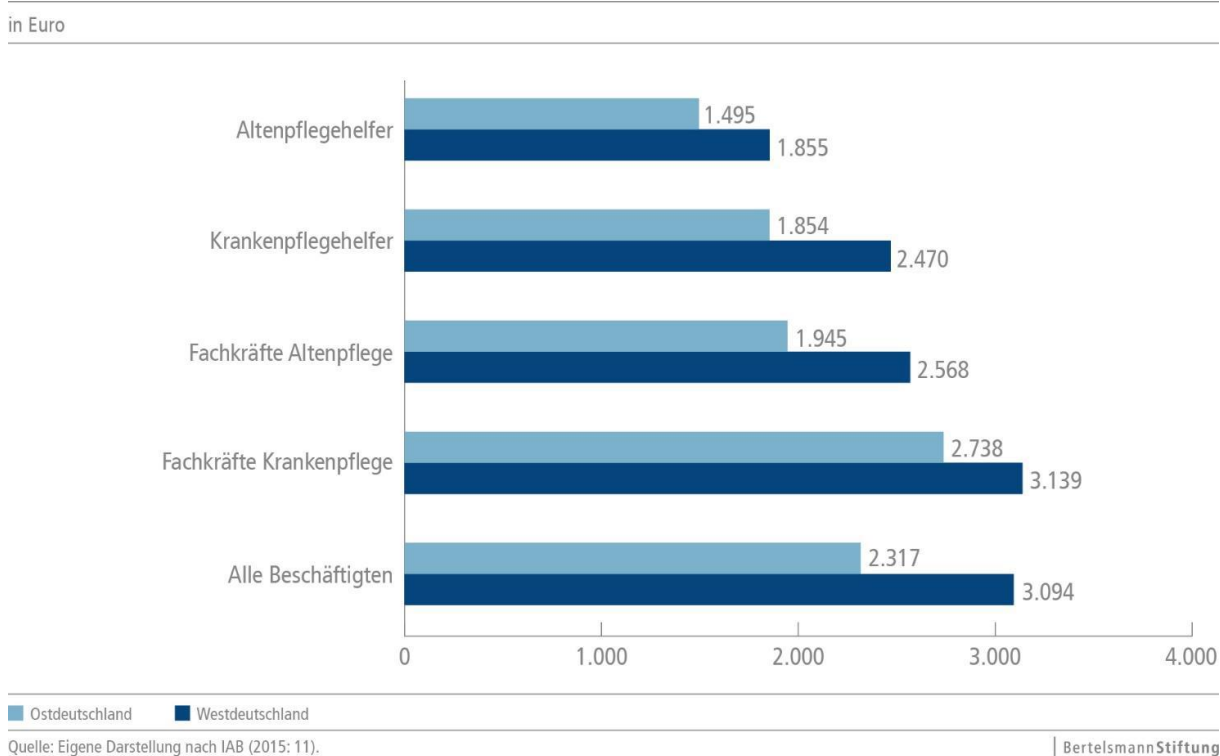
3.4.1. Bruttó bérek az ápolás területén:

A teljes munkaidőben foglalkoztatott ápolók havi bruttó bére 2013-ban a nyugati tartományokban 9,5%-kal, a keleti tartományokban 30,4%-kal haladta meg a velük hasonló követelményi szinten dolgozó összes foglalkoztatottét. A betegápolók jövedelmi előnye az összes foglalkoztatotthoz viszonyítva a nyugati tartományokban 1,4%, a keleti tartományokban 18,1% volt.

A teljes munkaidőben foglalkoztatott idősápolók a nyugati tartományokban átlagosan havi 2.568 EUR-t, 18,2%-kal kevesebbet, a keleti tartományokban havi 1.945 EUR-t, 28,9%-kal kevesebbet keresnek mint a betegápolók. Az idősápolók helyzete rosszabb az összes foglalkoztatotténál. [Az ápolók bérével kapcsolatban lásd még: *Mennyit keresnek az ápolók Németországban?*, 2015. 7. sz.]

Az ápolás területén teljes munkaidőben foglalkoztatottak és az összes teljes munkaidőben foglalkoztatott havi átlagos bruttó bére a nyugati és a keleti tartományokban 2013-ban:

Abb. 6: Mittleres monatliches Bruttoentgelt von Vollzeitbeschäftigten in der Pflege und aller Vollzeitbeschäftigten, West- und Ostdeutschland 2013



[Szövegmagyarázat: idősügyi segédápolók, segédápolók, szakképzett idősápolók, szakképzett betegápolók, összes foglalkoztatott / keleti és nyugati tartományok]

6. Összefoglalás és ajánlások:

6.1. Az ápolási ágazat jelenlegi munkaerőpiaci helyzete:

Az ápolószemélyzet zömét a hároméves ápolóképzéssel rendelkezők képezik. A segédápolók az ápolás területén foglalkoztatottak egyharmadát teszik ki.

A foglalkoztatottak számának növekedése struktúraváltozást eredményez az ápolói foglalkozások körében. A többnyire kórházakban működő betegápolók és gyermekápolók aránya 2000 és 2011 között 61%-ról 53%-ra csökkent. Ugyanakkor az idősápolók és idősügyi segédápolók aránya 21%-ról 29%-ra növekedett. Az ápolószemélyzet iránti szükséglet alakulására vonatkozó különböző előrejelzések abból indulnak ki, hogy a munkaerő iránti kereslet a demográfiai és társadalmi átalakulással összefüggésben az elkövetkező két

évtizedben elsősorban az idősápolás területén fog erőteljesen növekedni. A becslések szerint 2010-hez viszonyítva csak 2025-ig további 150.000-370.000 teljes munkaidős ápolóra lesz szükség.

6. 2. A nemzetközi munkaerőtoborzás lehetőségei és akadályai a személyzeti vezetők nézőpontjából:

A felmérésben 600 személyzeti vezető vett részt. A vállalkozások háromnegyedének nehézségei vannak az állások betöltésével, 80%-uk szerint pedig az elkövetkező öt évben a megfelelő szakképzett munkaerő biztosítása még nehezebbé válik.

Az Európai Unióból származó ápolók alkalmazásának már nincsenek a bevándorlási szabályokhoz kötődő akadályai. A foglalkoztatás feltétele a szakképzettség és a nyelvismeret. A külföldi munkaerőtoborzás legfontosabb célországa Spanyolország, amelyet sorrendben Lengyelország, Horvátország, Románia, Olaszország és Görögország követ. Kína, a Fülöp-szigetek és Vietnám jelentősége növekedett, de még mindig nem számottevő.

Öt személyzeti vezető közül három elégedett, vagy nagyon elégedett a külföldön toborzott ápolókkal, tíz közül csak egy elégedetlen vagy nagyon elégedetlen velük. A személyzeti vezetők megítélése szerint a külföldi munkaerő csak a gyakorlati tapasztalatok tekintetében van hátrányos helyzetben a honi munkaerővel szemben. Egyébként a külföldön toborzott munkaerő munkára való készenléte, készsége tekintetében a tapasztalatok rendkívül pozitívak.

A személyzeti vezetők fele úgy ítéli meg, hogy az utóbbi időben külföldön toborzott munkaerő teljesítőképesebb a hazaiaknál. Többségük arról számol be, hogy a személyzet általában kedvezően viszonyult a külföldi kollegákhoz. Csak minden tizedik vállalkozás jelzett negatív reakciókat. A személyzeti vezetők ritkán jeleznek kezdeti interkulturális konfliktusokat. Azok a vállalkozások, amelyek az utóbbi időben külföldi munkaerőt alkalmaztak, annyira pozitív tapasztalatokat szereztek, hogy ezt a lehetőséget a jövőben is szem előtt tartják. A vállalkozások egyharmada nem tervezi további külföldi munkaerő igénybevételét és nyolc százaléka ezt már egyáltalán nem tartja elképzelhetőnek. A munkaadók számára jelentős költségek keletkeznek a külföldi munkaerő toborzásából, a külföldi jelentkezők elbírálásából, a nyelvi akadályok felszámolásából és az integrációs folyamatból. E költségek egy része akár veszendőbe is mehet, ha a külföldi ápolók egy része visszakozik, vagy pedig, ami az idősápolókkal gyakran előfordul, átnyergelnek a magasabb jövedelemmel kecsegtető betegápolás területére.

A személyzeti vezetők magasnak találják a külföldi munkaerőtoborzással és az Európai Unión kívüli országokból érkező ápolószemélyzet felvételével összefüggő adminisztratív ráfordítást. A nemzetközi toborzási tapasztalattal rendelkező vállalkozások háromnegyede számol be bürokratikus problémákról. Az utóbbi három évben az Európai Unión kívüli országokban ápolószemélyzetet toborzó országok kétharmadának voltak nehézségei a külföldi végzettség elismerésével, 60%-ának pedig a bevándorlási engedély megszerzésével.

Lukas Nock – Sabine Kirchen-Peters: Két nemzetközi hospitációs program értékelése: „ápolás és egészség”, „demencia”
Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (iso) e.V., Saarbrücken
Reihe: iso-Report. Berichte aus Forschung und Praxis,
Nr. 2, September 2014 (64 p.)

Kulcsszavak: ápolás, ápoláskutatás, Németország

Forrás Internet-helye: <http://www.iso-institut.de/>

[A *Robert-Bosch-Stiftung* által támogatott két hospitációs program: „Ápolás és egészség nemzetközi hospitációs program („*Internationales Hospitationsprogramm Pflege und Gesundheit*“ – röv.: *IHOP*), valamint a „Nemzetközi demenciakutatási és továbbképzési program” („*Internationale Studien- und Fortbildungsprogramm Demenz*“ – röv.: *DEMENZ*).]

6. Összefoglalás:

Az elemzés minden tekintetben homogén képet eredményezett a hospitánsok tanulási folyamata tekintetében. A résztvevők önértékelése szerint mindkét program keretében pozitív effektusokban részesültek a személyes, az interkulturális és a szakmai kompetencia vonatkozásában. A programok hatása a szakmai kompetencia területén volt a legjelentősebb: a DEMENCIA-programnál a szaktudás, a nemzetközi hospitációs programnál az alkalmazásra fókuszáló cselekvési és metodikai kompetencia került túlsúlyba. Ez megfelel az egyes programok súlyponti törekvéseinek.

A „puha” kompetenciák (szociális kompetencia, interkulturális és személyes kompetencia) tekintetében a két program között csak az interkulturális kompetencia tekintetében volt szignifikáns különbség. A szociális és személyes kompetenciák fejlődése kevésbé az adott programtól, hanem inkább a hospitáció időtartamától függött.

Az intézményes tanulási effektusok (új módszerek/eljárások/technikák átadása, a kínálat bővítése/megújítása, a munkatársak képzése) tekintetében a standardizált megkérdezés eredményei valamivel kevésbé erőteljes tendenciákat mutatnak, mint az az interjúk értékelése és a dokumentumok

elemzése tükrében várható volt. A résztvevők záróbeszámolóí szerint az ismeretek/eljárások átadásának/átvételének korlátai vannak: egyebek között a nemzetközi szinten eltérő keretfeltételek és jogszabályok, képzési standardok, a kollegák és a vezetők elzárkózása a változtatásokról.

A statisztikai vizsgálat egyértelműen bizonyította, hogy a tudás átvételének sikeressége a kutatásban résztvevő hospitánsoknak az adott intézmények általi támogatásától függ. Ez annál inkább érvényes, ha a program résztvevője nem töltött be vezető beosztást intézményénél.

Az intézmények közötti tanulási folyamat a hálózatképzés értelmében és a tudásnak a saját munkaterületre való átvitele tekintetében mindkét program pozitív eredményekkel járt. Mivel a hospitációban való részvétel a megkérdezettek több mint 80%-ánál meghaladta az egy évet (55%-ánál pedig a három évet is elérte), a nemzetközi hálózatképződés pozitív tapasztalatai arra utalnak, hogy mindkét program tartósan hozzájárul az ápolás és az egészségügy internacionalizálódásának továbbfejlesztéséhez.

Mindkét program résztvevői kifejezetten készséget tanúsítottak a megszerzett tudás saját intézményüket meghaladó körben való továbbadására. Ez számos aktivitás, publikációk, szakcikkek, intézményen kívüli képzések, előadások, rendezvények formájában dokumentálható, amelyek keretében szélesebb körben ismertetik a hospitációk eredményeit.

A külföldi hospitációk hatékonyságát az alapvető szakmai kompetenciák és az egyre fontosabb „puha” kompetenciák területén szerzett tanulási sikerek bizonyítják. A külföldi hospitációk abban az esetben különösen hatékonyak a minőség javításának instrumentumaiként, ha az új ismereteket nemcsak maguk a hospitánsok, hanem kollegáik és feletteseik is a szervezetfejlesztés lehetőségeiként fogják fel.

Az intézmények közötti interdiszciplináris együttműködés megerősítése tekintetében nem minden résztvevő tudott nyilatkozni. Az intézményekben a munkamegosztás hagyományos formái dominálnak, tagolt hierarchiák működnek, amelyekkel összefüggésben az intézmények többségében a szakmai illetékesség követelménye látszik megszabni a működést, márpedig így az interdiszciplinaritásból legalábbis a hospitációk bizonyos eseteiben profitálni lehetne.

Jana Kötter: Az egészségügy helyzete Görögországban

Ärzte Zeitung online, 22. 07. 2015

Kulcsszavak: egészségügy, Görögország

Forrás Internet-helye:

http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/gesundheitspolitik_international/default.aspx?sid=890950&cm_mmc=Newsletter-Newsletter-C-20150723-Gesundheitspolitik+international

Állami, privát, vagy a kettő elege: a görög egészségügyi rendszer szétforgácsolt. Ezt a reformok sem fogják megváltoztatni.

A görög kormány 2015. július 15-én fogadta el az első reformcsomagot, amely egyebek között a gyógyszerpiac liberalizálását és a nyugdíjrendszer reformját tartalmazza. Az egészségügyi rendszer helyzete a válság kezdete óta folyamatosan rosszabbodott. Az ambuláns ellátásra többnyire kórházakban kerül sor, amelyek így nem tudják ellátni tulajdonképpeni feladataikat.

A privát szektor: A szakorvosi praxisok, mivel többségük nem működik együtt az egységes állami rendszerrel (EOPYY), csak azon kevesek számára elérhetők, akik megengedhetik maguknak a privát kezelés kifizetését.

A privát szektor Görögországban évek óta jelentős szerepet tölt be, ami nem függ össze a válsággal. Az állami szektor mindig is nehézségekkel küszködött, még akkor is, amikor a finanszírozás még működött. Az infrastruktúra hiányosságai azonban már az 1970-es évek óta a privát szektor terjedésének kedveztek.

A nagy privát kórházaknál a betegek készpénzzel fizetnek, vagy privát kiegészítő biztosítással rendelkeznek. Ezeknél a betegek száma nem csökkent, ügyfélkörük rendelkezik a szükséges pénzügyi forrásokkal. Ez azzal is összefügg, hogy a privát kórházakkal együttműködő privát orvosok száma növekedik.

A betegforgalom az EOPYY, vagy a görög állam által fenntartott állami elsődleges ellátás területén – az egészségügyi központoknál vagy poliklinikáknál – is növekedik, ám itt a növekedés teljesen szélsőséges méreteket ölt.

Egyes források szerint Görögországban korábban még 183 kórház működött, amelyek közül 2014 szeptemberéig kerekén százat bezártak.

Az egyetemi klinikák: Az egyetemi klinikák különleges státusszal rendelkeznek. Jóllehet ezek is állami kórházak, az egyetemek kiegészítő finanszírozása folytán sokkal jobb helyzetben vannak. A válság azonban itt is érezteti hatását. Az athéni egyetemi klinikán, egy dúsgazdag beteg adományából felépült egy új, ultramodern felszereltséggel rendelkező szárny, amely azonban személyzethiány miatt három éve üresen áll. A régi épületben 80 ágy közül csak 45 van használatban.

A szociális kórházak: A görög lakosság egyharmada nem rendelkezik betegbiztosítással. Számukra a megoldást a szociális kórházakban való ellátás jelenti. A biztosítással nem rendelkező betegek ingyenes kezelésben és gyógyszerellátásban részesülnek.

Helmut Laschet – Jana Kötter: A gyógyszerpiac helyzete Görögországban
Ärzte Zeitung online, 28. 07. 2015

Kulcsszavak: gyógyszer, Görögország

Forrás Internet-helye:

http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/gesundheitspolitik_international/article/891108/griechischer-pharmamarkt-ineffizienz-ihren-preis.html?sh=7&h=-703340371

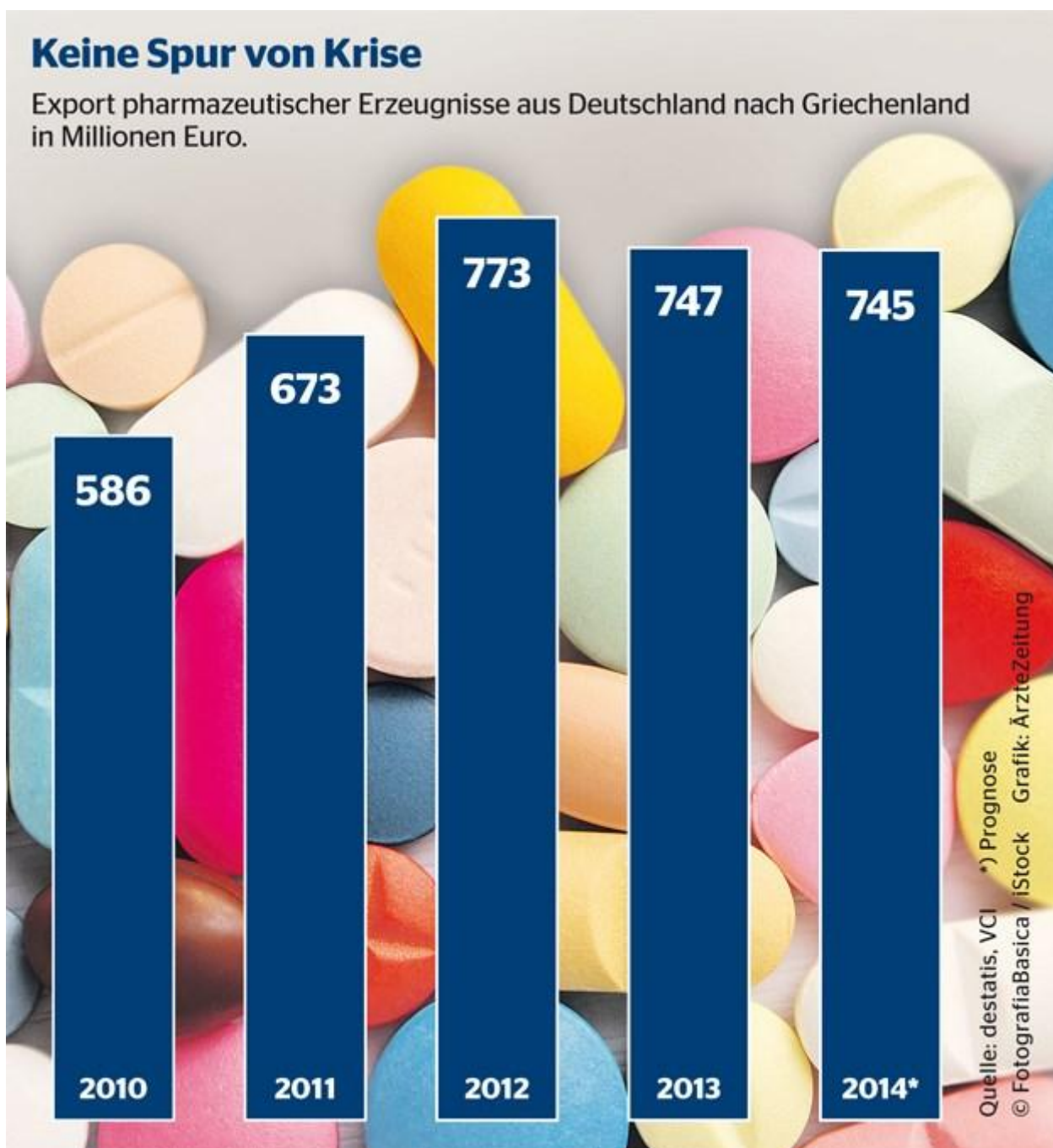
A görög állami egészségügyi rendszer legnagyobb kiadási tételét a gyógyszerek jelentik. 2013-ban az egységes állami biztosítási rendszer (EOPYY) összköltségvetésének 44%-át gyógyszerellátásra fordították, tehát jóval többet, mint kórházi szolgáltatásokra. A 2013. évi költségvetésben az állami kórházak 1,15 milliárd EUR, a privát kórházak 732 millió EUR előirányzattal rendelkeztek, ezzel szemben gyógyszerekre 2,62 milliárd EUR-t irányoztak elő. 2014-ben ez 200 millió EUR-ral, 2,4 milliárd EUR-ra csökkent.

Az okok bármely görög gyógyszertárban nyilvánvalóvá válnak. Feltűnő az eredeti készítmények sokasága, generikum viszont alig kapható. A *Pro Generika* gyógyszergyártói szövetség szerint a generikumok piaci aránya Görögországban mindössze 5% (Németországban 76%). Dr. Susanne Keitel (*European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare, Bruxelles*) szerint egyes európai országokban, többek között Görögországban erős fenntartások élnek a generikumokkal szemben. A generikumok alacsony aránya mellett az is meglepő, hogy tipikusan krónikus megbetegedések elleni gyógyszerek csak kis kiserelésben kaphatók.

A magyarázat a kereskedelmi árresek hibás ösztönzőiben rejlik. A nagykereskedelemben ötszázalékos árrest alkalmaznak. A gyógyszertári árres degresszív: 50 EUR-ig 25%, 50 és 80 EUR között 20%, 80 EUR fölött 15%. A gyógyszerészek számára tehát minél több kis kiserelésű gyógyszer eladása kifizetődő, nagy kisereléseket nem is tartanak raktáron.

A nemzetközi gyógyszergyártóknak még akkor is megéri Görögországban kereskedni, ha időnként fizetési késedelemre kerül sor. A német gyógyszergyártók exportbevételei csak 2010 és 2012 között 586 millió EUR-ról 773 millió EUR-ra növekedtek. A gyógyszerüzleten a görög megtakarítási csomag sem sokat rontott. 2014-ben a német gyártók exportbevételei csekély mértékben, 745 millió EUR-ra csökkentek.

Válságnak nyoma sincs: Görögországba irányuló német gyógyszerexport millió EUR-ban:



***A lengyel köztársasági elnök aláírta az orvosilag
asszisztált mesterséges megtermékenyítésről szóló törvényt***
Ärzte Zeitung online, 22. 07. 2015

Kulcsszavak: orvosilag asszisztált mesterséges megtermékenyítés,
Lengyelország

Forrás Internet-helye:

<http://www.aerztezeitung.de/panorama/article/890949/polen-praesident-unterschreibt-in-vitro-gesetz.html?sh=6&h=-703340371>

Lengyelországban az orvosilag asszisztált mesterséges megtermékenyítés kérdése évekig vitatéma volt. A napokban Bronislaw Komorowski köztársasági elnök aláírta az in vitro örvényt. A katolikus egyház élesen bírálja az eljárást és a törvény elfogadását.

Az in vitro-eljárás Lengyelországban évekig elhúzódó vita után legálissá vált. A köztársasági elnök aláírta a törvényt, annak mindössze egyetlen cikkét küldte el az Alkotmánybíróságnak.

Az eljárást eddig csak privát kórházaknál alkalmazták, a kezelés költségeit a pároknak kellett viselniük. Az új törvény engedélyezi az eljárást, amennyiben legalább tizenkét hónapon belül minden más módszer eredménytelennek bizonyul.

Az embriók más célokra való tenyésztése, valamint a normális fejlődésre képes embriók megsemmisítése továbbra is tilos.

A törvény aláírásával nem került pont az elhúzódó társadalmi és egyházpolitikai vita végére. A katolikus egyház tovább folytatja a keresztes hadjáratot: Andrzej Dzięga stettini érsek „jogi bűncselekményt” emleget, Stanislaw Dziwisz krakkói bíboros szerint pedig a törvény „összeegyeztethetetlen a kereszténységgel”. A szenátusi zárószavazást megelőzően a lengyel püspöki kar kinyilvánította, hogy a keresztények nem támogathatják az in vitro-eljárást, ha a hívők közösségében akarnak maradni.

Thaiföldön betiltották az üzletszerűen folytatott béranyaságot
Ärzte Zeitung online, 30. 07. 2015

Kulcsszavak: béranyaság, Thaiföld

Forrás Internet-helye:

http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/gesundheitspolitik_international/default.aspx?sid=891293&cm_mmc=Newsletter-_-Newsletter-C-_-20150731-_-Gesundheitspolitik+international

Thaiföldön hatályba lépett az üzletszerűen folytatott béranyaság betiltásáról szóló törvény.

A kórházak a továbbiakban nem kínálhatnak fel béranyasági szolgáltatásokat. Sperma és petesejt áruba bocsátása is tilos.

A béranyaságot elősegítő orvosokat egy évig, a béranyaságot vállaló személyeket tíz évig terjedő börtönbüntetéssel sújtják.

A februárban bejelentett intézkedést két nemzetközi botrány előzte meg:

Egy ausztrál házaspár egy ikerpárból csak az egyiket tartotta meg, a beteg ikertestvért visszaküldte.

Egy dúsgazdag japán pedig utódlása bebiztosítása céljából legalább tíz babát nemzett béranya igénybevételével.

A thaiföldi törvények eddig meglehetősen zavarosak voltak. Számos ügynökség élt vissza a joghézagokkal annak érdekében, hogy az egész világról ügyfeleket toborozzon a béranyaság igénybevételére.

ELŐJEGYZÉSI LISTA:

2015. 18. sz. (2015. aug. 17.)

- Jelentés a kórházak helyzetéről Németországban – *Krankenhaus Rating Report 2015 (RWI)*
- A privát kórházak helyzete Németországban 2015-ben (RWI)
- Jelentés az ápolás helyzetéről 2015-ben – *Pflege-Report 2015 (WIdO)*
- Jelentés a nyugdíjbiztosítás helyzetéről Németországban – *Versichertenbericht 2015 (Deutsche Rentenversicherung)*
- A svájci időskori gondoskodás reformja (*Altersvorsorge 2020*) helyzetének áttekintése
- Az időskori biztosítás indikátorai Svájcban 2012-ben

VÁRÓLISTA:

Soziale Sicherheit, CHSS, 2015. 2. sz.:

- A magas egészségügyi költségek okai a szociális segélyek területén
- Az off-label gyógyszeralkalmazás értékelése a kötelező betegbiztosítás területén
- A kórházak klasszifikációja: az intézmények összehasonlításának új algoritmus

Egyéb vegyes:

- Minőségmérés az amerikai kórházakban
- Jelentés a németek egészségmagatartásáról
- Szociális státusz és egészségi állapot (*Robert-Koch-Institut*)
- Alapbiztosítás és időskori szegénység (*Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung*)
- Jelentés az antibiotikumok alkalmazásáról 2014-ben (*DAK-Forschung*)
- A szolgáltatások prioritizálását a haszonelvűség határozza meg
- Túlellátottság a terhesgondozás területén (*Bertelsmann Stiftung*)
- Ambuláns potenciális a kórházi sürgősségi ellátásban (*IGES – Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung*)
- A gyógyszerpiac helyzete Svájcban 2015-ben – *Pharma-Markt Schweiz 2015 (Interpharma)*
- Praxishírek: Búvárok alkalmassági vizsgálata (stb.)

Rövidhírek (aleatorikusan):

Praxishírek (*Arzt & Wirtschaft*)

Gyógyszerpiaci rövidhírek (*Pharmazeutische Zeitung, Deutsche Apotheker Zeitung*)

Népegészségügyi rövidhírek (*Robert-Koch-Institut*)