

Egészséggazdasági, egészségpolitikai és szociálpolitikai nemzetközi sajtószemle

2016. 13. sz.

Egészséggazdaság, piac, verseny:

- A verseny szerepe az egészségügyben: Németország, Hollandia és Svájc tapasztalatai (2. rész): Németország

Kórházügy, térítések, esetátalányok, DRG:

- A biztosítottak pénzének elosztásáról. Jelentés a szélsőséges költségekről – *Extremkostenbericht 2016*

Ápolás:

- Jelentés az ápolás helyzetéről Németországban. Szövetségi szintű felmérés a vezetők körében az ápolás és a betegellátás helyzetéről az ambuláns ápolás területén – *Pflege-Thermometer 2016*
- Részmunkaidő az egészségügy és az ápolás területén
- Felmérés az időskorúak hozzátartozók általi ápolásáról
- Bírósági ítélet a „szabadfoglalkozású” műtős nővérek társadalombiztosítási járulékairól
- A Caritas családsegítő szolgálatainak értékelése Trier diokézisben
- Ápolás 4.0 – Intelligens technika alkalmazása a szakápolásban
- Jelentés a kutatás helyzetéről a robotika területén

Románia:

- Botrány Romániában. Pancsolt fertőtlenítőszer a kórházakban
- Eltussolt sertésinfluenza-fertőzés okozhatta két ember halálát. A kolozsvári urológia vezetősége tagadja a vádakot

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

***Timo Blenk et al: A verseny szerepe az egészségügyben:
Németország, Hollandia és Svájc tapasztalatai (2. rész):
Németország***

Friedrich-Ebert-Stiftung
WISO Diskurs, 01/2016 (36 p.)

Kulcsszavak: egészséggazdaság, piac, verseny, Németország

Forrás Internet-helye: <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/12172.pdf>

4. A versenypolitika helyzete Németországban

4. 1. Alaphelyzet

1996-ban, a szabad pénztárválasztás bevezetésével az egészségpolitikai diskurzus főleg a biztosítási piacot vette célba. A korábbi reformtörekvések kijózanító tapasztalatai után a betegpénztárak közötti versenytől remélt hatékonyságfokozó effektusok tekintetében most elsősorban a járulékstabilitástól és a költségsökkentéstől várták a hatékonyságfokozó effektust.

A versenyfeltételek az előző években elfogadott reformtörvényekkel folyamatosan javultak: az egészségügyi reformról szóló törvény (*Gesundheitsreformgesetz – 2000*), az egészségügy modernizációjáról szóló törvény (*Gesundheitsmodernisierungsgesetz – 2004*), a versenynek a kötelező betegbiztosítás területén való erősítéséről szóló törvény (*GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – 2007*), a kötelező betegbiztosítás finanszírozásáról szóló törvény (*GKV-Finanzierungsgesetz – 2011*), a kötelező betegbiztosítás struktúráiról szóló törvény (*GKV-Versorgungsstrukturgesetz – 2012*).

A saját rendelővel rendelkező [ún. „letelepedett”] orvosok, mint klasszikus egyéni vállalkozók mellett az ambuláns ellátás területén új jogi és szervezeti formák váltak lehetővé, mint pl. az egészségügyi ellátási központok (*medizinische Versorgungszentren – MVZ*), praxishálózatok vagy fiókpraxisok. A kórházi ellátás területén az esetátlányok (DRG) bevezetése megeremtette a kórházak és betegpénztárak közötti szelektív szerződések lehetőségét. Ugyanez érvényes a gyógyszerügy és a segédeszközök területén. Jóllehet a törvényhozói aktivitások nem voltak minden esetben halaszthatatlanok – olykor egy lépést eredményeztek előre, kettőt hátra – a törvényhozó szándéka a minőségügyi versenynek a szolgáltatások piacán szelektív szerződésekkel történő megerősítésére, szembenítő. Szakértői jelentésében mind a monopóliumok bizottsága (*Monopolkommission, 2008/09*), mind az egészségügyi fejlődés szakértői bizottsága (*Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2012*) nyomatékosan e hatékonysági potenciál növelése mellett foglalt állást.

4. 2. Versenyfeltételek

A versenyhelyzet egyik előfeltétele az alternatív és szubsztitúciós lehetőségek megléte. Jelenleg 123 kötelező betegbiztosítási fenntartó áll rendelkezésre, így a biztosítottaknak éppen elég választási és átlépési lehetőségük van. A 2010/11-ben, a kiegészítő járulékok bevezetése által indukált betegpénztárak közötti vándorlási folyamatok meggyőzően szemléltetik, hogy a biztosítottak az árak tekintetében kellőképpen rugalmasak és tudatosan váltanak pénztárt.

Ez felveti a versenyjog alkalmazásának kérdését az egészségügy területén. A német törvényhozó ebben a tekintetben is lépéskényszerben van. Továbbá lehetőséget kell biztosítani a korlátok nélküli piaci megjelenésre, ill. vállalkozói csőd esetén a piacról történő kiválásra. Ami a betegpénztárakat illeti, a szabad pénztárválasztás bevezetése (1996) óta fúziók és felszámolások formájában bekövetkezett egy piactisztító koncentrációs folyamat. Új betegpénztárak alapítására ezzel szemben nincs kilátás. Hasonló folyamat megy végbe a kórházak tekintetében is, ott is a kórházak fúziója vagy bezárása figyelhető meg. A betegpénztárak közötti verseny eddig elsősorban a kiegészítő járulékok elkerülésére irányult. A transzparencia, az orvosi szolgáltatások összehasonlíthatósága, a minőség tekintetében továbbra is sok a tennivaló. A szereplők verseny iránti igénye, éppen a saját rendelővel rendelkező orvosok, a gyógyszerészek, ill. ezek szövetségei részéről, számos kívánnivalót hagy maga után. A piacra lépés korlátai a kötelező, szükségletektől függő betegpénztári engedélyezés folytán éppen a betegpénztári orvosi egyesülési ellátásban való részvétel tekintetében igen magasak. A piacról a „vállalkozói” siker hiánya miatti kilépés ezzel szemben alig figyelhető meg.

4. 3. Kezelési piac

Németországban a kezelési piacon végbemenő versenyre elsősorban az „egészségpiacon”, a privát, gyakran privát kiegészítő biztosításokból, vagy saját forrásokból finanszírozott szolgáltatásokért kerül sor. Ez az eset főleg akkor áll fenn, ha a szolgáltatók és a fogyasztók direkt kapcsolatban állnak egymással. Ilyenek az egyéni egészségügyi szolgáltatások (*individuelle Gesundheitsleistungen – IGEL*), a nem vényköteles gyógyszerek, vagy a választott kórházi szolgáltatások. A kereslet alakulására individuális preferenciák és haszonszámítások, e szolgáltatások igénybevételére a személyes fizetőkészség és -képesség alapján kerül sor. Ám a minőség és az orvosi célszerűség tekintetében gyakran lép fel a szolgáltatók és az ilyen szolgáltatásokat igénylők közötti aszimmetrikus információáramlás. Egy privát finanszírozású kezelési piacból származó verseny a szabad orvosválasztás ellenére nem eléggé artikulált. A biztosítottak és betegek számára gyakran nem áll rendelkezésre elégséges információ a minőségre és a szolgáltatók alkalmasságára vonatkozóan.

4. 4. Szolgáltatási piac

A betegpénztárak és szolgáltatók, vagy szolgáltatói csoportok közötti szelektív szerződéskötésre

- modellkísérletek;
- háziorvosi központú ellátás;
- különleges ambuláns orvosi ellátás;
- betegségmenedzsment-programok, valamint
- integrált ellátás keretében közötti szerződések

formájában kerülhet sor.

A részvétel a biztosítottak számára a betegpénztáraknál választott tarifák keretein belül önkéntes. Mindenesetre a biztosítottakat legalább egy évig köti a tarifa. Ez idő alatt csak olyan orvoshoz fordulhatnak, akivel betegpénztáruk szerződést kötött. Szabad orvosválasztásuk így korlátozódik. A háziorvosi központú ellátás keretében a háziorvos dönt mindennemű további szakorvosi kezeléssel. Az ilyen választott tarifák

előnye nem valamilyen pénzügyi kedvezményben, hanem pl. alacsonyabb járulékkulcsban vagy díjvisszafizetésben áll.

4. 5. Biztosítási piac

A verseny felé tett első lépés a szabad pénztárválasztás bevezetése volt (1996). Ahhoz, hogy a betegpénztárak közötti verseny ne fajuljon az ún. „jó” kockázatokért való versenyfutássá, a betegpénztárak számára a diszkrimináció tilalma mellett előírták a szerződéskötés kötelezettségét. A járulékkulcs (jelenleg: kiegészítő járulék) mértékének a betegpénztár teljesítőképességét és nem „kedvezőtlen” kockázati struktúráját kell tükröznie. Ennek kiküszöbölése céljából visszatérően egy átfogó morbiditásorientált strukturális kockázatkiegyenlítés (*morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich – Morbi-RSA*) bevezetésére került sor.

Mindenesetre a betegpénztárak mozgástere a verseny területén lényegében a járulékautonómiára korlátozódik. Csekélyebb mértékben az önkéntes szerződéses szolgáltatások, a bónusz-szolgáltatások, a választható tarifák (egyebek között: önrészek, járulékvisszatérítés), valamint a prevenciós és a munkahelyi egészségmenedzsment területén próbálkozhatnak. Ezenkívül modellkísérletekben, valamint Managed-Care-modellekben (pl. háziiorvosi szerződésekben) való részvételre nyílik lehetőségük. A biztosítottak e keretek között gyakorolhatják választási és átlépési opcióikat. Mivel a szolgáltatási katalógust a Közös Szövetségi Bizottság (*Gemeinsamer Bundesausschuss*) egységesen szabályozza, az egészséges biztosítottak pedig elsődlegesen alacsony járulékkulcsokban érdekeltek, fennáll az „árverseny” tendenciája. A betegpénztárak érdekei és az átfogó minőségügyi verseny lehetőségei egyelőre másodrangúak. Érdemleges volumenű minőségügyi versenyre egyelőre nem kerül sor.

4. 6. Versenypolitikai reformszükséglet

1996-ban, a szabad pénztárválasztás bevezetésével a kötelező betegbiztosítás területén megeremtődött a versenyhelyzet, amely a betegpénztárak közötti ár- és szolgáltatási versenyt eredményezte. Ez a folyamat látványos piactisztítást eredményezett: a betegpénztárak száma több mint 1.200-ról a mai 123-ra csökkent. Ez a koncentrációs folyamat további fúziókkal és pénztárbezárásokkal folytatódni fog.

Az, hogy a verseny mennyiben járult hozzá ténylegesen a (kiegészítő) járulékkulcsok stabilizálásához, még nem állapítható meg pontosan. A versenyre jellemző elemek bevezetésétől remélt minőségügyi verseny – eltekintve a betegpénztári szolgáltatások jobb minőségétől – egyelőre csak a szándékokban nyilvánul meg. A betegpénztárak politikailag megkívánt vállalkozói irányultságának megerősítése és ezzel egyidejűleg a társadalombiztosítási önkormányzat pozíciójának gyengítése a betegpénztáraknak a piac és a szociális egyenlőség közötti új azonosságát hozta létre – ami nem válik éppen a biztosítottak javára.

Falk Osterloh: A biztosítottak pénzének elosztásáról.

Jelentés a szélsőséges kórházi költségekről

Deutsches Ärzteblatt print, 2016; 113(14): A-631 / B-533 / C-529

Kulcsszavak: kórházi költségek, DRG, Németország

Forrás Internet-helye:

<http://www.aerzteblatt.de/archiv/175659/Verteilung-der-Versichertengelder-Gut-aber-nicht-gut-genug>

Jelentés a szélsőséges kórházi költségekről:

Extremkostenbericht 2015, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH, Siegburg, 17. März 2015, 147 p.):

[http://www.g-drg.de/cms/G-DRG-](http://www.g-drg.de/cms/G-DRG-System-2015/Extremkostenbericht_gem.17b_Abs.10_KHG)

[System-2015/Extremkostenbericht gem. 17b Abs. 10 KHG](http://www.g-drg.de/cms/G-DRG-System-2015/Extremkostenbericht_gem.17b_Abs.10_KHG)

Extremkostenbericht 2016, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH, Siegburg, 29. Februar 2016, 190 p.): [http://www.g-drg.de/cms/G-DRG-](http://www.g-drg.de/cms/G-DRG-System-2016/Extremkostenbericht_gem.17b_Abs.10_KHG)

[System-2016/Extremkostenbericht gem. 17b Abs. 10 KHG ;](http://www.g-drg.de/cms/G-DRG-System-2016/Extremkostenbericht_gem.17b_Abs.10_KHG)

<http://www.aerzteblatt.de/down.asp?id=16408>

A német egészségügyi rendszerben komplikált mechanizmusok közvetítésével milliárdos nagyságrendű összegek szétosztására kerül sor. Az elmúlt évben az Egészségügyi Alapból (*Gesundheitsfonds*) 206,2 milliárd EUR-t osztottak szét a betegpénztárak között. Ennek keretében a betegpénztárak biztosítottanként egy alapátalányban, valamint a morbiditásorientált strukturális kockázatkiegyenlítés (*morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich – Morbi-RSA*) keretében pótlékokban és levonásokban részesülnek. Bevezetése óta (1994) a morbiditásorientált strukturális kockázatkiegyenlítés még soha nem felelt meg annyira rendeltetésének, mint ma. Kezdetben csak a biztosítottak életkorát és nemét, valamint a betegpénzre való jogosultságot és a csökkent keresőképesség miatti nyugdíjasok számát vették figyelembe, 2009. óta azonban a biztosítottak 80 kiválasztott betegség szerinti morbiditását is bevonták az eljárásba. 2014-ben további pontosításra került sor a betegpénz és a külföldi biztosítottak vonatkozásában.

További milliárdos nagyságrendű összegek szétosztására kerül sor a kórházak között a DRG-rendszer keretében. Az elosztási kulcsot a Kórházi Térítések Rendszerének Intézete (*Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus – InEK*) határozza meg, amely az esetátalányokat is kiszámítja. Az intézet tavaly tette közzé a szélsőséges kórházi költségekről szóló első jelentését, amelyben azonosítja a statisztikai átlagból kilógó eseteket, amelyeket az esetátalányok nem képeznek le adekvát módon. A most közzétett második jelentés szerint a rendszer részleges kiigazításával „a statisztikai átlagból kilógó esetek által okozott megterhelések a 2013. évi 30,7 millió EUR-ról 2014-ben 5,3 millió EUR-ra estek vissza”.

Olasói levél Falk Osterloh cikkéhez: Az ápolóhiányról

Kulcsszavak: ápolás, ápolóhiány, Németország

Forrás Internet-helye: <http://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=179229>

A cikk utolsó bekezdésében olyan állítás fogalmazódik meg, amely egy orvosi szaklapban nem jelenhetne meg és nem maradhat kommentár nélkül. Jörg Reschke, a Helios Kliniken igazgatósági tagjának kijelentése, miszerint a jó IT-struktúrák fontosabbak a szakképzett ápolószemélyzetnél, nem csupán az ápolószemélyzet arculcsapása, hanem a privát kórházláncoknál döntési helyzetben levő személyek tudatlanságáról is árulkodik. A modern, csúcstechnológiával működő kórházi ellátás fő problémája nem a folyamatokban rejlik, ezek nagyjából jól működnek, hanem az ápolószemélyzet általi közvetlen gondoskodás hiányában áll, amely a munkaerőhiány következménye. Mindenki számára legyen világos, hogy az ápolás területén igenis szükség van redundanciákra. Egy éve betegként több hétig tartózkodtam a Helios-konzern egyik kórházának intenzív osztályán. A személyzet kiváló munkát végzett, a folyamatok szervezése kiemelkedő volt. Az egyetlen dolog, amit aránytalannak véltem, a személyzeti ellátottság volt: az intenzív osztályon ugyanis egy ápolóhoz két beteg tartozott. Ez hatalmas fizikai és pszichés megterhelést jelent az ápolószemélyzet számára. Naivitás lenne azt hinni, hogy a jó információtechnológiai felszereltség megoldaná a személyzet megterheltségét. Köztudott, hogy a számítógépek nem tudnak száz kilós betegeket emelgetni és nem képesek betolni a kacsát, vagy az ágytálat, esetleg a beteg kezébe adni az ivócsészét.

Prof. Dr. med. habil. Jens Oeken, Chefarzt der Klinik für HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie, Klinikum Chemnitz gGmbH, 09116 Chemnitz

***Prof. Dr. Michael Isfort et. al.: Jelentés az ápolás helyzetéről Németországban.
Szövetségi szintű felmérés a vezetők körében az ápolás és a betegellátás
helyzetéről az ambuláns ápolás területén – Pflege-Thermometer 2016***

Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip),
Köln, 29. April 2016

Kulcsszavak: ápolás, ambuláns ápolás, emberi erőforrás, Németország

Forrás Internet-helye:

http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Endbericht_Pflege-Thermometer_2016-MI-2.pdf

1. A legfontosabb eredmények összefoglalása

1.1. Pénzügyi helyzet

A tanulmány szerint az ambuláns szolgálatok 4,4%-a egzisztenciálisan veszélyeztetett helyzetben van.

Az ambuláns szolgálatok 66,3%-a az előző évhez viszonyítva növelte forgalmát, ám ez nem vezet automatikusan bevételnövekedéshez. Ezt csak minden második szolgálat (49,9%) erősítette meg. Ám ez is csak félig igaz. Csak minden tízedik ápolási szolgálat (8,8%) értett egyet teljes mértékben azzal, hogy bevételeik stratégiaileg fontos kiadásokat, pl. további személyzetbővítést tennének lehetővé. A forgalom és a bevételek részleges növekedése elsősorban az ellátási tevékenységek bővülésének tulajdonítható. A gondozott ügyfelek számának növekedése, ill. csökkenése tekintetében a megkérdezett ambuláns intézmények arról számoltak be, hogy 2015-ben 2014-hez viszonyítva a Társadalombiztosítási Törvénykönyv Ötödik Könyve (SGB V) szerinti [egészségügyi] ellátási szolgáltatásaik 60%-kal csökkentek, a Tizenegyedik Könyv (SGB XI) szerinti [ápolási] szolgáltatásaik viszont 56,6%-kal növekedtek.

Tendenciálisan egyre nehezebb a piacon olyan szolgáltatásokat elhelyezni, amelyek költségeit a társadalombiztosítás nem vállalja. Csak minden negyedik ambuláns szolgálat (24,8%) tapasztalta, hogy 2014 és 2015 között az ügyfelek privat finanszírozású szolgáltatások igénybevételére való hajlandósága növekedett volna.

Az ambuláns szolgálatok elsősorban az otthoni gondozás területén versenyben állnak a külföldi háztartási és gondozó személyzetet közvetítő cégekkel. Az elmúlt év során minden második ápolási szolgálatot felkerestek külföldi háztartási és gondozó személyzet kiközvetítésének ajánlatával. Az ambuláns szolgálatok ügyfeleinek 5%-a rendszeresen vagy rendszertelenül foglalkoztat külföldi háztartási vagy gondozó személyzetet.

Az ambuláns ápolási szolgálatok mindazonáltal optimisták. 2016-ban minden negyedik szolgálat működésének bővítését tervezi, miközben egyre több ügyfelet kell ellátni és több személyzetet foglalkoztatni. További 32,4% ezzel tendenciálisan inkább egyetért. Ez azt jelenti, hogy 2016-ban a megkérdezett szolgálatoknak több mint a fele (56,8 %) szolgáltatásbővítést tervez.

1.2. Munkaerőhiány és növekedés

Az ápolási szolgálatok száma 1999 és 2013 között csaknem 2.000-rel (+18%) növekedett. Az ápolásra szorulóknak számának 1999 és 2013 között 200.000 fővel (+48%) való növekedésével az ambuláns szektorban a foglalkoztatás is növekedett. A vizsgált időszakban a foglalkoztatottak száma 184.000-ról 320.000-re (+75%) növekedett. Ebben az ápolói foglalkozások játszották a legnagyobb szerepet. 2013 végén az ambuláns szolgálatoknál 158.000 hároméves képzéssel rendelkező személy dolgozott. Az ápolói foglalkozások jelentőségét e területen további segéd-idősgondozóként és segéd-betegápolóként dolgozó 27.800 foglalkoztatott nyomatékosítja.

A foglalkoztatottak száma az idősápolás területén 1999 és 2013 között 43.200 fővel növekedett. A gondoskodási szolgáltatások növekedésére csakis a foglalkoztatottak számának múltbeli növekedése alapján kerülhetett sor. Ez a folyamat azonban az ápolási szolgáltatások egyéb szektoraiban (részleges/teljeskörű ápolás/kórház) jelentkező szükségletnövekedéssel összefüggésben korlátokba látszik ütközni. Az ambuláns szektorban már most is jelentős, aktuálisan kezelhetetlen munkaerőhiány jelentkezik. Különböző modellszámítások szerint a hároméves képzéssel rendelkező szakápolók számára rendelkezésre álló, betöltetlen állások száma legalább 21.230 és maximum 37.200 (teljes munkaidős állások).

A munkaerőhiány már az ellátások és bevételek szempontjából is releváns. Minden második szolgálat állítja, hogy 2015-ben munkaerőhiány miatt nem tudott eleget tenni az ügyfelek megkereséseinek. Minden ötödik szolgálat tervezi, hogy leépíti az aktuális munkaerőhiány miatt nem teljesíthető szolgáltatási kínálatait. És minden második szolgálat nemmel válaszol arra a kérdésre, hogy teljes mértékben képes-e teljesíteni működési célkitűzéseit és hogy egyáltalán érinti-e a munkaerőhiány

A személyzeti helyzet az ambuláns szolgálatoknál belátható időn belül tovább éleződik. Egyrészt növekednek a lakosság ellátás iránti szükségletei, másrészt fokozódik az ápolószemélyzet életkor miatti visszavonulása. A foglalkoztatottak körében a legnépesebb korcsoportot a 41-50 év közöttiek képezik. Az ápolószemélyzet 15%-a jelenleg 56 éves vagy annál idősebb, tehát a következő években előrehozott nyugdíjba, vagy a korhatár elérésével nyugdíjba vonulhat. Az ambuláns szolgálatok számára az elkövetkező tíz év során jelenleg körvonalazódó perspektíva szerint 23.500 ápolót kell még rendszerbe állítani.

1.3. Elszámolás, szolgáltatások orvosi rendelése, reformszükséglet

A szolgáltatások elszámolásának és felírásának gyakorlata nemcsak a mindennapi működés pénzügyi biztosítását érinti. Ezekhez a bizonylatok és a dokumentáció hatalmas tömege társul. A gyakorlatban hatalmas hiányosságokkal kell megküzdeni. A szolgáltatás megtagadása, vagy már teljesített és felírt szolgáltatások figyelmen kívül hagyása, vagy akár a végleges elismerés időbeli késleltetése az ambuláns szolgálatok és betegpénztárak közötti együttműködés mindennapi részévé vált. Mindezt a tanulmány az utóbbi három hónap engedélyezései alapján meggyőzően bizonyítja.

A költségviselők részéről 4,6 elismert rendelésre egy teljes elutasítás jut. Hasonló a helyzet a kezelőorvos általi rendelések esetén, amelyeket ugyancsak részben engedélyeznek. Ebben a tekintetben az arány 4:1. A költségviselő minden harmadik rendelésnél iratkiegészítésre szólít fel. Az elszámolások gyakorlatával összefüggésben felmerülő problémák közül első helyen áll, hogy az engedélyezésre több mint négy hétig kell várni.

A megkérdezettek 60%-a tendenciálisan egyetért azzal, hogy az ápolts személyek házi orvos általi szakmai megítélése a javasolt felírást eredményezi. A szakorvosi rendelések tekintetében ezt csak 36% állítja.

A segédeszközök betegpénztár általi engedélyezése tekintetében a pozitív válaszok aránya valamivel alacsonyabb (32%). A megkérdezettek kedvező „iskolai osztályzatokkal” értékelték a házi orvosokkal való kooperációt. 17,5% „nagyon jónak”, további 49,5% „jónak” ítéli meg a kooperációt. A szakorvosokkal való kooperációt a megkérdezettek 7%-a tartja „nagyon jónak”, 34%-a „jónak”. Valamivel alacsonyabb értékelést kapott a betegpénztárak ügyintézése tekintetében folytatott kooperáció: a kooperáció ebben a tekintetben 5% szerint „nagyon jó”, 31% szerint „jó”, 25% szerint kielégítő vagy hiányos.

A szolgáltatások rendelésével és az elszámolásokkal összefüggő gyakorlatot a megkérdezettek a bürokrácia csökkentésének fontos területeként nevezik meg. A döntő többség (90%) teljesen egyetért az ápolási dokumentáció és információgyűjtés csökkentésével. Hasonló az arány az ambuláns szolgálatoknál felmerülő reformszükséglettel (91%), valamint az elszámolások bürokráciájának csökkentésével kapcsolatban (90%).

Kontakt:

Elke Grabenhorst,

Tel: 49-221/ 46861-30

[Lásd még: *Jelentés az ápolás helyzetéről Németországban – Pflege-Thermometer, 2010. 29. sz.; 2012. 32. sz.; 2014. 40. sz.*]

Denise Becka et al.: Részmunkaidő az egészségügy és az ápolás területén
Institut Arbeit und Technik (IAT)
Forschung Aktuell, 4/2016 (17 p.)

Kulcsszavak: egészségügy, ápolás, munkaidő, részmunkaidő, Németország

Forrás Internet-helye:

<http://www.iatge.de/forschung-und-beratung/publikationen/forschung-aktuell.html>

Ápolás részmunkaidőben: az ápolói segédszemélyzet a legérintettebb

Az ápolási foglalkozások körében a részmunkaidősök aránya az idősápolás (63,9%), valamint a betegápolás (53,8%) területén működő segédszemélyzetnél a legmagasabb. Harmadik helyen az ambuláns ápolást nyújtó otthoni ápolók állnak (46,4%). A szakápolók körében a részmunkaidősök aránya 37% (idősápolás) és 40% (betegápolók) között mozog.

Részmunkaidő és határozott időre szóló szerződés

A részmunkaidőben foglalkoztatottak körében a határozott időre szóló szerződéssel rendelkezők aránya 20,3%, a teljes munkaidősök körében 14%. Összességében ez más ágazatokban is így van.

Túlmunka – minden második foglalkoztatott többet dolgozik, mint amennyire szerződött

Az összes foglalkoztatott 43%-a válaszolja, hogy többet dolgozik, mint amennyi a szerződésében áll. Ez az arány az irodai és igazgatási személyzet körében a legalacsonyabb (41%), az ápolói foglalkozások körében a legmagasabb (52%). Másrészt az egészségügyi személyzet, az irodai és igazgatási alkalmazottak, valamint a fémiparban dolgozók 54-58%-a állítja, hogy be tudja tartani a szerződésben rögzített munkaidőt. Ezzel szemben az ápolói foglalkozások körében a rendszeresen túlmunkát végzők aránya meghaladja azokat, akik be tudják tartani a szerződéses munkaidőt (46%).

Túlóradíjak – a fémiparban inkább, az ápolásban kevésbé szokásosak

A túlórázást a legtöbb szakterületen (54%-58%) szabadnapokkal kompenzálják. A túlórák pénzbeli térítéséről a fémipari alkalmazottak 23,4%-a, az ápolók 6,5%-a számol be. Azt, hogy a túlórázást semmilyen formában nem honorálják, az ápolók 8,2%-a, a fémipari alkalmazottak 8,3%-a válaszolja.

Munkafeltételek és munkaidő, munkaelégedettség

A munkával való elégedettség az összes foglalkozási csoport körében magas (3,3 és 3,7 közötti átlagértékek): az egészségügyi személyzet, az irodai és igazgatási alkalmazottak körében magasabb, az ápolói foglalkozások körében a legalacsonyabb.

A munkaidővel való elégedettség az irodai és igazgatási alkalmazottak körében a legmagasabb (átlagérték 3,9), az ápolói foglalkozások körében a részmunkaidősöknél a legalacsonyabb (átlagérték 3,2), a teljes munkaidős ápolók csak valamivel elégedettebbek (átlagérték: 3,3). Összességében az egészségügyi személyzet körében a részmunkaidősök munkaidővel való elégedettsége magasabb, mint az ápolói foglalkozások körében, akiket a váltott műszakban végzett és a hétfégi munka jóval gyakrabban érint.

A részmunkaidős foglalkoztatás választásának okai az ápolók körében

A részmunkaidő melletti döntés klasszikus okai: családi élet, háztartás, gyermeknevelés, szakmai továbbképzés. A rendelkezésre álló adatállomány szerint a részmunkaidő domináns okai: a családi élet és a gyermeknevelés: irodai és igazgatási alkalmazottak körében 56,7%, fémiparban 52,2%, egészségügyben általában 48,1%, ápolók körében 39,9%.

- Ezzel szemben az ápolók körében a részmunkaidő választásának domináns oka (41%) a teljes munkaidős foglalkoztatás általi megterhelés és stressz. 12% egészségi problémákra hivatkozik. A részmunkaidőben foglalkoztatott ápolók körében a magas megterheltség a legfontosabb indok.

- A megterheltség tényezője az egészségügyi foglalkozások körében általában is magas (21,7%). Egészségi problémákra 9,9% hivatkozik. A családi élettel összefüggő okok kihangsúlyozottabbak, mint az ápolók körében (gyermeknevelés 48,1%, háztartás 30,7%).

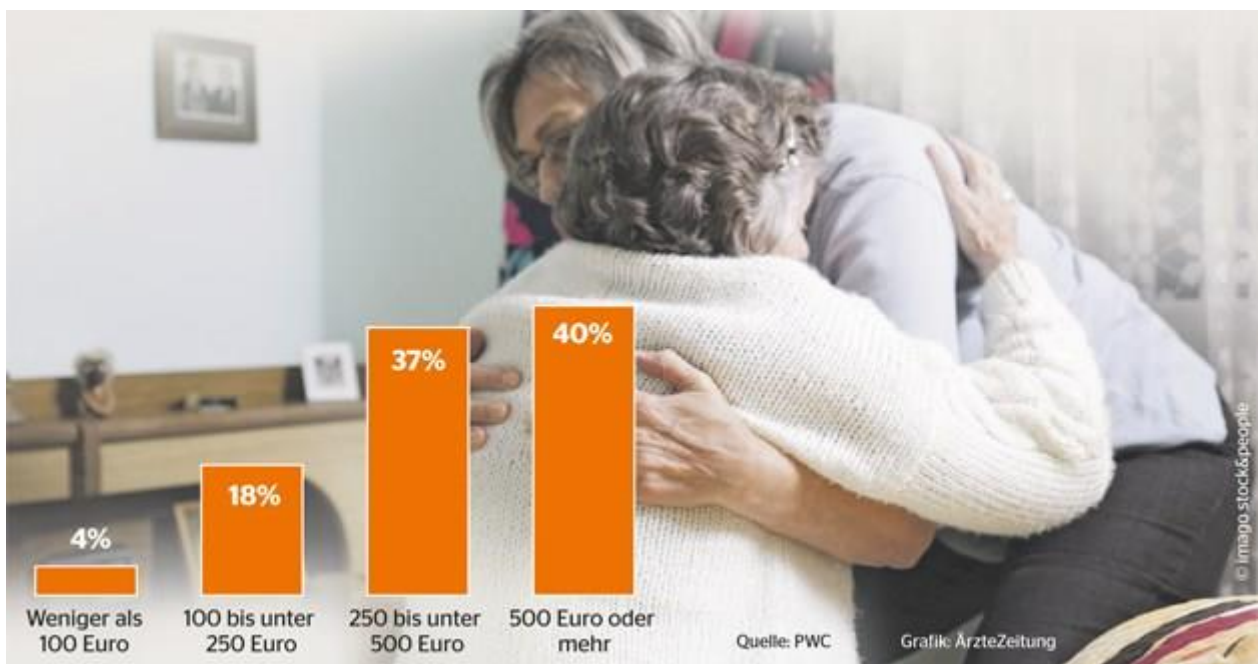
Felmérés az időskorúak hozzátartozók általi ápolásáról
PriceWaterhouseCoopers (PWC)

Kulcsszavak: ápolás. Németország

Forrás Internet-helye: <http://www.migazin.de/2016/03/31/jeder-zweite-deutsche-wuerde-angehoerigen-im-ausland-pflegen-lassen/> ;
<http://www.welt.de/politik/deutschland/article153780842/Pflege-im-Ausland-Oma-Export-wird-beliebter.html> ;
http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/pflege/default.aspx?sid=908179&cm_mmc=Newsletter-Newsletter-C-20160404-Pflege ;

A PriceWaterhouseCoopers felmérése szerint sokan vannak, akik időskorukban megtakarítási megfontolásból külföldön gondoztatnák magukat. A tavaly novemberben végzett felmérésben mintegy 1.000 személy vett részt.

Kérdés: "Mennyi állami támogatást kellene önnek havonta fizetni, ha hozzátartozója önnel gondoztatná magát?"



4% 18% 37% 40%
<100 EUR 100-250 EUR 250-500 EUR 500 EUR vagy annál több

Egy havi állami támogatás a németek háromnegyedét arra ösztönözné, hogy közeli hozzátartozóival gondoztassa magát. A németeknek mintegy a fele el tudná képzelni, hogy külföldön gondoztassa hozzátartozóit.

A megkérdezettek egyharmada 250 és 500 EUR közötti összeget tudna elképzelni, amely arra ösztönözné, hogy magához vegye és gondozza hozzátartozóját.

Többségben vannak a mohók: a megkérdezettek 40%-a 500 EUR-t vagy annál többet tartana méltányosnak hozzátartozójuk ápolásának díjazására. Sőt, a megkérdezettek kétharmada szerint az ápolásra szorulttá váló emberek ápolása nem a hozzátartozókra, hanem az államra tartozik.

A kötelező betegbiztosítástól eltérően, az ápolás területén nem létezik teljeskörű casco. Ez azt jelenti, hogy a szociális ápolásbiztosítás az ápolásra szorultságból keletkező költségeknek csak egy részét vállalja át.

Jelenleg kereken 2,7 millió személy veszi igénybe az ápolásbiztosítás szolgáltatásait. Az ápolásra szorulóknak 70%-át otthonában, 30%-át bentlakásos intézményben látják el.

Nem a pénz az első dolog, amely miatt az emberek vonakodnak elvállalni hozzátartozójuk ápolását. A megkérdezettek szerint a legfőbb ok a helyhiány (55%) és a túlterheltség miatti aggodalom (53%). A pénzügyi okok csak a harmadik helyen állnak (47%).

4.000 EUR-ig terjedő összeg áll rendelkezésre a lakásnak az ápolásra szorulóknak szükségletei szerinti átalakításához.

A német polgároknak csaknem a fele tudná elképzelni, hogy hozzátartozóit külföldön gondoztassa. A megkérdezés eredményei szerint ennek előfeltétele, hogy így 1.000 EUR-t takaríthatnának meg az ápolási költségekből.

A megkérdezettek 20%-a azonban erre abban az esetben lenne hajlandó, ha a németországiakkal azonos egészségügyi standardok és németül beszélő ápolók állnának rendelkezésre.

Az is feltétel, hogy lehetőség legyen a rendszeres látogatásokra. Ebben a tekintetben a megkérdezettek 34%-a szerint Spanyolország és Lengyelország lenne a legalkalmasabb. De 4% szerint Kína, 2% szerint pedig Közép-Afrika is megfelelő célország lehetne.

A társadalombiztosítás szolgáltatásai azonban nem exportálhatók minden további nélkül. A kötelező betegbiztosítás csúcshívővérsége (*GKV-Spitzenverband*) szerint a pénzügyi ápolási díj csak azokba az országokba vihető ki, amelyekkel Németországnak szociális biztonságról szóló egyezménye van.

Az ehhez képest csaknem kétszeres volumenű természetbeni szolgáltatások iránti jogosultságra, tehát alapellátásra és háztartási segítségnyújtásra csak az ország határain belül nyílik lehetőség.

Az Európai Bíróság már 2012-ben tisztázta, hogy ilyen jogosultság nem áll fenn, a tagállamokon belüli költözködésnek betegség vagy ápolásra szorultság esetén költségsemlegesnek kell lennie.

***Bírósági ítélet a „szabadfoglalkozású” műtős nővérek
társadalombiztosítási járulékaikról***

Arzt & Wirtschaft Online, 11. Mai 2016

Kulcsszavak: bírósági ítélet, műtős nővérek, foglalkoztatottak társadalombiztosítási járulékaik, Németország

Forrás Internet-helye:

http://www.arzt-wirtschaft.de/op-schwester-als-freie-mitarbeiterin-sozialversicherungsbeitraege-sind-trotzdem-faellig/?auwUsrGr=so&utm_campaign=FINANZEN-Newsletter-11-05-2016-2016-05-11+07%3A11%3A00&utm_source=AuW-Newsletter&utm_medium=email&utm_term=Praxiskosten-OP-Schwester+als+%E2%80%9Efreie+Mitarbeiterin%E2%80%9C%3A+Sozialversicherungsbeitr%C3%A4ge+sind+trotzdem+f%C3%A4llig&utm_content=SO

A munkatársak társadalombiztosítási járulékaik kellemetlen kötelezettségnek számítanak, amelyek jócskán megnövelhetik a praxisok és kórházak terheit. Egy aktuális bírósági ítélet szerint ezen az sem változtat, hogy a munkatársat „szabadfoglalkozásúként” alkalmazzák.

A Mainzi Szociális Bíróság egy műtős nővér ügyében úgy döntött, hogy rendszeres megbízójának be kell jelentenie őt a beteg-, ápolás- és munkanélküliségi biztosításba és be kell fizetnie a megfelelő járulékokat. Ezen a tényen az sem változtat, hogy a foglalkoztatásra „szabadfoglalkozású” személlyel kötött szerződés keretében került sor (2016. március 18-i ítélet, Aktaszám: S 10 R 205/14).

Egy állami elismeréssel rendelkező szakképzett műtős nővér 2013-ban műtős tevékenységre szerződést kötött egy kórházzal. A szerződés szerint a felperes szabadfoglalkozású munkatársként szolgáltatásokat nyújt a műtőben. Ezek közé tartozott a műtős tevékenységek tervezése, végrehajtása, dokumentációja. A tevékenységre a kórház nevében került sor, anélkül, hogy ez munkaviszonyt hozott volna létre. A felperes saját munkaruházatot és kitűzőt használt. Betegség esetén nem volt jogosult a fizetés további folyósítására (*Entgeltfortzahlung*).

Miután mind a kórház, mind a felperes kérelmet nyújtott be a társadalombiztosítási státusz megállapítására, a nyugdíjbiztosító úgy foglalt állást, hogy a felperes függő foglalkoztatási viszonyban áll és ezért fennáll a beteg-, ápolás- és munkanélküliségi biztosítási kötelezettség. A bírák az összes körülmény mérlegelésével egyhangúlag úgy döntöttek, hogy a felperes társadalombiztosításra köteles foglalkoztatási viszonyban áll a kórházzal.

Univ.-Prof. Dr. phil. Frank Weidner:
A Caritas családsegítő szolgálatainak értékelése Trier diokézisben
Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V, (dip)
Köln, Januar 2016 (55 p.)

Kulcsszavak: családügy, családsegítő szolgálatok, Németország

Forrás Internet-helye:

http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Statusanalyse_FP_CV_Trier_dip_final_160125.pdf

3. 4. Kihívások és fejlemények

A kiszállások gazdaságossága

A szolgálatvezetők forráshiányról számolnak be, a családsegítő szolgálatok gyakran kényszerülnek a Caritas saját eszközeinek igénybevételére. Emiatt egyes szolgáltatások és támogatások biztosítására a jövőben már nem is lesz mód. Problémák merülnek fel pl. a kiszállások elszámolásával kapcsolatban. „A kiszállás elszámolása eleve problematikus, mivel az előírások szerint a kiszállás célállomása nem lehet távolabb, mint 40 km, az oda-vissza út tehát nem haladhatja meg a 80 km-t.“ Egy klasszikus családsegítő kiszállás dokumentumelemzéséből (esetleírásából) egy jellemző kihívással szembesülünk. A családsegítőt egy ismerős hívta ki, miután egy anya belehalt az ikerszülésbe, a csecsemőket pedig még kórházban gondozták. A Caritas kiszállásának célja az apa lelkigondozása, támogatása volt. A költségátvállalás azonban a Társadalombiztosítási Törvénykönyv Ötödik Könyve (*Sozialgesetzbuch V*) alapján nem bizonyult jogszerűnek, a városi gyermekvédelmi hivatal pedig elutasította a kifizetést, amit aztán végül az illetékes helyi gyermekvédelmi hivattal sikerült rendezni.

A legnagyobb kihívást a kiszállások gazdasági vonatkozásai és az engedélyek jelentik. Az érintettek számos esetről számolnak be, amikor az illetékes betegpénztár csak hosszadalmas eljárás után engedélyezi a családsegítő kiszállását. Ez nemcsak a kiszállások tervezését nehezíti meg, hanem a családokat is nehéz helyzetbe hozza. A családsegítő kiszállásainak engedélyezése tekintetében az egyes betegpénztárak között jelentős különbségek vannak. A kizárólagosan háztartási tevékenységeket részben engedélyezik, a családsegítő szakképzett személyzetének kiszállását azonban már nem, márpedig a családsegítő szolgálatok megítélése szerint erre is szükség lenne.

Ápolás 4.0 – Intelligens technika alkalmazása a szakápolásban
Initiative Neue Qualität der Arbeit – Offensive Gesund Pflegen
Berlin, September 2015 (68 p.)

Kulcsszavak: ápolás, Ambient Assisted Living, Németország

Forrás Internet-helye:

<http://www.inqa.de/DE/Angebote/Publikationen/intelligente-technik-in-der-beruflichen-pflege.html?templateQueryString=Intelligente+Technik&resourceId=11156&csrftoken=A848ED947738FC8658ACC90A9924D3CC&sortString=score+desc&searchbutton.x=0&pageLocale=de&searchbutton.y=0&input=10438&sortString.HASH=f1fd5180327893a20488&sortString=score+desc&templateQueryString=Intelligente+Technik&csrftoken=A848ED947738FC8658ACC90A9924D3CC>

Szakmai körökben nem vitatott, hogy egyre több időskorú személyt egyre kevesebb és átlagosan egyre idősebb ápoló gondoz. A demográfiai folyamatokkal összefüggésben jelentkező kihívások konstruktív kezelésére több sokat ígérő megoldás ígérkezik: *Ambient Assisted Living (AAL)*, *Smart Home*, *E-Health* vagy a technikai asszisztencia rendszerek. A tanulmány szerzői szerint a technikai támogatási eszközök hozzájárulhatnak a tipikusan szakmai követelmények optimalizálásához. Ez az ápolás területén bekövetkező technikai haladás pozitív aspektusa lehet.

Az új technológiákat és az évszázadok során kialakult szakmai felfogást azonban egy világ választja el egymástól. Ezeket kell közös nevezőre hozni.

Vegyük figyelembe azt is, hogy általában hajlamosak lennénk a digitális támogatású munkavégzés szebbik oldalát meglátni, ám ez a szemlélet egyoldalúnak bizonyul. Egy olyan társadalomban, amely inkább kevésbé fogékony az innováció iránt, minden egyes újításnak megvannak a potenciális kockázata, az elfogadottsággal, az etikával és nem utolsósorban az adatvédelemmel kapcsolatos mellékhatásai.

A technológiai innováció hozzájárulhat az időskorúak önálló életviteléhez és életminőségéhez. Az asszisztív technológiák a mikrorendszerek és kommunikációs technikák, valamint az új anyagok, legyenek azok telemedicina-megoldások, vagy technikai segédeszközök, átvehetik a mindennapi házimunka egy részét.

Az intelligens padlók elsősorban az elesés jelzését szolgálhatják, egyes szenzorburkolatok azonban az ápolásra szoruló személyek általános aktivitásának követésére is alkalmasak lehetnek. A padlóba számos integrált szenzort építenek be, amelyek detektálják és elemzik a személyek pozícióját és mozgását.

A tanulmány szerint az időskorúak a lakóhelyi információs rendszerek segítségével tájékozódhatnak a lakóhelyük környezetében rendelkezésre álló szolgáltatásokról, nyitvatartási időről, gyógyszerári ügyeletről, eszközök kölcsönzéséről, ebédszállításról, gyógyszerekről, orvosi fogadóórákról, időpontokról.

[Lásd még: A láthatatlan ápoló, avagy az intelligens lakás – Ambient Assisted Living, 2013. 9. sz.; Volker Hielscher: Technika alkalmazása és munkavégzés az idősápolás területén, 2014. 42. sz.; Telemedicina az idősápolás területén. Medica Düsseldorf 2014., 2014. 42. sz. Önálló életvitel idős korban – asszisztált életvitel; Ambient Assisted Living konferencia, szakkiállítás és vásár Frankfurtban, 2015. 12. sz.; Digitalizálás az idősápolásban, 2015. 25. sz.]

***Jelentés a kutatás helyzetéről a robotika területén –
„World Robotics - Service Robots 2015”***
International Federation of Robotics (IFR)
Expertenkommission Forschung und Innovationen (EFI)

Kulcsszavak: kutatás, innováció, robotika, ápolási robotok, nemzetközi

Forrás Internet-helye:

<http://www.worldrobotics.org/> ; <http://www.e-fi.de/gutachten.html>

A Nemzetközi Robotika Szövetség jelentése szerint az egészségügyi robotok a robotikai kutatás jelentős szegmensét képezik, hozzájárulnak a mindennapi kórházi működés forradalmasításához.

A német szövetségi kormány szerint explicit nemzeti robotika stratégia kidolgozására van szükség, a robotika kutatást megfelelő támogatásban kell részesíteni.

A német Kutatási és Innovációs Szakértői Bizottság (*Expertenkommission Forschung und Innovationen – EFI*) 2016. évi jelentése szerint a robotok alkalmazása Németországban túlságosan az autóparrá koncentrálódik.

A korszerű robotok kifejlesztésére irányuló támogatásokat az autóparron kívüli ágazatokba kell irányítani. A főiskolákon nagyobb jelentőséget kell tulajdonítani a robotikai kutatásoknak. Az EFI szerint az eddiginél erőteljesebben támogatásban kell részesíteni a kutatásokból származó spin off-okat. Igen fontos a szervizrobotok alkalmazásának terjedése. Japán például már 30 éve külön stratégiát dolgozott ki az ápolási robotok fejlesztésére.

Botrány Romániában. Pancsolt fertőtlenítőszer a kórházakban

Ärzte Zeitung online, 2016. május 10.

Kulcsszavak: kórházi fertőzések, fertőtlenítőszer, Románia

Forrás Internet-helye:

http://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/infektionskrankheiten/article/910916/skandal-rumaenien-gepanschte-antiseptika-kliniken.html?cm_mmc=Newsletter-Newsletter-C-20160510-Infektionen

A botrányban több mint 300 kórház érintett. A hígított fertőtlenítőszer miatt kipattant botrány az egészségügyi miniszter fejébe került.

A "Frankfurter Allgemeine Zeitung" (FAZ) tudósítása szerint a román Hexi Pharma évek óta szállított felhígított fertőtlenítőszeret többszáz kórház és több mint ezer műtő számára. ***A botrány miatt lemondott hivataláról Patriciu Achimas-Cadariu egészségügyi miniszter.***

A fertőtlenítőszeret Németországban szerezték be és azokat egytizednyivel felhígították. Ezek alkalmazására 300 kórházban és 2.000 műtőben került sor. Az esetet oknyomozó újságírók tárták fel, akiket a bukaresti „Colectiv” diszkóban 2015. október 30-án keletkezett tüzeset vezetett nyomra. A tragédia 64 áldozatot követelt. Ám a diszkóbaleset 13 áldozatának halálát nem az égési sérülés, hanem nozokomiális fertőzés okozta. De egy további korrupciós szátra is fény derült. Az épületben olcsó, nem tűzálló szigetelőanyagokat használtak, ami kedvezett a tűz terjedésének.

A tüzeset külföldön, többek között a brüsszeli Astrid katonai kórházban kezelt eseteinél az orvosok rendkívül veszélyes, Nyugat-Európában már kiirtott, de egyes észak-afrikai és közel-keleti országokban még széles elterjedt baktériumokat találtak.

A fertőtlenítőszerknél a szokatlanul magas fertőzési arány miatt kezdtek kutakodni. Ezek minőségét eddig senki sem vizsgálta. Most a miniszterelnök rendeletet bocsátott ki a fertőtlenítőszer ellenőrzéséről, közzétették az érintett kórházak listáját, az ügyészség eljárást indított, lakossági és egészségügyi szakszervezeti tüntetésekre került sor.

[További rövidhírek a fertőtlenítőszer-botrányról a Szabadság (Kolozsvár) archívumában:

<http://www.szabadsag.ro/szabadsag/servlet/szabadsag/template/archive%2CPArchiveArticleCategoryScreen.vm/catid/17>]

***Dézsilldikó: Eltussolt sertésinfluenza-fertőzés
okozhatta két ember halálát.
A kolozsvári urológia vezetősége tagadja a vádakat
Szabadság (Kolozsvár), 2016. május 06.***

Kulcsszavak: vesetranszplantáció, kórházi fertőzés, sertésinfluenza, Románia

Forrás Internet-helye:

<http://www.szabadsag.ro/szabadsag/servlet/szabadsag/template/archive%2CPArchiveArticleSelectedScreen.vm/id/124578/mainarticle/false/web/false/quick/false/ynews/false>

Veseátültetett betegek rokonai azzal vádolják a kolozsvári Urológiai és Veseátültetési Klinika vezetőségét, hogy eltussolta egy sertésinfluenza góc jelenlétét, ami a hozzátartozóik halálát vonta maga után.

Amint azt a páciensek hozzátartozói elmesélték, az utókezelés kórházi körülményei hagytak kívánnivalót maguk után, a kényelmetlen vaságyak felsértették a betegek kezét és lábát, de olyan is előfordult, hogy a hozzátartozóknak kellett működőképes hőmérőt bevinni a kórházba. A hírzárlat kellemetlenségével is szembesülniük kellett, csak néhány közlékenyebb ápolónak köszönhették, hogy sikerült információhoz jutniuk szerettük állapotáról. A szervátültetésen átesett betegek legyengült immunrendszerére való tekintettel a megfelelő higiéniai körülmények elengedhetetlenek, a kórházi személyzet mégis ugyanazzal a lábbelivel és ruházattal közlekedik a kórházban és annak udvarán is. Történik mindez olyan körülmények között, hogy a klinika tavaly 4 milliárd, idén pedig 4,5 milliárd lejes költségvetésből gazdálkodhat, és rendszeresen egyedülálló sikeres veseátültetési beavatkozások fényében tündököl – közölték a sajtóval az elhunyt betegek hozzátartozói. Közben a klinika betegeit többször is másik kórterembe költöztetik, magánkórházakba küldik a kezeléshez szükséges vizsgálatok elvégzésére, és gyógyítás helyett újabb betegségekkel fertőzik meg – állították.

[MNB 2016. május 18: 1 RON = 70,24 HUF;

BNR 2016. május 18: 100 HUF = 1,4233 RON]

Emanuel Ungureanu, a Delia Grădinaru Szolidaritás és Empátia Egyesület elnöke arra kérte a hatóságokat, hogy vizsgálják ki az ügyet, és azonosítsák a fertőzés forrását, amely a betegek halálát okozta. – Öt beteg veseátültetését végezték az urológiai klinikán, és a rokonok úgy vélik, hogy a kórház vezetősége elkendőzné a sertésinfluenza góc jelenlétét, ami az intézetben felütötte a fejét februárban. Kérjük az egészségügyi minisztérium és ügyészség drasztikus közbelépését, hogy a gondtalanságból elkövetett emberölés felelősei megbűnhődhessenek – mondta Ungureanu. Hozzátette: a februárban elhunyt betegek hozzátartozói még most sem kaptak választ a szeretteik elhalálzásának okára vonatkozó kérdéseikre.

ELŐJEGYZÉSI LISTA:

Komparatív tanulmányok:

- A verseny szerepe az egészségügyben: Németország, Hollandia, Svájc

Egészségügyi statisztikai évkönyvek:

- A svájci egészségügy zsebkönyve 2015 – *Gesundheit – Taschenstatistik 2015 (BFS)*
- Szociális biztonság az európai országokban: számok és tények (2015) (BMAS)
- 35 európai ország statisztikai adatai: egészségügy, szociális biztonság (BFS)

Kábítószer:

- Jelentés a kábítószerügy helyzetéről Németországban 2015-ben – *Drogenbericht 2015*
- Az ENSZ kábítószerügyi jelentése
- A fiatalok kábítószer iránti affinitása 2015-ben (BZgA)

Kórházügy:

- A minőség, mint a döntéshozatal kritériuma a kórházügyi tervezés területén (DKI)
- Az állami finanszírozás feladatainak a járulékfizetőkre való áttevődése. Elemzés a privát betegbiztosítók szemszögéből
- Jelentés az orvostechnikai ágazat helyzetéről Németországban (BvMED, 2015.)

eHealth:

- Ellátás 2030-ban – *Versorgung 2030 – eHealth, mHealth, Telemedizin (GVG Köln)*
- A német e-Health-törvény tervezete
- eHealth Németországban. Digitalizálás és adatvédelem (FES)
- Fogyasztóvédelmi felmérés az egészségügyi adatvédelemről (TNS Emnid)
- A smartphone kórházi használata az Egyesült Királyságban
- Betegportálok mellékhatásokkal
- Hackertámadások a németországi kórházak ellen
- Tanulmány az online-gyógyszertárakról: az adatbiztonság kérdései (Spamedo)
- Adat- és aktamegsemmisítés a kórházakban és az orvosi praxisokban

Svájc:

- A gyógyító és prevenciós szolgáltatások költségeinek alakulása 2002 és 2012 között (*Soziale Sicherheit 2015. 6. sz.*)
- Az ellátórendszer költségeinek és finanszírozásának alakulása az új kórházfinanszírozás bevezetése óta. Aktualizálás 2013 (*Obsan Bulletin*)
- Az új kórházfinanszírozás hatása a kórházi ellátások minőségére. Aktualizálás 2013 (*Obsan Bulletin*)
- Szocioökonómiai és kulturális egyenlőtlenségek a svájci lakosság egészségmagatartásában (*Obsan Bulletin, Obsan Bericht*)
- Az alapellátást nyújtó orvosok helyzete Svájcban. A Commonwealth Fund 2015. évi felmérésének eredményei (*Obsan Bulletin 3/2016; Obsan Dossier 50*)
- Az időskorúak részére nyújtott átmeneti struktúrák kínálata és igénybevétele (*Obsan Dossier 52*)
- Az egészségügyi személyzet strukturális felmérésének elemzése; a munkaerőhiány kiszámítása (*Obsan Dossier 53*)
- Big Data az egészségügyben (SAMW)
- Swiss Personalized Health Network (SAMW Bulletin)
- A Svájci Orvostudományi Akadémia alapelvei az embereken végzett kísérletekről
- A Svájci Orvostudományi Akadémia irányelvei a kényszerintézkedésekről (átdolgozott változat), 2015 december
- A szociális segélyek helyzete Svájcban (*Soziale Sicherheit 2015. 6. sz.*)
- Folyamatok a szociális segélyek területén (2006-2011)
- A foglalkoztatás minősége Svájcban
- *ValeurS Gesundheit*, 2016. 1. sz. A Szövetségi Statisztikai Hivatal információs magazinja
- Tartós ápolás a kantonokban (*Obsan Rapport*)
- Medical wellness a svájci szállodáikban
- A nem fertőző betegségek indikátorai Svájcban
- *Swiss Personalized Health Network (SAMW)*

Szociálpolitika:

- Datenreport 2016
- Jelentés a nyugdíjbiztosítás helyzetéről Németországban 2015-ben – *Rentenversicherungsbericht 2015 (BMAS)*
- Időskori biztosítás Németországban és Ausztriában (WSI Report)
- Az időskori nyugdíjazás helyzete 2000 és 2014 között (BIAJ)

- Nyugdíjperspektívák 2040 (prognos)
- Nyugdíjak és regionális tökefolyamatok (IAT)
- Csökkent keresőképesség miatti nyugdíjazás a betegápolók körében (*IAT Forschung aktuell*)
- Munkanélküliség és előrehozott nyugdíjazás az időskorúak körében Európában (*ZSR-Kompakt*)
- A csökkent keresőképesség miatti előrehozott nyugdíjazás biográfiai előzményei (*ZSR-Kompakt*)
- A gazdasági válság és a német szociális rendszer válsága
- A hitelalapú szociálpolitika felemelkedése Németországban
- Az időskori biztosítás finanszírozása Németországban tartományok közötti összehasonlításban
- Jelentés a családpolitikáról és a családok helyzetéről Németországban 2014-ben – *Familienreport 2014*
- A szociális innováció gazdasági tényezői
- A német szociális modell válsága (IAQ)
- Válság és válságkezelés a német szociális államban (ZeS)
- Jövedelmi egyenlőtlenségek és csúcsjövödelmek (IMK Report)
- Szegénység Európában és Németországban (IMK Report)
- Jelentés a szegénység helyzetéről Németországban 2016-ban – *Armuttsbericht 2016*
- Két tanulmány a gyermekszegénységről Németországban (Bertelsmann Stiftung – WSI)
- Időskori szegénység Németországban (Bertelsmann Stiftung)
- Szociális biztonság a munkavégzés modern világában. A GVG állásfoglalása az Arbeit 4.0 Zöldkönyvvel kapcsolatban
- Jelentés a minimálbérekről 2016-ban – *WSI-Mindestlohnbericht 2016 (WSI-Bericht, WSI-Report 1/2016)*
- A bérezés helyzete a szociális ágazatban (Böckler Impuls, FES)
- Soziale Sicherheit (CHSS), 2016. 1. sz.

Ritka betegségek:

- Ritka Betegségek Elleni Nemzeti Akcióterv (NAMSE) (Németország)
- A ritka betegségek helyzete Svájcban (*Soziale Sicherheit 2015. 4. sz.*)

Rehabilitáció:

- Jelentés a rehabilitáció helyzetéről – *Rehabericht 2015* (DRV)
- Az orvosi rehabilitáció jövője

Népegészségügy:

- A német kormány HIV-stratégiája 2030-ig
- Egészségi egyenlőtlenségek az időskorúak körében (*GBE Kompakt, RKI*)

Rövidhírek (aleatorikusan):

Praxishírek (*Arzt & Wirtschaft*)

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

Népegészségügyi rövidhírek (*Robert-Koch-Institut*)