

Egészséggazdasági, egészségpolitikai és szociálpolitikai nemzetközi sajtószemle

2016. 25. sz.

Globális egészségügy

- Jelentés a cukrozott italok megadóztatásáról (WHO)
- A World Health Summit Záródokumentuma

Ápolás

- Állásfoglalások az ápolás helyzetének megerősítéséről szóló harmadik törvény tervezetével kapcsolatban, Közmeghallgatás a Bundestag egészségügyi bizottságában
- A kórházi ápolás jövője
- Felmérés az intézményi ápolás költségeiről
- Az ápolás reformja kommunális szemszögből
- Technika alkalmazása az időskorúak ápolása területén. Internet-használat az időskorúak körében
- Nemzetközi felmérés az elektronika egészségügyi alkalmazásáról

Népegészségügy

- Túldiagnosztizálás és hatékonyság a mammográfiás szűrővizsgálatokban
- A lépe számlálók nem jelentenek előnyt az egészség számára

Eutanázia, palliatív ellátás

- A halálokok statisztikája Svájcban 2014-ben. Asszisztált öngyilkosság és öngyilkosság
- Hollandia az eutanázia időskorúak számára való bevezetését tervezi
- A súlyos betegek és haldoklók gondozásának chartája. Bemutatták a charta nemzeti stratégiáját és cselekvési ajánlásait

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

***Jelentés a cukrozott italok megadóztatásáról –
„Fiscal Policies for Diet and Prevention of Noncommunicable Diseases“
Technical Meeting Report 5–6 May 2015, Geneva, Switzerland***
Egészségügyi Világszervezet, 2016 (36 p.)

Kulcsszavak: népegészségügy, egészséges ételmiszer, cukrozott italok, Egészségügyi Világszervezet

Forrás Internet-helye:

<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/fiscal-policies-diet-prevention/en/> ;

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/curtail-sugary-drinks/en/>

Az Egészségügyi Világszervezet több ország tapasztalatai alapján a cukrozott italok megadóztatása mellett foglalt állást. Az így befolyó bevételeket az egészséges élelmiszerek támogatására kellene fordítani.

2014-ben a világ felnőtt lakosságának 39%-a túlsúlyos volt. Az elhízottság prevalenciája 1980 és 2014 között világviszonylatban megduplázódott. A férfiak 11%-a, a nők 15%-a elhízott. Ez világviszonylatban félmilliárd elhízott személyt jelent. Becsések szerint a túlsúlyos vagy elhízott 5 éven aluli gyermekek száma 2015-ben elérte a 42 milliót. A WHO szerint ez az utóbbi 15 évben 11 millióval való növekedésnek felel meg. Az elhízott gyermekek fele Ázsiában, egynegyede Afrikában él.

A WHO becslése szerint a diabéteszesek száma 1980 és 2014 között 108 millióról 422 millióra növekedett. A diabétesz 2012-ben 1,5 millió halálesetet okozott.

A WHO a fogyasztás csökkentése érdekében adókitetést javasol, amelynek mértéke 20%-kal vagy még nagyobb mértékben növeli a cukortartalmú italok árát. Ezenkívül ezzel egyidejűleg a friss gyümölcsök és zöldségek árát 10-30%-kal csökkenteni lehetne. A jelentés ezt az állítását egy saját meta-analízisének eredményeivel támasztja alá, amelyhez 11 szisztematikus elemzést használtak fel, de amely még nem került nyilvánosságra. A jelentés utal azon országok tapasztalataira, amelyek már bevezették a termékadót. A pozitív példák között szerepel Mexikó és Magyarország.

Mexikó: 2012-ben a cukrozott italok egy főre eső fogyasztása világviszonylatban Mexikóban volt a legmagasabb (évente 160 liter). Az táplálékkal bevitt cukor 71%-a a cukrozott italokra jutott. 2014. január óta minden egyes nem alkoholtartalmú cukrozott ital árát 1 peso-val megemelték, ami 10%-kal növelte ezen italok árát.

Továbbá 8%-os pótlékot vetettek ki a 100 grammonként több mint 175 kalóriát tartalmazó, nem életszükségletet jelentő élelmiszerek áfájára. A WHO adatai szerint a jelek arra mutatnak, hogy a megadóztatott italok eladása az első évben 6%-kal csökkent, decemberig pedig a csökkenés mértéke 12%-ra növekedett.

Magyarország: 2011-ben „egészségügyi adót” vetettek ki a cukrozott italokra és snackekre. A WHO a kritikusok ellenére megbízik a magyar hatóságok állításában, miszerint a megadóztatott termékek fogyasztása 26-32%-kal csökkent. Lehet, hogy nem mindenki az áremelkedés miatt csökkenti fogyasztását, hanem mert az adó kivetése felhívta figyelmét az egészségkárosodás kockázatára. A WHO jelentése szerint az intézkedés elérte célját.

Finnország: A Finnországban cukortartalmú termékekre kivetett adó mértéke alacsonyabb. Az adó összege fagyalt és édességek esetén 0,95 EUR/kg, cukortartalmú italok esetén 0,22 EUR/liter (cukormentes italok esetén 0,11 EUR/liter). Az állam az iskolai és az egyetemi menzákon biztosított ingyenes étkeztetést is szabályozza. A WHO kételkedik abban, hogy a nem alkoholtartalmú italok és édességek fogyasztása csökkent volna.

A WHO szerint a Fülöp-szigetek, Dél-Afrika és Nagy-Britannia is bejelentette, hogy adó kivetését tervezi a cukortartalmú italokra. A jelentés Egyiptomot nevezi meg fekete báránként, ahol az ipari lobbynak sikerült kijárnia a (gyakran cukortartalmú) szénhidrát tartalmú italok áfájának 50-60%-ról 25%-ra való csökkentését.

Am bizonyos jelek szerint a büntetőadó kivetése nem minden esetben bizonyul hatékonynak. Dániában 2011 októberében 16 DKK (2,15 EUR) összegű adót vetettek ki a telített zsírokra. Az intézkedést 2013 januárjában visszavonták.

*A World Health Summit Zárónyilatkozata –
The M8 Alliance Declaration*

Kulcsszavak: globális egészségügy

Forrás Internet-helye:

[http://www.worldhealthsummit.org/fileadmin/downloads/2016/WHS/Docs/M8 Alliance Declaration - WHS 2016 Berlin.pdf](http://www.worldhealthsummit.org/fileadmin/downloads/2016/WHS/Docs/M8_Alliance_Declaration_-_WHS_2016_Berlin.pdf)

A *World Health Summit* (Berlin, október 9-11.) zárónapján az ún. *M8-Alliance* – a világ 24 legjelentősebb egyetemi egészségügyi központjának egyesülése – ötpontos közös nyilatkozatot fogadott el.

1. Nők és lányok egészsége: Nem érhető el előrelépés a globális egészség területén a nők és lányok egészségfejlesztése nélkül. A nők egészsége mérhető egészségű és termékenyebb közösségek létrehozásához vezet – a nemek közötti egyenlőség 2025-ig 12 trillió USD-vel növelheti a globális GDP-t.

2. A menekültek és migránsok joga az egészséghez: A háborús övezetekből menekülőket és globális migráns munkásokat egyenlő módon megilletik az univerzális szabadság- és alapjogok, beleértve az egészséghez való jogot.

3. Reziliencia és globális egészségügyi biztonság: A nyilatkozat üdvözli az egészségügyi reziliencia kiépítésére irányuló kezdeményezéseket, mint: a *WHO Health Emergencies Programme*, a *Global Health Security Agenda (GHSa)*, a *Pandemic Emergency Financing Facility (PEF)*. A G7-ek, a G20-ak és az ENSZ jelentős eredményeket értek el a nemzetközi felkészültség kialakításában, a fenntartható finanszírozásban, többek között az Ebola elleni harcban. A sürgősségi helyzetek, mint a Polio és a Zika, továbbra is fokozott figyelmet követelnek.

4. Antimikrobiális rezisztencia: A világ állam- és kormányfői az ENSZ idei Közgyűlésén megállapították, hogy a bakteriális, vírusos, parazitás és fungális rezisztenciák képezik a legsúlyosabb globális kockázatot, amelyek fokozott figyelmet és nemzetközi, nemzeti és regionális szintű összefogást követelnek. Az M8 Alliance készen áll az összes szereplővel való összefogásra a globális, nemzetközi és regionális stratégiák kialakítására az antimikrobiális rezisztenciák leküzdése érdekében.

5. A kutatás-fejlesztés és az egészségügyi innováció finanszírozása: A transznacionális kutatások megerősítése hozzájárulhat a korai stádiumban levő innovációk kibontakoztatásához, új egészségügyi termékek fejlesztéséhez, arra a pontra való eljuttatásához, amikor vonzóvá válhatnak az egészségipar és az egészségügyi szervezetek általi továbbfejlesztés számára. Szükség van az állami és a privát szektor, az alap kutatás, a klinikai kutatás és a betegek közötti erőteljesebb összefogásra a betegségek természetének és előrehaladásának újszerű megfigyelése érdekében. Ez új megközelítéseket, új megoldásokat követel a szellemi tulajdon vonatkozásában, ahogyan azt *UNSG High Level Panel on Access to Medicines* (2016 szeptember) jelentése körvonalazta.

Állásfoglalások az ápolás helyzetének megerősítéséről szóló harmadik törvény tervezetével kapcsolatban, Közmeghallgatás a Bundestag egészségügyi bizottságában

Deutsches Ärzteblatt, 2016. október 17.

Kulcsszavak: ápolás, Németország

Forrás Internet-helye: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/70944>

Az ápolás helyzetének megerősítéséről szóló harmadik törvény tervezete:

<http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/095/1809518.pdf>

A Bundestag egészségügyi bizottsága 2016. október 17-én közmeghallgatást tartott az ápolás helyzetének megerősítéséről szóló harmadik törvény tervezetéről (*Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften – Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III*). A szakértők elsősorban a fogyatékkal élők helyzetének rosszabbodásától tartanak. Az ápolásra szoruló fogyatékkal élő személyek ellátását ugyanis rontaná az ápolás és a beilleszkedési szolgáltatások közötti verseny.

A harmadik ápolási törvény szerint javul az ápolásra szorulóknak és hozzátartozóik részére a településeken nyújtott tanácsadás. A novella célja, hogy a tanácsadásra egységesen kerüljön sor. A jövőben erősödik az önkormányzatok irányító és tervezési kompetenciája a regionális ápolási infrastruktúra vonatkozásában.

A *Német Vakok és Látássérültek Szövetsége (Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband – DBSV)* szerint az ápolási szolgáltatások nem rendelkezhetnek prioritással a fogyatékkal élők számára nyújtott beilleszkedési segéllyel szemben. A szolgáltatásokat egymás mellett kellene biztosítani.

Az *Életsegély Szövetségi Egyesülés (Bundesvereinigung Lebenshilfe)* és az *Ápolók Szakmai Szövetsége (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe – DBfK)* egyhangúlag arra utalt, hogy a beilleszkedési segély és az ápolásbiztosítás alapvetően különbözik egymástól, a beilleszkedési segély nem lehet másodrangú.

Az *Állami és Privát Gondoskodási Egyesülés (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge – DV)* követelte, hogy a fogyatékkal élő, ápolásra szoruló személyek, lakóhelyüktől függetlenül teljes mértékben

részesüljenek ápolási szolgáltatásokban. Elfogadhatatlan az a korlátozás, hogy az ápolási pénztárak havonta maximum 266 EUR összegben vállalhatnak költségeket.

A **Német Városok Szövetsége (Deutscher Städtetag)** és a **Német Járások Szövetsége (Deutscher Landkreistag)** közös állásfoglalása elutasította a fogyatékkal élők diszkriminációját. Ez nem áll összhangban az Alaptörvénnyel és az ENSZ Fogyatékossgal Élő Személyek Jogairól Szóló Egyezményével.

Stefan Greß egészségügyi közgazdász (Hochschule Fulda) kijelentette, hogy a metszéspontok problematikája megoldatlan marad. A tervezet szerint az ápolási pénztárak a jövőben csak a megállapodás szerinti térítés 15%-át, maximum 266 EUR-t vállalnának át. A különbség a beilleszkedési segély teherviselőit terhelné. Greß követelése szerint ezt a tételt az ápolásbiztosításnak kellene finanszíroznia. Mindenesetre teljes összegű szolgáltatás esetén az ápolásbiztosításra 1,2 milliárd EUR többletkiadás hárulna.

A **Kötelező Betegbiztosítás Csúcsszövetsége (GKV-Spitzenverband)** elutasítja a kommunális irányító és tervezési kompetencia kiterjesztését az ápolás területén. A kompetenciák kiterjesztése helyett közös cselekvésre kellene törekedni. A párhuzamos struktúrák kiépítés szükségtelenül erőforrásokat köt le és töréspontokat hoz létre.

A **Szövetségi Fogyasztóvédelmi Központ (Verbraucherzentrale Bundesverband)** hangsúlyozta, hogy az ápolás helyzetének megerősítéséről szóló három törvény nem ért el előrelépést az ápolási szolgáltatások dinamizálása vonatkozásában. Az ápolás költségei folyamatosan növekedtek, így a fogyasztóknak egyre többet kell saját zsebükből fizetniük. Az ápolási szolgáltatásokat a tényleges költségfejlődéshez kellene igazítani.

Az **Érdekképviselő az Önálló Életvitelért (Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben – ISL)** egyik szóvivője az ápolásra szoruló fogyatékkal élő személyek helyzetét ecsetelte a meghallgatáson. Nem tervezhető sürgősségi eseteknél az ápolóasszisztens rendszeres jelenlétére lenne szükség. E nélkül számos érintett kerülne életveszélybe.

[Lásd még: A Bundestag elfogadta az ápolás helyzetének megerősítéséről szóló második törvényt (Pflegestärkungsgesetz II), 2015. 25. sz.]

Boris Augurzky et al.: A kórházi ápolás jövője
Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung
RWI Materialien, Heft 104, Essen, 2016 (171 p.)

Kulcsszavak: ápolás, emberi erőforrás, ápolószemélyzet, Németország

Forrás Internet-helye: <http://www.rwi-essen.de/publikationen/rwi-materialien/>

A nyilvánosságban intenzív vita zajlik arról, hogy a kórházakban elég-e az ápoló és a betegek elégséges ápolási ellátásban részesülnek-e. Ebben a tekintetben az esetátalányok szerinti elszámolás bevezetése katalizátorként hatott, amelynek következményeként a betegápolás munkakörülményei rosszabbodtak, növekedett a munkával való megterheltség, csökkent a munkával való elégedettség és mindezekkel együtt csökkent az ellátás minősége és a betegek elégedettsége.

Az ápolók létszáma 2002 és 2014 között 4%-kal csökkent, miközben 2006 és 2014 között 5%-kal növekedett. Az elemzések többségének kezdőpontja 2002. Annak megállapítása érdekében, hogy mennyit változott az ápolók megterheltsége 2002. óta, a tanulmány két paramétert vizsgált meg közelebbről: „az egy ápolási napra jutó ápolók számát” és az „egy esetre jutó ápolók számát”. Ha az ápolás szempontjából releváns szolgáltatásmennyiséget e két befolyásoló tényező, az „esetszám” (40%) és az „ápolási napok” (60%) szerint definiáljuk, arra az eredményre juthatunk, hogy az ápolók száma 2002 és 2014 között 1,0%-kal növekedett. Ha feltételezzük, hogy az ápolótevékenység 50%-a fix esetszámmal történik, az a következtetés adódik, hogy az ápolás szempontjából releváns szolgáltatásmennyiségre jutó ápolók száma 1,3%-kal csökkent. Ha viszont feltételezzük, hogy az esetszám 60%-a fix, 40%-a pedig változó, arra az eredményre jutunk, hogy az ápolás szempontjából releváns szolgáltatásmennyiségre jutó ápolók száma 3,6%-kal csökkent.

Az ápolók megterheltségét az esetszámtól és az ápolási időtől függetlenül a betegek magas életkora is fokozza. A betegek átlagos életkora 2002 és 2014 között 52,8 évről 55,1 évre, a 80 év fölötti betegek aránya 11,3%-ról 15,6%-ra növekedett. Feltételezhető, hogy közben számos időskorú beteget a kórházból otthoni környezetébe vagy ápolási otthonba irányítottak át. Így a kötelező betegbiztosítás által finanszírozott ambuláns ápolás aránya az egészségügy összkiadásaihoz viszonyítva erőteljesen növekedett: 2002-ben 1,3%-ot, 2013-ban 2,4%-ot tett ki. Megfigyelhető még a kórházakból ápolási otthonokba való direkt átirányítások számának, 2002-ben 48.000 esetről 2013-ban 339.000 esetre való, erőteljes növekedése. A lakosság előregedése még nem magyarázza ezt a növekedést. Másrészt a rövid idejű ápolás átlagon felüli mértékben, 2003 és 2013 között 91%-kal növekedett. Ugyanezen időszakban a tartós ápolás csak 21%-kal növekedett. Mindezek a változások a ápolásnak a kórházakból való bizonyos mértékű kiszervezésére utalnak, ami az ápolás tehermentesítését eredményezi a kórházakban.

Az elemzés szerint a kórházakban jelenleg nincs sürgős cselekvési kényszer az ápolószemélyzet létszáma tekintetében. Távolabban azonban számolnunk kell az ápolószemélyzet iránti magasabb munkaerőpiaci szükséglettel. A szükségletet, főleg az idősápolás területén keletkező magasabb szükséglet miatt nehezebb lesz

fedezni. A szakképzett ápolók száma az idősápolás területén már 2002 és 2013 között 43%-kal növekedett. A munkaerőszükséglet fedezésének egyik megoldása a szakképzett ápolók bevándorlása lehet. Egy aktuális tanulmány szerint 2001 és 2004 között az Egyesült Királyságnak aktív toborzási intézkedésekkel 15.000 szakképzett ápolót sikerült szereznie.

Nemzetközi vizsgálatok

A kórházi ápolókkal és orvosokkal való ellátottság tekintetében jelentkező különbségek arra utalnak, hogy az egyes egészségügyi rendszerekben az ápolók és az orvosok feladatspektruma különbözik. A számokból nem olvasható ki, hogy melyek az ápolók konkrét feladatai, milyen az ápolóképzés, milyen az ambuláns és a kórházi szektor közötti együttműködés az OECD egyes országaiban. A statisztikák arra sem adnak választ, hogy milyen az orvosok és ápolók közötti konkrét munkamegosztás a különböző egészségügyi rendszerekben, pl. ellátnak-e az ápolók orvosi teendőket is.

A kutatók szisztematikusan értékelték az ápolószeméllyel való ellátottság és az ellátás minősége közötti összefüggést. Az elemzés arra a következtetésre jutott, hogy az ápolószeméllyel való jobb ellátottság csak mérsékelten tűnik előnyösnek. Különböző eredményparaméterek figyelembevételével az alábbi következtetések adódtak: 17 tanulmány közül 10 szerint a személyzettel való magasabb ellátottság statisztikailag szignifikánsan alacsonyabb kórházi halálozással társul. Szignifikánsan alacsonyabb a halálozások és a komplikációk (9 tanulmány közül 3), a fertőzések (19 tanulmány közül 4), az elesések (16 tanulmány közül 6), az ismételt beutalások (2 tanulmány közül 1) és a felfekvések (16 tanulmány közül 6) száma. 9 tanulmány közül 7 szerint a személyzettel való ellátottság növekedése szignifikánsan rövidebb ápolási idővel társul.

Összesen 37 tanulmány statisztikailag szignifikáns hatást fedezett fel a személyzettel való magasabb ellátottság és a jobb eredmények között. Ezzel szemben 48 tanulmány nem talált statisztikailag szignifikáns effektust, három tanulmány pedig egyenesen szignifikánsan negatív effektust állapított meg a vizsgált indikátorok vonatkozásában.

Vizsgálták továbbá az ápolószemélyzet képzettsége és az ellátás minősége közötti összefüggést. A személyzet jobb képzettsége (a szakképzett ápolók arányához viszonyítva) átlagosan jobb eredményekkel jár. Ám ez a megállapítás sem egységes. 62 tanulmány közül 29 találta úgy, hogy a személyzet magasabb képzettsége statisztikailag szignifikánsan pozitív hatást gyakorol a felsorolt indikátorokra (halálozás, fertőzések stb.), két tanulmány pedig negatív összefüggést állapított meg az ápolószemélyzet képzettsége és a minőség között.

A vizsgált tanulmányok többsége az Egyesült Államokra, néhány európai országokra vonatkozott, többségük keresztmetszeti elemzéseken alapult. Az ápolás minőségre gyakorolt hatásának tisztább elemzéséhez azonban a longitudinális adatok is fontosak, mivel vannak tényezők, amelyekre a keresztmetszeti adatok nem terjednek ki. A szakértői elemzés első alkalommal vizsgálta longitudinális adatok segítségével az ápolószeméllyel való ellátottság és az ellátás minősége közötti összefüggést Németországban.

Tobias Hackmann et al.: Felmérés az intézményi ápolás költségeiről

Bertelsmann Stiftung – prognos AG, 12. 10. 2016 (48 p.)

Kulcsszavak: ápolás, intézményi ápolás, költségek, Németország

Forrás Internet-helye: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie_V_V_FCG_Pflegeinfrastruktur.pdf

A Prognos AG a Bertelsmann Stiftung megbízásából felmérést készített az ápolási otthonokban nyújtott ellátás költségeiről. Az ország 402 járásának 62%-ában a 80 év fölöttiek átlagjövedelme nem elégséges az ápolási otthonban való ellátás fedezéséhez.

A szerzők következtetése szerint minél alacsonyabb a vásárlóerő, annál gyakoribb az informális ápolás. A viszonylag alacsonyabb vásárlóerővel rendelkező régiókban a polgárok ritkábban tudják megengedni maguknak az intézményi ápolást.

Az ápolásra szorulóknak 41%-a szövetségi szinten szociális segélyre szorul.

Az intézményi szolgáltatások finanszírozása tekintetében jelentkező különbségek az ápolószemélyzet javadalmazásában is megjelenik. Az ápolók bére a keleti és északi tartományokban alacsonyabb, mint délen.

Az ápolási otthonok térbeli elérhetősége viszonylag kedvező. A lakás és az ápolási otthon közötti maximális távolság a 402 járásban átlagosan 8,2 km, de egyes városokban mindössze 500 méter.

A professzionális ápolás napi díjtételei az egyes régiókban 88 és 153 EUR között mozognak. A költségek az északi és keleti régiókban magasabbak, mint a déliekben és a nyugatiakban.

Az ápolási otthonok alkalmazottai naponta 2,1 és 3,6 óra közötti időt tudnak fordítani a gondozottakra.

Rolf Hoberg et al.: Az ápolás reformja kommunális szemszögből

Friedrich-Ebert-Stiftung WISO Direkt, 20/2016 (4 p.)

Kulcsszavak: ápolás, ápolásbiztosítás, Németország

Forrás Internet-helye: <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/12735.pdf>

Az előttünk álló ápolási reform keretében megerősödik az önkormányzatok szerepe. A szövetség és a tartományok munkaközössége megvizsgálta az önkormányzatok szerepvállalásának opcióit. Az átalakítás csak egy nagyszabású reform keretében lehetséges, amely nem riad vissza az eddig „ápolt” szegmentálódás és illetékességi korlátok felszámolásától.

2. A helyi válaszok új jelentése

A szakértők szerint a demográfiai és szociális átalakulás új kihívásai új kezdeményezéseket követelnek a helyi önmeghatározás, önszerveződés és önállóság tekintetében. A professzionális segítségnek és tanácsadásnak az autonómia biztosítása céljából, a családi és civil társadalmi erőforrások jelentőségének hangsúlyozása mellett, a választott környezetben való önálló életvitelt kell támogatnia.

A betegpénztáraknál az egyre elhatalmasodó regionális és egyre inkább régiók fölötti szerveződés miatt elvész a helyi vonatkozás. Ezért az egyetlen realiztikus reformopciónak a kooperációs modell látszik, amely megszüntetheti az együttműködés hiányosságait és az ellátás hézagterületeit.

3. A reformcsomag

Az ápolás kommunális megközelítésű reformja egyebek között az alábbiakat tartalmazza:

- Az ápolásbiztosítás, a betegbiztosítás és az adókból finanszírozott inklúziós szolgáltatások (beilleszkedési segély) közötti metszéspontok újradefiniálása a kúra (*Cure*) és ápolás/gondozásjellegű (*Care*) összetevőinek elhatárolásával.
- A kúra (*Cure*) tartalma: az egészségügy professzionális szereplői által biztosított orvosi, ápolási és terápiás eljárások a prevenció, a gyógyítás, a rehabilitáció és palliatív ellátás értelmében.
- Az ápolás/gondozás (*Care*) tartalma: a mindennapi életben szükséges gondozás, a háztartásban nyújtott alapellátás. Miközben a kúra-jellegű szolgáltatások erőteljesen szakmai vonatkozásúak, az ápolás/gondozás az adott háztartás erőforrásaihoz igazodnak.
- A finanszírozási technikák és a szolgáltatásokról szóló szabályok átalakítása.
- A kúra-jellegű szolgáltatásoknál a természetbeni szolgáltatás elve érvényesül, teljes finanszírozással, kiegészítve a tevékenységek időtartam és funkciók szerinti teljesítményfinanszírozásával (ápolás és segítségnyújtás tervezése, eligazítás, monitoring). Az ápolás/gondozás-jellegű szolgáltatások a továbbiakban nem alakíthatók a természetbeni szolgáltatások elve szerint.
- Az integrált helyi irányítású ellátás jogi keretfeltételeinek megteremtése, az önkormányzatok és a többi szereplő együttműködése (Care- és Case-menedzsment).

***Peter Enste: Technika alkalmazása az időskorúak ápolása területén.
Internet-használat az időskorúak körében***

Institut Arbeit und Technik (IAT) der Westfälischen Hochschule
Gelsenkirchen – Bocholt – Recklinghausen
Forschung Aktuell, 10/2016, 30. Sept. 2016 (15 p.)

Kulcsszavak: időskorúak, ápolás, telemedicina, Internet, Németország

Forrás Internet-helye: http://www.iatge.de/files/forschungaktuell2016-10_1pdf.pdf

Az Internet-használat gyakorisága erőteljesen életkorfüggő: a 60 éven aluliak több mint 60%-a naponta internetezik, a 80 év fölöttieknek már mindössze 7%-a. Az Internetet egyáltalán nem használók aránya pontosan fordított: a 60 éven aluiak 11%-a, a 80 év fölöttiek több mint 90%-a.

A kutatók szerint a technikához való viszonyulás tekintetében generációs típusokról beszélhetünk. A digitalizálódás folyamatában az Internet képezi a második kulcstechnológiát. Ennek a privát háztartásokban való elterjedésére az ezredforduló táján került sor. Az ezt követő évtizedben új korszak következett be. a smartphone-ok és a tabletek bevezetésével a digitalizálódás egyre nagyobb mértékben mobillá válik.

Ha e típusokat kivetítjük a mai idősebb generációra, a nagyon magas életkorban levők a „technika előtti generációhoz” sorolhatók, akiknél a technika alárendelt szerepet játszik. A „háztartási forradalom következő nemzedéke” (65 és 75 év közöttiek) már fiatal felnőttként tapasztalatokat szerzett a mindennapi élet technicizálódásával kapcsolatban. Az ún. „fiatal időskorúak” pedig a „háztartás fokozódó technicizálódásának nemzedékéhez” sorolhatók, akik mindennapi életükben természetes módon együtt élnek a technikával.

Az egyes generációk között jelentős különbségek mutatkoznak. A fiatal időskorúak 70%-a, de a 80 év fölöttieknek már mindössze 13%-a rendelkezik számítógéppel. A 60 és 69 év közöttiek 38%-a, a magasabb életkorban levők 2%-a rendelkezik smartphone-nal. Az időskorúak háztartásában a tabletek kevésbé elterjedtek. Csak a klasszikus mobiltelefon terjedt el szélesebben az összes korosztályban.

A szerző:

Peter Enste

wissenschaftlicher Mitarbeiter

Forschungsschwerpunkt Gesundheitswirtschaft und Lebensqualität

Institut Arbeit und Technik

E-mail: enste@iat.eu

[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 időskorban – asszisztált életvitel; Ambient Assisted Living konferencia, szakkiállítás és vásár Frankfurtban*, 2015. 12. sz.; *Digitalizálás az idősápolásban*, 2015. 25. sz.; *Ápolás 4.0 – Intelligens technika alkalmazása a szakápolásban*, 2016. 13. sz.]

Nemzetközi felmérés az elektronika egészségügyi alkalmazásáról
electronica-Trend-Index 2020

Kulcsszavak: eHealth, Ambient Assisted Living, nemzetközi

Forrás Internet-helye:

http://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20161012_OTS0008/electronica-trend-index-2020-kuenstliche-intelligenz-darf-denken-nicht-abschalten ;
<http://www.presseportal.de/pm/115160/3453591>

Az "electronica" nemzetközi szakkiállításra 2016. november 8-11. között Münchenben kerül sor.

Az electronica-Trend-Index 2020 összeállítására az "electronica" szakkiállítás megbízásából került sor, amelyben a világ hét országából 7.000 fogyasztó vett részt.

Az asszisztált életvitel a kívánságlista élén

Az eHealth tekintetében a lakosság 82%-a az időskorúak biztonságos otthoni életvitelét (*Ambient Assisted Living – AAL*) segítő elektronikus biztonságtechnika alkalmazása mellett foglal állást. Ide tartoznak a sürgősségi hívórendszerek, a leesést jelző szenzorok és intelligens matracok. A fogyasztók 80%-a pozitívan értékeli a műkezeket és a látást segítő intelligens felismerő eszközöket. A robotok műtétéknél való alkalmazását azonban már szkepszissel fogadják (53%). A fogyasztók 67%-a támogatja a hordozható orvosi eszközök (*wearables*), azaz a testen hordozható mérőeszközök, a pulzust, vércukrot, testhőmérsékletet mérő készülékek alkalmazását.

Az eHealth-szel szembeni várakozások

Arra a kérdésre, hogy mit vár el az eHealth-től, a megkérdezettek mindössze 41,52%-a válaszolta, hogy teljes mértékben egyetért azzal a kijelentéssel, hogy az „eHealth-nek a jövőben elektronikus betegdokumentumba kell foglalnia az adatokat – pl. az orvosi felügyelet, időpont egyeztetése vagy diagnózis rögzítése céljából”. Ennél a kérdésnél

az egyetértés paradox módon Japánban volt a legalacsonyabb (40,48%) és Kínában a legmagasabb (72,2%). Ám a helyzetet árnyalja, hogy Kínában főleg a magasabb vásárlóerővel rendelkező régiókat kérdezték meg pl. Shanghajt. A további sorrend: Franciaország (65,95%), Egyesült Államok (60,19%), Nagy-Britannia (47,31%).

Arra a kérdésre, hogy biztonságosnak látják-e az adatkezelést az elektronikus betegdokumentum keretében Olaszországban 76,4%, Németországban 75,81%, Kínában 73%, az adatlopás sújtotta Egyesült Államokban 69,37%, Franciaországban 66,08%, az Egyesült Királyságban 64,44%, Japánban 49,85% válaszolt igennel.

A P4-medicina megítélése

A szakmai körökben vehemensen vitatott P4-medicina – "participatory" (résztevő), "personalised" (perszonalizált), "predictive" (prediktív) és "preventive" (preventív) – megosztja a hét nemzetet.

Ezt a modellt Kínában 65,8%, Olaszországban 64,74%, az Egyesült Államokban 53,33%, Franciaországban 50,19%, Németországban 45,55%, Nagy-Britanniában már csak 39,67%, Japánban pedig mindössze 29,81% támogatja.

Kontakt:

econNEWSnetwork

Carsten Heer

Tel. +49 (0) 40 822 44 284

E-Mail: redaktion@econ-news.de

Túldiagnosztizálás és hatékonyság a mammográfiás szűrővizsgálatokban
New England Journal of Medicine 2016; 375:1438-1447 October 13, 2016

Kulcsszavak: rákos megbetegedések, mellrák, mammográfia, szűrővizsgálatok, Egyesült Államok

Forrás Internet-helye: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1600249>

Gilbert Welch (Geisel School of Medicine in Lebanon/New Hampshire) és mt. szerint a tumorok korai felismerése és kezelése nem befolyásolja a túlélés esélyeit. Miután az Egyesült Államokban bevezették a 40 év fölötti nők mammográfiás szűrését, a korai diagnózisok száma jelentősen erőteljesebben növekedett, mint amennyivel a kései diagnózisok száma hosszútávon csökkent. A túldiagnózis azokat a tumorokat jelöli, amelyeket a mammográfia során korai stádiumban felismernek, szűrés nélkül azonban nem válnának felismerhetővé, későbbi diagnózis esetén pedig (csekély agresszivitásuk miatt) nem lennének életveszélyesek. A tanulmány szerint a korai kezelés nem javítja a túlélés esélyeit.

A túldiagnózis prosztatata- és pajzsmirigy-rák esetén gyakori, melanóma és tüdőrák esetén feltételezhető. A mellrák tekintetében vitatott. A szakértők szerint a felismert tumorok 10-25%-a ebbe a kategóriába tartozhat.

Welch és mt. a *Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER)* 1975 és 2012 közötti adatait értékelték. Az első években a mell-daganatok kétharmada volt 2 cm-nél nagyobb, egyharmada kisebb. Jelenleg az Egyesült Államokban az arány fordított. A tumorok kétharmadát a korai stádiumban felismerik, a diagnózis során csak a tumorok egyharmada nagyobb mint 2 cm.

Welch ezt elsősorban a szűrésnek tulajdonítja. A stádiumok eltolódása a szűrővizsgálat hasznát bizonyítaná, ha az összes diagnózis száma változatlan maradna. Ez azonban nincs így. A mellrákdiagnózisok száma az 1980-as évek közepétől 1990-ig 30%-kal növekedett.

A betegek túlélési esélyei nemcsak a korai diagnózis miatt növekednek. Az utóbbi évtizedekben a kezelési módszerek is javultak, ami nagyobb tumorokra is érvényes. A letalitás (*case fatality rate – CFR*) az összes 2 cm-nél nagyobb tumor esetén 12%-kal csökkent.

Ma már a sebészeti beavatkozásoknak, a radioterápiának és a kemoterápiának köszönhetően az 5 cm-nél nagyobb tumorok is csak a nők 43%-a számára halálos kimenetelű. Welch adatai szerint a letalitás 3-4,9 cm közötti tumoroknál 27%-ra, 2,0-2,9 cm közötti tumoroknál 16%-ra csökkent. Így a legtöbb eset ma már a szűrővizsgálat által fel nem fedezett tumorokat is túléli. Welch számításai szerint a rákos megbetegedésekben való mortalitás csökkenésének kétharmada a jobb terápiának tulajdonítható.

A lépésszámláló használata nem jelent előnyt az egészség számára
The Lancet Diabetes & Endocrinology (doi:10.1016/S2213-8587(16)30284-4)

Kulcsszavak: egészségfejlesztés, szabadidősport, lépésszámlálók, Egyesült Államok

Forrás Internet-helye: [http://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587\(16\)30284-4/abstract](http://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587(16)30284-4/abstract)

Kelly R. Evenson (University of North Carolina) és mt. tanulmánya szerint a lépésszámláló használata nem növeli annyira a fizikai tevékenységet, hogy az valóban az egészség hasznára váljon.

A gyártók szerint a lépésszámláló használata során legalább 10.000 lépést, nagyjából 5 km-t kell megtenni. A lépésszámlálót használók áttekintéssel rendelkeznek a lefutott távolságról és ez további mozgásra ösztönzi őket. Eddig az elmélet. A gyakorlatban azonban tisztázatlan, hogy a lépésszámlálók hozzásegítenek-e a futás folytatásához.

A kutatók az ún. TRIPPA-vizsgálat keretében foglalkoztak a lépésszámlálók eredményességével. 13 különböző szingapúri cég 800 dolgozójának lábára lépésszámlálót szereltek. Egyes résztvevők pénzt (15 SGD-t) kaptak, vagy pénzbeli bónuszt adományozhattak valamely jótékonyági szervezet részére, ha teljesítették a napi 50.000 és 70.000 lépés közötti penzumot. A résztvevők fizikai aktivitását a vizsgálatot megelőzően és azt követően megvizsgálták.

A résztvevők 40%-a hat hónap elteltével már nem használta a lépésszámlálót. Az első hat hónap során csak az a csoport növelte 570 lépéssel a napi lépésszámot, amely pénzjutalomban részesült. Tizenkét hónap elteltével azonban ezek a résztvevők is visszatértek korábbi aktivitási szintjükhöz. A kontrolles csoport viszont, amely nem viselt lépésszámlálót, de rendszeres tájékoztatást kapott a sportszerekről, tizenkét hónap elteltével még aktívabb volt, mint a lépésszámlálót viselők. A vizsgálat végén már csak a résztvevők tíz százaléka viselte a lépésszámlálót.

Összességében az eredmények nem erősítik meg, hogy a lépésszámlálók alkalmasak lennének a fizikai aktivitás jelentősebb fokozására.

A halálokok statisztikája Svájcban 2014-ben.
Asszisztált öngyilkosság és öngyilkosság
Bundesamt für Statistik
BFS Aktuell, 14 Gesundheit, Neuchâtel, Oktober 2016 (4 p.)

Kulcsszavak: halálokok, asszisztált öngyilkosság, eutanázia, öngyilkosság, Svájc

Forrás Internet-helye:

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.html?publicationID=7163>

A Szövetségi Statisztikai Hivatal második alkalommal készítette el az asszisztált öngyilkosságok statisztikáját. Az első eutanázia-szervezetek létrehozására Svájcban 35 éve került sor. Az olyan szervezetek, mint az EXIT vagy a Dignitas közreműködnek az asszisztált öngyilkossághoz, amit a BTK 115. cikke nem tilt, amennyiben ezzel kapcsolatban nem áll fenn haszonszerzési érdek.

2014-ben Svájcban 742 esetben kerül sor asszisztált öngyilkosságra. Ez az összes haláleset 1,2%-a, ami az előző évhez viszonyítva 26%-os növekedést jelent. Az esetek száma 2008. óta folyamatosan növekedik. Miközben az első években több férfi vette igénybe a halálba segítséget, 2001. óta a nők száma is növekedett.

Életkor szerint: A halálba segítséget bármely teljes ítélőképessége birtokában levő személy életkorától függetlenül igénybe veheti. 2010–2014. között az érintettek 94%-a 55 éves vagy annál idősebb volt. Ebben az időszakban a 35 év alattiak fél százaléka (13 személy) élt a lehetőséggel.

Betegségek szerint: Asszisztált öngyilkosságra akkor kerül sor, ha az érintett valamilyen súlyos megbetegedésben szenved. Az esetek 42%-a rákos megbetegedésben, 14%-a valamilyen neurodegeneratív betegségben, 11%-a szív- és érrendszeri betegségben, 10%-a mozgásszervi megbetegedésben szenved. Egyéb megbetegedések: fájdalomi szindrómák, multimorbiditás, 3%-nál depresszió, 0,8%-nál demencia.

Asszisztált öngyilkosság és öngyilkosság: 1995 és 2003 között az öngyilkosságok abszolút száma jelentősen csökkent, azóta valamelyest stabilizálódott, miközben az asszisztált öngyilkosságok száma 2008. óta folyamatosan növekedik. 7 öngyilkosságra 5 asszisztált öngyilkossági eset jut.

A szerző:

Christoph Junker

Tel. 41-58 463 68 30

Hollandia az eutanázia időskorúak számára való bevezetését tervezi
Deutsches Ärzteblatt online, 2016. október 13.

Kulcsszavak: eutanázia, Hollandia

Forrás Internet-helye: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/70896>

Az eutanázia 2002-ben való legalizálását követően a holland kormány most egy további szenzibilis törvényt elfogadását fontolgatja: az időskorúaknak segítséget kellene nyújtani az öngyilkossághoz, ha úgy ítélik meg, hogy „beteljesült életet” tudhatnak maguk mögött. Az egészségügyi és az igazságügyi miniszter közös nyilatkozata szerint ennek az érintettek „alapos megfontolását” követően, ill. „szigorú körülmények között” és „pontos kritériumok” szerint kell megtörténnie.

Edith Schippers egészségügyi miniszter és Ard van der Steur igazságügyi miniszter (mindketten a jobbliberális Szabadság és Demokrácia Pártja tagjai) közös levélben fordultak a parlamenthez is. Érvelésük szerint azokról az emberekről van szó, akik „többé nem látják életük értelmét”, „függetlenségük elvesztése mélyen megrendítette őket”, „a szeretett személy elvesztése miatt elszigeteltnak és magányosnak érzik magukat”.

Mindezek mellett ezek az emberek úgy érzik, hogy „a teljes kimerültség és önértékelésük elvesztése teljesen leterítette őket”. Ám ahhoz, hogy véget vethessenek életüknek, mások segítségére szorulnak. Az eljárás engedélyezése egy orvosi tapasztalatokkal és speciális továbbképzéssel rendelkező „halálba segítő asszisztensre” hárulna, aki előzetesen tüzetesen megvizsgálná, hogy a halálnak nincs alternatívája. Ezt követően az esetet egy különleges bizottságnak is meg kellene vizsgálnia.

Hollandiában az orvosok 2002. április 1. óta szigorú kritériumok betartásával, egy ellenőrző bizottság felügyelete alatt beadhatják a halálos injekciót. E bizottságok jelentése 2015-ben 5.516 esetről számoltak be. Ezek több mint 70%-a rákos megbetegedésben, 2,9%-a demenciában vagy idegbetegségben szenvedett.

Az aktív eutanázia Belgiumban és Luxemburgban is engedélyezett. Ennek előfeltétele egy elkerülhetetlenül halálos betegség és a beteg kifejezett akarátának kifejezése. Az érintetteknek teljes ítélőképességük birtokában kell lenniük. Az élet kioltásának engedélyezése egy orvosokból, jogászokból és etikai meghatalmazottakból álló ellenőrző bizottságra hárul.

A parlamentnek még szavaznia kell a javaslatról.

[*Lásd még: Eutanázia Hollandiában és Belgiumban, 2015. 19. sz.; Az aktív eutanázia helyzete Hollandiában 2014-ben, 2015. 25. sz.*]

***A súlyos betegek és haldoklók gondozásának chartája.
Bemutatták a charta nemzeti stratégiáját és cselekvési ajánlásait***

Bundesärztekammer, 17. 10. 2016

Palliativ Portal, 17. 10. 2016

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin

Kulcsszavak: palliatív ellátás, méltó halál, haldoklók ellátása, Németország

Forrás Internet-helye:

<http://www.bundesaerztekammer.de/presse/pressemitteilungen/news-detail/nationale-charta-strategie-fordert-bedarfsgerechte-begleitung-am-lebensende-als-menschenrecht-handlungsempfehlungen-der-oeffentlichkeit-vorgestellt/> ;

<http://www.palliativ-portal.de/charta-zur-betreuung-schwerstkranker-und-sterbender-menschen> ;

A súlyos betegek és haldoklók gondozásának chartája:

[https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Charta-08-09-](https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Charta-08-09-2010%20Erste%20Auflage.pdf)

[2010%20Erste%20Auflage.pdf](http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/) ; <http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/>

A súlyos betegek és haldoklók gondozásának chartájának végrehajtására vonatkozóan egy nemzeti stratégia keretében követendő cselekvési ajánlásokat Hermann Gröhe szövetségi egészségügyi miniszter jelenlétében ismertették a nyilvánosság számára. Három év telt el azóta, hogy 2013-ban a Bundestag-ban sor került a „Chartától a Nemzeti Stratégiáig” c. nyitórendezvényre és az intézkedéscsomag bemutatására, amelynek kidolgozásában konszenzusus alapon 50 egészségpolitikailag releváns intézmény és szervezet vett részt.

„Alig két év telt el a hospice- és palliatív ellátásról szóló törvény elfogadása óta és most már igazán itt az ideje, hogy a kórházakban, ápolási intézményekben és otthoni környezetben végzett hospice- és palliatív ellátás számára biztosítsák a szükséges pénzügyi hátteret”, hangsúlyozta Prof. Dr. Lukas Radbruch, a Német Palliatív Medicina Társaság elnöke. A nemzeti stratégia célja, hogy élete alkonyán minden egyes ember, megbetegedésétől, személyes élethelyzetétől vagy lakóhelyétől függetlenül megkapja a szükséges hospice- és palliatív ellátást.

Az előzményekről

A Charta-folyamat 2008 szeptemberében vette kezdetét a Német Palliatív Medicina Társaság (*Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin – DGP*), a Német Hospice- és Palliatív Szövetség (*Deutsche Hospiz- und Palliativverband – DHPV*) és a Szövetségi Orvosi Kamara (*Bundesärztekammer – BÄK*) kezdeményezésére. 2010-ben több mint 50 szervezet konszenzussal elfogadta a súlyos betegek és haldoklók gondozásának chartáját („*Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland*“).

A chartát több mint 17.000 intézmény és magánszemély írta alá.

[*Lásd még: A német szövetségi kormány elfogadta a hospice és palliatív ellátásról szóló törvény tervezetét, 2015. 12. sz.; A Bundestag és a Bundesrat elfogadta a hospice- és palliatív ellátásról szóló törvényt, 2015. 26. sz.*]

ELŐJEGYZÉSI LISTA:

Egészségügyi statisztikai évkönyvek:

- Szociális biztonság az európai országokban: számok és tények (2015) (BMAS)
- 35 európai ország statisztikai adatai: egészségügy, szociális biztonság (BFS)

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 időskorúak részére nyújtott átmeneti struktúrák kínálata és igénybevétele (*Obsan Dossier 52*)
- 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*)
- A nem fertőző betegségek indikátorai Svájcban
- *Swiss Personalized Health Network (SAMW)*
- Longitudinális elemzés a krónikus betegekről (*Obsan Bulletin*)

Szociálpolitika:

- 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)
- 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)*
- Soziale Sicherheit (CHSS), 2016. 1-2. sz.

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

eHealth:

- Ellátás 2030-ban – *Versorgung 2030 – eHealth, mHealth, Telemedizin (GVG Köln)*

Rehabilitáció:

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

Népegészségügy:

- *Gesundheit in Deutschland 2015*
- Egészségi egyenlőtlenségek az időskorúak körében (*GBE Kompakt, RKI*)
- Időskorúak testi ereje (*RKI Faktenblatt*)

Rövidhírek (aleatorikusan):

Praxishírek (*Arzt & Wirtschaft*)

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

Népegészségügyi rövidhírek (*Robert-Koch-Institut*)