

Egészséggazdasági, egészségpolitikai és szociálpolitikai nemzetközi sajtószemle

2016. 28. sz.

Globális egészségügy

- Rákellenes Világkongresszus – *World Cancer Congress 2016* (Párizs, 2016. október 31. – november 3.)

Több mint eHealth

- Mesterséges intelligencia a jövő orvoslásában

Népegészségügy

- Németország Statisztikai Évkönyve 2016
- Felmérés a német lakosság egészségi állapotáról – *Gesundheit in Deutschland 2015*

Rehabilitáció

- Jelentés a rehabilitáció helyzetéről Németországban 2015-ben – *Reha-Bericht 2015*
- Az orvosi rehabilitáció jövője

Ápolás

- „*Fluid Care*” – Bedől-e az ápolási rendszer a baby-boom-nemzedék miatt?
- Felmérés az intézményi ápolás költségeiről Németországban

Praxishírek

- Örökösödési eljárás az orvos halála esetén

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

Rákellenes Világkongresszus – World Cancer Congress

Párizs, 2016. október 31. – november 3.

Kulcsszavak: globális egészségügy, onkológia, rákos megbetegedések, nemzetközi

Forrás Internet-helye: <http://www.worldcancercongress.org/about-world-cancer-congress>

A kongresszusra két évente a ***Nemzetközi Rákellenes Unió (International Union Against Cancer – UICC)*** szervezésében kerül sor.

A kongresszust François Hollande francia elnök és Letícia spanyol királyné nyitotta meg.

A kongresszus öt párhuzamos panelre tagolódik, amelyek keretében több workshopra kerül sor

1. Innováció a prevenció és a szűrővizsgálatok területén,
2. Az onkológiai kezelések minősége
3. A betegek és a hozzátartozók tapasztalatainak javítása
4. Az egészségügyi rendszerek hatékonyságának optimalizálása
5. A civil társaságok szerepének megerősítése

A rendezvényen több mint 50 nemzetközi szervezet és 3500 szakértő vesz részt a világ 130 országából.

Vitaindító előadásokat tartanak többek között:

- *Chris Wild (International Agency for Cancer Research – IARC) Director)*
- *Dr Ana Langer (Professor of the Practice of Public Health, Harvard T. H. Chan School of Public Health)*
- *Reema Bint Bandar Al Saud szaúd-arábiai hercegnő*
- *Professor Ole Petter Ottersem (University of Oslo)*

A következő World Cancer Congress-re Kuala Lumpur-ban (Malaysia) 2018. október 1-4. között kerül sor a National Cancer Society of Malaysia szervezésében.

Mesterséges intelligencia a jövő orvoslásában

Journal of the American College of Radiology,

DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jacr.2016.07.010>

New England Journal, 2016; 375:1216-1219 September 29, 2016

DOI: 10.1056/NEJMp1606181;

JAMA Intern Med 2016, online 10. Oktober 2016

Kulcsszavak: Big Data, információtechnológia, mesterséges intelligencia, gyógyítás jövője, Egyesült Államok

Forrás Internet-helye: [http://www.jacr.org/article/S1546-1440\(16\)30590-7/abstract](http://www.jacr.org/article/S1546-1440(16)30590-7/abstract) ;

<http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMp1606181> ;

<http://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2565684>

Amerikai kutatók szerint az orvosok belátható időn belül csak a számítógépek felügyeletével fogják ellátni teendőiket, bizonyos értelemben kiborgokká válnak.

Ezekiel Emanuel (University of Pennsylvania, Philadelphia) és Ziad Obermeyer (Harvard Medical School) az utóbbi időben több jóslással állt elő. Egyebek között a radiológia, mint virágzó orvostudományi diszciplína alkonyát vetítik előre. Húsz éven belül a radiológia eltűnik a palettáról.

A gépek tanulási folyamata sok mindent helyettesíteni fog, amit jelenleg még a radiológusok és a patológusok végeznek. A számítógépek képfelismerése előbb-utóbb odavezet, hogy a gép találati pontossága rövidesen meghaladja az emberét. Obermeyer szerint ezt követően a radiológusok kiborgokká mutálódnak, algoritmusokat ellenőriznek, amelyek percenként több ezer képet olvasnak le és csak kétség esetén avatkoznak közbe. Húsz év múlva már nem fognak létezni mai értelemben vett radiológusok.

Emanuel és Obermeyer felvetése azonban túlmutat a radiológia jövőjén. A gépek tanulóképessége általában javíthatja a diagnosztikát. Ám erre valamivel lassabban, csak a következő évtizedben kerül sor.

A két kutatónak a Big-Data-algoritmusok orvosi alkalmazásával kapcsolatos optimizmusa szinte határtalan. Ám mint Kurt Gödel és Alan Turing már az 1930-as években jelezte, az algoritmusok sem mindenhatók. Az, hogy végül az algoritmusok általában eredményhez vezetnek-e, önmagában algoritmikusan nem dönthető el.

Németország Statisztika Évkönyve 2016 – Statistisches Jahrbuch 2016
Szövetségi Statisztikai Hivatal, 1. August 2016 (697 p.)

Kulcsszavak: népegészségügy, lakosság egészségi állapota, statisztika, Németország

Forrás Internet-helye:

https://www.destatis.de/DE/Publikationen/StatistischesJahrbuch/StatistischesJahrbuch2016.pdf;jsessionid=C892F434D7119C5ED4335AED1B9361E8.cae2?_blob=publicationFile ;

<https://www.destatis.de/DE/Publikationen/StatistischesJahrbuch/StatistischesJahrbuch.html;jsessionid=A551896825BA5F79E4DD75488B60AE73.cae3>

A kötet bemutatására 2016. október 27-én került sor. A 2016-ban kiadott Statisztikai Évkönyv adatai 2013-ból és 2014-ből származnak. Az egészségügyi kiadások Németországban évek óta folyamatosan növekednek: 2014-ben ismét több mint 13 milliárd EUR-ral növekedtek.

Az egészségügyi kiadások összege 2014-ben 328 milliárd EUR (a GDP 11%-a), 2000-ben még 214 milliárd EUR volt. Mindez tartalmazza a biztosítások, az orvosi és ápolási szolgáltatások, a gyógyszerek és segédeszközök, valamint az ambuláns és sürgősségi szolgálatok költségeit. A kiadásoknak mintegy a felét a kötelező betegbiztosítás viseli.

Kiadások költségviselők szerint (2014)

- állami költségvetés: 4,5%
- kötelező betegbiztosítás: 58,5%
- szociális ápolásbiztosítás: 7,8%
- kötelező nyugdíjbiztosítás: 1,3%
- kötelező balesetbiztosítás: 1,6%
- privát beteg- és ápolásbiztosítás: 8,9%
- munkaadók: 4,3%
- privát háztartások, nem profitorientált szervezetek: 13,2%

Stabil húsfogyasztás, kevesebb gyümölcs és cukor, több zöldség

Németország lakosai 2014-ben átlagosan 87 kg húst és hústerméket fogyasztottak: az évente egy főre eső fogyasztás sertéshúsból 52,1 kg, szárnyasból 19,1 kg, marhahúsból 12,7 kg volt. Ezek az adatok még nem tükrözik a vegetáriánus fogyasztás felé történő elmozdulást. Az egy főre eső átlagos fogyasztás 2001. óta mindössze 1 kilóval csökkent. Az egy főre eső friss zöldségfogyasztás 2014/2015-ben 97 kg, 2000/2001-ben 94 kg volt. Valamelyest növekedett a friss tej és a sajtfélék fogyasztása: 2001: 103 kg; 2014: 109 kg. Az egy főre eső friss gyümölcsfogyasztás viszont

jelentősen csökkent: 2014/2015-ben 65 kg, 2000/2001-ben 75 kg volt. Az egy főre eső átlagos cukorfogyasztás 2014-ben 32 kg, 2000/2001-ben 35 kg, a vaj és növényolaj egy főre eső fogyasztása 2014-ben 21 kg, 2000/2001-ben 24 kg volt.

A felmérés szerint a fogyasztás összefügg a családok pénzügyi lehetőségeivel: minden tizenkettedik személy olyan háztartásban él, amely nem rendelkezik anyagi eszközökkel ahhoz, hogy minden második nap teljes értékű ebédet készítsen.

A privát háztartások élelmiszerekre és alkoholmentes italokra fordított kiadásai 2013-ban / háztartás / hó

- hús, hústermék: 50 EUR
- kenyér- és gabonatermékek: 41 EUR
- tejtermékek és tojás: 37 EUR
- alkoholmentes italok: 32 EUR
- zöldség, burgonya: 29 EUR
- gyümölcs: 23 EUR
- cukor, csokoládé, édesség: 18 EUR
- hal, tenger gyümölcsei: 8 EUR
- főzőzsírok és -olajok: 7 EUR
- egyéb élelmiszerek: 12 EUR

Alacsonyabb dohány- és sörfogyasztás

Első pillantásra a szeszesitalokra (26 EUR) és dohányra (17 EUR) fordított kiadások nem változtak. Ám ha figyelembe vesszük az alkohol 13%-os és a dohánytermékek árának 63%-os növekedését, arra a következtetésre juthatunk, hogy a fogyasztás a korábbiakhoz viszonyítva csökkent.

2015-ben egy-egy lakos 1.041 szál cigarettát, szivart, vagy szivarkát szívott el. Ez 170 darabbal kevesebb, mint 2005-ben volt. A sörfogyasztás is csökkent: 2015-ben az egy főre eső sörfogyasztás 98 liter; tíz évvel korábban még 111 liter volt. Ez azt jelenti, hogy az egy főre eső sörfogyasztás 2005. óta 1,5 kazettával csökkent. Enyhén csökkent a fiatalok körében a rohamszerű lerészegedés, ami a szakértők szerint a pomponlánysörökre (alcopops) kivetett adónak tulajdonítható.

Minden egybevetve a fejlemények pozitívnak mondhatók: megjelent a káros termékekkel szembeni önkorlátozás. Az individuális önértékelés szerint 2014-ben a lakosság kétharmada nagyon jónak vagy jónak ítélte meg egészségi állapotát.

**Felmérés a német lakosság egészségi állapotáról –
Gesundheit in Deutschland (GEDA) 2015**
Robert-Koch-Institut, November 2015 (516 p.)

Kulcsszavak: népegészségügy, egészségi állapot, Németország, Európa

Forrás Internet-helye:

GEDA főoldala:

http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/GesInDtld_node.html ;

Teljes szöveg (816 p.):

http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/gesundheit_in_deutschland_2015.pdf?__blob=publicationFile

Rövidített szöveg (56 p.):

http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsGiD/2015/kurzfassung_gesundheit_in_deutschland.pdf?__blob=publicationFile

11. A legfontosabb eredmények: Európai összehasonlítás (498-499 p.)

Az európai összehasonlítás alapját az EHCI-indikátorok (*European Core Health Indicators*) képezik.

Az Európai Unióban a felnőttek több mint kétharmada, Németországban a lakosság 65%-a jónak vagy nagyon jónak ítéli meg saját egészségi állapotát. A születéskor várható élettartam Németországban 2012-ben nőknél 83,3 év, férfiaknál 78,6 év volt (EU: 83,2; ill. 77,4 év).

Halálokok: A leggyakoribb halálokok mind az EU-ban, mind Németországban a szív- és érrendszeri megbetegedések. Ezek körében az ischémias szívbetegségek és a cerebrovaszkuláris megbetegedések a leggyakoribbak: a halálozási ráta az ischémias szívbetegségeknel valamivel meghaladja az európai átlagot, a cerebrovaszkuláris megbetegedéseknél annál alacsonyabb. A halálozási ráta ezeknél a betegségeknel az 1990-es évek közepe óta mind Németországban, mind az EU tagállamainak többségében csökkent. A második halálokot az EU-ban a rákos megbetegedések képezik. A rákos megbetegedések halálozási rátája Németországban az európai átlag alsó harmadába sorolható: 100.000 nőre 206, 100.000 férfira 330 haláleset jut. Az újonnan diagnosztizált rákos megbetegedések számát az EU-ban 2012-ben 2,6 millió esetre becsülték.

Diabétesz: Az európai lakosság egészségi állapotára vonatkozó megkérdezés (EHIS) szerint a diabétesz prevalenciája a 64 év alatti felnőtt lakosság körében 3%, a 65 évesek és annál idősebbek körében 14,3%. A német lakosság előző egészségfelmérése (GEDA 2010) mindkét korcsoportban magasabb egyéves prevalenciát mért (4,1% és 17,4%).

Dohányzás: A rendszeresen dohányzók aránya Németországban a nők körében 17,6%, a férfiak körében 26,4% (EU-átlag: nőknél 17,7%, férfiaknál 28,5%). A dohányzók aránya az EU 28-ak közül csak kilenc országban nem éri el a 20%-ot, a dohányfogyasztás csökkenése azonban általános jelenség. A hetente legalább egy alkalommal dohányzó fiatalok aránya Németországban (15 %), a *Health Behaviour in School-aged Children Study (HBSC)* szerint nem éri el az európai átlagot (17%).

Alkoholfogyasztás: Az Európai Unióban az egy felnőttre eső alkoholfogyasztás évente 10,1 liter, Németországban 11,0 liter. A rendszeres alkoholfogyasztás és a rohamszerű lerészegedés prevalenciája a németországi fiatalok körében megfelel az európai átlagnak. Ebben a tekintetben mindkét korcsoportban mind nemzetközi, mind országos szinten csökkenő tendenciák figyelhetők meg.

Elhízottság: Az Európai Unióban a felnőtt lakosság több mint fele túlsúlyos. Az elhízottak aránya a felnőtt lakosság körében mind az Európai Unióban, mind Németországban 23%. A túlsúlyos és elhízott fiatalok aránya Németországban 14%, ami megfelel az európai átlagnak.

Németország a GDP 11%-át fordítja egészségügyi kiadásokra (EU: 9%). Az orvosokkal való ellátottság és az orvos-beteg-kontaktusok száma tekintetében Németország a felső harmadba tartozik. Németország élenjáró helyet foglal el a kórházi ellátás (1.000 lakosra jutó kórházi ágyak száma) rendelkezésére álló erőforrások tekintetében.

Az utóbbi években Európában nem sikerült elérni az összes egészségügyi indikátor és az összes lakossági csoport vonatkozásában célul tűzött eredményeket. Az országos és nemzetközi adatok továbbra is az egészségi állapot tekintetében megnyilvánuló egyenlőtlenségekre és szociális egyenlőtlenségekre utalnak, ezért a nemzetközi szervezetek egészségügyi stratégiáinak fókuszában állnak.

Jelentés a rehabilitáció helyzetéről Németországban 2015-ben. Orvosi és foglalkozási rehabilitáció a nyugdíjbiztosítás keretében – Reha-Bericht 2015

Deutsche Rentenversicherung (DRV), 2015 (102 p.)

Kulcsszavak: rehabilitáció, orvosi rehabilitáció, foglalkozási rehabilitáció, rehabilitáció költségei, Németország

Forrás Internet-helye: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/6_Wir_ueber_uns/03_fakten_und_zahlen/03_statistiken/02_statistikpublikationen/02_rehabericht_2015.pdf?_blob=publicationFile&v=4

Orvosi rehabilitáció

2014-ben a nyugdíjbiztosításnál több mint 1,7 millió kérelmet nyújtottak be orvosi rehabilitáció céljából.

A nyugdíjbiztosítás 1.014.763 orvosi rehabilitációs szolgáltatást nyújtott.

Ebből 31.384 (3%) szolgáltatás gyermekek és fiatalok rehabilitációjára jutott.

Az ambuláns orvosi rehabilitációs szolgáltatások az összes rehabilitációs szolgáltatás 14%-át tették ki.

A kórházi kezelést követő rehabilitáció (*Anschlussrehabilitation – AHB* ~ utókezelés) 2014-ben az összes orvosi rehabilitáció jó egyharmadát tette ki (337.618 szolgáltatás).

A nyugdíjbiztosítás rehabilitációs utógondozásként 189.496 szolgáltatást nyújtott.

2014-ben 55.536 rehabilitációban résztvevő személy részesült támogatásban a munkahelyen való fokozatos visszailleszkedéshez.

A leggyakoribb rehabilitációs indikációk: az izmok, a csontrendszer és a kötőszövet megbetegedései. Ezekre jutott férfiaknál és nőknél a fekvőbeteg ellátás keretében a szolgáltatások egyharmada, az ambuláns ellátás keretében nőknél a rehabilitációs szolgáltatások 65%-a, férfiaknál 60%-a.

A rehabilitáció igénybevétele az életkorral arányosan gyakoribbá válik.

Az orvosi rehabilitációban részesülő nők és férfiak életkora átlagosan hasonló: a nőké 52,4 év, a férfiaké 52,0 év.

A nők összességében gyakrabban vesznek igénybe rehabilitációs szolgáltatásokat, mint a férfiak.

A fekvőbeteg orvosi rehabilitáció átlagos időtartama diagnózis-csoportok szerint változó: 22-23 nap (neurológiai megbetegedések nélkül).

A rehabilitációban részesülők 85%-a a rehabilitációt követő két éven belül visszanyeri keresőképességét.

Foglalkozási rehabilitáció

2014-ben a nyugdíjbiztosításnál 417.531 kérelmet nyújtottak be a munkavégzésbe való inklúziót célzó szolgáltatások (*Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – LTA*) céljából.

2014-ben 142.323 munkavégzésbe való inklúziót célzó szolgáltatás zárult le.

A férfiak gyakrabban vesznek igénybe munkavégzésbe való inklúziót célzó szolgáltatást, mint a nők. A nők aránya az utóbbi években folyamatosan növekedett – kivéve egy 2011-2012-ben bekövetkezett átmeneti visszaesést.

A foglalkozási rehabilitációban résztvevő nők és férfiak életkora átlagosan 46,4 év.

A munkavégzésbe való inklúziót célzó szolgáltatások egyötöde szakmai képzési szolgáltatás. Ennek oka többnyire mozgásszervi és kötőszöveti megbetegedés (nők: 51%, férfiak: 62%).

A résztvevők jó háromnegyede sikeresen zárja le a képzési szolgáltatást.

A társadalombiztosításra köteles foglalkoztatás mértéke a szakmai képzési szolgáltatást követően két éven belül növekedik (a résztvevők 48%-ánál hat hónap után, 56%-ánál két év után).

Rehabilitációra fordított kiadások

2014-ben a nyugdíjbiztosítás kereken bruttó 6,03 milliárd EUR-t fordított rehabilitációra, ebből 4,4 milliárd EUR-t orvosi rehabilitációra, kereken 1,2 milliárd EUR-t munkavégzésbe való inklúziót célzó szolgáltatásokra és 0,3 milliárd EUR-t társadalombiztosítási járulékokra.

Fizikai megbetegedések esetén egy fekvőbeteg orvosi rehabilitáció átlagosan 2.727 EUR-ba kerül.

Pszichés és szenvedélybetegségek esetén nyújtott hosszabb orvosi rehabilitáció átlagosan 6.285 EUR-ba kerül.

Az orvosi rehabilitáció jövője.
Állásfoglalás: Egy szakértői munkaközösség reformjavaslatai
Friedrich-Ebert-Stiftung
WISO Direkt, 17/2015 (24 p.)

Kulcsszavak: orvosi rehabilitáció, Németország

Forrás Internet-helye: <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/12028-20151105.pdf> ;
<http://www.reha-recht.de/infothek/beitrag/artikel/experten-beschreiben-zukunft-der-medizinischen-reha/>

A Friedrich-Ebert-Stiftung megbízásából 14 szakértő állásfoglalást készített az orvosi rehabilitáció jövőjéről.

Thomas Bublitz, a Német Privát Kórházak Szövetségi Egyesülésének (Bundesverband Deutscher Privatkliniken) ügyvezető igazgatója, az állásfoglalás egyik kezdeményezője és társszerzője szerint a rehabilitációs szolgáltatásokat a jövőben nem engedélyezni, hanem orvosilag rendelni kell. Így a rehabilitációt mentesíteni lehet a költségviselők vonakodásától, átláthatóbbá és egyszerűbbé lehet tenni.

Az állásfoglalás követelései:

- a rehabilitációhoz való gyors, diszkriminációmentes hozzáférés, beleértve a migránsokat
- a szükségleteknek megfelelő rehabilitáció gyermekek és fiatalok részére, akiket gyakran kell stressz, zaklatás és mozgásszegénység miatt kezelni
- a rehabilitáció intézményi struktúrájának megújítása, a szövetségi rehabilitációs bizottság felállításával, valamint az orvosi és szakmai rehabilitáció jobb hálózatba szervezésével
- az állásfoglalás felszólítja a politikát a rehabilitáció új keretfeltételeinek megteremtésére; az elöregedő társadalomra a munka világának megújításával kell reagálni

2. 1. A legfontosabbak dióhéjban

Németországban az ambuláns rehabilitációs szolgáltatásokat nyújtó intézmények mellett 1.187 rehabilitációs klinikán nyújtanak szolgáltatásokat. Az összes rehabilitációs szolgáltatás mintegy 90%-át a rehabilitációs klinikák biztosítják, amelyek 2013-ban 170.000 ágygal rendelkeztek (ágykihasználtság: 81,2%) és

évente kétmillió beteget kezelnek. A klinikák 54%-a privát, 19,3%-a állami, 26,7%-a közhasznú társasági fenntartásban működik. Átlagon felüli méreteik miatt az ágyak 65,2%-a privát fenntartók intézményeinél található.

A fekvőbeteg megelőző és rehabilitációs eljárások összkiadásai 2012-ben 8,71 milliárd EUR-t tettek ki. Ez az összes költségviselő összkiadásai 2,9%-ának felel meg – az arány évek óta enyhén, de folyamatosan csökken. 2012-ben a kiadások 39,6%-át (3,45 milliárd EUR) a kötelező nyugdíjbiztosítás, 30,0%-át (2,62 milliárd EUR) a kötelező betegbiztosítás viselte. A két ágazat közötti hatáskör megoszlása: A nyugdíjbiztosítás a keresőtevékenységet végzők rehabilitációjáért, a munka- és keresőképesség visszanyerését célzó orvosi rehabilitációért felelős. A betegbiztosítás szubszidiáris szerepet tölt be, ha a rehabilitációs szolgáltatásra való jogosultság feltételei nem állnak fenn, vagy ha a keresőképesség nem kerül veszélybe. Ezenkívül a balesetbiztosítás is képbe kerülhet, ha a rehabilitáció iránti szükséglet összefügg a munkavégzéssel, baleset, vagy foglalkozási betegség miatt válik szükségessé. A balesetbiztosítás az összes kiadás két százalékát (0,14 milliárd EUR) vállalja át.

A nyugdíjbiztosítás rehabilitációban részesülő betegek körében a nők és a férfiak aránya csaknem azonos és átlagéletkoruk is hasonló (nők: 52,1 év, férfiak: 51,8 év). Az ambuláns rehabilitációban részesülők általában fiatalabbak. A leggyakoribb rehabilitációs indikációk 2013-ban: orthopédiai megbetegedések, azaz izom-csontrendszeri és kötőszöveti megbetegedések (31,9%), pszichés megbetegedések (15,1%), szív- és érrendszeri megbetegedések (14,7%), daganatos megbetegedések (11,2%). A fekvőbeteg orvosi rehabilitáció átlagos időtartama fizikai megbetegedés esetén 23-24 nap volt. A kezelés időtartama ambuláns rehabilitációs szolgáltatásoknál a betegbiztosítás keretében 18,3 nap, a nyugdíjbiztosítás keretében 21 nap volt.

Észrevehetővé vált a kórházi kezelést követő rehabilitáció (*Anschlussrehabilitation* – AHB, AR ~ utókezelés) jelentőségének növekedése. Az esetek aránya a kötelező betegbiztosítás keretében kerekén 80%, a nyugdíjbiztosítás keretében egyharmad. Ez az arány az előző években sokkal alacsonyabb volt.

A fekvőbeteg orvosi rehabilitáció fizikai megbetegedés esetén átlagosan 2.685 EUR-ba kerül. A huzamosabb időt igénybe vevő rehabilitációs szolgáltatások főleg szenvedélybetegségek és pszichés megbetegedések esetén sokkal költségesebbek (6.254 EUR).

2. 2. Individuális és gazdasági effektusok

A keresőképes életkorban levő, rehabilitációban részesülő személyek 85%-a a rehabilitációt követő két éven belül visszatér a keresőtevékenységbe. Az orvosi rehabilitáció népgazdasági effektusaira vonatkozóan számos tanulmány és scenárium áll rendelkezésre, amelyek kidolgozására makroökonómiai modellek alapján került sor. A *Prognos AG* (2009) számításai szerint az orvosi rehabilitáció évente több mint 150.000 személyt tart meg a népgazdaság számára, akiknek orvosi rehabilitáció nélkül idő előtt ki kellene lépniük a keresőtevékenységből.

A *Német Nyugdíjbiztosítás (Deutsche Rentenversicherung – DRV)* orvosi rehabilitációra és utólagos szolgáltatásokra fordított költségei évente 2,7 milliárd EUR-t, nyugdíjjárulékokból származó bevételei 1,9 milliárd EUR-t, megtakarításai 2,5 milliárd EUR-t (szükségtelemmé váló előrehozott nyugdíjkifizetések) tesznek ki. A rehabilitációra fordított kiadások tehát kifizetődők a nyugdíjbiztosítás számára.

A geriátriai rehabilitáció tekintetében a *Gesellschaft für betriebswirtschaftliche Beratung (Gebera 2010)* végzett gazdaságossági vizsgálatokat a határterületek, elsősorban az ápolásbiztosítás vonatkozásában. A szakértők arra a következtetésre jutottak, hogy az időskorúak részére nyújtott specifikus szakmai és szükségletekhez igazodó rehabilitáció segítségével az ápolásra szorultság elhárítható, vagy legalábbis csökkenthető.

A rehabilitáció népgazdasági effektusai közé tartozik az is, hogy a rehabilitációs klinikák munkaadóként, termékeket és más szolgáltatásokat igénybevevő ügyfélként jelentős szerepet töltenek be az adott régióban. Jelenleg a fekvőbeteg és megelőző rehabilitációs intézetek szövetségi szinten kereken 120.000 foglalkoztatottal rendelkeznek. A klinikák évente 700 millió EUR adót és egyéb szociális járulékot fizetnek be, valamint több mint 300 millió EUR összegű beruházást eszközölnek. A rehabilitációs klinikák háromnegyede vidéki környezetben működik (aktív kórházak 45%-a), gyenge gazdasági adottságokkal rendelkező régiókban ők a legnagyobb munkaadók, adófizetők, kereskedelmi és szolgáltatási partnerek.

*„Fluid Care” – Bedől-e az ápolási rendszer
a baby-boom-nemzedék miatt?*

Gottlieb Duttweiler Institute (GDI) Zürich, 2016 (6 p.)

Kulcsszavak: ápolás, Svájc

Forrás Internet-helye:

http://www.gdi.ch/media/Summaries/GDI_Senesuisse_de_Summary.pdf

Svájci kutatók szerint a baby-boom-nemzedékhez tartozók jövőbeli ápolását az individualizálódás és a családi élet felbomlása fogja meghatározni. Mindennapi ellátásuk két legfontosabb trendje a flexibilizálás és a komfort. Nézeteik szerint ebben új szolgáltatók vállalnak szerepet, akik új utakat törnek a moduláris ápolás irányában.

A várható életkor növekedése kétélű. Jóllehet több idővel ajándékoz meg bennünket ahhoz, hogy aktívan töltött nyugdíjas éveinkben beteljesítsük régi álmainkat, ennek árát betegséggel és ápolásra szorultsággal fizetjük meg. Ez a viszonylag fitt baby-boom-nemzedékre is érvényes, amely most éri el időskorát. A társadalom előtti kihívás, hogy egyre több és egyre differenciáltabb elvárásokat támaztó időskorú gondozásának és ápolásának finanszírozását biztosítsa. A *Gottlieb Duttweiler Institute* szakértői szerint eljött az ideje, hogy leszámoljunk az időskorúak ápolásáról szóló hagyományos elképzelésekkel. A társadalom ápolás és gondozás iránti igényeit különböző erők formálják, amelyek a társadalom egésze számára relevánsak és nemcsak az időskorúakat érintik. Ezek közé tartozik az individualizálódás és a családtól való megfosztottság. Az ember egyre inkább magára van utalva, időskorában önálló életvitelre törekszik, miközben a családi kötelek szétmállanak. A közösséghez való tartozás most már – az időskorúak körében is – az együttélés, a fogyasztás és a munkavégzés új keretei között nyilvánul meg.

A szakértők szerint további felhajtó erő a digitalizálás. A *Big Data* nemcsak az egészségi önértékelést szabja meg, hanem megváltoztatja az ápolás és gondozás szervezete és tartalma iránti elvárásokat is. Ezek közé tartozik a flexibilizálás és a komfort. A korábbi generációk több szerénységet tanúsítottak. A baby-boom-nemzedék tagjai azonban időskorukban a lehető legnagyobb kényelemben szeretnének élni.

Az ápolás és gondozás szervezete az egyes országokban különböző, de közös trend az ambuláns ápolásnak a fekvőbeteg kezeléssel szembeni prioritása. A demográfiai átalakulás és a növekvő fogyasztói igények kontextusában mindenütt megjelenik a források szűkössége.

A jelenlegi intézményesített rendszerek nem kompatibilisek a jövőbeli ápolási szükségleteket meghatározó társadalmi felhajtó erőkkel. Az ambuláns és a fekvőbeteg szolgáltatások közötti világos választóvonal nem egyeztethető össze a flexibilizálás iránti igénnyel. Meg kell találni az ápolási otthon és a saját hajlék közötti alternatívákat az „à-la-carte-szolgáltatások” értelmében, amelyekkel személyesen meg lehet szólítani az ügyfeleket.

Ezért az ápolás és gondozás a jövőben a „*Fluid Care*” jegyében szervezendő. A szolgáltatók kínálatai között rugalmas átmenetekre és holisztikus megoldásokra van szükség, amelyek igazodnak az egyének szükségleteihez.

A tanulmány szerint két *Fluid-Care*-scenárium képzelhető el. A „kívánságra/individualizáltan” (“*on demand/individualisiert*”) scenárium szerint több differenciált kínálat létezne egymás mellett. A szolgáltatók komplett szolgáltatási csomagok helyett specifikus hézagokat töltenének ki és szükségleteket teljesítenének, más szolgáltatókkal való versenyhelyzetben. Aki *Fluid-Care*-szolgáltatásokra tartana igényt, a különböző szolgáltatók szolgáltatási csomagjaiból állítana össze egy személyes csomagot. A piacon az ágazattól idegen startupok is felbukkanhatnak. Ők olyan területeket vehetnék át, mint az épületfenntartás, az étkeztetés vagy a szociális hálózatba szervezés.

Az „általános/individualizált” (“*pauschal/individualisiert*”) scenárium szerint a *Fluid Care* ugyancsak az individuális szükséglethez igazodna, de integrált kínálatként állna rendelkezésre. A teljeskörű kiszolgálás érdekében az ügyfeleket egyfajta menedzsmentplatform – egy egyesület, egy magánszemély, egy technikai szolgáltatói platform – venné át.

Ennek érdekében azonban a szolgáltatóknak tovább kell látniuk az orruknál, mivel a *Fluid Care* azt jelenti, hogy az ápolást és gondozást, de a mindennapi szolgáltatásokat is egy kézből kell biztosítani és a szociális szükségleteket egy kézből kell kielégíteni. A szerzők szerint a *Fluid-Care*-piac hatalmas potenciállal rendelkezik.

Christoph Winnat: Felmérés az intézményi ápolás költségeiről

Ärzte Zeitung online, 2016. november 1.

Kulcsszavak: ápolás, költségek, Németország

Forrás Internet-helye:

http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/pflege/article/919917/stationaere-pflege-heimbetreiber-denken.html?cm_mmc=Newsletter-Newsletter-C-20161101-Pflege

A felmérést a HSH Nordbank (Hamburg) készítette, amely saját adatai szerint az ápolási intézményeket finanszírozó öt legnagyobb bank közé tartozik és évente 20 tranzakciót hajt végre az ápolási piacon.

2014-ben az ápolási intézmények kamatok és adózás utáni nyeresége (EBIT) még átlagosan 2,8% volt. Ez az érték az elmúlt évben 2,6%-kal csökkent, a prognózisok szerint pedig 2016-ban további 2,4%-kal, 2017-ben pedig 2,3%-kal csökken.

Ezzel összefüggésben növekvő személyi kiadásokkal számolhatunk. Az adatok szerint az ápolási intézményeknek 2015-ben hozamuk 62,8%-át bérekre és szociális költségekre kellett fordítaniuk. A következő évben a személyi kiadások aránya előreláthatóan eléri a 63,4%-ot.

Az új építkezési előírások, az ápolásbiztosítás szabályrendszere és az ápolásra szorulóknak növekvő igényei kevés mozgásteret nyújtanak a rentabilitás biztosítása számára. Tíz éve még a kétágyas szoba és négy otthonlakó számára egy fürdőszoba volt a követelmény, az ápolásra szorulóknak a jövőben már az egyágyas szobára és saját fürdőszobára tartanak igényt.

A kisebb intézményfenntartók ezért belátható időn belül csütörtököt mondanak. A bentlakásos intézményi ápolás nagyobb szereplői körében pedig az „újragondolás” jelei figyelhetők meg. Korábban növekedésüket más intézmények felvásárlásával oldották meg, most már inkább saját forrásokból új fejlesztésekre törekednek.

Jörg von Amsberg banktanácsadó szerint az új beruházások finanszírozása iránti hitelkérelmek száma erőteljesen növekedik. Ez annak tulajdonítható, hogy a fennálló bentlakásos ápolási intézmények csak szigorú feltételek mellett igazodhatnak az új építkezési előírásokhoz. A piacon kevés az életképes intézmény.

Örökösödési eljárás az orvos halála esetén
Arzt & Wirtschaft Online, 30. Oktober 2016 3:06

Kulcsszavak: praxis, praxis utódlása, praxis öröklése, praxis költségei, Németország

Forrás Internet-helye:

https://www.arzt-wirtschaft.de/arzt-und-einzelpraxis/?auwUsrGr=so&utm_campaign=FINANZEN-Newsletter-31_10_2016-2016-10-31+07%253A35%253A00&utm_source=AuW-Newsletter&utm_medium=email&utm_term=Honrare-Kostenfalle+Praxis%253A+Warum+%25C3%2584rzte+f%25C3%25BCr+den+Todesfall+vorsorgen+sollten&utm_content=SO

A praxisra háruló kötelezettségek és jogosultságok az orvos elhalálása esetén átszállnak annak örökösére. Amennyiben az örökös nem rendelkezik a szükséges szakképesítéssel, gyors cselekvésre van szükség. A költségek ugyan tovább pörögnek, akkor is, ha az illető, aki nem orvos és nem praktizálhat.

Az örökösnek ebben az esetben döntenie kell, hogy eladja, vagy bezárja a praxist. Ezért különösen fontos, hogy az orvos végrendeletet hagyjon hátra. Fennáll a kockázat, hogy amennyiben a helyzet nem rendeződik azonnal, a betegkör szétrebben. Ennek során figyelembeveendő a hivatásrendi és szerződött orvosi keretfeltételek. A hivatásrendi előírások lehetővé teszik, hogy egy orvos elhalálása után annak eltartásra jogosult hozzátartozója a halált követő naptári negyedév végétől számított három hónapig egy másik orvosra bízta a praxis vezetését (ún. kegyelmi negyedév). Ezenkívül az örökösök az orvosok szövetségi tarifakeretmegállapodása (*Bundemantelvertrag-Ärzte*) alapján két negyedévig egy másik orvost bízhatnak meg a praxis vezetésével.

Az engedélyezett orvos elhalálásával szerződött orvosi engedélye is automatikusan megszűnik. Az engedély nem örökölheto, mivel ez kiemelten személyhez füzödo jog. Az engedély „továbbadására” egy közjogi utódlási eljárás keretében kerül sor, ha a szerződés székhelye engedélyezési korlátozás alatti területen található. Az eljárásra az örökösök kérelmére kerül sor, a szabaddá vált szerződött orvosi székhelyet megpályáztatják és annak betöltéséről az engedélyező bizottság dönt, kötelező mérlegelés alapján, egyebek között az örökösök gazdasági érdekeinek tiszteletben tartásával.

Az elhalálozott praxistulajdonos alkalmazottainak munkaviszonyát kezdetben az örökösök tartják fenn. A praxis eladása esetén az alkalmazottak automatikusan átszállnak az utódra. Amennyiben azonban a praxist be kellene zárni, az örökösöknek azonnal fel kellene mondaniuk az alkalmazottak munkaviszonyát, mivel a munkaviszony nem szünik meg önmagától és a felmondási idő lejártáig kötelesek lennének a bér további folyósítására.

Fontos a bérleti viszony fenntartása. Ha az orvos meghal és a bérleti szerződés nem rendelkezik másképp, mind az örökös, mind a bérbeadó rendkívüli felmondási joggal rendelkezik, amely a halál beálltát követő egy hónapon belül gyakorolható.

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 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 financializálódása 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 csúcsjövendelmek (IMK Report)
- Szociális biztonság a munkavégzés modern világában. A GVG állásfoglalása az Arbeit 4.0 Zöldkönyvvel kapcsolatban
- Jelentés a minimálbékekről 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 betégbiztosítók szemszögéből

Népegészségügy:

- 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*)