

Egészséggazdasági, egészségpolitikai és szociálpolitikai nemzetközi sajtószemle

2016. 4. sz.

Ambuláns ellátás:

- Ambuláns orvosi ellátás Németországban, Hollandiában és Svájcban (1 rész)
- Az ambuláns ellátás tekintetében szenzitív diagnózisok katalógusa
- Ambuláns potenciál a kórházi sürgősségi ellátásban
- Kezdődik az újabb felmérés az ambuláns tevékenységet végző orvosok helyzetéről: *Orvosmonitor 2016 – Ärztemonitor 2016*

Orvosok és fogorvosok anyagi helyzete (kereset, jövedelem, bevétel):

- Jelentés a keresetekről 2016-ban – *Gehaltsreport 2016*
- A német fogászati praxisok üzemgazdasági adatai

Egészségügyi szakdolgozók:

- Felmérés a bábaasszonyok munkakörülményeiről Németországban

Gyógyszeripar:

- A gyógyszeriparban pörögnek a fúziók

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

Kulcsszavak: ambuláns ellátás, Németország, Hollandia, Svájc

Forrás Internet-helye:

<http://www.wip-pkv.de/publikationsbeitraege/studien-details/studien-ansicht/detail/studien-uid/151.html>

3. Az ambuláns orvosi ellátás áttekintése:

3. 1. Az orvosi hivatás gyakorlásának engedélyezése és a költségfenntartóhoz fűződő viszony:

Németország:

Az orvosi hivatás gyakorlásához approbációra (állami engedélyezésre) van szükség, amelyet az illetékes tartományi hatóság bocsát ki. Az approbáció előfeltétele az orvostudományi tanulmányok elvégzése. A kötelező betegbiztosítással rendelkező betegek ambuláns ellátásának a kötelező betegbiztosítással való elszámolásához szerződött [betegpénztári] orvosként való engedélyezésre van szükség. Ez ugyancsak egy sikeres szakorvosi vizsgát feltételez. A szerződött orvos az engedélyezés elnyerésével a betegpénztárának székhelye szerint illetékes Betegpénztári Orvosi Egyesülés (*Kassenärztliche Vereinigung – KV*) tagjává, az engedélyezéséből származó szolgáltatási volumen nyújtására jogosulttá és kötelessé válik. Németországban a Betegpénztári Orvosi Egyesülések kötelesek garantálni a kötelező betegbiztosítás tagjai javára az ambuláns orvosi ellátást (ellátási kötelezettség). Azt, hogy valamely régióban (ill. tervezési területen) hány szabad orvosi állás van, a Társadalombiztosítási Törvénykönyv Ötödik Könyvében (*Sozialgesetzbuch – SGB V*) előírt szükséglettervezés szabályozza. A kötelező betegbiztosítás terhére elszámolható orvosi szolgáltatások alapja az „egységes értékelési skála” (*Einheitlicher Bewertungsmaßstab – EBM*). A szerződött orvosi szolgáltatásoknak ez a díjszabása szövetségi szinten érvényes és definiálja az elszámolható szerződött orvosi szolgáltatások tartalmát, amely házi-orvosi, szakorvosi és közösen elszámolható szolgáltatásokra tagolódik. A díjszabást a Betegpénztári Orvosok Egyesülése és a kötelező betegbiztosítás ernyőszerkezete (*GKV-Spitzenverband*) közösen alakítja ki, majd arról a „Értékelő Bizottságban” (*Bewertungsausschuss*) jön létre a megállapodás.

Az orvosok privát orvosként is praxist nyithatnak. A szerződött orvosoktól eltérően, a privát orvosokat nem köti betegpénztárral való szerződés, de csak privát betegbiztosítással rendelkező betegeket, vagy készpénzben fizető betegpénztári betegeket kezelhetnek. Mivel Németországban a lakosság 90%-a kötelező betegbiztosítással rendelkezik, a privát praxisok aránya viszonylag alacsony. 2011-ben a saját praxisában ambuláns ellátást nyújtó 124.000 orvos 98%-a szerződött orvosként és mindössze 2%-a kizárólagosan privát orvosként folytatta tevékenységét.

A privát betegeknek nyújtott szolgáltatások elszámolása az orvosok díjszabásának rendje (*Gebührenordnung für Ärzte – GOÄ*) szerint történik, amely rögzíti a privát orvosi szolgáltatások elszámolható díjait. A díjszabások rendjét a szövetségi kormány bocsátja ki a Szövetségi Tanács (*Bundesrat*) hozzájárulásával. A privát orvosok és a szerződött orvosok elszámolása között jelentős különbség, hogy az orvosok díjszabásának rendje szerint nyújtott szolgáltatások ára átlagosan magasabb. 2013-ban az ambuláns ellátás területén a privát biztosítással rendelkező betegek kezeléséből származó többletbevétel meghaladta az 5 milliárd EUR-t.

Hollandia:

Az orvosi hivatás gyakorlásához az adott szakmai szövetség engedélye és az egészségügyi tevékenységek gyakorlásáról szóló törvény (*Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg – BIG*) szerinti regisztráció szükséges. Minden egyes szakorvosi szövetség saját engedélyezési eljárással rendelkezik. Hollandiában az ambuláns ellátásért való ellátási kötelezettség a betegbiztosítókra hárul. A betegpénztárak terhére való elszámolás érdekében az orvosoknak szerződést kell kötniük a betegpénztárakkal. Az ambuláns ellátás területén ez elsősorban a házi orvosokat érinti, mivel a szakorvosok csak kórházakban működnek. A németországi kötelező betegbiztosítástól eltérően Hollandiában nem kerül sor szakmai szövetségek szerinti ártárgyalásokra, mivel a holland egészségügyi rendszer a versenytörvény hatálya alá tartozik. A Betegpénztári Orvosok Egyesüléséhez hasonló szervezet nem létezik. A házi orvosok csaknem kivétel nélkül a Holland Házi orvosok Szövetségének (*Landelijke Huisartsen Vereniging – LHV*) tagjai. A fenti versenyjogi okokból kifolyólag a házi orvosi szövetség nem rendelkezik kompetenciával a szerződések területén.

A standard- vagy keretszerződésekről szóló tárgyalásokra a betegbiztosítók és a regionális házi orvosi szövetségek (*huisartsenkringen*), a Holland Házi orvosok Szövetségének képviselői, valamint a kijelölt intézmények munkaközösségeinek képviselői között kerül sor. Az egyszerűség kedvéért az egyes házi orvosi szövetségek csak a regionálisan domináns betegbiztosítóval folytatnak tárgyalásokat. A többi biztosító csatlakozik ehhez a szerződéshez. A házi orvosok által maximálisan elszámolható díjak a Holland Házi orvosok Szövetsége, a betegbiztosítók szövetsége (*Zorgverzekeraars Nederland*) és az egészségügyi minisztérium közötti tárgyalások eredményeként alakulnak ki.

A maximális díjtételeket a tárgyalások sikeres lezárását követően a holland egészségügyi hatóság (*Nederlandse Zorgautoriteit – NZa*) határozza meg. Ezt követően a házi orvosoknak személyesen kell csatlakozniuk a szerződésekhez. Ezenkívül lehetőség van még az egyes házi orvosok és a betegbiztosítók közötti szelektív szerződésekre.

Ha az orvos nem csatlakozik a betegbiztosító szerződéséhez, továbbra is kezelhet betegeket, ám ezek részére számlát kell kiállítania. A szerződéssel nem rendelkező orvosok, akik a költségtérítést választották, magasabb honoráriumot számolhatnak fel betegeiknek. Ezt azonban a biztosító már nem téríti meg a „tisztes piaci árhoz” hasonlóan a biztosítottaknak. Egyes házi orvosi kezelésekre (pl. kisebb sebészeti beavatkozásokra, vagy kompressziós terápia alkalmazására lábszárfekély esetén)

betegpénztári szerződés nélkül egyáltalán nincs lehetőség. A betegek elsősorban ellátási szerződéssel rendelkező orvosokat keresnek fel – elsősorban mivel a természetbeni szolgáltatás választása esetén csak szerződött orvosok vehetők igénybe. A házi orvos szerződés nélkül bevétele 20%-át teszi kockára.

Svájc:

Az orvosi tevékenység gyakorlásának engedélyezési eljárását az egészségügyi tevékenységekről szóló törvény (*Medizinalberufegesetz – MedBG*) szabályozza. Az engedélyezési eljárás a kantonok hatáskörébe tartozik. Az engedély kibocsátásának előfeltétele az államszövetségi orvosi diploma, valamint államszövetségi továbbképzés során szerzett titulus.

A betegbiztosításról szóló törvény nem tartalmaz formális eljárást a kötelező betegbiztosítás terhére folytatott tevékenység engedélyezésére vonatkozóan. Ez azt jelenti, hogy a vállalkozás szabadsága egyet jelent a betegpénztári engedélyezéssel. A svájci orvosokat azonban több mint tíz éve engedélyezési stop sújtja. Az új praxisok engedélyezési eljárását 2002-ben függesztették fel. Ennek oka a költségrobbanástól, valamint a Svájc és az EU közötti bilaterális egyezményrel összefüggésben keletkező orvosbeáramlástól való félelem volt. Az engedélyezési stop betartása tekintetében a kantonok illetékesek. Az eredetileg három évre tervezett intézkedést 2011 végéig több alkalommal meghosszabbították, majd a svájci parlament 2013 júliusától újabb hároméves engedélyezési stopról döntött.

A Svájcban alkalmazott orvosi honoráriumok egy egységes tarifarendszeren (TARMED) alapulnak, amely ugyancsak pontértékekre épül. Az orvosi szolgáltatásokért járó pontértékek kialakítására a kantonális biztosítási szövetségek és a szolgáltatók közötti alku keretében kerül sor, miáltal a kantonok között árkülönbségek keletkezhetnek. Azoknak az orvosoknak, akik a kötelező betegbiztosítás keretében ambuláns szolgáltatásokat akarnak nyújtani (a betegbiztosításról szóló törvény szerinti elszámolás érdekében), csatlakozniuk kell a TARMED-hez. Belépési szándékáról az orvos a Svájci Orvosszövetségbe (*Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte – Foederatio Medicorum Helveticorum – FMH*) való belépésével egyidejűleg is nyilatkozhat. Ha valamely orvos nem hajlandó a betegbiztosításról szóló törvény szerint elszámolni, bejelentheti az illetékes hatóságnál a szerződéseken kívüli működését. Ebben az esetben többé nem vonatkoznak rá a szerződéses tarifák és maga alakíthatja honoráriumát. A betegpénztárak azonban nem vállalhatják át a „szerződéseken kívül működő orvos” („*Ausstandsarzt*“) által nyújtott kezelés költségeit. A szerződéseken kívüli státusz azt jelenti, hogy az orvos nem jogosult a kötelező betegbiztosítás terhére való szolgáltatások nyújtására.

A szerződéseken kívül működő orvos csak magánjogi alapon számolhat el betegeivel. Hollandiától eltérően, Svájcban mégis kialakult a privát kiegészítő biztosítások piaca, amely a szerződéseken kívül működő orvosokkal biztosítja a – rendszerint sokkal költségesebb – kezeléseket.

Az orvosi ellátás biztosításáért a kantonok felelősek. Amennyiben a szolgáltatók kiesése miatt a biztosítottak ellátása nem valósul meg a törvény keretein belül, a kanton kormányzatának kell gondoskodnia a szolgáltatások teljesítéséről.

3.2. Alapellátás és szakellátás:

Németország:

Németországban az ambuláns orvosi ellátást kizárólag saját rendelővel rendelkező („letelepedett”) házi orvosok és szakorvosok biztosítják. Rendszerint ők jelentik az első láncszemet az orvos-beteg kapcsolatban, idejük túlnyomó részét diagnosztikai és terápiás eljárásokra fordítják, gyógyszereket, gyógyászati és segédeszközöket írnak fel, szükség esetén kórházba utalják a beteget. Az orvosok a gyógyszer törvény (*Arzneimittelgesetz – AMG*) szerint nem adhatnak ki gyógyszereket, mivel ez a gyógyszer tárolás kiváltsága. Kivételt képeznek az oltóanyagok.

A házi orvosi ellátást általában általános orvosi, belgyógyászati és gyermekgyógyászati szakvizsgával rendelkező orvosok látják el. A 2014-ben az ambuláns szektorban működő 147.948 orvos 25%-a (37.258) általános orvos volt.

Németországban 33 szakorvosi terület létezik. A szakorvosi ellátásra lakóhelyhez közeli ambuláns ellátásként vagy kórházi fekvőbeteg ellátásként kerül sor. Ebből keletkeznek, a német egészségügyi rendszer sajátos ismérveként, a „megduplázott szakorvosi ellátási betegutak”. A fekvőbeteg és az ambuláns szektor merev szétválasztásának egyik eredménye az erőteljesen differenciált szakorvosi ellátás az ambuláns szektorban.

Ambuláns orvosi ellátásra nemcsak orvosi praxisokban kerül sor, hanem egészségügyi ellátási központokban is (*Medizinische Versorgungszentren – MVZ*). Az egészségügyi ellátási központok több szakterületre kiterjedő, orvosok által irányított intézmények, amelyek legalább két különböző szakorvosi végzettséggel vagy szakmai megnevezéssel rendelkező szakorvos strukturált együttműködése keretében nyújtanak interdiszciplináris ellátást. A saját rendelővel rendelkező orvosokhoz hasonlóan az egészségügyi ellátási központok rendszeresen részt vesznek a kötelező betegbiztosítás keretében nyújtott ambuláns szerződött orvosi ellátásban és (kevés kivétellel) a szolgáltatás nyújtásának ugyanazon szabályai alá tartoznak. Az egészségügyi ellátási központokban működő orvosok 85%-a alkalmazotti viszonyban működik. Egy-egy egészségügyi ellátási központban átlagosan négy-öt orvos működik, többnyire házi orvosok, belgyógyászok és sebészek. Németországban 2014 végén 2.073 egészségügyi ellátási központ rendelkezett működési engedéllyel, amelyek 13.465 orvost foglalkoztattak.

Németországban kiterjedt vendégorvosi rendszer működik. A vendégorvosok saját rendelővel rendelkező szerződött betegpénztári orvosok, akik a kórházakban az ott rendelkezésre álló szolgálatok, berendezések és eszközök igénybevételevel fekvőbeteg vagy részben fekvőbeteg kezeléseket nyújthatnak. 2014-ben a vendégorvosok száma kerekén 5.324 volt.

Hollandia:

A betegeket elsősorban saját rendelővel rendelkező házi orvosok (*huisarts*) részesítik ambuláns ellátásban. A házi orvosi gyógyászat (*huisartsgeneeskunde*) Hollandiában az orvosképzést követő önálló továbbképzési irány. Németországtól eltérően Hollandiában a gyógyszer törvény alapján a megfelelő jogosultságokkal rendelkező

orvosok gyógyszert is kiadhatnak. A háziorvosi szolgáltatások spektruma szélesebb mint Németországban: az általános tanácsadástól a terhességi tanácsadáson keresztül a kisebb műtéti beavatkozásokig terjed. Az is bevett szokás, hogy a háziorvosok (általában telefonon) tanácsot kérnek a szakorvosoktól a betegek kezelésére vonatkozóan. Hollandiában 2014 januárjában 8.812 háziorvos működött.

A szakorvosok (*medisch specialist*) csaknem kizárólagosan (és többnyire szabadfoglalkozásúként) kórházakban dolgoznak, ahol mind ambuláns betegeket, mind fekvőbeteget kezelnek. Felhasználói szerződésük van a kórházzal, amelynek alapján a betegek kezelése során igénybe vehetik a kórház berendezéseit. A betegek többségét azonban a kórházhoz tartozó poliklinikán kezelik. Hollandiában 28 szakorvosi irány létezik és 22.585 regisztrált szakorvos működik.

A kórházi szakorvosi ellátáson kívül Hollandiában önálló szakorvosi központok (*zelfstandig behandelcentrum – ZBC*) is működnek. Egy önálló szakorvosi központ két vagy több szakorvos partnerségében áll. A biztosítók csak bizonyos feltételek mellett (orvosi szükséghelyzetben) vállalják át az ilyen központok szolgáltatásainak térítését. Az ilyen önálló szakorvosi központokban rendszerint tervezhető (nem akut), nem komplex kezeléseket nyújtanak, amelyek nem igénylik a beteg fekvőbetegként való felvételét (elsősorban az ortopédia, szemészet, bőrgyógyászat területén). 2012-ben Hollandiában több mint 300 önálló szakorvosi központ működött. Az önálló szakorvosi központok elterjedésével a várakozási idők problematikája Hollandiában jelentősen könnyebbedett.

Svájc:

A háziorvosi és a szakorvosi ellátás közötti különbség Svájcban és Németországban hasonló. A Svájcban működő háziorvosok elsősorban általános orvosi, belgyógyászati és gyermekgyógyászati szakvizsgával rendelkező orvosok. A 2014-ben az ambuláns szektorban működő 17.804 orvos 33%-a (5.945) általános orvos volt. A szakorvosok Németországhoz hasonlóan nemcsak kórházakban, hanem saját praxisukban is folytatnak tevékenységet. Svájcban 44 szakorvosi cím létezik.

A németországi egészségügyi ellátási központokhoz hasonlóan, a svájci egészségügyi központok rendeltetése a különböző gyógyító intézmények hálózatba szervezése. Az egészségügyi központok orvosi csoportpraxisok, amelyekben háziorvosok, szakorvosok és más egészségügyi dolgozók működnek. Ezenkívül különböző szolgáltatásokat nyújtanak, röntgen-, EKG-, ultrahang- és laborvizsgálatokat végeznek.

A svájci orvosok a hollandokhoz hasonlóan jogosultak gyógyszerek direkt kiadására és elszámolására („öndiszpensáció”). Ez kantononként eltérő. 2013-ban több mint 5.900 praktizáló orvos rendelkezett házi gyógyszerterárral. Ez a praktizáló orvosok kerekén 40%-a.

Leonie Sundmacher et al.:
Az ambuláns ellátás tekintetében szenzitív diagnózisok katalógusa
Ludwig-Maximilians Universität München,
Fachbereich Health Services Management, Fakultät Betriebswirtschaft
A Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) in Deutschland
támogatásával

Kulcsszavak: ambuláns ellátás, Németország

Forrás Internet-helye (zárójelentés német és angol nyelven, rövidített változat, statementek, prezentációk): <http://www.zi.de/cms/presse/2015/27-oktober-2015/>

[**Alapfogalmak:** ambuláns ellátás tekintetében szenzitív diagnózisok – Ambulant-sensitive Diagnosen – ASD; ambuláns ellátás tekintetében szenzitív kórházi esetek – Ambulant-sensitive Krankenhausfälle – ASK; Ambulatory Care Sensitive Conditions – ACSC]

A vizsgálat legfontosabb eredménye, hogy jól koordinált ambuláns ellátás esetén Németországban évente 3,7 millió kórházi eset lenne megelőzhető, ami évente 7,2 milliárd EUR megtakarítást jelentene a betegpénztárak számára.

Németországban első ízben került sor azon diagnózisok listájának összeállítására, amelyeknél jó ambuláns ellátás mellett a kórházi kezelés potenciálisan megelőzhető lenne. A nemzetközi kutatásban ezeket az eseteket „az ambuláns ellátás tekintetében szenzitív kórházi eseteknek” nevezik. A kutatók szerint ezek közé tartoznak: a szívelégtelenség, a COPD, a magas vérnyomás, valamint a diabétesz. Németországban eddig nem létezett ilyen katalógus. Az Egészségügy Fejlesztésének Szakértői Tanácsa (*Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen – SVR*) egy rendkívüli szakértői jelentés keretében már 2012-ben támogatta egy ilyen katalógus összeállítását.

A vizsgálatban 15 szakirány területén működő 40 orvos vett részt. A társadalombiztosítási önkormányzat tisztségviselőit nem kérdezték meg. Az ambuláns ellátás tekintetében szenzitív diagnózisok katalógusa 22 diagnózist tartalmaz, amelyek lefedik az ambuláns ellátás tekintetében szenzitív esetek 90%-át.

Annak megítélése, hogy mely kórházi diagnózisok sorolhatók be az ambuláns ellátás tekintetében szenzitívként, az ambuláns ellátás adott szervezetétől, a lakosság körében releváns megbetegedésektől (pl. Brazíliában a fertőző betegségek állnak a minőségügyi menedzsment fókuszában), az orvosi ellátás normái és gyakorlata tekintetében megjelenő regionális különbségektől, a diagnózisok kódolásának gyakorlatától függ. Az ambuláns ellátás tekintetében szenzitív kórházi esetekre vonatkozóan, az egyes országokban specifikus, a szolgáltatók közötti konszenzussal rendelkező listák már léteznek az Egyesült Államokban, Kanadában, az Egyesült Királyságban, Spanyolországban, Ausztráliában és Új-Zélandon. Németországban mindeddig nem létezett konszenzussal rendelkező katalógus.

Ambuláns potenciál a kórházi sürgősségi ellátásban
A Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland
megbízásából készítette az IGES Institut GmbH

Kulcsszavak: ambuláns ellátás, sürgősségi ellátás, Németország

Forrás Internet-helye: <http://www.zi.de/cms/presse/2015/15-juni-2015/> ,
http://www.iges.com/kunden/gesundheit/forschungsergebnisse/2015/ask-faelle/index_ger.html

Az ambuláns kezeléssel elkerülhető kórházi esetek száma növekedik. 2012-ben az esetek száma még évente 1,96 millió volt, 2013-ban már meghaladta a kétmilliót. Ez 3,9%-os növekedést jelent. Az esetszám már 2012-ben 2,9%-kal növekedett.

Az egyébként megelőzhető kórházi kezelések, az „ambuláns ellátás tekintetében szenzitív kórházi esetek („*ambulant-sensitive Krankenhausfälle*“ – ASK), jelentősen hozzájárulnak a kórházi esetek számának növekedéséhez. 2013-ban csaknem 160.000 esettel volt több, ami 0,9%-os növekedést jelent. E többlet-eseteknek csaknem a fele – kerekben 75.000 eset – az ambuláns ellátás tekintetében szenzitív kórházi esetekre vezethető vissza. A növekedéshez azonban 2012/13 telén a súlyos influenzajárvány is hozzájárult, amelynek számlájára mintegy 27.000 és 31.000 közötti eset írható.

A DRG-statisztika keretében végzett értékelések: A szakértők megvizsgálták azon kórházi eseteket, amelyek hatékony és hasznos időben nyújtott ambuláns kezeléssel megelőzhetőek lettek volna. Ezek közé tartoznak az oltással vagy egyéb prevenciós intézkedéssel megelőzhető, vagy az ambulánsan is kontrollálható akut bántalmak. A kutatók 13 kórképet választottak ki, többek között az asztmát, a diabéteszt, valamint bizonyos szívbetegségeket. Az értékelés során a 2011 és 2013 közötti DRG-statisztikát alkalmazták.

Minden tizedik kórházi eset az ambuláns ellátás tekintetében szenzitív kórházi eset: Az ambuláns ellátás tekintetében szenzitív kórházi esetek száma 2013-ban a betegpénztári egyesületek egyes régióiban különböző mértékben növekedett. Ezen esetek száma szövetségi szinten kerekben tizenegy százalékkal növekedett.

A legerőteljesebb befolyást a betegségteher gyakorolja: A kutatók számításaik során az orvosok sűrűsége által gyakorolt befolyás izolációja érdekében a morbiditás, a szocioökonómiai státusz és az infrastruktúra regionális különbségeit vették figyelembe. A várakozásoknak megfelelően az derült ki, hogy a szolgáltatások alakulására a legnagyobb befolyást a morbiditás gyakorolta.

A szakorvosokkal való ellátottság csekély befolyása ellenére az alábbiak derültek ki: az ambuláns ellátás tekintetében szenzitív kórházi esetek rátája több mint minden második járásban és járási jogú városban (226) meghaladja a szövetségi átlagot (100.00 lakosra 1.088 ambuláns ellátás tekintetében szenzitív kórházi eset). Az átlagból kiugró járások többségében (60%) a szakorvosokkal való ellátottság átlagon aluli és főleg vidéken jellemző. Ami azt jelenti, hogy minél több a szakorvos, tipikusan annál kevesebb ambulánsan is kezelhető beteget kezelnek kórházban fekvőbetegként. A házi orvosoknál ilyen összefüggés nem volt megállapítható. Az ambuláns ellátás tekintetében szenzitív kórházi esetek száma főleg vidéken magas, a nagyvárosi központokhoz viszonyítva akár 28%-os eltérés is lehet.

Kezdődik az újabb felmérés az ambuláns tevékenységet végző orvosok helyzetéről: Orvosmonitor 2016 –Ärztemonitor 2016
Arzt & Wirtschaft Online, 2016. február 8.

Kulcsszavak: ambuláns ellátás, orvosok helyzete, Németország

Forrás Internet-helye: http://www.arzt-wirtschaft.de/aerztemonitor-2016-umfrage-beginnt/?auwUsrGr=so&utm_campaign=AuW-Newsletter-08-02-2016-2016-02-08+07%3A00%3A00&utm_source=AuW-Newsletter&utm_medium=email&utm_term=Praxis-%C3%84rztemonitor+2016&utm_content=SO ;

A 2012-ben és 2014-ben végzett felmérések részletes eredményei a Kassenärztliche Bundesvereinigung honlapján:
<http://www.kbv.de/html/aerztemonitor.php>

A Betegpénztári Orvosok Szövetségi Egyesülésének közleménye szerint a napokban elkezdődik az ambuláns tevékenységet végző orvosok és pszichoterapeuták helyzetének újabb felmérése. Az elkövetkező hetekben több mint 10.000 saját rendelővel rendelkező orvost keresnek fel telefonon és kérdéseket tesznek fel munkájukkal kapcsolatban.

A felmérés elvégzésére az Alkalmazott Társadalomtudományok Intézete (*Institut für angewandte Sozialwissenschaft – infas*) kapott megbízást, amely randomszerűen kiválasztott orvosokkal és pszichoterapeutákkal készít telefoninterjút.

A megkérdezés témái: a munkavégzés helyzete, a bürokrácia a praxisok mindennapi életében, a jövedelemmel való elégedettség. Ebben az évben új kérdések: a telemedicina és az időpontokat előjegyző irodák bevezetése. Az adatokat anonimizálják. Az eredményeket nyilvánosságra hozzák.

A Betegpénztári Orvosok Szövetségi Egyesülésének első két megkérdezésére 2012-ben és 2014-ben került sor. A korábbi felmérések eredményei egyebek között azt mutatták, hogy a szerződött orvosok és pszichoterapeuták 90%-a elégedett munkájával, ám 40%-uk nem tud elég időt fordít betegeire.

[N. B. A felmérés eredményeire visszatérünk!]

Jelentés a keresetekről 2016-ban – Gehaltsreport 2016 StepStone Gehaltsreport

Kulcsszavak: orvosok, orvosok keresete, Németország

Forrás Internet-helye: <http://www.stepstone.de/gehaltsreport/> ;
www.stepstone.de/gehaltsreport/pdf/StepStone_Gehaltsreport_2016.pdf?cid=mailing_gehaltsreport_download

Németország vezető online állásbörzéje, a *StepStone*, már ötödik alkalommal teszi közzé részletes elemzését az egyes ágazatok kereseti adatairól. A legújabb felmérésben összesen 50.000 alkalmazottat és vezetőt kérdeztek meg. Németországban a szakmunkások és a vezetők általában nem keresnek rosszul, évente bruttó 52.000 EUR-t, ami nagyjából megfelel az előző év szintjének. Egyes ágazatokban azonban, mint az orvostechnika, a vegyipar, a bankok és a gyógyszercégek területén a keresetek átlagosan 3%-kal növekedtek.



1.

Németországban a szakmunkások és a vezetők átlagkeresete bruttó 52.000 EUR. Az orvosok átlagkeresete ennél jóval magasabb.

A keresetek rangsorának élén az orvosok állnak: évente átlagosan bruttó 64.100 EUR-t keresnek. A top-keresők rangsorában a jogászok (63.100 EUR), a mérnökök (61.100 EUR) és az IT-szakértők (57.900 EUR) követik őket. A rangsort az egyetemi végzettségűek körében a neveléstudományi vagy design végzettséggel rendelkezők zárják.

Top-ágazatok – a bankok éppen csak hogy megelőzik a pénzügyi szolgáltatókat:

A top-ágazatok közül a következők érték el dobogós helyezést: a bankok (64.100 EUR), a pénzügyi szolgáltatók (63.700 EUR) és a gyógyszeripar (61.600 EUR). A fogyasztási/használati cikkek ágazata, a vegyipar és az autóiipari fejlesztés és beszállítás területe a négy-hatodik helyre került.

A munkahelyváltás keresetnövekedéssel jár:

Azoknak, akiknek a keresete nem éri el az átlagot, megéri új munkahely után nézniük, a váltás ugyanis rendszerint érezhető keresetnövekedéssel jár. A kereset az első váltást követően átlagosan 11%-kal, a második és a harmadik váltás után 5-5%-kal növekedik. A munkahelyváltás az orvosok, az ápolók és a kereskedelem területén működők körében a leggyakoribb. A mérnökök és a jogászok közül az átlagon felül sokan válaszolták, hogy maximum egyszer váltottak munkahelyet.

A német fogászati praxisok üzemgazdasági adatai

A Betegpénztári Fogorvosok Szövetségi Egyesülésének Évkönyve 2015 –
Jahrbuch 2015 der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV)

Kulcsszavak: egészséggazdaság, fogászati praxisok, fogorvosok jövedelme, Németország

Forrás Internet-helye:

<http://www.kzbv.de/printprodukte-bestellen.500.de.html>

5. A fogászati praxisok üzemgazdasági adatai (104-109. p.):

A jövedelmek növekedése 2013-ban: 2005-ben a praxistulajdonosok bevételi többlete (adózás előtti jövedelem) 2004-hez viszonyítva 4,4%-kal csökkent, majd 2006-ban tovább csökkent. Ezt követően a bevételi többlet 2007 és 2013 között ismét növekedett. 2013-ban a bevételi többlet 148.900 EUR volt, 7,4%-kal több mint az előző évben.

A bevételi többlet 2004-hez viszonyítva 34,8%-kal (évente átlagosan 3,4%-kal) növekedett. Mivel ebben az időszakban az általános árindex 16,9%-kal növekedett, a 15,3%-os (évente átlagosan 1,6%-os) általános árnövekedés figyelembevételével a bevételi többlet reálértékben növekedett. A fogorvosok bevételi többletének 2013-ban 2012-höz viszonyítva elért növekedése az egy praxistulajdonosra jutó 5,8%-os forgalomnövekedésnek tulajdonítható, miközben a működési költségek 5,0%-kal növekedtek.

2013-ban a németországi fogorvosok 58%-ának adózás előtti jövedelme nem érte el a 148.900 EUR átlagértéket, 42%-ának jövedelme pedig meghaladta azt. A bevételi többlet mediánértéke 2013-ban 133.800 EUR volt. Ez azt jelenti, hogy a fogorvosok 50%-ának adózás előtti jövedelme 133.800 EUR-nál kevesebb, 50%-ának jövedelme annál alacsonyabb volt.

A bevételi többlet reálértékben 1976-hoz viszonyítva egyharmaddal csökkent:

Miközben a nyugati tartományokban a bevételi többlet 2013-ban nominálisan 53%-kal meghaladta az 1976. évi szintet, a foglalkoztatottak bruttó fizetése és keresete ugyanazon időszakban 177%-kal, az általános létfenntartáshoz kapcsolódó árindex 134%-kal növekedett. Ebből az következik, hogy a bevételi többlet reálértékben a nyugati tartományokban 2013-ig 35%-kal csökkent, miközben az egy foglalkoztatottra jutó bruttó bérek és keresetek a jelentős árnövekedés ellenére 18%-kal növekedtek.

A fogorvosok munkaideje: 2013-ban Németországban a praxistulajdonosok átlagosan heti 47,1 órát dolgoztak, ebből 34,3 órát kezelésre fordítottak. A munkaidő a nyugati tartományokban hetente átlagosan 47,4 óra (ebből 34,4 óra kezelésre), a keleti tartományokban 45,8 óra (ebből 34,1 óra kezelésre) volt. A heti 47,4 órás, ill. 45,8 órás munkaidő jóval meghaladja az összes foglalkoztatott átlagos munkaidejét (a nyugati tartományokban átlagosan heti 35,0 óra, a keleti tartományokban 36,5 óra). Összehasonlítva az összes foglalkoztatott átlagos

munkaidejével, a fogorvosok a nyugati tartományokban 35%-kal, a keleti tartományokban 25%-kal dolgoztak többet. Szövetségi szinten a fogorvosok munkaideje egyharmaddal haladta meg az összes foglalkoztatott átlagos munkaidejét.

A fogorvosok hosszútávon lecsúszóban vannak a jövedelmi skálán: Az 1980 és 2011 közötti időszakban jól dokumentálható, hogy a fogorvosok átlagjövedelme más szakorvosokhoz viszonyítva tartósan csökkent. Miközben a fogorvosok jövedelme 1980-ban még a szakorvosi jövedelmek felső tartományába tartozott, az évek során (más szakorvosokhoz viszonyítva) folyamatosan csökkent. 1997-ben a fogorvosok még a középmezőnybe tartoztak, ám 2011-ig helyzetük oly mértékben rosszabbodott, hogy most már a legalacsonyabb jövedelemmel rendelkező szakorvosok csoportjához tartoznak.

A fogorvosok finanszírozási volumene a felső tartományba tartozik: Jövedelmükkel ellentétben a fogorvosok finanszírozási volumene évek óta a szakorvosi csoportok felső tartományába tartozik. A nyugati tartományokban egy új fogorvosi praxis alapításának finanszírozási volumene (beruházási volumen és működési költségekre felvett áthidaló kölcsönök) átlagosan 341.000 EUR-t tett ki. Ez azt jelenti, hogy a fogorvosok finanszírozási volumene 2006/2007-ben a vizsgált szakorvosi csoportok élvonalában volt. A finanszírozás volumene 2012/2013-ban 417.000 EUR-ra növekedett.

A fogorvosi jövedelmek közötti különbségek: A németországi fogorvosok 50%-ának jövedelme nem éri el a mediánértéket (133.800 EUR), a fogorvosok 9%-a pedig 50.000 EUR bevételi többletet sem ér el; ezek aránya a nyugati tartományokban 9,5%, a keleti tartományokban 10,7%.

A 2013-ban rendelkezésre álló jövedelem: A befizetendő adók (jövedelem- és egyházi adó, szolidaritási pótlék) és a társadalombiztosítási járulékok (időskori gondoskodás, betegbiztosítás) levonása után egy házas, kétgyermekes fogorvos pontosan az átlagjövedelmet (mediánérték) érte el. 2013-ban a rendelkezésre álló jövedelem átlaga szövetségi szinten 80.400 EUR, a nyugati tartományokban 83.800 EUR, a keleti tartományokban 65.600 EUR volt.

Összehasonlítva egy munkavállaló 13 havi keresetével, egy fogorvos szövetségi szinten havi 6.180 EUR jövedelemmel rendelkezik (nyugati tartományok: 6.450 EUR, keleti tartományok: 5.050 EUR). Figyelembe veendő, hogy a fogorvosok munkaideje jóval meghaladja a lakosságét. Azzal is számolni kell, hogy a fogorvosok bevételi többlete és ezzel rendelkezésre álló jövedelme olyan elemeket is tartalmaz, amelyek üzemgazdaságilag nem számítandók be a fogorvosi tevékenységből származó jövedelembe (pl. a családtagok ingyenes tevékenysége, a saját tőke beleforgatása a praxisba).

A fogorvosok likviditásai hosszútávon megcsappannak: A fogorvosok számára is szükséges jövedelmük új technológiákba való visszaforgatása. Az utóbbi években a fogászat területén számos olyan innováció jelent meg, amely lehetővé teszi a

fájdalommentes és az egészségre kíméletes kezelést. Az ilyen beruházási javak beszerzése azonban jelentős költségekkel jár.

A fogorvosi jövedelmek tartós visszaesése (a nyugati tartományokban a bevételi többlet 2013-ban 1976-hoz viszonyítva reálértékben egyharmaddal csökkent) számos fogorvos pénzügyileg nincs abban a helyzetben, hogy innovatív kezelési módszereket alkalmazzon. Veszélybe kerül a praxis személyzetének képzése és továbbképzése is.

A fogorvosok, mint munkaadók és gazdasági tényezők: 2013 végén a németországi fogászati praxisokban összesen 255.000 fizetett munkavállalót foglalkoztattak. Ezek közül 30.000 fő még képzésben vett részt (2012-ben: 243.000). A növekedés elsősorban a fogászati szakdolgozók és a foglalkoztatott fogorvosok számának növekedésével függ össze. A fogorvosi praxisokban fizetés ellenében működő személyek száma, beleértve a praxistulajdonost, 2013-ban 309.000 volt. Ezenkívül további 100.000 munkahely direkt módon a fogászati praxisoktól függ (fogtechnikai laborok, kiskereskedelem, fogászati ipar, fogászati szakmai szervezetek). A fogászati ágazattól függő további munkahelyek: adótanácsadók, bankok, biztosítók, építési vállalkozások, fogászati szoftverfejlesztők.

Az Egészségügyi Szolgálatok és Jóléti Szövetségek Szakmai Munkaközösségének (*Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege – bgw*) bérfeltérése szerint 2013-ban Németországban a fogászati praxisokra 4,5 milliárd EUR bértömeg jutott. 2013-ban a saját rendeléssel rendelkező fogorvosok értékcsökkenési volumene kerekén 760 millió EUR-t tett ki. 2013-ban nagyjából hasonló összegű beruházásokra került sor. Ezenkívül a fogorvosok összesen 270 millió EUR tőkekamatot fizettek ki. A német fogászati praxisok által kigazdálkodott összforgalom 2013-ban jó 24 milliárd EUR volt.

A foglalkoztatási effektusok trendanalízise 2030-ig: A Német Fogorvosok Intézete (*Institut der Deutschen Zahnärzte – IDZ*) által készített tanulmány szerint a foglalkoztatás növekedése a fogászati ellátások területén 2030-ig elérheti a 20%-ot. A foglalkoztatottak száma 2030-ig 76.000-ról 486.000-re növekedik, ami évente 0,9%-os növekedésnek felel meg. A prognózis a fogászati praxisok, a fogtechnikai laborok és a szájegészségügyi termékekkel folytatott kiskereskedelem munkahelyeire terjedt ki.

A növekedés a fogorvosi praxisok és a fogtechnikai laborok területén a legjelentősebb (65.000 foglalkoztatott). A további növekedés (11.000 foglalkoztatott) a szájegészségügyi termékekkel folytatott kiskereskedelem területén következik be.

A növekedési effektusok elsősorban a privát finanszírozású ún. „második szájegészségügyi piacból” (a privát háztartások direkt kiadásai) keletkeznek. A folyamatos növekedés okai: a demográfiai átalakulás és a lakosság megnövekedett egészségtudatossága. Miközben 1983-ban minden tizenkét éves gyermeknek hét szuvas foga volt, 2005-ben a tizenkét évesek körében már csak 0,7 fog volt szuvas.

Felmérés a bábaasszonyok munkakörülményeiről Németországban

Picker Institut – Deutscher Hebammenverband, November 2015

Kulcsszavak: bábaasszonyok, munkakörülmények az egészségügyben, Németország

Forrás Internet-helye:

<https://www.hebammenverband.de/aktuell/nachricht-detail/datum/2016/02/01/artikel/arbeitsbedingungen-in-deutschen-kreissaeulen-gefaehrden-qualitaet-bei-betreuung-von-geburten/>

2015 novemberében a Picker Institut a Német Bábaasszonyok Szövetségének megbízásából összesen 1.692 kórház megkérdezésével online-felmérést készített a bábaasszonyok munkakörülményeiről.

A bábaasszonyok munkával való megterheltsége: A bábaasszonyok 57%-a állította, hogy gyakran kell munkatársát helyettesítenie, 89% pedig, hogy csak ritkán (60%), vagy csak hébe-hóba (29%) tudja betartani az előírt pihenőidőt. Az érdemi munka nagyon gyakori megzavarásáról a bábaasszonyok 56%-a, gyakori megzavarásáról 37%-a számolt be.

A bábaasszonyok 64%-ának folyamatosan (22%), vagy gyakran (43%) kell tulajdonképpeni munkaterületén kívüli feladatokat ellátnia. A megkérdezett bábaasszonyok 89%-a rendszeresen túlórázik. Ha csak a teljes munkaidőben, ill. heti 30 óránál többet dolgozókat vesszük figyelembe, a bábaasszonyok 39%-a havonta több mint 10, 22%-a több mint 20, 4%-a pedig több mint 30 órányi túlórát teljesít. 54%-uk számára a túlórázás rendkívül megterhelő.

A munkakörülmények alakulása az utóbbi három évben: A bábaasszonyok 55%-a válaszolta, hogy az elmúlt három év során a gondozandó nők száma növekedett. 63% szerint az ambulanciákon gondozandó nők száma erőteljesen növekedett. A szülőszobán dolgozó bábaasszonyok 95%-a állítja, hogy gyakran párhuzamosan több nőt kell ellátnia. 46%-uknak gyakran három, 13%-uknak gyakran négy, 5%-uknak több mint négy nőt kell egyidejűleg gondoznia a szülőszobán.

Arra a kérdésre, hogy elég idejük van-e arra, hogy saját elképzelésüknek megfelelően lássák el a szülő nőket, a bábaasszonyok 36%-a válaszolt úgy, hogy ritkán, 45%-a, hogy hébe-hóba és csak 19%-uk látja úgy, hogy nézőpontja szerint optimális gondozásban tudja részesíteni a szülő nőket.

A gyermekágyi osztályról is alacsony személyzeti kulcsról számoltak be. Itt a bábaasszonyok 26%-a több mint 10, további 10%-a pedig több mint 15 anyáról és gyermekéről gondoskodik.

A munkával való megterheltség további összetevői: a dokumentációs és igazgatási teendők (47% szerint erőteljesen, 43% szerint enyhén növekedett),

valamint a bábaasszonyok tevékenységi körének bővülése (35% szerint erőteljesen, 45% szerint enyhén bővült).

A készenléti szolgálat és a telefonon történő behívásra való készenlét is tért hódított: a bábaasszonyok 25%-a szerint az ilyen típusú készenlét erőteljesen, további 22%-a szerint enyhén növekedett.

A munkával való megterheltség hatása a munkaelégedettségre: A bábaasszonyok 18%-a gyakran gondol arra, hogy búcsút mond munkaadójának. 19% nem ajánlaná másoknak az osztályt ahol dolgozik, 29% nem ajánlaná munkahelyét más álláskeresőknek.

A munkával való megterheltség hatása a kezelés minőségére: Minél több a megterhelő tényező, annál inkább érzik úgy az ápolók, hogy munkájuk minősége nem elégséges. Ez a bábaasszonyok megkérdezésében is felmerült és az összefüggés nyilvánvaló volt.

Arra a kérdésre, hogy munkahelyükön felelősséggel kezelik-e a hibákat és a panaszokat, a bábaasszonyok 27%-a nemmel válaszol, 34%-uk szerint pedig „valamelyest”.

A helyzet javítására vonatkozó felvetések: A bábaasszonyokat megkérdezték, hogy „Ha a kórházban vagy munkahelyükön megváltoztatnának valamit, mi lenne az?”. Az 1.439 válasz közül 861 úgy szolt, hogy javítani kell a személyzeti kulcsan. A béremelés csak második helyen állt (328). Megjelölték még a munkakörnyezetet, a szervezést és a szolgálati tervet. A bábaasszonyok szerint munkakörülményeik rosszabbodnak. A Német Bábaasszonyok Szövetsége szerint pedig, ha a kórházi munkakörülmények rosszabbodnak, az ott szülő nők ellátásának körülményei is rosszabbodnak. A kórházak évek óta nem tudják betölteni a szülészeti osztályokon meghirdetett állásokat. A kórházakban alkalmazott bábaasszonyok körében igen magas a részmunkaidősök aránya. A megkérdezett bábaasszonyoknak mindössze 22%-a nem rendelkezik valamilyen másodállással. A Német Bábaasszonyok Szövetsége követeli, hogy a szülőszobák személyzeti ellátottsága tekintetében ne minimális követelményeket határozzanak meg, hanem a minőséget biztosító elégséges létszámot írjanak elő.

A jövőben következetesebben kell alkalmazni a munkaidőről szóló törvényt a bábaasszonyok vonatkozásában – például biztosítani kell a pihenőidőt. Megerősítést kell nyújtani a bábaasszonyok részére, hogy azt a munkát végezhetik, amelyre felkészültek. Egyre több bábaasszonynak kell a tulajdonképpeni munkaterületén kívüli teendőket ellátnia és ez fokozott feszültséget okoz. Megfelelően kell javadalmazni a bábaasszonyok felelősségteljes munkáját.

Thomas Glöckner: A gyógyszeriparban pörögnek a fúziók
Pharmazeutische Zeitung, 2016. 5. sz.

Kulcsszavak: gyógyszeripar, nemzetközi

Forrás Internet-helye: <http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=61888>

Január elején a *Shire* brit-ír gyógyszerkonzern 32 milliárd USD-ért felvásárolta a 6 milliárd USD éves forgalommal és 16.000 foglalkoztatottal rendelkező *Baxalta*-t. Ezzel az üzlettel a nemzetközi gyógyszeriparban ismét felpörögtek a fúziók. A *Dealogic* amerikai adatfeldolgozó szerint 2015-ben 724 milliárd USD értékben jöttek létre fúziók és bekebelezések, ami kétharmaddal több mint 2014-ben.

A *Baxalta* szakterületei: a vérbetegségek, az immunzavarok és bizonyos rákos megbetegedések. Ebben a szegmensben a *Shire* már 2015-ben megerősített pozícióját, miután 5 milliárd USD-ért felvásárolta amerikai konkurensét, az *NPS Pharma*-t. Ehhez járult még az amerikai *Dyax* megvétele, amelyért a *Shire* 5,9 milliárd USD-t fizetett.

Furamód a *Shire* maga is célpont volt. Az amerikai *Abbvie* kész lett volna 55 milliárd USD-t fizetni érte, a támadás azonban 2014 októberében hamvába holt. Az *Abbvie* Jersey-szigetére helyezte volna át a cég székhelyét, amivel 22%-ról 13%-ra nyomta volna le adókötelezettségét. A *Shire* 1,6 milliárd USD kártérítésben részesült, amit a *Baxalta* felvásárlására fordíthatott.

Az elmúlt év legnagyobb üzlete a botoxot gyártó kaliforniai *Allergan* *Pfizer* általi felvásárlása volt, 160 milliárd USD ellenében. Az üzlet során a *Pfizer* az amerikai konszernek körében kedvelt modellt követte. Az *Allergan* 2014-ben 66 milliárd USD-ért felvásároltatta magát egy ír céggel, így elkerüli a viszonylag magas amerikai iparüzési adót. Vevője, az *Actavis* később átvette az *Allergan* nevet. Az *Actavis*-t csak 2013-ban jelentették be írországi címre, amikor a cég felfalta a fogamzásgátlót gyártó *Warner Chilcott*-ot.

Ezek a bűvészmutatványok viszonylag gyorsan meghozzák a várt eredményt. Ian Read, a *Pfizer* főnöke szerint az összeolvadás befejezésével az adókötelezettség a jelenlegi 25%-ról 17-18%-ra csökkenhet.

A fúziós láz egy olyan pillanatban ütött be, amikor a gyógyszeriparban innovációs boom megy végbe. Az amerikai gyógyszerhatóság, az FDA csak 2015-ben összesen 45 új hatóanyagot engedélyezett, amire az 1990-es évek közepe óta nem volt példa.

A *Pfizer* a jelenlegi üzleti év során már 408 millió USD összegű forgalmat ért el új mellrákellenes gyógyszerével: a *Palbociclib (Ibrance[®])* alkalmazása egy éves kezelés során 100.000 USD-be kerülhet. Ez azonban nem volt elég az *Atorvastatin (Lipitor[®])* forgalmazásával elszenvedett – 1,4 milliárd USD összegű veszteséggel járó 6%-os csökkenés kiegyenlítéséhez. A *Celecoxib (Celebrex[®])* fájdalomcsillapítóval 640 millió USD, az előző évi forgalom kevesebb mint egyharmada folyt be a konszernkasszába. A lejárt szabadalmak lelassították az üzletet. Az első három negyedévben a *Pfizer* forgalma 34,8 milliárd USD volt, ami 5%-os csökkenést jelentett. Ráadásul a nyereség 10%-kal, 7,1 milliárd USD-re esett vissza.

Az *Allergan* megszerzésével a *Pfizer* több mint 60 milliárd USD összesített forgalommal ismét az ágazat élére ugrott. A *Pfizer* az év első kilenc hónapjában csupán az *Allergan* ránceltávolító botoxával (*Clostridium botulinum Toxin Typ A*) 1,3 milliárd USD, ugyanazon időszakban pedig a *Ciclosporin*-szemcseppel (*Restasis[®])* 683 millió USD bevételt ért el.

A *Shire* ugyancsak problematikus helyzetekkel szembesül. Az üzleti év első kilenc hónapjában tíz legnagyobb forgalommal rendelkező gyógyszere közül minden másodiknak a forgalma csökkent. A Hunter-szindróma gyógyítására szolgáló *Idursulfase (Elaprase[®])* eladása 10%-kal, 406 millió USD-re esett vissza. A Fabry-szindróma gyógyítására szolgáló készítmény, az *Agalsidase alfa (Replagal[®])* forgalma 14%-kal, 326 millió USD-re esett vissza. Ezzel szemben a figyelemhiányos hiperaktív zavar kezelésére szolgáló *Lisdexamfetamin (Vyvanse[®])* forgalma 1,3 milliárd USD-vel, csaknem egyötöddel növekedett. Így a *Shire* forgalma összességében 6%-kal, 4,7 milliárd USD-re növekedett. A nyereség viszont több mint 17%-kal csökkent és 1 milliárd USD-re esett vissza.

ELŐJEGYZÉSI LISTA:

Globális egészségügy:

- A WHO jelentése az élelmiszermérgezésekről
- Global Burden of Disease 2013

Komparatív tanulmányok:

- A verseny szerepe az egészségügyben: Németország, Hollandia, Svájc
- Az ambuláns orvosi ellátás Németországban, Hollandiában és Svájcban (WIP PKV)

Egészségügyi statisztikai évkönyvek:

- Németország statisztikai zsebkönyve 2015: egészségügy és szociális ügyek – *Statistisches Jahrbuch: Deutschland und Internationales 2015*
- 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)

Kórházügy:

- A minőség, mint a döntéshozatal kritériuma a kórházügyi tervezés területén (DKI)
- A kötelező betegbiztosítás mérlege 2015 első három negyedében
- Az állami finanszírozás feladatainak a járulékfizetőkre való áttevődése. Elemzés a privát betegbiztosítók szemszögéből
- Határokon átnyúló egészségügyi együttműködési projekt Svájc és Németország között
- Jelentés az orvostechnikai ágazat helyzetéről Németországban (BvMED, 2015. nov. 10.)

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

Népegészségügy:

- *Gesundheit in Deutschland (GEDA) 2015 (Robert Koch-Institut)*
- Jelentés a kábítószerügy helyzetéről Németországban 2015-ben – *Drogenbericht 2015*
- Jelentés a táplálkozás helyzetéről Németországban – *Ernährungsreport 2016 (BMEL)*
- Jelentés a kardiológiai beavatkozásokról Németországban 2015-ben – *Deutscher Herzbericht 2015*
- A Német Diabetológusok Társaságának állásfoglalása a táplálkozási jelentéssel kapcsolatban
- A magas vérnyomás helyzete Németországban (RKI GBE Kompakt)
- Passzív dohányzás általi megterheltség (RKI Faktenblatt)

Svájc:

- A svájci kórházi statisztika standard táblázatai. Előzetes adatok (2014)
- 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*)
- A társadalombiztosítás pénzügyi helyzete: 1987-2013 (*Soziale Sicherheit 2015. 5. sz.*)
- A 2015. december 1-i svájci egészségfejlesztési konferencia eredményei
- A ritka betegségek helyzete Svájcban (*Soziale Sicherheit 2015. 4. sz.*)

- A terápiákkal összefüggő fertőzések megelőzésének svájci stratégiája (*Strategie NOSO*)
- Az alapellátást nyújtó orvosok helyzete Svájcban. A Commonwealth Fund 2015. évi felmérésének eredményei
- 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*)

Szociálpolitika:

- Jelentés a nyugdíjbiztosítás helyzetéről Németországban 2015-ben – *Rentenversicherungsbericht 2015 (BMAS)*
- Időskori biztosítás Németországban és Ausztriában (WSI Report)
- Nyugdíjperspektívák 2040 (prognos)
- Nyugdíjak és regionális tőkefolyamatok (IAT)
- Csökkent keresőképesség miatti nyugdíjazás a betegápolók körében (*IAT Forschung aktuell*)
- A gazdasági válság és a német szociális rendszer válsága
- A hitelalapú szociálpolitika felemelkedése Németországban
- Az időskori biztosítás finanszírozódása Németországban tartományok közötti összehasonlításban
- Jelentés a családpolitikáról és a családok helyzetéről Németországban 2014-ben – *Familienreport 2014*
- A szociális innováció gazdasági tényezői
- Két tanulmány a gyermekszegénységről Németországban (Bertelsmann Stiftung – WSI)
- Szociális biztonság a munkavégzés modern világában. A GVG állásfoglalása az Arbeit 4.0 Zöldkönyvvel kapcsolatban

Ápolás, demencia:

- Jelentés az ápolási otthonok helyzetéről Németországban 2015-ben – *Pflegeheim Rating Report 2015 (RWI)*
- Kórházbarométer 2015 – *Krankenhaus-Barometer 2015: Az ápolószemélyzet helyzete (20-49. p.)*
- Költségnövekedés, munkaerőhiány és politikai cselekvéskényszer az ápolási gazdálkodásban (RWI)
- Az ápoláspolitikai jövője (FES)
- Az ápolóképzés reformjáról szóló törvény tervezete
- Időskori traumák regisztere
- Az ESPEN irányelve a demens betegek táplálásáról
- Az osztrák kormány demencia-stratégiája
- Alsó-Ausztria demencia-stratégiája
- Demencia és zene

Rehabilitáció:

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

Nemzetközi vegyes:

- Az egészségügy helyzete Görögországban

Rövidhírek (aleatorikusan):

Praxishírek (*Arzt & Wirtschaft*)

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

Népegészségügyi rövidhírek (*Robert-Koch-Institut*)