

# *Egészséggazdasági, egészségpolitikai és szociálpolitikai nemzetközi sajtószemle*

**2016. 7. sz.**

## **Ápolás:**

### **Tanulmányok, szakmai jelentések:**

- Jelentés az ápolási otthonok helyzetéről 2015-ben – *Pflegeheim Rating Report 2015 (RWI)*
- Ambuláns orvosi ellátás Németországban, Hollandiában és Svájcban (2. rész): Az orvosi feladatok delegálása (WIP PKV)
- Felmérés a műtős nővérek helyzetéről – *OP-Barometer 2015*

### **Emberi erőforrás, ápolószemélyzet:**

- Az ápoláspolitikai jövője: az ápolószemélyzet prognózisa 2030-ig
- Informális ápolás és munkaerőpiaci jelenlét
- Kórházbarométer 2015 (3. rész): - Külföldi ápolószemélyzet toborzása
- Az ápolók migrációjának kultúrtörténetéből. Amikor a dél-koreai ápolók voltak a német ápolásügy mentőangyalai

### **Innováció az ápolás területén:**

- Az „árnyéknapi” módszere az ápolási otthonokban

### **Demenciakutatás:**

- A demenciában újonnan megbetegedettek száma az utóbbi 30 évben megkezdődött

## **Etika, korrupció:**

- Korrupció a német egészségügyben

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

***Dr. Boris Augurzky et al.: Jelentés az ápolási otthonok helyzetéről 2015-ben –  
Pflegeheim Rating Report 2015***

Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) Essen,  
November 2015 (17 p.)

**Kulcsszavak:** ápolás, bentlakásos intézményi ápolás, Németország

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

***Összefoglalás:***

A 2013-ra vonatkozóan rendelkezésre álló adatok megerősítik, hogy az ápolási szolgáltatások piaca továbbra is expanzióban van: Az ápolásra szorulóknak száma összesen 2,6 millió, akik közül 764.000 főt teljeskörű ellátást nyújtó bentlakásos intézmények, 616.000 főt ambuláns szolgálatok láttak el, a többiek pénzbeli szolgáltatásokban részesültek. Az ambuláns és bentlakásos intézményi szolgáltatók piaci volumene szűk 40 milliárd EUR-t tett ki. Az egészségpiac egyéb szegmenseihez viszonyítva az ápolási szolgáltatások piaca növekedett a legerőteljesebben: 1997-ben az ápolás a teljes egészségpiac 8,6%-át, 2013-ban már annak 12,7%-át tette ki. Az ápolás a kórházak, az orvosi praxisok, valamint a gyógyszertárak és a gyógyszerpiac után a negyedik helyen áll.

Az ápolási otthonok gazdasági helyzete viszonylag kedvező: a fizetésektelenné válás valószínűsége 2013-ban 0,90% volt. Tehát sokkal alacsonyabb, mint a kórházaké, vagy a rehabilitációs intézeteké. Az ápolási otthonok 7%-a a „vörös tartományban” (a fizetésektelenné válás veszélye magas), 72%-a a „zöld tartományban” (a fizetésektelenné válás veszélye alacsony), 21%-a pedig a „sárga tartományban” volt. A helyzet tehát 2011 és 2013 között valamelyest rosszabbodott.

Az ápolási otthonok pénzügyi eredményei viszont mérsékelten javultak. 2011-ben még 27%-os, 2013-ban már mindössze 19%-os éves veszteséget könyveltek el. 2013-ban egy átlagos otthonnál a kamat- és adófizetés, valamint az értékcsökkenés és lízingdíjak előtti üzemi eredmény (EBITDAR) a bevételek 14%-át tette ki. A felmérés keretében 469 éves zárójelentést vettek figyelembe, amelyek összesen 2 252 ápolási otthonra, ill. a piac 17%-ára terjedtek ki.

A privát ápolási otthonok rosszabbul jöttek ki, mint az államiak és a közhasznú társaságként működők, mivel ezeknél a mérlegkészítés során az idegen tőkét is bekönyvelik. A nagyobb privát ápolási otthonok valamivel jobban jöttek ki, mint a kisebbek. A helyi környezeti változók nem játszottak különösebben jelentős szerepet a fizetésektelenné válás valószínűsége tekintetében. Visszapillantva megerősítést nyernek a már két éve megfigyelhető tendenciák.

***Ambulantizálódás.*** Az ambuláns ápolás volumene 2013-ban az előző évekhez hasonlóan növekedett. 2013-ban az ápolásra szorulóknak 24,3%-át, 1999-ben

20,6%-át látták el ambulánsan. 2008. óta az ápolásbiztosítás keretében az ambuláns szolgálatok szolgáltatásai részére fizetendő ápolási díjak átlagon felüli emelése megerősítette az ambuláns ápolás helyzetét.

**Privatizálódás.** A privát intézményekben gondozott ápolásra szoruló személyek száma továbbra is növekedett: ápolási otthonokban 2013-ban 36,4%-ra (1999-ben: 25,4%), ambuláns szolgálatoknál 49,5%-ra (35,6%). A helyek száma a privát fenntartóknál 1999. óta 105%-kal (közhasznú társaságként működőknél: 25%-kal) növekedett. A privát ápolási otthonok kihasználtsága 1999 és 2013 között 87,3%-ról 85,4%-ra csökkent. Ennek során a legalacsonyabb értéket 2009-ben érték el (83,1%). A privát fenntartású otthonok a nyugati tartományokban kedvezőbb költségfeltételekkel működnek: áraik, beleértve a beruházási költségek részét is, 7%-kal alacsonyabbak a nem privát intézményekénél.

**Munkaerőhiány.** 2013-ban az ambuláns és az intézményi ápolás területén 1.005.000 személyt foglalkoztattak, ami 704.000 teljes munkaidős állásnak felel meg, akik közül 297.000 szakképzett ápoló. 1999 és 2013 között 239.000 munkahely létesítésére került sor, de továbbra is szakképzett ápolók iránti szükséglet jelentkezik. 2015 márciusában az ápolási otthonok által bejelentett betöltetlen állások száma háromszor akkora volt, mint 2007 márciusában.

**Szabályozottság.** Az ápolás piaca erőteljesen szabályozott. Az ápolási otthonokról szóló tartományi törvényekkel a szabályozottság fokozódik. Minél szigorúbb feltételeket támasztanak az ápolási otthonok üzemeltetésére, építésére, vagy személyzeti ellátottságára vonatkozóan, annál költségesebbé válnak az új intézményekbe és az intézmények fenntartásába való beruházások. Egyes beruházók visszakozhatnak, az ápolási helyek kínálata visszaeshet. Az ápolási otthonokban akár racionalásra vagy drágulásra is sor kerülhet. Mindezt tetézik a megduplázott ellenőrzések és jelentéstételi kötelezettségek, egyrészt a Betegpénztárak Egészségügyi Szolgálat, másrészt a tartományi felügyeleti szervek vonatkozásában.

Az ápolási piac terjeszkedésének legfőbb oka a lakosság előregedése. Az ápolásra szoruló személyek száma Németországban 2020-ig 3,0 millióra, 2030-ig 3,5 millióra növekedhet, ami 2013-hoz viszonyítva 15%, ill. 33%-os növekedést jelentene. A kereslet növekedése 2030-ig 131.000 és 321.000 közötti új ápolási hely létesítését tenné szükségessé. Az ehhez szükséges beruházások összege 58 és 80 milliárd EUR közöttire becsülhető.

**Személyzet iránti további szükségletek:** 2030-ig az intézményi ellátás területén a jelenlegihez képest összesen 128.000 és 245.000 közötti további munkahelyre (teljes munkaidős állások), az ambuláns ápolás területén 63.000 és 124.000 közötti további munkahelyre lenne szükség. A szakképzett ápolók iránti további igény az intézményi és az ambuláns ápolás területén 106.000 és 156.000 közöttire tehető.

***Az ápolási otthonok tőkeigénye:*** A jövőben az állami és közhasznú társasági tőke nem lesz elegendő, privát tőkére lesz szükség. Privát tőke pedig csak kedvező kockázati feltételek mellett fog rendelkezésre állni. Tanácsos lenne, ha a politika lehetőség szerint karcsúsítaná az ápolási otthonokról szóló törvényeket. Teljesen felesleges például feltételeket szabni az ápolási otthonok méreteire, vagy az egyszobás elhelyezésre vonatkozóan. Az a fontos, hogy elégséges intézményi kínálat álljon rendelkezésre.

A járulékkulcs 2015-ben, majd 2017-ben tervezett ismételt emelése megteremtheti a szociális ápolásbiztosítás tőketartalékát az elkövetkező évekre. Az öt ápolási fokozatra való átállás, valamint a mindennapi kompetenciáikban korlátozott személyek számára nyújtott szolgáltatások körének bővítése a kiadások növekedéséhez vezet. A szociális ápolásbiztosítás azonban legfeljebb 2028-ig tarthatja a többletet az Ápolási Alapból származó pénzek nélkül. Hosszútávon azonban a szociális ápolásbiztosítás helyzete kiigazítások nélkül fenntarthatatlan. Mind a bevételi, mind a kiadási oldalon be kell avatkozni.

A bevételi oldalon további intézkedéseket kell hozni az időskorúak és a nők keresőtevékenységi arányának alakítása tekintetében. A nyugdíjkorhatár 67 évre emelése helyes lépés volt. A következő lépés a nyugdíjkorhatár rugalmassá tétele lenne. Ha a várható életkor tovább növekedik, az így nyert éveket kiegyensúlyozottan meg kellene osztani a keresőtevékenység és a nyugdíjas évek között. Biztosításmatematikailag magasabb csökkentéssel kell sújtani a korai nyugdíjazást és ösztönözni kell az időskorúak keresőtevékenységét. Ezeket az intézkedéseket erősíti a szakképzett munkaerő – és ezzel együtt járulékfizetők – bevándorlása. A kiadási oldalon ügyelni kell arra, hogy a már most meredek növekedés ne folytatódjon. Az ápolásra szorultság új definíciójának bevezetése, a demens személyek szükségleteinek fokozottabb figyelembevételé üdvözlendő, ám azok költségeit a járulékkulcs emelése nem fedezi, tehát azokat más tételknél való megtakarításokkal kell kiegyenlíteni.

Továbbra is kritikus kérdés, hogy mennyiben felel meg az intézményi ápolási kínálat a növekvő szükségleteknek. Az ápolási otthonok száma 2013-ban csúcsot döntve 13.030-ra, az ápolási helyeké 903.000-re növekedett. Az otthonok átlagos kihasználtsága ennek ellenére növekedett. Az ápolási otthonok piacán végbemenő építkezési tevékenység elemzése azt mutatja, hogy elsősorban városi környezetben új helyek jönnek létre. Az ápolási helyek iránti szükséglet kielégítése érdekében továbbra is biztosítani kell a kínálat bővítését.

[Lásd még: *Pflegeheim Rating Report (RWI)*, 2008. 8. sz., 2009. 31. sz.; 2011. 29. sz.; *Pflege-Report (WIdO)*, 2015. 18. sz.]

**Verena Finkenstädt: Ambuláns orvosi ellátás  
Németországban, Hollandiában és Svájcban (2. rész):  
Az orvosi feladatok delegálása**  
Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP)  
WIP-DISKUSSIONSPAPIER 3/2015, September 2015 (23-28. p.)

**Kulcsszavak:** orvosi feladatok delegálása, ápolók, Németország, Hollandia, Svájc

**Forrás Internet-helye:**

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

**3. 3. Az orvosi feladatok nem orvosi személyzetre való delegálása:**

**Németország**

Németországban az „orvosok számára fenntartott hatáskör” („*Arztvorbehalt*“) szerint csak az kezelhet betegeket és számolhat el szolgáltatásokat, aki jogosult az orvosi hivatás gyakorlására és rendelkezik a szükséges szakismeretekkel. Az orvos nem ruházhatja át másra a számára fenntartott szolgáltatásokat. Ezek közé tartoznak: az anamnézis, az indikáció felállítása, a beteg vizsgálata, a diagnózis, a tájékoztatás és tanácsadás, a terápiára vonatkozó döntés, invazív terápiák és műtéti beavatkozások. Az orvosok bizonyos feltételek között átruházhatnak bizonyos feladatokat a felügyeletük és szakmai irányításuk alatt működő orvosi végzettséggel nem rendelkező személyzetre. Ez esetben a végső felelősség az orvosra hárul. A delegálható tevékenységek tekintetében megkülönböztetendő, hogy szükséges-e egy orvos direkt és közvetlen jelenléte, vagy sem.

Németországban a Betegpénztári Orvosok Szövetségi Egyesülete és a Kötelező Betegpénztárak Csúciszövetsége megállapodásban szabályozta az orvosi szolgáltatásoknak az ambuláns ellátás területén orvosi végzettséggel nem rendelkező személyzet részére való delegálását. A megállapodás felsorolja a feltételeket, a delegálható tevékenységeket, a követelményeket. Az orvosi tevékenységet átvevő munkatárs minimális végzettsége: „egészségügyi szakalkalmazott” (*medizinischer Fachangestellter – MFA*; korábban orvossegéd – *Arzthelfer*), aki adott esetben megfelelő továbbképzéssel is rendelkezik. A német orvosi praxisokban ők jelentik az első kapcsolódási pontot. Asszisztálnak a vizsgálatoknál, kezeléseknél, beavatkozásoknál, kezelés előtt és után foglalkoznak a beteggel (pl. a kezelőhelyiség előkészítése, a receptek magyarázata), közreműködnek diagnosztikai eljárásokban és laborvizsgálatokban (pl. vérlevétel, elektrokardiogram, tüdőműködés vizsgálata), szervezik a praxis működését, követik az előjegyzéseket, dokumentálják a kezelési folyamatokat, nyilvántartják a szolgáltatásokat, elszámolják azokat, kiszámítják, megrendelik, beszerzik és kezelik az anyagi eszközöket.

Az „egészségügyi szakalkalmazottak” továbbképzés keretében „orvosi végzettséggel nem rendelkező praxisasszisztens” („*nicht-ärztliche Praxisassistentin*“) címet szerezhettek és bővíthetik tevékenységi körüket.

Alkalmazásukra elsősorban háziiorvosi praxisokban kerül sor, ami 2015 január óta szövetségi szinten pénzügyi támogatásban is részesül. Az ún. delegációs megállapodás szerint tevékenységük a saját otthonukban, idősotthonokban és ápolási otthonokban élő betegek gondozására irányul. Az orvos hozzájárulásával a következő teendőket láthatják el: sebellátás, vérnyomás- és vércukormérés, elesések megelőzése.

A háziiorvosi praxisokban ún. „praxisasszisztensek” („*Versorgungsassistentin in der Praxis – VERAH*“) is működnek. A két kategória közötti különbség, hogy a „nem orvosi végzettséggel rendelkező praxisasszisztens” a Szövetségi Orvosi Kamara curriculumához tartozik, míg a „praxisasszisztens” (VERAH) a Német Háziiorvosi Szövetség egyik továbbképzési szakiránya. Közben mindkét továbbképzés szövetségi szinten érvényes, az „egészségügyi szakalkalmazottak” (MFA) számára tartományi szinten is szerveznek továbbképzéseket. A praxisasszisztensek alkalmazása azonban nem terjedt el széles körben. A sebellátást, a gyógyszererezést és/vagy az otthoni beteglátogatást delegáló házi orvosoknak csak egynegyede, a szakorvosoknak pedig mindössze 12%-a rendelkezik megfelelően továbbképzett személyzettel.

### **Hollandia**

A háziiorvosi praxisokban elsősorban „orvosasszisztensek” vagy „praxisasszisztensek” (*doktorassistent*e vagy *praktijkassistent*e) és a „praxist támogató háziiorvosi prakticionerek” (*praktijkondersteuner huisartsenpraktijk – POH*) működnek.

A holland háziiorvosi praxisokban az orvosasszisztens jelenti az első kontaktust, aki az ajtóban fogadja a beteget, vagy válaszol a telefonhívásokra; érdeklődik a beteg panaszairól, eldönti, hogy mennyire sürgős a beteg ellátása. Az orvos hozzájárulásával tanácsot adhat a betegeknek, egyes vizsgálatokat és kezeléseket is elvégezhet. Helyenként saját rendelési ideje is lehet, amikor pl. injekciót ad be, fülöblítést, vércukormérést, méhnyakkenet levételt végezhet. Ezenkívül beadja az évente esedékes influenza elleni védőoltást. A háziiorvosi praxisokban az orvosasszisztens vezeti az adminisztrációt, követi a gyógyszerfelírást, vezeti a beteglapokat.

Kórházakban és poliklinikákon a praxisasszisztensek az orvos hozzájárulásával saját rendelési idő keretében szem- és fülvizsgálatot, továbbá a szív és a tüdő működésére vonatkozó tesztek is végezhetnek. A holland orvosasszisztensek tevékenységi köre a német „egészségügyi szakalkalmazottakéhoz” (MFA) hasonlítható, ám sokkal több olyan feladatot vehetnek át, amelyek Németországban az orvosnak fenntartott hatáskörbe tartoznak. Jelentős különbség, hogy Hollandiában a praxisasszisztens döntheti el, hogy a beteg kezelésre szorul-e és ha igen, az orvosnak vagy a szakápolónak („ápolási szakértőnek, specialistának”) kell-e őt kezelnie.

A „praxist támogató háziiorvosi prakticioner” (POH) olyan bachelor-szintű végzettséggel rendelkező ápoló, aki önálló és saját felelősségű ápolótevékenységet végez. Teendői: az ellátás koordinációja, kontinuitásának és minőségének biztosítása, a betegek és hozzátartozóik eligazítása. Ezenkívül saját felelősségére

orvosi feladatokat is elvégez, vizsgálatokat végez, gyógyszert ír fel. Saját fogadóórája van és adott esetben otthoni beteglátogatásra is elmegy. A feladatok átvétele mindig az orvossal való megbeszélés szerint történik.

A master-szintű végzettséggel rendelkező szakápolók [a szövegben: „ápolási szakértők, specialisták”] (*verpleegkundig specialist*, akiket a hollandiai nyelvhasználat szerint is *practice nurse*-ként emlegetnek) az előbbiektől eltérően önálló kezelőtevékenységet végezhetnek. Az adott szakterületen önállóan és saját felelősségükre kezdik és végzik a betegek kezelését (anamnézis, vizsgálat, diagnosztika, diagnózis, a szükséges eljárások elvégzése). Ők is saját fogadóórát tarthatnak az orvosi praxisban. Elsősorban bőr-, mozgásszervi és légúti megbetegedéseket kezelnek. A 2013-ban Hollandiában regisztrált 2.000 szakápoló 6%-a tevékenykedett háziorvosi praxisokban. Magas képzettségüknél fogva elsősorban a kórházak és poliklinikák szakorvosi területein alkalmazzák őket.

## **Svájc**

Németországhoz hasonlóan a kezelést az orvosnak személyesen kell végeznie. Ám ez nem akadályozza a nem orvosi végzettséggel rendelkező személyzetnek a praxisban való foglalkoztatását. A felelősség azonban az orvosra hárul.

Az orvosi praxisokban az első kontaktszemély a „praxisasszisztens” (*Medizinische Praxisassistentin – MPA*), akinek a tevékenységi profilja megegyezik a németországi egészségügyi szakalkalmazottéval (MFA): asszisztál az orvos mellett, sebet kötöz, injekciót ad be, készülékeket működtet, gondozza és sterilizálja a műszereket, röntgenfelvételeket készít, laborvizsgálatokat végez. Ő az, aki szervezi a fogadóórát, válaszol a telefonhívásokra, elvégzi az adminisztratív teendőket. A praxisasszisztensek képzésének időtartama Németországhoz hasonlóan három év, amely a kilencedik osztály elvégzését követően azonnal elkezdhető.

Az orvosi tevékenységek delegációja Svájcban még a kezdetek kezdetén áll. A tervek szerint bevezetik a „praxiskoordinátorok” (*Medizinische Praxiskoordinatorin*) képzését (klinikai vagy praxisvezetői szakiránnyal). A klinikai szakirányú praxiskoordinátorok orvosi felügyelet mellett krónikus betegeket gondoznak. Ennek során felmérik a beteg állapotát, megtervezik a további kezelést, fejlesztik a hozzátartozók ápolási kompetenciáját, koordinálják a szolgáltatók együttműködését, elősegítik a kommunális erőforrásokhoz való hozzáférést. Praxisasszisztensi (MPA) alapképzettséggel és legalább hároméves szakmai tapasztalattal kell rendelkezniük. Mivel a megfelelő vizsgaszabályzat csak 2015 elején lépett hatályba, a svájci orvosi praxisokban még nem működnek praxiskoordinátorok.

Svájcban lehetőség van még master-szintű „*Advanced Nursing Practitioner (ANP)*” végzettség megszerzésére. Ezeket eddig elsősorban egyetemi klinikákon alkalmazták és a krónikus betegek ellátására készítették fel. Az ambuláns orvosi praxisokban a magasan képzett ápolók alig játszanak szerepet.

[Lásd még: *Új munkamegosztás az egészségügyben. Az orvosi és nem orvosi foglalkozások közötti viszony átalakulása, 2010. 14. sz.; Munkaszervezet és munkamegosztás a német kórházakban, 2014. 39. sz.]*

***Felmérés a műtős nővérek helyzetéről – OP-Barometer 2015***

Zentrum für Gesundheitswirtschaft und -recht (ZGWR)  
der Frankfurt University of Applied Sciences (42 slide)

**Kulcsszavak:** műtős nővérek, munkakörülmények, Németország

**Forrás Internet-helye:** <http://www.frankfurt-university.de/forschung-transfer/zentren-und-institute/zgwr/projekte.html> (OP-Barometer 2011, 2012, 2013, 2015 és további előzmények)

***A Frankfurt University of Applied Sciences felmérésében 1.700 ápoló vett részt. Az ún. OP-Barometer a német kórházak műtő- és aneszteziológiai egységeiben működő nővérek helyzetét méri fel.***

A megkérdezettek 30%-a szerint elégséges személyzet áll rendelkezésre a növekvő követelmények teljesítéséhez. 47% inkább pozitívan értékeli a műtők szervezettségének mértékét, de csak 27% érzi úgy, hogy a kórház vezetősége elismeri munkájukat. 61% szerint a személyzet körében igen magas a megbetegedések aránya.

A megkérdezettek 60%-a állítja, hogy a műtőegységben szigorúan betartják a higiéniai előírásokat. 47% szerint azonban az utóbbi tíz év során a betegek veszélyeztetettsége a műtőkben növekedett.

Az *OP-Barometer 2015* adatai szerint a kórházak között a személyzet, a szervezet és a higiénia tekintetében jelentős különbségek vannak. Thomas Busse igazgató szerint ezért a betegeknek tanácsos utánanézniük, hogy hol vetik alá magukat műtéti beavatkozásnak.

[Lásd még: *Felmérés a műtős szakasszisztensek helyzetéről Németországban 2011-ben – OP-Barometer 2011, 2012. 24. sz.*]

**Kontakt:**

**Prof. Thomas Busse**

Mitglied des Direktoriums (geschäftsführend)

Tel.: +49 (0) 69 1533 2973

E-mail: [busse@fb4.fra-uas.de](mailto:busse@fb4.fra-uas.de)

**Prof. Dr. Wolfram Burkhardt**

Mitglied des Direktoriums

Tel.: +49 (0) 69 1533-2656

E-mail: [wburkhardt@fb4.fra-uas.de](mailto:wburkhardt@fb4.fra-uas.de)



*Oliver Ehrentraut et al.: Az ápoláspolitikai jövője:  
az ápolószemélyzet prognózisa 2030-ig*  
Friedrich-Ebert-Stiftung, Dezember 2015

**Kulcsszavak:** emberi erőforrás, ápolószemélyzet, ápoláspolitikai, Németország

**Forrás Internet-helye (a Friedrich-Ebert-Stiftung honlapján):**

**Teljes szöveg (36 p.):** <http://library.fes.de/cgi-bin/populo/digbib.pl#anfang>

**Rövidített változat (4 p.):** <http://www.fes.de/de/publikationen/> Neu im Januar 2016

***Az ápolás perspektívái 2030-ig:***

A vizsgálat szerint az ápolás munkaerőpiacán 2030-ig 517.000 teljes munkaidős állásnak megfelelő egyensúlyvesztés keletkezik. Ennek okai: Az ápolásra szoruló személyek száma 2030-ig a jelenlegi 2,6 millióról 3,8 millióra növekedik, ezzel együtt pedig növekedik az ápolószemélyzet iránti szükséglet. Ugyanakkor a demográfiai visszaesés miatt az ápolószemélyzet kínálata csökken: a teljes munkaidős állások száma jelenleg 704.000, amely 59.000 teljes munkaidős állással, mindössze 645.000-re csökken. Az ápolás pozíciójának megerősítéséről szóló második törvényből (*Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II*) származó újítások folytán a jelenlegihez képest 2030-ig 406.000 további teljes munkaidős állásra lesz szükség. A tiszta status-quo prognózisa mellett az informális ápolás területén a jelenlegihez képest kerekén 52.000 további teljes munkaidős ápolói állásra lesz szükség. Összesítve az ápolásra szoruló ellátására jelenleg rendelkezésre álló személyzettel, 2030-ban az ápolószemélyzet iránti szükséglet eléri az 1,2 millió teljes munkaidős állást. Megfelelő intézkedések nélkül e szükséglet 44%-a potenciálisan fedezetlen marad.

A finanszírozás oldalán máris látható, hogy a jövőben az ápolási rendszer csak akkor lesz fenntarthatóan finanszírozható, ha a szociális ápolásbiztosítás járulékkulcsát a jelenlegi 2,35%-ról 2030-ig 3,35%-ra emelik.

A szociális ápolásbiztosítás prognosztizált kiadásaiból a szociális természetbeni szolgáltatások (2030: 32 milliárd EUR) túlnyomórészt az ambuláns és a bentlakásos intézmények finanszírozását fogják szolgálni. Az ápolás magas személyi intenzitása miatt ezeket a kiadásokat elsősorban személyi kiadásokra fogják fordítani. Ha a szükséges személyzet 44%-át nem sikerül mobilizálni, a kalkulált források 44%-a a járulékkulcs megfelelő növekedése mellett felhasználatlanul marad. A szociális ápolásbiztosítás finanszírozási szaldója 2030-ban, 2013. évi áron számítva, +14 milliárd EUR-ra tehető.

Az ápolás munkaerőpiaca és a finanszírozási oldal szimultán vizsgálatából az a következtetés adódik, hogy az aktuális ellátási szint biztosításához szükséges pénzügyi források a jövőbeli egyensúlyvesztés (ápolóhiány) miatt nem hívhatók le a tervezett menetrend szerint. Ezért (2030-ban) a rendszerben számszakilag összesen 14 milliárd EUR áll rendelkezésre, amelyet az egyébként drámaian rosszabbodó ellátás megelőzésére kell majd fordítani.

***Magdalena Stroka – Roland Linder:  
Informális ápolás és munkaerőpiaci jelenlét***

Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) Essen  
Diskussionspapier, RWI Materialien, Heft 100, Januar 2016 (20 p.)

**Kulcsszavak:** ápolás, emberi erőforrás, informális ápolás, Németország, Európa

**Forrás Internet-helye:**

<http://www.rwi-essen.de/publikationen/rwi-materialien/368/>

***A szakirodalom az informális ápolásról:***

Miközben egyértelműen bizonyított tény, hogy Németországban az ápolás legelterjedtebb formája a hozzátartozók általi informális ápolás, amelyet elsősorban a női hozzátartozók végeznek, a szakirodalomban nincs konszenzus az ilyen jellegű ápolási szolgáltatásoknak a nők munkaerőpiaci jelenlétére gyakorolt hatására vonatkozóan. Bolin és mt. egy európai adatgyűjtés alapján megerősítették ezeket a negatív munkaerőpiaci következményeket. Sikerült ugyan összefüggést találniuk az informális ápolás, a foglalkoztatás valószínűségének csökkenése és az alacsonyabb heti óraszám között, a szignifikánsabb alacsonyabb bérekre vonatkozóan azonban nem rendelkeznek bizonyítékokkal. Heitmueller (2007) tanulmánya szerint az elhelyezkedés valószínűsége akár 15%-kal csökkenhet, ha valaki háztartása keretében egy másik személyről gondoskodik (1991 és 2002 közötti adatok). Ezzel szemben Ciani (2012) európai vizsgálata az 1994 és 2001 közötti időszakra vonatkozóan arra az eredményre jutott, hogy az informális ápolás és a foglalkoztatás között nem áll fenn erőteljes oksági kapcsolat. Crespo és Mira (2010) vizsgálata, amely a 2004 és 2006/2007 közötti időszakra terjedt ki, csak Dél-Európa vonatkozásában állapított meg szignifikáns effektusokat, Észak- és Közép-Európa tekintetében nem.

Carmichael és Charles (1998, 2003) tanulmányai az informális ápolási szolgáltatásoknak a munkaerőpiaci jelenlétre gyakorolt hatását egy szubsztitúciós és egy jövedelmi effektus szerint differenciálják. Az 1985-

ből származó nagy-britanniai adatok alapján kimutatták, hogy a hozzátartozók ápolása – az ápolást végző személy nemétől függetlenül – összefüggésben áll a munkaerőpiaci jelenlét valószínűségével, a heti munkavolumen pedig abban az esetben alacsonyabb az ápolást nem végző személyekénél, ha az ápolótevékenység hetente 20 óránál kevesebbet vesz igénybe. Amennyiben viszont a családon belüli ápolás hetente 20 óránál többet vesz igénybe, csökken a foglalkoztatás valószínűsége és a munkavolumen, a bér pedig akár 20%-kal alacsonyabb lehet.

Carmichael és Charles (1998) egy aktuálisabb, az 1990-es évekből származó adatgyűjtés alapján, már megerősítette ezt a negatív effektust – elsősorban abban az esetben, ha az ápolótevékenység legalább heti 10 órát vesz igénybe. Heitmueller és Inglis (2007) alapján véve ezzel összecsengő eredményekre jutott és a munkaviszony feltételezett szüneteltetése miatti bérvésztést átlagosan 41.000-52.000 GBP-re becsüli. Németországban Meng (2012) az ún. szocioökonómiai panel adatai alapján a 2001 és 2007 közötti időszakra vonatkozóan végzett elemzéseket, amelyek szerint a foglalkoztatás csökkenése csak statisztikailag szignifikáns, gazdaságilag már irreleváns. Eszerint a nők által végzett ápolótevékenység 10 órával való növekedése átlagosan heti munkaidejük 32 perces csökkenésével jár.

**A szerző:**

**Magdalena Stroka,**

Hochschule des Bundes für öffentliche Verwaltung,

Willy-Brandt-Straße 1, D – 50321 Brühl,

E-mail: [Magdalena.Stroka@hsbund.de](mailto:Magdalena.Stroka@hsbund.de)

**Dr. Karl Blum et al.: Kórházbarométer 2015 –  
Krankenhaus Barometer 2015 (3. rész):  
Külföldi ápolószemélyzet toborzása**

Deutsches Krankenhaus Institut, Düsseldorf, 2015 november (20-26. p.)

**Kulcsszavak:** emberi erőforrás, ápolók, külföldi ápolók, migráció, Németország

**Forrás Internet-helye (a Deutsche Krankenhaus Gesellschaft honlapján):**

<http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/110/aid/4224/title/>

**2. Külföldi ápolók és betegek:**

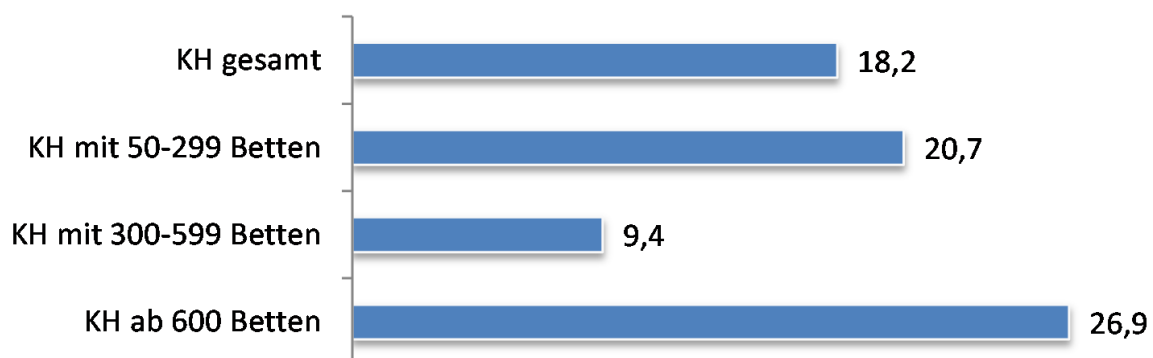
**2. 1. Külföldi ápolók toborzása:**

A *Krankenhaus Barometer 2013* szerint a kórházak egyharmada nem tudta betölteni a meghirdetett ápolói állásokat. Az ilyen problémákkal küszködő kórházak átlagosan öt ápolói állást nem tudtak betölteni. Az idei felmérés ismét visszatért a kérdésre.

Csaknem minden ötödik több mint 50 ágygal rendelkező kórház (18%) válaszolta, hogy az elmúlt öt év során célzottan külföldi ápolókat toborzott. A megfelelő arányok a kisebb (kevesebb mint 300 ágygal rendelkező) és a nagyobb (több mint 600 ágygal rendelkező) kórházaknál magasabbak, mint a közepes méretűeknél. Ez összevág a *Krankenhaus Barometer 2013* eredményeivel, amelyek szerint a közepes méretű (300-599 ágygal rendelkező) kórházaknál az állások betöltésének problematikája kevésbé kritikusan jelenik meg.

A toborzás csatornái: állásközvetítők, személyzeti ügynökségek, külföldi partnerek (pl. külföldi önkormányzatok vagy kamarák), helyi szervezetek, mint a tartományi kórház társaságok vagy a Szövetségi Munkaügyi Ügynökség.

**Anwerbung von Pflegekräften aus dem Ausland  
(Krankenhäuser in %)**



© Deutsches Krankenhausinstitut

**Külföldi munkaerő toborzása**

[Szövegmagyarázat:

kórházak %-ban

kórházak összesen, 50-299 ágygal, 300-599 ágygal, több mint 600 ágygal rendelkező kórházak]

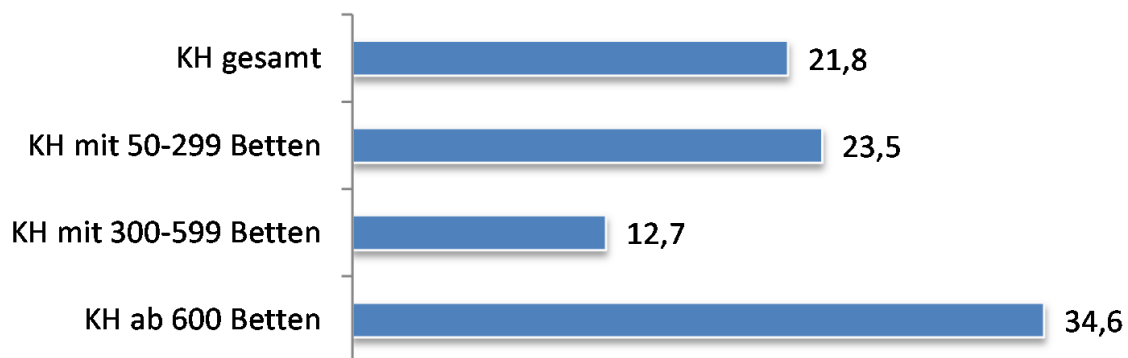
A résztvevők mindössze 9%-a válaszolta, hogy bel- és külföldi szervezeteket vett volna igénybe a külföldi munkaerő toborzásához. A kisebb és nagyobb kórházak ebben a tekintetben is erőteljesen fölülreprezentáltak.

## 2. 2. A külföldi munkaerő foglalkoztatása:

A külföldi munkaerő aktív toborzásától függetlenül a német kórházak 22%-a foglalkoztat külföldi ápolókat, akik célzottan munkavállalás céljából vándoroltak be vagy a határmenti övezetekben rendszeresen ingáznak. Ebben az értelemben az intézmények 71%-a nem foglalkoztat külföldi ápolókat, 7% nem tudott adatot szolgáltatni.

A külföldi ápolók célzott toborzásához hasonlóan a kisebb (kevesebb mint 300 ágygal) és a nagyobb (több mint 600 ágygal rendelkező) kórházaknál a külföldi ápolók foglalkoztatása meghaladja az átlagot.

**Beschäftigung von Pflegekräften aus dem Ausland**  
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

## **Külföldi munkaerő foglalkoztatása**

[Szövegmagyarázat: mint fent]

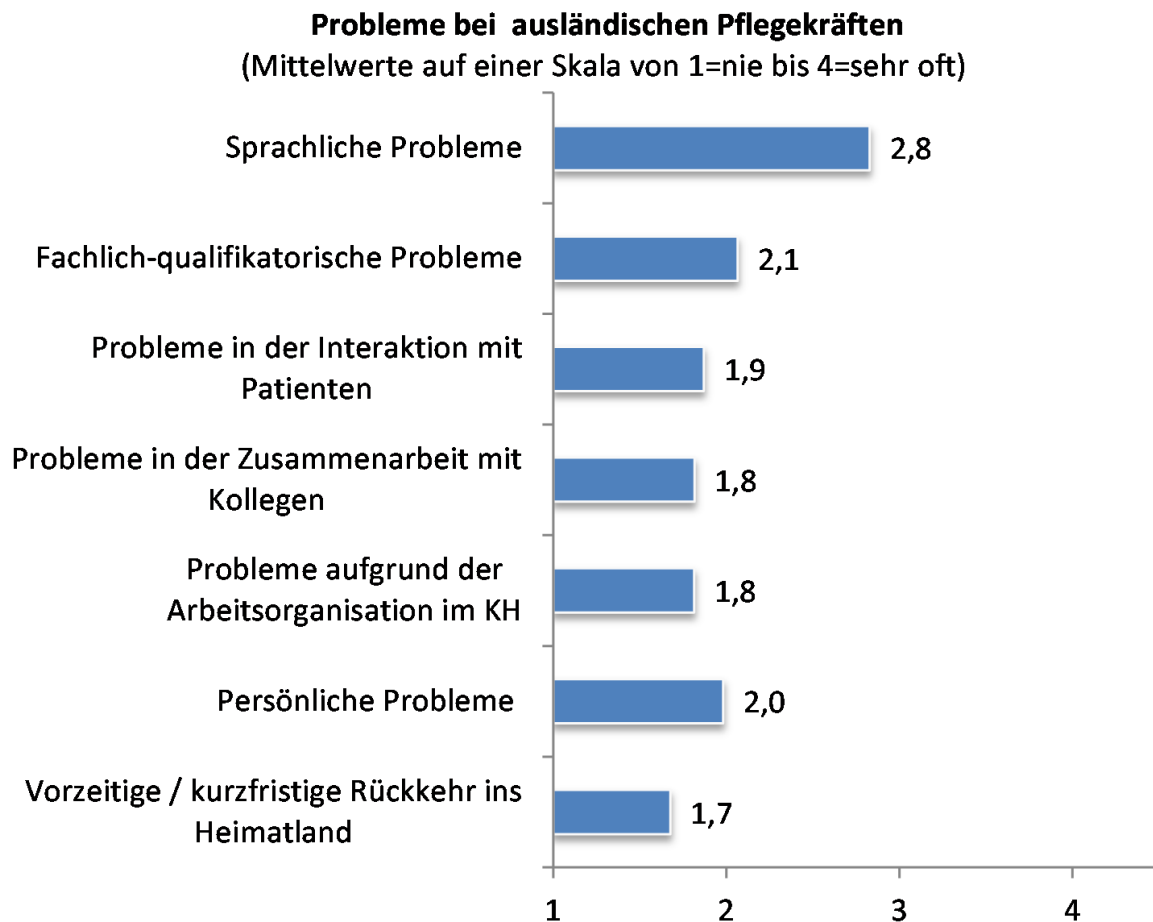
A legfontosabb származási országok elsősorban az EU tagállamai: Lengyelország, Spanyolország, valamint a jugoszláv utódállamok. Az Európai Unió határain kívülről Törökországból, Oroszországból és a szovjet utódállamokból érkezik a legtöbb ápoló.

## 2. 3. A külföldi ápolók száma és struktúrája:

A külföldi ápolókat foglalkoztató kórházak átlagosan (matematikai átlag) 18 ápolót foglalkoztatnak. Az átlagértéket erőteljesen befolyásolják a szélső értékek. Az eloszlás ettől függő mediánja alig hét ápoló.

Mindazonáltal az említett kórházakban legalább 15 külföldi ápolót alkalmaznak (felső kvartilis érték). Ez extrapolálva a német általános kórházakban 2014-ben kereken 5.000 külföldi ápolónak felel meg. A külföldi ápolók 60%-a külföldi ápolói végzettséggel rendelkezett, 15%-a éppen németországi ápolóképzésre járt.

## 2. 4. A külföldi ápolókkal kapcsolatban felmerülő problémák:



© Deutsches Krankenhausinstitut

## A külföldi ápolókkal kapcsolatban felmerülő problémák

### [Szövegmagyarázat:

átlagértékek egy 1-től = soha 4-ig = nagyon gyakran – terjedő skálán;  
nyelvi problémák;

szakmai/képzettségi problémák;

a betegekkel való interakció során jelentkező problémák;

a kollegákkal való együttműködés során jelentkező problémák;

a kórházi munkaszervezettel összefüggésben jelentkező problémák;

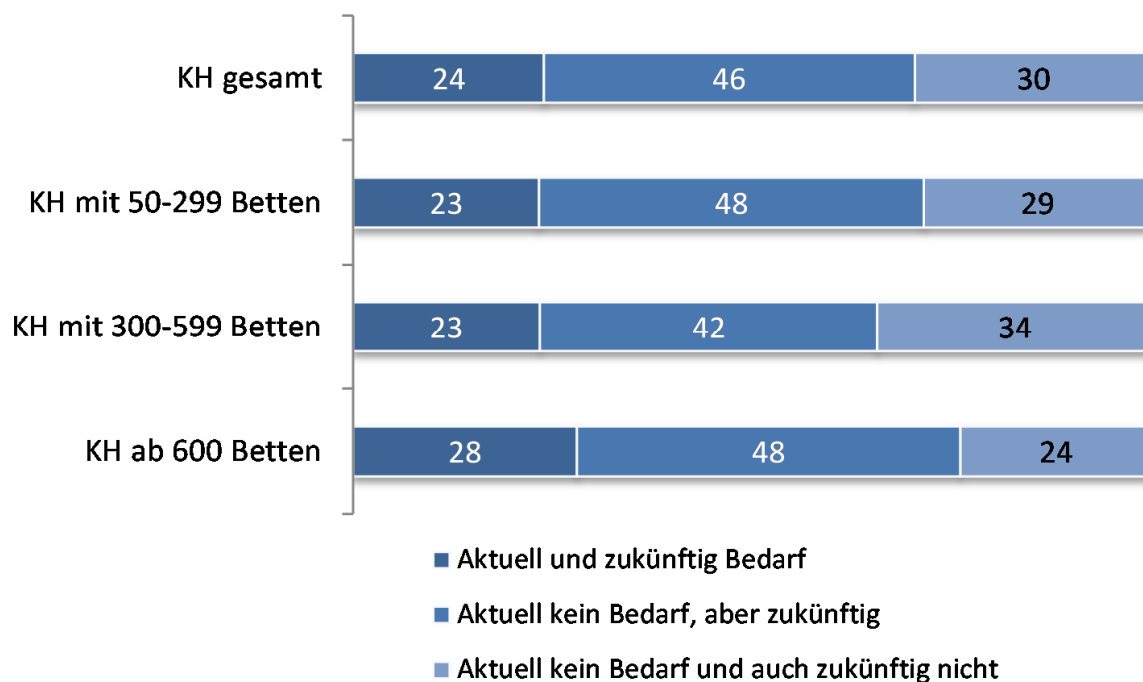
személyes problémák;

a származási országba való idő előtti / vagy rövid időre való visszatérés]

## 2. 5. A külföldi ápolók iránti igény:

A külföldi ápolók iránti igény a jövőben érezhetően növekedhet. Csak a kórházak 30%-a válaszolta, hogy sem jelenleg, sem a jövőben nem lenne szüksége külföldi ápolókra. Az intézmények egynegyedénél (24%) már most is jelentkezik a szükséglet és ez a jövőben sem fog változni. A kórházak többségének (46%) ugyan jelenleg nincs szüksége külföldi ápolókra, de úgy látja, hogy a jövőben szüksége lesz.

### Bedarf an ausländischen Pflegekräften (Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

### ***Külföldi ápolók iránti igény***

***[Szövegmagyarázat:***

*lent: jelenlegi és jövőbeli szükséglet; jelenleg nincs szükséglet, de a jövőben igen; jelenleg nincs szükséglet és a jövőben sem lesz]*

*[Lásd még: Külföldi személyzet a német egészségügyben származási országok szerint, 2016. 2. sz.]*



*Pete Smith: Az ápolók migrációjának kultúrtörténetéből.  
Amikor a dél-koreai ápolók voltak a német ápolásügy mentőangyalai*  
Ärzte Zeitung online, 2016. február 15.

**Kulcsszavak:** ápolás, külföldi ápolók, migráció, Németország

**Forrás Internet-helye:**

[http://www.aerztezeitung.de/politik\\_gesellschaft/pflege/default.aspx?sid=904802&cm\\_mmc=Newsletter- -Newsletter-C- -20160215- -Pflege](http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/pflege/default.aspx?sid=904802&cm_mmc=Newsletter- -Newsletter-C- -20160215- -Pflege)

*A szövetségi köztársaságban az 1960-as években jelentkezett első alkalommal súlyos ápolóhiány. A helyzetet egy fiatal dél-koreai orvos mentőötlete oldotta meg.*

A fiatal szövetségi köztársaságban az 1960-as években ütött be az első munkaerőpiaci válsághelyzet. A nyugat-német kórházakból becslések szerint 20.000 ápolónő hiányzott. Egy fiatal dél-koreai orvos, Dr. Sukil Lee, aki akkoriban a mainzi egyetemi klinika ösztöndíjasa volt, azzal az ötlettel állított be a kórház gazdasági igazgatójához, hogy hazájában több ezer szakképzett ápoló keres munkát, tehát ott kellene keresni a megoldást. Lee levélben fordult több dél-koreai kórházhoz és felajánlotta jószolgálati közreműködését a munkát kereső ápolók kiközvetítéséhez. Felhívására 600 szakképzett, egyedülálló, gyermektelen ápolónő jelentkezett.

A munkaszerződés szerint a dél-koreai ápolónőknek heti 48 órás munka ellenében a német kolleganókkal azonos (400 DM) bért helyeztek kilátásba. 1966. január 31-én 128 dél-koreai ápolónő landolt a frankfurti repülőtéren. Útjuk azonnal a híres frankfurti városházára (*Frankfurter Römer*) vezetett. A díszes népviseletbe öltözött ápolónőket személyesen Prof. Willi Brundert főpolgármester üdvözölte a Kaisersaal-ban és megígérte, hogy 50 év múlva ugyanazon a helyen újabb fogadásra kerül sor. Az ígéret Rosemarie Heilig frankfurti egészségügyi decernens jóvoltából, a hivatalban levő főpolgármester és a 87 éves Dr. Sukil Lee jelenlétében, napra pontosan teljesült.

A „nővér-művelet” azonban Lee számára egy adott pillanatban drámai fordulatot vett. 1967-ben, felhívása után egy évvel, a dél-koreai titkosszolgálat Mainz kellős közepén elrabolta, mivel felmerült a gyanú, hogy Észak-Koreának kémkedik. Csak négyhetes fogvatartást követően, a tartományi kormány és a mainzi polgármester közbenjárására szabadult és folytathatta tevékenységét. 1971-ben megkapta a német állampolgárságot. Harminc évvel később megkapta a Németországi Szövetségi Köztársaság érdemrendjének nagykeresztjét a szalaggal. A sikertörténet folytatásaként pedig 1976-ig több mint 10.000 dél-koreai ápolónőt alkalmaztak három évre szóló szerződéssel, 40%-uk azonban tartósan az országban maradt.



**Az „árnyéknapok” módszere az ápolási otthonokban**  
Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP)  
ZPQ-Themenheft, Berlin, 15. Februar 2016. (56 p.)

**Kulcsszavak:** ápolás, ápolás módszertana, Németország

**Forrás Internet-helye:** <http://www.zqp.de/index.php?pn=press&id=501>

Az ápolási intézményekben igen fontos a lakók szükségleteinek megértése. A mindennapi rutinmunka, az időkényszer és az ápolói szerep gyakran akadályozó tényező lehet. Az „árnyéknapok” módszere abban áll, hogy egy-egy ápoló egy bizonyos időre egy ápolásra szoruló személy bőrébe bújik, vagy pedig hosszabb ideig „árnyékként” követ egy ápolásra szoruló személyt és csak figyeli az eseményeket. A módszer lényege a perspektívaváltás, az ápoló mindvégig az ápolásra szoruló személy nézőpontjából követi a folyamatot.

Az Ápolási Minőségügyi Központ (*Zentrum für Qualität in der Pflege – ZQP*) felmérése szerint a módszer még nem eléggé ismert és elterjedt. A megkérdezettek mindössze 29%-a hallott a módszerről. Az alapítvány éppen erre való tekintettel adta ki a módszertani füzetet, amelyből a vezető ápolók, a szakápolók, az oktatók megismerhetik az árnyéknapok alkalmazásának gyakorlati vonatkozásait.

A módszertani füzet számos leírást, élménybeszámolót, naplóbejegyzést tartalmaz az árnyéknapok tapasztalatairól. Több intézményvezető számol be a módszer alkalmazásából adódó ismeretekről és következtetésekről. A minőségügyi központ munkatársai is „árnyéket öltöttek” és kipróbálták a módszert. A füzet a gyakorlati tippek mellett egyéb módszertani anyagokat is tartalmaz, többek között egy csekklistát az árnyéknapok alkalmazására és értékelésére vonatkozóan.

Az árnyéknapok módszerének kidolgozására a Szövetségi Családügyi, Idősügyi, Nőpolitikai és Ifjúsági Minisztérium támogatásával, a német ápolási charta megvalósítására irányuló projekt keretében került sor.

**Kontakt:**

**Torben Lenz**

Tel. 49-30-275 93 95 15

E-mail: [torben.lenz@zqp.de](mailto:torben.lenz@zqp.de)

***A demenciában újonnan megbetegedettek száma az utóbbi 30 évben megfeleződött***  
The New England Journal of Medicine, 2016; 374: 523-32 (February 11. 2016)

**Kulcsszavak:** demencia, demenciakutatás, Egyesült Államok, Nagy-Britannia

**Forrás Internet-helye:** <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1504327>

***Az időskorúak mostanság egyre hosszabb ideig megőrzik szellemi frissességüket és átlagosan öt évvel később betegednek meg demenciában, mint 30 évvel korábban.***

Brit kutatók megfigyelték, hogy a demenciában való megbetegedések számára vonatkozó prognózisok ma már nem stimmelnek. Az 1990-es évek elején Nagy-Britanniában a 65 év fölöttiek körében a demencia aránya 8,3% volt, húsz évvel később már csak 6,5%. A megbetegedések rátája tehát egynegyeddel alacsonyabb, a demens betegek száma pedig 200.000 fővel alacsonyabb, mint az változatlan prevalencia mellett várható lett volna. Hasonló eredményeket mutattak ki más európai országokban – Spanyolországban, Svédországban, Dániában és Hollandiában – végzett elemzések: az egyes vizsgálatokban a demencia incidenciája tíz-húsz év alatt nagyjából egynegyedével csökkent. A *Framingham-vizsgálat* harminc éves perspektívában követte a demencia alakulását és az incidenciát 44%-os csökkenését állapította meg.

***Dr. Claudia Satizabal és mt. (Boston University School of Medicine)*** az 1948-ban elkezdett *Framingham-vizsgálat* négy tízéves periódusát vették figyelembe: az 1970-es évek végétől a 2010-es évek elejéig. Az eredeti kohorsz mellett annak leszármazottait is vizsgálták.

A kutatók mindegyik periódusra vonatkozóan 2.000-2.500 hatvanöt éven felüli beteg adatait elemezték. Az átlagéletkor az első periódus végén 69 év, a többi háromban 72 év volt.

A koleszterincsökkentőt szedő résztvevők aránya a harmadik periódusban még 12% volt, a negyedikben 43%-ra növekedett, a diabéteszesek aránya az elsőtől a negyedik periódusig 10%-ról 17%-ra növekedett, a test-tömeg-index pedig átlagosan két ponttal, 28-ra növekedett. A kardiovaszkuláris megbetegedésekben szenvedő és agyvérzésen átesett személyek aránya kezdetben jelentősen növekedett, majd meredeken csökkent.

A demencia életkorhoz és nemekhez igazított rátája folyamatosan csökkent. Az első periódusban még 3,6% betegedett meg öt éven belül demenciában, a másodikban 2,8%, a harmadikban 2,2%, a negyedikben 2,0%. Az életkor a demencia megállapításának időpontjában a négy évtized leforgása alatt 80-ról 85 évre emelkedett.

371 esetben diagnosztizálták a demenciát, ezek kétharmada Alzheimer-demencia, a többi vaszkuláris demencia volt. Alzheimer-demencia esetén az incidenciát valamivel lassabban és kevésbé erőteljesen csökkent (2,0%-ról 1,4%-ra), mint a vaszkuláris demencia esetén (0,8%-ról 0,4%-ra).

**Kulcsszavak:** egészségügy, korrupció, Németország

**Forrás Internet-helye:**

<http://www.arzt-wirtschaft.de/korruption-im-gesundheitswesen-2/>

**Az egészségügyben való korrupció leküzdéséről szóló törvény tervezete a Bundestag honlapján:**

[https://suche.bundestag.de/search\\_bt.do?resultsPerPage=10&language=de&queryAll=Drucksache+18%2F6446&Suche+abschicken.x=0&Suche+abschicken.y=0](https://suche.bundestag.de/search_bt.do?resultsPerPage=10&language=de&queryAll=Drucksache+18%2F6446&Suche+abschicken.x=0&Suche+abschicken.y=0)

Az egészségügyben való korrupció leküzdéséről szóló törvény tervezetének vitája még folyamatban van. 2015 szeptemberében a Bundesrat számos kifogást fogalmazott meg és visszaküldte azt a Bundestagnak. A Bundesrat újabb vitájára az elkövetkező hetekben kerül sor. Ezt követően a vitatott paragrafusok bekerülnek a büntető törvénykönyvbe. A törvénytervezet különösen kirívó esetekben akár ötéves börtönbüntetést helyez kilátásba. A törvény kidolgozására a Szövetségi Igazságügyi és Fogyasztóvédelmi Minisztérium hatáskörében kerül sor. Az előterjesztés szerint az egészségügyben megnyilvánuló korrupció csorbítja a versenyt, jelentős költségnövekedést eredményez és megrendíti a betegek egészségügy iránti bizalmát.

***A törvénytervezet ezer sebből vérzik. Tényfeltáró újságírók az NDR „Panorama” és az ARD „Stern” c, magazinműsoraiban két konkrét esetet leplezték le.***

Két gyógyszerész és egy gyógyszerkereskedő megvesztegetett egy hamburgi onkológust. Az orvos hatszámjegyű összeg ellenében egy kedvezményezett patikába irányította receptjeit. A rákellenes gyógyszerek piaca különösen ingoványos terület, ahol évente hárommilliárd euró fordul meg. Az ágazatot átjárja a korrupció. A kemoterápiák összetétele ugyanis annyira bonyolult, hogy a gyógyszertár kiválasztása teljesen hivatalosan az orvosra tartozik, ami megkönnyíti az orvos és gyógyszerész közötti összejátszást. A „Panorama” és a „Stern” riporterei rejtett kamerás felvételekkel leplezték le a gyógyszerészek és az onkológus közötti üzelmeket.

A Német Bírói Szövetség (*Deutscher Richterbund*) a Bundestag jogi bizottsága előtti novemberi meghallgatáson jelezte, hogy nincs lehetőség fedett nyomozásra és lehallgatásra, mint az üzleti életben jelentkező korrupció esetén. A titkos megbeszélések dokumentálása érdekében szükség lenne a telefonbeszélgetések lehallgatására és a nyilvános terekben elhangzó beszélgetések kihallgatására. Ha az érintettek megtudják, hogy nyomozás folyik ellenük, azonnal eltüntetik a terhelő dokumentumokat és bizonyítékokat.

**[N. B. A törvény elfogadására és részletes ismertetésére visszatérünk.]**

## **ELŐJEGYZÉSI LISTA:**

### **Globális egészségügy:**

- *Health & Wellness Report 2016*
- *Global Healthcare Outlook 2016*

### **Ápolás:**

- Jelentés az ápolási otthonok helyzetéről Németországban 2015-ben – *Pflegeheim Rating Report 2015 (RWI)*
- Kórházbarométer 2015 – *Krankenhaus-Barometer 2015: Az ápolószemélyzet helyzete (20-49. p.)*
- Felmérés a műtős nővérek helyzetéről – *OP-Barometer 2015*
- Informális ápolás és munkaerőpiac (RWI)
- Az ápoláspolitikai jövője (FES)
- Ápolás 4.0 – Intelligens technika alkalmazása a szakápolásban
- A Caritas Szövetség családi ápolási szolgáltatásainak elemzése (dip)

### **Komparatív tanulmányok:**

- A verseny szerepe az egészségügyben: Németország, Hollandia, Svájc
- Az ambuláns orvosi ellátás Németországban, Hollandiában és Svájcban (WIP PKV) (3. rész: Keretfeltételek; 4. rész: Hozzáférés, háziorvosi modellek, várólisták, önrészek)

### **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)

### **Kábítószer:**

- Jelentés a kábítószerügy helyzetéről Németországban 2015-ben – *Drogenbericht 2015*

### **Kórházügy:**

- Jelentés a kórházak helyzetéről Németországban 2016-ban – *Krankenhaus-Report 2016 (WIdO)*

- A minőség, mint a döntéshozatal kritériuma a kórházi tervezés területén (DKI)
- 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
- Betegportálok mellékhatásokkal
- Hackertámadások a németországi kórházak ellen

### **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)
- Felmérés a svájci orvosok körében az új kórházfinanszírozás hatásairól (FMH – gfs.bern)
- A társadalombiztosítás pénzügyi helyzete: 1987-2013 (*Soziale Sicherheit 2015. 5. sz.*)
- A szociális biztonsági rendszeresített összesített pénzügyi mérlege 2012-ben – GRSS (BFS)
- A terápiákkal összefüggő fertőzések megelőzésének svájci stratégiája (*Strategie NOSO*)
- Szocioökonómiai és kulturális egyenlőtlenségek a svájci lakosság egészségmagatartásában (*Obsan Bulletin, Obsan Bericht*)
- Az alapellátást nyújtó orvosok helyzete Svájcban. A Commonwealth Fund 2015. évi felmérésének eredményei (*Obsan Bulletin 3/2016; Obsan Dossier 50*)
- Big Data az egészségügyben (SAMW)

- Swiss Personalized Health Network (SAMW Bulletin)
- A Svájci Orvostudományi Akadémia alapelvei az embereken végzett kísérletekről
- A Svájci Orvostudományi Akadémia irányelvei a kényszerintézkedésekről (átdolgozott változat), 2015 december
- A szociális segélyek helyzete Svájcban (*Soziale Sicherheit* 2015. 6. sz.)
- Folyamatok a szociális segélyek területén (2006-2011)
- A foglalkoztatás minősége Svájcban
- *ValeurS Gesundheit*, 2016. 1. sz. A Szövetségi Statisztikai Hivatal információs magazinja
- Tartós ápolás a kantonokban (*Obsan Rapport*)

### **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*)
- 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)
- Jövedelmi egyenlőtlenségek és csúcsjövedelmek (IMK Report)
- Szegénység Európában és Németországban (IMK Report)
- Jelentés a szegénység helyzetéről Németországban 2016-ban – *Armuttsbericht 2016*

- Két tanulmány a gyermekszegénységről Németországban (Bertelsmann Stiftung – WSI)
- Időskori szegénység Németországban (Bertelsmann Stiftung)
- Szociális biztonság a munkavégzés modern világában. A GVG állásfoglalása az Arbeit 4.0 Zöldkönyvvel kapcsolatban
- Jelentés a minimálbérekről 2016-ban – *WSI-Mindestlohnbericht 2016 (WSI-Bericht, WSI-Report 1/2016)*
- A bérezés helyzete a szociális ágazatban (Böckler Impuls, FES)

#### **Ritka betegségek:**

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

#### **Rehabilitáció:**

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

#### **Gyógyszer:**

- Új EU-rendelet a gyógyszerhamisítás ellen
- Tanulmány az antibiotikumok felírásának csökkentéséről

Jelentés a kardiológiai beavatkozásokról Németországban – *Deutscher Herzbericht 2015*

Arztreport 2016 (Barmer GEK)

Minőségbiztosítási jelentés a skizofrén betegek ellátásáról (AQUA Institut)

#### **Rövidhírek (aleatorikusan):**

Praxishírek (*Arzt & Wirtschaft*)

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

Népegészségügyi rövidhírek (*Robert-Koch-Institut*)