

# *Egészséggazdasági, egészségpolitikai és szociálpolitikai nemzetközi sajtószemle*

**2017. 11. sz.**

## **Ápolás, emberi erőforrás, minimális személyzeti követelmények**

- *Nurse-to-Patient Ratios*. Nemzetközi áttekintés a minimális személyzeti követelményekről a kórházi ápolás területén (4. rész): Ázsiai országok
- Szakmai állásfoglalás a minimális személyzeti követelményekről

## **Időskorúak, ápolás**

- Robotok az ápolás területén
- *CeBit 2017* (Hannover, 2017. március 20-24.)
- Jelentés az időskorúak életminőségéről és egészségi állapotáról
- Időskorúak egészsége Kínában

## **Könyvajánló**

- „Sajnálom, de öreg vagy és beteg leszel”

## **Közüvélemény az egészségügyről**

- *Healthcare-Barometer 2017*

## **Egészséggazdaság**

- A kórházi szolgáltatások „visszaszervezése” Burgenlandban
- A világtalanság és gyengénlátás költségei Németországban

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

**Prof. Dr. Michael Simon – Sandra Mehmecke:**  
***Nurse-to-Patient Ratios. Nemzetközi áttekintés a minimális személyzeti követelményekről a kórházi ápolás területén (4. rész): Ázsiai országok***  
Working Paper der Forschungsförderung  
der Hans-Böckler-Stiftung, Nr. 27, Februar 2017. (156 p.)

**Kulcsszavak:** ápolás, ápolószemélyzet, minimális személyzeti követelmények, Japán, Dél-Korea, Tajvan

**Forrás Internet-helye:**

[http://www.boeckler.de/pdf/p\\_fofoe\\_WP\\_027\\_2017.pdf](http://www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_WP_027_2017.pdf)

***Ázsiai országok: Japán, Dél-Korea, Tajvan (74-83. p.)***

### ***Japán***

Japánban a minimális személyzeti követelmények betartása a működési engedély és a társadalombiztosítás általi térítés előfeltétele. Az ezekkel kapcsolatban 2006-ban bevezetett szigorítások oka, hogy a megemelt személyzeti kulcs csökkentheti a többi OECD-országhoz viszonyítva átlagosan magas ápolási időt. Az OECD adatai szerint az ápolási idő 2000-ben Japánban átlagosan 24,8 nap, az OECD országaiban átlagosan 8,3 nap volt.

### ***Az állami szabályozás tartalmi elemei***

A Japánban alkalmazott szabályozás összefügg a kórházi szolgáltatások finanszírozásával. Az állami egészségbiztosítás bizonyos előfeltételeket támaszt, amelyek betartása a szolgáltatások térítésének feltételét képezi. Ezek közé tartoznak: az alkalmazott személyzet képzettsége, az egyes kórházi osztályokon az ápolók és betegek közötti arány tekintetében betartandó minimális követelmények betartása, valamint a ténylegesen alkalmazott orvosi és ápolószemélyzet létszámának nyilvánossága. Az ápolók és betegek közötti arány 2006. óta 1:7. A Japán Ápolószövetség már az 1990-es években ezt az arányt támogatta, amikor az még 1:10 volt.

Az ápolók és betegek közötti arány betartását helyszíni szemléken ellenőrzik, az eredményeket Egészségügyi, Munkaügyi és Népjóléti Minisztérium évente közzéteszi. A minisztérium adatai szerint a kórházak csaknem kivétel nélkül eleget tesznek a követelményeknek.

## **Dél-Korea**

### ***Az állami szabályozás tartalmi elmei***

A dél-koreai kormány 1999-ben vezette be az állami egészségbiztosítás általi kórházfinanszírozás reformját. Azóta a térítés feltétele, hogy a kórház elégséges ápolószeméllyel rendelkezzen. Az állami biztosítással rendelkező betegek kórházi ellátásának kifizetéseit az ápolók és kórházi ágyak közötti arányszámok (*Nurse-to-Bed Ratios*) – az ún. „*nursing fee differentiation policy*“ (NFDP) – alapján differenciálják. Ennek értelmében az individuális kórházi költségvetés 25%-a az ápolószeméllyel való ellátottságtól függ. Az arányok kiszámítása során figyelembe vett ápolók képzettségi szintje alapvetően egy *Registered Nurse*-nek felel meg. Az állami betegbiztosítás finanszírozási rendszere kezdetben az aktív kórházi ellátás szintjeinek megfelelően a személyzettel való ellátottság hat fokozatát határozta meg az ápolók és ágyak száma közötti arány alapján. Az arányszámok kizárólagosan az általános osztályokra vonatkoztak.

A minimális követelmények szabályozását 2007-ben módosították. Az arányszámok betartását „jutalmazó” magasabb térítések rendszerét „jutalmak” és „büntetések” váltották fel. 2007. óta az ápolók és ágyak közötti arány be nem tartása esetén csökkentették az alapforrásokat, a személyzeti követelmények betartása esetén emelték a többlet térítéseket. Ebben az évben a kormány kiterjesztette a finanszírozás rendszerét, hétfokozatú rendszert vezetett be, a tercier kórházaknál (maximális ellátást nyújtó kórházak) és az általános kórházaknál differenciálta az egyes fokozatokba történő besorolást. 2008-ban hasonló szabályozás bevezetésére került sor az intenzív osztályok tekintetében. A *Nurse-to-Bed Ratio* a hatodik fokozatban maximális ellátást nyújtó kórházaknál 1:4, általános kórházaknál 1:6. Az első fokozatban (legmagasabb Casemix-Index) 1:2, ill. 1:2,5.

Az arányszámok kiszámítása során a direkt ápolótevékenységet nem végzők, mint a vezető ápolók nem vehetők figyelembe. A kórházak azonban tartós ápolási osztályoknál az ágykihasználtságtól függően teljesíthetik az arányokat, amennyiben a szakképzett ápolókat (*Registered Nurses*) 50%-ig, sőt akár 100%-ig segédápolókkal helyettesítik.

Az ápolók és betegek közötti arányok alapján jelenleg a maximális ellátást nyújtó kórházaknál hat, az általános kórházaknál hét, az intenzív osztályoknál kilenc fokozatot alkalmaznak.

Az arányszámok betartásának ellenőrzésére monitoring rendszer keretében kerül sor. Az állások betöltését minden egyes kórháznál negyedévente elemzik. Az állami biztosítás keretében nyújtott kórházi szolgáltatások térítésére csak az adatok értékelését követően kerülhet sor. A személyzeti

követelmények be nem tartása esetén jóval kevesebbet fizetnek. Az ápolási szolgáltatások térítése *Nurse-to-Bed Ratio*-k alapján történik, amelynek során az egyes betegek ápolási szükségleteit nem veszik figyelembe. A térítés ellátási fokozatok szerint differenciáltan történik. A minimális személyzeti követelményeket betartó maximális ellátást nyújtó kórházak minden kihasznált ágyra naponta egy bázisforrásban, az ellátási fokozatnak megfelelően pedig további kiegészítő térítésekben – az 1-es ellátási fokozatban a bázisforrás még 50%-ában részesülnek. Az ápolási szolgáltatások térítésének mértékét – a bázisforrások és a kiegészítő térítések vonatkozásában – évente a „*National Health Insurance Policy Review Committee*“ határozza meg.

2013-ban a kisebb kórházak háromnegyede csak alacsony képzettségű személyzettel rendelkezett, mivel ezeknél nem alkalmaztak RN-eket. A kisebb és vidéki kórházak ugyanis nehézségekkel küszködnek a szakképzett személyzet megnyerése és megtartása tekintetében. Az ápolószemélyzet munkakörülményeinek és javadalmazásának helyzete a maximális ellátást nyújtó városi kórházaknál sokkal kedvezőbb.

### ***Tajvan***

Tajvanban az állam 2009. óta támaszt követelményeket az ápolószemélyzet vonatkozásában. Ennek megértéséhez azonban vegyük figyelembe, hogy Tajvanon a kórházi betegek tradicionálisan hozzátartozóik gondoskodásában is részesülnek.

#### ***Az állami szabályozás tartalmi elemei***

A Tajvanon 2009-ben bevezetett jogszabály minimális követelményként előírja, hogy egy ápolóra nyolc beteg juthat. A *Nurse-to-Patient Ratio* azonban kizárólagosan a korai műszakra vonatkozik. Délutáni és éjszakai műszakban egy ápolóra 16-22 beteg jut.

A nappali műszakban kötelező 1:8 *Nurse-to-Patient Ratio* finanszírozása érdekében a tajvani elnök rendeletet bocsátott ki az állami egészségbiztosítási járulékok emeléséről. A nemzeti egészségbiztosítási igazgatóság (*National Health Insurance Administration, NHIA*) 2016-ban a biztosítási járulékok emelésének legitimációja érdekében első alkalommal tett közzé adatokat a tajvani kórházakban alkalmazott ápoló-beteg arányokra vonatkozóan. A követelmények betartásának ösztönzése érdekében a személyzetet biztosító kórházak magasabb költségvetésben részesülnek. A tajvani kórházak kötelesek megfelelő időben dokumentálni a státuszok betöltésére vonatkozó adatokat és azokat közölni a nemzeti egészségbiztosítási igazgatósággal.

**Von Ilse Schlingensiepen – Christiane Badenber**  
**Szakmai állásfoglalás a minimális személyzeti követelményekkel kapcsolatban**  
Ärzte Zeitung online, 09. 03. 2017

**Kulcsszavak:** ápolás, emberi erőforrás, minimális személyzeti követelmények, Németország

**Forrás Internet-helye:**

[http://www.aerztezeitung.de/politik\\_gesellschaft/pflege/article/931225/trotz-mangel-fachkraefte-keine-qualitaetseinbussen-patientenversorgung.html?cm\\_mmc=Newsletter-Newsletter-C-20170309-Pflege](http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/pflege/article/931225/trotz-mangel-fachkraefte-keine-qualitaetseinbussen-patientenversorgung.html?cm_mmc=Newsletter-Newsletter-C-20170309-Pflege)

*Prof. Boris Augurzky és mt. (RWI - Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, korábban Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung) a nyugati tartományok egészségpolitikai kongresszusán ("Gesundheitskongress des Westens", Köln, 2017. március 13-14.) ismertették az ápolószemélyzet megterheltségére vonatkozóan a Technikusok Betegpénztára (Techniker Kasse – TK) megbízásából készített elemzésüket. A szövetség és a tartományok, valamint a koalíciós pártok nem sokkal azt megelőzően állapodtak meg a kórházi személyzet minimális követelményeiről. [Ezzel kapcsolatban lásd: Megállapodás a német koalíciós pártok között a kórházi személyzet tekintetében alkalmazandó minimális követelményekről, 2017. 9. sz.]*

A kutatók a 2002 és 2014 közötti időszakra vonatkozóan vizsgálták az ápolószemélyzet helyzetét. Augurzky professzor következtetése szerint az ápolószemélyzet megterheltsége nem változott szignifikánsan. A kórházi minőségbiztosítási adatok, mint a decubitusok rátája és a posztoperatív sebfertőzések tekintetében nem észlelhető rosszabbodás. Megállapítható viszont az ápolószemélyzet elégedetlenségének fokozódása.

A munkaerőhiánnyal összefüggésben nagyobb erőfeszítéseket kell tenni a rendelkezésre álló ápolói potenciál aktiválása érdekében. Mindent meg kell tenni az ápolás vonzerejének növeléséért, ehhez azonban az általános minimális követelmények nem elégségesek.

***Az ápolószemélyzet létszámának alsó határai***

- **Különösen intenzív ápolást igénylő területeken:** Intenzív osztályokon és éjszakai műszakban 2019-től minimális alsó határokat kell bevezetni. Erről született megállapodás a szövetségi egészségügyi minisztérium, a koalíciós frakciók és a szövetségi tartományok között.

- A **kórházak és betegpénztárak önkormányzatát** jogszabály kötelezi, hogy a megfelelő területeken 2018. június 30-ig megállapodásokat kössön az alsó határokra vonatkozóan.

- Az **alsó határok** be nem tartása esetén a kórházaknak szankciókra kell számítaniuk.

## ***Robotok alkalmazása az ápolás területén***

Berufsgenossenschaftliches (BG) Universitätsklinikum Bergmannsheil (Bochum)  
Deutsches Ärzteblatt online, 27. Februar 2017

**Kulcsszavak:** ápolás, robotok, HAL, Németország

**Forrás Internet-helye:** <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/73348/Mit-Robotern-wieder-selbstbestimmt-leben>

A ***Berufsgenossenschaftliches (BG) Universitätsklinikum Bergmannsheil (Bochum)*** egészségügyi robotikai szimpóziumán több mint száz szakértő, kutató, ipari fejlesztő és beteg vett részt. A bochumi egyetemen nemzetközi háttérű sebészeti rehabilitációs munkaközösség működik. 2012-ben elkezdte működését a mozgástréning robotikai centruma (***Zentrum für Neurorobotales Bewegungstraining***). A célkitűzés, hogy azokat a betegeket, akiknek teljesen átszakadt a gerincvelőjük, de még rendelkeznek maradvány ingerekkel, „kiszedjék” a kerekesszékből. Robotok segítségével felerősítik az ingereket, kiváltják és támogatják a mozgást.

A Prof. ***Yoshiyuki Sankai (University of Tsukuba)*** által kidolgozott ***HAL (Hybrid Assistive Limb) rendszer*** lényege, hogy a szenzorok átveszik az idegek minimális elektromos szignáljait, a vezérlő segítségével interpretálják azokat és az ízületekhez továbbított üzenettel megadják a szükséges támogatást a mozgás kivitelezésének gondolatához. Így nem teljesen bénult betegek autonóm mozgásképességre trenírozhatók.

A HAL-rendszert most a *Klinikum Bergmannsheil*-nél is alkalmazzák. Ötven beteggel vizsgálatot végeztek, amelynek keretében háromhónapos, heti öt terápiás egységet tartalmazó tréning után elérték a kerekesszékekkel való segítség nélküli mozgást, öt hónapos terápiát követően pedig a hónalj támasztásával való mozgást. Két betegnél pedig a fájdalomterápiát is sikerült befejezni, miáltal normalizálódtak a májértékek.

Bochumban már 100 beteget kezeltek HAL-rendszerrel. Az orvosok azonban sérelmezik, hogy jelenleg csak a kórház betegeit és privát betegeket kezelhetnek a robotöltőzettel és már várólisták is kialakultak.

[Lásd még: *A láthatatlan ápoló, avagy az intelligens lakás – Ambient Assisted Living*, 2013. 9. sz.; *Volker Hielscher: Technika alkalmazása és munkavégzés az idősápolás területén*, 2014. 42. sz.; *Telemedicina az idősápolás területén. Medica Düsseldorf 2014.*, 2014. 42. sz. *Önálló életvitel idős korban – asszisztált életvitel; Ambient Assisted Living konferencia, szakkiállítás és vásár Frankfurtban*, 2015. 12. sz.; *Digitalizálás az idősápolásban*, 2015. 25. sz.; *Ápolás 4.0 – Intelligens technika alkalmazása a szakápolásban*, 2016. 13. sz.; *Technika alkalmazása az időszerűk ápolása területén. Internet-használat az időszerűk körében*, 2016. 26. sz.]

## *CeBit 2017 (Hannover, 2017. március 20-24.)*

**Kulcsszavak:** egészségügyi informatika, robotika, mesterséges intelligencia, ápolás, nemzetközi

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

A *CeBit* informatikai szakkiállítás és vásár idei partnerországja Japán volt, amely "*Society 5.0 – egy más perspektíva*" mottóval már kidolgozta az intelligens társadalomhoz vezető út, a virtuális és valós világ integrációjának stratégiáját. A "*Society 5.0*" kormányprogram megoldásokat fogalmaz meg a legnagyobb kihívások, a társadalom elöregedése, a környezetszennyezés, a természeti katasztrófák vonatkozásában. A *Keidanren japán iparszövetség* dokumentuma szerint ehhez „öt falat kell áttörni”: a közigazgatás, a jogrendszer, a digitalizálással kapcsolatos tudatlanság, a szakképzett munkaerő hiánya és a lakosság részéről való elfogadottság.

- **Wearable AI Competence Center:** Fejlesztések a testen hordozható elektronikus eszközök területén: fitness-öltözékbe beépített szenzorok és digitális kellékek, mint fitness-szalagok és sálak, tracking-öltözetek, lépésszámlálók kirándulók részére, vércukormérők.

- **grippeNET App:** A *grippeNET App* segítségével a felhasználók információkat szerezhetnek a fertőző betegségek lefolyásáról. Az alkalmazás kifejlesztésére a "*CIMPLEX – Bringing Citizens, Models and Data together in Participatory, Interactive Social Exploratories*" EU-projekt keretében került sor.

- **A.L.I.N.A.:** Az „intelligens cselekvés támogatása az interdiszciplináris sürgősségi felvételi osztályon” projekt célja az ápolók és a mentőszemélyzet szükségleteknek megfelelő támogatása az interdiszciplináris sürgősségi felvételi osztályon.

- **MACSS – Medical Allround-Care Service Solutions:** A MACSS egy újszerű betegközpontú *Smart Health Service Platform*, amely a vesetranszplantált betegek útgondozásának példáján mutatja be, hogy az integrált szolgáltatási platform segítségével miként lehet garantálni a betegek biztonságát.

- **KDI – Klinikai adatok intelligenciája:** A KDI projekt célja a komplex betegadatok értékelésének automatizálása és egyszerűsítése. Az orvos tableten követi a betegség lefolyását. A *Deep-Learning* eredményein alapuló döntéstámogatás aztán a beteg képalkotó leleteivel együtt leképeződik a *Virtual-Reality Oculus Rift*-ben és támogatja a telemedicina alkalmazásokat.

*A kiállítás díszvendége a robotikai fejlesztések supersztárja, Prof. Hiroshi Ishiguro, (Intelligent Robotics Laboratory, Department of Adaptive Machine Systems, University of Osaka)* volt, aki bemutatta saját robot-ikerpárját. Ishiguro "*geminoid*"-technológiája nemcsak saját robotikai képmások, hanem „embertársak” megalkotására alkalmas, amelyek nem mechanikus szuperemberek és nem is játékszerek, hanem szociális robotok, akik barátokká és akár annál és többé válhatnak.

***Jelentés az időskorúak életminőségéről és egészségi állapotáról –  
Generali Altersstudie 2017***

Kiad.: Generali Deutschland  
Institut für Demoskopie Allensbach  
Pressemitteilung, 01. 03. 2017

**Kulcsszavak:** időskorúak, időskorúak egészsége, életminőség, Németország

**Forrás Internet-helye:** <http://www.springer.com/de/book/9783662503942> ;  
<http://www.presseportal.de/pm/108395/3573563> ;  
<https://www.generali.de/ueber-generali/presse-medien/pressemitteilungen/generali-altersstudie-2017---generation-der-65-bis-85-jaehrigen-mehrheitlich-zufrieden--aktiv-und-engagiert-13858>

Az *Institut für Demoskopie Allensbach* a *Generali Deutschland AG* megbízásából második alkalommal készítette el az időskorúak életminőségéről és egészségi állapotáról szóló tanulmányt (az elsőt 2013-ban). A felmérésben 4.133 hatvanöt és nyolcvanöt év közötti személy vett részt. A 65 és 85 év közöttiek többsége elégedett saját életével. A generáció anyagi helyzete az utóbbi négy évben tovább javult, egészségi állapota stabilan kedvező.

***Elégedettség, változatosság, mobilitás***

A 65-85 évesek közül sokan – átlagosan 7,5 évvel – fiatalabbnak érzik magukat. Ez az érzés a 80-85 év közöttiek körében kihangsúlyozottabb. Ebben a korcsoportban minden második megkérdezett (49%) fiatalabbnak érzi magát tényleges életkoránál. A generációra általában egy pozitív életérzés jellemző. Egy nullától ("egyáltalán nem elégedett") tízig ("teljesen elégedett") terjedő skálán a 65-85 év közöttiek körében az elégedettség átlagosan 7,2.

Az időskorúak többsége változatos, aktív életet él. A 65-85 év közöttiek 58%-a még mindig saját autójával közlekedik. Sőt, a 65-69 év közöttiek közül (69%) kétszer annyian, mint 1985-ben (30%). Az autóval közlekedők száma a 80-85 év közöttiek körében megtízszereződött. Ebben a korcsoportban 38% saját autójával közlekedik.

***Az időskorúak jövedelmi helyzete***

A 65-85 év közöttiek 10%-a nagyon jónak, 52%-a jónak, 31%-a átlagosnak, 6%-a inkább rossznak vagy rossznak ítéli meg pénzügyi helyzetét.

A 65-85 év közöttiek háztartási nettójövedelme havi 2.410 EUR, 200 EUR-ral, 10%-kal több mint 2013-ban. Személyes, szabadon rendelkezésre álló forrásaik négy év alatt 20%-kal, havi 522 EUR-ról 628 EUR-ra növekedtek. A szabadon rendelkezésre álló jövedelem az alsó jövedelmi csoportnál átlagosan havi 351 EUR, a magasabb jövedelemmel rendelkezőknél 1.027 EUR.



### ***Az időskorúak egészségi állapota***

A 65-85 év közöttiek 40%-a végtelenül pozitívan ítéli meg saját egészségi állapotát. Ez a felső osztályokhoz tartozók 52%-ánál, az alsó osztályokhoz tartozók 28%-ánál van így. A 65-85 év közöttiek 11%-a, a 80 év fölöttiek 21%-a ismeri saját tapasztalataiból azt a helyzetet, amikor valaki mások segítségére szorul. A 65-85 év közöttiek 20%-a azzal a helyzettel szembesül, hogy partnerének kell gondoskodnia róla.

### ***A műszaki vívmányok és digitális médiák használata az időskorúak körében***

A 65-85 év közöttiek körében minden második személy használja az Internetet, a 65-74 év közöttiek kétharmada, a 75-85 év közöttiek egyharmada, az alsó osztályokhoz tartozók 23%-a, a felső osztályokhoz tartozók 81%-a.

Összességében a 65-85 év közöttiek 34%-a, a felső osztályokhoz tartozók 52%-a válaszolja, hogy érdeklődik az új technikák iránt és szívesen kipróbálja az új dolgokat. Ezzel szemben a megkérdezettek 39%-a, az alsó osztályokhoz tartozók 51%-a frusztrálnak, érzi magát az új technikák miatt.

### ***A szociális kontaktusok jelentősége***

A 65-85 év közöttiek háromnegyede jelentőseget tulajdonít a másokkal való együttlétnek. 73%-uknak vannak gyermekei és unokái, 25%-uk naponta vagy majdnem naponta, 29%-uk hetente legalább egyszer találkozik gyermekeivel. Kétharmaduk társas kapcsolatban él. 69%-uk stabil baráti vagy ismerősi körrel rendelkezik, amellyel rendszeresen találkozik. Az időskorúak 41%-a úgy ítéli meg, hogy széles baráti körrel rendelkezik. Háromnegyedük abban a tudatban él, hogy nehéz helyzetben számíthat gyermekeire, kétharmaduk partnere, 53% barátai, 39% szomszédjai segítségére számíthat. Azt, hogy nehéz helyzetben senkire sem számíthat, száz 65-85 év közötti személy közül mindössze egy válaszolta.

***A szociális szerepvállalás jelentősége:*** A 65-85 év közöttiek 42%-a önkéntesként működik.

**„Generali Altersstudie 2017 - Wie ältere Menschen in Deutschland denken und leben”, Springer Verlag GmbH, ISBN 978-3-662-50394-2, 19,99 Euro**

**Kontakt: Stefan Göbel**

Leiter Externe Kommunikation

T +49 (0) 89 5121-6100

**Christian Krause**

Externe Kommunikation

T + 49 (0) 89 5121-2283

[presse.de@generali.com](mailto:presse.de@generali.com)

## ***Időskorúak egészsége Kínában***

*Lancet* (2017; doi: 10.1016/S0140-6736(17)30548-2), Published: 09 March 2017

**Kulcsszavak:** időskorúak, időskorúak egészsége, Kína

### **Forrás Internet-helye:**

[http://thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)30548-2/fulltext](http://thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)30548-2/fulltext)

***Yi Zeng és mt.*** (*Center for the Study of Aging and Human Development, Medical School of Duke University, Durham, NC, USA; Center for Healthy Aging and Development Studies, National School of Development, Raissun Institute for Advanced Studies, Peking University, Beijing, China*) tanulmánya 20.000 súlyosan elaggott kínai személy részvételével készült.

Ha összehasonlítjuk egy 1998-ban száz éves és egy 2008-ban száz éves személy egészségi állapotát, abból kellene kiindulnunk, hogy a tíz évvel később születettek jobb egészségi állapotnak örvendenek. Ez azonban csak részben van így. A száz évesek körében a halálozási ráta 2008-ban 1,3%-kal csökkent. Ám a fizikai kihívások, például a székről való felállás, vagy a kognitív képességek tekintetében a később születettek helyzete rosszabbodott és az orvostudomány vívmányai sem segítettek rajtuk.

Világviszonylatban a 80 év fölöttiek korcsoportja gyarapodik a leggyorsabban. Korábbi tanulmányok szerint manapság az emberek nemcsak tovább, hanem egészségesebben is élnek, mint azelőtt. E tézis szószólói ennek okát az orvostudomány vívmányaiban és a szocioökonómiai előnyökben látják. A jelen tanulmány azonban ennek ellenkezőjét mutatja ki, amit a tudó teljesítményére és a kognitív képességekre vonatkozó hasonló svédországi és a demenciára vonatkozó japán tanulmányok is alátámasztanak.

Yi Zeng és munkatársai a legidősebb kínaiak csoportjait vizsgálták. A ***Chinese Longitudinal Healthy Longevity Study*** köréből kiválasztott csoportokat több alcsoportra tagolták: 80-89 évesekre (n = 7.288), 90-99 évesekre (n = 7234) és 100-105 évesekre (n = 5.006). A szerzők érdeklődése a halálózásra, a mindennapi tevékenységekre (*activities of daily living, ADL*), valamint a fizikai és kognitív képességekre összpontosult.

### **A 80 és 105 év közöttiek összehasonlítása, 1998 versus 2008**

- Halálozás: 0,2 és 1,3% közötti csökkenés
- A mindennapi tevékenységekkel kapcsolatos nehézségek: évente 0,8 és 2,8% közötti csökkenés
- Kognitív képességek: évente 0,7 és 2,2% közötti növekedés
- Fizikai képességek: évente 0,4 és 3,8% közötti növekedés

Az, aki tíz évvel később született, mindhárom korcsoportban látványos túlélési előnnyel rendelkezett. A halálozási ráta a 80-89 évesek körében 1998-ban 10,3%, 2008-ban 9,6%, a 90-99 évesek körében 24,1, ill. 23,4%, a 100 év fölöttiek körében 40,7, ill. 38,0% volt.

**Könyvajánló**  
**Raimund Schmid:**  
**„Sajnálom, de öreg vagy és beteg leszel” –**  
**„Wehe, du bist alt und wirst krank”**

**Kulcsszavak:** egészségpolitika, időskorúak egészsége, ápolás, házi orvosok, Németország

**Forrás Internet-helye:**

[https://www.beltz.de/sachbuch\\_ratgeber/buecher/produkt\\_produktdetails/32969-wehe\\_du\\_bist\\_alt\\_und\\_wirst\\_krank.html](https://www.beltz.de/sachbuch_ratgeber/buecher/produkt_produktdetails/32969-wehe_du_bist_alt_und_wirst_krank.html) ;

<https://www.lovelybooks.de/autor/Raimund-Schmid/Wehe-du-bist-alt-und-wirst-krank-1356990534-w/> ;

[http://www.aerztezeitung.de/politik\\_gesellschaft/berufspolitik/article/930687/alterndes-deutschland-hausaerzte-schluessselrolle.html?cm\\_mmc=Newsletter-Newsletter-C-20170228-Berufspolitik](http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/berufspolitik/article/930687/alterndes-deutschland-hausaerzte-schluessselrolle.html?cm_mmc=Newsletter-Newsletter-C-20170228-Berufspolitik) ;

**Raimund Schmid aschaffenburgi szakpublicista** házi orvosokkal, ápolókkal, körzeti nővérekkel folytatott beszélgetések és személyes tapasztalatok alapján írta meg könyvét. Betegei részére a házi orvos egyben belgyógyász, fájdalomterapeuta, szociális munkás és lelki gondozó. Egyedül a házi orvos döntheti el, hogy valaki egészségi okokból nem maradhat többé otthonában, egyedül ő írhat rendelvényeket és intézkedhet támogatásokról. A szerző szerint az elöregedő társadalomban a házi orvosok helyzetét sürgősen konszolidálni kell. A házi orvosi központú ellátás nem utolsósorban megtakarításokat eredményez. Ezért javasolja, hogy azon biztosítottak részére, akik alapvetően előbb házi orvosukhoz fordulnak, biztosítsanak kedvezményes tarifákat. Ők ugyanis ily módon hozzájárulnak a szakorvosokhoz irányuló koordinálatlan betegmozgások csökkentéséhez.

Könyve végén 20 pontban sorolja fel a politika 2020-ig elvégzendő teendőit. 2020 nem véletlenszerű határidő. Idén ősszel szövetségi választások lesznek, a következő törvényhozási ciklusban pedig az idősek szükségleteit figyelembe vevő ellátás sarkalatos kérdéseinek rendezését addig legalábbis célegyenesbe kellene állítani. Schmid diagnózisa:

- **Az időskorúak** részére ugyan igen sok gyógyszert írnak fel, de senki nem jár utána, hogy ezeket a betegek előírászerűen beszedik-e.
- **Az ápolás** rendszerint rohamtempóban történik és időbeli feltételekhez és pénzügyi kényszerekhez igazodik.
- **Otthoni gondoskodás hiányában** gyakran kerül sor elkerülhető kórházi kezelésre.
- **A kórházak többségében** a sürgősségi osztályok olyannyira túlterheltek, hogy a betegek speciális szükségleteivel nem is tudnak foglalkozni, a geriátriai osztályok pedig túl kicsik, ezért sok beteget túl korán el kell bocsátani.

A Schmid által vázolt kihívások: 2000-ben a 80 év fölöttiek száma 3,1 millió volt (az összlakosság négy százaléka), ez azonban 2020-ig megduplázódik. 2060-ig a 100 év fölöttiek száma meghaladja a 9-11 milliót. Az egészségügy pedig nem készült fel az elaggott személyek gondozására. A 65 év fölötti német lakosság várható további életkora 20 év, amiből 6,5 jó egészségben töltött évre lehet számítani (Svédországban: 13,5; Norvégiában: 15). Az ápolási kapacitások már most sok helyütt szűkösek, az előrejelzések szerint azonban az ápolásra szoruló személyek száma évente 45.000-rel növekedik.

*Raimund Schmid: Wehe, du bist alt und wirst krank. Beltz, Weinheim 2017. 264 Seiten. 19,95 Euro. ISBN 978-3-407-86436-9.*



## ***Healthcare-Barometer 2017***

PriceWaterhouseCoopers, 2017. 02. 22. (29 slide)

**Kulcsszavak:** egészségügy, gyógyszeripar, közvélemény, Németország

**Forrás Internet-helye:** <http://www.pwc.de/HC-Barometer2017> ;  
<http://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/wie-versicherte-die-gesundheitsversorgung-in-deutschland-beurteilen.html> ;  
<http://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/assets/hc-barometer-april-2016.pdf>

A **PriceWaterhouseCoopers (PwC)** könyvvizsgáló és tanácsadó cég ezer német polgárt kérdezett az egészségügy gazdasági vonatkozásairól.

A gyógyszeripar továbbra is rossz hírnévvel rendelkezik. A megkérdezettek háromnegyede (73%) szerint az ágazat elsősorban saját nyereségét helyezi előtérbe és a szociális kasszák terhére gazdálkodik. Csak 19% gondolja, hogy a gyógyszercégek innovatív termékeikkel hozzájárulnak a gyógyítás sikeréhez. Tíz közül hét megkérdezett (68%) ezért azt szeretné, ha a gyártók inkább az innovációra, mint a kedvezőbb árú utánzatok fejlesztésére összpontosítanának.

A német egészségügy megítélése összességében pozitív. Öt megkérdezett közül négyen (79%) állítják, hogy mindig jó egészségügyi ellátásban részesülnek. Csak 40% rendelkezik privát kiegészítő biztosítással. 85% elégedett a betegbiztosítás szolgáltatásaival. Kétharmad (64%) világviszonylatban az első három közé sorolja a német egészségügyet. Ez öt százalékponttal több, mint előző évben.

A megkérdezettek szerint a legkardinálisabb kritikus kérdés, hogy az orvosok nem tudnak elég időt fordítani betegeikre. Mindössze egy százalékuk vett már igénybe külföldi ellátást, többségük fogorvoshoz fordult.

### **Kontakt:**

**Michael Burkhart** PwC, Leiter des Bereichs Gesundheitswesen und Pharma  
Friedrich-Ebert-Anlage 37  
60327 Frankfurt  
Telefon: +49 69 9585-1977  
E-Mail: [michael.burkhart@de.pwc.com](mailto:michael.burkhart@de.pwc.com)

## *A kórházi szolgáltatások „visszaszervezése” Burgenlandban*

Burgenland. ORF.at, 09. 02. 2017

**Kulcsszavak:** szolgáltatások kiszervezése, outsourcing, Ausztria, Burgenland

**Forrás Internet-helye:** <http://burgenland.orf.at/news/stories/2824759/>

A kórházak rendszerint egyes szolgáltatások kiszervezésével próbálnak takarékoskodni. A burgenlandi kórházi holding (***Burgenländische Krankenanstalten-Gesellschaft m. b. H. KRAGES*** - <http://www.krages.at/> ) ezeket most visszaszervezi és így évente mintegy egymillió EUR-t takarít meg. Ezenkívül még 85 új munkahelyet is létrehoz.

A szolgáltatások visszaszervezésének stratégiája egyelőre öt területet érint: a sterilizációt, a konyhát, a takarítást, a szállítást és a technikát. Ebből az akció első évében 1,7 millió EUR megtakarítás származott és a jövőben évente további egymillió EUR megtakarítással számolnak.

**Norbert Darabos (SPÖ) tartományi egészségügyi, szociális, munkaügyi és menekültügyi miniszter („tartományi tanácsos” – „Landesrat”)** szerint a KRAGES-nél felül kell vizsgálni az osztályvezető főorvosok funkcióhalmazát. Az eddigiekkel szemben, amikor egy osztályvezető főorvos akár két-három kórház osztályai fölött regnált, célszerűbb lenne az egyes kórházak között elkülöníteni a hatásköröket.

**Rene Schnedl, a KRAGES igazgatója** szerint megfontolandó, hogy a stroke-os betegeket a felsőöri és kismartoni kórházban végzett akut orvosi ellátásukat követően a felsőpulyai kórházba helyezték át, ahol egy kiemelt neurológiai rehabilitációs osztály létesítésére kerülne sor. Ez azt jelentené, hogy a betegek a kórházból direkt rehabilitációs intézetbe kerülnének.

Mind Darabos, mind Schnedl igen büszke arra, hogy a burgenlandi kórházakban jelenleg minden ápoló havonta 250 EUR-ral többet keres. A KRAGES több mint 2.500 munkatársa számára újabban 63 továbbképzési rendezvényt biztosítanak, amelyek közül harmincat a közelmúltban indítottak. Schnedl cáfolta a távozásáról terjedő híreszteléseket és megerősítette, hogy legalább 2019. június 30-ig a helyén marad.

*A világtalanság és a gyengénlátás költségei Németországban –  
Blindheit und Sehbehinderung*

GBE-Themenheft (megj. 2017. március 10.), (36 p.)

Robert Koch-Institut

**Kulcsszavak:** világtalanság, gyengénlátás, fogyatékkal élők, költségek, Németország

**Forrás Internet-helye:**

[http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichte\\_rstattung/Themenhefte/themenhefte\\_node.html](http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichte_rstattung/Themenhefte/themenhefte_node.html) ;

[http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichte\\_rstattung/GBEDownloadsT/blindheit.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichte_rstattung/GBEDownloadsT/blindheit.pdf?__blob=publicationFile)

**8. Költségek (22-23.p.)**

**8. 1. A betegségekre fordított költségek statisztikájának adatai**

A Szövetségi Statisztikai Hivatal egyik ágazati statisztikája a „*betegségekre fordított költségek statisztikája*” (*Krankheitskostenrechnung – KKR*), amelynek alapján értékelhető az egyes betegcsoportokra fordított költségek gazdasági jelentősége. Ez a betegségekre fordított direkt költségekre vonatkozóan szolgáltat adatokat, amelyek egyebek között az orvosi kezelésekre, prevenciók, rehabilitációk, ápolási eljárásokra vonatkozó kiadásokat tartalmazzák, kiterjednek továbbá a szolgáltatók, valamint állami és privát intézmények igazgatási költségeire is. Ám összességében figyelembeveendő, hogy az, ami a költségviselők nézőpontjából kiadásként jelenik meg, a népgazdaság perspektívájából gazdasági, növekedési és foglalkoztatási tényezőnek tekintendő.

A szem és annak környezete (szemhéz, szempilla) megbetegedéseire (ICD-10: H00–H59) fordított költségek 2008-ban 6,8 milliárd EUR-t tettek ki, a betegségekre fordított összköltségek szűk három százalékát. Ebből 359 millió EUR a „világtalanság és gyengénlátás” diagnózisra (ICD-10: H54) jutott, ebből 178 millió EUR ambuláns, 125 millió EUR fekvőbeteg/részben fekvőbeteg ellátó intézmények keretében. Az ambuláns intézmények költségeinek 35,4%-a ambuláns ápolásra, 29,8%-a egészségügyi kézműiparra és egyedi kezelésekre, 25,8%-a orvosi praxisokra jutott. A fekvőbeteg és részben fekvőbeteg ellátás költségeinek 99,2%-a fekvőbeteg ellátást nyújtó intézményekre jutott.

## **8. 2. Világtalansági pénzbeli pótlék és világtalansági segély**

A tartományok világtalansági pénzbeli pótlékre fordított kiadásait nem összesítik szisztematikusan és azokat nem hozzák nyilvánosságra.

A Szövetségi Statisztikai Hivatal rendszeresen nyilvánosságra hozza a világtalansági segélyre fordított kiadásokat. A világtalansági segélyre fordított bruttó kiadások 2015-ben 31.432.576 EUR-t tettek ki.

## **8. 3. Munkaképtelenség és nyugdíjazás**

A Szövetségi Egészségügyi Minisztérium 2012-ben „a kötelező betegbiztosítás betegségi statisztikája” „világtalanság és gyengénlátás” diagnózisa (ICD-10: H54) miatt 100.000 tagra kivetítve (nyugdíjasok nélkül) nőknél 17,5, férfiaknál 20,5 munkaképtelenségi esetet mutatott ki. A munkaképtelenség átlagos időtartama nőknél 9,8 nap, férfiaknál 11,8 nap volt.

A nyugdíjstatisztika 2014-ben 240 nő és 343 férfi esetén regisztrált „látászavarokkal és világtalansággal” (ICD-10: H53–54) összefüggésben csökkent keresőképesség miatti nyugdíjazást. A nyugdíjazás időpontjában az átlagos életkor nőknél 51,0 év, férfiaknál 51,7 év volt.

*[Lásd még: Nemzetközi felmérés a világtalanságra fordított költségekről, 2010. 30. sz., Felmérés a világtalanságra fordított költségekről Németországban, 2013. 49. sz.]*



## **ELŐJEGYZÉSI LISTA:**

### **Emberi erőforrás, ápolás**

- *Nurse to Patient Ratios* – Minimális személyzeti követelmények a kórházi ápolás területén (5-6. rész): Belgium, Németország, Wales, Egyesült Államok és Ausztrália egészségügyi rendszerének rövid ismertetése

### **Kórházügy**

- Jelentés a német kórházak helyzetéről 2017-ben – *Krankenhaus-Report 2017* (3. rész): Az ambuláns sürgősségi ellátás helyzete a sürgősségi ambulanciákon és a szerződött orvosoknál Németországban 2009 és 2014 között

### **Egészséggazdaság**

- Az egészséggazdaság helyzete Németországban 2017-ben (1-3. rész)

### **Európa**

- Európai áttekintés az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés akadályairól (PKV WIP) (1-3. rész)
- Az egészségügy monitorizálása és az egészségügyi indikátorok Európában (RKI)

Mi várható 2017-ben?

A külföldi orvosok Brexit-je

### **Svájc**

- Halálokok Svájcban 2014-ben
- Autonómia és kapcsolat. Konferenciakötet
- A gyógyító és prevenciós szolgáltatások költségeinek alakulása 2002 és 2012 között (*Soziale Sicherheit 2015. 6. sz.*)
- Az új kórházfinanszírozás hatása a kórházi ellátások minőségére. Aktualizálás 2013 (*Obsan Bulletin*)

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

### **Szociálpolitika:**

- Jelentés az időskori biztosítás helyzetéről Németországban 2015-ben
- Kutatási jelentés: az időskori gondoskodás elterjedtsége Németországban 2015-ben
- A nyugdíjkiadások alakulása Németországban
- Munkanélküliség és előrehozott nyugdíjazás az időskorúak körében Európában (*ZSR-Kompakt*)
- A csökkent keresőképesség miatti előrehozott nyugdíjazás biográfiai előzményei (*ZSR-Kompakt*)
- Jövedelmi egyenlőtlenségek és csúcsjövedelmek (*IMK Report*)

### **Rövidhírek (aleatorikusan):**

Praxishírek (*Arzt & Wirtschaft*)

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

Népegészségügyi rövidhírek (*Robert-Koch-Institut*)