

Egészséggazdasági, egészségpolitikai és szociálpolitikai nemzetközi sajtószemle

2017. 14. sz.

Globális egészségügy

- Az Egészségügyi Világszervezet jelentése az elhanyagolt trópusi betegségek leküzdéséről
- Az Apple új fejlesztésen dolgozik a diabétesz megfigyelése területén

Egészségügyi rendszer, ápolás, ápolóképzés

- *Nurse-to-Patient Ratios*. Nemzetközi áttekintés a minimális személyzeti követelményekről a kórházi ápolás területén (7. rész): Az Egyesült Államok egészségügyi rendszere

Ápolás

- Jelentés az ápolás helyzetéről – *Pflege-Report 2017* (2. rész): Kihívó viselkedés kezelése a demenciában szenvedők körében az ápolás nézőpontjából

Halálokok statisztikája

- Halálokok statisztikája Svájcban 2014-ben

Gyógyszertári piac

- Gyógyszerkereskedelmi liberalizáció Svájcban. Rövidesen 600 OTC-készítmény gyógyszertáron kívül is árusíthatóvá válik
- Védőoltások a gyógyszertárban

Eutanázia

- Hollandiában 2016-ban 10%-kal növekedett az aktív eutanázia alkalmazásának aránya
- Az eutanázia során gyakran elmulasztják a szervadományozás lehetőségét

Praxishírek

- A Szociális Bíróság ítélete: a betegeknek minden évben joguk van eredeti hajból készített új paróka támogatására
- Gyógyszerészek az angol orvosi praxisokban

Melléklet

- Jelentés a német kórházak helyzetéről 2017-ben – *Krankenhaus-Report 2017* (egységes szerkezetben)

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

***Az Egészségügyi Világszervezet jelentése
az elhanyagolt trópusi betegségek leküzdéséről
Integrating Neglected Tropical Diseases
into Global Health and Development.
Fourth WHO Report on Neglected Tropical Diseases***
Egészségügyi Világszervezet, 2017. április 19.

Kulcsszavak: globális egészségügy, trópusi betegségek, Egészségügyi Világszervezet

Forrás Internet-helye:

<http://www.who.int/en/> ,

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/ntd-report/en/> ;

Executive Summary (6 p.):

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255013/1/WHO-HTM-NTD-2017.02-eng.pdf?ua=1> ;

Full report (279 p.):

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255011/1/9789241565448-eng.pdf?ua=1>

A jelentés szerint az Egészségügyi Világszervezetnek jelentős előrelépést sikerült elérnie 18 ún. elhanyagolt trópusi betegség leküzdése területén.

A gyógyszerkutató cégek, a civil- és segélyszervezetek, kormányok és a Világbank 2012. január 30-án koalíciót hoztak létre az elhanyagolt trópusi betegségek leküzdésére (***Uniting to Combat Neglected Tropical Diseases Coalition***) és a Londoni Deklarációban tíz elhanyagolt trópusi betegség 2020-ig való kiirtását tűzték célul. Ezek közé tartoznak többek között: a dengue-láz, az álomkór, a parazitás guineaféreg, a Chagas-kór, a vizszerális leishmaniázis, a lepra, a bilharziózis, a trachóma, az onkocerkózis, a limfatikus filariázis, valamint az elefantiázis. Ezekkel szemben már hatékony terápiák állnak rendelkezésre, az érintettek többsége számára azonban nem elérhetők.

Margaret Chan, az Egészségügyi Világszervezet főigazgatója szerint évente egymilliárd ember számára biztosítható a trópusi betegségek elleni prevenciós kezelés. Az érintettek száma az elmúlt öt év alatt kétmilliárdról 20%-kal, 1,6 milliárdra csökkent és a szervezet becslései szerint néhány betegség, mint az álomkór és a guineaféreg, a közeljövőben teljesen kiirthatóvá válik.

A jelenlegi trend folytatása esetén az álomkór 2020-ig kiirthatóvá válik: az esetek száma világviszonylatban 2015-ben 3.000, 2009-ben 10.000, 1998-ban pedig még 40.000 volt. Az álomkórban való megbetegedés kockázata 2000 és 2004 között még 6,3 millió, 2010 és 2014 között 1,2 millió embert érintett. A Bayer suramint, a Sanofi eflornithint, melarsoprolt és pnd pentamidint adományoz.

A pozitív fejlemények mellett azonban további erőfeszítésekre van szükség, többek között a Zika-vírus leküzdéséért.

Az Apple új fejlesztéseken dolgozik a diabétesz megfigyelése területén

American Chemical Society, 2017 April 04; CNBC 2017 April 13

Kulcsszavak: globális egészségügy, diabéteszkutatás, vércukorszint, biomedicina, eHealth

Forrás Internet-helye:

American Chemical Society Press Release. Bio-sensing contact lens could someday measure blood glucose, other bodily functions. American Chemical Society. 2017 April 04:

<https://www.acs.org/content/acs/en/pressroom/newsreleases/2017/april/bio-sensing-contact-lens-could-someday-measure-blood-glucose-other-bodily-functions.html> ;

Farr, C. Apple has a secret tea, working on the holy grail for treating diabetes. CNBC. 2017 April 13: <http://www.cnbc.com/2017/04/12/apple-working-on-glucose-sensors-diabetes-treatment.html>

Bizonyos források szerint az **Apple** titkos biomedicina fejlesztésen dolgozik, amelynek eredményeként lehetségessé válna a vércukorszint nem invazív és folyamatos megfigyelése. Az új termék a bőrre vetített fénysugárral mérné a glükózsztintet.

A CNBC szerint a még Steve Jobs által kötött projekt már legalább öt éve folyamatban van. Az Apple különböző klinikai vizsgálati központokban megvalósíthatósági tanulmányokat végeztetett és tanácsadókat foglalkoztat a hatósági eljárás kivitelezésére.

Az Apple nem az egyetlen cég, amely szenzorokat alkalmaz a glükózsztint megfigyelésére. Amerikai kutatók jelenleg bioszenzoros kontaktlencsén dolgoznak, amely a könnyekből szerzett információk alapján von le következtetéseket a megbetegedések, többek között a diabétesz megfigyelésére.

Gregory S. Herman kutatásvezető 2017 április elején az **American Chemical Society** konferenciáján ismertette a kutatást és bejelentette, hogy a több mint 2.500 bioszenzor az emberi test különböző funkcióinak mérésére alkalmas, a speciálisan a kontaktlencsébe integrált összetevő pedig egészségügyi információk smartphone-ra történő továbbítására képes.

2014-ben a **Google** bejelentette, hogy olyan kontaktlencsét tesztl, amely ugyancsak képes a glükózsztint könnyekben való mérésére.

Prof. Dr. Michael Simon – Sandra Mehmecke:
Nurse-to-Patient Ratios. Nemzetközi áttekintés a minimális személyzeti követelményekről a kórházi ápolás területén (7. rész):
Függelék: Az Egyesült Államok egészségügyi rendszere
Working Paper der Forschungsförderung
der Hans-Böckler-Stiftung, Nr. 27, Februar 2017. (156 p.)

Kulcsszavak: egészségügyi rendszer, ápolóképzés, Egyesült Államok

Forrás Internet-helye: http://www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_WP_027_2017.pdf

Függelék

Az Egyesült Államok egészségügyi rendszere (128-132. p.)

Az amerikai egészségügyi rendszer szervezete lényegében piacgazdasági jellegű, ám viszonylag jelentős mértékű állami finanszírozásban részesül, amely elsősorban a betegség esetére irányuló két alapbiztosítási ágazat (*Medicaid* és *Medicare*) adófinanszírozásából származik. Mivel szövetségi államról van szó, az egészségügy szabályozásának kompetenciája megoszlik a szövetség és az államok között. Az amerikai kongresszus, szenátus és kormány a két program keretfeltételeinek meghatározása tekintetében illetékes. Az államok illetékessége elsősorban a programok megvalósítására, az egészségügyi szolgáltatások biztosítására és az egészségügyi dolgozók regisztrációjára és kontrolljára terjed ki.

Az amerikai egészségügyi rendszer jellemzői:

– *Betegség esetére vonatkozó alapbiztosítás:* Az alapbiztosítás két állami programja a *Medicare* és a *Medicaid*.

A ***Medicare*** bevezetésére 1965-ben került sor. Célja a 65 év fölöttiek és bizonyos fogyatékoságokkal élő fiatalabbak biztosítása. 2015-ben az amerikai lakosság 20%-a rendelkezett biztosítással a *Medicare*-programban. Ez egy szövetségi szintű kötelező biztosítás, amely a fekvőbeteg kórházi ellátásokra terjed ki és amelynek finanszírozása a munkavállalók és munkaadók bérjárulékaiból és adókból történik. A *Medicare* csak részleges casco biztosítás, mellette még fennállhat a privát betegbiztosítás megkötésének szükségessége.

A ***Medicaid*** bevezetésére ugyancsak 1965-ben került sor. Ez a program alacsony jövedelmű személyek, családok és biztosítással nem rendelkező, szociális segélyekben részesülő személyek számára nyújt a *Medicare*-hez viszonyítva korlátozottabb szolgáltatási katalógust. 2015-ben az amerikai lakosság 25%-a rendelkezett jogosultsággal a *Medicaid*-program szolgáltatásainak igénybevételére. A szolgáltatások igénybevételének módja az egyes államok között különbözik.

– *Az alapbiztosítást meghaladó egészségbiztosítási védelem:* Az alapbiztosítást meghaladó biztosítást csak privát betegbiztosítók kínálnak. A lakosság mintegy

65%-a rendelkezik privát egészségbiztosítással, akiknek csaknem 60%-a a munkaadó közvetítésével rendelkezik (csoportos vagy egyéni) biztosítással.

– *Ambuláns orvosi ellátás:* Az ambuláns orvosi ellátás privát egyéni praxissal rendelkező szabadfoglalkozású orvosok, vagy privát közösségi praxisok közreműködésével történik. A biztosítók az ún. *Managed Care stratégiák* keretében részben orvosi ellátásokat is felkínálnak, amelyet az adott biztosító által alkalmazott saját orvosok biztosítanak.

– *Kórházi ellátás:* A kórházak fenntartói többnyire az államok és az önkormányzatok, valamint privát, nem nyereségorientált szervezetek. A biztosítással nem rendelkezők ambuláns ellátását elsősorban a kommunális kórházak teljesítik.

A kórházi ellátás jellemzői:

– *Fenntartók:* A kórházak fenntartói többnyire közhasznú (*Non-Government, Not-for-Profit*) és állami szervezetek. A privát profitorientált szervezetek (*Investor-Owned, For-Profit*) jelentősége másodlagos.

– *Engedélyezés:* Működésükhöz a kórházaknak állami engedélyezésre van szükségük, amelyre egy licenc-eljárás keretében kerül sor. Az illetékes minisztérium rendszeresen ellenőrzi a kórházakban a követelmények betartását.

– *Finanszírozás:* A kórházak finanszírozása azokkal a kormányzati programokkal függ össze, amelyekben az adott kórház részt vesz. A kórházak többsége a *Medicare-* és *Medicaid-*biztosítottak ellátásában vesz részt. E kórházak költségeinek csaknem felét az állami programok viselik. Ezenkívül a kórházak finanszírozásához a privát biztosítók és a betegek önrészei is hozzájárulnak. Egyes kórházak részt vesznek a „biztonságos egészségügyi hálózatban” („*Health care safety net*”) és mint „biztonságos kórházak” („*Safety-Net-Hospitals*”) csökkentett költségű vagy ingyenes ellátást nyújthatnak a rászorultak részére, amelynek finanszírozása többnyire adományokból történik.

– *Vidéki ellátás:* 2015-ben az Egyesült Államokban 5.627 kórház működött, ezek közül 1.855 vidéki területeken. A vidéki kórházak nagyrésze „*Critical Access Hospitals (CAHs)*” licenccel rendelkezik. A „*vidéki kórházak flexibilitás programját (Flex-program)*”, amelynek finanszírozására a *Medicare* keretében kerül sor, 1997-ben vezették be. Ez lehetővé teszi a kisebb vidéki kórházak számára a „*Critical Access Hospital (CAH)*” licenc megszerzését. Ezek a kórházak támogatásokban részesülnek. A CAH-intézmények maximum 25 aktív és swing-ágygal rendelkeznek.

Az amerikai egészségügyi rendszer megértéséhez az **Obama-Care** hatályba lépését [*N.B. majd annak hatályon kívül helyezését – a szerk. megj.*] követően is különleges jelentőséggel rendelkezik a biztosítással nem rendelkező és alulbiztosított polgárok ellátásának problematikája. Jóllehet az *Affordable Care Act* bevezetése óta fennáll a biztosítási kötelezettség, 2015-ben a lakosság több mint 9%-a még mindig nem rendelkezett biztosítással. A biztosítással nem

rendelkező vagy alulbiztosított polgárok azonban nem maradnak ki mindennemű betegellátásból. A törvény sürgősségi ellátásra kötelezi a kórházak többségét. Ennek előzménye az 1986-ban elfogadott *Emergency Medical Treatment and Labor Act (EMTALA)*, amely szerint a kórházaknak be kell fogadniuk a sürgősségi esetként hozzájuk irányított betegeket, még abban az esetben is, ha nem rendelkeznek biztosítással és nem tudják kifizetni a kezelést. A biztosítással nem rendelkező betegek ellátására való kötelezettség azonban csak sürgősségi esetekre vonatkozik.

Ápolóképzés az Egyesült Államokban:

Az ápolóképzés tekintetében az egyes államok gyakorlata eltérő. A képzés tartalmi rendjének kialakítása és az engedélyezés az adott állam hatáskörébe tartozik. Az egy-egy államban szerzett képesítés nem érvényes szükségképpen egy másik államban. Ha egy ápoló más államba költözik, új engedélyt kell kérnie a helyi *Board of Nursing*-től és le kell tennie a megfelelő vizsgákat. De van néhány fontos közös vonás is:

Az ápolói hivatás gyakorlásához az Egyesült Államokban „*Licensed Vocational Nurse*“ (LVN), ill. „*Licensed Practical Nurse*“ (LPN) licenc megszerzésére van szükség. Az LVN megnevezést Kaliforniában és Texasban, a többi államban az LPN megnevezést alkalmazzák. Az LVN-ek, ill. LPN-ek az ápolói team segítségére vannak az alapápolásban. Megfelelő kiegészítő képesítések megszerzésével azonban orvosi teendőket is átvehetnek, mint a vérvétel és az infúziók feltevése. Képzésük egy-három évig tart. Az LVN-ek és LPN-ek rendszerint *Registered Nurse (RN)* vagy orvos felügyeletével dolgoznak. Az LVN és LPN szakmai profiltól megkülönböztetendők a segédápolók, vagy ápoló asszisztensek (*Nurse's Aides* vagy *Nursing Assistants*).

A kórházi ápolás központi szereplői a regisztrált ápolók (*Registered Nurses – RNs*), akik a három alábbi képesítés valamelyikével rendelkeznek:

- legalább *Bachelor Degree* megszerzésével járó főiskolai képzés (átlagosan 4 év)

- *Associate of Science in Nursing* képesítés (rendszerint két hároméves időtartamú és *Community College*-ben szerzett betegápolói képzés) vagy

- valamely engedélyezett ápolóképzésben szerzett oklevél (3 év).

A RN-ek saját felelősségi területtel rendelkeznek az ápolótevékenységben, ápolási diagnózisokat állítanak fel, kezdeményező és ellenőrző szerepük van az ápolás folyamatában. Ezenkívül az egyes tagállamban szerzett licencüknek megfelelően engedéllyel rendelkeznek prevenciós szolgáltatások nyújtására (pl. oltások beadására), terápia alkalmazására (pl. hormonterápiák önálló elvégzésére és kontrolljára) és rehabilitációs szolgáltatásokra. Az RN-eknek az LVN-ekhez hasonlóan a hivatás gyakorlásához vizsgán szerzett engedélyre van szükségük, amelyet rendszeresen meg kell újítaniuk, amire többnyire egy *National Council Licensure Examination (NCLEX-RN)* keretében kerül sor.

Jelentés az ápolás helyzetéről 2016-ban – Pflege-Report 2017
(2. rész): ***12. fejezet: Antje Schwinger et al.: Kihívó viselkedés kezelése a demenciában szenvedők körében az ápolás nézőpontjából***

Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO)

Presseinformation des AOK-Bundesverbandes, 5. April 2017

Kulcsszavak: ápolás, demencia, kihívó viselkedés, pszichofarmakonok, Németország

Forrás Internet-helye (sajtómappa, sajtóközlemény, bevezetés, kivonatok, infografikák): http://www.wido.de/pflege-report_2017.html

A demenciában szenvedőknél gyakran jelentkeznek pszichés és viselkedési tünetek, amelyek „kihívó viselkedésként” is jellemezhetők. E tünetek kezelésére nem gyógyszeres eljárások és pszichofarmakonok is alkalmazhatók, ám ez utóbbiak enyhe és közepes esetek számára nem fogadhatók el első terápiás eljárásként. Az ápolók számára a demenciában szenvedők kihívó viselkedése a mindennapi tapasztalatok része. Az ápolószemélyzet körében a nem gyógyszeres és gyógyszeres eljárások alkalmazásáról szóló megkérdezésből kiderült, hogy a nem gyógyszeres eljárásokat széles körben alkalmazzák, ám a pszichofarmakonok alkalmazásának volumenét a magas felírási ráták ellenére inkább kritikátlanul ítélik meg.

A bentlakásos intézményekben az ápolásra szorulóknál több mint kétharmada szenved felismert demenciában. Az életkor előrehaladtával és az agyműködés leépülésével gyakoribbá válik az apátia, a depresszió, a szorongás, az agresszivitás, az „üvöltözés” és az „elbolyongás”, valamint a „kihívó viselkedés” (a demencia pszichés és viselkedési tünetei – *Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia – BPSD*).

A demencia pszichés és viselkedési tüneteihez gyakran asszociálják a pszichofarmakonok alkalmazását. A gyógyszeres terápiák alkalmazása azonban ezekben az esetekben minden, csak nem vitathatatlan. Egyes tünetek vonatkozásában, mint az elbolyongás (fokozott pszichomotorika) vagy a gátlástalan viselkedés, hiányzik a gyógyszeres eljárások alkalmazására vonatkozó bizonyíték. Meghatározott antipszichotikumok

agitáltság esetén való alkalmazása viszont indikált ugyan, de egyben a halálozás magasabb kockázatával és a kognitív képességek csökkenésével társul. Ezért a kezelés a legalacsonyabb dózisban és a lehető legrövidebb ideig, szigorú kontroll mellett ajánlott.

12. 6. Összefoglalás

A megkérdezett ápolási otthonokban a nem gyógyszeres eljárások alkalmazása tekintetében többnyire betartják a „bentlakásos idősápolási intézményekben demenciában szenvedő kihívó viselkedést tanúsító betegek kezelése során követendő eljárásról szóló keretajánlásokat”. A szakápolók saját bevallásuk szerint rendelkeznek a szükséges ismeretekkel. A megkérdezettek az ajánlott nem gyógyszeres beavatkozások hatékonyságát is pozitívan értékelik. Kivételt képez az *assessment*, amelyet a megkérdezettek fele használ, így alkalmazására a többi eljáráshoz viszonyítva ritkábban kerül sor.

Minden harmadik megkérdezett válaszolta, hogy időhiány miatt nem áll módjában nem gyógyszeres eljárásokat alkalmazni. Ám az ápolók többsége úgy érzi, hogy a vezetőség támogatja őket a nem gyógyszeres beavatkozások alkalmazásában; három ápoló közül kettő válaszolta, hogy az időhiány ellenére biztosítja a betegek számára a nem gyógyszeres eljárást.

A megkérdezett szakápolók szerint a pszichofarmakonok kihívó viselkedés esetén való alkalmazása megfelel a követelményeknek és nem történik kritikátlanul. A személyzet úgy érzi, hogy az orvosok támogatásában részesül a pszichofarmakonok alkalmazásának alacsony szinten tartásában. A szakápolók és orvosok közötti együttműködést jónak jellemzik.

A megkérdezésből az is kiderült, hogy a szakápolók hasonló arányokról számoltak be a pszichofarmakonok felírása tekintetében, mint amennyi a betegpénztárak elszámolási adataiból, valamint a bentlakásos és otthoni ápolásban részesülő, demenciában szenvedő és abban nem szenvedő betegek körében végzett elsődleges felmérésekből adódtak. Az is kitűnt, hogy a pszichofarmakonok kihívó viselkedés esetén való alkalmazása nem időszakos, hanem tartósabb volt (egy évnél tovább tartott), ami ugyancsak összevág a felírás időszakaival és az elszámolási adatokkal.

Halálokok statisztikája Svájcban 2014-ben

Bundesamt für Statistik (BFS)

BFS Aktuell, 14 Gesundheit

Neuchâtel, 21. Februar 2017 (4 p.)

Kulcsszavak: halálozás, halálokok, statisztika, Svájc

Forrás Internet-helye:

<https://www.bfs.admin.ch/news/de/2016-0642> ;

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/aktuell/neue-veroeffentlichungen.assetdetail.2022361.html>

2014-ben Svájcban 63.938 személy halálozott el. A születéskor várható élettartam férfiaknál 81,0 év, nőknél 85,2 év. A halálesetek többsége a 80-ik életév fölött következik be.

A csecsemőhalálozás rátája: 10.000 élveszülésre 39. A 2 és 14 éves gyermekek halálozási kockázata: 1/10.000.

Az elhalálozottak 1%-a 24 év alatti, 2%-a 25 és 44 év közötti, 11%-a 45 és 64 év közötti, 42%-a 65 és 84 év közötti, 43%-a 85 év fölötti.

Összességében a leggyakoribb halálokok a szív- és érrendszeri megbetegedések. Ez azonban csak a 80 év fölötti halálesetek összességére érvényes. A 48 és 80 év közötti férfiaknál és a 39 és 79 év közötti nőknél a leggyakoribb halálokok a rákos megbetegedések. A 16 és 43 év közötti férfiaknál és a 13 és 38 év közötti nőknél külső okok állnak első helyen, mint a balesetek és az öngyilkosság. Az újszülötteknél az esetek 86%-ánál a legfontosabb halálokok a veleszületett betegségek és szüléssel összefüggő problémák.

Multimorbiditás

A halálokok statisztikájában négy, kivételes esetekben öt halálokot rögzítenek. A halálesetek 11%-ánál egy, 23%-ánál két, 28%-ánál három, 34%-ánál négy halálokok áll fenn, 3%-ánál nem ismert.

A leggyakoribb halálokok a szív- és érrendszeri megbetegedések (21.000 haláleset). További 17.000 elhalálozott személynél, akiknél a fő halálokok valami más, ugyancsak megjelennek a szív- és érrendszeri megbetegedések, mint a halálhoz hozzájáruló okok. A fő diagnózisok tehát 55%-ot tesznek ki.

A rákos megbetegedések 17.000 esetben jelennek meg fő halállokként, ami az összes rákos eset 90%-a. Ezzel szemben a légzőszervek megbetegedései csak 25%-nál a legfontosabb halálokok. Ennek oka, hogy a súlyos betegség miatt legyengült betegek gyakran tüdőgyulladást kapnak, amibe

belehalnak. Az influenza is gyakran sújt valamilyen más alapbetegségben szenvedőket és ezért nem ez a fő halálok.

A halálesetek számának alakulása és prognózisa

Svájcban a halálesetek száma mintegy ötven éve évente 60.000, legutóbb 1987-ben nem érte el a 60.000-et, a következő húsz évben pedig 62.000 körül ingadozott. A súlyosan elaggott személyek körében a nők aránya magasabb, ezért 1995. óta a nők halálozása magasabb. A lakosság 2015-2045 közötti alakulásának szcenáriumára szerint a halálesetek száma az elkövetkező években és évtizedekben erőteljesen növekedni fog.

Az elveszített potenciális életévek alakulása

Az idő előtti halálozást az elveszített potenciális életévek számával mérik. 2014-ben ez a szám férfiaknál 104.000 év, nőknél 59.000 év volt.

Az elveszített potenciális életévek 100.000 lakosra jutó standardizált rátája még az 1969-ben mért érték egyharmadát teszi ki. Miközben a csökkenés a nők körében folyamatos, a férfiak körében az 1980-as évek második felében az AIDS-járvány miatt átmenetileg stagnált. Azóta ez a folyamat a férfiak körében valamivel gyorsabban alakul, mint a nők körében.

A halálokok indikátorai

A statisztikában felsorolt nyolc indikátor közül a legegyszerűbbek az összes haláleset abszolút száma és százalékos aránya. A nyers halálozási ráta megadja a halálesetek összes lakoshoz viszonyított számát, de nem veszi figyelembe a lakosság életkori szerkezetét. A standardizált ráták ezt figyelembe veszik és ezért alkalmasak a mortalitás bizonyos időpontok és régiók közötti összehasonlítására. Az elveszített potenciális életévek indikátora a korai halálesetekre vonatkozik.

Az elhalálozáskor való átlagos életkor tekintetében a legnagyobb diskrepancia a külső okok (balesetek, öngyilkosságok) és a demencia között mutatkozik. Egy demens férfi átlagosan 85-ik életévében hal meg, a balesetben vagy öngyilkosság miatt elhalálozottak átlagos életkora 22 év. Emiatt férfiaknál az elveszített potenciális életévek 0,3%-a jut demenciára, míg külső okokra 24,9%.

A nők körében a legnagyobb diskrepancia a demencia és a rákos megbetegedések között mutatkozik. A nők átlagosan 88-ik életévükben halnak meg demenciában, míg rákos megbetegedésekben 73 éves korukban. Az elveszített potenciális életévek 0,4%-a a demenciára, 46%-a a rákos megbetegedésekre jut. A balesetet szenvedő férfiak és nők életkora között jelentős különbség van, mivel nőknél időskorban a gyakori elesések sokat nyomnak a latban.

Gyógyszerkereskedelmi liberalizáció Svájcban.
Rövidesen 600 OTC-készítmény gyógyszertáron kívül is szabadon árusíthatóvá válik
DAZ.ONLINE, 19. 04. 2017, 12:30

Kulcsszavak: gyógyszer. gyógyszertárak, OTC-készítmények, Svájc

Forrás Internet-helye:

<https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2017/04/19/schweiz-entlaesst-600-medikamente-aus-der-apothekenpflicht/chapter:all>

Svájcban rövidesen az OTC-készítmények többsége gyógyszertáron kívül is szabadon árusíthatóvá válik. A gyógyászati eszközökről szóló törvény revízióját követően a svájci gyógyszerhatóság nyilvánosságra hozott egy tervet, mely szerint az OTC-készítmények 90%-a kikerül a gyógyszertári monopóliumból. Ugyanakkor azonban a gyógyszerészek bizonyos vényköteles készítményeket vény nélkül is kiadhatnak. A törvény egyébek között átírta a vényköteles gyógyszerek bónuszainak és a rabattok szabályait, felgyorsította a fitofarmakonok engedélyezését és intézkedett az antibiotikumok felírásának jobb dokumentációjáról. A törvény szerint egyszerűsíteni kell az öngyógyszerezést. A svájci gyógyszerhatóság tájékoztatta az érintett szakmai szervezeteket az eljárás részleteiről. Konkrétan arról van szó, hogy Svájcban megszűnik egy teljes hatóanyaglista: az ún. „C” lista 650 OTC-készítményt tartalmaz, amelyek nem vénykötelesek ugyan, de kiadásuk során a gyógyszerésznek részletes szakmai tanácsadást kell nyújtania. A C listához tartozik több fájdalomcsillapító, mint az ibuprofen, a hidrokortizon kenőcs, a doxylamin, a dihydrocodein csepp, a levonorgestrel („esemény utáni tabletta”), valamint több megfázás elleni gyógyszerkombináció, amelyek pl. ephedrint és codeint tartalmaznak.

A gyógyszerhatóság közleménye szerint a 650 gyógyszer 90%-a szabad utat kap a gyógyszertáron kívüli árusításra. Ez a 600 gyógyszer a szaktanácsadás feltételével drogériákban is árusítható lesz. A C listás gyógyszerek fennmaradó 10%-a „magasabb” besorolást kap és így vénykötelessé válik.

A gyógyszerészek számára az egyetlen jó hír, hogy a jövőben egyes gyógyszereket orvosi rendelvény nélkül is kiadhatnak. A törvényhozó szándéka a gyógyszerészek egészségügyi szakmai kompetenciáinak erősítése. A Szövetségi Egészségügyi Hivatal az elkövetkező hónapokban kidolgoz egy ún. „gyógyszerészeti-listát”, amely tartalmazza mindazon gyógyszereket, amelyek recept nélkül kiadhatók.

Az új szabályok csak 2018-ban és 2019-ben lépnek hatályba. Mindenesetre kész tény, hogy a svájci szupermarketeket működtető nagy konszernnek, mint a Migros, ugrásra készen állnak a gyógyszerpiac egy részének átvételére. A Migros éppen a közelmúltban tette közzé, hogy együttműködési megállapodást kötött a Zur Rose internetes gyógyszertárral. A Zur Rose egy berni szupermarketben tervezi első gyógyszertárának megnyitását.

Benjamin Rohrer, Chefredakteur DAZ.online (brohrer@daz.online)

Kulcsszavak: gyógyszerészek, gyógyszerertárak, védőoltás, Nagy-Britannia, Svájc

Forrás Internet-helye:

<http://www.pharmaceutical-journal.com/news-and-analysis/news-in-brief/big-rise-in-number-of-flu-vaccines-administered-by-community-pharmacists/20202580.article> ;
https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2017/04/15/apotheker-impfen-mehr-als-820-000-patienten-gegen-grippe?utm_campaign=kurzNach6&utm_source=20170418&utm_medium=newstetter&utm_keyword=article

Számos európai országban, többek között Nagy-Britanniában és Svájcban a gyógyszerészek jogosultak bizonyos fertőző betegségek elleni védőoltások beadására.

A ***Pharmaceutical Services Negotiating Committee (PSNC)*** első becslései szerint az angliai közgyógyszerertárakban 2016. szept. 1. és 2017. március 31. között csaknem 820.000 influenza elleni védőoltást adtak be (2015/2016-ban: 600.000).

Angliában a nemzeti influenza elleni védőoltási szolgálat (*Flu Vaccination Service*) a 2015/2016-os influenza járvány óta működik. 2016 szeptemberig 8.424 szerződött gyógyszerertár (72%) jelentkezett be a szolgálathoz a 2016/2017-es influenza-szezonban való részvételre. Az előző influenza-szezonban a gyógyszerertárak 61%-a vett részt.

A védőoltást csak gyógyszerész adhatja be és ennek a gyógyszerertár helyiségében kell megtörténnie, a beteg otthonában erre nincs lehetőség. A gyógyszerészek ápolási intézményekben az NHS engedélyével adhatnak be védőoltást. A gyógyszerertárnak bizonyos követelményeknek megfelelő elkülönített helyiségeket kell biztosítania az oltási tevékenység számára. A gyógyszerészeknek el kell végezniük az immunizációs alapképzést és kétfévente tréningeken kell részt venniük.

A gyógyszerészek védőoltás beadására rendelkeznek jogosultsággal Svájcban, Írországban és Portugáliában is. Svájcban bizonyos feltételek és engedélyezések mellett 2015-ben vezették be a védőoltások gyógyszerészek általi beadását. A szabályozások az egyes kantonokban különböznek, az eljárás rendszerint az influenza és a kullancs elleni védőoltásra korlátozódik. A gyógyszerészeknek Svájcban is meg kell szerezniük a megfelelő képzést. A szakképzésről szóló törvény módosítása óta a gyógyszerészek már tanulmányaik során elsajátítják az oltási ismereteket.

Dr. Helga Blasius (hb), Apothekerin, redaktion@daz.online

***Hollandiában 2016-ban 10%-kal növekedett
az aktív eutanázia alkalmazásának aránya***

PZ, 13. 04. 2017

Kulcsszavak: eutanázia, Hollandia

Forrás Internet-helye:

<http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=68822>

Az állami eutanázia bizottság jelentése szerint 2016-ban Hollandiában 6.000 esetben alkalmazták az aktív eutanáziát, ami az előző évhez viszonyítva 10%-os növekedést jelent. Az esetek többsége végső stádiumban levő rákos beteg volt. Az eutanázia alkalmazására többnyire a beteg otthonában, háziorvosa közreműködésével került sor.

A bizottság szerint a növekedés lehetséges magyarázata a fokozódó előregedés és az orvosok készsége betegeik kívánságának teljesítésére. Hollandiában az aktív eutanázia a halálesetek 4%-át teszi ki.

Hollandiában az aktív halálba segítés bizonyos körülmények között nem büntetendő. A betegnek teljesen kilátástalan helyzetben kell lennie és elviselhetetlen fájdalmakat kell elviselnie. Ezenkívül több alkalommal nyomatékosan ki kell fejeznie eutanázia iránti akaratát. Minden esetet be kell jelenteni, amit a hatóságok ellenőriznek. A jelentés szerint 2016-ban az orvosok tíz esetben nem tartották be az előírásokat.

Az aktív eutanáziáról jelenleg Hollandiában, Belgiumban, Luxemburgban és Kolumbiában létezik jogszabály. Kanadában a törvénytervezet a parlament előtt van. Svájcban és az Egyesült Államok egyes államaiban megengedett az öngyilkossághoz való segédkezés.

[Lásd még: Eutanázia Hollandiában és Belgiumban, 2015. 19. sz.; Az aktív eutanázia helyzete Hollandiában 2014-ben, 2015. 25. sz.; Hollandia az eutanázia időskorúak számára való bevezetését tervezi, 2016. 25. sz.]

Az eutanázia során gyakran elmulasztják a szervadományozás lehetőségét

Bollen, J et al. Potential Number of Organ Donors After Euthanasia in Belgium. JAMA. 2017 April 11, doi:10.1001/jama.2017.0729

Univadis, Apr 14, 2017

Kulcsszavak: szervadományozás, szervtranszplantáció, eutanázia, Belgium

Forrás Internet-helye:

<http://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2616383> ;

http://www.univadis.de/external/exit/?r=http%253A%252F%252Fjamanetwork.com%252Fjournals%252Fjama%252Ffullarticle%252F10.1001%252Fjama.2017.0729&display_iframe=1&exit_strategy=0&new_window=1

Miközben az eutanáziával összefüggésben alkalmazott szervadományozás általánosan vitatott kérdés és jelenleg csak Belgiumban és Hollandiában engedélyezett, egy új tanulmány szerint ez lehetőséget nyújtana a donorhiány enyhítésére.

A kutatók kiszámították a potenciális donorok számát és arra jutottak, hogy Belgiumban a magukat eutanáziának alávető 10 személy közül potenciálisan legalább egy felajánlhatná szerveit.

Ha figyelembe vesszük, hogy 2015-ben Belgiumban 2.023 alkalommal hajtottak végre eutanáziát, ez azt jelenti, hogy potenciálisan 684 szerv állt volna a belgiumi várólistán levő 1.288 személy részére.

Az eutanáziát követő szervadományozás megköveteli, hogy az eutanáziára kórházban, a szervadományozás elvégzésére pedig a szívhalál beálltát követően kerüljön sor. A szerzők szerint ennek érdekében gondosan meg kell vizsgálni, hogy a beteg arra is hajlandó-e, hogy kórházban haljon meg.

A szerzők következtetés szerint még ha a betegeknek egy csekély része is hozzájárulna az eutanáziát követő szervadományozáshoz, ez valamennyire hozzájárulna a várólisták csökkentéséhez. A szervadományozás elsődleges célja azonban ebben az esetben is ugyanaz, mint bármely más szervadományozás esetén.

***A Szociális Bíróság ítélete: a betegeknek minden évben
joguk van eredeti hajból készített új paróka támogatására***

Arzt & Wirtschaft Online, 17. April 2017 4:30

Kulcsszavak: praxishírek, paróka támogatása, Németország

Forrás Internet-helye:

https://www.arzt-wirtschaft.de/patientin-hat-jedes-jahr-anspruch-auf-neue-echthaarperuecke/?auwUsrGr=so&utm_campaign=FINANZEN-Newsletter-17_04_2017-2017-04-17+07%253A05%253A00&utm_source=AuW-Newsletter&utm_medium=email&utm_term=Vermischtes-Patientin+hat+jedes+Jahr+Anspruch+auf+neue+Echthaarper%25C3%25BCke&utm_content=SO ;
<https://www.arzt-wirtschaft.de>

A Német Ügyvédek Egyesületének Szociális Jogi Munkaközössége (Arbeitsgemeinschaft Sozialrecht des Deutschen Anwaltsvereins - (DAV) szerint a teljes hajhullásban szenvedő nők eredeti hajból készült paróka térítésére jogosultak. A bírósági ítélet most megerősítette, hogy fennáll a minden évben új parókára álló való jogosultság.

A ***Sozialgericht Koblenz*** (esetszám: S 9 KR 706 50/15, S 9 KR 920/16) ítélete egy teljes hajhullásban szenvedő nő beadványával kapcsolatban született. A megbiztosító kilátásba helyezte számára az eredeti hajból készült paróka költségátvállalását. A hölgy a következő években új parókát vett, a betegpénztár azonban ezekre már nem vállalta a költségeket. Az elutasítást azzal indokolta, hogy a parókának több évig kell tartania és az szükség esetén feljavítható.

A bíróság egy paróka költségeinek minden évben való átvállalására kötelezte a betegpénztárat. Indokoltnak látta, hogy a beteg minden évben új parókát vásároljon. Egy felújított paróka, amely még legfeljebb nyolctizenkét hónapig lenne használható, esetleg korlátozott használatra lehet alkalmas, például sportolás alkalmával az új paróka megkímélése érdekében. A tartós használat céljából felújított paróka nem jelenthet megoldást. És senkitől sem várható el, hogy parókája felújításának időtartama alatt fejkendővel leplezze kopaszságát.

Gyógyszerészek az angol orvosi praxisokban

NHS England, News, 12. April 2017

Kulcsszavak: gyógyszerészek, orvosi praxisok, Anglia

Forrás Internet-helye:

<https://www.england.nhs.uk/2017/04/up-to-six-million-people-set-to-benefit-from-more-clinical-pharmacists-in-gp-surgeries/>

A jövőben további 700 angol háziorvos foglalkoztat gyógyszerészt a praxisban. Ez hatmillió beteg hasznára válik.

A 2015-ben indított interdiszciplináris projekt keretében a praxisteam tagjaként működő gyógyszerészek tanácsadást nyújtanak az orvosok és betegek részére a gyógyszerelési kérdésekről. A gyógyszerészek munkája a krónikus betegek, többek között a magas vérnyomásban szenvedők problémáira összpontosul és támogatást nyújt a gyógyszerelés módjára vonatkozóan.

A gyógyszerészek kontrollálják és optimalizálják az egyidejűleg több gyógyszert szedő betegek gyógyszerelési terveit. Ezzel egyben a kórházakat is tehermentesítik, amelyeknek így kevesebb sürgősségi esettel kell hibás gyógyszerelés miatt foglalkozniuk.

Az egészségügyi szolgálat adatai szerint a projekt eddig minden szereplő szempontjából sikertörténetnek számít. ***Arvind Madan, az NHS England elsődleges ellátási igazgatója*** szerint így a betegek közvetlenül gyógyszerészekért fordulhatnak kérdéseikkel, a háziorvos munkával való megterheltsége pedig jelentősen csökken.

A projekt össztámogatása több mint 100 millió GBP (117,8 millió EUR).

***Jelentés a német kórházak helyzetéről 2017-ben –
Krankenhaus-Report 2017***

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), 28. Februar 2017. Berlin

Kulcsszavak: kórházügy, minimális volumenek, Németország

Forrás Internet-helye: http://www.wido.de/khr_2017.html ;

Kivonatok:

http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_krankenhaus/krankenhaus-report/wido_kra_khr2017_abstracts-de_0217.pdf

3. fejezet: Az ambuláns sürgősségi ellátás helyzete a sürgősségi ambulanciákon és a szerződött orvosoknál Németországban 2009 és 2014 között:

http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_krankenhaus/krankenhaus-report/wido_kra_khr2017_kapitel03_0217.pdf ;

Sajtómappa prezentációkkal (29 p.):

http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_krankenhaus/krankenhaus-report/wido_kra_khr2017_pressemappe_0217.pdf

*Az AOK Tudományos Intézetének (Wissenschaftliches Institut der AOK – WIdO) tanulmánya a minimális volumenekről szóló szabályozás hatályának kiterjesztését követeli. **Martin Litsch, az AOK szövetségi ernyőszervezetének elnöke** szerint Németországban csak hét területen alkalmaznak minimális volumeneket, ami szégyenletesen kevés. Minimális volumenek bevezetésére lenne szükség még a szülészet, a csípő- és térdízületi endoprotetika, valamint a pajzsmirigy- és mellrákműtétek területén.*

Martin Litsch felszólította a szövetségi tartományokat, hogy az érintett kórházak tartsák be a minimális volumeneket. Azonosítani kell a minimális volumeneket be nem tartó kórházakat, mivel csak így nyílik lehetőség arra, hogy ezeket a kórházakat ne fizessék ki. A betegpénztáraknak közösen kell bejelenteniük, hogy mely kórházak nem tartják be a minimális volumeneket. Ezeket az információkat csak a szövetségi tartományok képesek megszerezni és kihágás esetén nekik kell felmondaniuk az ellátási szerződést.

Jürgen Klauber, az intézet ügyvezető igazgatója a jelentés adataiból idézett: Azoknál a kórházaknál, ahol évente kevesebb mint 56 pajzsmirigyműtétet végeznek, a hangszalagbénulás kockázata kétszer akkora, mint azoknál, ahol évente több mint 383 ilyen műtétet végeznek.

Klauber azt is bírálta, hogy a minimális volumeneket ott sem mindig tartják be, ahol ezek léteznek. A **Közös Szövetségi Bizottság (Gemeinsamer Bundesausschuss)** hasnyálmirigy beavatkozások esetén évente tíz beavatkozásban szabta meg a minimális volument. De ezt az értéket azon kórházaknak mindössze a fele teljesíti, ahol ilyen beavatkozásokat végeznek.

Georg Baum, a Német Kórházársaság (Deutsche Krankenhausgesellschaft – DKG) ügyvezető főigazgatója szerint a kórházak számára a minimális volumenek a minőségbiztosítás csak egyik instrumentumát képviselik. Számos szolgáltatás esetén bonyolult értékelésekre kerül sor a komplikációkkal és fertőzésekkel kapcsolatban. Ezenkívül a kórházak a betegek tájékozódását megkönnyítendő, átláthatóvá teszik az egyes műtétekre vonatkozó szolgáltatási adataikat. Az a logika, mely szerint valami 50 műtét esetén lehetséges, 49 esetén viszont már nem, felfoghatatlan és nem szolgálja az ellátás biztonságát, amelyet például országszerte 75.000 pajzsmirigyműtétnél kell garantálni.

**5. fejezet: Britta Zander – Julia Köppen – Reinhard Busse:
A személyzeti létszámok helyzete a német kórházakban
nemzetközi perspektívában**

Németországban 1.000 fekvőbeteg esetre 47 teljes munkaidős állás jut, ami jóval kevesebb, mint a többi OECD-államban. Az orvosok és ápolók létszáma 2005 és 2013 között ellentétesen alakult: az 1.000 esetre jutó orvosok száma 7,2-ről 7,6-ra növekedett, más országokhoz viszonyítva átlagon aluli arányban, míg a szakképzett ápolóké a többi OECD-államban tapasztalt fejleményektől eltérően – 18,8-ről 17,9-re – csökkent. A helyzet németországi alakulását az esetszámok növekedése determinálta. Az ápolói

létszámok feszült helyzetének kezelését célzó törekvések (pl. jelenleg az ápolói állásokat támogató programok) ellenére az ápolószemélyzet az ellátás minőségének rosszabbodásáról számol be, egyebek között bizonyos szükséges ápolói teendők időhiány miatti elmulasztásáról, valamint a betegek számára hátrányos eseményekről, mint az elesések és a decubitus. A tanulmány ismerteti az RN4CAST nemzetközi ápolási kutatás 1999 és 2005 közötti eredményeit, kitér az ápolóképzés egyetemi szintre emelésének potenciális hatásaira és a nemzetközi MUNROS-vizsgálat alapján bemutatja a kezelési teamek optimális összeállításához vezető út első lépéseit.

*

6. fejezet: Max Geraedts:

A személyzeti létszámok alakulása a német kórházakban az utóbbi 25 évben

A törvényhozó minimális személyzeti standardok bevezetését tervezi az ápolás területén. E döntés indokai: a betegek helyzetét terhelő változások (átlagéletkor, multimorbiditás), a kórházi szolgáltatások túlterheltsége, a megváltozott keretfeltételek (a DRG bevezetése, a munkaidő szabályozása), a személyzeti létszámok és a kezelés eredményei közötti bizonyított összefüggés. A kórházakban a létszámok alakulását az utóbbi 25 évben az orvosok számának folyamatos növekedése jellemezte, miközben az ápolók létszáma kezdetben öt évig növekedett, majd a következő 12 év során 20%-kal csökkent, jelenleg pedig ismét növekedik. Az esetszámok növekedését az orvosok létszámának emelésével átlagon felül egyenlítették ki, míg az ápolószemélyzetnél első ízben 2015-ben nem került sor az egy ápoló által kezelt esetek számának növekedésére. A rendelkezésre álló tanulmányok nem adnak választ arra a kérdésre, hogy az orvosok és ápolók aktuális létszáma garantálja-e a kórházi betegellátás biztonságát, betegorientáltságát, hatékonyságát. A minimális standardok küszöbértékeinek meghatározásához sürgősen megfelelő vizsgálatokat kell kezdeményezni.

Hendrik Dräther – Tobias Schäfer:

Az ambuláns sürgősségi ellátás helyzete a sürgősségi ambulanciákon és a szerződött orvosoknál Németországban 2009 és 2014 között (17 p.)

3. 3. Az ambuláns sürgősségi ellátás 2009 és 2014 között

3. 3. 1. Általános tendencia-e az ambuláns sürgősségi ellátás igénybevételének fokozódása?

Az ambuláns sürgősségi szolgáltatások száma 2014-ben 2009-hez viszonyítva alig változott. Az AOK 1.000 biztosítottjára jutó esetszám 4,1%-kal volt magasabb, az egyes évek közötti ingadozások figyelembevételével tehát nem jelentős. Az ilyen változásokat az egyes naptári évek közötti sajátos megbetegedési hullámok, esetleg az ünnepnapokhoz kapcsolódó munkaszüneti napok befolyásolják.

2009-ben és 2013-ban néhány különleges effektus is közrejátszott. Az ambuláns sürgősségi esetek száma 2009-ről 2010-re 7,9%-kal csökkent, ami a 2009-ben végbement (H1N1) influenza pandémiával függött össze. 2009 őszén az ambuláns sürgősségi szolgálatok látogatottsága minden korábbi évnél magasabb volt. 2009-ben a légúti megbetegedések miatti munkaképtelenségi esetek száma is szignifikánsan magasabb volt, mint bármely azt megelőző és azt követő évben. Következésképpen a sürgősségi ellátás szintje 2009-ben magasabb volt, mint az azt követő években, beleértve 2012-t. Mivel 2010-ben nem fordult elő hasonló influenza-járvány, az ambuláns sürgősségi esetek száma jelentősen csökkent.

Az elkövetkező években, 2011-ben és 2012-ben a kötelező betegbiztosítás ambuláns sürgősségi eseteinek száma az előző évekhez viszonyítva mindössze 2,6%-kal és 1,0%-kal változott. Az esetszám 2013-ban már több mint 11%-kal növekedett és így a megfigyelés időszakában a legmagasabb szinten volt. A növekedés két különleges jelenségnek volt tulajdonítható: 2013-ban kihangsúlyozott influenza-járvány volt, amely az ambuláns sürgősségi szolgálatok gyakoribb igénybevételével járt. Másrészt 2013. január 1-én megszűnt a vizitdíj, amelyet a sürgősségi ellátás keretében is teljesíteni kellett, Az ambuláns sürgősségi szolgálatoknak az előző évekhez

viszonyítva jelentősen magasabb igénybevétele e két tényezővel magyarázható.

3. 3. 2. Strukturális eltolódások az ambuláns sürgősségi ellátás területén

Ha az említett különleges effektusok nem jelentenek általános trendet az igénybevétel szintjének növekedése vonatkozásában, ez a sürgősségi ambulanciákon nyújtott sürgősségi ellátásra sem vonatkozik. Ezek ugyanis 2014-ben 2009-hez viszonyítva csaknem 20%-kal több sürgősségi esetet láttak el, miközben az ambuláns praxisoknál a sürgősségi esetek száma 11,7%-kal csökkent. A sürgősségi ambulanciákon az esetszám (mind az abszolút, mind az egy biztosítottra jutó esetszám) 2009 és 2010 kivételével minden évben növekedett. A sürgősségi ambulanciákon ellátott sürgősségi esetek aránya 2009-ben 50%, 2014-ben 58% volt. 2014-ben az egyes vizsgált régiókban az összes sürgősségi eset 47,4-78%-át sürgősségi ambulanciákon látták el.

Ezzel egyidejűleg egyre több volt azon biztosítottak száma, akik ambuláns praxisokban részesültek sürgősségi ellátásban és még ugyanazon a napon sürgősségi ambulancián is kezeltek. 2009-ben az ambuláns praxisokban kezelt sürgősségi esetek 4,7%-a, 2014-ben 6,2%-a részesült még ugyanazon a napon sürgősségi ambulancián is kezelésben. Az évek során ez az arány növekedett. Másrészt azon biztosítottak száma, akiket ugyanazon a napon fekvőbeteg ellátásra vettek fel, tendenciálisan csökken.

*

Alexander Geissler – Wilm Quentin – Reinhard Busse: A sürgősségi ellátás átalakítása. Nemzetközi tapasztalatok

Az elmúlt évek során a sürgősségi szolgálatok igénybevétele több országban is fokozódott. Ennek okai a betegek preferenciáival és az ambuláns kezelési alternatívák korlátozottságával. Az okok elhárítása érdekében Ausztráliában, Dániában, Angliában, Franciaországban és Hollandiában egy sor intézkedés bevezetésére került sor. A nemzetközi

tapasztalatok két lényeges következtetést eredményeznek. Először: a betegmozgások jobb irányításával lehetőség nyílik mind a súlyos betegek ellátása minőségének javítására (sürgősségi protokollok, központok kialakítása), mind a kevésbé sürgős betegeknek a megfelelő szolgáltatókhoz való irányítására (integrált telefonközpontok). Másodszor: különösen Hollandia és Dánia tapasztalatai azt mutatják, hogy az ambuláns sürgősségi szolgálat és a sürgősségi felvételi osztály jobb szervezeti összehangolása (központi fókuszpontok, közös értékelés) hozzájárulhat a sürgősségi szolgálatok igénybevételének racionalizálásához.

Klauber/Geraedts/Friedrich/Wasem (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2017; Schwerpunkt: Zukunft gestalten. Schattauer-Verlag (Stuttgart); 496 Seiten; 55 Abb.; 75 Tab., kart.; mit Online-Zugang; 59,99 € (D) / 61,70 € (A)

ISBN-13: 978-3-7945-3229-2 (Print)

ISBN-13: 978-3-7945-6960-5 (eBook PDF)

Kapcsolat:

Dr. Gregor Leclerque

Tel. 49-30/34646-2267

gregor.leclerque@wido.bv.aok.de

Susanne Sollmann

Tel. 49-30/34646-2118

susanne.sollmann@wido.bv.aok.de

[Lásd még: Jelentés a kórházak helyzetéről – Krankenhaus-Report: 2006. 48. sz.; 2009. 17. sz., 2010. 11. sz., 2012. 6. sz.; 2014. 5. sz.; 2016. 8. sz.]

ELŐJEGYZÉSI LISTA:

Emberi erőforrás, ápolás

- ***Nurse to Patient Ratios*** – Minimális személyzeti követelmények a kórházi ápolás területén (8. rész): Ausztrália egészségügyi rendszerének rövid ismertetése

Globális egészségügy

- A globális egészségügyi kiadások alakulása 1995-2014 és 2015-2040 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)

Svájc

- Jelentés a rákos megbetegedések helyzetéről Svájcban
- 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*)