

Egészséggazdasági, egészségpolitikai és szociálpolitikai nemzetközi sajtószemle

2017. 16. sz.

Még egyszer a francia elnökválasztásról

- Mi jót hoz Emmanuel Macron a francia gyógyszerészek számára?

Globális egészségügy

- A klinikai vizsgálatok globalizációja
- A diabétesz globális költségei: világviszonylatban 1,3 billió USD

Európai Unió

- Az egészségügyi ellátásokhoz való hozzáférés akadályai az Európai Unióban (1. rész): Egészségbiztosítás az európai országokban
- Az internetes gyógyszerkereskedelem kialakulása Európában
- Évente négyemillió nozokomiális fertőzés a tartós ápolást nyújtó ápolási otthonokban Európában

Egyesült Államok

- Egyenlőtlenségek az Egyesült Államok megyéi között a születéskor várható élettartam tekintetében 1980 és 2014 között
- Az amerikai orvosok fellépése Trump egészségügyi törvényével szemben

Personalia:

- Sylvia Trent-Adams ellentengernagy, Ph.D., R.N., F.A.A.N., az amerikai Szövetségi Közegészségügyi Szolgálat vezetője
- Emmanuelle Charpentiere, a Max-Planck-Forschungsstelle für die Wissenschaft der Pathogene igazgatója
- Ann Marie O'Grady a HealthManagement.org új főszerkesztője

Melléklet

- *Nurse-to-Patient Ratios*. Nemzetközi áttekintés a minimális személyzeti követelményekről a kórházi ápolás területén – egységes szerkezetben

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

Mi jót hoz Emmanuel Macron a francia gyógyszerészek számára?

DAZ.ONLINE, 08.05.2017, 13:15

Kulcsszavak: gyógyszertárak, gyógyszerészek, Emmanuel Macron, Franciaország

Forrás Internet-helye:

<https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2017/05/08/was-bedeutet-emmanuel-macron-fuer-frankreichs-apotheker/chapter:all>

Franciaország új elnökét, a pártonkívüli Emmanuel Macron-t a médiákban gyakran jellemzik liberálisként, ami gyógyszerész-füleknek ijesztően cseng. Macron gazdasági miniszterként még felvetette a deregulációt, ám ha hitelt adunk újabb kijelentéseinek, akkor az idegen tőke gyógyszertári piacon játszott szerepének ellenfelét láthatjuk benne.

Franciaországban 22.400 gyógyszertár működik, több mint Európa bármely más országában. A gyógyszertári rendszert az idegen tulajdon szigorú és a többes tulajdon korlátozott tilalma jellemzi. Ez szigorú szükséglettervezéssel társul. Franciaország ugyancsak igen szigorúan szabályozza az internetes gyógyszerkereskedelmet. Az OTC készítmények postázását csak néhány éve engedélyezték és a gyógyszerészek aligha érdekeltek e szabályozások fellazításában.

Macron 2014 augusztusa és 2016 augusztusa között gazdasági miniszter volt. Akkori megnyilvánulásából az alábbiak körvonalazódnak: Az internetes kereskedelemnek nem gyógyszertárhoz kellene kötődnie, hanem ebben a tevékenységben más vállalkozások is részt vehetnének. Más szakmai csoportok is nyithatnának gyógyszertárat. Egyes OTC készítményeknél megszűnhetne a gyógyszertárak monopóliuma.

Az elnökválasztási kampány során azonban megváltoztatta véleményét. A „*Quotidien du pharmacien*“ gyógyszerészeti folyóiratnak adott interjújában kifejtette, hogy a gyógyszerek szakértője „A” gyógyszerész. Ő kezkesedik a gyógyszerkiadás minőségéért és ő a „mérgek őrzője”. A gyógyszertári monopólium biztosítja, hogy a gyógyszerész eleget tehessen e felelősségének.

Az interjújában a többes tulajdon tiltásának feloldása ellen foglalt állást. Ha pillantást vetünk azokra az országokra (pl. Kanadára), ahol liberalizálták a gyógyszerpiacot, azt tapasztalhatjuk, hogy a gyógyszerárak ott magasabbak, mint Franciaországban. Ezekben az országokban gyakran feláldozták a lakóhelyhez való közelség elvét.

Az internetes gyógyszerkereskedelemmel kapcsolatban kifejtette, hogy a gyógyszerküldők fontos funkciókat vehetnek át. Az internetes kereskedelmet azonban szigorú szabályok közé kell szorítani. Az OTC-k internetes kereskedelmét európai előírások szabályozzák, az internetes gyógyszertáraknak tartaniuk kell magukat a biztonsági kritériumokhoz.

Macron az interjújában nem zárta ki egyes liberalizációs lépések lehetőségét. Arra a kérdésre, hogy gyógyszer csak gyógyszertárban gyógyszerész adhat-e ki, azzal válaszolt, hogy majd szakmai vitát nyitnak az érintett csoportokkal.

Benjamin Rohrer, Chefredakteur DAZ.online

brohrer@daz.online

A klinikai vizsgálatok globalizációja

Marc A. Pfeffer et al.: Spironolactone Metabolites in TOPCAT — New Insights into Regional Variation, In: „New England Journal of Medicine“, 2017; 376:1690-1692 April 27, 2017 DOI: 10.1056/NEJMc1612601

Milton Packer et al.: Effect of Ularitide on Cardiovascular Mortality in Acute Heart Failure, In: „New England Journal of Medicine“, April 12, 2017 DOI: 10.1056/NEJMoa1601895

Kulcsszavak: globális egészségügy, klinikai vizsgálatok, nemzetközi

Forrás Internet-helye:

<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc1612601> ;

http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1601895?query=featured_home

Számos nagy randomizált és kontrollált klinikai vizsgálatban rendszerint több európai, ázsiai és amerikai klinika vesz részt. Az ilyen multinacionális vizsgálatoknál 15 vagy akár 30 ország részvétele sem jelent kivételt.

Problémát jelent, hogy a vizsgálatokban résztvevő klinikák és szolgáltatók esetenként nem tartják be a nemzetközi standardokat, így nem jutnak korrek eredményekre. A *TOPCAT* spironolakton-vizsgálatról szóló jelentés megerősíti az aggodalmakat. A 2014-ben publikált tanulmány szerint a megtartott ejekciós frakcióval jellemezhető szívelégtelenségben szenvedő betegeknek a spironolakton nem javítja a klinikai állapotot. Egy post-hoc-analízisből azonban kiderült, hogy a gyógyszer észak- és dél-amerikai központokban placeboként jobban működött, Oroszországban és Grúziában viszont már nem.

Prof. Marc Pfeffer és Prof. Eugene Braunwald kutatásvezetők kétségüket fejezték ki azzal kapcsolatban, hogy az oroszországi és grúziai résztvevők valóban megtartott ejekciós szívelégtelenségben szenvedtek-e és a résztvevők fele valóban spironolaktont kapott-e. Tanulmányuk szerint számos oroszországi és grúziai résztvevő egyáltalán nem kapta meg a gyógyszert. Az orosz betegek 30%-ánál nem volt kimutatható a canrenon spironolakton-metabolit, miközben ezek aránya az amerikai és kanadai betegeknek mindössze 3%-ot tett ki.

A minőségi hiányosságok okai: a tradíció és a pénz hiánya, valamint a kommercializálódás. A kísérleti alanyok felhajtása a feltörekvő országok felé tereli a gyógyszercégeket, ahol a klinikai vizsgálatok kevesebb pénzbe kerülnek, az alanyokat pedig modern rabszolgáknak tekintik.

A minőség hiánya azonban nem korlátozódik a feltörekvő országokra, mint India, Kína, Egyiptom és Oroszország. Ezek az országok ugyan jelentős lakossággal rendelkeznek, a klinikai vizsgálatok tekintetében azonban nem számítanak kiemelt helyszíneknek: 2015-ben Indiában 44, Kínában 272, Oroszországban 215 az ipar által finanszírozott klinikai vizsgálatra került sor.

Prof. Robert Harrington kardiológus (Stanford University), a „Duke Clinical Research Institute“ egykori vezetője szerint a nagy klinikai vizsgálatokban évek óta kereskedelmi cégek játszanak hangadó szerepet. Ezek elsődleges célja nem a minőségi kutatás, valójában nem is kutatást végeznek, hanem szolgáltatásokat árusítanak. Elsődleges céljuk a beruházók érdekei által diktált forgalomnövelés és nyereségszerzés.

A diabétesz globális költségei: világviszonylatban évente 1,3 billió USD

The Lancet Diabetes & Endocrinology
(2017; doi: 10.1016/S2213-8587(17)30097-9)

Kulcsszavak: globális egészségügy, költségek, diabétesz, nemzetközi

Forrás Internet-helye:

[http://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587\(17\)30097-9/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587(17)30097-9/fulltext) ; <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/dme.13336/full>

A diabétesz globális költségei 1,3 billió USD-t tesznek ki, ami a világ gazdasági teljesítményének 1,8%-a. A diabétesz világviszonylatban 420 millió embert érint. Ez a leggyakoribb anyagcsere-betegség.

Göttingeni kutatók az indirekt költségeket is kiszámították. Ezek közé tartozik a mortalitás és morbiditás miatti termelésből való kiesés. 2015-ben a halálesetek, a munkaképtelenség, a betegség és a csökkent termelékenység miatt 455 millió USD ment veszendőbe. A korábbi számítások során csak a direkt költségeket, az inzulinra, tesztsíkokra, a komplikációk kezelésére fordított költségeket vették figyelembe. Korábban az indirekt költségek nélkül a diabétesz költségeinek dimenzióját jelentősen alábecsülték.

A tanulmány szerint a diabétesz költségei Németországban a nemzeti gazdasági teljesítmény 1,6%-át, az Egyesült Államokban annak 2,6%-át teszik ki. A göttingeni vizsgálat szerint számos alacsony és közepes jövedelemmel rendelkező országot is rendkívül magas költségek terhelnek. Az egyik társszerző szerint a 2-es típusú diabéteszt jóléti betegségnek tekintik. Ám eddig sokan nem tudtak arról, hogy e betegség gyakorisága Indiában és Kínában is az európaihoz hasonló méreteket ölt.

Néhány hete a *Deutsches Diabetes-Zentrum (DDZ, Düsseldorf)* kutatói is közzétettek egy értékelést a *Diabetic Medicine* c. folyóiratban a diabétesz költségeiről. A német egészségügyi rendszerben 2009-ben és 2010-ben tíz euróból egyet a 2-es típusú diabétesz kezelésére fordítottak. Ez évente 16,1 milliárd EUR-nak felel meg. [Ezzel kapcsolatban lásd: *A diabétesz helyzete Németországban 2009 és 2015 között – Versorgungsatlas, 2017. 8. sz.*]

Verena Finkenstädt :
Az egészségügyi ellátásokhoz való hozzáférés akadályai Európában (1. rész).
Egészségbiztosítás az európai országokban
Wissenschaftliches Institut der PKV, März 2017 (88 p.)

Kulcsszavak: egészségügyi rendszer, finanszírozás, társadalombiztosítás, egészségbiztosítás, racionálás, ellátásokhoz való hozzáférés, Európa, OECD

Forrás Internet-helye:

<http://www.wip-pkv.de/forschungsbereiche/detail/zugangshuerden-in-der-gesundheitsversorgung-ein-europaeischer-ueberblick.html>

A **Privát Betegbiztosítók Kutatóintézete (Wissenschaftliches Institut der PKV – WIP)** már 2013-ban készített tanulmányában is kimutatta, hogy Németország a szolgáltatási katalógus volumene, a várakozási idők és az önrészek, valamint a szabad orvos- és kórházválasztás tekintetében nemzetközi viszonylatban igen kedvező helyzetben van. Az OECD többi tagállamában az egészségügyi szolgáltatások racionálása jóval elterjedtebb és mélyrehatóbb. [Ezzel kapcsolatban lásd: *Racionálás és várólisták Nagy-Britanniában, 2006. 43. sz., Egészségügyi Gazdasági Szemle, 2007. 1. sz.; Racionálás és egészségi egyenlőtlenségek az egészségügyi rendszerekben, 2013. 15-16. sz.*]

A felmérésben az a 23 ország vett részt, amely mind az OECD, mind az EU vagy az EFTA-övezet tagja: Belgium, Dánia, Németország, Észtország, Finnország, Franciaország, Nagy-Britannia, Írország, Izland, Olaszország, Luxemburg, Hollandia, Norvégia, Ausztria, Lengyelország, Portugália, Svédország, Svájc, Szlovákia, Szlovénia, Spanyolország, Csehország és Magyarország.

2. Egészségbiztosítás az európai országokban

2. 1. A biztosítási védelem volumene és struktúrája

Németország egészségügyi rendszerének sajátossága, hogy duális egészségbiztosítással rendelkezik: egy kötelező (állami) és egy privát biztosítási ágazattal. 2016-ban a lakosság 11%-a rendelkezett privát egészségbiztosítással. Németország az egyetlen ország, ahol a biztosítás kötelezettsége minden polgár részére fennáll és két párhuzamos biztosítási rendszer működik. A többi európai országban a teljes lakosság számára egységes finanszírozási elveket alkalmaznak.

Az egykori komparatív jólétkutatás két ideáltípust különböztetett meg: a **Beveridge-modellt** (adókból finanszírozott állami egészségügyi rendszer) és a **Bismarck-modellt** (járulékokból finanszírozott, kötelező tagsági viszonyt feltételező rendszer). Miközben a Beveridge-modell az egész lakosság számára univerzális alapbiztosítást nyújt, amelyet adókból finanszíroznak (ellátás elve), a Bismarck-modell szerzett szociális jogosultságokon alapul, amely a jövedelemmel arányos járulékokkal függ össze (biztosítás elve). Ma már az egészségügyi rendszerek nem képezik le „tisztá formában” a fenti modelleket, minden országban vegyes formák alakultak ki.

Az adókból finanszírozott rendszerek az egészségügyi ellátás szervezésének szintje szerint is differenciálhatók. Nagy-Britanniában és Írországban például az egészségügyi ellátást a kormányzat, ill. az egészségügyi minisztérium irányítja. Ezzel szemben

Spanyolországban és Portugáliában az irányításra regionális szinten, a skandináv országokban: Dániában, Finnországban, Norvégiában és Svédországban viszont kommunális és járási szinten kerül sor.

Ezekben az adókból finanszírozott rendszerekben a lakosság 100%-a alapbiztosítással rendelkezik. Ez annak tulajdonítható, hogy az egészségügyi ellátáshoz való szabad hozzáféréshez való jog a nemzeti egészségügyi szolgálat alapvető jellemzője. Azokban az országokban viszont, ahol a fenntartók a betegpénztárak, a biztosítás alapvetően a járulékok befizetésén múlik.

2. 2. Kereslet és kínálat a kollektív finanszírozású egészségügyi rendszerekben

Az adókból és járulékokból kollektív módon finanszírozott rendszerekben a kereslet, a kínálat és az árképzés klasszikus mechanizmusai hatályon kívül helyeződnek. Ideális esetben a tökéletes piac modellje keretében a javak keresletét és kínálatát az árak szabályozzák. A kollektív finanszírozású egészségügyi rendszerekben azonban az egészségügyi szolgáltatások elosztása rendszerint nem az árak közvetítésével történik, hanem az ellátás költségeit részben vagy teljes egészében a biztosítottak vagy az adófizetők közössége viseli. Ennek során a biztosítottak gyakran a „nullköltségek illúziójában” élnek, mivel a társadalombiztosítási járulék vagy az adó befizetését követően nem szembesülnek a szolgáltatások igénybevételének költségeivel. Ez a kereslet volumenének kiterjedését eredményezi.

A „*moral hazard*” és a kereslet túltengésének problémái – a kollektív finanszírozás folytán – minden biztosítási rendszerben megjelennek. Ám arra nincs lehetőség, hogy az egészségügyi javakat korlátlan mennyiségben a biztosítottak közösségének, ill. minden polgár rendelkezésére bocsássák, mivel a források korlátozottak. Az állam által biztosított költségvetésből fenntartott egészségügyi rendszerek csak korlátozott kapacitásokat tartanak fenn – lett légyen szó akár az orvosok, akár a kórházi ágyak számáról. Ennek egyik sokat idézett példája az angliai *National Health Service (NHS)*, amely a 2015/16-os pénzügyi évben 1,85 milliárd GBP (2,2 milliárd EUR) deficitet halmozott fel. Az NHS-nél fellépő pénzügyi szükséghelyzet oka az egészségügyi szolgáltatások iránti kereslet erőteljes növekedése volt, miközben ezzel egyidejűleg a költségvetési alapellátmányt korlátozták. A költségcsökkentési intézkedések azonban a járulékinanszírozású egészségügyi rendszerekben is megjelennek. Hollandiában például a növekvő kiadások évek óta problémát jelentenek. A holland egészségügyi miniszter a költségcsökkentés érdekében megállapodásokat kötött a szolgáltatók szövetségeivel arra vonatkozóan, hogy 2014 és 2017 között egyebek között a szakorvosi ellátások területén a költségek évente ne növekedjenek több mint 2,5%-kal. A kollektív finanszírozású egészségügyi rendszerekben a kereslet megfékezése érdekében a szabadpiacon uralkodó ármechanizmusok helyébe más mechanizmusoknak kell lépniük. Ez rendszerint azzal jár, hogy sor kerül az ellátásokhoz való hozzáférés bizonyos akadályainak bevezetésére, amelyek korlátozzák a keresletet és egyidejűleg meghatározzák az állami egészségügyi rendszer szolgáltatási katalógusát. Az „állami finanszírozású egészségügyi rendszerek szolgáltatási katalógusának politikai döntések általi meghatározását” racionálásnak nevezik. A kollektív finanszírozású egészségügyi rendszerekben az ellátáshoz való hozzáférést szükségképpen akadályozó intézkedésekkel esetenként racionálásra is sor kerül.

Az internetes gyógyszerkereskedelem kialakulása Európában

DAZ.ONLINE, 05.05.2017, 07:00

Kulcsszavak: gyógyszer, gyógyszertárak, internetes gyógyszerkereskedelem, DocMorris, Európa, Európai Unió, EFTA, Európai Gazdasági Térség

Forrás Internet-helye:

<https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2017/05/05/die-geschichte-des-europaeischen-versandhandels/chapter:all>

Mióta az Európai Bíróság ítéletet hozott a vényköteles gyógyszerek viszonteladási árának megkötéséről, a gyógyszertári piacon fellobbant a vita az internetes gyógyszerkereskedelem jövőjéről és célszerűségéről. Az internetes kereskedelem támogatói arra hivatkoznak, hogy mind az OTC, mind a vényköteles gyógyszerekkel való internetes kereskedelem többé már nem számít ritkaságnak. Szerintük az internetes gyógyszertárak az ellátás bevált láncszemeivé váltak és helyesnek tekintik, hogy az elmúlt 18 év során az európai államok többsége felpuhította az internetes kereskedelemre vonatkozó szabályozásait. Európában már 17 ország engedélyezte az OTC készítményekkel való internetes kereskedelmet, sőt hét ország (Németország, Anglia, Finnország, Svédország, Hollandia, Svájc és Norvégia) a vényköteles gyógyszerekkel való kereskedelmet is. Egyes országokban azonban olyan szigorú szabályokat alkalmaznak, hogy az internetes kereskedelem gyakorlatilag nem releváns.

Egyesült Királyság; Az első európai internetes gyógyszertár 1999-ben nyílt meg az észak-angliai Leeds-ben („*Pharmacy2U*“). Az alapító nem sokat törődött azzal, hogy annak idején a receptek postán való megküldése nem volt engedélyezett, mivel az nem is volt kifejezetten tiltott. A brit gyógyszerész kamarával folytatott vitát követően megjelent egy függelék a gyógyszerügyi törvényhez, amely rendezte, hogy a feladónak milyen feltételeket kell teljesítenie. Az angol internetes gyógyszertáraknak egyebek között 1999. óta regisztráltatniuk kellett magukat a gyógyszerész kamaránál. A lista élén a „*Pharmacy2U*“ áll. Jelenleg Angliában csaknem 500 regisztrált internetes gyógyszertár működik.

Dánia: Hasonló úttörő vállalkozás fűződik 26 dán gyógyszerész nevéhez, akik közvetlenül az ezredforduló után vágtak bele az internetes gyógyszerkereskedelembé. Mivel az idő tájt Dániában sem léteztek specifikus szabályozások, a 26 gyógyszerész összefogott és 2000-ben „*A te gyógyszertárad*” néven létrehozta az első közösségi gyógyszertárat. Az internetes megrendelést követően az ügyfél minden esetben a lakóhelyéhez legközelebbi taggyógyszertárban vehette át a gyógyszert.

A helyzet jogi szabályozására 2013-ban került sor: internetes gyógyszerkereskedelmet csak gyógyszerészek folytathatnak, ehhez a gyógyszerészeknek akkreditáltatniuk kell magukat a gyógyszerhatóságnál. A gyógyszertárak többsége a közösség portálján (www.apoteket.dk) keresztül kereskedik, csak néhányan létesítettek saját portált. Vényköteles gyógyszerek küldése csak feltételekkel megengedett. Ez elsősorban a vidéki ellátásra jellemző. Dániában ún. pick-up-modelleket alkalmaznak, a gyógyszerészek a recept vételét követően a megfelelő gyógyszertárhoz irányítják a gyógyszert, ahol az átvehető.

Svájc: Az ezredfordulón még Svájcban is jelentős joghézagok voltak. Létrejött néhány internetes gyógyszertár, amelyek hozzáálltak a forgalmazáshoz. Időközben a törvényhozó is magához tért és létrehozta a megfelelő szabályozásokat, beleértve az OTC készítmények küldését. A gyógyszerésznek egy OTC küldemény postázását megelőzően, akárcsak vényköteles gyógyszerek esetén, az OTC-re vonatkozóan is recepttel kell rendelkeznie. A *zur Rose* internetes gyógyszertár ugyan kísérletet tett a szabályok megkerülésére azzal, hogy Internet-oldalán kérdőíveket töltetett ki ügyfeleivel, a Szövetségi Bíróság azonban ezt gyorsan megtiltotta. Alapvető szabály, hogy távrendelvények esetén a betegnek közvetlenül kapcsolatba kell lépnie orvosával.

Hollandia: Az internetes gyógyszerkereskedelem tekintetében Hollandiában soha nem léteztek korlátozások. Az első internetes gyógyszertárak alapítására 2000 és 2002 között került sor, amelyek közül máig a *DocMorris* a legismertebb. A törvényhozó 1992-ben explicit engedélyezte, hogy az ügyfelek postán vagy Interneten küldjék meg a vényt a gyógyszertárnak.

Svédország: A helyzet a hollandiaihoz hasonlóan alakult. Az állami gyógyszertárlánc, az *Apoteket AB*, már, jóval a gyógyszertári liberalizációt (2002) megelőzően elkezdte az OTC készítmények internetes kereskedelmét. Mivel a piacon egyetlen szolgáltató állt rendelkezésre, az ügyfél egyetlen Internet-portálon adhatta le rendeléseit. A gyógyszert az ügyfél lakóhelyéhez legközelebbi gyógyszertár adta ki. Svédországban sohasem került sor az internetes gyógyszerkereskedelem tényleges szabályozására. A törvény azonban előírja, hogy Interneten csak gyógyszertártulajdonos árusíthat gyógyszert. Az *Apoteket* 2004-ben elindította a vényköteles gyógyszerekkel való internetes kereskedelmet.

A svéd gyógyszertári piac teljes deregulációját (2009) és az állami gyógyszermonopólium szétverését követően az internetes gyógyszerkereskedelem robbanásszerűen terjeszkedett. Az összes privát gyógyszertárlánc, mint a *Celesio* leányvállalata, a *Lloyds*, internetes gyógyszertárakat is létrehozott. Néhány éve egy „tisztán” internetes gyógyszertár is működik (*Apotea*). A gyógyszerész szövetség adatai szerint a gyógyszertárlánccok csak az elmúlt évben 20 millió SEK-kel többet kerestek, mint 2015-ben, ami 150%-os növekedésnek felel meg. Dobozszámra kivetítve már most az összes gyógyszer (vényköteles és OTC) több mint 8%-át postán küldik.

Spanyolország: A spanyol törvényhozó már az Európai Bíróság DocMorrisról szóló ítéletét megelőzően legalizálta az internetes gyógyszerkereskedelmet. A spanyol parlament 2002-ben fogadta el az *e-Commerce*-ről szóló törvényt, amely szerint a gyógyszertárak kiküldhetik az OTC készítményeket. Ám Spanyolországban az OTC készítmények postázása éveken keresztül rendezetlen maradt, mivel a törvényhozó egy további rendeletben írta elő az OTC-k internetes kereskedelmének feltételeit, ám azt pusztán kihirdette, de nem léptette hatályba. Csak 2013-ban került sor egy dekrétum elfogadására, amely pontosan szabályozza, hogy a gyógyszerész milyen körülmények között postázhat OTC készítményt. A jogszabály egyebek között megköveteli, hogy a küldeményt gyógyszerész ellenőrizze. Spanyolországban az OTC-k postázását szigorúan szabályozzák és ezek jelenleg nem rendelkeznek jelentős piaci részesedéssel.

Az Európai Bíróság ítélete az internetes gyógyszerkereskedelemről – a „DocMorris ítélettel” kapcsolatos fejlemények: A vényköteles gyógyszerekkel való internetes kereskedelem hívei manapság is gyakran hivatkoznak az Európai Bíróság 2003 végén hozott ítéletére. A *DocMorris* megalapítását követően vényköteles gyógyszereket és OTC készítményeket szállított németországi ügyfelei számára, jóllehet annak idején a német törvények mindkettőt szigorúan tiltották. A német törvényhozó 1998-ban novellálta a gyógyszer törvényt, amelyben azt megelőzően internetes kereskedelemről szó sem volt. Miután a Német Gyógyszerész Szövetség panaszt emelt a *DocMorris* praktikái miatt, az Európai Bíróság ítéletében engedélyezte az OTC készítményekkel való internetes kereskedelmet, ám szabad kezet adott a tagállamoknak a vényköteles gyógyszerekkel való kereskedelem szabályozására. A 2013. december 11-i ítélet azonban a német gyógyszerészek szempontjából túl későn érkezett. A törvényhozó 2013-ban „gyorsított eljárásban” engedélyezte mind a vényköteles, mind az OTC gyógyszerekkel való internetes kereskedelmet.



2002-ben, a *DocMorris* ítéletet megelőzően az internetes kereskedelem Európában még kivételnek számított:

- piros: még nem szabályozták, vagy tiltották
- sárga: csak az OTC készítményeket engedélyezték
- zöld: mind a vényköteles, mind az OTC készítményeket engedélyezték

Írország: Az internetes gyógyszerkereskedelem deregulációjára 2006-ban került sor. Írországban számos OTC készítmény szupermarketekben is árusítható. Privát forgalmazók, például szupermarket-láncok is postázhatnak készítményeket. Az OTC készítmények teljes kínálatát azonban csak gyógyszerári forgalmazók postázhatják. A vényköteles gyógyszerekkel való internetes kereskedelem mind a mai napig tilos.

Portugália: A portugál parlament 2007-ben dekrétumban engedélyezte az OTC készítményekkel való belföldi és külföldi internetes kereskedelmet. A gyógyszerészeknek engedélyeztetniük kell honlapjaikat az *Infarmed* gyógyszerhatósággal.

Belgium: A belga gyógyszerészek 2009. óta Interneten is árusíthatnak OTC készítményeket. A változás azonban itt is várhatóan bekövetkezik. A Belga Gyógyszerész Szövetség szerint a parlament jelenleg a vényköteles gyógyszerek internetes kereskedelmének engedélyezését készíti elő.

Norvégia: Jóllehet Norvégiában 2001-ben sor került a gyógyszerertári piac deregulációjára (az idegen és többes tulajdon tilalmának feloldása), az internetes kereskedelem még néhány évig tilos volt. A törvényhozó az Európai Bíróság ítéletének hatására döntött az internetes kereskedelem engedélyezése mellett. A láncokban működő forgalmazók 2010. január 1. óta kínálhatnak OTC készítményeket az Interneten. A parlament 2015 végén döntött a vényköteles gyógyszerek engedélyezéséről, a láncokban működő forgalmazók 2016 január óta postázhatnak vényköteles gyógyszereket. Egy további módosítás szerint 2016 január óta bizonyos OTC készítményeket nem gyógyszerertári jellegű forgalmazók is postázhatnak (egyes OTC készítmények ugyanis drogériákban és szupermarketekben is árusíthatók).



• ***Az Internetes gyógyszerkereskedelem helyzete Európában 2007-ben***

Franciaország: A francia parlament 2012 végén fogadta el az OTC készítmények internetes kereskedelmének engedélyezéséről szóló törvényt. 2013. óta mintegy 500 OTC készítmény rendelhető Interneten.

Olaszország: Az első *DocMorris* ítéletet követően egyre több gyógyszerész kezdett Interneten OTC készítményeket kínálni, ám sorra bíróság elé kerültek és be kellett szüntetniük e tevékenységet. Az olasz törvényhozó 2014-ben vette át az Európai Unió gyógyszerhamisításról szóló irányelvét és megteremtette az internetes gyógyszerkereskedelem feltételeit. Olaszországban azonban az internetes kereskedelem továbbra is kiegészítő tevékenységnek számít.

Luxemburg: Egy gyógyszerésznő, aki OTC internetes gyógyszerertárat szeretett volna nyitni, beperelte az államot, mert mindaddig nem reagált sem az Európai Bíróság ítéletére, sem az Európai Unió gyógyszerhamisítás elleni irányelvére. Végül a

törvényhozó beadta a derekát és 2014-ben engedélyezte az OTC gyógyszerekkel való internetes kereskedelmet. A „*Pharmacie de Steinfort*“ most honlapján Luxemburg első internetes gyógyszertáraként hirdeti magát.

Ausztria: Az internetes gyógyszerkereskedelem sokáig politikai kérdés volt. Miközben az osztrák kormány 2015-ig elutasította az OTC készítményekkel való internetes kereskedelem engedélyezését, az európai gyógyszertárak elkezdtek az Ausztriában való internetes forgalmazást. A nyomás hatására aztán az osztrák kormány is feladta és 2015 júniusában engedélyezte az OTC készítmények internetes forgalmazását. A nagy érdeklődés ellenére 2016-ban mindössze 24 közgyógyszertár jelentkezett be az internetes kereskedelemben való részvételre.

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

***Évente négy millió nozokomális fertőzés
a tartós ápolást nyújtó ápolási intézményekben Európában***

Healthcare-associated infections pose a major public health threat in long-term care facilities in Europe. European Centre for Disease Prevention and Control.
2017 April 25

Kulcsszavak: népegészségügy, tartós ápolás, higiénia, nozokomiális fertőzések, Európai Unió, ECDC

Forrás Internet-helye:

http://ecdc.europa.eu/en/press/news/_layouts/forms/News_DispForm.aspx?ID=1604&List=8db7286c-fe2d-476c-9133-18ff4cb1b568&Source=http%3A%2F%2Fecdc%2Eeuropa%2Eeu%2Fen%2FPages%2Fhome%2Easpx

ECDC SURVEILLANCE REPORT Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European long-term care facilities April–May 2013 (64 p.):

<http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/healthcare-associated-infections-point-prevalence-survey-long-term-care-facilities-2013.pdf>

A *European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)* felmérése szerint Európában a tartós ápolást nyújtó ápolási intézményekben évente 4,2 millió, az aktív kórházakban 3,5 millió nozokomiális fertőzés fordul elő. A tartós ápolást nyújtó ápolási intézményekben egy tetszés szerint kiválasztott napon több mint 116.400 ott lakó személy hordozott legalább egy aktív nozokomiális fertőzést.

A *Healthcare Associated Infection in Long-term Care (HALT-2)* felmérésből származó statisztikák ismertetésére a **27. Európai Klinikai Mikrobiológiai Kongresszuson (27. European Congress of Clinical Microbiology & Infectious Diseases – ECCMID)** került sor. A HALT-2 kimutatta, hogy egy tetszőlegesen kiválasztott napon a tartós ápolást nyújtó intézményekben több mint 150.650 ott lakó személy kapott legalább egy antimikrobiális szert.

A felmérésben résztvevő 1.181 intézmény csaknem fele egyet sem valósított meg a jó antimikrobiális gyakorlat 10 kulcsfontosságú eleme közül és tíz központ közül egy nem rendelkezett hozzáféréssel a fertőzések prevenciójára és kontrolljára vonatkozó tanácsadáshoz.

Pete Kinross (ECDC) szerint az intézményekben lakók egészségvédelme érdekében a nozokomiális fertőzések prevenciójára és kontrolljára vonatkozó stratégiák alkalmazása során figyelemmel kell lenni az antimikrobiális szerek körültekintő használatára. A felmérés eredményei a nemzeti hatóságok és a résztvevő intézmények segítségére lehetnek a beavatkozás tervezésében.

***Egyenlőtlenségek az Egyesült Államok megyéi között
a születéskor várható élettartam tekintetében 1980 és 2014 között***

JAMA Internal Medicine(2017; doi: 10.1001/jamainternmed.2017.0918), May 8 2017

Kulcsszavak: demográfia, születéskor várható élettartam, Egyesült Államok

Forrás Internet-helye:

<http://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2626194> ;
<http://www.healthdata.org/research-article/inequalities-life-expectancy-among-us-counties-1980-2014> ;
<http://media.jamanetwork.com/news-item/geographic-disparities-life-expectancy-among-u-s-counties/> ;
<http://www.healthdata.org/about/christopher-jl-murray>

Christopher Murray (Institute for Health Metrics and Evaluation Seattle) tanulmánya szerint a születéskor várható átlagos élettartam az Egyesült Államokban az 1980-as évek kezdete óta több mint öt évvel növekedett, 13 megyében azonban az újszülöttek várható élettartama alacsonyabb mint szüleiké. Az Egyesült Államok gazdag ország, a jólét eloszlása azonban egyenlőtlen, általános biztosítási kötelezettség hiányában nem mindenki részesül az orvostudomány vívmányaiból, ami erőteljes különbségeket eredményez a várható élettartam tekintetében.

Dél-Dakota állam Oglala Lakota megyéjében, ahol indián rezervátum található, a születéskor várható élettartam 2014-ben 66,8 év volt, amely olyan országokéval áll egy szinten, mint Szudán (67,2 év), India (66,9 év) és Irak (67,7 év).

Colorado állam Summit megyéjében, ahol a lakosság 92%-a fehér, a várható élettartam átlagosan 86,8 év. 2014-ben világviszonylatban ez volt a legmagasabb születéskor várható élettartam, megelőzve Andorrát (84,8 év) és Izlandot (83,3 év).

Az egyenlőtlenségek nem csupán az eltérő egészségügyi ellátással függnek össze. Murray ennek arányát az ún. főkomponens-analízissel 27%-ra teszi. Jóval nagyobb befolyást gyakorolnak a „viselkedési és anyagcsere tényezők” (74%), valamint a szocio-ökonómiai és etnikai tényezők (60%), a három komponens között azonban átfedések vannak.

A gyermekhalálozás 1980. óta az Egyesült Államok összes régiójában csökkent és a gazdagabb és szegényebb régiók közötti különbségek is csökkentek, ami az állami gyermekegészségügyi programoknak tulajdonítható. A fiatal felnőtteket már több kockázat fenyegeti. Murray számításai szerint a 25 és 45 év közöttiek halálozási kockázata a megyék 11,5%-ában növekedett. Ez az erőszakkal és a perspektívatlansággal, valamint az ezáltal kiváltott egészségtelen életmóddal függ össze. A halálozás kockázata tekintetében a 45 és 85 év közöttiek korcsoportjában is növekedtek a különbségek.

Murray szerint az egészségügybe fektetett pénz nem minden. Az egy főre eső egészségügyi kiadások összege 2014-ben az Egyesült Államokban 9.237 USD volt. Ausztráliában a születéskor várható életkor 82,3 év volt, magasabb mint az Egyesült Államokban, egy fő egészségére azonban mindössze 4.032 USD-t költöttek. Japánban pedig, ahol a születéskor várható élettartam 83,1 év, az egy főre eső egészségügyi kiadások 3.816 USD-t tettek ki.

Az amerikai orvosok fellépése Trump egészségügyi törvényével szemben

Abutaleb, Y and Morgan D. House: Republicans repeal Obamacare, hurdles await in U.S. Senate. Reuters. 2017 May 4

American College of Physicians Newsroom. America's Frontline Physicians Urge U.S. Senate to Find a New Way Forward with Health Care. American College of Physicians. 2017 May [Cited 2017 May 05]

Kulcsszavak: egészségügy, egészségügyi reform, American Health Care Act (AHCA), American College of Physicians (ACP), Donald Trump, Egyesült Államok

Forrás Internet-helye:

<http://www.reuters.com/article/us-usa-healthcare-idUSKBN18014F> ;

<https://www.acponline.org/acp-newsroom/americas-frontline-physicians-urge-us-senate-to-find-a-new-way-forward-with-health-care>

Az *American College of Physicians (ACP)* felszólította az Egyesült Államok Szenátusát, hogy semmilyen formában ne fogadja el az új egészségügyi törvényt (*American Health Care Act – AHCA*).

Az Egyesült Államok Képviselőháza 2017. május 8-án szűk többséggel, 217 szavazattal 213 ellenében, elfogadta a törvénytervezetet és továbbította azt a Szenátusnak. A törvény elérhetetlenné teszi a biztosítási védelmet a kórelőzményekkel rendelkezők számára, a biztosítottak pedig lemondhatnak olyan fontos szolgáltatásokról, mint a rákszűrés és a terhességgondozás, megrövidíti és korlátozza az államilag finanszírozott egészségügyi ellátás állami támogatását.

Az *American College of Physicians (ACP)*, amely több mint 560.000 orvost és orvostanhallgatót képvisel, csalódottságát és megdöbbenését fejezte ki és felszólította a Szenátust a szervezeteivel való együttműködésre, hogy valóságos, pártatlan megoldások szülessenek a mindenki által hozzáférhető és megfizethető szolgáltatások fedezése érdekében.

Az állásfoglalás hangsúlyozza, hogy a törvénytervezet vitáját megelőzően és annak során az ACP szervezetei folyamatosan konstruktív javaslatokkal álltak elő egy ésszerű megállapodás elérése érdekében. Sajnos a törvénytervezet ebben a szövegváltozatban sérti alapelveinket, drasztikusan növeli az időskorúak költségeit, ami odavezet, hogy emberek milliói veszítik el egészségbiztosításukat, miközben a rendszer visszatér egy olyan állapothoz, amely megengedi a biztosítóknak, hogy diszkriminálják a kórelőzményekkel rendelkező betegeket.

*Sylvia Trent-Adams ellentengernagy, Ph.D., R.N., F.A.A.N.,
az amerikai Szövetségi Közegészségügyi Szolgálat vezetője (Surgeon General)*

Forrás Internet-helye:

https://en.wikipedia.org/wiki/Sylvia_Trent-Adams ;

<https://www.hhs.gov/about/leadership/sylvia-trent-adams/index.html>



Sylvia Trent-Adams (sz. 1965) ellentengernagy az amerikai Szövetségi Közegészségügyi Szolgálat új vezetője (Surgeon General). Virginia államban, Corcord településen egy farmon nőtt fel. Férje Dennis Adams, két lánya van.

Tanulmányok:

- bachelor of science in nursing (*Hampton University*)
- master of science in nursing and health policy (*University of Maryland*)
- doktorátus (*University of Maryland, Baltimore*)
- A *Reserve Officers' Training Corps (ROTC)* képzés elvégzését követően öt évig tiszt volt a *U.S. Army Nurse Corps* onkológiai egységénél a *Walter Reed Army Medical Center*-ben.

Szakmai pályafutása:

- A *Health Resources and Services Administration (HRSA)* főigazgató-helyetteseként részt vett a 2,3 milliárd USD összegű *Ryan White HIV/AIDS Treatment Extension Act of 2009 (Ryan White HIV/AIDS Program)*, amely biztosítással nem rendelkező HIV/AIDS betegek kezelésére irányult.
- 1992-től a *US Public Health Service Commissioned Corps* munkatársa.
- Több egyetem (*University of Maryland, Hampton University*) kutatója és előadója.
- Klinikai gyakorlata a traumákra, onkológiára, népegészségügyre és fertőző betegségekre irányul.
- A *Federal Public Health Nurse Leadership Council* és a *Federal Nursing Service Council* elnöke.
- **2013. novembertől: USPHS chief nurse officer**

2017. április 21. óta: Surgeon General

Prof. Dr. Emmanuelle Charpentier
a Max-Planck-Forschungsstelle für die Wissenschaft der Pathogene igazgatója

Forrás Internet-helye: https://en.wikipedia.org/wiki/Emmanuelle_Charpentier



Sz. 1968. december 11. Juvisy-sur-Orge (Franciaország)

Tanulmányok:

Université Pierre et Marie Curie (Párizs): mikrobiológia, genetika, biokémia
1992-1995: Posztgraduális képzés, doktorátus: *Institut Pasteur* (Párizs)

Szakmai pályafutása:

1993-1995: *Université Pierre et Marie Curie*: egyetemi tanársegéd
1995-1996: *Institut Pasteur*: posztdoktori kutató
1996-1997: *Rockefeller University (New York)*: posztdoktori kutató
1997-1999: *New York University Medical Center*: Assistant Research Scientist
1999: *St. Jude Children's Research Hospital*: *Research Associate*
1999-2002: *Skirball Institute of Biomolecular Medicine (New York)*: Research Associate
2002-2004: *Zentrum für Molekulare Biologie der Universität Wien*: vendégprofesszor;
2006. óta privát docens; a Molekuláris Biológiai Centrumnál habilitált
2009-2014: *Laboratory for Molecular Infection Medicine Sweden (MIMS) Umeå University*: associate Professor; 2014-től visiting Professor
2013-2015: *Helmoltz Zentrum für Infektionsforschung (Braunschweig)*: főosztályvezető és W3 professzor; 2014-től Alexander von Humboldt professzor
2015-től: a *Max Planck Institut für Infektionsbiologie (Berlin)* igazgatója (a svéd *Umeå University*-n való visiting professzori státuszának megtartásával)
2017 áprilistól: a Max-Planck-Forschungsstelle für die Wissenschaft der Pathogene igazgatói teendőit is ellátja.

Charpentier legfontosabb tudományos teljesítménye, hogy Jennifer Doudna laboratóriumával együttműködésben részt vett a CRISPR-Cas9 genetikai technológia kidolgozásában, amely lehetővé teszi a tudósok számára, hogy a DNS-t a sejtekben változtassák meg.

Ann Marie O'Grady a HealthManagement.org új főszerkesztője
HealthManagement, Volume 17 - Issue 2, 2017

Forrás Internet-helye:

<https://healthmanagement.org/c/healthmanagement/issuearticle/ann-marie-o-grady-new-healthmanagement-org-exec-editor-in-chief-1>



Ann Marie O'Grady, a HealthManagement.org új főszerkesztője

Tanulmányok: *University College Dublin*: pszichoterapeuta

Posztgraduális képzések: vezetőképzés, kommunikáció, coaching

A Leopardstown Park Hospital, Dublin főigazgatója

Számos kórházvezetői és menedzseri posztot töltött be az ír és az új-zélandi egészségügyben.

A *e-Journal Health Manager*-t kiadó *Health Management Institute of Ireland* szerkesztőbizottságának tagja és tiszteletbeli szerkesztője.

Az Európai Kórházigazgatók Szövetsége (European Association of Hospital Managers) szerkesztőségi bizottságának és kommunikációs munkaközösségének tagja.

Prof. Dr. Michael Simon – Sandra Mehmecke:
Nurse to Patient Ratios. Nemzetközi áttekintés a minimális személyzeti követelményekről a kórházi ápolás területén – egységes szerkezetben

Working Paper der Forschungsförderung
der Hans-Böckler-Stiftung, Nr. 27, Februar 2017. (156 p.)

Kulcsszavak: ápolás, ápolószemélyzet, minimális személyzeti követelmények, nemzetközi

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

Az összefoglaló a Böckler Impuls 2017. 3. számában is:

http://www.boeckler.de/107394_107417.htm ;

http://www.boeckler.de/Boeckler_Impuls_2017_03_Gesamtausgabe.pdf

Általános ismertetés

A mindennapi kórházi munka gyakran feszültségektől terhes. Ennek egyik oka az egyes osztályok gyér személyzeti lefedettsége. A megoldás az lenne, ha az ápolási szolgálatban rögzítenék a személyzettel való ellátottság kulcsát. A *Hochschule Hannover* és a *Medizinische Hochschule Hannover* kutatói annak jártak utána, hogy világviszonylatban milyen minimális személyzeti követelményeket támasztanak a kórházi ápolás területén.

A nővérek és a betegek közötti arány nemcsak a minőség és a munkakörülmények mérésének fontos eszköze, hanem az az ápolás minőségét és a betegek gyógyulását is befolyásolja. Empirikus vizsgálatok szerint a személyzet létszáma egyebek között a fertőzések, trombózisok kockázatára, valamint a túl későn felismert komplikációk miatti halálesetekre is kihat. Az egészségpolitika elsősorban kötelező minimális standardok bevezetésével korrigálhatja a helyzetet. A szerzők a szakirodalomban és Interneten fellelhető példákat kutattak fel a minimális személyzeti követelmények alkalmazására vonatkozóan.

A minimális személyzeti követelmények az Egyesült Államok és Ausztrália rendszerében vannak jelen a legpregnansabban. Kaliforniában törvény szabályozza a nővér-beteg-arányt (*Nurse-to-Patient-Ratio*) a kórházi osztályokon, a sürgősségi és a szülészeti osztályokon, Massachusetts-ben az intenzív osztályokon. Ebben a tekintetben az ellátási szint és az adott műszak szerint különböző arányokat határoznak meg. Ausztrália két szövetségi

államában jogszabály, a többi szövetségi államban a tarifaszervezők szabályozzák a személyzeti kulcsot, amelynek segítségével sikerül teljes mértékben fedezni az ápolási szolgálatok szükségleteit.

A jogszabályban rögzített személyzeti kulcsok általában minimumfeltételt jelentenek. A kórházak kötelesek felmérni minden egyes beteg szükségleteit és szükség esetén bővíteni a személyzet létszámát. Azt, hogy a szükségletfelmérés során milyen eszközök alkalmazandók, rendszerint a kórházvezetés és az ápolószemélyzet közös bizottságaiban döntenek el. Az ilyenszerű grémiumok az állami testületek mellett az előírások betartásának felügyelete tekintetében is illetékesek. Szabálysértés esetén pénzbírságtól a működési engedély visszavonásáig terjedő szankciók alkalmazhatók.

Az értékelés szerint összesen tizenkét amerikai szövetségi államban alkalmaznak a személyzeti kulcsokra vonatkozó előírásokat. A kórházak többsége kötelezettséget vállal paritásos összetételű bizottságok felállítására, amelyek kidolgozzák a kötelező személyzeti terveket. Egyébként a kutatók Japánban, Dél-Koreában, Tajvanon és Belgiumban is hasonló megoldásokon dolgoznak. Az Egyesült Államoktól eltérően Ausztráliában a kormányzati elképzelések nem nővér-beteg, hanem nővér-ágy-reláción alapulnak (*Nurse-to-Bed-Ratio*). Ez azt jelenti, hogy az álláshelyek száma az átlagosan kihasznált ágyakéhoz igazodik. Mivel azonban az átlagértékek kevés információt nyújtanak a ténylegesen rendelkezésre álló személyzetre és az ágykihasználtságra vonatkozóan, a szerzők szerint ez a megközelítés csak korlátozott mértékben alkalmazható.

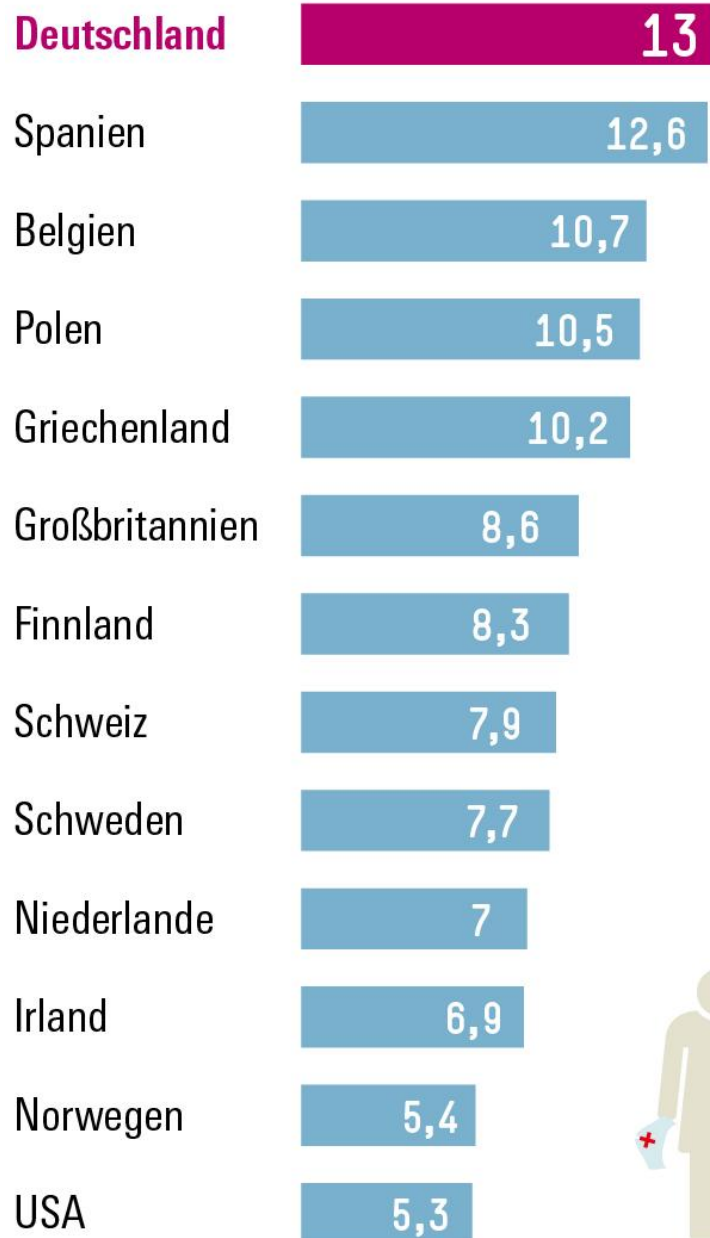
Németország ebben a tekintetben kullogónak számít. A **Közös Szövetségi Bizottság (Gemeinsamer Bundesausschuss)** csak az újszülött intenzív osztályok tekintetében határozott meg minimális követelményeket a kórházfenntartók és a betegpénztárak számára, amelyek gyakorlatilag 2017 elején léptek volna hatályba. Általános kötelező jellegüket azonban az igen messzemenő végrehajtási utasítások miatt gyakorlatilag felfüggesztették.

Ebben a tekintetben tehát sürgősen kötelező irányelveket kellene bevezetni. Az RN4CAST nemzetközi összehasonlító vizsgálat szerint 2012-ben az Egyesült Államokban egy ápolóra 5,3, Hollandiában 7, Svédországban 7,7, Svájcban 7,9, Németországban 13 beteg jutott.

Ennyi beteg jut egy ápolóra:

Deutscher Pflegenotstand

So viele Patienten kommen auf
eine Pflegefachkraft in ...



Quelle: Simon, Mehmecke 2017
Grafik: bit.do/impuls0658

Hans Böckler
Stiftung 

Az Egyesült Államok szövetségi államainak szabályozási modelljei

Az ápolási szolgálat személyzeti követelményeire vonatkozóan Kaliforniában több mint egy évtizede bevezetett szabályozást nagy nemzetközi érdeklődés fogadta. A szakszervezetek és a szakmai szövetségek 1990-es években folytatott kampányának eredményeként a kaliforniai parlament 1999-ben törvényt fogadott el a kórházak ápolószemélyzettel való ellátásának minimális követelményeiről. A rendelkezések 2004-ben léptek hatályba és mind amerikai, mind szélesebb nemzetközi vonatkozásban hivatkozási ponttá váltak.

2015 végéig még 13 további amerikai államban vezettek be minimális követelményeket az ápolói állások betöltésére vonatkozóan. Az amerikai modellek három csoportra tagolhatók:

– Az első modell szerint konkrétan előírják a minimális személyzeti követelményeket az ápolók és betegek relációjában. Ezt az utat követte Kalifornia. Massachusetts államban jogszabály írja elő az intenzív osztályokon alkalmazandó minimális személyzeti feltételeket: a betegek ápolási szükségleteinek megfelelően 1:1 vagy 1:2 ápoló/beteg arány szerint.

– Nyolc szövetségi államban a kórházakat ápolói személyzeti bizottságok (*Nurse Staffing Committees*) felállítására kötelezik. A bizottságokban paritásosan vesznek részt az ápolási menedzsment és a direkt ápolótevékenységet végző személyzet képviselői, akik közösen állítják össze az osztályok személyzeti beosztását. A kórházat törvény kötelezi a státuszok tervezésére és annak betartására. Ilyen szabályozásokat alkalmaznak Connecticut, Illinois, Nevada, Ohio, Oregon, Texas és Washington államban. Maine államban ugyancsak törvény írja elő a *Core Staffing Plan* összeállítását, amely a *Joint Commission* által megszabott standardoknak megfelelően szabja meg a minimális személyzeti követelményeket.

– A harmadik modell jogszabály alapján kötelezi a kórházakat a státuszok tényleges betöltésének nyilvánosságra hozatalára vagy az illetékes hatóság felé való bejelentésre. Ilyen szabályozásokat alkalmaznak New Jersey, New York, Rhode Island és Vermont államban. Illinois személyzeti bizottság (*Nurse Staffing Committee*) felállítását és személyzeti terv (*Staffing Plan*) összeállítását is megköveteli.

Az Amerikai Ápolók Szövetsége (American Nurses Association – ANA) már hosszú ideje követeli egy megfelelő szövetségi törvény elfogadását, a képviselőház azonban 2015 áprilisában elutasította a „***Registered Nurse Safe Staffing Law***“ tervezetét.

Kalifornia

Kalifornia állam már 1975-ben 1:2 arányban szabályozta az ápoló/beteg viszonyt az intenzív osztályokon. Az 1990-es évek elején felmerült, hogy ezt az aktív kórházak többi területére is kiterjesszék, erről azonban lemondtak. Ehelyett egy beteg-klasszifikációs rendszer bevezetésére került sor, amely a

betegek individuális ápolási szükségleteinek felmérésére kötelezi a kórházakat. Az erre vonatkozó rendelet 1997. január 1-én lépett hatályba.

A kaliforniai szabályozás tartalmi elemei

Az ápolói állásokra vonatkozó minimális követelményeket az egészségügyi minisztérium rendelete szabályozza, amely a következőket tartalmazza:

- A normatíva meghatározza az állások regisztrált ápolókkal (*Registered Nurses – RNs*) és licenccel rendelkező hivatásos ápolókkal (*Licensed Vocational Nurses – LVNs*) való minimális betöltését. Amennyiben az előírt betegklasszifikációs rendszer ezt megköveteli, további személyzetet kell beállítani.
- Regisztrált ápolók nem alkalmazhatók, amennyiben nem igazolják az adott területen megkövetelt kompetenciákat és nem rendelkeznek az adott területen való avatottsággal. Ez elsősorban a határozott időre alkalmazott munkaerőre vonatkozik.
- Vidéken eltekinthetnek az előírástól, amennyiben ez nem veszélyezteti a betegek egészségét. A járási kórházak az egészségügyi minisztériummal egyetértésben egy fokozatos folyamat keretében egy évig eltérhetnek az előírástól.

Az ápoló/beteg relációra vonatkozó szabályok (*Nurse-to-Patient Ratio Regulations*) 2004-ben léptek hatályba. Ezek legfontosabb tartalmi elemei a következők:

A rendelet szabályozza a különböző osztályokon és szervezeti egységekben biztosítandó ápoló/beteg arányt. Rögzíti, hogy műszakonként maximális betegszámra hány szakképzett ápolónak kell rendelkezésre állnia. Az állásokat licenccel rendelkező ápolókkal („*Licensed Nurses*“) kell betölteni. Kaliforniában ide sorolják a regisztrált ápolókat („*Registered Nurses*“ – *RNs*) és a licenccel rendelkező hivatásos ápolókat („*Licensed Vocational Nurses*“ – *LVNs*). Az ápolói képzettséggel nem rendelkező ápolószemélyzetre vonatkozóan nincs külön kitétel, a modell felfogása szerint őket a szakképzett személyzetten kívül alkalmazzák.

Massachusetts

Massachusetts állam 2014 szeptember végén vezette be az aktív kórházak intenzív osztályain alkalmazandó minimális személyzeti követelményeket, amelyek elnevezése nem *Nurse-to-Patient Ratio*, hanem „*Patient Assignment Limits*“.

A massachusettsi szabályozás tartalmi elemei

Massachusetts lényegében a kaliforniai modellt követi. Az intenzív osztályokon műszakonként a betegek egészségi állapotának megfelelően egy ápolóra nem juthat több mint egy, vagy maximum két beteg.

A felső határ meghatározása a kórházak azon kötelezettségével függ össze, hogy vagy maguk dolgoznak ki, vagy másoktól vesznek át egy instrumentumot (*Acuity Tool*) a betegek intenzív osztályon való ápolási szükségleteinek becslésére. Ennek teljesítenie kell az állam egészségügyi minisztériumának

követelményeit, csak az egészségügyi minisztérium által tanúsított instrumentumok alkalmazhatók.

Az értékelési instrumentum kialakítása vagy kiválasztása céljából egy bizottság (*Advisory Committee*) felállítására kerül sor, amelyben az intenzív osztályon működő ápolók legalább 50%-os arányban vesznek részt. Ezeknek az ápolóknak direkt ápolótevékenységet kell végezniük, nem tartozhatnak az ápolási menedzsmenthez.

Oregon

Oregon állam 2001-ben hozott törvényt a minimális személyzeti követelmények bevezetésére és a személyzeti bizottságok („*Nurse Staffing Committees*“) felállítására vonatkozóan. A törvény módosítására 2016-ban került sor, amit az ápolók ernyőszervezete pozitívan értékelt.

Az oregoni szabályozás tartalmi elemei

A 2016. január 1. óta hatályos törvény szerint a kórházaknak Oregonban a következő előírásokat kell betartaniuk:

- Minden kórház köteles „*Nurse Staffing Committee*“ felállítására.
- A bizottságban paritásosan vesznek részt az ápolási menedzsment és a direkt ápolótevékenységet végző ápolószemélyzet képviselői. Irányításban egyenlő jogokkal vesz részt az ápolási menedzsment és a direkt ápolótevékenységet végző ápolószemélyzet egy-egy képviselője.
- A bizottságnak („*Nurse Staffing Committee*“) írásos személyzeti tervet („*Nurse Staffing Plan*“) kell készítenie minden olyan osztály részére, ahol ápolószemélyzet működik.
- A bizottság legalább háromhavonta ülésezik, szükség esetén gyakrabban is.
- A bizottság megbeszélései az ápolószemélyzet számára nyilvánosak. Minden ülésről jegyzőkönyv készül, amelyet méltányos határidőn belül az ápolószemélyzet rendelkezésére bocsátanak.

New Jersey

A New Jersey-ben érvényes szabályozás tartalmi elemei

New Jersey állam 2005-ben kötelezte a kórházakat, hogy hozzanak nyilvánosságra részletes információkat az ápolói állások tényleges betöltésére vonatkozóan. Az általános kórházaknak minden egyes műszak végén rögzíteniük kell, hogy a direkt ápolásban hány *Registered Nurse*, *Licensed Practical Nurse*, *Certified Nurse Aids* és más regisztrált vagy licenccel rendelkező egészségügyi dolgozó működött közre és érdeklődés esetén erről tájékoztatást kell adniuk. A kórházaknak havonta tájékoztatniuk kell az egészségügyi minisztériumot a státuszok betöltéséről, amit a minisztérium megfelelő formában (Interneten) nyilvánosságra hoz. Amennyiben egy kórház nem teljesíti tájékoztatási kötelezettségét, a minisztérium bírságot róhat ki.

New Jersey állam egészségügyi minisztériumának honlapján külön jelentés formájában rendelkezésre állnak minden egyes kórház személyzeti adatai. Az ott

megtekinthető jelentések részletes adatokat tartalmaznak minden egyes egység státuszainak átlagos betöltéséről az utolsó negyedév vége vonatkozásában.

A honlap azonban nyomatékosan utal arra, hogy az adatok óvatossággal interpretálандók, a betegek ápolási és kezelési szükségletei tekintetében pedig jelentős különbségek vannak, amelyek azonban nem kerülnek rögzítésre. Ilyen értelemben különbségek lehetnek a *Nurse-to-Patient Ratio* tekintetében, ami a kórház által nyújtott ellátás jellegéből (alapellátás vagy maximális ellátás), valamint a betegek különböző mértékű ellátási szükségleteiből adódik.

Ausztrália

Az ausztrál szövetségi államok szabályozási modelljei

Az ápolók és betegek közötti arányt Ausztrália két szövetségi államában, Victoria és Queensland államban szabályozza törvény vagy egyéb jogszabály. Több további szövetségi államban az állami egészségügyi intézmények ápolószemélyzetre vonatkozó követelményei a bérszerződések részét képezik. A legelterjedtebb módszer az ún. *Nursing Hours Per Patient Day (NHPPD)*, ami az ápolószemélyzet által naponta egy betegre fordítandó, percekben kifejezett nettó munkaidőt fejezi ki.

Victoria állam

Victoria államban 2000-ben vezették be az állami kórházakban kötelező módon betartandó ápoló/beteg arányokat, amelyek a bérszerződések részét képezik. A törvény minden államilag finanszírozott és állami forrásokból is részesülő privát kórházra kiterjed.

A szabályozás tartalmi elemei

A törvény legfontosabb eleme az ápolók és betegek száma közötti arány (*Nurse-to-Patient Ratio*) meghatározása. Az arányszámok az adott kórház által nyújtott ellátás szintjéhez, az osztály jellegéhez és a műszakokhoz igazodnak. A kórházak által nyújtott ellátás szintjét a törvény minden egyes kórházra vonatkozóan tételesen felsorolja (1-es szint a legmagasabb, a 4-es a legalacsonyabb). Az arányszámok csak minimális követelményt jelentenek. A törvény fogalommeghatározásai az ápolók két kategóriáját tartalmazzák: *Registered Nurses (RNs)* és *Enrolled Nurses (ENs)*. Az ENs-ek aránya nem haladhatja meg a 20%-ot.

Victoria állam Kaliforniához hasonlóan ebbe az arányba nem számítja bele a vezető ápolókat, de explicit előírja az egyes osztályokon működő vezető ápolók számát. A törvény előírja, hogy az ágyakkal rendelkező osztályokon a közvetlen ápolószemélyzet mellett minden műszakban egy vezető ápoló (*Nurse in Charge*), a sürgősségi betegfelvételnél pedig egy speciálisan képzett *‘Triage Nurse’* is álljon rendelkezésre.

Az előírás nemcsak a jelenlevő, hanem a várható betegek számára is kiterjed. Alapelv, hogy újabb ágyak csak akkor tölthetők be, ha az arány betartása érdekében megfelelő létszámú ápolószemélyzet áll rendelkezésre. A törvény a felfelé vagy lefelé való kerekítés elveit is tartalmazza azokra az esetekre, ha a betegek számának az arányszámmal való elosztása nem eredményez kerek számot:

– Ha a betegek tényleges vagy várható száma 50%-os vagy annál alacsonyabb mértékben követeli meg egy további ápoló beállítását, nem szükséges további ápolót beállítani, hacsak ez nem veszélyezteti a betegellátás biztonságát.

– Ha a betegek tényleges vagy várható száma 50%-os vagy annál magasabb mértékben követeli meg egy további ápoló beállítását, be kell állítani még egy ápolót.

2. táblázat: *Ápoló/beteg arányok (Nurse-to-Patient Ratios) Victoria államban*

	Korai műszak	Második műszak	Éjszakai műszak
Általános osztály (ápoló:beteg)			
1-es szintű kórházak	1:4 + 1 vezető ápoló	1:4 + 1 vezető ápoló	1:8
2-es szintű kórházak	1:4 + 1 vezető ápoló	1:5 + 1 vezető ápoló	1:8
3-as szintű kórházak	1:5 + 1 vezető ápoló	1:6 + 1 vezető ápoló	1:10
4-es szintű kórházak	1:6 + 1 vezető ápoló	1:7 + 1 vezető ápoló	1:10
Sürgősségi felvétel (ápoló:ágy)			
Sürgősségi felvétel 1. csoport	1:3 + 1 vezető ápoló + 1 Triage Nurse	1:3 + 1 vezető ápoló + 1 Triage Nurse	1:3 + 1 vezető ápoló + 1 Triage Nurse
Sürgősségi felvétel 2. csoport	1:3 + 1 vezető ápoló + 1 Triage Nurse	1:3 + 1 vezető ápoló + 1 Triage Nurse	1:3 + 1 vezető ápoló + 1 Triage Nurse
Sürgősségi felvétel 3. csoport	1:3 + 1 vezető ápoló + 1 Triage Nurse	1:3 + 1 vezető ápoló	1:3 + 1 vezető ápoló
Műtő és ébresztő szoba			
Műtő	1 műtős szakasszisztens + 1 műtős asszisztens (legalább Enrolled Nurse) + 1 aneszteziológiai szakápoló minden műtőben		
Ébresztő szoba	1:1 minden még fel nem ébredt betegre minden műszakban		
Speciális osztályok (ápoló:beteg)			
Kardiológiai megfigyelő egység	1:2 + 1 vezető ápoló	1:2 + 1 vezető ápoló	1:3
Intermediate	1:2	1:2	1:2

Care Station (IMC)	+ 1 vezető ápoló	+ 1 vezető ápoló	
Palliatív osztály	1:4 + 1 vezető ápoló	1:5 + 1 vezető ápoló	1:8
Rehabilitációs osztály	1:5 + 1 vezető ápoló	1:5 + 1 vezető ápoló	1:10
Geriátriai rehabilitáció	1:5 + 1 vezető ápoló	1:6 + 1 vezető ápoló	1:10

Queensland

Queensland-ben az ápolói állások betöltésének szabályait nemcsak törvény és rendelet szabályozza, hanem ezekre az egészségügyi minisztérium és a szakszervezetek közötti bértmegállapodások is kiterjednek. Az állami egészségügyi szolgálatról szóló törvény (*Hospital and Health Board Act 2011*) 2016-ban egy új fejezettel bővült: „*Minimum nurse-to-patient ratios, midwife-to-patient ratios and workload standard*“, amely általános előírásokat tartalmaz az ápolószeméllyel való ellátottságra vonatkozóan, továbbá rendelkezés kibocsátására hatalmazza meg az állami egészségügyi intézményeket a minimális személyzeti követelmények meghatározására vonatkozóan. A törvény meghatalmazást ad a kormánynak egy kötelező *Workload Standard* kidolgozására, amely tartalmazza a személyzet tervezésének és az ápolószemélyzet biztosításának feltételeit.

A szabályozás tartalmi elemei

A törvény fogalom meghatározásai az ápolók két kategóriáját ismerik el: *Registered Nurses* és *Enrolled Nurses*.

A törvény alapján kibocsátott rendelet (*Hospital and Health Board Regulation 2012*) előírásokat tartalmaz az ápolók és betegek közötti arányra vonatkozóan az állami kórházakban. A minimális személyzeti követelmények 2016. július 1-től alkalmazandók az állami aktív kórházak felnőtteket kezelő általános osztályain, függetlenül az osztály specialitásától. Az arányokat csak műszakok szerint differenciálják. A feltételek:

- korai műszakban 1:4 arány
- második műszakban 1:4 arány
- éjszakai műszakban 1:7 arány.

Bizonyos modulok konkrét feltételeket tartalmaznak az ápolószemélyzet létszámára vonatkozóan, ami rendszerint minimális követelményt jelent (pl. általános osztályok, neonatológia, sürgősségi felvétel). Intenzív osztályokon (felnőtt és gyermek) viszont konkrétan megszabják az ápolók és betegek közötti arány feltételeit:

- A direkt betegápolásban résztvevő összes ápolónak *Registered Nurse*-nek kell lennie.
- A lélegeztetett és hasonlóan súlyos eseteknél betartandó az 1:1 ápoló/beteg arány.

- Minden négy betegnél, akiknél követelmény az 1:1 személyzeti arány, a direkt ápolásban közreműködő RN-ek mellett, még egy RN-t kell biztosítani.
- Ha az intenzív osztályra új beteget vesznek fel, legalább két RN-nek kell rendelkezésre állnia.

Business planning framework

A személyzeti szükséglet tervezése és számítása tekintetében kötelező keretrendszert az Egészségügyi Minisztérium és a *Queensland Nurses' Union* közösen dolgozta ki, közzétételére 2001-ben került sor.

Nursing and Midwifery Workload Management Standard

A *Hospital and Health Boards Act 2011* kötelezte a kórházakat és más egészségügyi intézményeket az Egészségügyi Minisztérium által kidolgozandó *Workload Management Standard* betartására. A standard kibocsátására 2016-ban került sor. Ez explicit módon a *Business Planning Framework*-on alapul és nagy vonalakban annak elveit követi.

Új-Dél-Wales

Négy ausztrál szövetségi államban, ahol még nem léteznek az ápolók és betegek közötti arányra vonatkozó jogszabályok, már régóta alkalmaznak bérmegállapodásokat, amelyek a bérek és a munkaidő mellett a státuszok betöltésére vonatkozó előírásokat is tartalmazzak. Ezek az államok: Új-Dél-Wales, Dél-Ausztrália, Tasmánia és Nyugat-Ausztrália.

A bérmegállapodások tartalmi elemei

Új-Dél-Wales-ben az ápolók szükséglettervezése az egy betegre és egy napra lebontott ún. „*Nursing Hours Per Patient Day*“ (**NHPPD**) alapján történik. Az NHPPD átlagértékeket jelent és a kórházak és osztályok ellátási szintje szerint differenciált. Ezt a személyzet tervezése tekintetében egy hétre dolgozzák ki. Mivel ezek nem minden napra és nem minden műszakra vonatkoznak, a személyzet beosztása a műszakokban és a hét egyes napjain a munkaintenzitás változásának megfelelően változhat. Ez rugalmasabbá teszi a személyzet beosztását. A hatályos szabályozás azt is lehetővé teszi, hogy NHPPD helyett ápoló/beteg arányok alkalmazására kerüljön sor.

A legfontosabb szabályok:

- *Az NHPPD tárgyi hatálya:* Az NHPPD alkalmazása csak az osztályok és egységek egy részére terjed ki. Nem érinti például az intenzív osztályok minden típusát, az egynapos kórházi ellátást, a gyermekgyógyászatot, a szülészeti osztályokat és szülőszobákat, a sürgősségi felvételi egységeket.
- *A személyzet beszámítása:* A követelmények teljesítéséhez csak a közvetlen betegellátásban közreműködő ápolószemélyzet számítható be. A vezető ápolók ebből nyomtatékosan kimaradnak.
- *A betegek száma:* A személyzeti szükséglet kiszámításához alkalmazandó betegszám az ágykihasználtsági statisztika éves átlagértékéből vezetendő le, de figyelembe veendő a releváns időszakos ingadozások.

- *Reasonable Workload Committee (RWC)*: Minden egyes kórházban fel kell állítani egy bizottságot, amelyben azonos arányban vesznek részt a munkaadó és a szakszervezetek képviselői. Ez a munkával való megterheltségre vonatkozó konzultáció és konfliktuskezelés fóruma, továbbá ennek kell javaslatokat tennie az ágyak működésből kivonására vagy ismét működésbe helyezésére vonatkozóan.
- *Problémamegoldás a személyzet alulfedezettsége esetén*: További részmunkaidős ápolók beállítása, túlóra, az ápolási eljárások prioritizálása, vagy a betegek más osztályra való áthelyezése, ahol elégséges személyzet áll rendelkezésre. Szükség esetén a kórházvezetés elrendelheti a betegfelvétel felfüggesztését az adott osztályon.
- *A feltételek betartásának ellenőrzése*: Az RWC a szűrőpróbaszerű ellenőrzések keretében bármikor tájékoztatást kérhet a feltételek betartásáról az osztályok vezetőitől. Ha felmerül az alulfedezettség ténye, a kórházvezetésnek haladéktalanul intézkednie kell a hiányosság megszüntetése érdekében.
- *Panaszkezelés*: Túl nagy munkamegterheltségre vonatkozó panasszal elsősorban az adott osztály vezetőjéhez kell fordulni. Ha nincs megoldás, a problémát az ápolási igazgató elé kell tární. Ha itt sincs, akkor azt az RWC elé kell terjeszteni. Ha ez sem vezet eredményre, a szakszervezet és a minisztérium közötti konzultáció keretében kell megoldást keresni. Ha pedig ez is kudarcot vallana, a problémát döntés céljából az *Industrial Relations Commission* elé kell bocsátani.

Ázsiai országok: Japán, Dél-Korea, Tajvan

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 ápolószemélyzettel 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 ápolószemélyzettel 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.

Európai országok

Belgium

Belgiumban már 1988. óta alkalmaznak minimális személyzeti követelményeket az orvosi és ápolószemélyzet vonatkozásában. Különböző publikációk szerint a feltétel, hogy 12 ápolóra 30 ágy jutna. Ezek azonban részben tévesen azt feltételezik, hogy a 12 ápoló/30 ágy reláció 24 órás időtartamra vonatkozna, ami azt jelentené, hogy a szabályozás szerint 7,5 betegre műszakonként egy ápolót kellene biztosítani. A belga minimális személyzeti követelmények azonban nem jelentenek kötelezően betartandó arányszámokat, csupán annyit rögzítenek, hogy egy-egy osztályon vagy területen hány teljes munkaidős státuszt kell biztosítani. A pszichiátriai osztályokon konkrétan szabályozzák az éjszakai és nappali minimális létszámokat – más szakterületeken azonban az előírások kizárólagosan egy adott kihasználtság (rendszerint 80%) melletti átlagosan kihasznált ágyakra kivetített teljes munkaidős státuszokra vonatkoznak. Így megállapítható, hogy a belgiumi szabályozás nem ápolók/betegek közötti (*Nurse-to-Patient Ratios*), hanem ápolók/ágyak közötti arányok (*Nurse-to-Bed Ratios*) egy bizonyos változatára vonatkozik.

Az állami szabályozás tartalmi elemei

A kórházak működési engedélyének kibocsátásával összefüggő feltételeket az 1964-ben elfogadott és 1987-ben módosított kórházügyi törvény tartalmazza. Az engedélyezés során támasztott elvárások kiterjednek a minimális személyzeti követelményekre, a személyzet (orvosok, ápolók, terápiás személyzet, fizio- és ergoterapeuták) képzettségére és teendőire, az építési szabályokra és az üzemeltetésre.

A minimális személyzeti követelmények a kórházfinanszírozás rendszerével függnek össze. A kórházi ellátás finanszírozása összességében öt részre tagolódik:

- 1) Az APR-DRG-rendszeren alapuló prospektív finanszírozási rendszer System („*All Patient Refined Diagnosis Related Group*”)
- 2) Kezelésként fizetendő összeg (nomenklatúra), az ún. „pénzügyi költségvetés”
- 3) Gyógyszerbűdzsé
- 4) A kórházak és a Nemzeti Egészségügyi és Balesetbiztosítási Intézet közötti individuális költségvetési megállapodások
- 5) A betegek direkt befizetései.

A pénzügyi költségvetés a kórház tulajdonképpeni költségvetésének felel meg és három részre tagolódik: A (beruházási költségek), B (üzemeltetési költségek), C (korrekciós intézkedések). A B rész B1-B9 alfejezetekre tagolódik: általános üzemeltetési költségek (igazgatás, karbantartás, mosoda stb.), valamint orvostechnikai osztályok költségei.

A kórház költségvetése egy fix és egy változó bűdzséből tevődik össze. A fix bűdzsé direkt módon a kihasznált ágyak számára (az ágykihasználtságra)

vonatkozik. Ennek kiindulópontját a különböző osztályok és területek számára 1988-ban meghatározott minimális személyzeti követelmények képezik. Az ápolószemélyzetre fordított költségek kiszámítására a kormány által szakterületek szerint meghatározott személyzeti standardok (nomenklátúra) alapján kerül sor. Az alapfinanszírozást a kórház strukturális jellemzői határozzák meg, azt a költség „funkcionális” részeként kezelik. A költség bázisegységének kiszámítása érdekében a minimális személyzeti standardokat egy pontrendszerbe konvertálják. Pl. szakmailag kimutatott ágyanként minden műtőre, baleseti és sürgősségi egységre egy bizonyos pontszámot állapítanak meg.

A változó költség kiszámítása az ápolói munkavolumen alapján történik. Belgium 1988. óta egy „*Nursing Minimum Data Set*“-et (B-NMDS) alkalmaz, amely a belgyógyászati, sebészeti, gyermekgyógyászati és intenzív osztályokra érvényes. Ezt első alkalommal 2007-ben dolgozták át. A kórházfinanszírozás 2014-ben bevezetett reformja előírta, hogy az ápolói munkavolumen B-NMDS alapján történő kiszámítása helyett azt fokozatosan ápolói esetátalányokkal („*Nursing Related Groups*” – *NRGs*) helyettesítsék. Az *NRG*-k az átdolgozott B-NMDS 78 ápolói műveletén, ill. ápolói diagnózisán alapulnak. A 24 óras alapon vett ápolói munkavolumenben a szakterület és a beteg életkora mellett 21 *NRG* szerepel.

Németország

Németországban a kórházi ápolás területén eddig nem került sor szövetségi szintű szabályozások bevezetésére a kórházi ápolás minimális személyzeti követelményeire vonatkozóan. Az egyetlen ilyen norma a ***Közös Szövetségi Bizottság (Gemeinsamer Bundesausschusses – G-BA)*** neonatológiai irányelve, amely szövetségi szinten meghatározza a kötelező betegbiztosítás keretében engedélyezett kórházak minimális személyzeti standardjait (G-BA 2015). Másrészt egyes tartományok, mint Észak-Rajna-Vesztfália és Berlin, a tartományi kórházügyi tervekben egyes kórházi területek vonatkozásában minimális személyzeti követelményeket fogalmaztak meg.

A Közös Szövetségi Bizottság neonatológiai irányelve

A neonatológiai irányelv tartalmi elemei:

- A szülőszoba vezetője főállású bábaasszony, vagy vezetői tanfolyamot végzett szülészeti segédápoló.
- A szülőszobában 24 órán keresztül biztosítani kell egy bábaasszony vagy szülészeti segédápoló jelenlétét.
- Mindig készenlétben kell tartani egy második bábaasszonyt/szülészeti segédápolót is.
- A vajúdszobában biztosítani kell egy bábaasszony/szülészeti segédápoló állandó elérhetőségét.
- A neonatológiai intenzív osztály vezetőjének vezetői tanfolyami végzettséggel kell rendelkeznie.

- A neonatológiai intenzív osztály személyzete egy betegápolóból és gyermekápolóból áll.
 - Az I-es ellátási fokozatban a teljes munkaidős ápolók 40%-ának, a II-es ellátási fokozatban 30%-ának „pediátriai intenzív ápolói” szakképzettséggel kell rendelkeznie.
 - Műszakonként legalább egy betegápolói és gyermekápolói szakmai továbbképzéssel rendelkező ápolót kell biztosítani.
 - 2017. január 1-től az 1-es és 2-es szintű perinatális centrumokban intenzív terápiát igénylő koraszülöttek számára legalább 1:1, intenzív felügyeletet igénylő koraszülöttek (születési súly < 1500g) számára legalább 1:2 *Nurse-to-Patient Ratio* érvényes.
- A Közös Szövetségi Bizottság 2016 decemberében ténylegesen visszavonta az irányelvet. A követelményeket nem teljesítő perinatális centrumok 2019. december 31-ig eltérhetnek az előírásoktól.

Wales

Wales-ben 2014 végén törvénytervezetet nyújtottak be a *Nurse-to-Patient Ratio*-k bevezetésével kapcsolatban, ám azt a törvényhozási folyamat során módosították, a 2016 elején elfogadott törvény már csupán nem kötelező felszólításokat tartalmazott.

Az állami szabályozás tervezett és ténylegesen bevezetett elemei

A „*Safe Nurse Staffing Levels (Wales) Bill*“ célja az lett volna, hogy Wales-ben a *National Health Service (NHS)* összes intézményét kötelezze a hatékony és minőségi ápolás biztosítására. A törvény kötelezte volna a walesi kormányt, hogy az NHS aktív kórházainak összes felnőtt osztályára vonatkozóan dolgozza ki a részleteket tartalmazó irányelvet, amely az alábbiakat tartalmazná:

- A szükségleteknek megfelelő létszám biztosításának teljesítéséhez kapcsolódó feltételek és eljárások – ajánlott „*Minimum Registered Nurse-to-Patient Ratios*“, amelyeket a kórházak sajátos feltételeikhez igazíthatnak, de csakis felfelé. Nyomatékosan tisztázandó, hogy a minimális ápoló/beteg arányok (*Minimum Nurse-to-Patient Ratios*) nem felső határértékként alkalmazandók – ezek ajánlott minimális arányok („*Minimum Registered Nurse-to-Healthcare Worker Ratios*”)
- az egyik rendelkezés az egyes műszakokban biztosítandó minimális létszámról,
- a másik pedig a kórház azon kötelezettségére vonatkozik, miszerint tájékoztatnia kell a betegeket a szolgáltatást teljesítő ápolószemélyzet létszámáról, feladatairól és felelősségeiről.

A tervezetet a parlamenti viták során gyökeresen átalakították, egyebek között törölték a szövegből az ápoló/beteg arányok betartására vonatkozó kötelezettséget. A walesi parlament végül elfogadta a módosított „*Nurse Staffing Levels (Wales) Bill*“-t, amely 2016. március 21-én lépett hatályba.

A hatályba léptetett törvény már csak az NHS-kórházak általános kötelezettségét írta elő arra vonatkozóan, hogy legyenek tekintettel a betegekről való „beleérző gondoskodást” biztosító létszám jelentőségére. A kórházaknak ki kell jelölniük

egy illetékes személyt a személyzeti szükséglettervezés vezetésére és gondoskodniuk kell a személyzet megnyeréséről, megtartásáról, képzéséről és továbbképzéséről.

Összefoglalás és diszkusszió

Nurse-to-Patient Ratios és Nurse-to-Bed Ratios

A tanulmány elsődleges érdeklődése az ápoló/beteg arányok (*Nurse-to-Patient Ratios*) formájában történő minimális létszámok szabályozására irányult. Ennek nemzetközi előképe a kaliforniai modell, amelynek lényege, hogy a kórházak a kormány által kijelölt műszakokban vagy minden műszakban kötelesek biztosítani a megszabott arányszámokat. A minimális követelményeknek ez a típusa különbözik az ápolók/ágyak arányszámoktól (*Nurse-to-Bed Ratios*), amelyekkel azt gyakran tévesen azonosítják.

A *Nurse-to-Bed Ratios* szabályozások keretében a biztosítandó teljes munkaidős állások számát a fenntartott vagy kihasznált ágyak számához viszonyítják. Ezek tehát egy döntő vonatkozásban különböznek a *Nurse-to-Patient Ratios* szabályozási típustól. A létszámtervben előírt teljes munkaidős státuszok száma nem azonos az egyes műszakokban ténylegesen betöltött létszámmal, ebből tehát nem vezethető le indirekt módon az egyes műszakokban biztosított tényleges létszám. A létszámterv az egyes osztályokon tervezett létszámokat rögzíti, rendszerint kifejezetten teljes munkaidős státuszokban kifejezve. Ezek összessége fejezi ki az adott osztályon évente rendelkezésre álló bruttó munkaidő volumenét. A létszámterv szerinti bruttó munkaidő azonban az alábbi okoknál fogva nem azonosítható a korai, a délutáni és az éjszakai műszakban ténylegesen rendelkezésre álló létszámmal:

– Bruttó és nem nettó munkaidőről van szó. A munkavégzésből kieső idők, mint a szabadság, betegség stb. nem veendőek figyelembe bruttó munkaidőként. Az adott osztályon ténylegesen a betegek rendelkezésére álló nettó munkaidő csak a munkavégzésből kieső idők levonása után határozható meg. A létszám iránti szükséglet komolyan vehető kiszámítása ennek megfelelően csak a nettó munkaidő alapján történhet.

– De az egy adott létszámterven alapuló teljes nettó munkaidő sem tesz lehetővé direkt következtetéseket az egyes osztályokon rendelkezésre álló tényleges teljes nettó munkaidőre vonatkozóan. A létszámterv csak az adott szervezeti egység rendelkezésére álló státuszok számát rögzíti. Ennek a számnak rendszerint naponta három műszak szükségleteit kell fedeznie. Mivel a létszámok nem egyenletesen oszlanak meg az egyes műszakok között, ebből a teljes munkaidős státuszok számának három egyenlő részre osztásával nem vezethető le a korai, a délutáni és az éjszakai műszakok ténylegesen biztosított létszáma.

- Az ápolószemélyzet összlétszáma azokra az ápolókra is kiterjed, akik nem végeznek közvetlen ápolótevékenységet, hanem vezető beosztásokat töltenek be a menedzsment és a gyakornokok irányítása keretében.
- Mivel az megszabott *Nurse-to-Bed Ratios* tekintetében hosszabb időtartamra, egy évre, vagy negyedévre vonatkozó átlagértékekről van szó, mindezek mellett figyelembeveendő, hogy ezzel az egyes napokon és az egyes műszakokban jelentős eltérések válnak lehetővé. A *Nurse-to-Bed Ratio* formájában alkalmazott létszámokra vonatkozó adatok ezért nem nyújtanak megbízható információt a státuszok egy adott időpontban való betöltésére vonatkozóan. Ez a megközelítés tehát nem alkalmas a minőségbiztosítás céljaira.
- Az egyes műszakokban a direkt ápolás rendelkezésére álló létszám a fenti okokból jóval alacsonyabb, mint amit példának okáért az „átlagosan kihasznált ágyakra jutó teljes munkaidős személyzet” látszata sugall.

***Személyzeti létszámok az ápolási szolgálatban
12 európai ország és az Egyesült Államok kórházaiban***

	Egy Registered Nurse-re, vagy hasonló képesítéssel rendelkező szakápolóra jutó betegek száma	Egy ápolóra jutó betegek száma (szakápolók és segédápolók összesen)
Belgium	10,7	7,9
Németország	13,0	10,5
Anglia	8,6	4,8
Finnország	8,3	5,3
Görögország	10,2	6,2
Írország	6,9	5,0
Hollandia	7,0	5,0
Norvégia	5,4	3,3
Lengyelország	10,5	7,1
Svédország	7,7	4,2
Svájc	7,9	5,0
Spanyolország	12,6	6,8
Egyesült Államok	5,3	3,6

Függelék

Az Egyesült Államok egészségügyi rendszere

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 fogyatékosokkal 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 alubiztosított 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 alubiztosított 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 preventív 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.

Ausztrália egészségügyi rendszere

Az ausztráliai egészségügyi rendszer a brit *National Health System (NHS)* modelljét követi és állami egészségügyi rendszerként jellemezhető. Ennek jellemzői:

– *Állami kompetenciamegosztás*: A központi kormányzat az állami megbiztosítás (*Medicare*) alakításáért illetékes. A közvetlen orvosi és ápolási ellátás igazgatása és irányítása nem tartozik feladatai közé. A központi kormányzat adóforrásokat bocsát a szövetségi államok és territóriumok rendelkezésére a szolgáltatások finanszírozása céljából. A leosztott adóforrások mértékét a központi kormányzat és a szövetségi államok közötti „***Australian Health Care Agreement***“ keretében rendszeresen újratárgyalják. A szövetségi államok illetékessége az állami kórházak igazgatására és finanszírozására, valamint az állami és privát kórházak működésének engedélyezésére terjed ki. Az államok felelősek továbbá az egyéb egészségügyi szolgáltatások biztosítása, az egészségügyi személyzet regisztrációja és felügyelete tekintetében. Ezenkívül az államok célzott kifizetéseket nyújtanak az önkormányzatoknak az egészségügyi szolgáltatások finanszírozására.

– *Állami egészségbiztosítás*: Ausztráliában az állami egészségbiztosítás (*Medicare*) minden tartósan ausztráliai lakóhellyel rendelkező lakos rendelkezésére áll. A legfontosabb szolgáltatási típusokra kiterjedő szolgáltatási katalógust a központi kormányzat határozza meg. Ez azonban nem fedez minden szolgáltatást, mint a gyógyszerek, fogászati kezelés, szemüveg, fizioterápia, logopédia, ambuláns ápolás. A *Medicare* szolgáltatási katalógusában nem szereplő szolgáltatások finanszírozása egy elkülönített állami programból (***Pharmaceutical Benefits Scheme***) történik. A *Medicare*-be befizetendő járulék

az adóköteles jövedelem 1,5%-a. Az egy bizonyos jövedelemhatárt meghaladó biztosítottaknak még egy 1%-os kiegészítő járulékot kell fizetniük.

– *Privát egészségbiztosítás:* A *Medicare* mellett privát biztosítók is működnek, amelyek nem teljeskörű költségbiztosítást, hanem mindössze kiegészítő biztosítási védelmet nyújtanak az állami biztosítás keretében nem fedezett szolgáltatásokra. Ezenkívül kiegészítő szolgáltatásokat is felkínálnak, mint a privát betegként való kórházi kezelés költségei. A privát biztosítók állami szabályozás alá tartoznak és minden kérelmezőt be kell fogadniuk és nem követelhetnek az individuális egészségi állapot szerint kalkulált kockázatokkal arányos járulékokat.

– *Szolgáltatások nyújtása:* A szolgáltatások nyújtására privát praxisokban és állami fenntartású intézményekben, vagy privát nyereségorientált és nem nyereségorientált vállalkozások keretében kerül sor.

A kórházi ellátás jellemzői:

– *Fenntartók:* A kórházi ellátást túlnyomórészt az adott szövetségi állam által fenntartott *állami kórházak* biztosítják. Jóllehet az összes ágy kétharmada *privát kórházakhoz* tartozik, ezek 90%-a azonban olyan intézményekben van, amelyek kizárólag nappali sebészetet nyújtanak. Ha nem vesszük figyelembe a kizárólagosan nappali sebészetre igénybe vett ágyakat, úgy a kórházi ágyak 95%-a állami kórházakhoz tartozik. A privát aktív kórházak ezenkívül rendszerint csak alacsony komplexitású eseteket kezelnek és nem vesznek részt a sürgősségi ellátásban.

– *Engedélyezés:* Az ellátásban való részvételhez a kórházaknak állami engedélyezésre van szükségük. Ezenkívül a külső minőségbiztosítás keretében létezik egy akkreditációs eljárás. Az ebben való részvétel ugyan önkéntes, ám egyes szövetségi államok és privát biztosítók az akkreditációtól teszik függővé kifizetéseiket, ezért a kórházak többsége részt vesz a rendszerben.

– *Finanszírozás:* Az állami kórházak 90%-ának finanszírozása állami forrásokból történik, amelyeket rendszerint az adott szövetségi állam és kórház közötti éves költségvetésről szóló megállapodás keretében rögzítenek. A költségvetés meghatározásának számos kritériuma van, egyebek között a *Casemix*. Az általános aktív kórházként engedélyezett privát intézmények ugyancsak részesülnek a *Medicare* és az adott szövetségi állam térítéseiben. Mivelhogy állami forrásokban részesülnek, a létszámokra vonatkozó előírások rájuk is vonatkoznak.

A szövetségi struktúra és kompetencia-megosztás folytán az egyes szövetségi államok egészségügyi rendszerei között különbségek is mutatkoznak. Ez egyebek között a kórházak ápolási szolgálata létszámainak szabályozásában is megjelenik.

Ápolóképzés Ausztráliában: A regisztrált ápolók (***Registered Nurse – RN***) képzése az 1980-as évek óta teljes mértékben főiskolai szinten, legalább hároméves ***Bachelor***-szinten (***Bachelor of Nursing***) történik. 2012-ben az RN-ek (bábaasszonyok nélkül) a szakképzett ápolószemélyzet 82%-át tették ki.

Ennél alacsonyabb képzettséggel rendelkeznek a beosztott ápolók („*Enrolled Nurse*“ – *EN*), akik rendszerint kétéves, nem felsőfokú képzésben vesznek részt. Az EN-ek általában RN-ek irányításával dolgoznak. Az ápolótevékenység gyakorlásához licencre és regisztrációra van szükségük, a licencet rendszeres időközökben meg kell újítaniuk. A regisztrációs és licenc eljárást egy állami hatóság, a *Nursing and Midwifery Board of Australia* végzi.

Az ápolószemélyzet viszonylag erőteljes szakszervezetekkel rendelkezik, amelyek az *Australian Nursing Federation (ANF)* keretében tömörülnek. A szakszervezetek nemcsak a bérmegállapodásokról, hanem a jogszabályokban rögzített keretfeltételekről szóló érdekegyeztetésben is részt vesznek. A bérmegállapodások a bérstruktúrák és béremelések rendje mellett a létszámokra vonatkozó megkötéseket is tartalmazzák.

Az ausztrál állam a jogalkotó és szabályozó szerep mellett munkaadóként is jelentős pozíciót tölt be. Tekintettel arra, hogy az aktív kórházak ágyainak több mint 90%-a (privát nappali kórházi intézmények nélkül) állami kórházakhoz tartozik, az egészségügyi minisztérium és a szakszervezetek közötti megállapodások majdnem olyan széleskörű tárgyi hatállyal rendelkeznek, mint a törvények vagy a rendeletek.

Kontakt:

Dr. Dorothea Voss

Leiterin Abteilung Forschungsförderung

Tel.: 49-211-7778-194

E-Mail: Dorothea-Voss@boeckler.de

Rainer Jung

Leiter Pressestelle

Tel.: 49-211-7778-150

E-Mail: Rainer-Jung@boeckler.de

ELŐJEGYZÉSI LISTA:

Melléklet:

- A gyógyszerértári piac helyzete Európában (Nagy-Britannia, Franciaország, Olaszország, Ausztria, Internetes gyógyszerkereskedelem Európában) – egységes szerkezetben

Egészséggazdaság

- Az egészséggazdaság helyzete Németországban 2017-ben (1-3. rész)
- A privát betegebiztosítás egészséggazdasági jelentősége

Európa

- Európai áttekintés az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés akadályairól (PKV WIP) (2-8. rész)
- Az egészségügy monitorizálása és az egészségügyi indikátorok Európában (RKI)

Svájc

- Jelentés a rákos megbetegedések helyzetéről Svájcban
- Autonómia és kapcsolat. Konferenciakötet
- A Svájci Orvostudományi Akadémia ajánlásai az érdekkonfliktusok kezeléséről a guideline-ok kidolgozása során
- 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*)