

Egészséggazdasági, egészségpolitikai és szociálpolitikai nemzetközi sajtószemle

2017. 36. sz. (Lapzárta: 2017. december 19.)

Európa

- Jelentés a zoonózisok helyzetéről 2016-ban Európában

Kórházügy

- A kórházügyi menedzsment aktuális kérdései 2017-ben (3. rész): Ambuláns sürgősségi ellátás a kórházakban
- Kórházbarométer 2017 – *Krankenhaus-Barometer 2017* (4. rész): Információtechnika a kórházakban

Várakozási idők

- Orvosi vizsgálatokra való várakozási idők Németországban és nemzetközi összehasonlításban

Gyógyszer

- Az orvosi cannabis legalizálásának kérdése Dániában és Svájcban

Népegészségügy

- A lelki egészség helyzete a svájci gyermekek és fiatalok körében. A 2006 és 2016 közötti empirikus jelentések eredményeinek összegzése

Personalia

- Beate Hartinger új osztrák szövetségi egészségügyi miniszter
- Gerda Hasselfeldt, a Német Vöröskereszt új elnöke

Nem vicc

- Hét piszkos szó – *Seven dirty words* – Avagy nyelvújítás az amerikai CDC-nél
- Egy brit sebész beleégette monogramját két betege májába

Orvosmigráció

- Több mint tizenötezer romániai orvos dolgozik külföldön

Melléklet:

- Kórházbarométer 2017 – *Krankenhaus-Barometer 2017* – egységes szerkezetben

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

Jelentés a zoonózisok helyzetéről 2016-ban Európában
European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)
European Food Safety Authority (EFSA)

Kulcsszavak: népegészségügy, fertőzések, zoonózisok, Európai Unió, ECDC, EFSA

Forrás Internet-helye: <https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/european-union-summary-report-trends-and-sources-zoonoses-zoonotic-agents-and-9> ;
<https://ecdc.europa.eu/en/news-events/salmonella-cases-no-longer-falling-eu> ;
<http://www.efsa.europa.eu/de/press/news/171212>

Az **Európai Betegségmegelőzési és Ellenőrzési Központ (European Centre for Disease Prevention and Control – ECDC)** és az **Európai Élelmiszerbiztonsági Hatóság (European Food Safety Authority – EFSA)** évente teszi közzé a zoonózisok helyzetéről szóló közös jelentést. Az elmúlt évben az Európai Unióban 246.307 embernél mutattak ki campylobacter-fertőzést, 94.530 esetben szalmonellózist és 2.536 esetben liszteriózist. A szalmonellózisok száma elsősorban Kelet-Európában növekedett.

A campylobacter-fertőzések messze a leggyakoribb embereknél előforduló zoonózisok. A 246.307 bejelentett eset 2015-höz viszonyítva 6,1%-os növekedésnek felel meg. A jelentés szerint a megbetegedések száma az elmúlt öt évben összességében stabil maradt. A halállal végződő esetek aránya (*Case-Fatality-Rate*) 0,03%, a halálesetek száma tehát összességében csekély.

A szalmonellózis lefolyása rendszerint súlyosabb. A betegek egyharmada kórházba kerül. A *Case-Fatality-Rate* mértéke Európában jelenleg 0,25%. Az összes zoonózishoz viszonyítva a szalmonellák a kórházi kezelések 45,6%-áért és a halálos kimenetelű esetek 10-50%-áért felelősek.

A liszteriózisok az ötödik leggyakoribb zoonózisok Európában. Lefolyásuk általában súlyos. A bejelentett esetek 97,7%-a kórházi kezelésre szorul. A *Case-Fatality-Rate* 16,2%-ot tett ki. A 2016-ban bejelentett 2.536 eset 9,3%-os növekedésnek felel meg. A liszteriózisok száma az elmúlt években jelentősen növekedett. A lakosság lélekszámához viszonyítva a bejelentett esetek száma Finnországban, Belgiumban és Németországban a legmagasabb.

A halálesetek többsége a 64-ik életév fölött következik be. Ebben a korcsoportban a *Case-Fatality-Rate* 18,9%, a 84 év fölöttiekénél 26,1%.

A kórházügyi menedzsment aktuális kérdései 2017-ben (3. rész):

Ambuláns sürgősségi ellátás

Praxisberichte – Zu aktuellen Fragen des Krankenhausmanagements 2017

Projekte Positionen Perspektiven

Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V., 2017. október (100 p.)

Kulcsszavak: kórházügy, ápolás, ápolóképzés, Németország

A kiadvány nem érhető el Interneten, de azt a Német Kórházigazgatók Szövetsége érdeklődés esetén elektronikus vagy nyomtatott verzióban rendelkezésre bocsátja.

Ambuláns sürgősségi ellátás

A Német Kórházársaság (*Deutsche Krankenhausgesellschaft – DKG*) által 2015-ben az ambuláns kórházi sürgősségi ellátás helyzetéről készített szakértői jelentés szerint a német kórházak sürgősségi osztályain mintegy 20 millió ambuláns beteget és fekvőbeteget látnak el.

A kórházak sürgősségi osztályainak rendeltetése azonban súlyos betegek és súlyos sérültek ellátása. Ezt a *Társadalombiztosítási Törvénykönyv Ötödik Könyve (Sozialgesetzbuch V – SGB V)* a kórházak feladataként rögzíti. Ám tény, hogy a sürgősségi osztályokat felkereső betegek 40%-át valóban beutalják és fekvőbeteg ellátásban részesítik.

A szakértői vélemény szerint az esetek egyharmada orvosi szempontból elvben a szerződött orvosi ellátás keretében is ellátható lenne. A fennmaradó 30% ugyan igényelné a kórházak erőforrásait, de ambulánsan is ellátható.

Nem vitatott, hogy az ambuláns esetek térítése nem elégséges. A Német Kórházársaság álláspontja szerint minden ambuláns eset mintegy 90 EUR terhet ró a kórházakra. A *Betegpénztári Orvosok Szövetségi Egyesülése (Kassenärztliche Bundesvereinigung – KBV)* nem osztja ezt. Egy 2016 decemberében megjelent publikáció szerint a finanszírozási hiány sokkal csekélyebb. Nem egymilliárd EUR hiányról van szó, hanem évente 600-800 millió EUR-ról. Ez *Univ.-Prof. Dr. Günter Neubauer (Institut für Gesundheitsökonomik, München)* szakértői véleményén alapul, akinek a számítása azonban évente 8,5 millió ambuláns beteget vett figyelembe, mellyel szemben a Német Kórházársaság abból indult ki, hogy a kórházi sürgősségi osztályokon 12 millió beteg fordul meg.

*

Az Uniklinik RWTH Aachen központi sürgősségi betegfelvétele

Az **Uniklinik RWTH Aachen** 34 szakkórházzal, 27 intézettel és öt interdiszciplináris egységgel, 7.000 foglalkoztatottal, 1.400 ágygal rendelkezik, évente 48.000 fekvőbeteg és 183.000 ambuláns esetet lát el.

A sürgősségi felvételi osztály 2005. óta az egyetemi klinika önálló egysége. Évente 55.000 sürgősségi eset ellátására kerül sor. Az osztályon folyamatos (24/7/365) adminisztráció működik, rendelkezik továbbá első értékelési és ambuláns vizsgáló helyiségekkel, egy sürgősségi betegfelvételi egységgel, valamint konzervatív és traumatológiai sokkterápiás helyiségekkel. Az osztályhoz tartozik egy *Chest-Pain Unit*.

Az **Uniklinik RWTH Aachen** több régiót ellátó traumaközpont, a sürgősségi betegfelvétel illeszkedik a regionális traumatológiai ellátáshoz. Ha az intenzív osztályok túlterheltek, a sürgősségin noninvazív és invazív lélegeztetéssel kezelik a betegeket, 24 órás intenzív terápiás ellátást biztosítanak. A sürgősségin az orvosi személyzeti kulcs 1/7/13. A sürgősségi ápolószemélyzet létszáma 42 (teljes munkaidős).

Az egyetemi klinika keretében 2013-ig tesztelték a telemedicina lehetőségét a mentőszolgálatoknál. A **TemRas (Telemedizinisches Rettungssystem)** kutatási projekt vezetője Dr. Jörg Brokmann volt.

2014-ig, a rendszer teljeskörű bevezetéséig Aachenben 6.000 sürgősségi bevetés távorvosi támogatását biztosították, így sikerült tehermentesíteni a sürgősségi orvossal kiszálló bevetési járműveket. Egy sürgősségi távorvos egyidejűleg több mentőkocsit támogathat.

Peter Asché

Kaufmännischer Direktor der Uniklinik RWTH Aachen,

Vizepräsident des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD)

Kórházbarométer 2017 – Krankenhaus-Barometer 2017 (4. rész):

Információtechnika a kórházakban

Deutsches Krankenhaus Institut, Düsseldorf, November 2017 (122 p.)

Kulcsszavak: kórházügy, információtechnika, információtechnológia, információtechnológiai személyzet, költségek, Németország

Forrás Internet-helye:

https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/2017_11_kh_barometer_final.pdf

8. Információtechnika a kórházakban

8. 1. Az információtechnikai rendszerek alkalmazása

Csaknem az összes kórház rendelkezik honlappal (91%) és elektronikus képfeldolgozással (88%). Az intézmények túlnyomó többsége alkalmaz digitális szövegrögzítést (78%) és megbízáskezelési rendszert (74%). A megkérdezett kórházak háromnegyede biztosít WLAN-t a betegeknek, belső használatra szolgáló teljes területet lefedő WLAN-t viszont jócskán minden második kórház. Jóllehet a kórházak 60%-a vezet intézményen belüli elektronikus betegdokumentumot, a mobil vizit teljes bevezetésére csak a kórházak 40%-ánál került sor. Minden negyedik intézmény használja az elektronikus gyógyszerelési támogatást, valamint a gyógyszeres terápia biztonságának vizsgálatát. Az információtechnológiai rendszerek széleskörű alkalmazásától eltérően, a betegeknek szóló Internet-portálok és az RFID-transzponderrel ellátott betegágyak alkalmazása a német kórházakban kevésbé elterjedt (mindegyik 7%).

8. 2. A személyzet helyzete

Az információtechnológiai személyzet alakulása tekintetében minden negyedik résztvevő kórház arról számolt be, hogy a személyzet létszáma 2016-ban növekedett. 2016-ban a személyzet létszáma az intézmények 68%-ánál nem változott, 7%-ánál csökkent.

Az intézmények saját információtechnológiai alkalmazottainak száma a megkérdezett intézmények méreteivel arányosan ingadozott. Kórházanként átlagosan 6 (fő) információtechnológiai munkatársat foglalkoztattak. A kisebb, 100-299 ágyal rendelkező kórházaknál három, a közepes méretű, 300-599 ágyal rendelkező kórházaknál hét, a nagyobb, több mint 600 ágyal rendelkező kórházaknál 19,5 információtechnológiai munkatársat foglalkoztattak.

Össességében a megkérdezett kórházak 50%-a válaszolta, hogy 2016. december 31-én (négy-)öt saját információtechnológiai munkatársat foglalkoztatott. Csaknem minden negyedik kórház hat-tíz információtechnológiai munkatárssal rendelkezett, 14%-uknál az információtechnológiai munkatársak száma megközelítette a 20-at. Mindössze a kórházak 4%-a válaszolta, hogy kórházanként 50 információtechnológiai munkatárssal rendelkezik.

Az egy információtechnológiai munkatársra jutó kórházi dolgozók száma: A kórházakban egy információtechnológiai munkatárs átlagosan 126 kórházi dolgozó támogatását látta el. A kisebb kórházakban (100- 299 ágy) átlagosan 118,8, a közepes méretű intézményekben (300-599 ágy) 154,2, a több mint 600 ágyal rendelkező intézményekben 105,3 kórházi dolgozó információtechnológiai támogatását látta el egy saját információtechnológiai alkalmazott.

A kórházak 60%-a vett igénybe külső szolgáltatótól további kiegészítő információtechnológiai támogatást.

A kórházak 30%-ánál egy információtechnológiai munkatárs 100-nál kevesebb, 38%-ánál 101-150, minden ötödik intézményben 151-200 kórházi dolgozó támogatását látta el. Minden tízedik kórház jelentette, hogy egy információtechnológiai munkatárs működési köre több mint 200 kórházi dolgozóra terjed ki.

8. 4. A kórházi információtechnológiai rendszer cseréje

Az elmúlt 12 hónap során a kórházak 3%-a cserélte le információtechnológiai rendszerét. A kórházak 6%-ánál a következő 24 hónapban van kilátás a rendszer cseréjére. És az intézmények 91%-a az elkövetkező két év során semmit nem tervez az információtechnológiai rendszer cseréjével kapcsolatban.

8. 5. Az információtechnológiai biztonságról szóló törvény alkalmazása

Az információtechnológiai biztonságról szóló törvény különös követelményeket támaszt az ún. kritikus infrastruktúrát működtető kórházakkal szemben. A megkérdezett kórházak 20%-a működtetett kritikus infrastruktúrát.

Az információtechnológiai biztonságról szóló törvény alkalmazásának állapotával összefüggésben a kórházak 29%-a rendelkezik konkrét tervekkel. Ebben a tekintetben a kritikus infrastruktúrát működtető kórházaknál az arány 43%, a nem kritikus infrastruktúrát működtetőknél 25%. A kórházak egyharmada már elkezdte a tervezést, de még nem tett konkrét lépéseket. A kritikus infrastruktúrát működtető kórházak ebben a tekintetben is előrébb állnak (45%) a többi intézménynél (26%).

8. 7. Az információtechnológia költségei

A teljes információtechnológiai költséghez viszonyítva 2016-ban a szoftverre fordított költségek jelentősen meghaladták a hardver és a személyzet költségeit. A kórházak 50%-a „nagyon magas” és „magas” költségeket fordított szoftverek vásárlására, lízingjére, vagy kölcsönzésére. 51% „nagyon magas” és „magas” költségeket jelölt meg a szoftverek installációja és karbantartása vonatkozásában. Az intézmények 42%-a „nagyon magas” és „magas” költségekről számolt be a hardverek vásárlása, lízingelés és kölcsönzése vonatkozásában. Az információtechnológiai munkatársak személyügyi költségei a kórházak 30%-ánál voltak „nagyon magasak” vagy „magasak”. Minden negyedik kórház számolt be arról, hogy „nagyon magas” vagy „magas” költségeket fordított hardverek installációjára és karbantartására.

A megkérdezettek fele „nem” vagy „keveset” költött adatkapcsolatokra és külső szolgáltatókra. Sok kórháznál „csekély költségek” keletkeztek az információtechnológiai biztonsági intézkedésekkel, a munkatársak továbbképzésével és egyéb fenntartási tényezőkkel összefüggésben.

*Verena Finkenstädt: Orvosi vizsgálatokra való várakozási idők
Németországban és nemzetközi összehasonlításban*

Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP)

WIP - Diskussionspapier 3 / 2017, Dezember 2017 (35 p.)

Kulcsszavak: várakozási idők, várólisták, Németország, nemzetközi

Forrás Internet-helye: <http://www.wip-pkv.de/forschungsbereiche/detail/wartezeiten-auf-arzttermine-eine-methodische-und-empirische-kritik-der-debatte.html>

4. Várakozási idők a német egészségügyi rendszerben

Németországban nem kerül sor a várakozási időkre vonatkozó adminisztratív adatok rögzítésére és közzétételére. Ezért azok becslése megkérdezések eredményein alapul. Jelenleg csak a **Betegpénztári Orvosok Szövetségi Egyesülése (Kassenärztliche Bundesvereinigung – KBV)** végez rendszeres reprezentatív megkérdezéseket a várakozási időkre vonatkozóan. Az alábbiakban a legújabb ilyen vizsgálat eredményei:

Ha az eredményeket a biztosítási státusz szerint elkülönítve tekintjük, a kötelező betegbiztosítás keretében biztosított betegek 43%-a és a privát biztosítottak 38%-a azonnal, ill. előzetesen megbeszélte időpont nélkül orvosi vizsgálatra jelentkezhet. Ha az egy hétig terjedő várakozási időt tekintjük, a privát biztosítottak 91%-a és a kötelező betegbiztosítás tagjainak 88%-a egy héten belül időpontot kap a háziornosnál, ill. a privát biztosítottak 60%-a és a kötelező betegbiztosítás tagjainak 40%-a szakorvosnál. A biztosítottak e két csoportja közötti különbségek az elmúlt években kiegyenlítődték. 2008-ban a privát betegek 60%-a és a kötelező betegbiztosítás tagjainak 47%-a 3 napon belül orvosi vizsgálatra való időpontot kapott.

Mind a kötelező betegbiztosítás tagjainak, mind a privát biztosítottak 56%-a azonnal, ill. időpont egyeztetése nélkül jelentkezhet háziornosi vizsgálatra. A konkrét időpontot egyeztető betegeknél a kötelező betegbiztosítás tagjainak 52%-a, a privát biztosítottak 64%-a 3 napon belül időpontot kap vizsgálatra. A kötelező és a privát betegbiztosítás tagjainak aránya az azonnali, vagy időpont egyeztetése nélküli szakorvosi vizsgálat tekintetében is csaknem azonos: 23%, ill. 22%.

4. 2. További megkérdezések eredményei

A *Bertelsmann Stiftung* 2016 végéig több reprezentatív felmérést végzett a várakozási időkről az ambuláns ellátás területén. A *Bertelsmann* egészségügyi monitora keretében a várakozási idők egy főtéma egy bizonyos aspektusaként jelentek meg. Egy 2012-ben publikált felmérés szerint a privát biztosítottaknak és a kötelező betegbiztosítás tagjainak azonos arányban (28%) kell egy napnál kevesebbet várniuk háziorvosi vizsgálatra. Azon megkérdezettek aránya, akiknek a betegváróban 15 percnél kevesebbet kellett várakozniuk, a privát biztosítottaknál 33%, a kötelező betegbiztosítás tagjainál 21% volt. A 2014-ben végzett felmérés szerint a háziorvosoknál való várakozási idők Németországban nem problematikusak.

A *Hamburgi Egyetem* kutatói 2011-ben tanulmányt készítettek a várakozási időkről a *Bertelsmann* egészségügyi monitora alapján. Még egyszer megmutatkozott, hogy a háziorvosi ellátás tekintetében alig vannak különbségek (kötelező betegbiztosítás: 2,3 nap, privát betegbiztosítás: 1,4 nap). A szakorvosi ellátás területén a kötelező betegbiztosítás tagjai átlagosan 16 napig, a privát biztosítottak 7 napig várakoztak időpontra. A biztosítási státusz szerinti különbség a várakozási idő nemcsak a vizsgálatra való időpont, hanem az orvosi praxisban való várakozás tekintetében csekély mértékű. A kötelező betegbiztosítás tagjainak mind háziorvosnál, mind szakorvosnál csak néhány perccel kellett hosszabb ideig várakozniuk, mint a privát biztosítottaknak (háziorvosnál: 10 perccel, szakorvosnál: 7 perccel).

A *Forsa-Institut a Technikusok Betegpénztára (Techniker Krankenkasse – TK) megbízásából* 2016-ban több mint 1.000 embert kérdezett meg. A megkérdezettek 61%-a teljesen elégedett vagy nagyon elégedett volt az időpont egyeztetése és a vizsgálat időpontja közötti időtartammal.

Hasonló eredményre jutott az *Ipartestületi Betegpénztárak (Innungskrankenkassen)* 2015-ben készített *IKK classic* reprezentatív felmérése. A betegek 60%-a két héten belül időpontot kapott szakorvosi vizsgálatra. Az időpont a betegek háromnegyede számára kívánságának megfelelő volt.

Az *Üzemi Betegpénztárak Szövetségének (BKK Dachverband)* eredményei szerint 2011-ben a kötelező betegbiztosítás tagjai 20 napig, 6 nappal többet vártak orvosi vizsgálatra való időpontra, mint a privát biztosítottak (14 nap). A kötelező betegbiztosítás tagjainak a praxisokban 28 percig, 7 perccel hosszabb ideig kellett várakozniuk a betegváróban, mint a privát biztosítottaknak (21 perc).

5. Várakozási idők nemzetközi összehasonlításban

A *Commonwealth Fund* 2016-ban végzett megkérdezése szerint Németországban a betegek 3%-ának, Hollandiában 7%-ának, Svájcban 9%-ának kellett két hónapig vagy annál hosszabb ideig várakozniuk szakorvosnál való időpontra. Az arány Norvégiában a legmagasabb (28%).

A háziorvosi ellátásra vonatkozóan a *Commonwealth Fund* 2013-ban végzett felmérése nyújt támpontokat. A megkérdezett németek 76%-a válaszolta, hogy amikor legutóbb orvosi segítségre szorultak, még aznap vagy másnap időpontot kaptak. Németország ebben a tekintetben a megkérdezett országok körében első helyen áll. A rangsorban Hollandia (63%) és Svédország (58%) következik. A sereghajtó Nagy-Britannia, ahol a megkérdezettek fele kapott még aznap, vagy másnap időpontot.

Arra a kérdésre, hogy „amennyiben rendelési időben felhívja háziorvosát, milyen gyakran kap még aznap visszajelzést?”, a németek 90%-a válaszolt úgy, hogy „mindig/gyakran”. Az országok közötti összehasonlításban ez ismét az első helyet jelentette. Franciaországban a megkérdezettek 63%-a kapott mindig vagy gyakran visszajelzést még aznap.

A *Commonwealth Fund* 2015-ben készített felmérése keretében 10 ország háziorvosait kérdezték meg. Ennek keretében a német betegek 64%-a kérésére még aznap vagy másnap időpontot kap. Ehhez képest Svédországban a betegek mindössze 19%-a kap még aznap vagy másnap időpontot a háziorvosnál.

Az „*Eurobarometer 411*“ 2014-ben készült. A megkérdezés során azt vizsgálták, hogy mely három kritérium a legfontosabb a saját országban nyújtott minőségi egészségügyi ellátás tekintetében. Az egyik kritérium az volt, hogy „nincsenek várakozási idők a vizsgálatot és kezelést megelőzően”. Ezt Németországban a legkevesebben (a megkérdezettek 9%-a) jelölték meg, ami arra utal, hogy a várakozási idők Németországban alárendelt szerepet játszanak. Ezzel szemben ezt a kritériumot Hollandiában és Nagy-Britanniában a megkérdezettek egynegyede, Svédországban egyharmada tartotta fontosnak.

Az orvosi cannabis legalizálásának kérdése Dániában és Svájcban
Deutsches Ärzteblatt online (15. 12. 2017.); DAZ online (15. 12. 2017.);
Bundesamt für Gesundheit (14. 11. 2017.)

Kulcsszavak: cannabis, orvosi cannabis, Svájc, Dánia

Forrás Internet-helye:

<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/87066/Daenemark-startet-Versuch-mit-medizinischem-Cannabis> ;

<https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2017/12/15/politik-streit-ueber-cannabis-freigabe-in-apotheken/chapter:all> ;

<https://www.aargauerzeitung.ch/schweiz/wo-cannabis-in-der-schweiz-heute-schon-legal-ist-130210412> ;

<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/aktuell/news/news-14-11-2017.html>

<https://www.nau.ch/politik/cannabis-bald-legal-aus-der-apotheke-65276846>

A dán parlament egyhangú döntése szerint Dániában a jövő évtől kezdve a betegek receptre kiválthatják az orvosi cannabist. A törvény célja, hogy terápiát biztosítson a szklerózisban, gerincvelőbántalmakban, súlyos fájdalmakban szenvedő, valamint a kemoterápiában részesülő betegek számára. Az orvosok más betegségekre is felírhatják az orvosi cannabist, ha ezt szakmailag indokoltnak tartják.

Ellen Trane Nørby dán egészségügyi miniszter szerint ezzel sok betegen segítenek, akik eddig a feketepiacról szerezték be a cannabist.

*

Jóllehet Svájc a kábítószerügyi politika tekintetében Európa legelőrehaladottabb országai közé tartozik, a füvezés még ott is illegális. A

közvélemény megosztott: vannak, akik a teljes legalizálást követelik, mások ellenzik azt.

Idén tavasszal felröppent egy hír, miszerint Svájcban egy egészen furcsa tudományos kísérlet van készülöben. A Szociális és Egészségügyi Prevenációs Intézet (*Institut für Sozial- und Präventivmedizin – ISPM*) és a berni Klinikai Kutatóintézet (*Clinical Trials Unit – CTU*) kutatóinak elképzelése szerint a gyógyszertárakban három éven keresztül ki kellene adni a cannabiszt a notórius füvezőknek és ennek során meg kellene vizsgálni a legális árusítás hatását. A kísérlet célja az lett volna, hogy sikerüljön megragadni a legalizálás füvezőkre gyakorolt hatását, azaz, hogy ezáltal többet vagy kevesebbet füveznének-e, vagy elérnék-e a büntethetőség mértékét. A kísérletet egyes svájci városok – közöttük Zürich, Genf és Basel – is támogatták és megragadták volna az alkalmat a cannabis legális kiadásával összefüggő projektek végrehajtására.

A berni etikai bizottság hosszas huzavona után engedélyezte a „kontrollált kísérletet”, a Szövetségi Egészségügyi Hivatal (*Bundesamt für Gesundheit – BAG*) azonban november közepén nem adta hozzájárulását a kísérlethez. A hatóság szerint a kábítószer törvény tiltja a cannabis nem orvosi célokra való fogyasztását. Tudományos kutatás céljából ugyan a cannabis termesztése, előállítása és forgalomba hozatala kivételesen engedélyezhető, ám élvezeti célokra, mint az a tervezett kutatásban szerepelt, továbbra is tilos. Ahhoz, hogy ilyen kísérletek létrejöhessenek, a kábítószer törvényt ki kellene egészíteni egy a kísérletekre vonatkozó rendelkezéssel.

A történetnek azonban nincs vége. A vita a parlament két házára is kiterjedt. A Nemzeti Tanács (*Nationalrat*) 101 tagja (zöldek, szocialisták, zöld-liberálisok és liberálisok), valamint a Kantonok Tanácsának (*Ständerat*) 46 tagja közül 26, tehát egy szűk többség, törvénymódosítás és a cannabis legalizálása mellett foglalt állást. A képviselők támogatják a cannabis gyógyszerári árusításáról szóló tanulmány elkészítését. Reményeik szerint Alain Berset egészségügyi miniszter veszi az üzenetet és törvénytervezetet terjeszt elő.

***A lelki egészség helyzete a svájci gyermekek és fiatalok körében.
A 2006 és 2016 közötti empirikus jelentések eredményeinek összegzése***

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)
Obsan Dossier 62, Neuchâtel 5. Dezember 2017 (71 p.)

Kulcsszavak: népegészségügy, gyermekegészségügy, lelki egészség, Svájc

Forrás Internet-helye: <https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/psychische-gesundheit-und-krankheit-von-kindern-und-jugendlichen-der-schweiz> ;
https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2017/obsan_dossier_62.pdf

Rokon kiadvány: *Lebenszeitprävalenzen psychischer Erkrankungen (A lelki betegségek élettartam-prevalenciája a svájci lakosság körében)*, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan), Obsan Bulletin 5/2017, 5. Dezember 2017 (4 p.):
<https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/lebenszeitpraevallenzen-psychischer-erkrankungen> ;
https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2017/obsan_bulletin_2017-05_d.pdf

Az *OptimusStudie* a poszttraumás stressz szindróma (PTSD) prevalenciáját vizsgálta. A poszttraumás stressz prevalenciájának rátája lányoknál 6,2%, fiúknál 2,4%, ami igen magasnak számít. A *Swiss University Study of Nutrition* szerint a gyermekek 3%-a szenved táplálkozási zavarban, restriktíven étkezik, korlátozza, vagy kerüli a táplálékbevitelt.

A *HBSC-tanulmányok (Health Behaviour in School-aged Children)* adatokat szolgáltatnak az iskoláskorú gyermekek és fiatalok pszichés közérzetéről és az étellel való elégedettségéről. A HBSC-tanulmányok összeállítására 1986. óta négyévente kerül sor, 10.000 tizenegy és tizenöt év közötti iskolás megkérdezésével. A megkérdezett iskolások többsége elégedett életével. A fiúk tendenciálisan elégedettebbek a lányoknál. Miközben a 2014-ben készített HBSC-vizsgálat keretében a fiúk az összes korosztályban hasonló mértékű stresszben szenvedtek, a lányoknál serdülőkorban a stressz fokozódik.

A *National Survey of Children with Special Health Care Needs (CSHCN)* a betegségek és zavarok gyermekekre gyakorolt hatását vizsgálta. A szűrésben résztvevő 10.830 gyermek közül 1.492-nek speciális gondozási szükségletei voltak. 919 lelki problémákkal küszködött. Ez a megkérdezett gyermekek 8,5%-a. Az ezt folytató *Swiss Youth Epidemiological Study on Mental Health (S-YESMH)* megismétli a CSHCN-vizsgálat elemeit. Az adatgyűjtésre 2016 és 2018 között kerül sor.

Beate Hartinger új osztrák szövetségi szociális és egészségügyi miniszter

Forrás Internet-helye:

https://www.parlament.gv.at/WWER/PAD_08188/ ;

https://de.wikipedia.org/wiki/Beate_Hartinger-Klein



Beate Hartinger-Klein (Sz. Graz, 1959. szeptember 9.) osztrák menedzser, a Szabadságpárt (FPÖ) egykori politikusa.

1966-1970: népiskola és reálgimnázium.

1974-től: kereskedelmi akadémia. 1979-ben érettségizett.

Egyetemi tanulmányok társadalom- és gazdaságtudományok (*Karl-Franzens-Universität Graz*). 1984-ben végzett. Titulusa: *Mag. rer. soc. oec.*

1984-1985: adótanácsadói fogalmazó.

1986-tól: koordinátor a *Kastner & Öhler* cégnél.

Ezt követően a Stájerországi Kórházak Kft-nél (*Steiermärkische Krankenanstalten GmbH*) működött, ahol 1990-ig a belső ellenőrzési osztály vezetője, majd a controlling ügyosztály vezetője lett. Ezenkívül három egyetemen dolgozott egyetemi adjunktusként (*Wirtschaftsuniversität Wien, Universität Wien, Karl-Franzens-Universität Graz*).

1996-1999: a Stájerországi Tartományi Gyűlés tagja; 1999-2002: a parlament alsóházának (*Nationalrat*) tagja a Szabadságpárt képviselőjeként.

2003 augusztus – 2009 március: az Osztrák Társadalombiztosítási Teherviselők Főszövetségének (*Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger*) ügyvezető igazgatója, 2005-től főigazgató-helyettes, az igazgatótanács és a szervezeti menedzsment tagja. Tevékenységi területe: az orvosokkal, gyógyszertárakkal és gyógyszergyártókkal való kapcsolattartás, társadalombiztosítási szerződések, munkajog, képzés és önkormányzat. 2013-ban megkapta az osztrák társadalombiztosítás legmagasabb kitüntetését, a díszgyűrűt.

2009. április 1-től: a *Deloitte Österreich* egészségügyi tanácsadási üzletágának ügyvezető igazgatója. 2011. óta önálló tanácsadói tevékenységet folytatott.

2017. december 18. Szövetségi szociális és egészségügyi miniszter.

Gerda Hasselfeldt, a Német Vöröskereszt új elnöke

Forrás Internet-helye: https://de.wikipedia.org/wiki/Gerda_Hasselfeldt



Gerda Hasselfeldt (sz. Straubing-ban, 1950. július 7.), német politikus (CSU). Katolikus, két gyermeke van; második férje Wolfgang Zeitlmann egykori Bundestag-képviselő.

Az alsó-bajorországi Bajor-erdő hegyvidéken, egy mézárszéket és vendégházat működtető tanyán nőtt fel. Apja, id. Alois Rainer polgármester (1921-2002), majd a Tartományi Gyűlés tagja, 1965 és 1983 között a Bundestag tagja volt. Öccse, ifj. Alois Rainer ugyancsak polgármester és Bundestag-képviselő volt.

1969-ben érettségizett.

1975-ben végezte közgazdasági és népgazdasági tanulmányait (*Ludwig-Maximilians-Universität München, Universität Regensburg*).

1969-ben lépett be a CSU-ba, 1989. óta a CSU tartományi elnökségének tagja.

1991-1995: a CSU nőtagozatának elnöke.

1995-2005: a CSU Fürstenfeldbruck járási szervezetének elnöke,

2009. július 18. a CSU elnökségének tagja.

1978-1989: Regen járási gyűlés, 1996-2004: Fürstenfeldbruck járási gyűlés tagja.

1987. március 24. a Bundestag tagja (a visszalépő Franz Josef Strauß mandátumát örökölte). 1987. a bajor listán direkt Bundestag-mandátumot szerzett Fürstenfeldbruck választókerületben és azóta mindig az első fordulóban győzött.

1998-2002: a CDU/CSU Bundestag-frakció pénzügyi és pénzügypolitikai szóvivője

2002-2005: a CDU/CSU Bundestag-frakció elnökhelyettese; fogyasztóvédelmi, élelmezésügyi és mezőgazdasági, kommunálpolitikai és turisztikai szakpolitikus.

2005. október 18.: a Bundestag alelnöke

1989. április 21. – 1991. január 18.: szövetségi területrendezési, építésügyi és városfejlesztési miniszter.

1991. január 18. – 1992. május 5.: szövetségi egészségügyi miniszter. Visszalépésének okai: nézeteltérései keletkeztek Helmut Kohl szövetségi kancellárral; legfontosabb tanácsadóját, Reinhard Hoppe-t a lengyel titkosszolgálat ügynökeként leplezték le.

2017-ben nem jelöltette magát a Bundestag-választásokon.

2017. december 1.: a Német Vöröskereszt elnöke.

Hét piszkos szó – Seven dirty words – Avagy nyelvújítás az amerikai CDC-nél
The Washington Post, Dec 19, 2017

Kulcsszavak: nyelvpolitika, orvosi nyelv, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Donald Trump, Brenda Fitzgerald, Egyesült Államok

Forrás Internet-helye:

<http://pqasb.pqarchiver.com/washingtonpost/doc/1978154428.html?FMT=FT&FMTS=CITE:FT&date=Dec+19%2C+2017&author=&desc=Seven+dirty+words&free=1>

Brenda Fitzgerald, az amerikai járványügyi hatóság (Centers for Disease Control and Prevention – CDC) új vezetője hivatalba lépését követően kinyilatkoztatta, hogy döntéseit tudományos alapon fogja meghozni. Sajtójelentések szerint azonban a CDC a 2019-es költségvetési kérelmével összefüggő dokumentumokban célzottan kerülni kíván bizonyos kifejezéseket.

Az ominózus szavak: Fetuses; Bans; Science; Budgets; Censorship; Transgender persons; Public health; Disease control.

A „Washington Post” szerint azonban ugyancsak nem kívánatos a „science-based” vagy „evidence-based”, „transgender”, „vulnerable”, „diversity” és „entitlement”.

A főigazgató asszony a hírek okozta felbolydulás hatására Twitteren igyekezett csillapítani a kedélyeket és hangsúlyozta, hogy nem tiltott szavakról van szó, magát a nyelvhasználat szabályozását azonban nem cáfolta.

2018-ban a CDC is drasztikus megszorításoknak néz elébe. Eddigi költségvetése évente 7,2 milliárd USD volt, amely most 1,2 milliárd USD-vel csökken. A szervezet nemcsak az Egyesült Államok legfontosabb egészségügyi hatósága, hanem a globális egészségpolitika befolyásos szereplője is. 12.000 alkalmazottal rendelkezik, akiknek egy része 120 további országban dolgozik. A hatóság eddig évente 2,6 milliárd USD-t kapott nemzetközi járványügyi ellenőrzésekre.

A jelenlegi konsternációt az Egyesült Államokban elharapózó tudományellenes klíma is felerősítette. Donald Trump hivatalba lépése óta egyes állami intézmények korlátozzák az információkat, vagy eltávolítják azokat a világhálóról. Ilyenek a klímaváltozásra és a homoszexuálisokra vonatkozó adatok. Az *American Association for the Advancement of Science (AAAS)* nonprofit szervezet frappánsan reagált a tényfeltárára: Íme egy szó, amelyet még nem tiltottak be: „nevetségés”.

Egy brit sebész beleégette a monogramját két betege májába

BBC News, 13 December 2017

Kulcsszavak: orvostika, Nagy-Britannia

Forrás Internet-helye:

<http://www.bbc.com/news/uk-42344180>

Simon Bramhall (53) máj-, lép-és hasnyálmirigy sebész két májátültetésen átesett betege májába égette monogramját.

Az esetre 2013 februárjában és augusztusában a birminghemi *Queen Elizabeth Hospital*-ban került sor. Az „SB” kezdőbetűket egy másik sebész fedezte fel, aki később egy második műtétet hajtott végre az egyik betegen.

Az orvos beismerte tettét, a testi sértés vádját azonban visszautasította. Belátta, hogy tette nemcsak etikailag, hanem jogilag is kifogásolható.

Az orvos májtranszplantációs specialista volt. A műtét során egy a sebészetben véralvadáshoz alkalmazott *argon-beamer*-t használt.

A *Queen Elizabeth Hospital* 2013-ban felfüggesztette az orvost, majd egy évvel később, egy fegyelmi eljárást követően elbocsátotta állásából. A büntetőperre 2018 januárban kerül sor.

Több mint tizenötezer romániai orvos dolgozik külföldön

Transindex, 2017. december 15. 13:08

Kulcsszavak: hivatásrend, emberi erőforrás, orvosmigráció, Románia

Forrás Internet-helye: <http://itthon.transindex.ro/?hir=49836>

A Román Egészségfejlesztési Társaság (Asociația Română pentru Promovarea Sănătății – ARPS) tanulmánya szerint jelenleg mintegy 15.700 román orvos praktizál külföldön, főként Európa nyugati országaiban (Németország, Nagy-Britannia, Franciaország). Az egyesület közleménye szerint a felmérés során megkérdezték a Közegészségügyi Igazgatóság (DSP) megyei szervezeteit, a 42 megyei igazgatóság közül 24 válaszolt a kérdésekre, és kiderült, hogy mintegy **4.700 szakorvossal van kevesebb országszerte, mint amennyire szükség lenne.**

A kutatások és fejlesztések szakterületén végzett felmérések alapján kiderült, hogy körülbelül **15.000 aktív román kutató dolgozik külföldön**, akik számára Románia nem tudott olyan hatékony programokat kidolgozni, amelyek által hazatelepülhettek volna, mutat rá a közlemény. „Romániában az elmúlt 20 évben 30 százalékkal csökkent a kutatás-fejlesztés szakterületeken dolgozó alkalmazottak száma. **Körülbelül 300.000 egyetemi hallgató külföldön végezte tanulmányait az elmúlt tíz évben**, így jelentősen csökkent az új kutatók és fejlesztők kiképzésének lehetősége is”, mutat rá a közlemény.

Az egyesület közleménye szerint a szakemberek legtöbbször nem is az alacsony fizetéseket hozták fel, mint kivándorlásuk okát, hanem a sorrend a következő: a korrupció, a szakmai fejlődésre való lehetőségek hiánya, nem szakmai szempontok útján való előléptetés, a közintézményekben tapasztalható bürokrácia, az alacsony bérek és a infrastruktúra valamint a műszaki felszerelések hiánya. (agerpres)

Kórházbarométer 2017 – Krankenhaus-Barometer 2017

Deutsches Krankenhaus Institut, Düsseldorf, November 2017 (122 p.)

Forrás Internet-helye:

https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/2017_11_kh_barometer_final.pdf

1. A kórházak gazdasági helyzete

1.1. Eredmények 2015-ben

Gazdasági helyzetük tekintetében a kórházaknak arra kellett válaszolniuk, hogy 2015-ben a nyereség- és veszteség-számítás keretében pozitív, negatív, vagy kiegyensúlyozott éves eredményt értek-e el.

2015-ben Németországban nagyjából minden harmadik általános kórház (29%) veszteségeket könyvelt el. Az éves többletet realizáló kórházak aránya 61%, a kiegyensúlyozott eredményt elérőké 10% volt.

Az előző évhez viszonyítva az eredmények mérsékelten javultak. 2016-ban a kórházak 33%-a veszteségeket könyvelt el, 58%-uk nyereséget ért el. A német kórházak gazdasági helyzete 2016-ban összességében továbbra is problematikus volt.

A 300-599 ágyal rendelkező kórházak értek el leggyakrabban éves többletet (66%). Ehhez képest a kis és nagy kórházak gazdasági helyzete kedvezőtlenebb volt.

1.2. Az éves eredmények alakulása 2015/2016-ban

Az éves eredmény 2016-ban 2015-höz viszonyítva a kórházak 33%-ánál csökkent, további 44%-ánál növekedett, a többiekénél konstans volt.

A csökkenő eredményt produkáló kórházak aránya a kevesebb mint 600 ágyal rendelkező kórházaknál 61%, ami jóval meghaladja az átlagot. A csökkenő éves eredményt elérő kórházak aránya viszont jóval átlagon aluli (21%).

1.3. A gazdasági helyzet értékelése

A kórházaknak a 2017. évi eredményen kívül a felmérés időpontjában aktuális (2017 tavaszi) gazdasági helyzetüket is értékelniük kellett. Csak a kórházak 27%-a ítéli meg inkább jónak helyzetét. A kórházak 29%-a

inkább nem kielégítőnek találja azt, miközben 44%-uk ebben a tekintetben bizonytalan.

Az aktuális gazdasági helyzet megítélése tendenciálisan a közepes méretű kórházaknál a legjobb, miközben a nagy kórházaknál a legrosszabb.

Az előző évhez viszonyítva mind a jó gazdasági helyzettel (34%), mind a nem kielégítő gazdasági helyzettel (37%) rendelkező kórházak aránya csökkent.

1. 4. A gazdasági várakozások értékelése

Végül a kórházaknak értékelniük kellett az elkövetkező évre, 2018-ra vonatkozó várakozásaikat. A kórházak mindössze egyötöde (22%) számít a helyzet jobbulására, 36%-uk gazdasági helyzetük rosszabbodását vetíti előre, miközben a többiek határozatlanok ebben a kérdésben.

A nagy kórházak várakozásai összességében ambivalensek. A közepes méretű kórházak jövőre vonatkozó várakozásai tendenciálisan valamivel rosszabbak, mint a kevesebb ágygal rendelkezőké.

2. Ambuláns sürgősségi ellátás a kórházakban

2. 1. Sürgősségi ambulancia működtetése

A több mint 100 ágygal rendelkező általános kórházak 87%-a működtet sürgősségi ambulanciát. A kevesebb mint 300 ágygal rendelkező kisebb kórházaknál a sürgősségi ambulancia működtetése alulreprezentált (80%), a többieknél túlreprezentált (több mint 90%).

A hivatalos településszervezés szerinti alapvető régiótípusokban azonban alig tapasztalhatók különbségek: a sürgősségi ambulanciát működtető általános kórházak aránya az agglomerációkban 89%, városokban 83%, vidéken 87%, ami megfelel a szövetségi átlagnak.

2. 2. A sürgősségi ambulanciák szervezete

A folyamat a központi ambulanciák működtetése irányában hat. A több mint 100 ágygal rendelkező kórházak jó kétharmada (68%) rendelkezik központi sürgősségi ambulanciával, amelyet önálló, szakmailag független orvos irányít (45%), vagy ahol a vezető orvosi személyzet változó (23%). A fennmaradó kategóriánál, ahol „a sürgősségi ambulancia egyéb formája” működik (9%), inkább a központi sürgősségi ambulancia többféle verzióját nevezték meg (pl. interdiszciplináris sürgősségi ambulancia, több telephelyre kiterjedő sürgősségi ambulancia, egységes irányítással két telephelyen működő sürgősségi ambulancia).

2010-ben a kórházaknak kevesebb mint a fele, 2014-ben 63%-a rendelkezett központi sürgősségi ambulanciával.

A kórházak további 20%-a válaszolta, hogy mind központi, mind decentrális sürgősségi ambulanciával rendelkeznek. A kórházak mindössze 7%-a rendelkezik több decentrális, tehát osztályok részeként működő sürgősségi ambulanciával.

A sürgősségi ambulancia szervezete tekintetében a kórházak méreteivel összefüggésben alig mutatkoztak különbségek.

A több mint 100 ágygal rendelkező általános kórházak egynegyede biztosít telephelyet a mentőszolgálat részére. A kórházak további 53%-ánál a mentők rendszeresen behajtanak a kórház területére.

A nagyobb (több mint 600 ágygal rendelkező) kórházak 42%-a, a kevesebb mint 300 ágygal rendelkezők 18%-a és a közepes méretű kórházak 26%-a rendelkezik mentőszolgálati telephellyel a kórház területén.

2. 5. Az ambuláns sürgősségi esetek bevételei és költségei

2016-ban az egy ambuláns kórházi sürgősségi esetre jutó bevételek átlagosan 34,60 EUR-t tettek ki. A kvartilisek közötti tartományban ez az érték szűk 30 EUR és jó 40 EUR között mozgott. Az egy esetre jutó átlagos bevételek a kórház méreteivel arányosan enyhén növekedtek.

Ebben az összefüggésben felmerül, hogy a bevételek fedezik-e a költségeket. Az ambuláns sürgősségi esetek költségeinek fedezetlensége már régóta a szakmai viták középpontjában áll. Ebben a tekintetben a *Kórházbarométer 2017* elsőként vizsgálta átfogóan, reprezentatív statisztikai bázis birtokában a problematikát.

Az eredmények egyértelműen bizonyítják, hogy az ambuláns sürgősségi esetek ellátására költségfedezet nélkül kerül sor. A kevesebb mint 100 ágygal rendelkező kórházak 96%-a válaszolta, hogy 2016-ban a bevételek nem voltak elégségesek az ambuláns sürgősségi esetek ellátásának fedezetéhez.

A kórházak méretei szerint ez mindenütt nagyjából így volt. A költségek alulfedezettsége csupán a közepes méretű kórházaknál (91%) volt valamivel alacsonyabb a szövetségi átlagnál.

Az egy ambuláns sürgősségi esetre jutó költségek alulfedezettsége szövetségi szinten átlagosan 80 EUR-t tett ki. A szórás azonban viszonylag jelentős. A költségek alulfedezettsége a kórházak egynegyedénél legfeljebb 40 EUR (alsó kvartilis érték), további egyharmadánál legalább 100 EUR (felső kvartilis érték).

A kórházak méreteinek figyelembevételével kitűnt, hogy a költségek alulfedezettsége a közepes méretű kórházaknál átlagon aluli, a kisebb kórházaknál enyhén átlagon felüli, a nagyobb kórházaknál a szövetségi átlagnak megfelelő volt.

A több mint 100 ágygal rendelkező általános kórházak sürgősségi ambulanciáinak összességére kivetítve, ahol az ambuláns esetekből származó bevételek nem voltak elégségesek a költségek fedezetére, az ambuláns kórházi sürgősségi ellátás költségeinek alulfedezettsége szövetségi szinten 0,9 milliárd EUR-t tett ki.

4. Az osztályvezető főorvosi szerződések struktúrája

4.1. A változó jövedelem alakításának formái

Az osztályvezető főorvosi szerződésekben elsősorban az osztályvezető főorvos változó jövedelmének feltételeit rögzítik. A változó jövedelem főleg a választott orvosi szolgáltatásokból származó bevételt, valamint az osztályvezető főorvosi ambulancia szolgáltatásaiból származó bevételt tartalmazza. A változó jövedelem alakításának formái: az orvos joga, hogy saját nevében számolja el a választott orvosi szolgáltatásokat, valamint a kórház választott orvosi szolgáltatásokból származó bevételeiből való részesedés.

A választott orvosi szolgáltatásokból származó bevételek tekintetében az osztályvezető főorvosok a kórházak többségénél már nem rendelkeznek saját elszámolási joggal. A kórházak kétharmadánál csak kevés osztályvezető főorvos rendelkezik (kórházak 42%-a), ill. egyetlen osztályvezető főorvos sem rendelkezik (kórházak 24%-a) saját elszámolási joggal. Az összes főosztályvezető főorvos csak a kórházak 20%-ánál rendelkezik saját elszámolási joggal.

A változó jövedelemnek az osztályvezető főorvosi szerződések keretében való alakítása újabban többnyire a bevételből való részesedés formájában történik. A kórházak 70%-ánál az összes osztályvezető főorvos (26%), vagy sok osztályvezető főorvos (45%) részesül a választott orvosi szolgáltatásokból származó bevételekből.

Az osztályvezető főorvosi ambulanciák működéséből származó bevételek hasonlóan alakulnak. A kórházak kétharmadánál kevés osztályvezető főorvos rendelkezik (kórházak 44%-a), ill. egyetlen osztályvezető főorvos sem rendelkezik (kórházak 19%-a) saját elszámolási joggal ambulanciáján. És fordítva: a kórházak kétharmadánál az összes osztályvezető főorvos (21%), ill. sok osztályvezető főorvos (45%) részesül a kórházfenntartó osztályvezető főorvosi ambulanciájának bevételeiből.

Az osztályvezető főorvosok változó jövedelmének szerkezete szignifikánsan átalakult. Tíz éve még mind a választott orvosi szolgáltatások, mind az osztályvezető főorvosi ambulancia vonatkozásában a saját elszámolási jog volt az osztályvezető főorvosi szerződések domináns eleme. 2007-ben az osztályvezető főorvosok 70%-a még saját elszámolási joggal rendelkezett a választott orvosi szolgáltatások tekintetében, 26%-uk részesült a bevételekből. Az osztályvezető főorvosi ambulancia bevételeinél hasonló értékek adódtak: 76%) (saját elszámolási jog), 22% (részesedés a bevételekből).

4. 2. Célmegállapodások az osztályvezető főorvosi szerződésekben

A kórházak a szerződések alapján célmegállapodásokat is köthetnek az osztályvezető főorvosokkal. Ebben a tekintetben a jogszabály szerint a Német Kórházársaság (*Deutsche Krankenhausgesellschaft*) ajánlástételi joggal rendelkezik. Ezek szerint a célmegállapodások, beleértve a személyzeti és dologi költségek kontrolljának szabályozását, legitimek és jogszerűek. A gazdasági tartalmú célmegállapodások tehát kifejezetten helyénvalók. Kizártak viszont az egyes szolgáltatások pénzügyi ösztönzőire, szolgáltatási volumenekre vagy case-mix-volumenekre irányuló célmegállapodások.

A kórházak összesen 62%-ánál kötnek célmegállapodást az osztályvezető főorvosokkal. Az ilyen megállapodások száma a kórházak méreteivel arányosan látványosan növekedik. Ezek elsősorban a nagy, több mint 600 ágygal rendelkező (90%) és a közepes méretű kórházaknál (75%) rutinszerűek.

A célmegállapodások konkrét, mérhető célkitűzései: leggyakrabban szervezeti célokról születik megállapodás, pl. folyamatoptimalizálás vagy projektek megvalósítása. A kórházak háromnegyedénél az összes osztályvezető főorvossal (kórházak 25%-a), ill. sok osztályvezető főorvossal (kórházak 48%-a) kötnek célmegállapodást.

A célmegállapodást alkalmazó kórházak háromnegyedénél az összes főorvos (kórházak 32%-a), ill. sok főorvos (kórházak 41%-a) részesül pénzbeli jutalomban a célmegállapodás teljesítése esetén.

4. 3. Az új osztályvezető főorvosi szerződések alakítása

Az új osztályvezető főorvosi szerződések alakítása tekintetében 2007. óta állnak rendelkezésre adatok. Ezek megerősítik a trendet, miszerint a saját elszámolási jog visszaszorul és előtérbe kerül a bevételekből való részesedés. A kórházak mindössze 29%-a biztosít saját elszámolási jogot az új osztályvezető főorvosi szerződések keretében. Az új szerződések visszatérő eleme a kórházfenntartó bevételeiből való részesedés (intézmények 73%-a). 2007-ben még a kórházak 60%-ánál az új osztályvezető főorvosi szerződések tartalmazták a saját elszámolási jogot vagy a bevételekből való részesedést.

A kórházak kétharmada célmegállapodást köt az új osztályvezető főorvosokkal. 2007-hez viszonyítva a trend jelentősen visszaesett, feltehetően az osztályvezető főorvosokkal kötött célmegállapodásokra vonatkozó új jogszabályok, ill. a Német Kórházársaság ezeken alapuló ajánlásai miatt.

Az intézmények több mint fele felveszi az osztályvezető főorvosok melléktevékenységeit a szolgálati teendők katalógusába. Csak a kórházak 14%-a biztosítja az osztályvezető főorvosok részére a „vezető alkalmazott státuszát”, amely tartalmazza a felmondással szembeni védelmet és széleskörű személyes hatáskörrel ruhazza fel őket. 2007-hez viszonyítva ebben a tekintetben is visszaesés figyelhető meg. Ez feltehetően a Szövetségi Munkaügyi Bíróság (*Bundesarbeitsgericht*) utóbbi években hozott döntéseivel függ össze, amelyek jelentősen megnehezítik a kórházfenntartók számára, hogy a felmondással szembeni védelemről szóló törvény és az „üzemi alkotmányról szóló törvény” (*Betriebsverfassungsgesetz*) szerint „vezető alkalmazotti státuszt” biztosítsanak az osztályvezető főorvosoknak.

8. Információtechnika a kórházakban

8. 1. Az információtechnikai rendszerek alkalmazása

Csaknem az összes kórház rendelkezik honlappal (91%) és elektronikus képfeldolgozással (88%). Az intézmények túlnyomó többsége alkalmaz digitális szövegrögzítést (78%) és megbízáskezelési rendszert (74%). A megkérdezett kórházak háromnegyede biztosít WLAN-t a betegeknek, belső használatra szolgáló teljes területet lefedő WLAN-t viszont jócskán minden második kórház. Jóllehet a kórházak 60%-a vezet intézményen belüli elektronikus betegdokumentumot, a mobil vizit teljes bevezetésére csak a kórházak 40%-ánál került sor. Minden negyedik intézmény használja az elektronikus gyógyszerelési támogatást, valamint a gyógyszeres terápia biztonságának vizsgálatát. Az információtechnológiai rendszerek széleskörű alkalmazásától eltérően, a betegeknek szóló Internet-portálok és az RFID-transzponderrel ellátott betegágyak alkalmazása a német kórházakban kevésbé elterjedt (mindegyik 7%).

8. 2. A személyzet helyzete

Az információtechnológiai személyzet alakulása tekintetében minden negyedik résztvevő kórház arról számolt be, hogy a személyzet létszáma 2016-ban növekedett. 2016-ban a személyzet létszáma az intézmények 68%-ánál nem változott, 7%-ánál csökkent.

Az intézmények saját információtechnológiai alkalmazottainak száma a megkérdezett intézmények méreteivel arányosan ingadozott. Kórházanként átlagosan 6 (fő) információtechnológiai munkatársat foglalkoztattak. A kisebb, 100-299 ágyal rendelkező kórházaknál három, a közepes méretű, 300-599 ágyal rendelkező kórházaknál hét, a nagyobb, több mint 600 ágyal rendelkező kórházaknál 19,5 információtechnológiai munkatársat foglalkoztattak.

Összességében a megkérdezett kórházak 50%-a válaszolta, hogy 2016. december 31-én (négy-)öt saját információtechnológiai munkatársat foglalkoztatott. Csaknem minden negyedik kórház hat-tíz információtechnológiai munkatárssal rendelkezett, 14%-uknál az információtechnológiai munkatársak száma megközelítette a 20-at. Mindössze a kórházak 4%-a válaszolta, hogy kórházanként 50 információtechnológiai munkatárssal rendelkezik.

Az egy információtechnológiai munkatársra jutó kórházi dolgozók száma: A kórházakban egy információtechnológiai munkatárs átlagosan 126 kórházi dolgozó támogatását látta el. A kisebb kórházakban (100- 299 ágy) átlagosan 118,8, a közepes méretű intézményekben (300-599 ágy) 154,2, a több mint 600 ágyal rendelkező intézményekben 105,3 kórházi dolgozó információtechnológiai támogatását látta el egy saját információtechnológiai alkalmazott.

A kórházak 60%-a vett igénybe külső szolgáltatótól további kiegészítő információtechnológiai támogatást.

A kórházak 30%-ánál egy információtechnológiai munkatárs 100-nál kevesebb, 38%-ánál 101-150, minden ötödik intézményben 151-200 kórházi dolgozó támogatását látta el. Minden tízedik kórház jelentette, hogy egy

információtechnológiai munkatárs működési köre több mint 200 kórházi dolgozóra terjed ki.

8. 4. A kórházi információtechnológiai rendszer cseréje

Az elmúlt 12 hónap során a kórházak 3%-a cserélte le információtechnológiai rendszerét. A kórházak 6%-ánál a következő 24 hónapban van kilátás a rendszer cseréjére. És az intézmények 91%-a az elkövetkező két év során semmit nem tervez az információtechnológiai rendszer cseréjével kapcsolatban.

8. 5. Az információtechnológiai biztonságról szóló törvény alkalmazása

Az információtechnológiai biztonságról szóló törvény különös követelményeket támaszt az ún. kritikus infrastruktúrát működtető kórházakkal szemben. A megkérdezett kórházak 20%-a működtetett kritikus infrastruktúrát.

Az információtechnológiai biztonságról szóló törvény alkalmazásának állapotával összefüggésben a kórházak 29%-a rendelkezik konkrét tervekkel. Ebben a tekintetben a kritikus infrastruktúrát működtető kórházaknál az arány 43%, a nem kritikus infrastruktúrát működtetőknél 25%. A kórházak egyharmada már elkezdte a tervezést, de még nem tett konkrét lépéseket. A kritikus infrastruktúrát működtető kórházak ebben a tekintetben is előrébb állnak (45%) a többi intézménynél (26%).

8. 7. Az információtechnológia költségei

A teljes információtechnológiai költséghez viszonyítva 2016-ban a szoftverre fordított költségek jelentősen meghaladták a hardver és a személyzet költségeit. A kórházak 50%-a „nagyon magas” és „magas” költségeket fordított szoftverek vásárlására, lízingjére, vagy kölcsönzésére. 51% „nagyon magas” és „magas” költségeket jelölt meg a szoftverek installációja és karbantartása vonatkozásában. Az intézmények 42%-a „nagyon magas” és „magas” költségekről számolt be a hardverek vásárlása, lízingelés és kölcsönzése vonatkozásában. Az információtechnológiai munkatársak személyügyi költségei a kórházak 30%-ánál voltak „nagyon magasak” vagy „magasak”. Minden negyedik kórház számolt be arról, hogy „nagyon magas” vagy „magas” költségeket fordított hardverek installációjára és karbantartására.

A megkérdezettek fele „nem” vagy „keveset” költött adatkapcsolatokra és külső szolgáltatókra. Sok kórháznál „csekély költségek” keletkeztek az információtechnológiai biztonsági intézkedésekkel, a munkatársak továbbképzésével és egyéb fenntartási tényezőkkel összefüggésben.

[Lásd még: *Kórházbarométer – Krankenhaus Barometer: 2007. 48. sz., 2008. 52. sz., 2010. 13. sz.; 2012. 6.sz.; 2014. 3. sz.; 2015. 5. sz.; 2016. 1.,3. sz.; 2017. 1. sz.*]

ELŐJEGYZÉSI LISTA:

Európai Unió

- Az európai szociális jogok pillére

Kórházügy

- A kórházügyi menedzsment aktuális kérdései 2017-ben (4-6. rész)
- Minőségügyi Monitor 2017 (WIdO)

Terápia

- Jelentés a gyógyászati eljárásokról 2017-ben – *Heilmittelbericht 2017*

Népegészségügy

- Jelentés a rákos megbetegedések helyzetéről Németországban (RKI)

Svájc

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

Rövidhírek (aleatorikusan):

- Praxishírek (*Arzt & Wirtschaft*)
- Gyógyszerpiaci rövidhírek (*Pharmazeutische Zeitung, Deutsche Apotheker Zeitung*)
- Népegészségügyi rövidhírek (*Robert-Koch-Institut*)