

Egészséggazdasági, egészségpolitikai és szociálpolitikai nemzetközi sajtószemle 2018. 3. sz. (Lapzárta: 2018. január 21.)

Világ gazdasági Fórum Davos (2018. január 23-26.)

Népegészségügy

- *A Global Burden of Disease Study* az indiai lakosság egészségi állapotáról

Kórházügy

- A kórházügyi menedzsment aktuális kérdései (6. rész): Amerikai tapasztalatok

Orvostechnika

- Jelentés az orvostechnikai ágazat helyzetéről Németországban 2017-ben – *Branchenbericht Medizintechnologien 2017*
- A BARMER betegpénztár jelentése a gyógyászati és segédeszközök igénybevételéről 2016-ban – *BARMER Heil- und Hilfsmittelreport 2017*
- Az orvostechnikai eszközök a gyors innováció és a kétséges haszon között
- Biztosításfelügyeleti eljárás néhány német betegpénztár ellen a gyógyászati és segédeszközök pályáztatása miatt; Felmérés az inkontinenciabetétekkel és sztómaterápiás eszközökkel való ellátásról

Gyógyszer

- A gyógyszerári rendszer egészséggazdasági elemzése. Különös tekintettel a vénymentes gyógyszerek forgalmazására (1. rész): Általános ismertetés
- A dm-Drogeriemarkt ismét az Osztrák Alkotmánybírósághoz fordul

Nagy-Britannia

- Tracey Crouch, a brit magános emberek ügyeinek miniszteri biztosa

Melléklet

- A kórházügyi menedzsment aktuális kérdései. A Német Kórházigazgatók Szövetségének tanulmánykötete – egységes szerkezetben

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

Világgazdasági Fórum Davos (2018. január 23-28.)

World Economic Forum Annual Meeting

World Economic Forum, 3:00 GMT 16 January, 2018

Kulcsszavak: világgazdaság, globális egészségügy, Világgazdasági Fórum Davos

Forrás Internet-helye: <https://www.weforum.org/events/world-economic-forum-annual-meeting-2018>

A Világgazdasági Fórumon többek között részt vesznek: Donald Trump, Angela Merkel, Emmanuel Macron, Paolo Gentiloni, Theresa May, Justin Trudeau, Benjamin Netanyahu, Narendra Modi, Alain Berset, Jean-Claude Juncker, Antonio Guterres, Christine Lagarde, Tedros Adhanom Ghebreyesus, Joseph Stiglitz.

Az idei davosi világgazdasági fórumon felértékelődik az egészségügy témája.

Az „egészségügy új paradigmájának” szentelt rendezvényen azt feszegetik majd, hogy a betegközpontú egészségügyi ellátás miként formálja át az ipart, de azt is, hogy miként profitálnak a vállalkozások az „értékközpontú egészségügyi ellátásból”. A betegközpontú ellátás új modelljei jelennek meg, ösztönzők keletkeznek a fenntartható alkalmazás és az igazságosabb egészségügy számára.

A „globális egészségügy új korszaka” című ülésen az orvoslás és az ápolás kontextusában vitatják meg a kutatás és az innováció perspektíváit, beleértve a finanszírozás és a kockázatok minimalizálását.

Az „egészségügy a negyedik ipari forradalom korában” című szakértői vita keretében az informatika, a mesterséges intelligencia, a robotika és a képalkotó eljárások kérdéseit tűzik napirendre.

az indiai lakosság egészségi állapotáról 1990 és 2016 között

The Lancet, Volume 390, No. 10111, p2437–2460, 2 December 2017

DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32804-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32804-0)

Kulcsszavak: népegészségügy, egészségi állapot, *Global Burden of Disease Study*, India

Forrás Internet-helye:

[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)32804-0/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)32804-0/fulltext)

Lalit Dandona MD, MPH: <https://www.phfi.org/faculty-a-researchers/270> ;
<http://www.thelancet.com/action/doSearch?searchType=authorLookUp&author=Dandona,%20Lalit&prod=LN>

Lalit Dandona (Wellcome Trust Capacity Building Programme-1 at the Public Health Foundation of India in New Delhi) és kétszáz fős munkacsoportja tanulmánya szerint az indiai lakosság egészségi állapota az elmúlt évek gazdasági fellendülése ellenére nem minden országrészben javult. Az 1,3 milliárd lakossal rendelkező, 29 tagállamra és hét szövetségi területre tagolódó ország északi és észak-nyugati államaiban a lakosság egészségi állapota jóval rosszabb, mint más vidékeken. A szegényebb régiókban az alultápláltság, a víz- és levegőtisztaság, a hasmenéses és a légúti betegségek még mindig jelentős szerepet játszanak. A nők várható átlagos élettartama Uttar Pradesh-ben 66,8 év, Keralában 78,7 év.

A nem fertőző betegségek miatti halálozások rátája 1990-ben 38%, 2016-ban 60% volt. Ennek oka egyes betegségek prevalenciájának növekedése, mint a diabétesz mellitus (+174%) és a koronáriás szívbetegségek (+104%).

A szerzők elítélik Narendra Modi kormányfő döntését, miszerint az egészségügyi kiadások GDP-hez viszonyított aránya 2025-ig mindössze 2,5%-ot tesz ki. Az átlag világviszonylatban 6%.

A szubkontinensen paradox módon virágzik a gyógyszeripar. A gyógyszerpiac forgalma becslések szerint 2020-ig átszámítva 47 milliárd EUR-ra növekedhet. A generikumok gyártása tekintetében India a világ gyógyszeriparának tekinthető és fontos szerepet játszik a biosimilar-gyártásban is.

A szennyvíztisztítás hiánya súlyos következményekkel jár. 2017-ben egyes cégeknél az antibiotikumok nem megfelelő ártalmatlanítása multirezisztens baktériumok kialakulásához vezetett.

Lalit Dandona, MD, MPH, Distinguished Research Professor, Director of the Wellcome Trust Capacity Building Programme-1 at the Public Health Foundation of India in New Delhi, Professor of Global Health at the Institute for Health Metrics and Evaluation, University of Washington, Seattle, USA

Kontakt: lalit.dandona@phfi.org

A kórházi menedzsment aktuális kérdései 2017-ben (6. rész):

Amerikai tapasztalatok

Praxisberichte – Zu aktuellen Fragen des Krankenhausmanagements

2017 Projekte Positionen Perspektiven

Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V.,

2017. október (100 p.)

Kulcsszavak: információtechnológia, digitalizálás, Németország, Egyesült Államok

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

Amerikai tapasztalatok

Az Egyesült Államok egészségügyi rendszere tekintetében a közfigyelem leginkább az ottani biztosítási rendszerekre, az *Obamacare* sorsára, az esetleges *Trumpcare* esélyeire irányul. Ám az amerikai kórházi vállalkozásoktól sokat lehet tanulni a digitalizálás, a modernizáció területén. Az egészségügyi információtechnológiai döntéshozók szakmai egyesülése, az ún. „*döntéshozók gyára*” (*ENTSCHEIDERFABRIK*), amelynek a Német Kórházigazgatók Szövetsége is tagja, 2017-ben három szakértőt delegált egy amerikai tanulmányútra, akik egyebek között részt vettek az *American Hospital Association (AHA)* kongresszusán.

Ennek viszonzásaként három amerikai kórházi menedzser részt vett a Német Kórházigazgatók Szövetségének würzburgi éves értekezletén. A vendégek előadást tartottak tapasztalataikról.

Ken Lawonn, a Sharp HealthCare és a Rady Childrens Hospital San Diego alelnöke hangsúlyozta, hogy az átalakítási folyamatok során az információtechnológia még nem jelent mindent. Csapatmunkára van szükség, az információtechnológiai projekteknél minden munkatárs részt vesz. A varázsszó az interakció. A kommunikáció során egy meghatározott algoritmus alkalmazására kerül sor, amelynek segítségével a betegek orvosukhoz fordulhatnak. Ez jelentős mértékben javítja a megfelelőséget. A 2010. óta alkalmazott információtechnológiai rendszerhez számos más kórház, gyógyszerár és ambuláns szolgálat csatlakozik.

Albert Oriol, a Rady Childrens Hospital San Diego információs menedzserként felelős alelnöke egyebek között kiemelte, hogy a digitális egészségügyi ellátás előmozdítja a mobilitási stratégia kialakítását és a távgyógyítást. A betegek hozzáférnek a portálhoz, ami elősegíti az önszegélyezést. A felhőalapú számítástechnika pedig lehetővé teszi egy hosszútávú adatfelhasználási stratégia alkalmazását. Az adatokra és elemzésekre való összpontosítás, valamint az adatok által működtetett szervezet lehetővé tette a vállalkozás működésének elemzését és az adatkormányzást.

Kevin Mattson, a San Ysidro Health (San Diego), egy szövetségi szintű, közhasznú társaságként működő egészségügyi központ vezetője, amely elsősorban „*alulprivilegizált [sic!]* emberek ambuláns orvosi, fogászati és pszichológiai ellátását végzi. A vállalkozás egymillió beteget lát el, akiknek 72%-a a szegénységi küszöb alatt él. Az intézmény aggodalmai szerint a biztosítási rendszer *Trumpcare* általi átalakítása folytán legalább 20.000 betegük biztosítási védelem nélkül marad.

E három kórházi menedzser 2016-ban és 2017-ben is a német döntéshozók amerikai tanulmányútjának vendéglátói közé tartozott. A magasrangú német kórházi menedzserek több dél-kaliforniai kórházban ismerhették meg az információtechnológia alkalmazásának tapasztalatait.

Az idei san diego-i tanulmányút témája a digitalizálás és a kórházi siker összefüggése volt. A német, osztrák és svájci vendégek érdeklődésének homlokterében álló kérdések: az individuális egészségügyi dokumentumok és intézményi betegdokumentumok interakciója; az üzleti folyamatok új iránya és az ismert üzleti modellek lebontása; a kezelési lánc keretében és a beteggel való szisztematikus együttműködés, hálózatba szerveződés; minőségorientált térítés és fejkvóta.

***Jelentés az orvostechnikai ágazat helyzetéről Németországban 2017-ben –
Branchenbericht Medizintechnologien 2017***

Bundesverband Medizintechnologie – BVMed, Berlin,

Stand: 28 November 2017 (43 p.)

Kulcsszavak: orvostechnika, orvostechnológia, egészséggazdaság, Németország

Forrás Internet-helye: <https://www.bvmed.de/>

Az orvostechnológiai ágazatról szóló tanulmányok áttekintése:

www.bvmed.de/branchenstudien

A jelentés frissítésére évente két alkalommal, azonos szerkezetben kerül sor.

1. 3. Termelés, export, kiadások, hozzáadott érték

A (több mint 20 foglalkoztatottal rendelkező) termelő orvostechnikai vállalkozások összforgalma 2016-ban 5,8%-kal, 29,2 milliárd EUR-ra, külföldi forgalma 2016-ban 5,5%-kal, 18,6 milliárd EUR-ra növekedett.

A német orvostechnikai ipar exportkvótája 65%. 2016-ban 64%, az 1990-es évek közepén 40% volt.

A legfontosabb célterületek: Európa 51% (41,6% EU, 9,3% más európai ország), Észak-Amerika 19%, Ázsia 18,6%.

Az ágazat bruttó 13,2 milliárd EUR bruttó hozzáadott értéket hoz létre, ami az egészséggazdaságban termelt hozzáadott érték 3,9%-a.

Az orvostechnikai ágazatnak a teljes egészséggazdasághoz viszonyított növekedése átlagon aluli. Az orvostechnikai eszközöknél a bruttó hozzáadott érték 2005. óta 3,2%-kal növekedett, ami évente átlagosan 2,5%-os növekedésnek felel meg. A növekedés aránya a teljes egészséggazdaságban 3,8%, a gazdaság összességében 2,7%.

Orvostechnikai eszközökre fordított kiadások

Az orvostechnikai eszközökre fordított egészségügyi kiadások (beruházási javak, fogpótlás és kereskedelmi árresek nélkül) 2015-ben 34 milliárd EUR-t tettek ki. Ebből segédeszközökre 18,8 milliárd EUR (előző évben: 18,1 milliárd EUR), egyéb orvosi eszközökre 14,3 milliárd EUR (előző évben 13,9 milliárd EUR) jutott. Ehhez járul még kötszerekre fordított szűk 1 milliárd EUR, amely a gyógyszerek tételénél jelenik meg.

1. 4. Innováció

A német orvostechnikai cégek forgalmuk egyharmadát három évnél nem régebbi termékekkel valósítják meg. A kutató orvostechnikai vállalkozások átlagosan hozamuk 9%-át fordítják kutatás-fejlesztésre.

Az Európai Szabadalmi Hivatal adatai szerint 12.263 világviszonylatban benyújtott szabadalom iránti kérelemmel az orvostechnikai ágazat vezeti a technológiai területek listáját. A szabadalmak bejelentésének rangsora: Egyesült Államok (4.606), Németország (1.323), Japán (1.102).

Digitalizálás

Mindössze az orvostechnikai vállalkozások 39%-a jelezte, hogy a digitalizálás nagyon erőteljesen, vagy erőteljesen érinti termékeit és szolgáltatásait (előző évben:41%). A digitalizálás 48%-ot „alig”, 7%-ot „egyáltalán” nem érint.

Az érintett vállalkozások várakozásai szerint a digitalizálás „az adminisztratív folyamatok” (65%), az elektronikus beszerzések (*eProcurement*, 41%), az orvosi alkalmazások (38%), az elektronikus számlák (*eInvoicing*, 37%) területén hozhat változást. A termelés/ipar 4.0 tekintetében 33% érzi magát érintettnek. További digitalizálási témák az orvostechnikai ágazatban: *3D-Prototyping*, ill. 3D-nyomtatás (26%), telemedicina alkalmazások (24%), *Big-Data*-alkalmazások és kognitív rendszerek (18%).

Nyereséggel kapcsolatos várakozások

Ebben az évben a cégek 22%-a magasabb nyereségre, 33% csökkenésre számít. 2018-ban a belföldi piac tekintetében a német cégek 34%-a jobb üzleti helyzetre, 20%-a a helyzet rosszabbodására, a külföldi piac tekintetében a cégek 52%-a kedvező fejleményekre, 5%-a rosszabbodásra számít.

Kontakt:

Manfred Beeres, Leiter Kommunikation/Presse

BVMed - Bundesverband Medizintechnologie,

Tel. +49 - 30 246 255-20,

E-mail: beeres@bvmed.de , www.bvmed.de

[*Lásd még: Jelentés az orvostechnikai ágazat helyzetéről – MedTech Branchenbericht: 2008. 26. sz.; 2009. 20. sz.; 2009. 34. sz.; 2009. 40. sz.; 2010. 9. sz.; 2011. 16. sz.; 2011. 28. sz.; 2012. 19. sz.; 2014. 18. sz., 2015. 13. sz.; 2016. 22. sz.; 2017. 3. sz.; 2017. 28. sz.*]

***A BARMER betegpénztár jelentése
a gyógyászati és segédeszközök igénybevételéről 2016-ban
BARMER Heil- und Hilfsmittelreport 2017***

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 6 (November 2017) (162 p.)

Kulcsszavak: orvostechnika, gyógyászati és segédeszközök, költségek, Németország

Forrás Internet-helye:

<https://www.barmer.de/blob/139730/cb680d622e0e584c64bae6521a13e15a/data/dl-barmer-heil-und-hilfsmittelreport-2017.pdf>

Gyógyászati és segédeszközökre fordított költségek

A BARMER betegpénztár gyógyászati eszközökre fordított költségei 2016-ban az előző évhez viszonyítva öt százalékkal, segédeszközökre fordított költségei tíz százalékkal növekedtek. Ez 2016-ban gyógyászati eszközöknél 26 millió EUR, segédeszközöknél 84 millió EUR költségnövekedésnek felel meg. A kötelező betegbiztosítás gyógyászati eszközökre fordított költségei 2007 és 2015 között a szolgáltatásokra fordított összkiadásokhoz viszonyítva 2,7%-ról 3,0%-ra növekedtek, miközben a segédeszközökre fordított kiadásoké konstans maradt (3,8%).

Segédeszközök

A BARMER biztosítottai 2016-ban összesen 1,02 milliárd EUR összegben vettek igénybe segédeszközöket, ami 2015-höz viszonyítva 84 millió EUR, 9%-os költségnövekedést jelent. A betétek (08 termékcsoport) és cipők (31 termékcsoport) igénybevételének száma és költségei regionálisan jelentős különbségeket mutatnak. Különbségek vannak továbbá a nemek között is: a férfiak gyakrabban vesznek igénybe méretre készített cipőt, mint a nők. A méretre készített cipőkhöz készített betétek és ortopéd betétek vonatkozásában az arány fordított.

TENS-készülékek alkalmazása krónikus hátfájás esetén

A BARMER Cochrane-elemzést rendelt a krónikus hátfájás esetén alkalmazott elektromos idegstimuláció (*Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation = "TENS"*) 2012 és 2016 közötti alkalmazásáról. A négy randomizált vizsgálatban 585 beteg vett részt. A TENS-készülékek alkalmazásának felírása 2012. óta folyamatosan csökkent, 2016-ban már csak 82.000 kezelésre került sor, a kezelés felírása tehát évente 42%-kal csökkent. Az orvosok által felírt kezelések száma csökkent. 2012-ben még 22.500 orvosnál dokumentálták TENS-készülék felírását, 2016-ban már csak 14.900-nál. A TENS-készülék alkalmazását felíró orvosok száma tehát 7.600-zal, 34%-kal csökkent.

***Stefan Sauerland: Az orvostechnikai eszközök
a gyors innováció és a kétséges haszon között***
Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)
GGW Jg. 17, Heft 4 (Oktober), 25–30

Kulcsszavak: orvostechnikai eszközök, engedélyezés, egészségügyi technológiai értékelés, Európai Unió

Forrás Internet-helye:

http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_ggw/wido_ggw_0417_sauerland_1017.pdf

Az orvostechnikai eszközök CE-jelölése európai szabályainak reformjára (*medical devices recast*) 2017 tavaszán került sor. Ennek célja a kijelölt helyek kontrollfunkciójának, a magas kockázatú termékek klinikai követelményeinek és a betegbiztonság javítása. Még ha e változások pozitív eredményekkel is járnak, az orvostechnikai eszközök tanúsításának számos gyenge pontja van. Mivel a (többlet-)haszon bizonyítása a szabályok szerint továbbra sem szükséges a CE-jelöléshez, az európai egészségügyi rendszerekben a piaci bevezetést követően nélkülözhetetlen az új orvostechnikai eszközök haszonértékelése (az egészségügyi technológiai értékelés értelmében). A legfontosabb kérdés, hogy mely orvostechnikai eszközöket kell rendszeresen értékelni, amennyiben ezek különösen kockázatosak, különösen újak vagy különösen költségesek.

4. A megfelelőségi jelölés európai szinten

Kézenfekvő gondolat lenne egy központi európai hatóság felállítása, amelynek feladata az orvostechnikai eszközök értékelése lenne. Egy ilyen eljárás – az Európai Gyógyszerügynökség mintájára – növelné a konformitást értékelő tevékenységek egységességét és gazdaságosságát. Az EU azonban egy decentrális szabályozás mellett döntött, amellyel a felelősséget több mint 50 európai kijelölt hely között osztotta meg. Újonnan mégis kiemelkedő szerephez jutott az orvostechnikai eszközök koordinációs csoportja (*Medical Device Coordination Group – MDCG*), amelynek feladata a decentrális szervezet ellenére néhány európai szintű általános feltétel kidolgozása és bevezetése.

A koordinációs csoportban jelenleg minden EU-tagállam két-két képviselője vesz részt. Feladatai elsősorban a kijelölt helyek felügyeletében, a magas kockázatú termékek konformitás értékelésének felülvizsgálatában, a „közös specifikációk” kialakításában áll. A koordinációs csoport a maga alcsoportjaival azonban alig rendelkezik saját hatáskörrel, mivel a koordinációs csoport javaslatait csak az EU Bizottság valósíthatja meg. Lényegében azonban az új európai szabályozás egy még

több szereplőből álló bonyolult hálózat kialakulását eredményezte, amely aligha lesz képes bármennyiben is javítani az eljárás egységességén. A legjobb megoldásnak továbbra is az Európai Gyógyszerügynökséghez vagy az amerikai Élelmiszer- és Gyógyszerellenőrzési Hatósághoz (*Food and Drug Administration – FDA*) hasonló központi hatóság felállítása látszik.

5. Az új orvostechikai eszközök adatainak transzparenciája

Miközben az új gyógyszerekre vonatkozóan az Európai Gyógyszerügynökségnél bőséges információ áll a nyilvánosság rendelkezésére, az orvostechikai eszközök felhasználóinak egyelőre nincs lehetőségük annak megállapítására, hogy valamely orvostechikai eszköz mely adatbázis alapján került piacra. Újabban legalábbis a magas kockázatú termékek esetén a gyártónak rövid, közérthető és a nyilvánosság számára hozzáférhető jelentést kell bemutatnia a termék biztonságáról és klinikai teljesítményéről. Az információknak meg kell jelenniük az Orvostechikai Eszközök Európai Adatbankjában (*European Databank on Medical Devices – Eudamed*), amely egyelőre nem hozzáférhető a nyilvánosság számára.

Az Egyesült Államokban már az 1990-es években törvény rendelkezett arról, hogy az új orvostechikai eszközök engedélyezésével összefüggésben nyilvánosságra kell hozni a releváns információkat. Az újabb elemzések szerint azonban számos orvostechikai eszköz esetén nem ismerhető, hogy mely adatbázis alapján történt a piacra való bevezetés. Az a kérdés, hogy melyek a klinikai vizsgálatokból adódó legfontosabb információk, jelentős teret hagy nyitva az interpretáció számára. Ezért attól tarthatunk, hogy az új EU-rendelet ismert és elkerülhető hibákat ismétel meg. Ehelyett kívánatos lenne, ha törvény kötelezne a vizsgálatok végeredményének legkésőbb a vizsgálat lezárását követő egy éven belüli közzétételére.

A szerző:

PD Dr. med. Stefan Sauerland, MPH,

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)

Telefon: 49-221 35685359

E-Mail: stefan.sauerland@iqwig.de

Sz. 1967-ben. Egészségtudományi tanulmányok: 1998-ban promóció, 2002-ben magiszteri cím; 2009-ben habilitált. 1998-2009: kutató, *II. Chirurgischer Lehrstuhl der Universität zu Köln, Institut für Forschung in der Operativen Medizin (IFOM) der Universität Witten/Herdecke*. 2009: *Universität Witten/Herdecke*: W2 bérbesorolású professzor. 2010. óta az *Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen* nem gyógyszeres eljárások reszortjának vezetője.

***Biztosításfelügyeleti eljárás néhány német betegpénztár ellen
a gyógyászati és segédeszközök pályáztatása miatt***

Deutsches Ärzteblatt online, 2018. január 8.

Kulcsszavak: orvostechnika, gyógyászati és segédeszközök, biztosításfelügyelet, Németország

Forrás Internet-helye:

<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/87398/Aufsicht-ermittelt-gegen-Krankenkassen-wegen-Heil-und-Hilfsmittelausschreibungen> ;

A gyógyászati és segédeszközökkel való ellátás helyzetének megerősítéséről szóló törvény (Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung – Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG):

https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl117s0778.pdf%27%5D#_bgbl_%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl117s0778.pdf%27%5D_1516272944479 ;

http://aok-bv.de/hintergrund/gesetze/index_16768.html

A **Szövetségi Biztosítási Hivatal (Bundesversicherungsamt – BVA)** felügyeleti eljárást kezdeményezett három betegpénztár – a *Barmer*, a *DAK Gesundheit* és a *Kaufmännische Krankenkasse (KKH)* – gyógyászati és segédeszközöknél alkalmazott pályáztatási eljárásai miatt. A vizsgálat elsősorban a lélegeztetőkkel, légzésterápiás és sztómaterápiás eszközökkel való ellátásra irányul.

Az előírások szerint a kiírások során legalább 50%-ban minőségi kritériumokat kellene figyelembe venni. A vizsgálat tárgyát képező esetekben azonban a pályázati kiírások során a kiegészítő betegpénztárak 90%-ban a segédeszközök árát vették figyelembe.

A tavaly tavasszal hatályba lépett gyógyászati és segédeszközökről szóló törvény célja azonban az volt, hogy minőségileg javítsa a segédeszközökkel való ellátást és hogy a pályáztatások során mellőzzék a csaknem kizárólagosan a legkedvezőbb ajánlatra való összpontosítást. Másrészt nyilvános pályáztatásra csak a segédeszközökkel való ellátás célszerű területein kerülhet sor. A törvény betiltotta az individuális készítésű segédeszközök, valamint a magas szolgáltatási részarányal rendelkező ellátások pályáztatását. [Ezzel kapcsolatban lásd: *A Bundestag elfogadta a gyógyászati és segédeszközökről szóló törvényt, 2017. 10. sz.*]

A biztosításfelügyelet tapasztalatai szerint a betegpénztárak bizonytalanul alkalmazzák a gyógyászati és segédeszközökről szóló törvényt.

pályáztatásokra vonatkozó rendelkezéseit. Ezek során a betegpénztárak gazdaságosságra irányuló törekvései szembekerülnek az egészségügyi ellátás minőséget célzó célkitűzéseivel.

A Szövetségi Egészségügyi Minisztérium egyik szóvivője szerint a törvény nem konkretizálja, hogy mely termékcsoportok tartoznak a pályáztatás tilalma alá. A segédeszközök jegyzékének 33 termékcsoportjának mindegyike többszáz segédeszközt tartalmaz, amelyek rendeltetésük, technikai felépítésük, alkalmazási indikációik szerint, valamint a hozzájuk kapcsolódó szolgáltatások szerint jelentősen különböznek egymástól.

*

Betegelégedettségi felmérés az inkontinenciabetétekkel és sztómaterápiás eszközökkel való ellátással kapcsolatban

Deutsches Ärzteblatt online, 2018. január 17.

Forrás Internet-helye:

<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/87602/Ausschreibungen-zur-Stoma-und-Inkontinenzversorgung-veraergern-Patienten> ;

A felmérés a BVMed honlapján:

<http://www.faktor-lebensqualitaet.de/fl-de/isk-aktuelles/umfrage-stoma-inko-01-2018>

Az „életminőség iniciatíva” plakátkampánya a betegpénztárak pályáztatási eljárása ellen:

<http://www.faktor-lebensqualitaet.de/fl-de/isk-aktuelles/plakatkampagne-gegen-ausschreibungen-2018>

Az *Orvostechnikai Szövetség „életminőség iniciatívája” (Initiative „Faktor Lebensqualität“ im Bundesverband Medizintechnik – BVMed)* 79 felhasználó részvételével felmérést készített az inkontinenciabetétekkel és sztómaterápiás eszközökkel való ellátás területén. A megkérdezettek az elmúlt hónapokban szolgáltatót váltottak. Az a tény, hogy a betegpénztár kiírása szolgáltatóváltásra kötelezi a betegeket, elégedetlenséget vált ki. E betegek 32%-a elégedetlen az új beszállító tanácsadási szolgáltatásával. A megkérdezettek egyharmada mérlegeli a betegpénztárváltást.

A megkérdezés szerint a felhasználók egyharmada részére a váltást követően személyes kontaktszemélyt vagy terapeutát jelöltek ki. Ezenkívül minden negyedik felhasználónak a szükséges termékeket is le kellett váltania. 39%-uk ezt nem tartotta megfelelő lépésnek.

***Thomas Czypionka et al.: A gyógyszerertári rendszer egészséggazdasági elemzése.
Különös tekintettel a vénymentes gyógyszerek forgalmazására (1. rész):
Általános ismertetés***

Institut für Höhere Studien (IHS), Wien, December 2017 (143 p.)

Készült az Osztrák Gyógyszerész Szövetség
(Österreichischer Apothekerverband) megbízásából

Kulcsszavak: gyógyszer, gyógyszerertári rendszer, vénymentes gyógyszerek, OTC-k, egészséggazdaság, Ausztria, Dánia, Hollandia, Norvégia, Svédország, Anglia, Egyesült Államok

Forrás Internet-helye: <http://irihs.ihs.ac.at/4347/17/2017-ihs-report-czypionka-analyse-des-apothekensystems.pdf>

A vénymentes gyógyszerek kizárólagosan gyógyszerertári árusításának megtörésére irányuló törekvések a tárgyra vonatkozó nemzetközi összehasonlító tanulmány megrendelésére készítették az Osztrák Gyógyszerész Szövetséget (*Österreichischer Apothekerverband*). Az *Institut für Höhere Studien (IHS)* vizsgálata Dánia, Hollandia, Norvégia, Svédország, Nagy-Britannia és az Egyesült Államok liberalizált gyógyszerpiacát vette górcső alá. Az elemzés elsősorban a dereguláció ellátásra és árakra, a gyógyszerfogyasztásra és a lakosság gyógyszerkompetenciájára gyakorolt hatásával foglalkozott, de kitért további deregulációs intézkedésekre, mint a gyógyszerertárak idegen és többes tulajdonlása feloldásának OTC-piacra gyakorolt hatására is.

Miközben a gyógyszerpiacok az Egyesült Államokban és Angliában kezdettől fogva kevésbé szabályozottak voltak, a kontinentális Európában az elmúlt két évtized során több országban is reformintézkedéseket vezettek be a vénymentes gyógyszerek forgalmazásának deregulációja érdekében. Ennek eredményeként Dániában és Norvégiában bizonyos készítmények a gyógyszerári szektoron kívül, gyógyszerertárak által működtetett speciális kereskedelmi helyiségekben és más engedélyezett helyeken is forgalmazhatók. Hollandiában bizonyos OTC-gyógyszerek drogista felügyelete mellett szupermarketekben működő drogériákban, ill. drogériaosztályokon forgalmazhatók. Ezenkívül egy erőteljesen korlátozott választék szupermarketekben és benzinkutaknál is elérhető. Ez utóbbi Angliában is érvényes. A jelentés szerint az Egyesült Államokban a vénymentes gyógyszerek eladását gyakorlatilag semmi nem korlátozza. Ezzel szemben Ausztriában, Belgiumban, Németországban, Finnországban, a vénymentes gyógyszerek továbbra is csak gyógyszerertárakban forgalmazhatók.

A jelentés szerint a dereguláció tendenciálisan a forgalmazó helyek számának növekedését eredményezte, ám inkább urbánus környezetben, vidéken alig. Dániában az OTC-készítmények kétharmadát, Norvégiában a felét továbbra is gyógyszerertárakban adják el. Sőt, Svédországban a résztvevők háromnegyede válaszolta, hogy ezeket gyógyszerertárból vásárolja. Ezzel szemben Hollandiában a vénymentes gyógyszerek mindössze 13%-át adják el gyógyszerertárban.

Az átfogó deregulációs intézkedések egyes országokban a piac fokozott koncentrációjához vezettek. Norvégiában és Svédországban például a reformok az

OTC-k forgalmazásának liberalizációja mellett a gyógyszertárak tulajdonviszonyainak szabályozására is kiterjedtek. Norvégiában ez a folyamat fokozott mértékű vertikális és horizontális integrációt eredményezett. Ennek következtében a gyógyszertárak 80%-a a három legnagyobb nagykereskedelmi cég egyikének tulajdonában van. A verseny fokozódása helyett tehát heterogén oligopóliumok uralta piaci struktúrák keletkeztek. Svédországban az állami monopólium megszüntetése folytán ugyancsak kevés gyógyszertárlánc jött létre.

A szerzők nem tapasztalták, hogy a deregulációs intézkedések folytán az OTC-gyógyszerek tartós árcsökkenésére került volna sor, jóllehet a verseny szabályai szerint csökkenniük kellett volna. Sőt, Dániában áremelkedésre került sor. A gyógyszertáron kívüli forgalomban az árak alacsonyabbak voltak, mint a gyógyszertárakban.

Az elemzés eredményei szerint az OTC-készítmények forgalmazásának deregulált piaca nem vezet szükségképpen a fogyasztók helyzetének jobbulásához. A szerzők ajánlása az osztrák törvényhozóhoz, hogy kezelje valamivel restriktívebben a gyógyszerek gyógyszertáron kívüli forgalmazását.

Egyes európai országokban bevezetett reformintézkedések:

- 1991: Az Egyesült Királyságban megnyílt az első szupermarketben működő gyógyszertár.
- 1999: Németországban engedélyezték egyes növényi eredetű készítmények és táplálék-kiegészítők drogériákban, szupermarketekben és diszkontokban való árusítását.
- 2000: Lengyelországban engedélyezték egyes vénymentes gyógyszerek korlátozott kínálatának gyógyszertáron kívüli forgalmazását.
- 2003: Dániában engedélyezték bizonyos nikotinhelyettesítők, orrcseppek és gyomorsavlekötők gyógyszertáron kívüli árusítását.
- 2003: Norvégiában engedélyezték 33 hatóanyag – egyebek között nikotinhelyettesítők, analgetikumok és orrcseppek – gyógyszertáron kívüli árusítását. 2009-ben a listát bővítették.
- 2005: Portugáliában engedélyezték minden vénymentes gyógyszer gyógyszertáron kívüli árusítását.
- 2006: Olaszországban engedélyezték a vénymentes gyógyszerek speciális engedéllyel rendelkező kereskedelmi egységekben (*parafarmacia*) való árusítását. Bizonyos vénymentes gyógyszerek gyógyszerész felügyelete mellett a szupermarketek kijelölt helyein árusíthatók.
- 2009: Svédországban engedélyezték bizonyos vénymentes gyógyszerek gyógyszertáron kívüli árusítását
- 2010: Franciaországban bizonyos vénymentes gyógyszerek a gyógyszertárak szabadpolcairól megvásárolhatók.
- 2011: Dániában a vénykötelesség köréből kikerülő gyógyszerek két évig automatikusan gyógyszertáron kívül is árusíthatók.

Kontakt:

Dr. Thomas Czypionka

Tel.: +43/1/599 91-127 ;

email: thomas.czypionka@ihs.ac.at

A dm-Drogeriemarkt ismét az Osztrák Alkotmánybírósághoz fordul

DAZ.ONLINE, 18.01.2018, 10:20

Kulcsszavak: gyógyszer, gyógyszertári piac, drogériák, vénymentes gyógyszerek, OTC-k, dereguláció, liberalizáció, Alkotmánybíróság, Ausztria

Forrás Internet-helye:

<https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2018/01/18/drogeriekette-kaempft-fuer-otc-deregulierung/chapter:all>

A **dm drogérialánc** két sikertelen nekifutást követően bejelentette, hogy harmadszor is az Osztrák Alkotmánybírósághoz fordul a vénymentes gyógyszerek gyógyszertárakon kívüli forgalmazása ügyében. Az Alkotmánybíróság formai és nem szakmai okokból utasította el a két korábbi beadványt. Az APA hírügynökség szerint a beadvány benyújtására a következő három hónapban, elbírálására még ebben az évben kerülhet sor.

Az ellentámadásba lendülő Osztrák Gyógyszerész Szövetség nemzetközi összehasonlító tanulmányt rendelt a vénymentes gyógyszerek gyógyszertárakon kívüli forgalmazásáról. [*Lásd az előbbieken.*] **Jürgen Rehak, az Osztrák Gyógyszerész Szövetség elnöke** a 2017 decemberében közzétett tanulmány eredményeit ismertette rámutatott, hogy amennyiben a szupermarketek kedvezőbb gyógyszereket ígérnek a fogyasztóknak, ez felelőtlenség és teljesen elhibázott. A liberalizáció az éjszakai gyógyszertári ügyeleti rendszerre is következményekkel jár.

Dr. Christine Ahlheim (cha), Chefredakteurin AZ
redaktion@deutsche-apotheker-zeitung.de

[*Lásd még: Az Osztrák Alkotmánybíróság másodszor is visszautasította a dm-Drogeriemarkt beadványát, 2017. 31. sz.*]

Tracey Crouch, a brit magányos emberek ügyeinek miniszteri biztosa
GOV.UK Published 19 January 2018; Third Sector, 17 January 2018

Kulcsszavak: magány, időskorúak, Nagy-Britannia

Forrás Internet-helye: <https://www.thirdsector.co.uk/tracey-crouch-appointed-ministerial-lead-loneliness/policy-and-politics/article/1454716> ;
<https://www.gov.uk/government/speeches/pms-speech-at-downing-street-reception-to-celebrate-the-legacy-of-jo-cox-17-january-2018> ;
Tracey Crouch: https://en.wikipedia.org/wiki/Tracey_Crouch ;
<https://www.traceycrouch.org/>

Theresa May brit miniszterelnök Tracey Crouch sportminisztert nevezte ki a magányos emberek ügyeinek miniszteri biztosává.

A kinevezésre a *Jo Cox Emlékbizottság* javaslatára került sor. A 41 éves Jo Cox parlamenti képviselőt 2016 júniusában nyílt utcán lőtte le a Brexit egyik fanatikus képviselője. Cox az EU-tagság elkötelezett híve volt.

Tracey Crouch (sz. 1975) konzervatív politikus. 1996-1998. között parlamenti kutató volt. 2010. óta az alsóház tagja. 2015. óta sportügyért és civil szervezetekért felelős miniszter. Az egyetemi tandíjak emeléséről szóló parlamenti szavazáson tartózkodott. A borzállomány megritkítása ellen szavazott. Ugyancsak félreszavazott a kormány sajtószabályokról és a mezotelióma áldozatairól szóló tervezetéről szóló szavazás alkalmával. Megszavazta az egyneműek közötti házasságról szóló törvényt (*Marriage (Same Sex Couples) Act 2013*). Ellenzi a rókaavadászatot és a vadászati törvény (*Hunting Act 2004*) fellazítását.

Mark Robinson, az AGE UK igazgatója szerint „a magány ölni tud”. A szervezet kutatásai szerint Nagy-Britanniában több mint 200.000 személynek több mint egy hónapig nem nyílik alkalma barátaival vagy rokonaival beszélgetni.

***A kórházügyi menedzsment aktuális kérdései 2017-ben – egységes szerk.
Praxisberichte – Zu aktuellen Fragen des Krankenhausmanagements
2017. Projekte Positionen Perspektiven***

Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V.,

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

Személyzeti politika és személyzeti fejlesztés

Gabriele Kirchner, a Német Kórházigazgatók Szövetségének ügyvezető igazgatója: Új keretfeltételekre van szükség

A *Marburger Bund* orvos-szakszervezet szerint minden ötödik német orvos a pályaelhagyást fontolgatja. Az orvosok száma azonban az elmúlt években jelentősen növekedett. A Szövetségi Statisztikai Hivatal adatai szerint az orvosok száma Németországban 2005-ben 138.000, 2015-ben 179.000 volt. A kórházak 70%-ának problémái vannak az orvosi státuszok betöltésével. A Német Kórházi Intézet (*Deutsches Krankenhaus Institut*) szerint a betöltetlen orvosi állások száma jelenleg eléri a 4.000-et.

A kórházi ápolók száma 2005-ben 316.700 volt, de az elkövetkező évtizedben 340.000-re növekedett. A Német Ápolási Tanács (*Deutscher Pflegerat*) szerint ennek ellenére a német kórházakban még 100.000 további ápolóra lenne szükség. A kórházak 32%-a nem tudja betölteni az ápolói állásokat.

A kórházakban kezelt fekvőbetegek száma 1995-ben 16 millió, 2015-ben 19 millió volt.

A politikai döntések következményei

A költségfeszültség fokozódása

A politika és a betegpénztárak évtizedek óta úgy ítélik meg, hogy a kórházi költségfejlődés túl magas és azt újabb meg újabb törvényekkel és szabályozásokkal próbálják megfékezni. A duális finanszírozás folytán a kórházak kettős szorításba kerülnek: egyrészt az üzemeltetési költségekbe való törvényhozói beavatkozások, másrészt a beruházások csökkenése miatt.

A beruházási források csökkenése

A második oldal, a beruházások költségeinek finanszírozása egyre erőteljesebb feszültségeket okoz. A tartományok éveken keresztül egyre kevésbé tettek eleget kötelezettségeiknek és csökkentették az állományfenntartáshoz, a fejlesztésekhez, a digitalizáláshoz szükséges forrásokat. Így arra kényszerítették a kórházakat, hogy belső takarékoskodással kompenzálják a hiányzó forrásokat. Az állami támogatási források 2000. óta 25%-kal, 2,8 milliárd EUR-ra csökkentek. A beruházások számára hiányzó összeg így elérte a 12 milliárd EUR-t.

Az ápolói állományt érintő következmények

Az esetátalányok bevezetése és a beruházási források hiánya súlyos következményekkel járt az ápolószeméllyel való ellátottság tekintetében. 1996-ban az ápolói szolgálatban foglalkoztatott teljes munkaidős dolgozók száma 349.400 volt. Ez a szám folyamatosan csökkent és 2006-ban elérte a teljes munkaidős 299.300 főnyi mélypontot. Az ápolásban foglalkoztatottak száma 2015-ben érte el a 320.900-et. Ma már a fejlett országok közül egy ápolóra Németországban jut a legtöbb beteg.

Az orvosi állományt érintő következmények

A kétezres évek elején még nem volt orvoshiány. Az EU munkaidő irányelvének bevezetése (2004) óta azonban az orvosszervezetek szerint 27.000 további orvos beállítására lenne szükség.

2004-ben a kórházakban még 117.700 (teljes munkaidős) orvost foglalkoztattak. Ez a szám 2006-ig 123.700-ra növekedett. A Szövetségi Orvosi Kamara adatai szerint a kórházi orvosok száma jelenleg 189.622.

Össztársadalmi fejlemények

A demográfiai fejlődés hatása a betegekre és a kórházi személyzetre

Az előregedő társadalom a betegek számának növekedéséhez és magasabb kezelési szükségletekhez vezet. Több orvosra és ápolóra lesz szükség. Ám az orvosok és az ápolók is öregednek. Jelenleg az orvosok 40%-a ötven év fölötti.

Az ápolóképzés helyzete

Szövetségi szinten az ápoló- és szociális munkás képzésben 210.000 fő vesz részt. A jelentkezők száma 2010. óta ismét növekedik, de a

tanulmányaikat megszakítók száma is magas. A legnagyobb oktatási portál (*Azubiyo*) szerint szövetségi szinten 50.000 képzési hely betöltetlen.

A Német Kórházi Intézet (*Deutsches Krankenhaus Institut*) 2010-ben készített tanulmánya szerint a multimorbid betegek számának növekedése az ápolószemélyzet iránti magasabb szükségletet gerjeszt, de a kórházi ápolószemélyzettel szembeni elvárásokat is felfokozza.

Az idősápolói képzésben résztvevők száma 2003/2004-ben 45.638 volt, de 2008/2009-re 41.553-ra, a betegápolói képzésben résztvevőké pedig 58.426-ról 55.588-ra csökkent. 2010-ben ismét változott a trend. A Szövetségi Egészségügyi Minisztérium közleménye szerint az ápolóképzésben résztvevők száma 2012/2013-ban 129.447 volt, ezek közül 59.365 idősápolónak (2011/12: 55.966), 63.342 betegápolónak (2011/2012: 59.857), 6.740 gyermekápolónak (2011/12: 6.442) tanult. A *ver.di* közszolgálati szakszervezet egyik jelentése szerint a 2014/2015-ös iskolai évben 137.000 fiatal tanult idősápolást, betegápolást vagy gyermekápolást. Jelenleg az orvostudományi tanulmányaikat elkezdők kétharmada nő. Ahhoz, hogy az orvoshiány ne súlyosbodjon, meg kell változtatni a keretfeltételeket és azokat a kórházi gyakorlat szükségleteihez kell igazítani. 2015-ben a kórházakban főállásban működő 80.612 orvosnő 33,8%-a, tehát több mint egyharmada nem teljes munkaidőben, hanem részmunkaidőben, vagy csekély mértékű munkaidőben dolgozott. 2015-ben a kórházi orvosok 12,5%-a dolgozott részmunkaidőben vagy csekély mértékű munkaidőben.

A *Targobank* tanulmánya szerint a nők 40%-a és a férfiak 34%-a szerint a családi élet és a munkavégzés összeegyeztethetősége a munkaadókkal szembeni követelmények egyik ismérve.

Az ápolás heidelbergi modellje

A heidelbergi egyetemi klinika

A Heidelbergi Egyetem Orvostudományi Kara a biomedicina kutatás egyik legnagyobb tekintéllyel rendelkező központja Európában. Az egyetemi klinika 2.000 ágygal rendelkezik, amelyek 16%-a az intenzív ápolás és az *intermediate care* céljait szolgálja.

A klinika 50 osztályán évente 66.000 beteget fekvőbeteg, 56.000 beteget részben fekvőbeteg ellátásban látnak el. A klinika és az egyetemi kar 12.800 foglalkoztatottal rendelkezik. A legnagyobb egység az ápolási és a funkcionális szolgálat, ahol 3.500 dolgozónak megfelelő 2.460 teljes

munkaidős státusz létezik, a teljes munkaidőben betöltött állások aránya 55%. Az ápolók 82%-a nő.

Az ápolási igazgatóság előtti kihívások

A egyetemi klinika 2.000 ágya közül jelenleg 320 intenzív és *intermediate care* ágy. A tervek szerint az ápolási ágyak számát a sebészeti osztály újjáépítése során 48-ra emelik. A szakképzett ápolószemélyzet átlagos fluktuációja 2016-ban 7,1% volt. Ez a szám az elkövetkező években a nagylétszámú évjáratok nyugdíjba vonulásával növekedni fog. Az ápolási igazgatóság célja, hogy a kieső személyzet arányát tartósan alacsony szinten tartsa.

Az ápolóképzés helyzete

A heidelbergi egyetemi klinika nemcsak a legnagyobb munkaadók egyike, hanem az ápolóképzés egyik legnagyobb központja is. Az Egészségügyi Akadémián (*Akademie für Gesundheitsberufe gGmbH – AfG*) 870 hallgató tanul. Ez az oktatási intézmény a heidelbergi egyetemi klinika leányvállalata, 75%-os tulajdonrészrel. Egészségügyi foglalkozásokkal összefüggésben 12 szakirányban folyik képzés. Az ápolás szempontjából a betegápoló-, gyermekápoló-, babaasszony- és műtős asszisztens képzés rendelkezik a legnagyobb jelentőséggel.

A személyzet megnyerésének leghatékonyabb módja a végzősök azonnali alkalmazása. Az akadémia alapítása óta a képzési helyek száma folyamatosan növekedett. Az utóbbi években 100 új képzési hely létesítésére került sor.

Az akadémia keretében mindkét ápolóképzési szakirány keretében 460 képzési hely létesítésére került sor. Ezzel párhuzamosan kiépült a személyzet intenzív terápiás továbbképzésének rendszere. Két párhuzamos tanfolyam keretében 48 dolgozó kiképzésére került sor az aneszteziológia és az intenzív ápolás területén, 11 dolgozó kiképzésére a pediátriai intenzív ápolás és 20 dolgozó kiképzésére az *intermediate care* területén.

Az ápolás keretfeltételei

A Szövetségi Munkaügyi és Szociális Minisztérium és a Szövetségi Munkaügyi Ügynökség évente közzéteszi az ún. hiányszakmák listáját. A betegápolók, a gyermekápolók és a műtős asszisztensek az utóbbi években folyamatosan szerepeltek a listán. Ez a helyzet belátható időn belül nem

változik. Ám azzal számolhatunk, hogy 2017-ben a bábaasszonyok is felkerülhetnek a listára.

Az állások betöltése az ápolási szolgálat területén szövetségi szinten is nehézkes. Ennek a tendenciának különböző okai vannak:

- a demográfiai fejlődés
- a kórházak bérszerkezete
- a gazdasági nyomás
- a kórházi munka megsokasodása („besűrűsödése”).

Az ápolói hivatás mindezek tükrében egyre kevésbé látszik vonzónak. Ráadásul a klinikákon növekednek a követelmények. Egyre több időskorú, magas ellátási szükségletet támasztó beteg felvételére kerül sor, ám ezzel egyidejűleg csökkenteni kell az ápolási időt és növelni kell az esetszámokat. Ezzel párhuzamosan növekednek a dokumentáció, a higiéniai iránti és a minőségügyi követelmények.

A Heidelbergi Egyetem Max Weber Szociológiai Intézete egy projektszeminárium keretében felmérést végzett az ápolószemélyzet munkahelyi pszichés megterheltségével kapcsolatban. Az ápolók munkakörülményeit magas fizikai megterhelés és a munkavégzés alacsony kontrollja jellemzi. Az interjúkból kirajzolódik az ápolók munkavégzés iránti személyes elvárásai és azok megvalósításának korlátozott lehetőségei közötti konfliktus. A teljesítményre való hajlandóság magas, a teljesítmény elismerésének percepciója alacsony.

Hasonló eredményeket hozott egy hírneves nemzetközi tanácsadó és kutatóintézet, a *Great Place to Work* által végzett megkérdezés, amelyre 2012 és 2015 között került sor. Az ápolók percepciója szerint mindennapi munkájukat tőlük idegen tényezők szabják meg, azt nem tervezhetik autonóm módon. Ápolótevékenységüket alá kell rendelniük a diagnosztikai és terápiás osztályok szervezeti folyamatainak, ha más szakmai csoportok kénye-kedve úgy kívánja, meg kell szakítaniuk munkájukat.

A kórházban az ápolók más szakmai csoportokkal állnak versenyben. Így a tapasztalt ápolók számára szakmai alternatívaként kínálkozik a controlling, a minőségügyi menedzsment vagy a kutatás területére – pl. *Study Nurse*-ként – való átállás. Ebben a helyzetben azonban többé nem állnak a direkt betegellátás rendelkezésére.

Egy szakma, mint bármely másik?
Az AGAPLESION felmérése az ápolói szakma értékeléséről
Frankfurt am Main, März 2017 (20 p.)

https://www.agaplesion.de/fileadmin/Agaplesion_gAG/Downloads/AGAPLESION_Untersuchung_Pflegeberufe.pdf

Az **AGAPLESION közhasznú részvénytársaságot** 2002-ben Frankfurt am Main-ban keresztény vállalkozások alapították. Szövetségi szinten több mint 200 intézménnyel, egyebek között 25 kórházi telephellyel (több mint 6.300 ágygal), továbbá 36 lakó- és ápolási intézménnyel (több mint 3.000 ápolási hellyel), 17 egészségügyi ellátási központtal, több mint 19.000 foglalkoztatottal rendelkezik.

B. Eredmények

Mit értékelnek az ápolók leginkább hivatásukban?

A munka tartalma

Felelősség, professzionalitás, flexibilitás, szervezői találékonyság, válságmenedzsment, több feladat ellátására való képesség, természettudományi ismeretek.

Fejlődési lehetőségek

Az ápolói pályán belüli és azon kívüli, különböző irányú karrierlehetőségek, specializálódás és továbbképzések, főiskolai képzési lehetőség

Válsággal szembeni védettség

A demográfiai folyamatok biztosítják a válsággal szembeni védettséget; az alapkészségek stabilak, lehetőség nyílik munka melletti továbbképzésre és az ismeretek karbantartására, szülési szabadság után könnyű a visszatérés.

Csapatmunka

A csapatmunkára való képesség elsajátítása, más szakmai csoportokkal való együttműködés örömforrás.

Megbecsülés, munkaelégedettség

Az emberek közelségének tapasztalata, a másokért végzett munka elismerése, a betegekért és otthonban lakókért viselt felelősség.

A diákhitelek rendszere a Brandenburgi Egészségügyi Főiskolán

A *Brandenburgi Egészségügyi Főiskola (Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor Fontane – MHB)* alapítására 2014-ben került sor. Központi telephelyei: Neuruppin és Brandenburg an der Havel. Fenntartója egy közhasznú társaság (*Medizinische Hochschule Campus gGmbH.*), amelynek tagjai: Neuruppin város intézményei, a Sparkasse Ostprignitz-Ruppin, a Ruppiner Kliniken, a Städtische Klinikum Brandenburg és az Immanuel Diakonie (Bernau/Rüdersdorf).

A felvételi eljárás során az érettségien elért eredmény kevésbé rendelkezik jelentőséggel. Sokkal fontosabb a személyiség, a felelősségtudat, a motiváció, a szociális kompetencia. Az individuális kiválasztás keretében több körben megbeszélésekre, interjúkra, tesztekre, szakértői véleményezésekre kerül sor.

Jóllehet a főiskola megszerezte az akkreditációt, nem részesül állami pénzügyi támogatásban. Mivel azonban a tanulás nem függhet a pénztől, az sokkal inkább a személyiségen és az alkalmasságon múlik, a főiskola a finanszírozás különböző módozataihoz folyamodik. Egy szociális vállalkozás, a *Chancen eG Witten*, az oktatás szolidáris finanszírozása jegyében bevezette a „nemzedékek közötti fordított szerződés” gyakorlatát, amelynek keretében egy innovatív, hosszútávú, a későbbi jövedelemmel arányos hitelfinanszírozást kínál fel.

A hitel visszafizetésére csak a tanulmányok elvégzését és egy bizonyos jövedelem elérését követően kerül sor. A visszafizetés jövedelemfüggősége garantálja, hogy a teljesítések igazodjanak az individuális szükségletekhez és lehetőségekhez és ne keletkezzenek kockázatok. Ha az adós jövedelme nem éri el a 21.000 EUR-t, a visszafizetést szüneteltetik. A klasszikus hitelkonstrukcióktól eltérően itt nem lép fel túl nagy adósságteher és merev törlesztési kötelezettség. A fordított szerződés lehetővé teszi az életpálya független alakítását, így a fiatal orvosok minden nehézség nélkül munkát vállalhatnak az „Orvosok Határok Nélkül”-nél, vagy családi okokból szabadságra mehetnek.

Az utánpótlás képzése érdekében az együttműködő klinikák is hozzájárulnak a finanszírozáshoz. A klinikák 80.000 EUR-t vállalnak át a képzés 115.000 EUR összegű összköltségeiből, így a hallgatókra csak a fennmaradó 35.000 EUR önrész marad, amit teljes mértékben a nemzedékek közötti fordított szerződés keretében finanszírozhatnak.

A klinikák évfolyamonként 30 hitelt biztosítanak, amelyek kiosztására a klinikák ún. piacterén, egyfajta *speed-dating* formátumban kerül sor. Egy ismerkedési fordulót követően a jelöltek klinikát választanak, majd három fordulóban kisorsolják a szerencséseket. A *Ruppiner Kliniken* és a *Städtische Klinikum Brandenburg* évfolyamonként öt-öt hallgatónak nyújt hitelt. Ez 2017-ben 240.000 EUR összegű hitelt tett ki. A brandenburgi klinika a közelmúltban több mint 50.000 EUR-t adományozott egy modern készségfejlesztő labor (*Skills Lab*) létesítésére.

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.

***Dr. Josef Düllings, a Német Kórházigazgatók Szövetségének
(Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands) elnöke:
A német kórházügy jövőbeli modellje. A Német Kórházigazgatók
Szövetségének követelése az új szövetségi kormányhoz***

E sorok megjelenésekor (2017 október), a szeptemberi választások már a történelem részévé válnak. Az új választási ciklusban az ország sorsának alakítói ismét szembekerülnek az egészségügyi ellátás nagy kihívásaival. Értékeléseivel, elgondolásaival a Német Kórházigazgatók Szövetsége is szeretné kivenni részét a problémák megoldásából.

A 2013-ban létrejött nagykoalíció tulajdonképpen a legtermészetesebb dolgokat tűzte céljául az egészségügyi ellátás területén: az egészségügyi közszolgáltatások egyenletes elosztását, a teljes terület lefedését, a kórházak jobb elérhetőségét, a lakóhelyhez közeli ellátást, az agglomerációs övezetek és a vidék ellátottságának kiegyenlítését. Az előző választási ciklusban mindezekkel összefüggésben számos törvény elfogadására került sor, amelyek valóban fontosak a kórházak számára és a helyzet jobbítását eredményezték.

A kórházak alapvető problémáihoz azonban nem nyúltak. Ha áttekintjük a pártok mostani választási programjait, csak homályosan alkothatunk magunknak képet arról, hogy mit is gondolnak a pártközpontokban az egészségügyről. A kórházfinanszírozás átalakítása senkinek sem szívügye. És ez semmi jót nem ígér az új koalíciós szerződés tekintetében, amely a következő választási ciklusban a kórházi ellátásra vonatkozó szándékok alapját fogja képezni.

A Német Kórházigazgatók Szövetsége a választási kampány aktív részeseként a maga részéről felhívással fordult a pártokhoz, hogy tegyenek hitet egy időtálló egészségügyi rendszer megteremtése mellett. Ez a követelés továbbra is aktuális marad. A kórházügyi menedzsment vonatkozásában a következő problémákról van szó, amelyek megoldása elodázhatatlan:

A beruházások finanszírozásának a szereplők közötti méltányosabb megosztása

Az új szövetségi kormánynak végleges és konstruktív megoldást kell találnia. Az előző választási ciklusban nem teljesült be a remény, miszerint a szövetség és a tartományok meg tudnának állapodni. A berlini nagykoalíció folyamatosan a tartományokra tolt a felelősséget. Abban azonban minden érintett egyetért, hogy a tartományok által évente rendelkezésre bocsátott 2,8 milliárd EUR nem elégséges.

A Német Kórházigazgatók Szövetsége nem mentesítené a résztvételtől a tartományokat, de a betegpénztárakat és a szövetséget is bevonná a játszmába. A tartományok rendszeres hozzájárulását évente több mint 6 milliárd EUR-ra kellene emelni. A betegpénztáraknak pedig – az 1993 előtti helyzethez hasonlóan – ismét részt kellene vállalniuk a karbantartás és szanálás finanszírozásához. Tíz éves időtartamra pótlékot kellene kivetni a karbantartási és szanálási intézkedésekre, amelyet az esetátalányok

legalább öt százalékából kellene biztosítani. E modell segítségével évente kerekén 9 milliárd EUR állna rendelkezésre. Így a kórházak ismét elérnék az 1990-es évek elejének beruházási szintjét.

A DRG-rendszer hibáinak korrekciója

Sürgősen elhárítandó egy súlyos rendszerhiba: A szolgáltatások térítése a rendszer immanens elemeként folyamatosan alacsonyabb a költségek alakulásánál. Így a racionalizálási kényszer fokozódik. Az elégtelen beruházásfinanszírozással együttesen ez elkerülhetetlenül a kisebb kórházak túlterheléséhez vezet és veszélybe sodorja a teljes területet lefedő ellátást.

Minőség, személyi állomány, finanszírozás

Az egészségügyi munkahelyek vonzereje mindaddig nem fog növekedni, amíg továbbra is a maximális gazdasági hatékonyság áll előtérben. Szakképzett személyzetet, jogszabályban előírt személyügyi méréseket és standardokat követelni, a lepusztult munkaerőpiac és az eddig be nem vezetett bérkiegyenlítés ismeretében, aligha látszik realiztikusnak.

A 2016-ban bevezetett kórházügyi reform az ápolói állások támogatási programjával és az ápolási pótlékkal a kórházak tehermentesítését vette célba. Ám mindez alig érezhető. A béremelések tényleges finanszírozásának biztosítására, az ápolók speciális továbbképzésének támogatására lenne szükség, a szövetségi tartományoknak nagyobb erőfeszítéseket kellene tenniük a helyek betöltésére az egészségügyi képzésben.

A Német Kórházigazgatók Szövetsége évek óta a bürokrácia csökkentését követeli. Ám ez minden egyes új törvénnyel és új szabályozással tovább növekedik. A kórházak számára ez költséges, munkaidőt von el az ápolóktól és az orvosoktól, akiknek ezt a betegek ellátására kellene fordítaniuk. Ez frusztrálja azokat az embereket, akik nem azért választották ezt a hivatást, hogy nyomtatványokat és táblázatokat töltsenek ki. A Német Kórházigazgatók Szövetsége nem kifogásolja a szükséges dokumentációt. Ám sok mindent egyszerűsíteni lehet. A bizalmatlanság és megszállott ellenőrzés sokat árthat.

Beruházási offenzíva a digitalizálás érdekében

A Német Kórházigazgatók Szövetsége régóta meggyőződött arról, hogy a korszerű információtechnológiai infrastruktúra számos létező problémát megold, megkönnyíti a dokumentációs teendők ellátását, tehermentesíti a személyzetet. A pártok választási programjaiban azonban ennek sem lelhetjük nyomát. A digitalizálás minden más területen sokkal nagyobb jelentőségre tett szert, mint a kórházügy területén. Ennélfogva a Német Kórházigazgatók Szövetsége valóságos beruházási offenzíva elindítását kezdeményezi a digitalizálás érdekében. Ez életkérdés a jövőbeli egészségügyi ellátás szempontjából.

A kórházi sürgősségi osztályok működésének biztosítása

Az ambuláns kórházi sürgősségi ellátás évek óta erőteljes igénybevételnek van kitéve és abszolút alulfinanszírozott. A politikának sürgősen foglalkoznia kell ezzel a helyzettel. Ehhez hozzátartozik az is, hogy tekintettel a szabadfoglalkozású orvosok által biztosított ügyeleti szolgálat területén jelentkező hiányra, teljes mértékben át kell gondolni a felelősség kérdését.

Adatvédelem az egészségügyben

A megtámadottak

A *Deutsches Krankenhaus Institut (DKI)* 2012-ben – egy nem nyilvános tanulmányban – a kórházak biztonságát elemezte. 2014-ben aztán a *Cetus Consulting* közzétette a 150 orvostechikai szakember, informatikai vezető, gazdasági igazgató és ügyvezető igazgató részvételével készített kutatás eredményeit. Minden második megkérdezett biztonsági incidensekről és üzemzavarokról számolt be.

2016-ban a *PricewaterhouseCoopers (PwC)* a *Szövetségi Információtechnikai Biztonsági Hivatal (Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik – BSI)* megbízásából felmérte a szabványoknak megfelelő szoftvereket és hardvereket, amelyek korlátozzák a nem kívánatos termináloknak a hálózathoz való csatlakozását. A felmérés szerint a portok távkarbantartás céljából való megnyitását, pl. orvostechikai eszközök esetén, „gyakran nem ellenőrizték rendszeresen”. A nem engedélyezett adathordozók azonosítására szolgáló intézkedéseket, valamint a merevlemezek kódolását még nem alkalmazzák minden

területen. Az e-maileket, „ha egyáltalán kódolják”, ezt csak a külső kommunikáció esetén teszik meg és az interjúk szerint a kép nem egységes. Végül az adatoknak egy széleskörű azonosítási és hozzáférési eljárás segítségével történő biztosítása „(még) nem elterjedt”.

Peter Schaar korábbi szövetségi adatvédelmi megbízott 2013-ban arra figyelmeztetett, hogy az azok az információtechnológiai rendszerek, amelyek még a hozzáférés differenciált védelme, az aktivitások naplózása és a személyi adatok törlése alapkövetelményeinek sem felelnek meg, nem alkalmazhatók jogszerűen és kockázati tényezőt jelentenek. A kórházvezetők a Polgári Törvénykönyv és a társasági törvény szerint is személyes felelősséget viselnek.

A támadók

A titkosszolgálatok minden információt feldolgoznak, érdeklődnek a célszemélyek egészségi állapota iránt, amihez felhasználják a fitness-csuklopánton levő adatokat. A bűnözők 650.000 tételnyi betegadatot kínálnak eladásra 700.000 USD ellenében, a kábítószerfüggők az őket nem tetszésük szerint kezelő orvosok életére törnek. Az Egyesült Államokban már több halállistát azonosítottak, amelyek az Interneten véletlenszerűen kiválasztott polgárok adatait tartalmazták.

Az EU adatvédelmi rendelete

2018. május 25-én hatályba lép az EU adatvédelmi rendelete, amely szerint „Bármely személy, aki e rendelet megsértése miatt valamilyen anyagi vagy nem anyagi kárt szenved, kártérítésre jogosult a felelősök vagy az adatfeldolgozók részéről.” Ezzel kapcsolatban akár 10 millió EUR vagy az éves jövedelem 2%-ának megfelelő bírság róható ki, attól függően, hogy mely összeg magasabb.

Annak érdekében, hogy a kórházak jobban felmérhessék a kockázatokat, a Szövetségi Információtechnikai Biztonsági Hivatal az Interneten közzétette a kórházi információtechnológia kockázatelemzésének kézikönyvét („*Risikoanalyse Krankenhaus-IT*“ – RIKRIT-RISIKEN).

Az *Információtechnológiai Biztonsági Szakmai Szervezetek Szövetségének* (TeleTrusT – Bundesverband IT-Sicherheit e.V.) ügyvédei és technikusai 64 oldalas dokumentumban írták le, hogy mit értenek „a technika jelenlegi állásán” az adatvédelem és az információtechnológiai biztonság területén.

Martin Schallbruch, a Szövetségi Belügyminisztérium

információtechnikai osztályának korábbi vezetője, az információtechnológiai biztonsági törvény egyik társszerzője szerint előfordulhat, hogy a dokumentum által bevezetett definíció gyorsan elterjed a felügyeleti szervek, az ügyészek és a bírók körében.

Amerikai tapasztalatok

Az Egyesült Államok egészségügyi rendszere tekintetében a közfigyelem leginkább az ottani biztosítási rendszerekre, az *Obamacare* sorsára, az esetleges *Trumpcare* esélyeire irányul. Ám az amerikai kórházi vállalkozásoktól sokat lehet tanulni a digitalizálás, a modernizáció területén. Az egészségügyi információtechnológiai döntéshozók szakmai egyesülése, az ún. „*döntéshozók gyára*” (*ENTSCHEIDERFABRIK*), amelynek a Német Kórházigazgatók Szövetsége is tagja, 2017-ben három szakértőt delegált egy amerikai tanulmányútra, akik egyebek között részt vettek az *American Hospital Association (AHA)* kongresszusán.

Ennek viszonzásaként három amerikai kórházi menedzser részt vett a Német Kórházigazgatók Szövetségének würzburgi éves értekezletén. A vendégek előadást tartottak tapasztalataikról.

Ken Lawonn, a Sharp HealthCare és a Rady Childrens Hospital San Diego alelnöke hangsúlyozta, hogy az átalakítási folyamatok során az információtechnológia még nem jelent mindent. Csapatmunkára van szükség, az információtechnológiai projekteken minden munkatárs részt vesz. A varázsszó az interakció. A kommunikáció során egy meghatározott algoritmus alkalmazására kerül sor, amelynek segítségével a betegek orvosukhoz fordulhatnak. Ez jelentős mértékben javítja a megfelelőséget. A 2010. óta alkalmazott információtechnológiai rendszerhez számos más kórház, gyógyszerár és ambuláns szolgálat csatlakozik.

Albert Oriol, a Rady Childrens Hospital San Diego információs menedzserért felelős alelnöke egyebek között kiemelte, hogy a digitális egészségügyi ellátás előmozdítja a mobilitási stratégia kialakítását és a távgyógyítást. A betegek hozzáférnek a portálhoz, ami elősegíti az önsegélyezést. A felhőalapú számítástechnika pedig lehetővé teszi egy hosszútávú adatfelhasználási stratégia alkalmazását. Az adatokra és elemzésekre való összpontosítás, valamint az adatok által működtetett szervezet lehetővé tette a vállalkozás működésének elemzését és az adatkormányzást.

Kevin Mattson, a San Ysidro Health (San Diego), egy szövetségi szintű, közhasznú társaságként működő egészségügyi központ vezetője, amely elsősorban „*alulprivilegizált [sic!]* emberek ambuláns orvosi, fogászati és pszichológiai ellátását végzi. A vállalkozás egymillió beteget lát el, akiknek 72%-a a szegénységi küszöb alatt él. Az intézmény aggodalmai szerint a biztosítási rendszer *Trumpcare* általi átalakítása folytán legalább 20.000 betegük biztosítási védelem nélkül marad.

E három kórházi menedzser 2016-ban és 2017-ben is a német döntéshozók amerikai tanulmányútjának vendéglátói közé tartozott. A magasrangú német kórházi menedzserek több dél-kaliforniai kórházban ismerhették meg az információtechnológia alkalmazásának tapasztalatait.

2018-ban a san diego-i tanulmányút témája a digitalizálás és a kórházi siker összefüggése volt. A német, osztrák és svájci vendégek érdeklődésének homlokterében álló kérdések: az individuális egészségügyi dokumentumok és intézményi betegdokumentumok interakciója; az üzleti folyamatok új iránya és az ismert üzleti modellek lebontása; a kezelési lánc keretében és a beteggel való szisztematikus együttműködés, hálózatba szerveződés; minőségorientált térítés és fejkvóta.

ELŐJEGYZÉSI LISTA:

Gyógyszer

- A gyógyszerári rendszer egészséggazdasági elemzése. Különös tekintettel a vénymentes gyógyszerek forgalmazására (2-7. rész): Dánia, Hollandia, Norvégia, Svédország, Anglia, Egyesült Államok

Kardiológia

- Jelentés a kardiológiai beavatkozásokról Németországban – *Deutscher Herzbericht 2017*

Ápolás

- A munkaerőpiac helyzete az idősápolás területén

Svájc

- Szomatikus pszichés komorbiditás a svájci aktív kórházakban (*Obsan Bulletin 1/2018*)
- 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*)