

Egészséggazdasági, egészségpolitikai és szociálpolitikai nemzetközi sajtószemle

2017. 12. sz.

Globális egészségügy, a tbc világnapja

- Az Egészségügyi Világszervezet és az ECDC dokumentumai a tbc világnapján
- A *Forum of International Respiratory Societies* felhívása a tbc világnapján
- Jelentés a tbc globális helyzetéről és a multirezisztens kórokozókról

Globális egészségügy, gyógyszerbiztonság

- Az Egészségügyi Világszervezet globális kampánya a gyógyszeres kezelés területén elkövetett hibák csökkentéséért az elkövetkező öt évben
- Három közül egy országban havonta elfogynak az oltóanyagok

Világpolitika, Brexit

- A Brexit hatása az európai egészségügyi rendszerekre

Ápolás, emberi erőforrás, minimális személyzeti követelmények

- *Nurse-to-Patient Ratios*. Nemzetközi áttekintés a minimális személyzeti követelményekről a kórházi ápolás területén (5. rész): Európai országok: Belgium, Németország, Wales

Sürgősségi ellátás

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

Demenciakutatás

- Vizsgálat a demencia prevenciójáról

Personalia

- Prof. Dr. Thomas Mertens a német Állandó Oltási Bizottság elnöke
- Stefan Syrén az Alliance Healthcare Deutschland elnöke

Egészségügyi infrastruktúra

- A román egészségügyi miniszter bejelentette: még idén CT-vel szerelnek fel minden megyeszékhelyi kórházat

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

**Az Egészségügyi Világszervezet és az ECDC
dokumentumai a tbc világnapján (2017. március 24.)**

Egészségügyi Világszervezet –
European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)

Kulcsszavak: globális egészségügy, tbc, tuberkulózis, Egészségügyi Világszervezet, ECDC

Forrás Internet-helye: <http://www.who.int/campaigns/tb-day/2017/event/en/> ;
http://www.who.int/tb/publications/WorldTBDAY2016_brochure/en/ ;
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204662/1/WHO_HTM_TB_2016.06_eng.pdf?ua=1 ; <http://www.who.int/tb/publications/2017/ethics-guidance/en/> ,
<http://www.who.int/campaigns/tb-day/2016/en/> ;
http://ecdc.europa.eu/en/publications/_layouts/forms/Publication_DispForm.aspx?List=4f55ad51-4aed-4d32-b960-af70113dbb90&ID=1663 ;
<http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/ecdc-tuberculosis-surveillance-monitoring-Europe-2017.pdf> ;
<http://ecdc.europa.eu/en/press/Press%20Releases/TB-March-2016.pdf>

Az Egészségügyi Világszervezet célkitűzése szerint 2035-ig véglegesen fel kell számolni a tbc-t. A tbc világnapjának ideai mottója: „*Unite to End TB: Leave no one behind*“. A tuberkulózis incidenciája 2000. óta évente 1,5%-kal csökkent. 2015-ben az újonnan megbetegedettek száma világviszonylatban 10,4 millió, a halálos áldozatoké 1,8 millió volt.

A tuberkulózis a szegényebb országok problémája. A megbetegedések 60%-a hat országban – Indiában, Indonéziában, Kínában, Nigériában, Pakisztánban és Dél-Afrikában – következik be és többnyire marginalizált rétegeket – migránsokat, menekülteket, fogvatartottakat, etnikai kisebbségeket, illetve bányászokat sújt.

Az Egészségügyi Világszervezet a tbc világnapján közzétett „*ethics guidance*“-ban öt etikai követelményt fogalmazott meg. A betegeknek szociális támogatásban kell részesülniük; A betegek nem izolálhatók, még mielőtt nem merítették ki kezelésük minden opcióját; Az érintetteknek ugyanazon kezelési standardokat kell biztosítani, mint a többi lakosnak; Az egészségügyi dolgozók számára lehetőséget kell biztosítani ahhoz, hogy biztonságos környezetben dolgozhassanak; A kutatási eredményeket minél előbb a politika napirendjére kell tűzni.

A **European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC, Stockholm)** adatai szerint a tuberkulózis incidenciája Európában 2000. óta csökkent. A kezdetben évente 5,4%-os csökkenés az utóbbi években lelassult. A betegek száma 2014-hez viszonyítva 2015-ben már mindössze 3,3%-kal csökkent. Európában 2015-ben az újonnan megbetegedettek száma 323.000, a halálos áldozatoké 32.000 volt. A viszonylag magas halálozási ráta oka a multidrog rezisztens tuberkulózisban szenvedő betegek számának növekedése. A világviszonylatban jelentkező MDR tuberkulózisos esetek egynegyede Európában, fele Indiában, Kínában és Oroszországban él.

***A Forum of International Respiratory Societies
felhívása a tbc világnapján***

Forum of International Respiratory Societies (FIRS) Issues Five Key Points, Critical to Addressing Tuberculosis Epidemic: World TB Day, March 24. American Thoracic Society. New York, NY. March 21, 2017

Kulcsszavak: tbc, tuberkulózis, Forum of International Respiratory Societies

Forrás Internet-helye:

<http://www.thoracic.org/about/newsroom/press-releases/journal/forum-of-international-respiratory-societies-firs-issues-five-key-points-critical-to-addressing-tuberculosis-epidemic-world-tb-day-march-24.php>

A Forum of International Respiratory Societies (FIRS) a tbc világnapján (2017. március 24.) felszólítást intézett az érdekképviseltekhez, hogy a tbc 2030-ig történő felszámolása érdekében valósítsanak meg öt sarkalatos intézkedést.

2015-ben világviszonylatban 10,4 millió új tbc-s esetet és a tbc-vel összefüggő 1,8 millió halálesetet regisztráltak. Ugyanabban az évben 480.000 betegnél alakult ki multirezisztens tuberkulózis, amelyet most közegészségügyi szükséghelyezetté nyilvánítottak. Világviszonylatban a tbc-s esetek 60%-a hat országban: Indiában, Indonéziában, Kínában, Nigériában, Pakisztánban és Dél-Afrikában él.

A FIRS követelése:

- haladéktalan pénzügyi beruházások annak érdekében, hogy az alacsony és közepes jövedelemmel rendelkező országokban lehetővé váljon a tbc prevenciója és kezelése,
- az alacsony és közepes jövedelemmel rendelkező országok támogatása az Egészségügyi Világszervezet által ajánlott rövidített kezelési rezsimek bevezetése érdekében, a gyógyszerekkel szemben rezisztens tuberkulózis megelőzése érdekében,
- a helyszíni megoldások előnyben részesítése,
- aktív rendszerek bevezetése az esetek azonosítása érdekében,
- egy multinacionális, multiszektorális megközelítés kialakítása.

Az ***American Thoracic Society***, a FIRS hét tagszervezetének egyike szerint az ezen a területen elért előrelépés szignifikánsan csökkenteni fogja a globális tbc-terhet és hozzájárul a tbc 2030-ig történő felszámolásához.

Jelentés a tbc globális helyzetéről és a multirezisztens kórokozókról
Lancet 2017; Volume 5, No. 4, p 291–360, April 2017, online 23. March

Kulcsszavak: globális egészségügy, tbc, tuberkulózis, nemzetközi, Egészségügyi Világszervezet

Forrás Internet-helye:

<http://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600%2817%2930079-6/fulltext>

Keertan Dheda és mt. (University of Cape Town) tanulmányukban figyelmeztetnek, hogy a multirezisztens kórokozók világméretű terjedése veszélyezteti a tbc-vel szemben elért eredményeket. Világviszonylatban minden negyedik antibiotikumokkal szembeni kórokozók miatti haláleset tuberkulózissal függ össze.

Aggodalmakra ad okot, hogy 2015-ben csaknem félmillió multidrog rezisztens tbc-(MDR-TB) esetet regisztráltak. Az érintettek mindössze 20%-át kezelték célirányosan és az Egészségügyi Világszervezet adatai szerint a gyógyszerkocktállal megfelelően kezelt esetek legfeljebb 52%-ának van esélye a gyógyulásra. Minden tízedik multirezisztens eset extenzíven multirezisztens (XDR-TB), ami azt jelenti, hogy a kórokozókkal szemben nemcsak az első vonalbeli gyógyszerek, az isoniazid és a rifampicin nem hatásos, hanem a fluorchinolone és a befecskendőzhető második vonalbeli gyógyszerek sem. XDR-TBC esetén a gyógyulás esélye csupán 28%.

E tények ellenére az Egészségügyi Világszervezet a közelmúltban nem vette fel a multirezisztens baktériumok listájára a mycobacterium tuberculosis-t, amely ellen új antibiotikumokat kellene kidolgozni. E listával összefüggésben a hamburgi G20 csúcson az antibiotikumkutatás gazdaságossági programjának kidolgozására került sor. A tbc azonban nem szerepel rajta, mivel az Egészségügyi Világszervezet szerint az új gyógyszerek kifejlesztésére egyéb programok keretében kerül sor.

Mindezt a ***TB Alliance*** élesen bírálta. Ez a köz- és magánegyütműködési partnerség koordinálja világviszonylatban a tuberkulózis elleni gyógyszerkutatást. A szövetség szerint világviszonylatban minden negyedik antibiotikumokkal szembeni kórokozók miatti haláleset tuberkulózissal függ össze. Ha nem kezelik, 35 éven belül 75 millió ember fog meghalni multidrog rezisztens tuberkulózisban. Ennek ellenére az új gyógyszerek és oltóanyagok kutatására fordított források csökkennek. A szövetség adatai szerint a "WHO Global Plan to Stop TB" deficitje 2011 és 2015 között 2,4 milliárd USD volt.

Az Egészségügyi Világszervezet globális kampánya a gyógyszeres kezelés területén elkövetett hibák csökkentéséért az elkövetkező öt évben

WHO News release 29 March 2017 | Geneva/Bonn

Kulcsszavak: globális egészségügy, gyógyszeres kezelés, kezelési hibák, Egészségügyi Világszervezet

Forrás Internet-helye:

<http://who.int/mediacentre/news/releases/2017/medication-related-errors/en/>

Az Egészségügyi Világszervezet globális kampányt kezdeményezett a gyógyszeres kezelés területén elkövetett hibáknak az elkövetkező öt év során 50%-kal való csökkentéséért.

A ***Global Patient Safety Challenge on Medication Safety*** célja az egészségügyi rendszerek gyógyszerelési hibákhoz vezető gyengéinek feltárása. A program útmutatást nyújt a gyógyszerek felírásának módjával, terjesztésével, fogyasztásával kapcsolatban és érzékelteti a gyógyszerek avatatlan alkalmazásának kockázatait. A kampány kulcsfontosságú cselekvési területként kezeli mindazt, ami a téves alkalmazás során magas károsodási kockázattal jár, egyebek között a több gyógyszert szedő betegek és az egyik ellátásról a másikra áttérő betegek esetén.

A gyógyszerelési hibákkal összefüggő költségek világviszonylatban évente 42 milliárd USD-re, a globális egészségügyi kiadások 1%-ára becsülhetők.

A „***Clean Care is Safe Care***“-kampányhoz (2005) és a „***Safe Surgery Saves Lives***“-projekthez (2008) kapcsolódóan ez az Egészségügyi Világszervezet harmadik világméretű betegbiztonsági kampánya.

Három közül egy országban havonta elfogynak az oltóanyagok

PATH, 30 March 2017

Kulcsszavak: globális egészségügy, oltóanyagok, Egészségügyi Világszervezet

Forrás Internet-helye:

<http://www.path.org/news/press-room/805/>

A ***Vaccine*** c. szakfolyóirat cikksorozata szerint az oltóanyagokkal való ellátás és terjesztés elavult rendszerei késleltetik és korlátozzák azt a hatást, amelyet az oltóanyagok a lakosság egészségi állapotára gyakorolhatnának.

A jelentések szerint három közül egy országban havonta elfogy egy vagy több oltóanyag. Az Egészségügyi Világszervezet és az UNICEF kutatói szerint, ha országos méretű hiány lép fel, 89% a valószínűsége annak, hogy az immunizációs szolgáltatások kárt szenvednek. Az oltóanyagokkal való ellátás akadozása az esetek 80%-ában az állami finanszírozás késlekedésének, a beszerzési eljárás késlekedésének, a hibás prognózisoknak és a készlet téves becslésének tulajdonítható. A leggyakrabban érintett termékek: a diphteria-pertussis-tetanus (DPT) és a BCG oltóanyag.

A cikksorozat a PATH nemzetközi közhasznú egészségügyi szervezet által kezdeményezett lapmelléklet részét képezi. A szervezet kooperációs partnerei közé tartozik a *Bill & Melinda Gates Foundation*, az *UNICEF* és a *Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health*.

A Brexit hatása az európai egészségügyi rendszerekre

DAZ.ONLINE, 29.03.2017, 13:45

The Guardian, Thursday 23 February 2017 00.01 GMT

Kulcsszavak: egészségügy, gyógyszer, orvosmigráció, Brexit, Európa

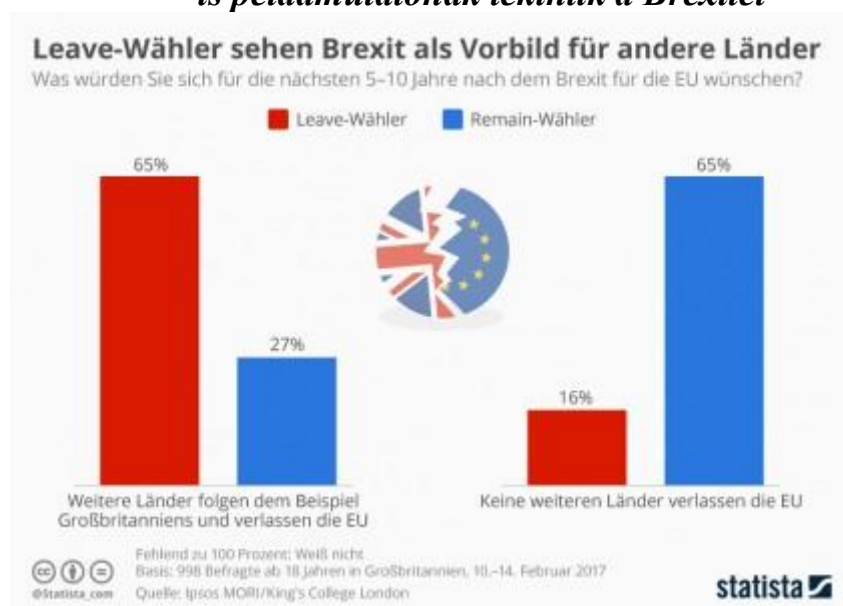
Forrás Internet-helye:

<https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2017/03/29/es-wird-ernst-beim-brexit/chapter:all> ;

<https://www.theguardian.com/politics/2017/feb/23/thousands-eea-doctors-may-leave-uk-after-brexit-survey-bma>

Nagy-Britannia benyújtotta kilépési kérelmét. A kilépésről szóló tárgyalások még két évig elhúzódnak és még nem tisztázódott, hogy más országok is követik-e a példát. Az alábbi ábra szerint azonban egyértelmű, hogy a kilépés hívei példamutatónak tekintik a britek döntését.

A kilépést támogató választók más országok számára is példamutatónak tekintik a Brexitet



(Grafik: Hedda Nier / Statista)

[Bal oldali hasábok: Nagy-Britannia példáját további országok követik és kilépnek az EU-ból; Jobb oldali hasábok: Nem lépnek ki további országok az EU-ból.

Piros: Kilépést támogató választók; Kék: Bent maradást támogató választók.]

A Brexit hatása gyógyszerértári piacra

Nagy-Britanniában számos külföldi gyógyszerértárlánc működik. Az EU-ban 2005. óta hatályos a végzettségek kölcsönös elismeréséről szóló megállapodás. Mi lesz a hamisítások elleni irányelvvel? Ha Nagy-Britannia ezt is felmondja, a brit piac utat nyit a hamis gyógyszereknek.

Mi lesz az Európai Gyógyszerügynökséggel?

Ez az egyik legvitatottabb kérdés. Befogadására már több európai főváros és nagyváros bejelentkezett.

A Brexit hatása az orvosmigrációra és a tudományos kutatásra

A gyógyszerészekhez hasonlóan az orvosok körében is felmerül a kérdés, hogy továbbra is praktizálhatnak-e Nagy-Britanniában. Ám sok orvos máris az országból való távozásra készül. További kérdéseket vet fel az európai kutatási együttműködési programokban való brit részvétel.

*

A „**British Medical Association**“ (**BMA**) felmérése szerint 12.000 külföldi orvos távozhat Nagy-Britanniából. Erről a BMA 1.193 európai orvost kérdezett meg, akik más országokban végeztek tanulmányaikat, de jelenleg Nagy-Britanniában dolgoznak.

Az eredmény a brit egészségügyi rendszert sújtó orvoshiány tükrében sokkoló hatású. Az Európai Gazdasági Térségből, tehát az EU-ból, Norvégiából, Izlandról és Liechtenstein-ből származó öt orvos közül kettő játszik a gondolattal, hogy a Brexitet követően távozik Nagy-Britanniából. A megkérdezettek 42%-a (500 fő) már elgondolkodott a távozáson, 26% (309) maradna, 23% (278) még nem biztos benne, a többiek (106) nem válaszoltak.

A *The Guardian* cikke szerint Nagy-Britanniában az orvosok nyilvántartásában összesen 280.932 orvos szerepel, 63%-uk (177.912) az Egyesült Királyságban végezte tanulmányait, 11%-uk (30.733) az Európai Gazdasági Térségből, 26%-uk (72.287) Európán kívülről származik.

[A Brexitről és következményeiről lásd még: 2016. 17., 18., 19. sz.]

Prof. Dr. Michael Simon – Sandra Mehmecke:
Nurse-to-Patient Ratios. Nemzetközi áttekintés a minimális személyzeti követelményekről a kórházi ápolás területén (5. rész): Európai országok
Working Paper der Forschungsförderung
der Hans-Böckler-Stiftung, Nr. 27, Februar 2017. (156 p.)

Kulcsszavak: ápolás, ápolószemélyzet, minimális személyzeti követelmények, Belgium, Németország, Wales

Forrás Internet-helye:

http://www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_WP_027_2017.pdf

Európai országok: (84-100. p.)

Belgium

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

Az állami szabályozás tartalmi elemei

A kórházak működési engedélyének kibocsátásával összefüggő feltételeket az 1964-ben elfogadott és 1987-ben módosított kórházügyi törvény tartalmazza. Az engedélyezés során támasztott elvárások kiterjednek a minimális személyzeti követelményekre, a személyzet (orvosok, ápolók, terápiás személyzet, fizio- és ergoterapeuták) képzettségére és teendőire, az építési szabályokra és az üzemeltetésre. A minimális személyzeti követelmények a kórházfinanszírozás rendszerével függnek össze. A kórházi ellátás finanszírozása összességében öt részre tagolódik:

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

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

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

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

Németország

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

A Közös Szövetségi Bizottság neonatológiai irányelve

A neonatológiai irányelv tartalmi elemei:

- A szülőszoba vezetője főállású bábaasszony, vagy vezetői tanfolyamot végzett szülészeti segédápoló.
- A szülőszobában 24 órán keresztül biztosítani kell egy bábaasszony vagy szülészeti segédápoló jelenlétét.
- Mindig készenlétben kell tartani egy második bábaasszonyt/szülészeti segédápolót is.
- A vajúdoszobában biztosítani kell egy bábaasszony/szülészeti segédápoló állandó elérhetőségét.

- A neonatológiai intenzív osztály vezetőjének vezetői tanfolyami végzettséggel kell rendelkeznie.
- A neonatológiai intenzív osztály személyzete egy betegápolóból és gyermekápolóból áll.
- Az I-es ellátási fokozatban a teljes munkaidős ápolók 40%-ának, a II-es ellátási fokozatban 30%-ának „pediátriai intenzív ápolói” szakképzettséggel kell rendelkeznie.
- Műszakonként legalább egy betegápolói és gyermekápolói szakmai továbbképzéssel rendelkező ápolót kell biztosítani.
- 2017. január 1-től az 1-es és 2-es szintű perinatális centrumokban intenzív terápiát igénylő koraszülöttek számára legalább 1:1, intenzív felügyeletet igénylő koraszülöttek (születési súly < 1500g) számára legalább 1:2 *Nurse-to-Patient Ratio* érvényes.

A Közös Szövetségi Bizottság 2016 decemberében ténylegesen visszavonta az irányelvet. A követelményeket nem teljesítő perinatális centrumok 2019. december 31-ig eltérhetnek az előírásoktól.

Wales

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

Az állami szabályozás tervezett és ténylegesen bevezetett elemei

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

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

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

A hatályba léptetett törvény már csak az NHS-kórházak általános kötelezettségét írta elő arra vonatkozóan, hogy legyenek tekintettel a betegekről való „beleérző gondoskodást” biztosító létszám jelentőségére. A kórházaknak ki kell jelölniük egy illetékes személyt a személyzeti szükséglettervezés vezetésére és gondoskodniuk kell a személyzet megnyeréséről, megtartásáról, képzéséről és továbbképzéséről.

Jelentés a német kórházak helyzetéről 2017-ben –

Krankenhaus-Report 2017 (3. rész):

Hendrik Dräther – Tobias Schäfer:

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

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

Kulcsszavak: kórházügy, sürgősségi ellátás, Németország

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

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

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

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

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

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

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

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

Ha az említett különleges effektusok nem jelentenek általános trendet az igénybevétel szintjének növekedése vonatkozásában, ez a sürgősségi ambulanciákon nyújtott sürgősségi ellátásra sem vonatkozik. Ezek ugyanis 2014-ben 2009-hez viszonyítva csaknem 20%-kal több sürgősségi esetet láttak el, miközben az ambuláns praxisoknál a sürgősségi esetek száma 11,7%-kal csökkent. A sürgősségi ambulanciákon az esetszám (mind az abszolút, mind az egy biztosítottra jutó esetszám) 2009 és 2010 kivételével minden évben növekedett. A sürgősségi ambulanciákon ellátott sürgősségi esetek aránya 2009-ben 50%, 2014-ben 58% volt. 2014-ben az egyes vizsgált régiókban az összes sürgősségi eset 47,4-78%-át sürgősségi ambulanciákon látták el. Ezzel egyidejűleg egyre több volt azon biztosítottak száma, akik ambuláns praxisokban részesültek sürgősségi ellátásban és még ugyanazon a napon sürgősségi ambulancián is kezeltek. 2009-ben az ambuláns praxisokban kezelt sürgősségi esetek 4,7%-a, 2014-ben 6,2%-a részesült még ugyanazon a napon sürgősségi ambulancián is kezelésben. Az évek során ez az arány növekedett. Másrészt azon biztosítottak száma, akiket ugyanazon a napon fekvőbeteg ellátásra vettek fel, tendenciálisan csökken.

*

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

Az elmúlt évek során a sürgősségi szolgálatok igénybevétele több országban is fokozódott. Ennek okai a betegek preferenciáival és az ambuláns kezelési alternatívák korlátozottságával. Az okok elhárítása érdekében Ausztráliában, Dániában, Angliában, Franciaországban és Hollandiában egy sor intézkedés bevezetésére került sor. A nemzetközi tapasztalatok két lényeges következtetést eredményeznek. Először: a betegmozgások jobb irányításával lehetőség nyílik mind a súlyos betegek ellátása minőségének javítására (sürgősségi protokollok, központok kialakítása), mind a kevésbé sürgős betegeknek a megfelelő szolgáltatókhoz való irányítására (integrált telefonközpontok). Másodszor: különösen Hollandia és Dánia tapasztalatai azt mutatják, hogy az ambuláns sürgősségi szolgálat és a sürgősségi felvételi osztály jobb szervezeti összehangolása (központi fókuszpontok, közös értékelés) hozzájárulhat a sürgősségi szolgálatok igénybevételének racionalizálásához.

Vizsgálat a demencia prevenciójáról
JAMA Neurology (2017; doi: 10.1001/jamaneurol.2016.5778)

Kulcsszavak: demencia, demenciakutatás, Alzheimer, Egyesült Államok

Forrás Internet-helye:

<http://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/fullarticle/2612477>

Richard J. Kryscio és mt. (University of Kentucky) a „*Prevention of Alzheimer's Disease by Vitamin E and Selenium*“ (**PREADViSE**) klinikai vizsgálat keretében 7.540 férfit öt éven keresztül, akik közül 3.786 még további hat éven keresztül figyeltek meg. Az alanyokat négy csoportra osztották, akiknek öt éven keresztül E-vitamint (400 nemzetközi egység/nap), szelént (200 µg/nap), mindkettőt, vagy placebot adagoltak. A kettős vakvizsgálat eredményei szerint a szelént vagy E-vitamint tartalmazó táplálék-kiegészítők nem csökkentik a demencia kockázatát.

A legalább 60 éves, még aszimptomatikus férfiak körében a szelén és E-vitamin nyomelemeket tartalmazó táplálék-kiegészítők sem egymagukban, sem kombináltan nem segítették elő a demencia megelőzését. Az oxidatív stressz kedvez a demencia kialakulásának. A kutatók tehát a sejtek szabad radikálisoktól való méregtelenítésétől remélik az időskori megbetegedés megelőzését.

A demencia incidenciája tekintetében a vizsgálat négy ága között nem volt jelentős különbség. Összesen 325 résztvevő (4,4%) betegedett meg: 71 esetben (4,0%) állapították meg a demencia diagnózisát az E-vitamin-csoportban, 78 esetben (4,2%) a szelén-csoportban, 85 esetben (4,6%) a placebot szedő csoportban és 91 esetben (5,0%) a mindkét táplálék-kiegészítőt szedő csoportban.

A szerzők az érintett demenciában szenvedő betegek viszonylag kis szubpopulációjában vélték felismerni a prevenció kudarcának okát. **Steven T. DeKosky és egyik szerzőtársa, Lon S. Schneider (Alzheimer's Disease Research Center Los Angeles)** a lap vezércikkében úgy vélekedett, hogy az eredeti mintát öt év elteltével megfelezték, a maradó résztvevők pedig az átlagos lakosságnál magasabb képzettséggel rendelkeztek, életkoruk pedig már a vizsgálat kezdeti szakaszában alacsonyabb volt. Más Alzheimer-vizsgálatok többnyire legalább 70 éves életkornál kezdődnek. Ezért is lett volna valószínűtlen, ha a **PREADViSE** keretében sikerült volna bizonyítani a szelén vagy az E-vitamin védőhatását.

***Professor Dr. med. Thomas Mertens
a német Állandó Oltási Bizottság elnöke***

Forrás Internet-helye:

https://de.wikipedia.org/wiki/Thomas_Mertens

<https://www.aerzteblatt.de/archiv/187375/Thomas-Mertens-Virologe-ist-neuer-Leiter-der-STIKO>



A Robert Koch-Institut mellett működő Állandó Oltási Bizottság (Ständige Impfkommission – STIKO) új elnöke Professor Dr. med. Thomas Mertens (67) ulmi virológus, akinek a mandátuma 2020-ig tart.

Sz. Freiburg, 1950. március 10.

az Ulmi Egyetem virológia professzora

a Viroológusok Társaságának elnöke

a Biológiai Tudományok Szövetsége keretében működő Orvostudományi Szakmai Társaságok Szövetsége irányelveket kidolgozó bizottságának tagja

a Német Hepatológiai Alapítvány kuratóriumának elnöke

2004. óta az Állandó Oltási Bizottság tagja, amelynek keretében elsősorban az immunhiányok, az influenza, a rotavírusok és a varicella-zoster vírusok területén tevékenykedett.

a Robert Koch-Institut keretében működő nemzeti referenciaközpontok cytomegália vírusokat kutató laboratóriumának vezetője

a herpeszvírusok és a humán cytomegália vírusok szakértője; kutatásai kiterjednek a humán cytomegália vírusok morfogenezisére, immunológiájára és rezisztenciaképződésére.

Stefan Syrén
az Alliance Healthcare Deutschland elnöke

Forrás Internet-helye:

<http://www.alliance-healthcare.de/-/stefan-syren-wird-neuer-vorstandsvorsitzender-der-alliance-healthcare-deutschland-ag>



Az Alliance Healthcare Deutschland új elnöke Stefan Syrén, aki 2017. május 1-én lép hivatalba.

Stefan Syrén a svéd *OptiGroup* papír- és irodaszer konszerntől érkezik, ahol különböző vezető pozíciókat töltött be (egyebek között: *Chief Operating Officer* és *Head of Central Europe*). Korábban a *Procter & Gamble* számára is dolgozott, egyebek között a marketing, a terjesztés és a brand management területén.

Syrén öt év leforgása alatt az AHD negyedik elnöke. Miután Dr. Thomas Trümper hosszú évekig állt az ANZAG élén, Dr. Ralf Lieb mindössze egy évet (2013-2014) töltött az elnöki székben, akit Frieder Bangerter követett. A sajtóközlemény nem szól a váltás háttéréről, de az ágazatban mindenki tudja, hogy az anyavállalat, a *Walgreens Boots Alliance (WBA)* nem elégedett a németországi állapotokkal.

Az *Alliance Healthcare Deutschland (AHD)*, a korábbi *Andreae Noris Zahn (ANZAG)*, 2013. óta a *Walgreens Boots Alliance (WBA)*, „az első globális gyógyszerári dominanciájú egészségügyi és wellness-vállalkozás” leányvállalata. Az AHD 25 telephellyel és saját adatai szerint a legsűrűbb ellátó hálózattal rendelkezik Németországban.

***A román egészségügyi miniszter bejelentette:
még idén CT-vel szerelnek fel minden megyeszékhelyi kórházat***

Transindex, 2017. április 02. 08:42

Kulcsszavak: közbeszerzések, egészségügyi infrastruktúra, Világbank, Románia

Forrás Internet-helye: <http://itthon.transindex.ro/?hir=46619>

Florian Bodog román egészségügyi miniszter azt nyilatkozta Zilahon hogy a minisztérium azt tervezi, hogy ***a Világbank 250 millió eurós hiteléből ebben az évben minden megyeszékhelyi kórházat számítógépes tomográf (CT) szerel fel.*** Az egészségügyi miniszter sajtóértekezletén rámutatott: a hitelt 2014-ben adták, ám ebből mindeddig kevesebb, mint ötmillió lejt használtak fel. "A minisztérium célja, hogy felszereljen minden kórházat számítógépes tomográf (CT) és egy nukleáris magnetorezonanciás tomográf (NMR). Ebből idén megtennék az első lépést, a CT-k telepítését. Ezt a Világbank 2014-ben nyújtott 250 millió eurós hiteléből finanszíroznánk, amiből mindeddig 4,8 millió lejt használtak fel" - nyilatkozta Bodog.

Az egészségügyi miniszter azt is bejelentette, hogy ***a minisztérium 3.000 betegszállító gépkocsi vásárlását tervezi.*** "3.000 gépkocsit szeretnénk vásárolni, amelyeket nem neveznék mentőautóknak, de amelyek alkalmasak lennének arra, hogy a szegény településeken élő pácienseket elszállítsák a családorvoshoz vagy a járóbeteg-gondozóba. Célunk az, hogy megerősítsük az egészségügyi alapellátást, a családorvosi hálózatot" - nyilatkozta a miniszter. Elmondta: az első száz gépkocsi vásárlását a Világbank programjából finanszírozzák. Florian Bodog egészségügyi miniszter szombaton Zilahra látogatott, ahol találkozott a megye és a kórház vezetőivel.

ELŐJEGYZÉSI LISTA:

Emberi erőforrás, ápolás

- ***Nurse to Patient Ratios*** – Minimális személyzeti követelmények a kórházi ápolás területén (6-7. rész): Diskusszió; Egyesült Államok és Ausztrália egészségügyi rendszerének rövid ismertetése

Gyógyszer

- A gyógyszertári piac helyzete Franciaországban
- A gyógyszertári piac helyzete Olaszországban
- A gyógyszertári piac helyzete Ausztriában
- Kínában felgyorsítják a külföldi gyógyszerek engedélyezési eljárását

Egészséggazdaság

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

Európa

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

Mi várható 2017-ben?

A külföldi orvosok Brexit-je

Svájc

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

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

Szociálpolitika:

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

Rövidhírek (aleatorikusan):

Praxishírek (*Arzt & Wirtschaft*)

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

Népegészségügyi rövidhírek (*Robert-Koch-Institut*)