

Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete

Egészséggazdasági, egészségpolitikai és szociálpolitikai nemzetközi sajtószemle

2022. 2. sz. (Lapzárta: 2022. január 17. 00:00)

Alapító főszerkesztő: Kövesi Ervin (1990-2014; † 2022) – Szerkesztő: Komáromi Béla (2005-)

† Elhunyt Kövesi Ervin, az Egészségügyi Gazdasági Szemle és az EGVE Nemzetközi Sajtószemle alapító főszerkesztője

Globális egészségügy

- Két nemzetközi tanulmány a finomporkoncentráció következményeiről
- Légszennyezés és COVID-19-re való hajlamosság

Koronavírus

- Lelki egészség és jól-lét az időskorúak körében Angliában a pandémia idején
- A pandémia hatása az egészségügyi ellátásra Svájcban
- Emlékeztető oltás és COVID-19 miatti halálozás

Kórházügy

- Az *International Hospital Federation* díjazottjai 2021-ben
- Jelentés a kórházak helyzetéről Németországban – *WIDO Krankenhaus-Report 2021* (10. rész): Kórházpolitikai krónika
- Kórházbarométer 2021. A kórházak gazdasági helyzete Németországban 2019/2020-ban – *DKI Krankenhaus Barometer: 2021* (1. rész): A kórházak gazdasági helyzete. A 2019-ben elért éves eredmény
- A Németországi Kórházigazgatók Szövetségének évkönyve – *VKD Praxisberichte 2021* (4. rész): A pszichiátriai intézetek helyzete a pandémia idején

Onkológia

- Globális platform a rákos gyermekek gyógyszerellátásért
- *ECIS „Childhood Incidence Data Section“* – az EU új gyermekrák-adatgyűjtési rendszere
- Az ambuláns és pszichoterápiás onkológiai ellátás helyzete Németországban. Trendek 2010 és 2019 között
- Jelentés a rákos megbetegedések helyzetéről Svájcban 2021-ben – *Schweizerischer Krebsbericht 2021*

Ápolás

- Jelentés az ápolás helyzetéről Németországban 2020-ban. Az ápolási otthonok a pandémia első és második hulláma idején – *Pflege-Report 2021* (8. rész): Az ápolási piac helyzete
- A BARMER biztosító jelentése az ápolás helyzetéről 2021-ben. Az ápolási reformok hatása és a jövőbeli trendek – *BARMER-Pflegereport 2021* (2. rész): Bérrendszer az ápolás területén; Az ápolásra szorulóknak önrészei
- Jelentés az ápolási otthonok gazdasági helyzetéről Németországban – *Pflegeheim Rating Report 2022* (2. rész): Kitekintés

Orvostörténet

- Egy svájci patológus Napóleon halálának okáról

Melléklet 1

- Jelentés a kórházak helyzetéről Németországban – *WIdO Krankenhaus-Report 2021* – egységes szerkezetben

Melléklet 2

- Jelentés az ápolási otthonok gazdasági helyzetéről Németországban – *Pflegeheim Rating Report 2022* – egységes szerkezetben

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

† **Elhunyt Kövesi Ervin, az Egészségügyi Gazdasági Szemle és az EGVE Nemzetközi Sajtószemle alapító főszerkesztője**



Elhunyt Kövesi Ervin, a magyar egészségügyi közgazdászok doyenje. Egy életformától, a cyber-korszak előtti életmódtól búcsúzunk. Igazi különként végezte munkáját, kézzel rótt a gyöngybetűket, amelyekből többszáz tanulmány és tízezernyi „tömörítvény” állt össze. Igazi biedermeier figura volt. Olyan erényekkel bírt, amelyeket ma már csak hírből ismerünk: szellemi elegancia, udvariasság, lovagiasság, gavallérság. Volt egy egyszerű eszköztára, amelytől nem volt hajlandó megválni és amellyel mindenkit sikerült lenyűgöznie. A bölcsesség, az alázat, a rendszeresség, a pontosság, a kézcsók, a virág, a bók, a köszönet, a mosoly, vagy akár csak önmagában a gesztus. Tipikus reneszánsz ember volt. Személyisége sajátosan szublimálta az irodalom drámai és pikareszk alakjainak vonásait: A tudós Faustét, hiszen a száraz (?) egészségügyi közgazdaságtan mellett verseket írt és nagy zenerajongó volt. Szindbádét és Esti Kornélét, Kakuk Marciét, meg persze Don Juanét és Casanováét, akik közül két utóbbi a 90. születésnapjára két példányban készült Emlékkönyv leggyakoribb visszatérő motívuma volt.

Úgy követte a zsidó-keresztény etika örökérvényű parancsait, hogy soha egyetlen szót sem ejtett róluk. Magába temette a bori munkatábor borzalmait, soha senkitől nem kérte számon politikai meghurcoltatását. Mindenkinek mindent megbocsátott. Megilleti a klasszikus epitáfium: „*Megtettem mindent, amit megtehettem, / kinek tartoztam, mindent megfizettem. / Elengedem mindenki tartozását, / felejtsd el arcom romló földi mását.*”

97 éves korában, szerettei körében érte a halál.

Sit tibi terra levis!

Két nemzetközi tanulmány a finomporkoncentráció következményeiről

Lancet Planetary Health (2021; DOI: 10.1016/S2542-5196(21)00350-8)

Lancet 2021; DOI: 10.1016/S2542-5196(21)00255-2; January 2022

Kulcsszavak: globális egészségügy, népegészségügy, környezetegészségügy, levegőminőség, légszennyezés, finomporkoncentráció, asztma, nemzetközi

Forrás Internet-helye: [https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196\(21\)00350-8/fulltext#cestitle150](https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196(21)00350-8/fulltext#cestitle150) ;

[https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196\(21\)00255-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196(21)00255-2/fulltext)

Michael Brauer (School of Population and Public Health, University of British Columbia, Vancouver, BC, Canada; Institute for Health Metrics and Evaluation, University of Washington, Seattle, WA, USA) és mt. két tanulmányban vizsgálták a finomporkoncentráció egészségre gyakorolt következményeit.

2019-ben a finomporral való megterhelés világviszonylatban 1,8 millió idő előtti halálesetet okozott. Világviszonylatban 2,5 milliárd városlakó van kitéve az Egészségügyi Világszervezet határértékeit meghaladó finompornak. Ez a városokban élők 86%-a. A kalkulációk során 13.000 város adatait vették figyelembe, ahol a finomporrészecskék kisebbek 2,5 mikrométernél. Az ezzel kapcsolatos tanulmányok szerint a finomporral való megterheltség egyebek között szív- és légúti megbetegedések, tüdőrák és az alsó légutak fertőződése folytán idő előtti halálozást okozhat.

A kutatócsoport másik tanulmánya szerint a gyermekek körében világviszonylatban csak 2019-ben 1,85 millió asztmás megbetegedést regisztráltak, ami a nitrogén-dioxid általi magas megterheltségnek tulajdonítható, ezek kétharmada városi környezetben következett be. A nitrogén-dioxid égési folyamatok során, többek között motorokban keletkezik, magas koncentrációja pedig elsősorban forgalmas utcákban fordul elő. A kutatók megállapítják, hogy a nitrogén-dioxid általi megterheltség okozta asztmás megbetegedések száma az utóbbi időben csökkent, ami feltehetően a fejlettebb országokban bevezetett szigorúbb légszennyezési előírásoknak tulajdonítható. Mindkét tanulmány kiemeli, hogy a városokban sürgősen javítani kell a levegőminőséget.

[Lásd még: *Jelentés a légszennyezésről Ázsiában és a Csendes-óceáni övezetben, 2018. 23. sz.; Jelentés a levegőminőségről Európában, 2018. 23. sz.; Globális légszennyezés és halálozás, 2019. 8. sz.; Nemzetközi vizsgálat a globális légszennyezésről, 2019. 8. sz.; A légszennyezés és az idő előtti halálozás összefüggése az európai városokban, 2021. 4. sz.] Alacsony légszennyezettségnek való tartós expozíció és halálozás nyolc európai kohorszban; *Az ELAPSE-projekt eredményei, 2021. 19. sz.; Az Egészségügyi Világszervezet új globális levegőminőségi irányelvei, 2021. 20. sz.]**

Légszennyezés és COVID-19-re való hajlamosság
Occupational and Environmental Medicine, 2022;
[DOI: 10.1136/oemed-2021-107833](https://doi.org/10.1136/oemed-2021-107833) ;
Environmental Science and Pollution Research, 2020;
[DOI: 10.1007/s11356-020-07903-4](https://doi.org/10.1007/s11356-020-07903-4) ;
Environmental Pollution, 2021; [DOI: 10.1016/j.envpol.2020.115859](https://doi.org/10.1016/j.envpol.2020.115859)

Kulcsszavak: globális egészségügy, környezetegészségügy, légszennyezés, pandémia, koronavírus, COVID-19, nemzetközi

Forrás Internet-helye:

<https://oem.bmj.com/content/early/2022/01/06/oemed-2021-107833> ,
https://www.uninsubria.it/notizie/1%E2%80%99inquinamento-atmosferico-aumenta-il-rischio-di-infezione-da-covid-19-studio-epimed-sulla?_cf_chl_jschl_tk_=ef4CmEJ3caXvGiSAJUNmDNK6gl9WHxeVX8G1uXH1X2U-1642014235-0-gaNycGzNCGU ;
<https://www.eurekalert.org/news-releases/939425>

UK Biobank Study:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0269749120365489>

Az *Európai Környezetvédelmi Ügynökség (European Environment Agency – EEA)* adatai szerint 2018-ban Európában 417.000 idő előtti haláleset következett be finompor (PM_{2,5}), 55.000 nitrogén-dioxid (NO₂) és 20.600 ózon (O₃) miatt. A levegőben levő káros anyagok növelik a légúti megbetegedésekre való hajlamosságot és a fertőzések kockázatát, mivel a finompor a vírusok egyik hordozója.

Marco Ferrario (Università degli Studi dell'Insubria) és mt. felmérték a 60.000 lakossal rendelkező észak-olaszországi város, Varese helyzetét, amely a Pó völgyében, Európa legrosszabb levegőminőségi adatait mutató régiójában kerül el. Varese-ben a levegőminőség nem olyan rossz, mint a Pó-síkság alacsonyabban fekvő részein, a megbetegedés kockázatára gyakorolt hatás azonban kimutatható. A kutatók a város lakosainak 97,4%-a vonatkozásában határozták meg a levegőminőség 2018-ban bekövetkezett károsodását. A 2021 márciusig a pandémia első két hulláma idején megbetegedett 4.408 lakos adatainak a többi 58.440 lakoséval történő összevetéséből a következő korreláció adódik: a hosszútávú PM_{2,5}-expozíció 1 µg/m³ értékkel való növekedése a koronavírussal való új fertőzések 5,1%-os növekedésével társult. Ferrario becslése szerint Varese-ben a rossz levegőminőség miatt 100.000 lakosra évente 294 további COVID-19 miatti megbetegedés következik be.

A *UK Biobank-Study* szerint a megbetegedés kockázata a felmérésben résztvevők körében a PM_{2,5}-érték minden egyes 1 µg/m³ értékkel való növekedésével 12%-kal növekedett.

Lelki egészség és jól-lét az időskorúak körében Angliában a pandémia idején
JAMA Psychiatry (2021; DOI: [10.1001/jamapsychiatry.2021.3749](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.3749))

Kulcsszavak: globális egészségügy, lelki egészség, pandémia, időskorúak, English Longitudinal Study of Ageing, Anglia

Forrás Internet-helye:

<https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2787196> ;

English Longitudinal Study of Ageing: <https://www.elsa-project.ac.uk/>

Paola Zaninotto (Department of Epidemiology and Public Health, University College London, London, United Kingdom) és mt. tanulmánya szerint a pandémia a pszichés zavarok növekedéséhez vezetett a saját otthonukban élő időskorúak körében.

Az „*English Longitudinal Study of Ageing*“ 2002. óta két évente méri fel az 50 év fölötti időskorúak testi és lelki egészségét, pénzügyi helyzetét és az időskorhoz való viszonyulását. Az elmúlt évben két soronkívüli felmérésre került sor: az elsőre június-júliusban, az első hullám végén, a másodikra november-decemberben, a második hullám végén.

A válaszok szerint az időskorúak pszichés megterhelése a második hullám idején tovább növekedett. A négy vagy több tünetre kiterjedő klinikailag szignifikáns depresszió prevalenciája a CESD-8-skálán („*Centre for Epidemiological Studies Depression*“) a pandémia előtti 12,5%-ról az első hullám idején 22,6%-ra, majd a második hullám idején 28,5%-ra növekedett.

A depressziós zavarok növekedése az elmagányosodás fokozódásával jár, amit a *University of California, Los Angeles* (UCLA) által bevezetett „*loneliness scale*“ (1-től 12 pontig) segítségével mérték. Az érték a pandémia előtti 5,50-ről az első hullám idején 5,65-re, majd a második hullám idején 5,75-re növekedett.

A résztvevők életminőségét a SASP-skála („*Control, Autonomy, Self realization and Pleasure*“) segítségével mérték (0-tól 48 pontig). A pandémia előtti kiindulópont 21,6 volt, amely az első hullám idején 22,5 pontra, majd a második hullám idején 23,1 pontra növekedett. A szorongásos zavarokat (10 vagy annál több pont) a GAD-7-skálán („*Generalized Anxiety Disorder*“) mérték, amely az első hullám idején 9,4%, a második hullám idején 10,9% pont volt.

A tanulmány kimutatta, hogy a saját otthonukban élő időskorúak is (akiket nem érintenek az ápolási otthonoknál bevezetett látogatási tilalmak) megszenvedik a pandémia következményeit. Angliában mindkét hullám idején elrendeltek lockdown-t, ami korlátozta a mobilitást és megnehezítette az időskorúak meglátogatását.

A pandémia hatása az egészségügyi ellátásra Svájcban –
«Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Gesundheitsversorgung im Jahr 2020»
Bundesamt für Statistik (BFS)
BFS Aktuell, Dezember 2021 (12 p.)
14 Gesundheit

Kulcsszavak: globális egészségügy, egészségügyi ellátás, pandémia, Svájc

Forrás Internet-helye: <https://www.bfs.admin.ch/news/de/2021-0247> ;
<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/publikationen.assetdetail.20444121.html>
<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/aktuell/neue-veroeffentlichungen.assetdetail.20444111.html> ;

A pandémia 2020-ban erőteljes hatást gyakorolt a svájci egészségügyi ellátásra. Miközben a hospitalizációk száma 5%-kal, az ápolási és idősotthonokban lakóké 6%-kal csökkent, a halálesetek száma a kórházakban 8%-kal, az ápolási és idősotthonokban 16%-kal növekedett. A kórházakban nyújtott intenzív ápolási órák száma 4%-kal növekedett. A kórházak 800 millió CHF, az ápolási és idősotthonok 400 millió CHF deficittel zárták az évet.

2020-ban 40.871 COVID-19 miatti kórházi esetet regisztráltak, ami az összes hospitalizáció 3%-ának felel meg. A COVID-19 miatti kórházi esetek ellenére 2020-ban 72.000-rel kevesebb hospitalizációt (-5%) regisztráltak mint az előző években.

2020-ban kevesebben költöztek ápolási és idősotthonokba. A bentlakásos tartós ápolási esetek száma 3%-kal, a rövid idejű ápolás céljából otthonba költözőké 18%-kal csökkent. A halálesetek száma a kórházakban 2020-ban (+2.015; +8%) és különösen az ápolási és idősotthonokban (+4.978; +16%) markánsan növekedett. A túlhalálozás főleg ősszel, a második hullám idején volt különösen magas. A kórházi halálesetek száma november elején az előző évekhez viszonyítva több mint 50%-kal magasabb volt. Az ápolási és idősotthonokban október közepétől 80%-kal több haláleset következett be.

2020-ban a kórházak számára több mint 802 millió CHF (+44,2%) veszteség keletkezett. Ennek mindössze 7%-át (55 millió CHF) finanszírozták deficitgaranciából. A szolgáltatásokból származó bevétel 2020-ban több mint 300 millió CHF-fel (-1%) csökkent. Ekkora csökkenésre 2012. óta nem volt példa.

Az ápolási és idősotthonok 383,4 millió CHF (+25%) veszteséggel zárták az évet.

Jean-François Marquis, BFS, Sektion Gesundheitsversorgung, Tel.: +41 58 463 67 54,
E-Mail: jeanfrancois.marquis@bfs.admin.ch

Gian-Paolo Klinke, BFS, Sektion Gesundheitsversorgung, Tel.: +41 58 483 99 35,
E-Mail : gian-paolo.klinke@bfs.admin.ch

Medienstelle BFS, Tel.: +41 58 463 60 13, E-Mail: media@bfs.admin.ch

Emlékeztető oltás és COVID-19 miatti halálozás

NEJM Online, 8 December 2021

Kulcsszavak: globális egészségügy, népegészségügy, járványügy, pandémia, koronavírus, COVID-19, vakcina, oltás, emlékeztető oltás, halálozás, Izrael

Forrás Internet-helye: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2115624> ;
<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2115926>

Dr. Minal K. Patel (*Centers of Disease Control and Prevention, Atlanta*) vezércikke szerint két izraeli kutatócsoport tanulmánya bizonyítékokkal szolgál az emlékeztető oltás hatékonyságával kapcsolatban. A súlyos megbetegedéssel és elhalálozással szembeni hatékonyság 90-95%-os. Ez azt jelenti, hogy amennyiben két dózis vakcina abszolút hatékonysága 90%, két dózis plusz az emlékeztető oltás abszolút hatékonysága 99-100%. Izraelben az oltási kampány 2020. december 20-án vette kezdetét, elsősorban *BNT162b2* (*Pfizer/BioNTech*)-vakcina alkalmazásával. A B.1.617.2 (delta-variáns) okozta áttörőfertőzések miatt 2021. július 30-án az emlékeztető oltások is zöld utat kaptak.

Dr. Ronen Arbel (*Clalit Health Services, Tel Aviv*) és *mt.* azt vizsgálták, hogy az emlékeztető oltások csökkentik-e a halálozást. Tanulmányuk a *Clalit Health Services* adatain alapult. A felmérésbe olyan betegeket vontak be, akik a kutatás kezdetén legalább 50 évesek voltak és legalább öt hónappal korábban legalább két dózis *BNT162b2*-vakcinát kaptak. A kutatás kritériumainak 843.208 alany felelt meg, akik közül az 54 napig tartó vizsgálat időtartama alatt 758.118 fő (90%) emlékeztető oltást kapott. A booster-csoportban 65 COVID-19 miatti haláletet következett be (100.000 főre és személynapra 0,16 haláletet). A haláletetek száma a kontrollcsoportban 137 volt (100.000 főre és személynapra 2,98 haláletet).

Yinon M. Bar-On (*Weizmann Institute of Science, Rehovot*) és *mt.* a booster lakossági szintű hasznának néztek utána. Az értékelés az izraeli egészségügyi minisztérium adatain alapult és 4.696.865 tizenhat év fölötti személyre terjedt ki, akik legalább öt hónappal korábban legalább két dózis *BNT162b2*-vakcinát kaptak.

Eredmények:

- Fertőzések általában: A megerősített fertőzések rátája a booster-csoportban tízszer alacsonyabb volt mint a kontrollcsoportban. A ráta a booster-csoportban 4,9-szer - 10,8-szor alacsonyabb volt mint a korai poszt-booster-csoportban. A súlyos megbetegedések rátája a 60 év fölöttiek körében a primér, ill. a szekundér analízis keretében 17,9-szer, ill. 6,5-ször alacsonyabb volt.
- Halálozás: 60 év fölöttiek körében a halálozás a primér analízisben 14,7-szer, a szekundér analízisben 4,9-szer alacsonyabb volt. A kiigazított ráta különbség a primér és a szekundér analízisben 100.000 személynapra 2,1, ill. 0,8 haláletet volt.

Az International Hospital Federation díjazottjai 2021-ben
HealthManagement.org, EXEC Highlights / Week #46/ 2021; 11 Nov 2021

Kulcsszavak: globális egészségügy, kórházügy, minőségügy, International Hospital Federation (IHF), nemzetközi

Forrás Internet-helye:

<https://healthmanagement.org/c/hospital/pressrelease/winners-of-the-international-hospital-federation-awards-2021>

Az International Hospital Federation (IHF) a barcelonai a Fira Montjuïc conference centre-ben tartott 44. World Hospital Congress (WHC) keretében hirdette ki az IHF Awards 2021 győzteseit.

Az értékelő bizottság elnöke ***Dr Lawrence Lai (Hong Kong Hospital Authority)*** volt. Az értékelés során öt kritériumot vettek figyelembe: eredetiség és innováció; kitűzött hatás; adaptálhatóság és skálázhatóság; tudományos rigorozitás; klaritás. A díjra 250 kórházi intézményt jelöltek a világ 38 országából.

Dr. Kwang Tae Kim Grand Hospital Award – amely a minőséget és biztonságot, szociális felelősséget, fenntarthatósági kezdeményezéseket jutalmazta:

- Arany: Saudi German Hospital Cairo (Egypt);
- Ezüst: Spectrum Health (USA);
- Bronz: Vicente Sotto Memorial Medical Center (Philippines).

American College of Healthcare Executives Excellence Award for Leadership and Management – amely az erőskezű menedzsmentet jutalmazta:

- Arany: Dubai Health Authority (United Arab Emirates);
- Ezüst: Mutua Terrassa Healthcare Foundation (Spain);
- Bronz: Emirates Health Services (United Arab Emirates); NEO Hospital (Poland).

Austco Excellence Award for Quality and Patient Safety – amely a minőség és betegbiztonság területén szerzett kiváló gyakorlatot jutalmazta:

- Arany: Kaiser Permanente Northern California (USA);
- Ezüst: Royal Hospital (Oman);
- Bronz: Saudi German Hospital Riyadh (Saudi Arabia); Hospital Universitari Mútua Terrassa (Spain).

Ashikaga-Nikken Excellence Award for Green Hospitals – a fenntartható és környezetbarát kezdeményezések támogatásáért:

- Arany: University Health Network (Canada);
- Ezüst: Fundació Sanitària Mollet (Spain),
- Bronz: Fachklinik Gaissach (FKG) (Germany).

Seddiqi Holding Excellence Award for Corporate Social Responsibility – a közösségi szociális felelősségvállalás kiemelkedő vívmányaiért:

- Arany: Manila Doctors Hospital and GT Foundation, Inc. (Philippines);
- Ezüst: St Vincent's Health Network Sydney (Australia);
- Bronz: E-DA Hospital (Taiwan).

Sultanate of Oman Excellence Award for Health Services During Crisis – kórházak és egészségügyi szervezetek fejlődő országokban a pandémia idején nyújtott teljesítményéért:

- Arany: French Medical Institute for Mothers and Children (FMIC) (Afghanistan),
- Ezüst: Medland Health Services (Zambia),
- Bronz: Apollo Hospitals Enterprise Limited (India).

Az aranyfokozatú díjazottak lehetőséget kapnak, hogy a WHC keretében speciális párhuzamos ülészakokon mutassák be projektjeiket. Az ezüst- és bronzfokozatú díjazottak és a dicséretben részesítettek posztert mutathatnak be a WHC kiállításán. Az *IHF Awards 2022* díjak átadására a 45. *World Hospital Congress* keretében Dubai-ban kerül sor.

***Jelentés a kórházak helyzetéről Németországban –
Krankenhaus-Report 2021 (10. rész):
Kórházpolitikai krónika***
Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) –
Springer Verlag, Mai 2021

Kulcsszavak: kórházügy, kórházpolitika, pandémia, Németország

Forrás Internet-helye:

https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-62708-2_16

A 2020-as év egészségpolitikai Agendája mindenki számára meglepően alakult. Év elején még mindenki a digitalizáció és a minőségügy kirobbanó előretörésére számított. Az ország feszülten figyelte a kormánykoalícióon belüli egészségpolitikai diskurzust is, miután Prof. Karl Lauterbach [*Személyéről lásd: 2021. 24. sz.*] hátrálépett és átadta a frakcióvezetői teendőket Bärbel Bas betegpénztári üzemgazdásznak [*Személyéről lásd: 2021. 22. sz.*]. Ám az SPD egészségpolitikai arca továbbra is Lauterbach maradt, aki egyszerű képviselőként továbbépítette egészségpolitikai befolyását és ismertségét. Jens Spahn szövetségi egészségügyi miniszter szerepjátéka is megváltozott: míg korábban „politikacsinálóként”, „havonta új törvénnyel állt elő”, válságmenedzserré nyergelt át.

A szakképzett ápolók hiányának csökkentése érdekében 2019 októberében létrejött az „egészségügyi és ápolási munkaerőügynökség” (*Deutsche Fachkräfteagentur für Gesundheits- und Pflegeberufe*), amely segít a munkaadóknak a munkaerőtoborzásban. Az orvosokat és ápolókat érintő agresszió megfékezése érdekében Jens Spahn egészségügyi és Christine Lambrecht szövetségi igazságügyi miniszter 2019 decemberben megszigorította a kórházi dolgozók elleni erőszak miatti büntetéseket.

A végéhez közeledő választási ciklusban tipikus gyakorlattá vált, hogy csaknem minden törvénytervezethez egyéb kísérő szabályozások sokasága társult. Ilyen volt a „kórházak jövőjéről szóló törvény” (*Krankenhauszukunftsgesetz – KHZG*), a kórházi dolgozókat megillető koronavírus-pótlékkal, a beteg gyermekek gondozásáért járó betegpénzzel, az ápolási otthonok és az ápoló hozzátartozók tehermentesítésével.

A szeptemberi szövetségi választási időszakot továbbra is a pandémia kihívásai fogják jellemezni. Ami jól előrelátható, hogy a szerződött orvosok, gyógyászati eszköz szolgáltatók, rehabilitációs intézetek és kórházak számára nyújtott védőernyő, valamint Jens Spahn igencsak költséges törvényalkotása megviseli majd a kötelező betegbiztosítás pénzügyi tartalékait. A 2021-ben előrelátható 16 milliárd EUR pénzügyi hiány csak a betegpénztárak tartalékainak megdézsmálásával, a kiegészítő járulék és az adókedvezmények emelésével egyenlíthető ki. A biztosítottak járulékterhelése meghaladta a politikailag még elfogadható 40%-ot.

**Kórházbarométer 2021. A kórházak gazdasági helyzete
Németországban 2019/2020-ban – Krankenhaus Barometer: 2021 (1. rész):
A kórházak gazdasági helyzete. A 2019-ben elért éves eredmény
Deutsches Krankenhaus Institut (DKI), Düsseldorf, Dezember 2021 (62 p.)**

Kulcsszavak: kórházügy, kórházak gazdasági helyzete, Németország

Forrás Internet-helye:

https://www.dki.de/sites/default/files/anylink/20211221_Final_KH-Barometer-komprimiert.pdf

A **Krankenhaus-Barometer 2021** eredményei a több mint 100 ágygal rendelkező kórházak írásos megkérdezésén alapulnak, amelyre 2021 május vége és június vége között került sor. A felmérésben 291 kórház vett részt. A dokumentum évente a **Deutsches Krankenhaus Institut (DKI)** fenntartói: a **Német Kórházársaság (Deutsche Krankenhaugesellschaft – DKG)**, a **Németországi Kórházigazgatók Szövetsége (Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands – VKD)** és a **Németországi Vezető Kórházi Orvosok Szövetsége (Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands – VLK)** megbízásából készül.

6. A kórházak gazdasági helyzete

6. 1. 2019-ben elért éves eredmény

Gazdasági helyzetük tekintetében a kórházaknak arra kellett válaszolniuk, hogy 2020-ban a nyereség- és veszteségszámítás keretében pozitív, negatív, vagy kiegyensúlyozott éves eredményt értek-e el.

2019-ben a több mint 100 ágygal rendelkező általános kórházak 60%-a pozitív eredményt ért el. Az évet veszteséggel záró kórházak aránya 29%, a kiegyensúlyozott eredményt elérőké 11% volt.

Az előző évhez viszonyítva az éves többletet realizáló kórházak aránya növekedett, az évet veszteséggel záróké csökkent.

2019-ben a kórházak 46%-a pozitív, 44%-a negatív eredménnyel zárta az évet.

Elsősorban a több mint 600 ágygal rendelkező kórházak eredményei rosszabbodtak. 2020-ban ezek 57%-ának eredménye volt negatív, kétszer annyi, mint a szövetségi átlag. Az elmúlt évben a nagy kórházak 37%-a, a kisebbek 59%-a és a közepes méretűek 76%-a realizált pozitív eredményt.

[Lásd még: *Kórházbarométer – Krankenhaus Barometer: 2007. 48. sz., 2008. 52. sz., 2010. 13. sz.; 2012. 6. sz.; 2014. 3. sz.; 2015. 5. sz.; 2016. 1.,3. sz.; 2017. 1. sz.; 2017. 33-36. sz., 2019. 3-11. sz.; Egységes szerkezetben: Archivum; 2020. 1-6.; Egységes szerkezetben: Archivum, 2020. 2. sz., 2021. 2. sz.]*

*A Németországi Kórházigazgatók Szövetségének évkönyve –
Praxisberichte 2021 (4. rész): A pszichiátriai intézetek helyzete a pandémia idején*
Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD),
Sept. 2021 (104 p.)

Kulcsszavak: kórházügy, pandémia, koronavírus, COVID-19, Németország

Forrás Internet-helye:

<https://www.yumpu.com/de/document/read/65838348/vkd-praxisberichte-2021>

A pszichiátriai intézetek helyzete a pandémia idején

A pszichiátriai intézetek már 2020 október óta nem részesülnek a pandémiával összefüggő támogatásokban. Ezzel szemben egyes szakértői jelentések szerint túl sok pénzt kapnak, amit a VKD pszichiátriai szakcsoportja vehemensen cáfol. Az ágyak felszabadításáért fizetett átalány kezdetben 560 EUR/ágy/nap volt, amit később 280 EUR-ra csökkentettek. Észak-Rajna-Vesztfáliában a kórházak a pandémia első heteiben 9 EUR-t fizettek egy FFP-2-maszkért. A VKD pszichiátriai szakcsoportja értékelt **Boris Augurzky és mt. (TU Berlin és Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung Essen)** szakértői jelentését és egészen más következtetésekre jutott, amiről állásfoglalást is kibocsátott. A jelentés csak általában foglalkozik a pszichiátriával, gyakorlatilag nem tanúsít jelentőséget a pszichiátriai intézetek helyzetének. A szerzők azt is állították, hogy pszichés betegeket COVID-19 miatt áthelyeztek, ami teljes képtelenség. A pszichiátriai intézetek egész osztályokat tartanak készenlétben koronavírusos betegek számára, ahol általában háromágyas kórtermekben helyezik el őket.

Egy másik, 2021 áprilisban közzétett szakértői jelentés a pandémiával összefüggésben a kórházaknak nyújtott támogatásokkal foglalkozott. Egyebek között azt is vizsgálta, hogy a kiegyenlítő kifizetések elégségesek voltak-e a bevételecsökkenés kompenzálásához. Ez a jelentés azonban 407 pszichiátriai kórházat, amelyek 56.223 ágygal rendelkeztek, egy kalap alá vett 262 pszichoszomatikus intézménnyel, amelyek 11.420 ágygal rendelkeztek, majd a teljes területre vonatkozóan vont le következtetéseket. Ez pontatlanságokhoz és torzításokhoz vezet. Teljesen érthetetlen, hogy a szerzők miért vontak össze olyan nagyvonalúan különböző diszciplínákat és szakterületeket.

Holger Höhmann, Vorsitzender der Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen des VKD; Stabsstelle Dezernatsleitung Landschaftsverband Rheinland, Dezernat Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen ;

Tel: 49-2173-102-5000 / 5001 ; E-mail: holger.hoehmann@lvr.de

***Globális platform a rákos gyermekek gyógyszerellátásért –
Global Platform for Access to Childhood Cancer Medicines***

World Health Organization, 13 December 2021,
Joint News Release, Geneva, Switzerland and Memphis, Tennessee, USA

Kulcsszavak: globális egészségügy, gyermekegészségügy, onkológia, gyermekkarcinómák, gyógyszer, gyógyszerellátás, Egészségügyi Világszervezet, nemzetközi

Forrás Internet-helye: <https://www.who.int/news/item/13-12-2021-who-and-st.-jude-to-dramatically-increase-global-access-to-childhood-cancer-medicines>

Az *Egészségügyi Világszervezet* és a *St. Jude Children's Research Hospital Memphis* globális platformot létesít a rákos megbetegedésekben szenvedő gyermekek gyógyszerellátása érdekében.

Világviszonylatban évente 400.000 kiskorú betegszik meg rákban. Tíz közül kilencen alacsony vagy közepes jövedelemmel rendelkező országban élnek. Mivel azonban ezekben az országokban gyakran nem állnak rendelkezésre a szükséges gyógyszerek, a túlélési esély nem éri el a 30%-ot, miközben a túlélési ráta a gazdagabb országokban 80%. Évente 100.000 rákban szenvedő gyermek hal bele a betegségbe.

A *St. Jude Hospital* hat évig 200 millió USD-t (177 millió EUR) bocsát a platform rendelkezésére. 2027-ig egyelőre 120.000 gyermek gyógyszerellátását biztosítják a világ 50 országában. A 2023-ig tartó pilot-fázisban tizenkét ország vesz részt. Hogy melyek, az még nem dőlt el.

A program segítséget nyújt a kormányoknak a gyógyszerek és gyógyszerelési tervek kiválasztásához. A cél az, hogy konszolidált megrendeléseket, alacsony árakat és megbízható beszállítást sikerüljön biztosítani.

Támogatni kell az innovációt és meg kell fékezni a hamisított gyógyszerekkel való kereskedelmet. Segíteni kell a családokat, egyes országokban ugyanis a családok nem tudják kifizetni a gyógyszereket és emiatt pénzügyi nehézségeik keletkeznek.

A rákellenes gyógyszerek a gazdag országok 96%-ában rendszerint rendelkezésre állnak. Az alacsony jövedelemmel rendelkező országoknak viszont mindössze 29%-a jut hozzá a gyógyszerekhez.

*ECIS „Childhood Incidence Data Section“ –
az EU új gyermegrák-adatgyűjtési rendszere*
EU Joint Research Center, 6 December 2021

Kulcsszavak: népegészségügy, onkológia, gyermegrák, adatgyűjtés, Európai Unió

Forrás Internet-helye: https://portal.ieu-monitoring.com/editorial/a-new-tool-to-monitor-childhood-cancer-in-europe-eu-joint-research-centre?utm_source=ieu&utm_medium=web&utm_campaign=portal ;

International Classification of Childhood Cancer:

https://ecis.jrc.ec.europa.eu/info/cancers_childhood.html ;

European Cancer Information System (ECIS):

[https://ecis.jrc.ec.europa.eu/explorer.php?\\$0-0\\$1-All\\$2-All\\$4-1,2\\$3-0\\$6-0,85\\$5-2020,2020\\$7-7\\$CEstByCountry\\$X0_8-3\\$X0_19-AE27\\$X0_20-2020,2020\\$7-7\\$CEstByCountry\\$X0_8-3\\$X0_19-AE27\\$X0_20-No\\$CEstBySexByCountry\\$X1_8-3\\$X1_19-AE27\\$X1_-1-1\\$CEstByIndiByCountry\\$X2_8-3\\$X2_19-AE27\\$X2_20-No\\$CEstRelative\\$X3_8-3\\$X3_9-AE27\\$X3_19-AE27\\$CEstByCountryTable\\$X4_19-AE27](https://ecis.jrc.ec.europa.eu/explorer.php?$0-0$1-All$2-All$4-1,2$3-0$6-0,85$5-2020,2020$7-7$CEstByCountry$X0_8-3$X0_19-AE27$X0_20-2020,2020$7-7$CEstByCountry$X0_8-3$X0_19-AE27$X0_20-No$CEstBySexByCountry$X1_8-3$X1_19-AE27$X1_-1-1$CEstByIndiByCountry$X2_8-3$X2_19-AE27$X2_20-No$CEstRelative$X3_8-3$X3_9-AE27$X3_19-AE27$CEstByCountryTable$X4_19-AE27) ;

EU Knowledge Centre on Cancer: https://knowledge4policy.ec.europa.eu/cancer_en

Az *Európai Unió* onkológiai információs rendszere (*European Cancer Information System – ECIS*) keretében bevezetett új gyermegrák-adatgyűjtési rendszer célja a kutatás, a diagnosztika és a terápia fellendítése a pediátriai onkológia területén. Ezzel kapcsolatban az *EU Knowledge Centre on Cancer* jelentést készített az ECIS részére. E rendszer explicit módon az EU gyermekjogi stratégiájához kapcsolódik.

Az *ECIS „Childhood Incidence Data Section“* összegyűjti az EU-ban a gyermekek körében évente diagnosztizált 16.000 új eset adatait. Az Európai Unióban évente 2.000 gyermek hal meg valamilyen rákos megbetegedés miatt.

Az adatok szerint a gyermekek körében előforduló leggyakoribb rákos megbetegedések: a leukémia, a központi idegrendszer daganatos megbetegedései és a limfómák. Felnőttek körében a leggyakoribb rákos megbetegedések: nők körében a mellrák, férfiak körében a prosztatatarák, valamint a kolorektális és bronchiális karcinómák.

Az adatgyűjtésben fontos forrást képeznek a pediátriai regiszterek, 24 tagállam hat ilyen regiszterrel rendelkezik. Ebben az évben lezárul egy újabb adatgyűjtési eljárás.

Az *EU Knowledge Centre on Cancer* és a *Horizon Europe Mission on Cancer* együttes célkitűzése 2030-ig: hárommillió élet megmentése, a túlélési esélyek és az életminőség javítása.

*Az ambuláns és pszichoterápiás onkológiai
ellátás helyzete Németországban. Trendek 2010 és 2019 között*

Versorgungsatlas.de – Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi)

Bericht Nr. 21/11, 02. 12. 2021 (46 p.)

Kulcsszavak: népegészségügy, rákos megbetegedések, onkológia, ambuláns ellátás, onkológiai pszichoterápia, Németország

Forrás Internet-helye:

https://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/114/VA_21-11_Bericht_Amb_Onkologie_2021-12-02.pdf ;

<https://www.versorgungsatlas.de/themen/alle-analysen-nach-datum-sortiert?tab=6&uid=114> ;

A szövetségi szintű értékelés a szerződött orvosok 2010 és 2019 közötti elszámolásain alapult. Az adatállomány a kötelező betegebiztosítás mindazon biztosítottjára kiterjedt, aki ebben az időszakban elszámolásra jogosult orvoshoz vagy pszichoterapeutához fordult.

A kötelező betegebiztosítás biztosítottjai körében az ambuláns szektorban diagnosztizált rákos megbetegedések száma 2010 és 2019 között növekedett. A kötelező betegebiztosítás 61,5 millió tizenöt év fölötti tagja közül 2019-ben szűk 3,32 millió személynél diagnosztizáltak legalább két negyedévben biztosan dokumentált rákos megbetegedést. Ez az összes rákos megbetegedés körében, a fehér bőrrák kivételével, 5,2%-os életkor szerint standardizált prevalenciának felel meg. 2010-ben a prevalencia 4,1% volt.

A vizsgálat szerint számos rákos megbetegedés gyakorisága az életkorral növekedik. Ez a megoszlás csaknem minden rákos megbetegedésnél megfigyelhető. Kivételt képeznek: a hererák, a méhnyakrák és a pajzsmirigyrák. Ezenkívül a nemek között is különbségek mutatkoznak.

A nemtől független ráktípusok gyakrabban fordulnak elő férfiaknál mint nőknél. Miközben azonban 2019-ben a rosszindulatú melanóma tekintetében a különbség rendkívül alacsony volt, a hólyagrák prevalenciája tekintetében az arány férfiaknál igen kedvezőtlenül alakult. Másrészt sokkal több nő szenved pajzsmirigyrákban.

Ezek a betegek egyre több ambuláns szerződött orvosi és pszichoterápiás szolgáltatást vesznek igénybe, ami hatalmas kihívást jelent az egészségügyi rendszer teljes spektruma számára.

A kutatók a tanulmányban a rákos megbetegedések 20 különböző entitásának és entitáscsoportjának nyers és életkor szerint standardizált prevalenciáját számították ki a kötelező betegebiztosítás 15 éven felüli biztosítottjai körében.

Claudia Kohring, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi)
Tel. 49-30-4005 2433 ; E-Mail: CKohring@zi.de

***Jelentés a rákos megbetegedések helyzetéről Svájcban 2013 és 2017 között –
Schweizerischer Krebsbericht 2021***

Statistisches Bundesamt (BFS)

Medienmitteilung, 14.10.2021

14 Gesundheit

Kulcsszavak: népegészségügy, onkológia, rákos megbetegedések, statisztika, Svájc

Forrás Internet-helye: <https://www.bfs.admin.ch/news/de/2021-0245> ;

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/aktuell/neue-veroeffentlichungen.assetdetail.19204985.html> ;

A rákos megbetegedésekről szóló jelentés összeállítására a Bundesamt für Statistik (BFS), a Nationale Krebsregistrierungsstelle (NKRS) és a Kinderkrebsregister (KiKR) gondozásában kerül sor. Az időskorúak számának növekedésével a rákos betegek és a rákos megbetegedésekkel összefüggő halálesetek száma is növekedik. Az új megbetegedések kockázata a férfiak körében csökken, a nők körében változatlan. A rákos megbetegedések miatti halálozás kockázata mind a férfiak, mind a nők körében csökken. A jelentés a 2013 és 2017 közötti időszakra terjed ki.

Az új megbetegedések száma 2013 és 2017 között férfiaknál évente 23.100, nőknél évente 19.650 volt. Az előrejelzések szerint a 2021-ben összesen 48.000 új esetre számíthatunk, férfiaknál 26.000, nőknél 22.000 új esetre. Leggyakoribb típusok az új megbetegedések körében: férfiaknál az évente jelentett új megbetegedések 50,3%-át prosztatata-, tüdő- és vastagbélrák, nőknél 51,1%-át mell-, tüdő- és vastagbélrák teszi ki. Gyermekek körében a leukémiák, agydaganatok és éretlen magzati szövetekből származó tumorok a leggyakoribbak.

A rákos megbetegedések miatti halálesetek száma férfiak körében évente 9.400, nőknél 7.650 volt. Ezek tehát férfiaknál az összes haláleset 30%-át, nőknél 23%-át tették ki. A rákos megbetegedések miatti halálesetek körében férfiaknál 21%-ot a tüdőrák, 14%-ot a prosztatatarák, 10%-ot a vastagbélrák okozott. Nőknél a mellrák a rákos megbetegedések miatti halálesetek 18%-át a tüdőrák 16%-át, a vastagbélrák 10%-át tette ki. A tüdőrák évente 3.200 halálesettel a rákos megbetegedések körében a leggyakoribb halálok.

Nemzetközi összehasonlításban (a szomszédos országokhoz és más nyugat-európai országokhoz viszonyítva) az új megbetegedések száma az összes tumortípus vonatkozásában Svájcban mind férfiaknál, mind nőknél alacsonyabb. A halálozási ráta Svájcban férfiaknál a második legalacsonyabb, nőknél a legalacsonyabb. Az ötéves túlélési ráta tekintetében Svájc a középmezőnyhöz tartozik.

Rolf Weitkunat, BFS, Sektion Gesundheit der Bevölkerung,
Tel.: +41 58 485 67 24, E-Mail: rolf.weitkunat@bfs.admin.ch

*Jelentés az ápolás helyzetéről Németországban 2020-ban.
Az ápolási otthonok a pandémia első és második hulláma idején –
Pflege-Report 2021 (8. rész): Az ápolási piac helyzete
Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), 29. 06. 2021*

Kulcsszavak: ápolás, ápolási piac, tartós ápolás, pandémia, Németország

Forrás Internet-helye:

<https://www.wido.de/publikationen-produkte/buchreihen/pflege-report/2021/> ;
https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-63107-2_3 ;

e-Book: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-662-63107-2.pdf> (300 p.)

10. 2. A tartós ápolás helyzete: Status quo

10. 2. 1. Az ápolási piac volumene

2018-ban a német egészségpiac volumene 391 milliárd EUR-t tett ki. Az egészségügyi kiadások GDP-hez viszonyított aránya az előző évi 11,5%-ról 11,6%-ra növekedett. Így ismét meghaladja a 2008-as pénzügyi válság előtti arányt (10,5 %). A professzionális ápolási piacra – bentlakásos intézményi ápolásra és ápolási szolgálatok által nyújtott ambuláns ápolásra – 57 milliárd EUR jutott. Ez az előző évhez viszonyítva 4,4%, ill. 2,4 milliárd EUR növekedést jelent. A GDP és más egészségügyi kiadások növekedéséhez viszonyítva az ápolási piac növekedése átlagon felüli volt.

A professzionális ápolás felét a szociális ápolásbiztosítás finanszírozta. Ez az arány a bentlakásos intézményi ápolásnál 46%, az ambuláns ápolásnál 53% volt. Ez nem tartalmazza a kötelező betegbiztosításba és a kötelező balesetbiztosításba befizetett járulékokat. A szociális ápolásbiztosítás által finanszírozott arány a bentlakásos intézményi ápolásnál enyhén csökkent, az ambuláns ápolásnál enyhén növekedett. A privát háztartások hozzájárulása a bentlakásos intézményi ápolás finanszírozásához 41%, az ambuláns ápoláséhoz 37%. A privát finanszírozás aránya a bentlakásos intézményi ápolásnál 2006. óta alig változott, miközben az ambuláns ápolásnál tendenciálisan enyhén csökkent. A növekvő bér- és beruházási költségek azonban a jövőben az önrészek növekedéséhez vezetnek, hacsak az ápolási díjak nem igazodnak megfelelő mértékben.

10. 3. Az ápolási piac mint növekedési ágazat

Az ápolási szolgáltatások iránti növekvő keresletet túlnyomórészt a demográfiai folyamatok határozzák meg, mivel az ápolásra szorultság valószínűsége az életkorral erőteljesen növekedik. A 70 éven aluliak körében az ápolásra szorultság valószínűsége még viszonylag csekély. 80 és 85 év között az ápolásra szorultság valószínűsége már a nők 30%-át és a férfiak 23%-át érinti. 90 év fölötti nőknél pedig már 78%, férfiaknál 68%. Mivel az elkövetkező évtizedekben ezeknél a korcsoportoknál az ápolás iránti igény erőteljesen növekedni fog, ez a folyamat az ápolási szolgáltatások iránti keresletben is megjelenik. Az ápolásra szorultság arányának növekedése egy bizonyos korcsoporton belül nem jelenti szükségképpen az általános egészségi állapot rosszabbodását. Inkább a szolgáltatásokat igénybe vevők köre bővül, elsősorban a kognitív képességeikben korlátozott személyekkel. Ez főleg az ápolásra szorultság új definíciójának bevezetésével összefüggésben nyilvánult meg, miáltal elsősorban a magas életkorúak körében növekedett az ápoltak aránya.

A 2017-ben ápolási szolgáltatást igénybe vevők számának extrapolációja és a német lakosság növekedésének 2040-ig terjedő prognózisa szerint az ápolásra szoruló személyek száma 42%-kal, 4,98 millióra növekedik. A legerőteljesebb növekedés a bentlakásos intézményekben gondozottaknál várható, 52%-kal, 1,25 millióra, miközben az ambulánsan ellátottak száma 47%-kal, 1,22 millióra növekedik. Valamivel alacsonyabb lesz a pénzbeli ápolási díjat igénybe vevőké, amely 35%-kal, 2,51 millióra növekedik.

***A BARMER biztosító jelentése az ápolás helyzetéről 2021-ben.
Az ápolási reformok hatása és a jövőbeli trendek – BARMER-Pflegereport 2021
(2. rész): Bérrendszer; Ápolással összefüggő önrészek***
BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung – bigf
Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse – Band 32, Berlin, Dezember 2021 (234 p.)

Kulcsszavak: ápolás, ápolók bérezése, önrészek, bentlakásos ápolás, Németország

Forrás **Internet-helye:** https://www.bifg.de/publikationen/reporte/pflegereport-2021?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=Newsletter+19%2F2021 ; <file:///C:/Users/user/Downloads/barmer-pflegereport-2021.pdf>

Bérrendszer az ápolás területén

Az „összehangolt akció az ápolás területén” keretében a releváns szereplők megállapodtak a bérezésnek az idősápolás területén megfelelő intézkedésekkel való emeléséről. Miután azonban a két egyházi bizottság nem értett egyet a kialakított tarifamegállapodások kiterjesztésével, az egészségügyi ellátás továbbfejlesztéséről szóló törvény (*Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG*) egy szociális jogi megoldást kodifikált. Az engedélyezésről szóló szerződésekben 2022. szeptember 1-től előírják, hogy maga az ápolási intézmény vegyen részt a tarifaszerződések rendszerében, vagy a nála működő ápolószemélyzet bérezése feleljen meg az adott régióban alkalmazható ápolási tarifaszerződésnek. Mivel azonban a jogszabály nem nevez meg referencia-tarifaszerződést, széles mozgásteret nyit, ami aggodalmakra ad okot azzal kapcsolatban, hogy az intézmények a helyben alkalmazott tarifaszerződésekre való hivatkozással ismét csak túl alacsony béreket biztosítanak. A jogszabály hatásait még nem sikerült elemezni.

Ápolással összefüggő önrészek a bentlakásos intézményi ápolás területén

A szövetségi egészségügyi minisztérium a bentlakásos ápolási intézményekben alkalmazott ápolással összefüggő önrészek korlátozása érdekében 2020 novemberében ismertette egy ápolási reform téziseit, amelyek ezeket az önrészeket havonta 700 EUR-ra és maximum 36 hónapra korlátozták. A törvényhozási folyamatban ezt egy másik javaslattal helyettesítették, amely a bentlakásos ápolás időtartama szerint lépcsőzetes önrészeket ír elő. Keresztmetszeti szemléletben az egy évig ápolási otthonban élők megterheltsége magasabb, a több mint két évig ott élőké alacsonyabb lesz. Ebből a 2021 júliusi ápolási díjakhoz viszonyítva csaknem elenyésző, az ápolással összefüggő átlagos önrészeknél szűk 4%-os, az összesített önrész tekintetében 1,7%-os tehermentesítés keletkezik. A longitudinális szemlélet azt mutatja, hogy a beköltözők számára az első három évben keletkezik számla általi megterhelés. Tehermentesítés összességében csak azoknál keletkezik, akik több mint 42 hónapig élnek ápolási otthonban. A GVWG tehát nem vezet az önrészek fenntartható csökkentéséhez. Az átlagos önrészek különösen 2025-től, a személyzet létszámának mérésére vonatkozó eljárás bevezetésének harmadik fázisában fognak jelentősen növekedni.

*Jelentés az ápolási otthonok gazdasági helyzetéről Németországban –
Pflegeheim Rating Report 2022 (2. rész): Kitekintés*
RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung –
Institute for Healthcare Business GmbH (hcb) – Evangelische Bank eG –
Curacon GmbH, a Terranus GmbH támogatásával
RWI Pressemitteilung vom 29. 11. 2021

Kulcsszavak: ápolás, ápolási otthonok, gazdasági helyzet, Németország

Forrás Internet-helye: <https://www.rwi-essen.de/presse/mitteilung/462/> ; [▷ Pflegeheim Rating Report 2022: Wirtschaftliche Lage deutscher Pflegeheime ist ... | Presseportal](#)

Kitekintés

- Az ápolási piac terjeszkedése továbbra is a lakosság elöregedésének tulajdonítható. Konstans ráták mellett 2030-ig az ápolásra szorulóknak számának 4,9 millióra, 2040-ig 5,8 millióra növekedésével számolhatunk. 2019-hez viszonyítva ez 20%-os, ill. 35%-os növekedést jelentene. A status quo fennmaradása esetén pedig 2040-ig a bentlakásos intézményi ápolás területén 322.000 további ápolási helyet eredményezne. Az ápolás további professzionalizálódása esetén a szükséglet magasabb lenne, az ambuláns ápolás felé mutató trend esetén csökkenne. A szükséges új és reinvesztíciók ennek megfelelően 81-125 milliárd EUR-t tennének ki.
- 2040-ig a jelenlegiekhez képest a bentlakásos intézményi ápolás területén 163.000-380.000, az ambuláns ápolás területén további 97.000-183.000 ápoló iránti szükséglettel számolhatunk. Az ápolásra szorultság jelenlegi valószínűségének folytatódása mellett 2040-ig a jelenlegiekhez képest a bentlakásos intézményi és az ambuláns ápolás területén további 124.000-210.000 szakképzett ápolóra lesz szükség.
- Az ápolói hivatás vonzerejének fokozása érdekében emelni kell a béreket, bővíteni kell a részmunkaidősök heti munkaidejét, új résztvevőket kell megnyerni az ápolóképzés számára. További puha tényezők: a pozitív vezetési klíma, a hivatás társadalmi megbecsülése, a családi élet és a hivatás gyakorlásának összeegyeztethetősége, kevesebb bürokrácia, nyitott karrier, felelőségek átruházása. Az idősápolás egyre inkább versenyhelyzetbe kerül a kórházakkal. 2019. óta megfigyelhető, hogy a kórházak elszívó hatást gyakorolnak.

- Annak érdekében, hogy a magasabb költségek ne sodorják fizetéseképtelenségbe a szolgáltatókat, az ápolási szolgáltatások árai és az ápolásra szorulóknak terhei növekedni fognak. Az, hogy a járulékfizetők milyen mértékben terhelhetők még, az adózás és a szociális költségek általi összesített megterheléstől függ.
- A munkaerőhiány külföldi szakképzett ápolók foglalkoztatásával és a munkaidőt kímélő technika alkalmazásával enyhíthető. Ennek egyik lehetősége az innovatív technikának az asszisztált életvitel (*Ambient Assisted Living – AAL*) területén való alkalmazása.
- Az ápolási szektornak több tőkére, elsősorban privát tőkére van szüksége. Ez persze csak akkor érkezik meg, ha kockázatarányosan kamatozik. Ezért a politikának mérsékelnie kellene a beavatkozások gyakoriságát és bővítenie kellene a vállalkozók mozgásszabadságát. Az ápolási otthonok méreteire, valamint az egyágyas ágyak arányára vonatkozó előírások például teljesen feleslegesek. Ennél fontosabb, hogy egymással ár- és minőségügyi versenyben álló, kellőképpen széles kínálatú intézmények sokasága álljon rendelkezésre. Ennek érdekében közérthetővé kell tenni az ápolás minőségi paramétereit. Az ápolásra szorulóknak és hozzátartozóiknak így könnyebben kiválaszthatják a számukra legjobban megfelelő és megfizethető otthonot. Ha viszont a politika továbbra is restriktív gyakorlatot követ, fennáll a veszély, hogy szándékai nem találkoznak az ápolásra szorulóknak preferenciáival, vagy csak túl drága kínálatoknak biztosít lehetőséget.
- A szociális ápolásbiztosítás jelentősen növelte ugyan bevételeit, tőketartalékai azonban a jelenlegi állapot szerint csak 2035-ig elégségesek. Ezért hosszútávon mind a bevételi, mind a kiadási oldalon kiigazításokra lesz szükség. A bevételi oldalon célszerű intézkedésnek látszik az időskorúak keresőtevékenységben való részvételének további fokozása. A következő lépés a nyugdíjkorhatár dinamizálása lenne, amelynek segítségével a növekvő várható élettartam arányosan megoszlaná a keresőtevékenység és a nyugdíjas évek között. A kiadási oldalon el kellene laposítani a kiadások meredek növekedését. Ezt olyan intézkedések mozdíthatnák elő, mint az ápolásra szorultság megelőzése és csökkentése, a prevenció, a „rehabilitáció prioritása az ápolással szemben” elv érvényesítése, technikai asszisztencia rendszerek alkalmazása.

A tanulmány megrendelhető a medhochzwei-Verlag-nál (<https://www.medhochzwei-verlag.de/Shop/ProduktDetail/978-3-86216-835-4-pflegeheim-rating-report-2022>, ISBN 978-3-86216-835-4), ára 349 EUR. Az eBook (299,99 EUR; ISBN 978-3-86216-836-1).

Egy svájci patológus Napóleon halálának okáról

Medscape, 23. Dezember 2021

Kulcsszavak: orvostörténet, patológia, Napóleon

Forrás Internet-helye: https://deutsch.medscape.com/artikelansicht/4910035#vp_3

Bonaparte Napóleon kétszáz éve, 1821. december 21-én halt meg. A halottszemlét végző orvosok megállapítása szerint gyomorrákban hal meg. Egy svájci patológus több neves kollegájával együtt most új szempontok szerint értékelte a diagnózist és megerősítette azt, amit többedmagával tanulmány formájában is közzétett.

Alessandro Lugli svájci patológust (Institut für Pathologie der Universität Bern) gyermekkorától foglalkoztatta a napóleoni legendárium. A múlt század hetvenes éveiben még ólomkatonákkal játszott, majd kapott a szüleitől egy Napóleon-szettet és a korról szóló gyermekkönyveket. Napóleon-könyvtára most már több mint ezer kötetet tartalmaz.

A korabeli hivatalos halottszemle ellenére sokáig tartotta magát a tévhit, hogy Napóleont megmérgezték. Egy 1961-ben a *Nature* magazinban megjelent cikk szerint Napóleon egyik hajtincse magas arzénkoncentrációt tartalmazott. 2008-ban azonban egy olasz orvoscsoport Napóleon gyermekkori hajszálaiban, de felesége, Joséphine és fia, II. Napóleon hajszálaiban is kimutatta az arzént. Feltételezésük szerint az emlékként őrzött hajtincseket régebben arzénnel tartósították, amire ma már formalint alkalmaznak.

Lugli feleségétől származott az ötlet, hogy a különböző időszakokból származó nadrágok derékbősége alapján számítsák ki a test-tömeg-indexet. Az eljárás érdekében a francia múzeumok engedélyezték Napóleon *Fontainebleau*-ban és *Malmaison*-ban őrzött nadrágjainak megmérését. Bonaparte tábornok testsúlya virágkorában 68 kg, magassága 1,68 m lehetett. Később ösztövérebb lett, a száműzetés idején a 91 kilót is elérte. Élete végén azonban hat hónap alatt 10-14 kilót fogyott. A súlycsökkenés összecseng az eredetileg megállapított halálokkal: gyomorrák.

Napóleon boncolására a halálát követő napon került sor 17 személy, közöttük nyolc orvos, hét angol orvos és Napóleon háziorvosa, *Francesco Antommarchi* részvételével. Antommarchi nem volt jó orvos, de jó anatómus volt. Egy francia és egy angol kórbonctani jelentés készült, amelyek nem mindenben egyeztek ugyan meg, a halál oka, a gyomorrák tekintetében azonban egyetértettek. A tüneteket Napóleon komornyikjának emlékiratai is megerősítik: hányás, súlycsökkenés, erőtlenység, nehéz nyelés – miáltal gyakran csak folyadékot tudott magához venni. Az Egészségügyi Világszervezet 2019-es klasszifikációja a gyomor-bél traktus daganatainál ezeket a tüneteket is felsorolja.

[*Napóleon kórtörténetéről lásd részletesebben: A prominens beteg, 2020. 18. sz.;* <http://historiamozaik.blogspot.com/2012/10/napoleon-kortortenete.html>]

***Jelentés a kórházak helyzetéről Németországban –
Krankenhaus-Report 2021 – egységes szerkezetben***

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) – Springer Verlag, Mai 2021

Forrás Internet-helye: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-62708-2_1

J. Klauber/J. Wasem/A. Beivers/C. Mostert (Hrsg.) Krankenhaus-Report 2021. Versorgungsketten - Der Patient im Mittelpunkt. Springer, Berlin Heidelberg. 531 Seiten; kart.; 42,79 €. ISBN 978-3-662-62707-5

1. 3. 1. Reformok egyes európai országokban

Több európai ország egészségügyi reformja célba vette a szektorok és ellátási szintek közötti jobb koordinációt és az illetékességek átrendezését. A reformok célja a szektorok és a szereplők közötti együttműködés és az ellátás minőségének javítása.

Ausztria : A 2013-ban bevezetett egészségügyi reform célja a különböző szereplők közötti koordináció és kooperáció javítása volt a szétforgácsolt rendszerben. A reform bevezette a szövetség, a tartományok és a társadalombiztosítási teherviselők közötti „célszerződések” („*Zielsteuerungsverträge*“) célorientált irányítási rendszerét. E szerződések célja egy közös, integratív ellátástervezés, valamint egy közös irányítás és finanszírozás megteremtése. Fontos törekvés volt a kórházaktól való túlzott függés felszámolása, mivel Ausztria egészségügyi rendszere szétforgácsolt, kórházi szektora viszont erőteljes volt. További célkitűzés volt az elsődleges ellátás megerősítése és a szemléletváltás, ami végül az elsődleges ellátásról szóló új törvény (*Primärversorgungsgesetz*, 2017) elfogadásához vezetett. A törvény multidiszciplináris elsődleges ellátási egységek felállításáról rendelkezett, amelyek általános orvosokból, betegápolókból és praxisasszisztensekből álló teamekből állnak, feladatuk pedig a betegirányítás és a szolgáltatások koordinációja. Az előleges ellátási egységekhez gyermekorvosok és további szakorvosok (pszichoterapeuták, szociális munkások) is tartozhatnak. Ezek ráépülhetnek a létező struktúrákra, vagy nulláról indulhatnak. Központok (multiprofessionális team egy praxis keretében), vagy hálózatok (multiprofessionális csapatmunka különböző

telephelyeken) formáját ölthetik és más szolgáltatókkal (gyógyszertárak, szakorvosok, kórházak, ápolási otthonok, iskolák, társadalombiztosítási teherviselők) kooperálhatnak.

Jóllehet a célszerződésekkel egy innovatív irányítási rendszer keletkezett, az illetékességek alkotmányjogi szétválasztása fennmaradt. Ausztriában az ambuláns ellátás területén tradicionálisan a társadalombiztosítási teherviselők, a kórházi szolgáltatások finanszírozása tekintetében pedig a szövetségi tartományok illetékesek.

Norvégia: A norvég egészségügyi rendszer részben centralizált: az állam felelős a másodlagos, az önkormányzatok az elsőleges ellátásért, a tartós ápolásért és a szociális szolgálatokért. Az utóbbi években bevezetett reformok célja a szektorok és ellátási szintek közötti koordináció javítása volt: (1) Az egészségügyi rendszer koordinációjának 2012-ben bevezetett reformja az egészségügyi ellátás önkormányzatok és kórházak közötti koordinációjára irányult, (2) a 2016-2019 közötti kórházügyi terv a kórházak közötti koordinációt vette célba, (3) „A jövő elsőleges ellátása” (2015) c. jelentés (*White Paper*) pedig elismerte az elsőleges és a másodlagos ellátás közötti koordináció javításának szükségességét.

A koordinációs reform (1) keretében az önkormányzatok hatáskört kaptak abban a tekintetben, hogy fekvőbeteg kezeléseket megelőzően és azokat követően / elő- és utógondozási szolgáltatások esetén sürgősségi ágyakat bocsássonak rendelkezésre, ami egy-egy beteg számára 72 órára korlátozódik, tartós ápolásra tehát nem használhatók. Az önkormányzatok egyben több felelősséget nyertek az ellátás koordinációja tekintetében, abban az esetben, ha szerződést kell kötniük a kórházakkal komplex ellátást igénylő betegek ellátására. A 2016-2019 közötti nemzeti egészségügyi és kórházügyi terv (2) egyik célkitűzése a kórházak regionális hálózatokba szervezésének jobb koordinációja volt.

Finnország: Az egészségügyi szolgáltatások szervezése és finanszírozása az önkormányzatok hatáskörébe tartozik. A több mint 300 önkormányzat, mint igazgatási hatóság egyben „biztosítóként” és az egészségügyi központok és kórházak működtetőjeként is megnyilvánul. Az önkormányzatok 20 kórházi körzetet képeznek, amelyek az adott körzetben levő közkórházak fenntartói. Az önkormányzatok egy-egy kórházi körzetben biztosítják a szükséges ambuláns

és fekvőbeteg szolgáltatásokat, de pályázatok útján más kórházi körzetek vagy privát kórházak szolgáltatásait is igénybe vehetik.

Finnországban több mint tíz éve folyamatban van egy vita az egészségügyi és szociális szektor reformjáról, amely átfogó területi átrendezéssel és az egészségügyi illetékességeknek az önkormányzatoktól bizonyos újonnan felállítandó régiókra történő átruházásával járna. Az egészségügyi és szociális ellátást a több mint 300 önkormányzat helyett 22 újonnan létesítendő régióknak kell majd biztosítania. A reform fontos elemei a szolgálatok erőteljesebb integrációjának támogatása és a szabad szolgáltatóválasztás bevezetése a betegek számára. A reform főlérendelt célja a szolgáltatások hatékonyságának fokozása és az egészségügyi és szociális költségek növekedésének megfékezése. A kórházi ellátás átrendezésére az aktív és a sürgősségi ellátás erőteljesebb centralizációjával a specializált szolgáltatások koncentrációjával és minimális volumenek meghatározásával kerül sor. A tervezett mélyreható változások és a politikai csatározások miatt a tervezetet 2019 márciusában, valamivel a parlamenti választások miatt visszavonták, sőt az a kormány távozásához vezetett. Az új kormány ismét napirendre tűzte a reformot. Az egészségügyi és szociális reform 2020 decemberében került ismét a parlament elé. A tervezet lényegében az egészségügyi központok integrált egészségügyi és szociális központokká alakítását tartalmazza.

1. 3. 2. Ambuláns műtétek Európában

Az ellátás minősége és az információk kontinuitásának biztosítása, a betegek választási lehetőségeinek bővítése és a folyamatosan növekvő költségek megfékezése érdekében csaknem minden európai országban kísérleteznek az egészségügyi ellátás újjászervezésével és az illetékességeknek a szektorok és szintek közötti tologatásával. A szektorok közötti átjárás javítása és a betegek koordinációs igényeinek kielégítése érdekében az utóbbi évtizedekben az európai országok többségében megreformálták a kórházi szektort és kísérletet tettek új ellátási formák bevezetésére, amelyek keretében a betegeket kórházi ambuláns kezeléseikben (ambuláns műtétek) részesítik, vagy az ellátást ambuláns egészségügyi szolgáltatók biztosítják. Az ambuláns szolgáltatások több országban helyettesítik a fekvőbeteg ellátást. Az ambuláns műtéti beavatkozások aránya az elmúlt évtizedben az európai országok többségében növekedett, de különböző mértékben. Az egynapos esetek aránya az egyes országokban változó és gyakran a kórházi ambuláns ellátásokéval korrelál. Az

egynapos műtétek bevezetésében élenjáró szerepet játszottak az északi országok, Hollandia és az Egyesült Királyság, ahol az ambuláns műtétek száma folyamatosan növekedik. Finnországban például az 1990-es évek óta törekednek az ambuláns műtéteknek a nappali kórházi szektorba való áthelyezésére. E célból több kórházban specifikus ambuláns műtéti központok és nappali kórházak keletkeztek. 2006 és 2016 között a mandulaműtétek száma 23 másik európai országhoz viszonyítva Finnországban volt a legmagasabb. Az ambulánsan végzett szürkehályog- és mandulaműtétek aránya 98,8%, ill. 86,6%, miközben 24 további európai országban 84,2%, ill. 29,2% volt. Ezekben az országokban ma már az ambuláns eljárások az összes sebészeti beavatkozás felét teszik ki, jóllehet az egyes kórházi körzetek között jelentős eltérések tapasztalhatók. Az egynapos műtéteket több nyugat- és dél-európai országban valamivel lassabban kezdték alkalmazni. Ausztriában, Németországban és több közép- és kelet-európai országban (pl. Magyarországon, Lengyelországban és Romániában) az egynapos műtétek elterjedése a beavatkozások többségénél általában sokkal lassabban ment végbe.

1. 4. Az ellátási folyamatok és az együttműködés új formái az ambuláns és fekvőbeteg ellátás területén: szolgáltatások és betegutak az európai országokban

Hollandia

Az elsődleges ellátás egy sor szolgáltatóra, házi orvosokra, fizioterapeutákra, gyógyszerészekre, pszichológusokra és szülésznőkre terjed ki. A házi orvosok, kapuóri szerepüknél fogva központi szerepet töltenek be az elsődleges ellátásban és az egészségügyi rendszerben általában. Minden állampolgár egy lakóhelye közelében működő házi orvoshoz tartozik, a sürgősségi ellátás lehetősége a házi orvos rendszeres nyitvatartási idején felül is igénybe vehető. 2016-ban a házi orvosok 82%-a kisebb (két-hat orvosra kiterjedő) praxisokban, 18%-a magánpraxisban működött.

A másodlagos ellátás azokra a formákra terjed ki, ahova az elsődleges ellátó általi beutalóra van szükség. Ezek elsősorban kórházak és pszichiátriai intézetek. A kórházak mind ambuláns, mind fekvőbeteg osztályokkal rendelkeznek, továbbá 24 órás sürgősségi osztályokat is működtetnek. Az ambuláns osztályok a kórházi tartózkodást megelőző vagy azt követő diagnózis felállítására szolgálnak. A kórházak keretében a szakorvosok 60%-a

szabadfoglalkozású. Néhány kórházban, főleg egyetemi klinikákon az összes szakorvos alkalmazotti jogviszonyban működik. Rajtuk kívül az összes gyermekorvos is ilyen jogviszonyban dolgozik.

A sürgősségi ellátás megszervezése az ambuláns és fekvőbeteg ellátás közötti fokozott együttműködés keretében valósul meg. Döntő jelentőségű az ambuláns házi orvosok szerepe, akik triázs-funkciót töltenek be a kórházaknál és ők irányítják a fekvőbeteg vagy ambuláns ellátásban részesített betegek mozgását.

Norvégia

Az elsődleges ellátás az önkormányzatok hatáskörébe tartozik. Ezek szabadon eldönthetik, hogy miként szervezik meg az ellátást, közalkalmazottként foglalkoztatják-e a házi orvosokat, vagy privát orvosokkal kötnek szerződést. A házi orvosok többsége szabadfoglalkozású, házi orvosi közösségi praxisokban működik, vagy önkormányzati megbízást teljesít. Egy tipikus praxis összetétele: két-hat orvos és a segédszemélyzet. Minden norvég köteles bejelentkezni egy házi orvoshoz, aki kapuőrként is funkcionál. Ha a házi orvos akut megbetegedés esetén sem tud időpontot adni és a rendelési időn kívül sem elérhető, a nagy és közepes méretű városokban és településeken éjjel-nappal működő ambulanciák (ún. *Legevakt*) állnak rendelkezésre.

Az ambuláns szakorvosi ellátásra poliklinikáknak nevezett ambuláns kórházi osztályokon, valamint szabadfoglalkozású, privát praxist folytató szakorvosok (pl. szülészek, belgyógyászok) közreműködésével kerül sor, akik a nemzeti egészségügyi hatósággal kötött szerződés alapján többnyire saját praxisukban dolgoznak. Ez utóbbiakra az összes ambuláns szakorvosi konzultáció 25%-a jut. Az ellátásra vidéken kommunális kórházakban kerül sor. Ezek a beteg lakóhelyén nem elérhető, de beutalót nem igénylő és a kórházi tartózkodást követően utógondozással járó szolgáltatásokat nyújtanak. Norvégiában egy sor ellátást, többek között szomatikus kezeléseket (pl. műtéteket), pszichiátriai gondozást (pl. táplálkozási zavarokat), kábítószer- és alkoholfogyasztással összefüggő kezeléseket csak ambuláns egynapos ellátás keretében biztosítanak. Szekundér rehabilitációs szolgáltatásokra, kórházakban, speciális rehabilitációs intézetekben, vagy egyéb osztályokon, mint reumatológiai vagy neurológiai osztályokon kerül sor.

Finnország

A nem sürgősségi esetek rendszerint a lakóhelyükön működő egészségügyi központokhoz fordulhatnak. Egészségügyi központon többnyire házi orvosi

praxisok értendő, amelyek belgyógyászokat, gyermekorvosokat, ápolókat és szakképzett betegápolókat (ún. *Public Health Nurses* és részben krónikus betegekre specializált ápolószemélyzetet) is foglalkoztatnak. Ezzel szemben Finnországban az orvosi praxisokban nem működnek szabadfoglalkozású orvosok. Országos szinten mintegy 150 egészségügyi központ működik, amelyek egy vagy több önkormányzat tulajdonában vannak.

A finn egészségügy különös ismérve, hogy az egészségügyi központok fekvőbeteg osztályokat is működtetnek. 2015-ben 226 ilyen osztály működött, amelyek személyi állományához betegápolók tartoznak, a vezetést pedig házi orvos, vagy geriáter szakorvos látja el. Ezekre az egységekre az összes akut fekvőbeteg eset 20-25%-a jut. Az egészségügyi központoknál egy ilyen tipikus fekvőbeteg osztály 30-60 ágygal rendelkezik. Ezeket az osztályokat már jó ideje a krónikus megbetegedésekben szenvedő időskorúak tartós ápolására használják. Az elmúlt évtized során ezek a házi orvosok által irányított intézmények a szakorvosi ellátás centralizációjával és az idősebb betegek gondozásának megváltozásával aktívabb szerepre tettek szert, pl. a rehabilitáció és egyes szakorvosi ellátások (pl. rákos betegek ellátása) területén. A speciális ambuláns ellátásra az állami kórházak ambuláns osztályain, vagy kisebb beavatkozások esetén nagyobb egészségügyi központokban kerül sor. A fekvőbeteg ellátás zömében a kórházi körzetekre hárul. Rehabilitációra, a betegek ápolási szükséglete szerint kórházakban, egészségügyi központokban, valamint asszisztált életvitelt biztosító intézményekben, vagy ambulánsan kerül sor. A multiprofessionális szemléletű elsődleges ellátási központok, a maguk széleskörű ellátási profiljával (egészségfejlesztés, prevenció, diagnózis, terápia, szociális, rehabilitációs, nevelő szolgáltatások) lehetővé teszik az integrált ellátást.

1. 5. 2. Az ellátások finanszírozása Hollandiában

Az összes szektort átfedő finanszírozás adekvát finanszírozási forrásokat, alkalmas térítési formákat, valamint az ambuláns és a fekvőbeteg szektor közötti azonos keretfeltételeket (szolgáltatás definíciója, minőségbiztosítás, egységes kódolás és dokumentáció) tesz szükségessé.

Hollandiában a szektorokat átfedő finanszírozás megoldásaként már 2015. óta alkalmazzák az ún. *bundled payments* eljárást, amely három szegmensből tevődik össze: (1) Az első egy fejkvótából és egy egyedi szolgáltatástérítésből

áll, (2) a második pedig a (többszörös) krónikus betegségek térítésének alapját képezi az integrált és multidiszciplináris ellátás keretében. Az illeszkedési felületeket mellőző ellátás érdekében a házi- és szakorvosok (4 és 150 orvos között) ún. „ellátócsoportokba („Care Groups“) tömörülnek. E csoportokban az irányítást és koordinációt a házi-orvosok látják el. Ebben az esetben a térítést egy diagnózisra vonatkoztatott átalány (*bundled payments*) határozza meg. Ennek meghatározására a „Care Group” és a betegpénztárak közötti alkufolyamatban, a „Care Group” tagjai közötti elosztására a teljes ellátási folyamatban való részvétellel és ráfordítással arányosan kerül sor. Az interdiszciplináris kezelés és a „Care Group”-oknak a második szegmens keretében való térítése által a krónikus betegek kórházba utalása jelentősen visszaesett. Ambuláns kórházi kezelések esetén a térítésre a „Care Group” keretében meghatározott diagnózisra vonatkoztatott átalány formájában, vagy a kórház és a szakorvos közötti megállapodás szerint kerül sor. (3) A harmadik szegmens a betegpénztárak és szolgáltatók közötti szelektív szerződésekre terjed ki, célja az innováció és az ellátás minőségének ösztönzése.

Az egyebek között a multimorbid személyek integrált ellátási programjainak finanszírozását felmérő **ICARE4EU projekt** eredményei rámutattak, hogy az innovatív ellátási modellek, amelyek potenciálisan a szektorokat átfedő ellátás ösztönzésére alkalmazhatók, (1) koordináció-, ill. kooperáció-orientált térítést (amely pl. pozitív hatást gyakorol a más szolgáltatókhoz való átirányításra), (2) nyereségeket (amelyeknél erőteljesebben középpontba kerül a kitűzött egészségi haszon) és (3) az egy bizonyos országban alkalmazott különböző térítési modellekkel kombinált komplex átalányokat (pl. költségvetések, fejkvóták, esetátalányok és egyedi ellátások térítése) tartalmazznak.

1 5. 3. A digitalizáció helyzete Észtországban, Dániában és Hollandiában

Észtország e-health-stratégiájában a jogszabályok, valamint a szolgáltatókat együttműködésre motiváló pénzügyi ösztönzők elegendnek. Az elektronikus betegdokumentum bevezetését nagyban segítette a közigazgatásban már működő digitális infrastruktúra. Ma már mind az 50 észt kórház, csaknem az összes háziorvosi praxis és a szakorvosi praxisok több mint fele csatlakozott a rendszerhez. Ezek képesek betekinteni az elektronikus betegdokumentumba, a diagnózisok és kezelési eljárások kiegészítésére, a betegek gyógyszerelési tervének aktualizálására. Az *E-Health-System* időt és pénzt takarít meg, pl. a

vizsgálatok megkettőzésének megelőzésével. Az észtek „opt-out“-opcióval rendelkeznek, ami azt jelenti, hogy megtagadhatják az elektronikus betegdokumentum használatát; a szolgáltatók számára azonban az elektronikus betegdokumentum és az elektronikus elszámolás kötelező. [Lásd még: 2019. 14. sz.]

Dániában az elektronikus betegdokumentum és az e-recept bevezetésével már 2013-ban lendületet vett az ellátási területek integrációja. A sundhed.dk államilag finanszírozott internetes egészségügyi portál közös kommunikációs platformként szolgál az összes digitális e-health-alkalmazás számára, A betegek a platformon keresztül hozzáférnek egészségügyi betegdokumentumukhoz (*Sundhedsjournalen*), amely aktuális információkat tartalmaz kezeléseikről, valamint saját kórházi beteglapjukhoz (*e-journal*), amely a kórházi kezelésükről szóló adatokat tartalmazza. Időpontot kérhetnek a háziorvosnál, felírathatják gyógyszereiket, betekintheznek a kórházi műtéti várólistákba és minőségi értékelésekbe.

Hollandiában a „ZorgDomein“ digitális platform bevezetésére több mint 15 éve került sor. Ennek célja a háziorvosok, kórházak és másodlagos szolgáltatók integrációjának jobb koordinációja volt. A kórházak és a háziorvosok, ill. a kórházak és otthoni ápolási szolgáltatók között digitális és standardizált információcserére kerül sor. Ezt a folyamatot a *ZorgDomein* koordinálja, a háziorvosok általi betegirányítás az ún. *eReferral-System* keretében történik. Az *eReferral-System* a regisztráció megkettőződésének megelőzése és az adatbank beutalást vagy orvoslátogatást követő frissítése érdekében egy interfésszel rendelkezik a háziorvosnál vezetett elektronikus betegdokumentumhoz. Így feljavul a beteg és a szolgáltatók közötti információcsere és kommunikáció. A *ZorgDomein* segítségével a betegek gyorsabban jutnak időponthoz, kórházi beutalóhoz, a digitalizáció előmozdítja a felesleges orvoslátogatások megelőzését.

6. 3. Orvosi rehabilitáció az ágazatokra tagolt biztosítási rendszerben

A több ágazatra tagolt német társadalombiztosítási rendszerben az orvosi rehabilitáció egyidejűleg hat teherviselő: a kötelező betegbiztosítás, a kötelező nyugdíjbiztosítás, a kötelező balesetbiztosítás, a szociális kárpótlásról szóló jogszabályok (mint a háborús áldozatok gondozása), az ifjúsági segélyek

teherviselői és az integrációs segélyek teherviselői közreműködésével valósul meg.

Az egyes teherviselők között az orvosi rehabilitáció finanszírozása tekintetében nem áll fenn semmiféle egyenrangúság. Összességében a finanszírozásban a kötelező betegbiztosítás és a kötelező nyugdíjbiztosítás játszik meghatározó szerepet: A Szövetségi Statisztikai Hivatal folyó egészségügyi kiadásokról szóló kimutatásában a rehabilitációs intézetek és a gondoskodási intézetek közös tételben szerepelnek. Eszerint az ilyen intézményekre 2018-ban összesen 10,1 milliárd EUR-t költöttek. Ebből a kötelező nyugdíjbiztosításra 4,01 milliárd EUR, a kötelező betegbiztosításra 3,1 milliárd EUR, az állami költségvetésekre 1,3 milliárd EUR jutott.

A kötelező nyugdíjbiztosítás és a kötelező betegbiztosítás jogszabályban előírt célkitűzései különböznek egymástól: A kötelező nyugdíjbiztosítás keretében a rehabilitációnak az ICF (*International Classification of Functioning, Disability and Health*) kontextusában leírt célhorizont egyik szelvényéről, azaz a keresőképesség helyreállításáról, ill. elvesztésének vagy csökkenésének megelőzéséről van szó. Ebből az is következik, hogy a keresőtevékenységet végzők számára a rehabilitáció teherviselője lényegében a nyugdíjbiztosítás. Ezzel szemben a kötelező betegbiztosítás rehabilitációs célkitűzése jóval továbbmegy, szorosabban kapcsolódik a jogszabályban (Társadalombiztosítási Törvénykönyv Kilencedik Könyve – *Sozialgesetzbuch – SGB IX*) előírt általános célkitűzésekhez: a rehabilitáció célja a kötelező betegbiztosítás keretében a fogyatékosná válás megelőzése, csökkentése, rosszabbodásának és következményeinek csökkentése, beleértve az ápolásra szorultságot. Abból, hogy a kötelező betegbiztosítás a rehabilitáció tekintetében másodrangú a kötelező nyugdíjbiztosítással szemben, az következik, hogy a kötelező betegbiztosítás lényegében a keresőtevékenységet nem végző személyek rehabilitációja területén illetékes.

A nyugdíjbiztosítás keretében ugyan általában, főleg a nyugdíjfizetések tekintetében a szövetségi és regionális teherviselők között pénzügyi közösség áll fenn, a rehabilitációra fordított kiadások tekintetében azonban nem. Ezeket minden egyes teherviselőnek magának kell viselnie; erről a törvényhozó az 1990-es években az egyes teherviselőkre szabott rehabilitációs költségvetéseket vezetett be, amelyeket évente aktualizálnak. Ennek alapján az egyes

nyugdíjbiztosítási teherviselők kötelesek úgy igazgatni rehabilitációs intézkedéseiket, hogy azok ne lépjék túl a rendelkezésükre álló költségvetést. Eltérően a nyugdíjbiztosítási teherviselőktől, ahol a biztosítottak nem rendelkeznek választási lehetőséggel, a betegpénztáraknál versenyhelyzet áll fenn, mivel a kötelező betegbiztosítás tagjai betegpénztárat válthatnak. A verseny legfontosabb paramétere az egyes betegpénztárak kiegészítő járulékkulcsa. Az egyes betegpénztáraknak tehát az az érdekük, hogy a morbiditásoorientált strukturális kockázatkiegyenlítés keretében viszonylag alacsony szinten tartsák az egészségügyi alaptól számukra kiutalt forrásokat.

A beteg- és nyugdíjbiztosítástól eltérően a szociális ápolásbiztosítás nem tartozik a rehabilitáció teherviselői közé. Az ápolásbiztosítás annyiban kapcsolódik a tárgyalt tematikához, hogy azok a személyek, akik akut kezelést követően ápolásra szorulttá válnak, az ápolásbiztosítás szolgáltatási körébe kerülnek. Amennyiben saját perspektívájukból ez szükségessé válik, az ápolási pénztárak kötelesek az illetékes rehabilitációs teherviselőhöz fordulni, ill. azonnal cselekvési kényszer esetén maguk biztosítani a szükséges szolgáltatásokat. A Betegbiztosítók Orvosi Szolgálat az ápolásra szorultság szakértői véleményezése során ugyancsak köteles megvizsgálni, hogy mennyiben válnak szükségessé rehabilitációs szolgáltatások, különösképpen annak érdekében, hogy ezzel megelőzzék az ápolásra szorultságot, ill. csökkentsek annak mértékét.

14. 2. Az ápolási otthonokban élők hospitalizációja

2019. 12. 31-én 726.000 időszerű (60 év fölötti) személy élt teljeskörű bentlakásos tartós ápolást biztosító ápolási intézményben. Ezek 51%-a 85 éves vagy annál idősebb volt. 44%-uk a 4. és 5. ápolási fokozatba tartozott, tehát önállóságuk a legsúlyosabb mértékben károsodott. Az ápolási otthonokban élők több mint kétharmada demensnek számított.

2018-ban az ápolási otthonokban élők 21%-át negyedévente átlagosan legalább egy alkalommal kórházban kezelték. Minden negyedik kórházi eset (26%) ápolásra szoruló személy volt. Kórházi tartózkodásuk időtartama (kilenc nap) majdnem kétszer annyi volt, mint az ápolásra nem szorulóké (öt nap). Az ápolási otthonokban élő (60 év fölötti) személyek kórházi kezelésének leggyakoribb indikációi: kardiovaszkuláris betegségek, kiszáradás, tüdőgyulladás és combnyaktörés.

Az ápolási otthonokban élő személyek hospitalizációjára leggyakrabban a teljes mértékű bentlakásos tartós ápolás kezdeti időszakában, ill. valamivel haláluk előtt kerül sor. A hospitalizációk rátája az utolsó életévben meredeken növekedik: ebben az időszakban az ápolási otthonokban élők 74,3%-a legalább egy alkalommal kórházba kerül.

14. 3. Fókusz: Az ápolásban otthonokban élők elesés miatti hospitalizációja

14. 3. 1. Az elesés és az elesés kockázatát fokozó gyógyszeres kezelés az ápolási otthonokban

Az ápolási otthonokban egy-egy ápolásra szoruló személyre évente több mint két elesés jut. Egy aktuális szisztematikus vizsgálat szerint az időskorúak körében a csípőközeli törés kockázata kétszer akkora, mint azoknál, akik nem szorulnak ápolásra. A személyhez kötődő kockázatok (pl. kognitív korlátozottság) és környezeti veszélyforrások (pl. botlást okozó akadályok) mellett bizonyított, hogy bizonyos gyógyszerek (ún. *fall-risk-increasing drugs* – *FRIDs*) is növelik az elesés kockázatát. Ezek közé tartoznak az antidepresszánsok és az antipszichotikumok. A kutatások jelenlegi állása szerint a hipnotikumok/szedatívumok, benzodiazepinek, opioidok és antepileptikumok is növelik az elesés kockázatát. A ***Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)*** szerint a többszörös gyógyszerelés is kockázati tényezőnek tekintendő.

15. A kórházi személyzet fluktuációja

15. 3. Eredmények

2014 és 2016 között nagyjából minden harmadik (32%) társadalombiztosításra köteles munkaviszony kezdetét vette vagy befejeződött. Ez az érték megerősíti az *Institut der deutschen Wirtschaft Köln* (2016) ugyanezen időszakban mért eredményeit. A személyzet fluktuációja a szolgáltatási szektorban (36%) valamivel magasabb volt mint a gazdaság egészében. Ezzel szemben a személyzet fluktuációja az egészségügyben, mint a szolgáltatási szektor egyik szegmensében, jóval alacsonyabb. Az egészségügyben minden negyedik társadalombiztosításra köteles munkaviszony kezdetét vette vagy befejeződött. Ha pedig csak a kórházügyi piacot tekintjük, a váltások gyakorisága még

alacsonyabb (17%). A kórházi személyzet fluktuációja tehát jóval alacsonyabb mint más ágazatokban.

A *Wido* adatai lehetővé teszik a fluktuáció időbeli alakulásának követését. A társadalombiztosításra köteles foglalkoztatottak száma Németországban egy évtized leforgása alatt 16%-kal növekedett. Ez a növekedés a 2008/2009-es pénzügyi és gazdasági válságot követő fellendülést és a tömeges munkanélküliség meghaladását tükrözi. Érdekes módon a foglalkoztatás fellendülése a német kórházaknál éppen olyan magas volt mint a gazdaság egészében (13%-kal több társadalombiztosításra köteles munkaviszony). A társadalombiztosításra köteles munkaviszonyban foglalkoztatott orvosok száma 34%-kal, az ápolószemélyzeté 11%-kal növekedett. A személyzet fluktuációja egészen más képet mutat: Miközben a fluktuáció rátája a gazdaság egészében alig változott (enyhe, egy százalékos csökkenés), a kórházi személyzet körében a munkahelyváltás 9%-kal növekedett. Annak ellenére, hogy a foglalkoztatás fellendítése a kórházaknál a gazdaság egészével összehasonlítható volt, a munkahelyi fluktuáció a kórházaknál az elmúlt években jelentősen megnövekedett.

A munkaerő fluktuációjának okai: Az okok között első helyen az ápolószemélyzet helyzetének kieléződése áll. Az adatokból azonban az derül ki, hogy a fluktuáció az orvosi személyzetnél magasabb mint az ápolóknál. Nagyjából minden negyedik társadalombiztosításra köteles jogviszonyban működő orvos évente vált munkahelyet. Ehhez feltehetően hozzájárulnak a segédorvosok foglalkoztatási viszonyának kezdete és lezárása, az adatokból azonban egyelőre nem lehet végleges következtetéseket levonni. Az ápolószemélyzet körében nagyjából minden hatodik személy vált évente állást. Mindenesetre feltűnő, hogy a fluktuáció rátája a két foglalkozási csoportnál ellentétes irányban mozog. Az orvosi személyzet fluktuációja a gazdaság egészének trendje mentén csökken. Az ápolás területén viszont a felbontott vagy megkötött társadalombiztosításra köteles foglalkoztatási viszonyok száma ugyanezen időszakban 100 társadalombiztosításra köteles foglalkoztatottra 14-ről 17-re növekedett, ami 19%-os viszonylagos növekedésnek felel meg. A kórházi személyzet megfigyelhető fluktuációja tehát teljes mértékben az ápolószemélyzetnek tulajdonítható. A kórházi személyzet további csoportjaira, a funkcionális szolgálatra, az orvostechnikai és igazgatási személyzetre

vonatkozóan különösebb megállapításokra nincs lehetőség, mivel ezeket a területeket az elmúlt évtizedekben a tevékenységek erőteljes kiszervezése jellemezte. A kórházak személyi és dologi költségeihez viszonyítva a kiszervezés aránya 2010 és 2017 között 3,9%-ról 5,1%-ra növekedett.

Aktuális kapcsolódó:

A szövetségi kormány válasza (19/32364) a *Die Linke* parlamenti interpellációjára a kórházak számára vonatkozóan: A Szövetségi Statisztikai Hivatal adatai szerint 2019-ben 1.914 kórház működött, amelyek közül 1.576 általános, 338 egyéb kórház volt. 545 intézmény állami, 724 privát fenntartóval rendelkezett. Jóllehet a privát kórházak voltak többségben, az állami kórházak több ágygal (235.767 vs. 95.601) és magasabb létszámú személyzettel (655.001 vs. 186.057) rendelkeztek.

A helyzet 1991. óta sokat változott. Akkoriban azonban a Szövetségi Statisztikai Hivatal csak az általános kórházakról végzett adatgyűjtést. 1991-ben 996 állami kórház működött, amelyek 367.198 ágygal és 614.250 alkalmazottal rendelkeztek. Ezzel szemben a 330 privát kórház 24.002 ágygal és 29.172 alkalmazottal rendelkezett. 1991-ben tehát a kórházak 14,8%-a, 2019-ben 37,8%-a működött privát fenntartásban. Az állami intézmények száma 46%-ról 28,5%-ra csökkent. A közhasznú társaságként működő kórházak aránya 39,1%-ról 33,7%-ra csökkent.

[<https://dserver.bundestag.de/btd/19/323/1932364.pdf>]

[*Lásd még: Az orvosok statisztikája Németországban – Ärztestatistik; A szövetségi kormány válasza az AfD interpellációjára a kórházak számára vonatkozóan, 2021. 17. sz.*]

16. A pandémia hatása a kórházi szolgáltatásokra 2020-ban

Kórházfinanszírozás a pandémia idején

A gazdasági nehézségek áthidalása érdekében a kezelési kapacitások felszabadítása fejében a kórházak pénzügyi kompenzációban részesültek. Kezdetben minden kórház számára minden szabadon tartott ágyért naponta 560 EUR járt. Ezt később módosították és az ellátási terület, szolgáltatás típusa (teljeskörű, részben fekvőbeteg) és méret (különböző casemix-osztályok) szerint differenciálták. November közepe óta a lokális fertőzöttség és a szabad

intenzív kapacitások függvényében csak bizonyos kórházakat köteleznek kezelési kapacitások felszabadítására. A kórházakat kezdettől fogva bevonták a kiterjesztett sürgősségi ellátásba. Év végén minden kórház jogosult egy éves zárókompenzációra, amely kiegyenlíti a pandémia okozta bevételkieséseket.

A fekvőbeteg ellátási folyamatok átalakulása

A pandémia erőteljesen megváltoztatta az ellátási folyamatokat. 2020-ban az előző évhez viszonyítva a fekvőbeteg felvételek száma jelentősen csökkent, mégpedig a pandémia első hulláma idején (március-május) erőteljesebben mint a második hullámban (október-december). Ez a szolgáltatási spektrumnak a súlyosabb esetek irányában való eltolódását eredményezte. A csökkenés műtéti beavatkozásoknál alacsonyabb volt mint más szolgáltatásoknál. Az esetszám kiválasztott sürgős eseteknél is alacsonyabb volt. Végül a csökkenés a többnyire halasztható kezeléseknél még erőteljesebb volt, amelyeknél a nyári hónapokban nem jelentkeztek utólagos effektusok. A COVID-19 súlyosságát a magas halálozási ráta, a hosszú ápolási idő és lélegeztetési idő bizonyítja.

Kórházpolitikai krónika

A 2020-as év egészségpolitikai Agendája mindenki számára meglepő volt. Év elején még mindenki a digitalizáció és a minőségügy kirobbanó előretörésére számított. Az ország feszülten figyelte a kormánykoalíció belüli egészségpolitikai diskurzust is, miután Prof. Karl Lauterbach [*Személyéről lásd: 2021. 24. sz.*] hátralépett és átadta a frakcióvezetői teendőket Bärbel Bas betegpénztári üzemgazdásznak [*Személyéről lásd: 2021. 22. sz.*]. Ám az SPD egészségpolitikai arca továbbra is Lauterbach maradt, aki egyszerű képviselőként továbbépítette egészségpolitikai befolyását és ismertségét. Jens Spahn szövetségi egészségügyi miniszter szerepjátéka is megváltozott: míg korábban „politikacsinálóként”, „havonta új törvénnyel állt elő”, válságmenedzserré nyergelt át.

A szakképzett ápolók hiányának csökkentése érdekében 2019 októberében létrejött az „egészségügyi és ápolási munkaerőügynökség” (*Deutsche Fachkräfteagentur für Gesundheits- und Pflegeberufe*), amely segít a munkaadóknak a munkaerőtoborzásban.

Az orvosokat és ápolókat érintő agresszió megfékezése érdekében Jens Spahn egészségügyi és Christine Lambrecht szövetségi igazságügyi miniszter 2019 decemberben megszigorította a kórházi dolgozók elleni erőszak miatti büntetéseket.

A végéhez közeledő választási ciklusban tipikus gyakorlattá vált, hogy csaknem minden törvénytervezethez egyéb kísérő szabályozások sokasága társult. Ilyen volt a „kórházak jövőjéről szóló törvény” (*Krankenhauszukunfts-gesetz – KHZG*), a kórházi dolgozókat megillető koronavírus-pótlékkal, a beteg gyermekek gondozásáért járó betegpénzzel, az ápolási otthonok és az ápoló hozzátartozók tehermentesítésével.

A szeptemberi szövetségi választási időszakot továbbra is a pandémia kihívásai fogják jellemezni. Ami jól előrelátható, hogy a szerződött orvosok, gyógyászati eszköz szolgáltatók, rehabilitációs intézetek és kórházak számára nyújtott védőernyő, valamint Jens Spahn igencsak költséges törvényalkotása megviseli majd a kötelező betegbiztosítás pénzügyi tartalékait. A 2021-ben előrelátható 16 milliárd EUR pénzügyi hiány csak a betegpénztárak tartalékainak megdézsmálásával, a kiegészítő járulék és az adókedvezmények emelésével egyenlíthető ki. A biztosítottak járulékterhelése meghaladta a politikailag még elfogadható 40%-ot.

[Lásd még: *Jelentés a kórházak helyzetéről Németországban – Krankenhaus-Report: 2006. 48. sz.; 2009. 17. sz., 2010. 11. sz., 2012. 6. sz.; 2014. 5. sz.; 2016. 8. sz.; 2018. 8-9. sz., 2019. 9., 11., 14., 17-18., 21. 2020. 1. sz.*]

***Jelentés az ápolási otthonok gazdasági helyzetéről Németországban –
Pflegeheim Rating Report 2022 – egységes szerkezetben***
RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung –
Institute for Healthcare Business GmbH (hcb) – Evangelische Bank eG –
Curacon GmbH, a Terranus GmbH támogatásával
RWI Pressemitteilung vom 29. 11. 2021

Forrás Internet-helye: <https://www.rwi-essen.de/presse/mitteilung/462/> ; [▷ Pflegeheim Rating Report 2022: Wirtschaftliche Lage deutscher Pflegeheime ist ... | Presseportal](#)

A „Pflegeheim Rating Report 2022“ a 2014 és 2019 közötti időszakban készült 427 éves zárójelentésen alapul. Ezek 2.113 ápolási otthonra és az ápolási piac 14%-ára terjednek ki. Az ápolási otthonok gazdasági helyzete 2016. óta folyamatosan rosszabbodott. Kerek 20%-uk volt a „vörös tartományban”, amelyet a fizetéseképtelenség fokozott kockázata jellemez, jó 26%-uk pedig éves veszteséget könyvelt el. Folytatódott az ambulanzizáció és a privatizáció trendje, a munkaerőhiány növekedett. 2030-ig a lakosság előregedése miatt Németországban az ápolásra szoruló személyek száma elérheti a 4,9 milliót, ami 2019-hez viszonyítva 20%-os növekedésnek felel meg. Ezzel összefüggésben fokozódik az ápolószemélyzet és a tőke iránti igény.

A legfontosabbak dióhéjban

A status quo

- Az ápolási otthonok gazdasági helyzete 2016. óta folyamatosan rosszabbodott, ami az otthonokra nehezedő fokozódó költségnyomásnak tulajdonítható. 2019-ben 20%-uk a fizetéseképtelenség megemelkedett kockázatát jelentő „vörös tartományban”, 38%-uk, a csekély fizetéseképtelenségi kockázatot jelentő „zöld tartományban”, 42%-uk a „sárga tartományban” volt. Az otthonok fizetéseképtelenné válásának átlagos valószínűsége 2%-kal magasabb volt mint a kórházaké. A bevételek helyzete is rosszabbodott: 2016-ban az ápolási otthonok 10%-a veszteséggel zárta az évet, 2019-ben ez az arány már 26,5% volt.***

- ***Az ambuláns és bentlakásos ápolási intézmények piaci volumene 2019-ben 60 milliárd EUR-t tett ki.*** Az egészségpiac egyéb szegmenseihez képest az ápolási piac növekedett a legerőteljesebben. A teljes egészségpiacon való részesedése 1997 és 2019 között 9,8%-ról 14,7%-ra növekedett. Jelentősége tekintetében az ápolás a kórházak után a második helyen áll.
- ***Az ambuláns ellátásban részesülő ápolásra szoruló aránya 1999 és 2019 között 20,6%-ról 25,4%-ra növekedett.*** Az ambulanzáció hosszútávú trendnek bizonyul, amely a pandémia és az ápolási otthonokba való felvételi stop miatt feltehetően felgyorsul. A bentlakásos intézményekben gondozottak száma azonban 2019-ben konstans maradt.
- ***A privatizáció trendje is folytatódik.*** 1999-ben még az ápolásra szoruló 25,4%-át, 2019-ben már 39,5%-át gondozták privát intézményben. A privát szolgáltatók aránya az ápolási szolgálatoknál 1999 és 2019 között 35,6%-ról 52,3%-ra növekedett. A privát fenntartású intézményeknél a rendelkezésre álló helyek száma 1999. óta 128%-kal növekedett. A privát fenntartású otthonok, elsősorban a nyugati tartományokban, költséghatékonyabban működnek, mint az állami és közhasznú társasági intézmények. Áraik, beleértve a beruházási költségeket, 7%-kal a nyugati tartományok átlaga alatt vannak. Ez a különbség a keleti tartományokban kevésbé kihangsúlyozott: a privát otthonok árai csak egy százalékkal maradnak el a keleti tartományok átlagától.
- ***Az ápolás területén továbbra is fennáll a munkaerőhiány.*** Az ambuláns és a bentlakásos intézményi ápolás területén 2019-ben 866.000 főt foglalkoztattak teljes munkaidőben, ezek közül 339.000 szakképzett ápoló volt. 1999 és 2019 között a létszámhoz 395.000 további teljes munkaidős ápoló adódott hozzá. Mivel a szükségletek nem biztosíthatók teljes mértékben a munkaerőpiacról, a szakképzett ápolók hiánya továbbra is fennmarad.

Kitekintés

- Az ápolási piac terjeszkedése továbbra is a lakosság elöregedésének tulajdonítható. Konstans ráták mellett 2030-ig az ápolásra szoruló számának 4,9 millióra, 2040-ig 5,8 millióra növekedésével számolhatunk. 2019-hez viszonyítva ez 20, ill. 35%-os növekedést jelentene. A status quo fennmaradása

esetén pedig 2040-ig a bentlakásos intézményi ápolás területén 322.000 további ápolási helyet eredményezne. Az ápolás további professzionalizálódása esetén a szükséglet magasabb lenne, az ambuláns ápolás felé mutató trend esetén csökkenne. A szükséges új és reinvesztíciók ennek megfelelően 81-125 milliárd EUR-t tennének ki.

- 2040-ig a jelenlegiekhez képest a bentlakásos intézményi ápolás területén 163.000-380.000, az ambuláns ápolás területén 97.000-183.000 további ápoló beállításával számolhatunk. Az ápolásra szorultság jelenlegi valószínűségének folytatódása mellett 2040-ig a jelenlegiekhez képest a bentlakásos intézményi és az ambuláns ápolás területén további 124.000-210.000 szakképzett ápolóra lesz szükség.
- Az ápolói hivatás vonzerejének fokozása érdekében emelni kell a béreket, bővíteni kell a részmunkaidősök heti munkaidejét, új részvevőket kell megnyerni az ápolóképzés számára. További lágy tényezők: pozitív vezetési klíma, A hivatás társadalmi megbecsülése, a családi élet és a hivatás gyakorlásának összeegyeztethetősége, kevesebb bürokrácia, nyitott karrier, felelőségek átruházása. Az idősápolás egyre inkább versenyhelyzetbe kerül a kórházakkal. 2019. óta megfigyelhető, hogy a kórházak elszívó hatást gyakorolnak.
- Annak érdekében, hogy a magasabb költségek ne sodorják fizetéképtelenségbe a szolgáltatókat, az ápolási szolgáltatások árai és az ápolásra szorulóknak terhei növekedni fognak. Az, hogy a járulékfizetők milyen mértékben terhelhetők még, az adózás és a szociális költségek általi összesített megterheléstől függ.
- A munkaerőhiány külföldi szakképzett ápolók foglalkoztatásával és a munkaidőt kímélő technika alkalmazásával enyhíthető. Ennek egyik lehetősége az innovatív technikának az asszisztált életvitel (*Ambient Assisted Living – AAL*) területén való alkalmazása.
- Az ápolási szektornak több tőkére, elsősorban privát tőkére van szüksége. Ez persze csak akkor érkezik meg, ha kockázatarányosan kamatozik. Ezért a politikának mérsékelnie kellene a beavatkozások gyakoriságát és bővítenie kellene a vállalkozók mozgásszabadságát. Az ápolási otthonok méreteire, valamint az egyágyas ágyak arányára vonatkozó előírások például teljesen

feleslegesek. Ennél fontosabb, hogy egymással ár- és minőségügyi versenyben álló, kellőképpen széles kínálattal rendelkező intézmények sokasága álljon rendelkezésre. Ennek érdekében körérthetővé kell tenni az ápolás minőségi paramétereit. Az ápolásra szorulóknak és hozzátartozóiknak így könnyebben kiválaszthatják a számukra legjobban megfelelő és megfizethető otthonot. Ha viszont a politika továbbra is restriktív gyakorlatot követ, fennáll a veszély, hogy szándékai nem találkoznak az ápolásra szorulóknak preferenciáival, vagy csak túl drága kínálatoknak biztosít lehetőséget.

- A szociális ápolásbiztosítás jelentősen növelte ugyan bevételeit, tőketartalékai azonban a jelenlegi állapot szerint csak 2035-ig elégségesek. Ezért hosszútávon mind a bevételi, mind a kiadási oldalon kiigazításokra lesz szükség. A bevételi oldalon célszerű intézkedésnek látszik az időskorúak keresőtevékenységben való részvételének további fokozása. A következő lépés a nyugdíjkorhatár dinamizálása lenne, amelynek segítségével a növekvő várható élettartam arányosan megoszlaná a keresőtevékenység és a nyugdíjas évek között. A kiadási oldalon el kellene laposítani a kiadások meredek növekedését. Ezt olyan intézkedések mozdíthatnák elő, mint az ápolásra szorultság megelőzése és csökkentése, a prevenció, a „rehabilitáció prioritása az ápolással szemben” elv érvényesítése, technikai asszisztencia rendszerek alkalmazása.

A tanulmány megrendelhető a medhochzwei-Verlag-nál (<https://www.medhochzwei-verlag.de/Shop/ProduktDetail/978-3-86216-835-4-pflegeheim-rating-report-2022>, ISBN 978-3-86216-835-4; 349 EUR). Az eBook (ISBN 978-3-86216-836-1; 299,99 EUR).

Dr. Ingo Kolodziej, ingo.kolodziej@rwi-essen.de, Tel.: 49-201/8149-252

Sabine Weiler (Kommunikation), sabine.weiler@rwi-essen.de,

Tel.: 49-201/ 8149-213

[Lásd még: Jelentés az ápolási otthonok gazdasági helyzetéről – Pflegeheim Rating Report (RWI), 2008. 8. sz., 2009. 31. sz.; 2011. 29. sz.; 2017. 33. sz.]

ELŐJEGYZÉSI LISTA

Globális egészségügy

- A demencia globális prevalenciájának előrejelzése 2050-ig a Global Burden of Disease 2019 adatai alapján
- A Lancet Commission on Diagnostics cikksorozata a diagnosztikumokhoz való hozzáférésről
- A világnépesség alakulása a halálozások és születések tükrében
- Globális jelentés az online-gyógyszertárakról

Koronavírus

- A brit NHS küzdelme a pandémiával
- Emlékeztető oltás és COVID-19 miatti halálozás
- Irányelvek az intenzív osztályok megterhelésének és a triázs megelőzéséről

Európai Unió

- Az európai egészségügyi adattér: egy új totális virtuális szervezet

OECD

- OECD Health at a Glance 2021

Szociális biztonsági rendszerek

- Változások a svájci társadalombiztosításban 2022-ben (CHSS)
- Folyamatok a szociális biztonsági rendszerekben Svájcban 2019-ben

Kórházügy

- Kórházbarométer 2021 – *Krankenhaus-Barometer 2021 (DKI)* (2-4. rész): 2. A gazdasági helyzet értékelése; A jövőbeli várakozások értékelése; 3. A pandémia kórházakra gyakorolt hatása; 4. Munkaerőhiány
- A Német Kórházigazgatók Szövetségének évkönyve – *VKD Praxisberichte 2021* (5-6. rész): 5. A rehabilitációs intézetek helyzete a pandémia idején ; 6. Új kórházi beruházások
- Panaszkezelés a németországi kórházakban 2018-ban (DKI)
- Svájci kórházstatisztika 2020

Ambuláns ellátás

- Kutatási jelentés. Betegellátás a szolgáltatások biztosításáért való felelősség és az ambuláns ellátás realitásának szorításában (DKI)
- A svájci lakosság preferenciái az ambuláns ellátás jövőjéről

Emberi erőforrás

- Felmérés a munkaerő helyzetéről az orvostechnika területén (DKI)

Egészségügyi rendszerek

- Jelentés a világ 11 országának egészségügyi rendszeréről – „*Mirror, Mirror 2021*”
- A 300 milliárd eurós kérdés – a német egészségügy kiadásainak prognózisa 2040-ig

Ápolás

- Pénzügyi befektetők az európai ápolási piacon (2-3. rész)
- Jelentés az ápolás helyzetéről – *Pflege-Report 2021 (WIdO)* (9-11. rész): 9. Az ápolásra szorultság helyzete Németországban; 10. Az ápolásra szorulóknak orvosi ellátása; 11. Az ápolásra szorulóknak gyógyszer- és gyógyászati ellátása
- Jelentés az ápolási otthonok gazdasági helyzetéről Németországban *Pflegeheim Rating Report 2022 (RWI)* (2. rész): Kitekintés
- Átmeneti struktúrák az időskorúak gondozására Svájcban 2021-ben

Orvosetika

- A *British Medical Association* határozata a halálba segítsérről
- Új-Zélandon legalizálták az asszisztált halálba segítséget
- Ausztriában legalizálták az asszisztált halálba segítséget

Cannabis

- A cannabis-fogyasztás helyzete Európában
- Cannabis-fogyasztás és öngyilkosság az Egyesült Államokban
- Máltán legalizálták a cannabis fogyasztását és termesztését

Alkohol

- Az alkoholfogyasztás statisztikája Európában. Minden tizenkettedik európai naponta fogyaszt alkoholt

Munkaegészségügy

- Munkahelyi balesetek és munkavégzéssel összefüggő megbetegedések Svájcban

Halálozás

- A halálokok statisztikája Svájcban 2019-ben – *Todesursachenstatistik 2019*
- A halálokok statisztikája Svájcban 2020-ban. A január és március közötti időszak előzetes eredményei. A koronavírus miatti halálesetek első értékelése

Gyógyszer

- Hogyan befolyásolja a gyógyszeripar az egészségügyi rendszert?
- Gyógyszerpiaci rövidhírek
- GEDISA – a Német Gyógyszerész Szövetség új digitális társasága
- A fájdalomcsillapítás buktatói. A Tramadol több halálesetet okoz mint a Codein

Népegészségügy

- *European Health Interview Survey (EHIS) 2019*
- *International Health Policy Survey 2019 (Commonwealth Fund)*
- A sporttevékenység szerepe az elesés megelőzésére az időskorúak körében
- Születéskor várható élettartam és egészségi állapot Svájcban
- Jelentés a születéskor várható élettartam alakulásáról az Egyesült Államokban
- Longitudinális kohorszvizsgálat a svéd lakosság egészségi állapotáról

Digitalizáció

- A Bundestag elfogadta a digitális ellátásokról szóló törvényt
- Digitalizáció az egészségügyben – *Continentale Study 2019*
- A digitális kórház (DKI)
- Az információtechnológiai biztonság a kórházakban (DKG)
- A személyi állomány és a digitalizáció helyzete a német kórházakban (*MLP Gesundheitsreport 2019*)
- Együttes döntéshozatal a digitalizáció alkalmazásáról az idősápolás területén (IAT)
- eHealth az ambuláns alapellátás területén Svájcban

Hivatásrend

- Jelentés az orvosnők és férfi orvosok esélyegyenlőségéről a német egészségügyben
- Katapultülésben a kórházigazgatók (DKI)
- Az egészségügyi személyzet helyzete Svájcban (Obsan Bericht 03/2021)
- Az autonómia hét tézise az egészségügyben

Minőségügy

- Ajánlások az egészségügyi regiszterek továbbfejlesztésére Svájcban

Településegészségügy

- *Health and the City*

Lelki egészség

- Jelentés a pszichoterápia helyzetéről Németországban 2021-ben –

Biztosítók pénzügyei

- A kötelező betegbiztosítás pénzügyi helyzete Németországban 2021 első negyedében
- A kötelező betegbiztosítás pénzügyi szükséglete 2025-ig

Táplálkozás

- Táplálkozáspolitikák Németországban: a *Food Environment Policy Index* (Food-EPI) értékelése
- Kohorszvizsgálatok a táplálkozásról

Szociálpolitika

- A szociális segélyek statisztikája Svájcban 2020-ban

Palliatív ellátás

- A demensek többsége nem hospiceban hal meg

Időskorúak

- Hatmillió időskorú egymagában él

Infotainment

- A James Bond-filmek az infektológia nézőpontjából

Orvostörténet

- A prominens beteg (3. rész): Fr. Chopin, George Gershwin, Vincent van Gogh, Ernest Hemingway, Frida Kahlo, George Orwell, Marcel Proust, John Wayne, Oscar Wilde, Sigmund Freud, Friedrich Nietzsche, Abraham Lincoln,

Personalia

- Burkhard Blienert, a német szövetségi kormány új kábítószerügyi megbízottja
- Claudia Moll, a német szövetségi kormány új ápolásügyi megbízottja
- Stefan Schwartze, a német szövetségi kormány új betegjogi megbízottja

Rövidhírek (aleatorikusan):

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