

Egészséggazdasági, egészségpolitikai és szociálpolitikai nemzetközi sajtószemle

2016. 12. sz.

- Ambuláns orvosi ellátás Németországban, Hollandiában és Svájcban (5. rész): Házi orvosok, várakozási idők, önrészek, költségek és igénybevétel
- Verseny az egészségügyben: Németország, Hollandia, Svájc (1. rész): Versenyterületek, versenyparaméterek
- Németország statisztikai évkönyve 2015: Egészségügy
- Egészséggazdaság. Tények & számok 2015
- Fritz Beske: A szociális rendszerek prognózisa
- Jelentés a szabadalmak helyzetéről 2015-ben

Melléklet:

- ***„Ambuláns orvosi ellátás Németországban, Hollandiában és Svájcban”*** egységes szerkezetben

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

**Verena Finkenstädt: Ambuláns orvosi ellátás
Németországban, Hollandiában és Svájcban (5. rész):
Háziorvosok, várakozási idők, önrészek, költségek és igénybevételek
Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP)
WIP-DISKUSSIONSPAPIER 3/2015, September 2015 (68 p.)**

Kulcsszavak: ambuláns ellátás, Németország, Hollandia, Svájc

Forrás Internet-helye:

<http://www.wip-pkv.de/publikationsbeitraege/studien-details/studien-ansicht/detail/studien-uid/151.html>

4. 2. Háziorvosi modellek és szabad orvosválasztás

Németország

Németországban a betegek a kötelező betegbiztosítás keretében szabadon választhatnak kezelőorvost (házi-, vagy szakorvost). Ennek feltétele, hogy az orvos részt vegyen a szerződött orvosi ellátásban, azaz rendelkezzen működési engedéllyel. A privát betegbiztosítás területén viszont a szabad orvosválasztásnak nincsenek korlátai, hacsak az individuális tarifátáblázat nem tartalmaz ettől eltérő eljárást.

A betegek közvetlenül (tehát háziorvosi beutaló nélkül) saját rendelővel rendelkező szakorvoshoz fordulhatnak. A szakorvoshoz való direkt hozzáférés a német egészségügyi rendszer jelentős ismérve. A Szövetségi Egészségügyi Minisztérium felfogása szerint azonban az első kapcsolódási pontot a háziorvos jelenti, aki a kezelés teljes folyamata során koordináló szerepet tölt be. A Társadalombiztosítási Törvénykönyv Ötödik Könyve (SGB V) explicit felszólítást tartalmaz a betegek részére a háziorvos megválasztására, másrészt a jogszabály szerint a betegpénztárak kötelesek „háziorsvosi központú ellátást (*hausarztzentrierte Versorgung – HzV*) felkínálni biztosítottaik részére. A háziorvosválasztás, ill. a „háziorsvosi központú ellátásban” való részvétel azonban önkéntes alapon történik. A betegpénztáraknak nem áll módjában előírni biztosítottaik számára a háziorvosválasztást. Németországban 2014 végén a kötelező betegbiztosítás tagjainak mindössze 5%-a vett részt „háziorsvosi központú ellátásban”.

Hollandia

Hollandiában minden biztosított rendelkezik háziorvosnál való regisztrációval. A háziorvos „kapuőr” szerepet tölt be az egészségügyi rendszerben, azaz egyedül dönt a szakorvosi vagy kórházi ellátásról. A speciális szakorvosi központokban való vizsgálathoz is háziorvosi beutalóra van szükség. Háziorvosi beutalóra csak fizio-/mozgásterapeutáknál, logopédusoknál, ergoterapeutáknál, podológusoknál, dietetikusoknál, dentálhigiénikusoknál és bőrgyógyászoknál nincs szükség. A beutalónak nincs lejárata, tehát mindaddig, amíg a beteg szakorvosi ellátásban részesül nincs szükség új beutalóra.

Svájc

A biztosítottak szabadon választhatnak az engedélyezett orvosok közül. A betegpénztárak azonban legfeljebb a biztosított lakó- vagy munkahelye szerinti tarifák mértékében vállalják a költségeket. Ha a beteg komolyabb indok nélkül lakóhelyétől távolabbi helyre utazik ambuláns kezelésre, ki kell fizetnie a kezelés helye és

lakóhelye közötti tarifakülönbséget. Ez azt jelenti, hogy a beteg komoly pénzügyi ösztönzésben részesül a lakóhely vagy a munkahely környezetén kívüli orvosok felkeresésének mellőzésére. Ez gyakorlatilag korlátozza a szabad orvosválasztást. Svájcban a háziorvosi vagy gyermekorvosi kezelések 90%-ára beutaló vagy előzetes vizsgálat nélkül kerül sor.

Állandó háziorvos választása nem kötelező. Németországtól eltérően a háziorvosi modellek már évek óta elfogadottak. A háziorvosi hálózat szabadfoglalkozású általános orvosok regionális összefogásában áll. A biztosítottak egy ilyen orvost választhatnak háziorvosnak és ezzel lemondanak a szabad orvosválasztásról. Ez azzal a kötelezettséggel jár, hogy első alkalommal mindig az adott háziorvost keresik fel. 2013-ban a svájci felnőtt lakosság több mint 34%-a vett részt háziorvosi modellekben.

4. 3. Várakozási idők, várólisták

Az OECD-országok különbözőképpen kezelik a várakozási idők kérdését. Egyes országokban transzparens várólistákat vezetnek, hivatalosan rögzítik a várakozási időket és nyilvánosságra hozzák az adatokat (pl. Hollandiában). Más országok vezetnek ugyan hivatalos várólistát, az adatokat viszont nem teszik közzé, az országok egy része pedig egyáltalán nem vezet várólistát és nem tesz közzé adatokat (pl. Németország és Svájc).

A helyzet értékeléséhez különböző lakossági felmérések hívhatók segítségül. A leggyakrabban idézett és az OECD egészségügyi statisztikája által is figyelembe vett felmérés a *Commonwealth Fund*-tól származik.

A 2013-ban készített felmérés az alapellátásra irányult. A megkérdezett németek 76%-a úgy válaszolt, hogy amikor legutóbb orvosi segítségre volt szüksége, már ugyanazon vagy a következő napon időpontot kapott az orvosnál. Németország ebben a tekintetben a résztvevő országok között az első helyre került. Hollandia 63%-kal a harmadik helyen állt. Arra a kérdésre, hogy: „Ha rendelési időben telefonon kérdéssel fordul orvosához, milyen gyakran kap még aznap visszajelzést?”, a németek 90%-a válaszolta, hogy mindig/gyakran. Ebben a tekintetben Németország első, Hollandia 84%-kal második, Svájc 82%-kal harmadik helyen állt.

A szakorvosi vizsgálatra való várakozási idők a három országban viszonylag rövidek. Svájc első helyen áll: a betegek 80%-ának négy hétnél rövidebb ideig kell várakozniuk. A hollandok 75%-ának, a németek 72%-ának kell négy hétnél rövidebb ideig várakoznia. Az eredmény tekintetében figyelembeveendő, hogy Hollandiában igen szigorú kapuőri rendszer működik, a háziorvosok kevesebb beteget küldenek szakorvoshoz. Németországban ellenben a betegek közvetlenül szakorvoshoz fordulhatnak, ennek tükrében pedig a németországi várakozási idők igen alacsonyaknak tekintendők.

4. 4. Önrészek

Németország

A kötelező betegbiztosítás keretében egyébként szokványos önrészeket háziorvosi vagy szakorvosi vizsgálat esetén nem kell befizetni. Mióta a negyedévenként 10 EUR összegű vizitdíjat 2013-ban megszüntették, a szolgáltatások térítésmentesek. A privát betegbiztosítás keretében a biztosítottaknak a tarifától függő önrészeket kell viselniük.

Hollandia

Hollandiában egy szolgáltatásoktól független kötelező önrész alkalmazására kerül sor. Ennek összege 2015-ben minden 18 év fölötti személy részére évente 375 EUR volt. A biztosítottaknak járulékmegtakarítás céljából lehetőségük van az önrész 10, 200, 300, 400 és maximum 500 EUR-ral való önkéntes emelésére. Az önrészfizetés nem terjed ki a háziorvosi ellátásra.

Svájc

Németországtól eltérően a betegek az egészségügyi szolgáltatások viszonylag nagy részét finanszírozzák saját zsebből. Az orvoslátogatások tekintetében nem áll fenn explicit fizetési kötelezettség, viszont létezik egy szolgáltatásoktól független hozzájárulás (franchise), amelyet százalékos önrészekkel kombinálnak. A franchise összege évente egyszer fizetendő 300 CHF (kb. 276 EUR). Díjmegtakarítás céljából ez önkéntesen 2.500 CHF-re (2.301 EUR) emelhető. Ha a franchise kimerül, a költségeket önrészekből kell kiegyenlíteni. Ez évente a maximum 700 CHF-ig (kb. 645 EUR) terjedő költségek 10%-át teszi ki. Az éves franchise (legalább 300 EUR) plusz önrész (maximum 700 EUR) felső határa tehát mintegy 1.000 CHF (kb. 921 EUR). A biztosítottnak tehát előbb 1.000 CHF-et kell kifizetnie, még mielőtt a betegbiztosító fizetne. A biztosított a franchise emelésével maximum 3.200 CHF-re (2.946 EUR) növelheti ezt az összeget.

Az ambuláns orvosi ellátáshoz való hozzáférés

	Németország	Hollandia	Svájc
100.000 lakosra jutó háziorvosok száma (2013)	64	41	73
A háziorvosok regionális megoszlása 100.000 lakosonként	60-70 (bázis: szövetségi tartományok)	40-44 (bázis: provinciák)	63-79 (bázis: nagyrégiók)
Szakorvoshoz való direkt hozzáférés	Igen (háziorvosi modell melletti döntés önkéntes)	Nem, háziorvosok kapuőri szerepe	Igen (háziorvosi modell melletti döntés önkéntes)
Szabad háziorvos- vagy szakorvos-választás	Igen	Igen	Igen
Önrész a házi-orvosnál	Nincs	Nincs	Franchise: évente 300 CHF; 10% költség hozzájárulás; franchise 700 CHF-ig túlléphető
Önrész a szak-orvosnál	Nincs	Évente 375 EUR költség hozzájárulás	lásd fent

5. Az ambuláns orvosi ellátás költségei és igénybevétele

Az ambuláns ellátás költségeire vonatkozó adatok az Eurostat adatbankjából származnak. Az árszínvonal figyelembevételével az ambuláns ellátásra fordított egy főre eső költségek Svájcban 736 EUR-t (vásárlóerő standard) tesznek ki, 30%-kal magasabbak, mint Németországban (569 EUR; vásárlóerő standard). Az egy főre eső kiadások Hollandiában 304 EUR-t tesznek ki, 47%-kal alacsonyabbak, mint Svájcban. Figyelembeveendő, hogy az egészségügyi kiadások az életkortól függnének, márpedig az Eurostat statisztikája nem tartalmaz életkor szerinti standardizálást. A svájci és a holland lakosság fiatalabb a németországinál. Feltételezve, hogy az egészségügyi kiadások Svájcban és Hollandiában magasabbak lennének, e két ország lakossági profilja a németországinak felelne meg. Ily módon a svájci egészségügyi kiadások a németországihoz viszonyítva tendenciálisan megnövekednének, a hollandiai kiadások viszont a németországiakhoz képest csökkennének.

2012-ben az ambuláns praxisokban és központokban nyújtott orvosi kezelésekre Svájcban az egészségügyi összkiadások 17,3%-a, Németországban 16,1%-a, Hollandiában 8,0%-a jutott. Az alacsony hollandiai arány és az alacsony kiadások két tényezőnek tulajdoníthatók: Az ambuláns orvosi ellátásra fordított kiadások nem tartalmazzák a szakorvosokra fordított kiadásokat, mivel ezek az orvosok csaknem kizárólagosan kórházakban dolgoznak. Másrészt a statisztika nem tartalmazza a nem orvosi képzettségű egészségügyi személyzetre fordított kiadásokat. A viszonylag magas svájci kiadásoknál pedig figyelembeveendő, hogy az összeg a magas privát önrészeket is tartalmazza.

Az orvos-beteg-kontaktusok száma 2012-ben: Németországban 10, Hollandiában 6, Svájcban 4. Egyértelmű, hogy a németek járnak leggyakrabban orvoshoz. Az orvos-beteg-kontaktusok magas számát a Barmer GEK évente megjelenő *Arztreport*-ja is megerősíti. A szerzők extrapolációja szerint az orvos-beteg-kontaktusok száma 2013-ban 14,3 volt, bár e magas érték tekintetében is jelentős alulbecsléssel számolnak.

Költségek és igénybevétel

	<i>Németország</i>	<i>Hollandia</i>	<i>Svájc</i>
<i>Ambuláns orvosi szolgáltatásokra fordított egy főre eső kiadások (2012)</i>	569 EUR (vásárlóerő standard)	304 EUR) (vásárlóerő standard)	736 EUR (vásárlóerő standard)
<i>Ambuláns orvosi szolgáltatásokra fordított kiadások egészségügyi összkiadásokhoz viszonyított aránya (2012)</i>	16,1%	8,0%	17,3%
<i>Orvos-beteg-kontaktusok (2012)</i>	9,7	6,2	3,9

***Timo Blenk et al: A verseny szerepe az egészségügyben:
Németország, Hollandia és Svájc tapasztalatai (1. rész):
Versenyterületek és versenyparaméterek***

Friedrich-Ebert-Stiftung
WISO Diskurs, 01/2016 (36 p.)

Kulcsszavak: egészségügy, verseny, Németország, Hollandia, Svájc

Forrás Internet-helye: <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/12172.pdf>

3. Verseny a szolidáris egészségügyi rendszerben (5-10. p.)

3. 3. Versenyterületek

Kezelési piac / ellátási piac:

A kezelési piacon számos szolgáltató verseng a betegek kegyeiért. Ennek előfeltétele a szolgáltató szabad megválasztása (szabad orvos- vagy kórházválasztás). A honoráriumok nem a költségvetéstől, hanem az esetszámtól és a minőségtől függnnek. A fogyasztói szuverenitás erősítése és az információs aszimmetriák megszüntetése érdekében legalábbis a tervezhető orvosi beavatkozások tekintetében megfelelő intézkedéseket kell hozni a piaci transzparencia javítása tekintetében. Lehetővé kell tenni a betegek számára, hogy megfelelő minőségi összehasonlításokat tudjanak végezni (mint pl. az Egészségügyi Minőség és Transzparencia Intézete, egészségügyi TÜV, internetes rangsorok).

A saját rendelővel rendelkező orvos, mint egyéni vállalkozó mellett további jogi formák jelennek meg, amelyek lehetővé teszik az irányított betegellátást, mint az ún. managed-care-modellek [*gatekeeping*, *Health Maintenance Organizations (HMO)*, *Preferred Provider Organizations (PPO)*], hálózatok és egészségügyi ellátási központok (*Medizinische Versorgungszentren – MVZ*).

A várakozások szerint a minőségügyi verseny kerül előtérbe, az árverseny pedig mellékessé válik, mivel a szolgáltatásban részesülő személy rendszerint nem a költségviselő.

Szolgáltatási piac / szerződések piaca:

Amennyiben a verseny perspektívája nem elsődlegesen az árra (kiegészítő járulékkulcs), hanem elsősorban a minőségre fókuszál, jelenleg a szolgáltatási piac jelenti a legnagyobb versenypotenciált. A szolgáltatások és a szerződések piacán különböző szolgáltatók, orvosok, fogorvosok, pszicho- és fizioterapeuták, kórházak, gyógyászati és segédeszköz szolgáltatók állnak versenyben, ill. ezek szövetségei a betegpénztárakkal való szerződésekért. Ezek számára nem áll fenn szerződéskötés kötelezettsége. Ezzel szemben a szelektív szerződéskötés lehetővé teszi a betegpénztárak számára, hogy mindig a legjobb szolgáltatóval kössenek szerződést, teljesítés hiányában vagy hibás teljesítés esetén pedig megváljanak szerződéses partnerüktől. A közös önkormányzat keretében csoportos alku keretében kötött kollektív szerződések helyébe szelektív szerződések lépnek. A teljes területet lefedő ellátás felelőssége a rájuk ruházott ellátási kötelezettség alapján a betegpénztárakra

hárul. A következetes versenypiaci felügyelet a versenyjog adekvát alkalmazásával kontrollálni, ill. korlátozni tudja a magas taglétszámmal rendelkező betegpénztárak túlhatalmát. A verseny tárgya a kialakult árak mellett elsősorban az egészségügyi szolgáltatások minősége. A biztosítási piacnak a szolgáltatási piac irányába történő perspektívaváltása tendenciálisan a „minőségügyi versenyt” ösztönzi. Ám nem kizárt, hogy a csekélyebb piaci részesedéssel rendelkező kisebb szolgáltatók destruktív konkurenciát folytatnak.

Biztosítási piac:

A biztosítási piacon a megbízottak a biztosítottakkal való szerződéskötésekért versenyeznek. A németországi duális megbízottrendszer keretében ez egyrészt a kötelező betegpénztárak egymás közötti, másrészt a privát és kötelező betegpénztárak, illetve kizárólag a privát betegpénztárak közötti versenyt jelentheti. Ez utóbbi azonban az időskori megbízottasra való megtakarítások hordozhatóságának (*Portabilität von Altersrückstellungen*) bonyolultsága miatt csak korlátozottan mehet végbe. Ezen a területen az árverseny és alternatív ellátási modellek alkalmazásával folytatott verseny is elképzelhető.

Németországban e verseny bevezetésére a szabad pénztárválasztás bevezetésével került sor. A szerződéskötési kötelezettség és a diszkrimináció megszüntetésének kell megakadályoznia, hogy a verseny a „jó” kockázatok bevonására korlátozódjék. Annak érdekében, hogy a járulék mértéke a betegpénztárak közötti hatékonyságkülönbséget és ne a kockázati struktúrát tükrözze, egy egyre differenciáltabb strukturális kockázatkiegyenlítés bevezetésére került sor. A szolgáltatási katalógust nem törvény, hanem a Közös Szövetségi Bizottság szabályozza. A kötelező megbízottas területén versenyre jelenleg a szolgáltatások minősége közötti különbség és a kiegészítő járulékok mértéke tekintetében kerül sor. Az árversenyen kívül a betegpénztárak közötti verseny élénkítésére alkalmas lenne még különböző ellátási kínálatok minimális biztosítási volumenek melletti konkurenciája, amelynek során a súlypont az árversenyről a minőségügyi versenyre helyeződne át. Ám ez a biztosítási piactól a szolgáltatási piac felé történő eltolódást feltételezné.

3. 4. Versenyparaméterek

Ha búcsút intünk a homogén javakért folytatott kizárólagos árverseny neoklasszikus modelljének, ez a kiegészítő járulék mértékének a mindenkori betegpénztár általi autonóm meghatározása mellett, további versenyparaméterek megjelenését feltételezi a betegpénztárak és szolgáltatók részére. Csak ez tenné lehetővé, hogy a kiegészítő járulékokat stabilizáló árverseny mellett a legjobb ár-szolgáltatás-viszony is kibontakozhasson. A szolgáltatási kínálat szelektív szerződések opciója általi differenciálódása egy „valóságos” innovációs és minőségügyi versenyt bontakoztatna ki, amely nem merül ki a banális marketingfogások vagy kétes értékű önkéntes kiegészítő szolgáltatások területén. A betegpénztárak és szolgáltatók által felkínált szolgáltatások mellett elképzelhetőek lennének különböző minőségi szintek és disztribúciós csatornák, valamint különböző managed-care- modellek (házi- orvosi modellek, gatekeeping, HMO, PPO etc.).

Németország statisztikai évkönyve 2015
Statistisches Jahrbuch. Deutschland und Internationales 2015
Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, Oktober 2015 (693 p.)

Kulcsszavak: egészségügy, statisztika, Németország

Forrás Internet-helye: <http://tinyurl.com/n99q7dz> ;
https://www.destatis.de/DE/Publikationen/StatistischesJahrbuch/StatistischesJahrbuch2015.pdf;jsessionid=6048A51619357CBB51E0109158AFAE5E.cae3?__blob=publicationFile

4. Egészségügy (144-150. p.)

Táblázatok: 117-143. p.

Metodika: 143-146. p.

Glosszárium: 147-148. p.

További információk: 149-150. p.

Kórházak, megelőző és rehabilitációs intézmények

A kórházstatisztika összeállítására 1991. óta, a kórházstatisztikáról szóló rendelet (*Krankenhausstatistik-Verordnung*) alapján kerül sor. Az adatgyűjtés három területre tagolódik: A kórházak, valamint megelőző és rehabilitációs intézmények **alapvető adatai** a dologi és személyügyi ellátottságra, a betegmozgásokra és a szervezeti egységekre (osztályokra) vonatkozó információkra, a **diagnózisokra vonatkozó adatok** a több mint 100 ágygal rendelkező kórházakban, valamint megelőzős és rehabilitációs intézményekben kezelt megbetegedések természetére, kiválasztott szocio-demográfiai ismérvekre (életkor, nem, lakóhely) terjednek ki. A **költségadatok** lényegében a személyi és dologi kiadásokat tartalmazzák.

Az adatszolgáltatás formátumát xml-megállapodások rögzítik. A kórházak biztonságos online hozzáféréssel továbbíthatják az adatokat a Tartományi Statisztikai Hivatalok részére.

Diagnózisok, műtétek, eljárások:

A diagnózisokra vonatkozó adatokat 2005. óta az esetátalányok alapján készített kórházstatisztika (**DRG-statisztika**) egészíti ki. A statisztika minden kórházra kiterjed, amely szolgáltatásait a DRG térítési rendszer szerint számolja el. A DRG-statisztika összeállítására évente kerül sor. Az adatok összegyűjtésére nem az illetékes szövetségi statisztikai hivatal, vagy tartományi hivatalok, hanem a Kórházi Térítések Intézete (*Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus – InEK*) hatáskörében kerül sor. A DRG-statisztika adatai a kórházak által az InEK-intézet részére az elszámolás céljából megküldött adatállományból származnak. Ezeket aztán ismét csak a Szövetségi Statisztikai Hivatal rendelkezésére bocsátják (**másodlagos statisztika**).

Ápolásra szoruló személyek, ápolási intézmények, személyzet

Az **ápolási statisztika** összeállítására 1999. óta a Társadalombiztosítási Törvénykönyv Tizenegyedik Könyve (*Sozialgesetzbuch – SGB XI*), valamint az ápolási statisztikáról szóló rendelet (*Pflegestatistik-Verordnung*) alapján két évente kerül sor. A statisztika két felmérést tartalmaz: Egyrészt a tartományi statisztikai hivatalok körkérdésben fordulnak az ambuláns és bentlakásos ápolási intézményekhez, másrészt az ápolási pénztárak ernyőszervezetei, valamint a privát betegbiztosítók információkat szolgáltatnak a pénzbeli ápolási ellátást igénybevevőkről, tehát a többnyire hozzátartozóik által gondozottakról.

Az ápolásra szorulóknak létszámának összesítésére az ápolási intézmények statisztikái, valamint a pénzbeli ápolási ellátást igénybevevők statisztikái alapján kerül sor. Az ilyenformán nyert 2,63 milliós létszám megfelel a szociális és a privát ápolásbiztosítás keretében megállapított adatoknak. Részletes ápolási statisztika összeállítására legutóbb 2009-ben került sor (*Pflegestatistik 2009*) [Ezzel kapcsolatban lásd: Heiko Pfaff: *Az ápolás statisztikája Németországban 2009-ben – Pflegestatistik 2009*, 2011. 19. sz.]

Egészségügyi kérdések a mikrocenzus keretében

A mikrocenzus keretében feltett egészségügyi kérdések a dohányzásra, valamint a testméretre és testsúlyra vonatkoznak. A felmérésre a mikrocenzust kiegészítő megkérdezésként rendszerint négy évente kerül sor, legutóbb 2013-ban. Ezt megelőzően 2009-ben, 2005-ben, 2003-ban és 1999-ben került sor kiegészítő megkérdezésre.

Terhességmegszakítások

A terhességmegszakítások statisztikájának összeállítására negyed évente, a terhességgel összefüggő konfliktusok megelőzéséről és kezeléséről szóló törvény (*Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten*) alapján kerül sor. Adatközlésre kötelezettek a terhességmegszakításokban közreműködő praxisok és kórházak.

Halálozások

A **halálokok statisztikájának** összeállítására a lakossági statisztikáról szóló törvény (*Gesetz über die Statistik der Bevölkerungsbewegung und die Fortschreibung des Bevölkerungsstandes*) alapján kerül sor. Ennek eredményei cselekvési ajánlások és stratégiák kidolgozására szolgálnak, egyebek között az egészségpolitika és az epidemiológiai kutatás számára. Lényegében arról van szó, hogy melyek azok a prevenciós és orvosi-gyógyító eljárások, amelyek segítségével növelhető a születéskor várható életkor és az életminőség.

Kiadások és személyzet az egészségügyben

Az ***egészségügyi kiadások és az egészségügyi személyzet statisztikája*** tartalmilag összefonódik. Módszertanilag mindkét statisztika az OECD „*System of Health Accounts*“ c. dokumentumán alapul. Eszerint az egészségügyhöz tartozik minden olyan intézmény és személy amely/aki hozzájárul a lakosság egészségi állapotának fenntartásához, megőrzéséhez, fejlesztéséhez, helyreállításához. Ennek kulcsfontosságú tényezői az ambuláns és kórházi ellátás intézményei. A szociális és környezeti tevékenységek abban az esetben kerülnek be a statisztikai rendszerbe, ha azok elsődlegesen az egészségi problémák leküzdését vagy csillapítását, célozzák. De kimaradnak az időskorúak lakóotthonai, az fitnessztermek vagy reformházak.

Mindkét rendszer ***másodlagos statisztikának*** számít. Ez azt jelenti, hogy az egészségügyben már rendelkezésre álló adatforrások összefoglalása egy fölérendelt rendszerben valósul meg. Az elsődleges statisztikák értelmében ez nem tartalmaz önálló felméréseket.

Az ***egészségügyi kiadások mérlege*** szolgáltatástípusok, intézmények és fenntartók szerint foglalkozik az egészségügyi kiadások felmérésével. Az egészségügyi összkiadások mellett ez tájékoztató jelleggel kiterjed a kutatásra, képzésre, betegségek következményeinek elhárítására és jövedelmi szolgáltatásokra. Nemzetközi szinten az OECD koordinálja az eredmények összehasonlíthatóságát.

Az ***egészségügyi személyzet mérlege*** a minden év december 31-i állapot szerint tartalmazza az egészségügyben foglalkoztatottak létszámát és struktúráját. Az egészségügyi személyzet kimutatására intézmények, foglalkozások, a foglalkoztatás jellege, nem és életkor szerint kerül sor.

Az egészségügyi emberi erőforrások és az egészségügyi ellátásokra fordított kiadások felmérésének jogalapja: „Az Európai Parlament és a Tanács 1338/2008/EK rendelete (2008. december 16.) a népegészségre és a munkahelyi egészségre és biztonságra vonatkozó közösségi statisztikáról”.

***Egészséggazdaság. Tények & számok 2015 –
Gesundheitswirtschaft. Fakten und Zahlen 2015***

Bundesministerium für Wirtschaft und Energie, März 2016 (73 p.)

Kulcsszavak: egészséggazdaság, Németország

Forrás Internet-helye: www.bmwi.de

A nemzeti számlák európai rendszere felülvizsgálatának és az egészségügyi kiadások számláinak hatásai az egészséggazdaság összesített számlájára

A Szövetségi Statisztikai Hivatal 2014-ben átalakította a nemzeti számlák rendszerét. Ez jelentős hatást gyakorolt számos alapvető gazdasági mutatóra, többek között a GDP számítására, valamint az egészséggazdaság összesített számlájára. Ez az általános felülvizsgálat a nemzeti számlák európai rendszerének 2010-ben bevezetett átalakításán alapul (*European System of Accounts – ESA 2010*). Mindez az ENSZ által kezdeményezett, világszerte hatályos nemzeti számlák rendszeréhez kapcsolódik (*System of National Accounts – SNA 2008*). Az általános felülvizsgálat leglátványosabb eredménye a korábbi számítási módhoz (ESA 1995) viszonyítva, a német GDP 3%-os növekedése.

Bruttó hozzáadott érték

A statisztikai felülvizsgálat által a bruttó hozzáadott értékre gyakorolt hatás legjelentősebben a kutatási és fejlesztési teljesítmények ártérítelésében jelenik meg. Az ESA 1995 szerint ezeket előszolgáltatásként kezelték, amelyekre a termelési folyamat keretében kerül sor. A nemzeti számlák felülvizsgálatával a kutatás-fejlesztésre fordított költségek beruházásoknak tekintendők, így pedig a GDP számítása során új relevanciára tesznek szert.

Foglalkoztatottak

Az ESA 2010 szerint a foglalkoztatottak statisztikája is átalakul. Ennek keretében a fogyatékkal élők intézményeiben működő társadalombiztosításra kötelezett foglalkoztatottak köre szélesebb értelmezést nyer.

Külkereskedelem

A külkereskedelemnek az ESA 2010 keretében való koncepcionális újraértelmezése egyebek között a szolgáltatások exportjára és az áruexportra terjed ki. Miután az árumozgások során, pl. a külföldi feldolgozást célzó export és az ezt követő reimport nem jelent tényleges tulajdonosváltást, e mozgások tekintetében többé nem kerül sor az áru exportjának és importjának ilyenként való nyilvántartására. Erre csak tényleges feldolgozási szolgáltatás esetén kerül sor. Ennek következménye, hogy a volumen mind az áruexport, mind az import tekintetében jelentősen csökken.

Egészségügyi kiadások

A nemzeti számlák európai rendszerének felülvizsgálatától függetlenül, 2015-ben az egészségügyi kiadások számláinak átdolgozására is sor került. Ennek célja elsősorban az OECD egészségügyi számlák rendszerével („*System of Health Accounts*“) való kompatibilitás javítása volt. Ezenkívül átdolgozták a privát háztartások és nem nyereségorientált privát szervezetek mutatóinak számítási módszertanát. A számítási eljárás átalakítása a privát fenntartók szempontjából rendelkezik jelentőséggel.

Összegzés

A nemzeti számlák rendszerének felülvizsgálata által az egészséggazdaság összesített számláira gyakorolt direkt hatások elsősorban a kutatás magasfokú intenzitásából, különösképpen az ipari egészséggazdaságban folytatott kutatásokból eredeztethetők. A kutatás-fejlesztés értékelési eljárásának koncepcionális megváltoztatásából a bruttó hozzáadott érték jelentős növekedése adódik, amely az egészséggazdaságban végzett kutatás-fejlesztés magasfokú intenzitásával magyarázható. A szolgáltatásorientáltság és ezzel együtt az egészséggazdasági foglalkoztatás jelentősége folytán a felülvizsgálat ebben a tekintetben is jelentős elmozdulást eredményez a foglalkoztatás alakulása és szintje tekintetében. Hasonló érvényes az egészséggazdasági export mutatóinak vonatkozásában.

Mivel az egészséggazdaság külkereskedelmi tevékenységeinek jelentős része az ipari egészséggazdaság termelő szektoraiban (gyógyszeripar és

orvostechnika) jön létre, az ESA átalakítása ebben a tekintetben is jelentős elmozdulást eredményez.

A szélesebben értelmezett egészséggazdaságban a hozzáadott érték volumene és a foglalkoztatás abszolút és relatív növekedésére kerül sor. Ez elsősorban az egészséggazdasági kutatás-fejlesztéssel, valamint további intenzív kutatási területekkel függ össze, amelyek az ESA 2010 folytán a korábbi számítási módszerekhez viszonyítva magasabb növekedést produkálnak. Az e-health területén például további adatforrásoknak a kvantifikálásba történő bevonására került sor, ami ugyancsak e terület jelentőségének növekedéséhez vezet.

Az ipari egészséggazdaság definíciója

Az egészséggazdaság összesített számlája és az ennek keretében definált termékcsoportok alapján első alkalommal került sor az ipari egészséggazdaság részszegegenségének elhatárolására.

Az ipari egészséggazdaság elhatárolásának döntő kritériuma, hogy a hozzáadott érték termelésére mely ipari ágazatban kerül sor. Mivel a gazdaság ipari területein a termelés mellett a terjesztés, valamint a nagykereskedelem is jelentős tényezőnek számít, ez az ipari egészséggazdaság elhatárolása során is figyelembeveendő.

Eszerint az ipari egészséggazdaság egyrészt az egészség szempontjából releváns termékek termelése, másrészt e termékek terjesztése és nagykereskedelme tekintetében is elhatárolódik. Ennek eredményeként egy kétdimenziós hozzáadott érték mátrix keletkezik.

[Lásd még: Az egészséggazdaság helyzete Németországban 2000 és 2014 között, 2015. 22. sz.]

Fritz Beske: A szociális rendszerek prognózisa

Ärzte Zeitung online, 2016. május 2. 06:34

Kulcsszavak: nyugdíjpolitika, szociálpolitika, Németország

Forrás Internet-helye:

http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/article/910184/beske-sozialsysteme-brauchen-sozialprognose.html?cm_mmc=Newsletter-Newsletter-C-20160502-Politik+%26+Gesellschaft

Fritz Beske professzor az 1975-ben általa alapított *Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel* vezetője volt. „Legutolsó” könyvét 2015 decemberében mutatta be. [Lásd: *Fritz Beske professzor bemutatta új könyvét: „Az egészségügyi rendszer perspektívái 2060-ig”, 2015. 26. sz.*]

Itt egy milliárd, amott egy támogatás. Ám nem rendelkezünk áttekintéssel a szociális rendszerek jövőbeli költségeire vonatkozóan, jelzi Fritz Beske professzor, a német egészségügyi közgazdászok doyenje.

A szociális szektor minden egyes területe a maga útját járja és így leírása is külön történik. A "Welt am Sonntag" a közelmúltban cikket közölt a közeledő nyugdíjválságról és arra az eredményre jutott, hogy az ipari nemzetek időskori biztosítási rendszereinek finanszírozási hiánya rövidesen eléri a 70 milliárd EUR-t. [Forrás: Holger Zschäpitz: „Die Rentenkrise ist sicher, 27. 03. 2016. ; <http://www.welt.de/print/wams/finanzen/article153708583/Die-Rentenkrise-ist-sicher.html>]

A németországi helyzet tekintetében a cikk utal az egyre nagyobb létszámú nyugdíjas folyamatosan növekvő igényeire, miközben a járulékfizetők száma csökken és egyre inkább az állam erodálódó pénzügyi bázisához kell folyamodni. Jelenleg egy nyugdíjasra 2,7 befizető jut, ám számuk 2050-ig 1,5-re csökken.

A kötelező nyugdíjbiztosítás részére nyújtott szövetségi támogatás 2016-ban 86 milliárd EUR-t tett ki, ami 330 milliárd EUR szövetségi költségvetés mellett annak 30%-át teszi ki.

Az előrejelzések szerint a nyugdíjrendszer szövetségi támogatása 2020-ban eléri a 100 milliárd EUR-t, ami azt jelenti, hogy a jelenlegi nyugdíjszint fenntartása beavatkozások nélkül lehetetlenné válik.

Az időskori pénzügyi biztonság ismét politikai témává válik. A helyzet értékeléséhez szükségessé válik a szociális rendszer többi elemének áttekintése, amelyeket a lakosság elöregedése ugyancsak megérint.

A kötelező betegbiztosítás területén a kiegészítő járulék növekedése már elkezdődött. Mivel a lakosság előregedésével átlagon felül növekedik az egészségügyi szolgáltatások iránti igény, az orvostudomány vívmányai pedig sokba kerülnek, jelentősen magasabb pénzügyi szükséglettel kell számolnunk.

A munkavállalók és a munkaadók által paritásos alapon fizetett egykori járulékkulcs tekintetében 2050-ig 50%-os növekedésre számíthatunk. 2005-ben a szociális ápolásbiztosítás járulékkulcsa 1,7%, gyermektelenek esetén 1,95% volt. A szolgáltatások volumenének bővülése folytán a járulékkulcs 2015-ben 2,25%-ra, gyermektelenek esetén 2,60%-ra emelkedett. A járulékkulcs az ápolási reform keretében 2017-től további 0,2 százalékponttal emelkedik.

A szociális ápolásbiztosítás kiadásai Beske professzor számításai szerint csupán a 2007 és 2060 közötti demográfiai folyamatokkal összefüggésben 19,7-ről 41,6 milliárd EUR-ra növekednek. A kiadások a lakosság előregedésén kívül az új szolgáltatások és a bérnövekedés folytán is növekednek, így a kiadások 2060-ig több mint megduplázódnak.

A kiadások 2020-ig előreláthatóan 780 millió EUR-ra növekednek. Szövetségi szinten a szociális segélyek legnagyobb részét csaknem 50%-kal a fogyatékkal élők integrációjára fordított támogatások teszik ki, ezek finanszírozása tehát adóforrásokból történik. A szociális segélyek finanszírozására ugyancsak adóforrásokból kerül sor.

A Szövetségi Statisztikai Hivatal adatai szerint 2014-ben szociális segélyekre 29 milliárd EUR-t fordítottak. Ezen a területen eddig ez volt a legmagasabb összeg. Az átlagon felüli mértékben növekvő kiadási tételek: a fogyatékkal élők integrációja, időskori és csökkent keresőképeség miatti alapbiztosítás, valamint az ápoláshoz nyújtott segítség.

A kötelező nyugdíjbiztosítás, a kötelező betegbiztosítás, az ápolásbiztosítás, a fogyatékkal élők integrációja és a szociális segélyek rendszere nem külön-külön, hanem összességében és egyidejűleg tekintendő.

E szociális területek finanszírozása a biztosítottaknál, a munkaadóknál és az adófizetőknél összesül. Globális szemléletre, független szakértők által összeállított szociális prognózisra van szükség, amely előítéletek nélkül, az előrelátható valósághoz igazodik.

E szociális prognózisok hiányában a szociális rendszer összes területén tartózkodni kell a magas költségekkel járó szolgáltatásbővítésektől. A szociális rendszernek finanszírozhatónak kell maradnia. Ez pedig csak úgy sikerülhet, ha a realitások ismertekké válnak és ha a szociális rendszer minden területének továbbfejlesztése a realitásokhoz igazodik.

Jelentés a szabadalmak helyzetéről 2015-ben

Ärzte Zeitung online, 2016. március 7.

Kulcsszavak: orvostechika, szabadalmak, innováció, nemzetközi

Forrás Internet-helye: http://www.epo.org/about-us/annual-reports-statistics/annual-report/2015/statistics/patent-applications_de.html?tab=3

Az Európai Szabadalmi Hivatal jelentése szerint 2015-ben 160.000 szabadalom bejegyzésére került sor, legtöbbre az orvostechika területén.

Az elsősorban az Egyesült Államokból és Kínából bejelentett szabadalmak csúcsra járaták az innovációt. Az Európai Szabadalmi Hivatalnál (EPA) 2015-ben összesen 160.000 szabadalom bejegyzésére került sor, ami csaknem öt százalékkal több, mint előző évben volt.

A legtermékenyebb ágazat több mint 12.000 szabadalommal, az orvostechika volt, előző évhez viszonyítva ez tizenegy százalékos növekedést jelent. Így a 2013. óta tartó növekedési trend folytatódik. 2012-ben még a bejelentett orvostechikai szabadalmak száma 1,2%-kal csökkent.

Második helyen áll a digitális kommunikáció (10.762 bejelentés, +3,2%), amelyet a számítógépes technika követett (10.549, +7,8%).

A statisztika szerint a legtöbb bejelentés a Philips-től (712), a Johnson and Johnson-tól (497) és a Medtronic-től (411) származik.

Az európai sorrend: a bejelentések 12%-a Németországból, 6%-a Hollandiából, 4%-a Franciaországból származik.

Világviszonylatban első helyen az Egyesült Államok (42.692 bejelentés, +16,4%), második helyen az előző évihez viszonyítva három százalékos csökkenés ellenére Németország (24.820 bejelentés), harmadik helyen Japán állt. Az Egyesült Államokban a szabadalmi jog módosítása jelentős lökést adott az innovációnak.

Kulcsszavak: ambuláns ellátás, Németország, Hollandia, Svájc

Forrás Internet-helye:

<http://www.wip-pkv.de/publikationsbeitraege/studien-details/studien-ansicht/detail/studien-uid/151.html>

2. Az orvosi ellátás keretfeltételei (6-13. p.):

2. 1. Politikai rendszer, demográfiai viszonyok, gazdasági helyzet:

Mindhárom ország jogállami, pluralista demokratikus berendezkedéssel rendelkezik. Németország és Svájc föderális állam, Hollandia decentralis egységes állam. A 12 holland provincia csak igazgatási és végrehajtási feladatokat lát el. Ezzel szemben a 16 német szövetségi tartomány saját alkotmánnyal, kormánnyal, törvényhozási kompetenciákkal rendelkezik. A 26 svájci kanton hasonlóképpen. Svájcban azonban a föderális princípium kihangsúlyozottabb, a kantonok saját adóautonómiával rendelkeznek. A svájci rendszer sajátossága a direkt demokrácia, a népi kezdeményezések és referendumok jelentősége.

Az egy főre eső nominális GDP Svájcban 2014-ben 64.600 EUR volt, így Luxemburg és Norvégia után a harmadik legerősebb gazdasággal rendelkezett Európában. Hollandia a hetedik (39.300 EUR/fő), Németország a tizenkettedik (35.400 EUR/fő) helyen állt.

A lakosság átlagéletkora Németországban 45,6 év, Hollandiában és Svájcban 42 év. A 65 év fölötti lakosság aránya Németországban 21%, Hollandiában 17,3%, Svájcban 17,6%.

2. 2. Betegbiztosítási rendszer:

Mindhárom országban törvény szabályozza a betegbiztosítás kötelező megkötését. A betegbiztosítás teherviselői a különböző betegpénztárak, amelyek szabadon választhatók és versenyben állnak egymással. A szolgáltatások volumene ugyan eltérő, az alapellátást azonban mindhárom országban biztosítják. A német és a holland betegbiztosítás finanszírozása a biztosítottak és munkaadók jövedelemfüggő járulékaiból történik. Svájcban létezik egy jövedelemtől független fejkvóta, amelyet csak a biztosítottak fizetnek. Németország specifikuma a privát és kötelező betegbiztosításra tagolt duális rendszer. 2014-ben a privát betegbiztosítóknál biztosítottak összlakossághoz viszonyított aránya 11% volt. Hollandia és Svájc egészségügyi rendszere ezzel szemben a teljes lakosság számára egységes kollektív finanszírozási elveken alapul. A privát betegbiztosítás ott csak kiegészítő jelleggel működik, amelynek célja az állami egészségügyi rendszer keretében jelenlévő korlátozások (pl. fogászati kezelés) áthidalása.

Németország:

A kötelező betegbiztosítás szervezeti struktúráját, szolgáltatási kereteit és finanszírozását a Társadalombiztosítási Törvénykönyv Ötödik Könyve (*Sozialgesetzbuch – SGB V*) szabályozza. A kötelező betegbiztosítás fölötti illetékességet a szövetség, ill. a Szövetségi Egészségügyi Minisztérium gyakorolja. A szövetségi tartományok kompetenciája a kórházi ellátásokra és a népegészségügyi szolgálatra terjed ki. Az orvosi ellátás keretfeltételeit a törvényhozás szabályozza. Ennek részleteit az orvosok és a betegpénztárak közös önkormányzata dolgozza ki. Az önkormányzat legfontosabb szerve a Közös Szövetségi Bizottság (*Gemeinsamer Bundesausschuss – G-BA*), amelynek fő feladata az ellátás tartalmának irányelvek keretében történő meghatározása, valamint annak eldöntése, hogy a kötelező betegbiztosítás mely szolgáltatásokat finanszíroz.

A Társadalombiztosítási Törvénykönyv Ötödik Könyve a kötelező betegbiztosítás keretében a természetbeni ellátás elvének alkalmazását írja elő. Ez azt jelenti, hogy a biztosítottak anélkül részesülnek orvosi ellátásban, hogy ezért előzetesen fizetniük kellene. A szolgáltatók közvetlenül a betegpénztárakkal, ill. a Betegpénztári Orvosok Egyesületeivel számolnak el. Ettől eltérően a biztosítottaknak jogában áll a költségtérítés elvének alkalmazását kérelmezni betegpénztáruknál.

A privát betegbiztosítás szabályait a biztosítási szerződésekről szóló törvény (*Versicherungsvertragsgesetz – VVG*) és a biztosítási felügyeletről szóló törvény (*Versicherungsaufsichtsgesetz – VAG*) szabályozza. Mindezek mellett az általános üzleti feltételek és a privát betegbiztosítási társaságok általános biztosítási feltételei alkalmazandók.

A privát betegbiztosítás területén a kötelező betegbiztosítástól eltérően a költségtérítés elve alkalmazandó. Ez azt jelenti, hogy a szolgáltatók számláit a biztosítottaknak kell kifizetniük, amelyek visszatérítését saját privát biztosító társaságuknál kell kérelmezniük.

Hollandia:

Az egészségügyi ellátást a betegbiztosításról szóló törvény (*Zorgverzekeringswet – Zvw*) szabályozza. Az egyéb és rendkívüli kockázatok biztosítására nem az előbbi, hanem a különleges betegségköltségekről szóló általános törvény (*Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten – AWBZ*) keretében kerül sor. A betegbiztosítás keretfeltételeit, mint annak struktúrája és szervezete, Hollandiában is az állam határozza meg. Ebben a tekintetben a Népegészségügyi, Népjóléti és Sportügyi Minisztérium (*Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport – VWS*) illetékes. A szolgáltatási katalógus volumenét azonban ugyancsak maga az állam szabja meg.

Az alapsomag tartalma és volumene tekintetében az egészségügyi miniszter igénybe veszi a „*Zorginstituut Nederland*” tanácsadását. A végleges döntést azonban maga a miniszter hozza meg. A betegbiztosítók az elszámolás módozata gyanánt mind természetbeni ellátási szerződéseket (*naturapolis*), mind költségtérítéses szerződéseket (*restitutiepolis*) felkínálnak, de ezek kombinációjára is lehetőség nyílik (*combinatiepolis*). Az elszámolásra közvetlenül az orvos és a betegpénztár között kerül sor.

Svájc:

A svájci betegbiztosítás működését a betegbiztosításról szóló szövetségi törvény (*Bundesgesetz über die Krankenversicherung – KVG*) szabályozza. A szövetségi berendezkedés az egészségügy területén is tükröződik, a kantonális kormányok kulcsfontosságú szerepet töltenek be az egészségügyi szolgáltatások biztosítása és kifizetése tekintetében. Az egészségügy politikai irányítása és kontrollja tekintetében a felelősség megoszlik a kantonok és a szövetség között. A kantonális szinten hozott döntések csak csekély különbségeket eredményeztek a 26 kanton egészségügyi rendszerei között. A betegbiztosítás szolgáltatási csomagja azonban minden biztosított számára szövetségi szinten egységes. Az egészségügy területén a illetékes szerv az Államszövetségi Belügyminisztérium (*Eidgenössisches Departement des Innern – EDI*) keretében működő Szövetségi Egészségügyi Hivatal (*Bundesamt für Gesundheit – BAG*).

Az elszámolás alapvetően a költségtérítés (*tiers garant*) rendszerében történik, amely a betegbiztosításról szóló törvény keretében domináns rendszerként jelenik meg. A betegbiztosításról szóló törvény szerint az egészségügyi szolgáltatásokért járó orvosi honorárium kifizetése a betegre tartozik. Ezért a kezelést követően az orvos személyesen a betegnek küldi el a számlát, aki aztán elszámolja azt betegpénztárával. Amennyiben azonban a betegbiztosító a szerződésben direkt kifizetésben állapodott meg, az orvos közvetlenül a biztosító részére küldi a számlát, amely átutalja a követelt összeget (*tiers payant*). A svájci biztosítottaknak nincs választásuk az elszámolás módozatára vonatkozóan, mivel alapvetően a költségtérítés elve érvényesül, a természetbeni ellátásra vonatkozó döntést a szolgáltatók és a biztosítók egymás között hozzák meg.

A betegbiztosítási rendszerek jellemzői:

	<i>Németország</i>	<i>Hollandia</i>	<i>Svájc</i>
Betegbiztosítási kötelezettség	Igen	Igen	Igen
Betegbiztosítási rendszer hivatalos elnevezése	Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)	Zorgverzekering	Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)
Szubsztitútív privát betegbiztosítás	Igen, a lakosság 11%-a számára	Nincs	Nincs
Betegbiztosítással rendelkezők aránya	99,8%	99,8%	100%
Irányadó jogszabályok	Sozialgesetzbuch – SGB V.	Zorgverzekerings wet (Zvw)	Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)

Illetékes hatóság	Bundesministerium für Gesundheit	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)	Bundesamt für Gesundheit
Betegbiztosítási teherviselők	123 betegpénztár	47 betegpénztár	59 betegpénztár
Betegbiztosítás többségi finanszírozása	Jövedelemfüggő járulékok	Jövedelemfüggő járulékok	Jövedelemtől független fejkvóta
Költség-átvállalás elve	Alapvetően természetbeni ellátás; költségtérítés önkéntesen kérelmezhető	A biztosítottak választhatnak a természetbeni ellátás és a költségtérítés között	Alapvetően költségtérítés; a biztosító és az orvos megállapodhat a természetbeni ellátásról
Szabad pénztár-választás	Igen, ha a betegpénztár a foglalkoztatási vagy lakóhelyen működik	Igen	Igen, ha a betegpénztár a lakóhely szerinti kantonban működik
Az állami betegbiztosítási szolgáltatások meghatározása	Országos szinten az összes biztosított számára	Országos szinten az összes biztosított számára	Országos szinten az összes biztosított számára
Önálló ápolásbiztosítás	Igen (SGB XI)	Igen (AWBZ)	Nincs (a betegbiztosításról szóló törvény keretében)

3. Az ambuláns orvosi ellátás áttekintése:

3. 1. Az orvosi hivatás gyakorlásának engedélyezése és a költségfenntartókhöz fűződő viszony:

Németország:

Az orvosi hivatás gyakorlásához approbációra (állami engedélyezésre) van szükség, amelyet az illetékes tartományi hatóság bocsát ki. Az approbáció előfeltétele az orvostudományi tanulmányok elvégzése. A kötelező betegbiztosítással rendelkező betegek ambuláns ellátásának a kötelező betegbiztosítással való elszámolásához szerződött [betegpénztári] orvosként való engedélyezésre van szükség. Ez ugyancsak egy sikeres szakorvosi vizsgát feltételez. A szerződött orvos az engedélyezés elnyerésével a betegpénztárának székhelye szerint illetékes Betegpénztári Orvosi Egyesülés (*Kassenärztliche Vereinigung – KV*) tagjává, az engedélyezéséből származó szolgáltatási volumen nyújtására jogosulttá és kötelessé válik. Németországban a Betegpénztári Orvosi Egyesületek kötelesek garantálni a kötelező betegbiztosítás tagjai javára az ambuláns orvosi ellátást (ellátási kötelezettség). Azt, hogy valamely régióban (ill. tervezési területen) hány szabad orvosi állás van, a Társadalombiztosítási Törvénykönyv Ötödik Könyvében (*Sozialgesetzbuch – SGB V*) előírt

szükséglettervezés szabályozza. A kötelező betegbiztosítás terhére elszámolható orvosi szolgáltatások alapja az „egységes értékelési skála” (*Einheitlicher Bewertungsmaßstab – EBM*). A szerződött orvosi szolgáltatásoknak ez a díjszabása szövetségi szinten érvényes és definiálja az elszámolható szerződött orvosi szolgáltatások tartalmát, amely háziorvosi, szakorvosi és közösen elszámolható szolgáltatásokra tagolódik. A díjszabást a Betegpénztári Orvosok Egyesülése és a kötelező betegbiztosítás ernyőszervezete (*GKV-Spitzenverband*) közösen alakítja ki, majd arról a „Értékelő Bizottságban” (*Bewertungsausschuss*) jön létre a megállapodás.

Az orvosok privát orvosként is praxist nyithatnak. A szerződött orvosoktól eltérően, a privát orvosokat nem köti betegpénztárral való szerződés, de csak privát betegbiztosítással rendelkező betegeket, vagy készpénzben fizető betegpénztári betegeket kezelhetnek. Mivel Németországban a lakosság 90%-a kötelező betegbiztosítással rendelkezik, a privát praxisok aránya viszonylag alacsony. 2011-ben a saját praxisában ambuláns ellátást nyújtó 124.000 orvos 98%-a szerződött orvosként és mindössze 2%-a kizárólagosan privát orvosként folytatta tevékenységét.

A privát betegeknek nyújtott szolgáltatások elszámolása az orvosok díjszabásának rendje (*Gebührenordnung für Ärzte – GOÄ*) szerint történik, amely rögzíti a privát orvosi szolgáltatások elszámolható díjait. A díjszabások rendjét a szövetségi kormány bocsátja ki a Szövetségi Tanács (*Bundesrat*) hozzájárulásával. A privát orvosok és a szerződött orvosok elszámolása között jelentős különbség, hogy az orvosok díjszabásának rendje szerint nyújtott szolgáltatások ára átlagosan magasabb. 2013-ban az ambuláns ellátás területén a privát biztosítással rendelkező betegek kezeléséből származó többletbevétel meghaladta az 5 milliárd EUR-t.

Hollandia:

Az orvosi hivatás gyakorlásához az adott szakmai szövetség engedélye és az egészségügyi tevékenységek gyakorlásáról szóló törvény (*Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg – BIG*) szerinti regisztráció szükséges. Minden egyes szakorvosi szövetség saját engedélyezési eljárással rendelkezik. Hollandiában az ambuláns ellátásért való ellátási kötelezettség a betegbiztosítókra hárul. A betegpénztárak terhére való elszámolás érdekében az orvosoknak szerződést kell kötniük a betegpénztárakkal. Az ambuláns ellátás területén ez elsősorban a háziorvosokat érinti, mivel a szakorvosok csak kórházakban működnek. A németországi kötelező betegbiztosítástól eltérően Hollandiában nem kerül sor szakmai szövetségek szerinti ártárgyalásokra, mivel a holland egészségügyi rendszer a versenytörvény hatálya alá tartozik. A Betegpénztári Orvosok Egyesüléséhez hasonló szervezet nem létezik. A háziorvosok csaknem kivétel nélkül a Holland Háziorvosok Szövetségének (*Landelijke Huisartsen Vereniging – LHV*) tagjai. A fenti versenyjogi okokból kifolyólag a háziorvosi szövetség nem rendelkezik kompetenciával a szerződések területén.

A standard- vagy keretszerződésekről szóló tárgyalásokra a betegbiztosítók és a regionális háziorvosi szövetségek (*huisartsenkringen*), a Holland Háziorvosok Szövetségének képviselői, valamint a kijelölt intézmények munkaközösségeinek képviselői között kerül sor. Az egyszerűség kedvéért az egyes háziorvosi szövetségek csak a regionálisan domináns betegbiztosítóval folytatnak tárgyalásokat. A többi biztosító csatlakozik ehhez a szerződéshez. A háziorvosok által maximálisan

elszámolható díjak a Holland Háziorvosok Szövetsége, a betegbiztosítók szövetsége (*Zorgverzekeraars Nederland*) és az egészségügyi minisztérium közötti tárgyalások eredményeként alakulnak ki.

A maximális díjtételeket a tárgyalások sikeres lezárását követően a holland egészségügyi hatóság (*Nederlandse Zorgautoriteit – NZa*) határozza meg. Ezt követően a háziorvosoknak személyesen kell csatlakozniuk a szerződésekhöz. Ezenkívül lehetőség van még az egyes háziorvosok és a betegbiztosítók közötti szelektív szerződésekre.

Ha az orvos nem csatlakozik a betegbiztosító szerződéséhez, továbbra is kezelhet betegeket, ám ezek részére számlát kell kiállítania. A szerződéssel nem rendelkező orvosok, akik a költségtérítést választották, magasabb honoráriumot számolhatnak fel betegeiknek. Ezt azonban a biztosító már nem téríti meg a „tisztességes piaci árhoz” hasonlóan a biztosítottaknak. Egyes háziorvosi kezelésekre (pl. kisebb sebészeti beavatkozásokra, vagy kompressziós terápia alkalmazására lábszárfekély esetén) betegpénztári szerződés nélkül egyáltalán nincs lehetőség. A betegek elsősorban ellátási szerződéssel rendelkező orvosokat keresnek fel – elsősorban mivel a természetbeni szolgáltatás választása esetén csak szerződött orvosok vehetők igénybe. A háziorvos szerződés nélkül bevétele 20%-át teszi kockára.

Svájc:

Az orvosi tevékenység gyakorlásának engedélyezési eljárását az egészségügyi tevékenységekről szóló törvény (*Medizinalberufegesetz – MedBG*) szabályozza. Az engedélyezési eljárás a kantonok hatáskörébe tartozik. Az engedély kibocsátásának előfeltétele az államszövetségi orvosi diploma, valamint államszövetségi továbbképzés során szerzett titulus.

A betegbiztosításról szóló törvény nem tartalmaz formális eljárást a kötelező betegbiztosítás terhére folytatott tevékenység engedélyezésére vonatkozóan. Ez azt jelenti, hogy a vállalkozás szabadsága egyet jelent a betegpénztári engedélyezéssel. A svájci orvosokat azonban több mint tíz éve engedélyezési stop sújtja. Az új praxisok engedélyezési eljárását 2002-ben függesztették fel. Ennek oka a költségrobbanástól, valamint a Svájc és az EU közötti bilaterális egyezményrel összefüggésben keletkező orvosbeáramlástól való félelem volt. Az engedélyezési stop betartása tekintetében a kantonok illetékesek. Az eredetileg három évre tervezett intézkedést 2011 végéig több alkalommal meghosszabbították, majd a svájci parlament 2013 júliusától újabb hároméves engedélyezési stopról döntött.

A Svájcban alkalmazott orvosi honoráriumok egy egységes tarifarendszeren (TARMED) alapulnak, amely ugyancsak pontértékekre épül. Az orvosi szolgáltatásokért járó pontértékek kialakítására a kantonális biztosítási szövetségek és a szolgáltatók közötti alku keretében kerül sor, miáltal a kantonok között árkülönbségek keletkezhetnek. Azoknak az orvosoknak, akik a kötelező betegbiztosítás keretében ambuláns szolgáltatásokat akarnak nyújtani (a betegbiztosításról szóló törvény szerinti elszámolás érdekében), csatlakozniuk kell a TARMED-hez. Belépési szándékáról az orvos a Svájci Orvosszövetségbe (*Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte – Foederatio Medicorum Helveticorum – FMH*) való belépésével egyidejűleg is nyilatkozhat. Ha valamely orvos nem hajlandó a betegbiztosításról szóló törvény szerint elszámolni, bejelentheti az illetékes hatóságnál

a szerződéseken kívüli működését. Ebben az esetben többé nem vonatkoznak rá a szerződéses tarifák és maga alakíthatja honoráriumát. A betegpénztárak azonban nem vállalhatják át a „szerződések körén kívül működő orvos” („*Ausstandsarzt*“) által nyújtott kezelés költségeit. A szerződéseken kívüli státusz azt jelenti, hogy az orvos nem jogosult a kötelező betegbiztosítás terhére való szolgáltatások nyújtására.

A szerződések körén kívül működő orvos csak magánjogi alapon számolhat el betegeivel. Hollandiától eltérően, Svájcban mégis kialakult a privát kiegészítő biztosítások piaca, amely a szerződések körén kívül működő orvosokkal biztosítja a – rendszerint sokkal költségesebb – kezeléseket.

Az orvosi ellátás biztosításáért a kantonok felelősek. Amennyiben a szolgáltatók kiesése miatt a biztosítottak ellátása nem valósul meg a törvény keretein belül, a kanton kormányzatának kell gondoskodnia a szolgáltatások teljesítéséről.

3.2. Alapellátás és szakellátás:

Németország:

Németországban az ambuláns orvosi ellátást kizárólag saját rendelővel rendelkező („letelepedett”) háziorvosok és szakorvosok biztosítják. Rendszerint ők jelentik az első láncszemet az orvos-beteg kapcsolatban, idejük túlnyomó részét diagnosztikai és terápiás eljárásokra fordítják, gyógyszereket, gyógyászati és segédeszközöket írnak fel, szükség esetén kórházba utalják a beteget. Az orvosok a gyógyszer törvény (*Arzneimittelgesetz – AMG*) szerint nem adhatnak ki gyógyszereket, mivel ez a gyógyszertárak kiváltsága. Kivételt képeznek az oltóanyagok.

A háziorvosi ellátást általában általános orvosi, belgyógyászati és gyermekgyógyászati szakvizsgával rendelkező orvosok látják el. A 2014-ben az ambuláns szektorban működő 147.948 orvos 25%-a (37.258) általános orvos volt.

Németországban 33 szakorvosi terület létezik. A szakorvosi ellátásra lakóhelyhez közeli ambuláns ellátásként vagy kórházi fekvőbeteg ellátásként kerül sor. Ebből keletkeznek, a német egészségügyi rendszer sajátos ismérveként, a „megduplázott szakorvosi ellátási betegutak”. A fekvőbeteg és az ambuláns szektor merev szétválasztásának egyik eredménye az erőteljesen differenciált szakorvosi ellátás az ambuláns szektorban.

Ambuláns orvosi ellátásra nemcsak orvosi praxisokban kerül sor, hanem egészségügyi ellátási központokban is (*Medizinische Versorgungszentren – MVZ*). Az egészségügyi ellátási központok több szakterületre kiterjedő, orvosok által irányított intézmények, amelyek legalább két különböző szakorvosi végzettséggel vagy szakmai megnevezéssel rendelkező szakorvos strukturált együttműködése keretében nyújtanak interdiszciplináris ellátást. A saját rendelővel rendelkező orvosokhoz hasonlóan az egészségügyi ellátási központok rendszeresen részt vesznek a kötelező betegbiztosítás keretében nyújtott ambuláns szerződött orvosi ellátásban és (kevés kivétellel) a szolgáltatás nyújtásának ugyanazon szabályai alá tartoznak. Az egészségügyi ellátási központokban működő orvosok 85%-a alkalmazotti viszonyban működik. Egy-egy egészségügyi ellátási központban átlagosan négy-öt orvos működik, többnyire háziorvosok, belgyógyászok és sebészek. Németországban 2014 végén 2.073 egészségügyi ellátási központ rendelkezett működési engedéllyel, amelyek 13.465 orvost foglalkoztattak.

Németországban kiterjedt vendégorvosi rendszer működik. A vendégorvosok saját rendelővel rendelkező szerződött betegpénztári orvosok, akik a kórházakban az ott rendelkezésre álló szolgáltatások, berendezések és eszközök igénybevételével fekvőbeteg vagy részben fekvőbeteg kezeléseket nyújthatnak. 2014-ben a vendégorvosok száma kerekén 5.324 volt.

Hollandia:

A betegeket elsősorban saját rendelővel rendelkező háziorvosok (*huisarts*) részesítik ambuláns ellátásban. A háziorvosi gyógyászat (*huisartsgeneeskunde*) Hollandiában az orvospérezést követő önálló továbbképzési irány. Németországtól eltérően Hollandiában a gyógyszer törvény alapján a megfelelő jogosultságokkal rendelkező orvosok gyógyszer is kiadhatnak. A háziorvosi szolgáltatások spektruma szélesebb mint Németországban: az általános tanácsadástól a terhességi tanácsadáson keresztül a kisebb műtéti beavatkozásokig terjed. Az is bevett szokás, hogy a háziorvosok (általában telefonon) tanácsot kérnek a szakorvosoktól a betegek kezelésére vonatkozóan. Hollandiában 2014 januárjában 8.812 háziorvos működött.

A szakorvosok (*medisch specialist*) csaknem kizárólagosan (és többnyire szabadfoglalkozásúként) kórházakban dolgoznak, ahol mind ambuláns betegeket, mind fekvőbeteget kezelnek. Felhasználói szerződésük van a kórházzal, amelynek alapján a betegek kezelése során igénybe vehetik a kórház berendezéseit. A betegek többségét azonban a kórházhoz tartozó poliklinikán kezelik. Hollandiában 28 szakorvosi irány létezik és 22.585 regisztrált szakorvos működik.

A kórházi szakorvosi ellátáson kívül Hollandiában önálló szakorvosi központok (*zelfstandig behandelcentrum – ZBC*) is működnek. Egy önálló szakorvosi központ két vagy több szakorvos partnerségében áll. A biztosítók csak bizonyos feltételek mellett (orvosi szükséghelyzetben) válladják át az ilyen központok szolgáltatásainak térítését. Az ilyen önálló szakorvosi központokban rendszerint tervezhető (nem akut), nem komplex kezeléseket nyújtanak, amelyek nem igénylik a beteg fekvőbetegként való felvételét (elsősorban az ortopédia, szemészet, bőrgyógyászat területén). 2012-ben Hollandiában több mint 300 önálló szakorvosi központ működött. Az önálló szakorvosi központok elterjedésével a várakozási idők problematikája Hollandiában jelentősen könnyebbedett.

Svájc:

A háziorvosi és a szakorvosi ellátás közötti különbség Svájcban és Németországban hasonló. A Svájcban működő háziorvosok elsősorban általános orvosi, belgyógyászati és gyermekgyógyászati szakvizsgával rendelkező orvosok. A 2014-ben az ambuláns szektorban működő 17.804 orvos 33%-a (5.945) általános orvos volt. A szakorvosok Németországhoz hasonlóan nemcsak kórházakban, hanem saját praxisukban is folytatnak tevékenységet. Svájcban 44 szakorvosi cím létezik.

A németországi egészségügyi ellátási központokhoz hasonlóan, a svájci egészségügyi központok rendeltetése a különböző gyógyító intézmények hálózatba szervezése. Az egészségügyi központok orvosi csoportpraxisok, amelyekben háziorvosok, szakorvosok és más egészségügyi dolgozók működnek. Ezenkívül különböző szolgáltatásokat nyújtanak, röntgen-, EKG-, ultrahang- és laborvizsgálatokat végeznek.

A svájci orvosok a hollandokhoz hasonlóan jogosultak gyógyszerek direkt kiadására és elszámolására („öndiszpenszáció”). Ez kantononként eltérő. 2013-ban több mint 5.900 praktizáló orvos rendelkezett házi gyógyszerterárral. Ez a praktizáló orvosok kerekén 40%-a.

4. 2. Háziiorvosi modellek és szabad orvosválasztás

Németország

Németországban a betegek a kötelező betegbiztosítás keretében szabadon választhatnak kezelőorvost (házi-, vagy szakorvost). Ennek feltétele, hogy az orvos részt vegyen a szerződött orvosi ellátás, azaz rendelkezzen működési engedéllyel. A privát betegbiztosítás területén viszont a szabad orvosválasztásnak nincsenek korlátai, hacsak az individuális tarifátáblázat nem tartalmaz ettől eltérő eljárást.

A betegek közvetlenül (tehát háziiorvosi beutaló nélkül) saját rendelővel rendelkező szakorvoshoz fordulhatnak. A szakorvoshoz való direkt hozzáférés a német egészségügyi rendszer jelentős ismérve. A Szövetségi Egészségügyi Minisztérium felfogása szerint azonban az első kapcsolódási pontot a háziorvos jelenti, aki a kezelés teljes folyamata során koordináló szerepet tölt be. A Társadalombiztosítási Törvénykönyv Ötödik Könyve (SGB V) explicit felszólítást tartalmaz a betegek részére a háziorvos megválasztására, másrészt a jogszabály szerint a betegpénztárak kötelesek „háziiorvosi központú ellátást (*hausarztzentrierte Versorgung – HzV*) felkínálni biztosítottaik részére. A háziorvosválasztás, ill. a „háziiorvosi központú ellátásban” való részvétel azonban önkéntes alapon történik. A betegpénztáraknak nem áll módjában előírni biztosítottaik számára a háziorvosválasztást. Németországban 2014 végén a kötelező betegbiztosítás tagjainak mindössze 5%-a vett részt „háziiorvosi központú ellátásban”.

Hollandia

Hollandiában minden biztosított rendelkezik háziorvosnál való regisztrációval. A háziorvos „kapuőr” szerepet tölt be az egészségügyi rendszerben, azaz egyedül dönt a szakorvosi vagy kórházi ellátásról. A speciális szakorvosi központokban való vizsgálatához is háziorvosi beutalóra van szükség. Háziorvosi beutaló nélkül csak fizio-/mozgásterapeutáknál, logopédusoknál, ergoterapeutáknál, podológusoknál, dietetikusoknál, dentálhigiénikusoknál és bőrgyógyászoknál nincs szükség. A beutalónak nincs lejárata, tehát mindaddig, amíg a beteg szakorvosi ellátásban részesül nincs szükség új beutalóra.

Svájc

A biztosítottak szabadon választhatnak az engedélyezett orvosok közül. A betegpénztárak azonban legfeljebb a biztosított lakó- vagy munkahelye szerinti tarifák mértékében vállalják a költségeket. Ha a beteg komolyabb indok nélkül lakóhelyétől távolabbi helyre utazik ambuláns kezelésre, ki kell fizetnie a kezelés helye és lakóhelye közötti tarifakülönbséget. Ez azt jelenti, hogy komoly pénzügyi ösztönzésben részesül a lakóhely vagy a munkahely környezetén kívüli orvosok felkeresésének mellőzésére. Ez gyakorlatilag korlátozza a szabad orvosválasztást.

Svájcban a háziorvosi vagy gyermekorvosi kezelések 90%-ára beutaló vagy előzetes vizsgálat nélkül kerül sor.

Állandó háziorvos választása nem kötelező. Németországtól eltérően a háziorvosi modellek már évek óta elfogadottak. A háziorvosi hálózat szabadfoglalkozású általános orvosok regionális összefogásában áll. A biztosítottak egy ilyen orvost választhatnak háziorvosnak és ezzel lemondanak a szabad orvosválasztásról. Ez azzal a kötelezettséggel jár, hogy első alkalommal mindig az adott háziorvost keresik fel. 2013-ban a svájci felnőtt lakosság több mint 34%-a vett részt háziorvosi modellekben.

4. 3. Várakozási idők, várólisták

Az OECD-országok különbözőképpen kezelik a várakozási idők kérdését. Egyes országokban transzparens várólistákat vezetnek, hivatalosan rögzítik a várakozási időket és nyilvánosságra hozzák az adatokat (pl. Hollandiában). Más országok vezetnek ugyan hivatalos várólistát, az adatokat viszont nem teszik közzé, az országok egy része pedig egyáltalán nem vezet várólistát és nem tesz közzé adatokat (pl. Németország és Svájc).

A helyzet értékeléséhez különböző lakossági felmérések hívhatók segítségül. A leggyakrabban idézett és az OECD egészségügyi statisztikája által is figyelembe vett felmérés a *Commonwealth Fund*-tól származik.

A 2013-ban készített felmérés az alapellátásra irányult. A megkérdezett németek 76%-a úgy válaszolt, hogy amikor legutóbb orvosi segítségre volt szüksége, már ugyanazon van a következő napon időpontot kapott az orvosnál. Németország ebben a tekintetben a résztvevő országok között az első helyre került. Hollandia 63%-kal a harmadik helyen állt. Arra a kérdésre, hogy: „Ha rendelési időben telefonon kérdéssel fordul orvosához, milyen gyakran kap még aznap visszajelzést?”, a németek 90%-a válaszolta, hogy mindig/gyakran. Ebben a tekintetben Németország első, Hollandia 84%-kal második, Svájc 82%-kal harmadik helyen állt.

A szakorvosi vizsgálatra való várakozási idők a három országban viszonylag rövidek. Svájc első helyen áll: a betegek 80%-ának négy hétnél rövidebb ideig kell várakozniuk. A hollandok 75%-ának, a németek 72%-ának kell négy hétnél rövidebb ideig várakoznia. Az eredmény tekintetében figyelembeveendő, hogy Hollandiában igen szigorú kapuőri rendszer működik, a háziorvosok kevesebb betegek küldenek szakorvoshoz. Németországban ellenben a betegek közvetlenül háziorvoshoz fordulhatnak, ennek tükrében pedig a németországi várakozási idők igen alacsonyaknak tekintendők.

4. 4. Önrészek

Németország

A kötelező betegbiztosítás keretében egyébként szokványos önrészeket háziorvosi vagy szakorvosi vizsgálat esetén nem kell befizetni. Mióta a negyedévenként 10 EUR összegű vizitdíjat 2013-ban megszüntették, a szolgáltatások térítésmentesek. A privát betegbiztosítás keretében a biztosítottaknak a tarifától függő önrészeket kell viselniük.

Hollandia

Hollandiában egy szolgáltatásoktól független kötelező önrész alkalmazására kerül sor. Ennek összege 2015-ben minden 18 év fölötti személy részére évente 375 EUR volt. A biztosítottaknak járulékmegtakarítás céljából lehetőségük van az önrész 10, 200, 300, 400 és maximum 500 EUR-ral való önkéntes emelésére. Az önrészfizetés nem terjed ki a háziiorvosi ellátásra.

Svájc

Németországtól eltérően a betegek az egészségügyi szolgáltatások viszonylag nagy részét finanszírozzák saját zsebből. Az orvoslátogatások tekintetében nem áll fenn explicit fizetési kötelezettség, viszont létezik egy szolgáltatásoktól független hozzájárulás (franchise), amelyet százalékos önrészekkel kombinálnak. A franchise összege évente egyszer fizetendő 300 CHF (kb. 276 EUR). Díjmegtakarítás céljából ez önkéntesen 2.500 CHF-re (2.301 EUR) emelhető. Ha a franchise kimerül, a költségeket önrészekből kell kiegyenlíteni. Ez évente a maximum 700 CHF-ig (kb. 645 EUR) terjedő költségek 10%-át teszi ki. Az éves franchise (legalább 300 EUR) plusz önrész (maximum 700 EUR) felső határa tehát mintegy 1.000 CHF (kb. 921 EUR). A biztosítottnak tehát előbb 1.000 CHF-et kell kifizetnie, még mielőtt a betegbiztosító fizetne. A biztosított a franchise emelésével maximum 3.200 CHF-re (2.946 EUR) növelheti ezt az összeget.

Az ambuláns orvosi ellátáshoz való hozzáférés

	Németország	Hollandia	Svájc
100.000 lakosra jutó háziorvosok száma (2013)	64	41	73
A háziorvosok regionális megoszlása 100.000 lakosonként	60-70 (bázis: szövetségi tartományok)	40-44 (bázis: provinciák)	63-79 (bázis: nagyrégiók)
Szakorvoshoz való direkt hozzáférés	Igen (háziorvosi modell melletti döntés önkéntes)	Nem, háziorvosok kapuőri szerepe	Igen (háziorvosi modell melletti döntés önkéntes)
Szabad háziorvos- vagy szakorvos-választás	Igen	Igen	Igen
Önrész a házi-orvosnál	Nincs	Nincs	Franchise: évente 300 CHF; 10% költség hozzájárulás; franchise 700 CHF-ig túlléphető
Önrész a szak-orvosnál	Nincs	Évente 375 EUR költség hozzájárulás	lásd fent

5. Az ambuláns orvosi ellátás költségei és igénybevétele

Az ambuláns ellátás költségeire vonatkozó adatok az Eurostat adatbankjából származnak. Az árszínvonal figyelembevételével az ambuláns ellátásra fordított egy főre eső költségek Svájcban 736 EUR-t (vásárlóerő standard), 30%-kal magasabbak, mint Németországban (569 EUR; vásárlóerő standard). A kiadások Hollandiában 304 EUR-t tesznek ki, 47%-kal alacsonyabbak, mint Svájcban. Figyelembeveendő, hogy az egészségügyi kiadások az életkortól függenek, márpedig az Eurostat statisztikája nem tartalmaz életkor szerinti standardizálást. A svájci és a holland lakosság fiatalabb a németországinál. Feltételezve, hogy az egészségügyi kiadások Svájcban és Hollandiában magasabbak lennének, e két ország lakossági profilja a németországinak felelne meg. Ily módok a svájci egészségügyi kiadások a németországihoz viszonyítva tendenciálisan megnövekednének, a hollandiai kiadások viszont a németországiakhoz képest csökkennének.

2012-ben az ambuláns praxisokban és központokban nyújtott orvosi kezelésekre Svájcban az egészségügyi összkiadások 17,3%-a, Németországban 16,1%-a, Hollandiában 8,0%-a jutott. Az alacsony hollandiai arány és az alacsony kiadások két tényezőnek tulajdoníthatók: Az ambuláns orvosi ellátásra fordított kiadások nem tartalmazzák a szakorvosokra fordított kiadásokat, mivel ezek az orvosok csaknem kizárólagosan kórházakban dolgoznak. Másrészt a statisztika nem tartalmazza a nem orvosi képzettségű egészségügyi személyzetre fordított kiadásokat. A viszonylag magas svájci kiadásoknál figyelembeveendő, hogy az összeg a magas privát önrészeket is tartalmazza.

Az orvos-beteg-kontaktusok száma 2012-ben: Németországban 10, Hollandiában 6, Svájcban 4. Egyértelmű, hogy a németek járnak leggyakrabban orvoshoz. Az orvos-beteg-kontaktusok magas számát a Barmer GEK évente megjelenő *Arztreport*-ja is megerősíti. A szerzők extrapolációja szerint 2013-ban az orvos-beteg-kontaktusok száma 14,3 volt, bár e magas érték tekintetében is jelentős alulbecsléssel számolnak.

Költségek és igénybevétele

	<i>Németország</i>	<i>Hollandia</i>	<i>Svájc</i>
Ambuláns orvosi szolgáltatásokra fordított egy főre eső kiadások (2012)	569 EUR (vásárlóerő standard)	304 EUR) (vásárlóerő standard)	736 EUR (vásárlóerő standard)
Ambuláns orvosi szolgáltatásokra fordított kiadások egészségügyi összkiadásokhoz viszonyított aránya (2012)	16,1%	8,0%	17,3%
Orvos-beteg-kontaktusok (2012)	9,7	6,2	3,9

[Lásd még: EGVE Nemzetközi sajtószemle Archívumban is.]

ELŐJEGYZÉSI LISTA:

Ápolás:

- Jelentés az ápolás helyzetéről – *Pflege-Thermometer 2016*
- Ápolás 4.0 – Intelligens technika alkalmazása a szakápolásban
- A Caritas Szövetség családi ápolási szolgáltatásainak elemzése (dip)
- Jelentés a kutatásról és az innovációról: az ápolás helyzete
- Felmérés az időskorúak hozzátartozók általi ápolásáról
- Részmunkaidő az egészségügy és az ápolás területén (IAT)

Komparatív tanulmányok:

- A verseny szerepe az egészségügyben: Németország, Hollandia, Svájc

Egészségügyi statisztikai évkönyvek:

- A svájci egészségügy zsebkönyve 2015 – *Gesundheit – Taschenstatistik 2015 (BFS)*
- Szociális biztonság az európai országokban: számok és tények (2015) (BMAS)
- 35 európai ország statisztikai adatai: egészségügy, szociális biztonság (BFS)

Kábítószer:

- Jelentés a kábítószerügy helyzetéről Németországban 2015-ben – *Drogenbericht 2015*
- Az ENSZ kábítószerügyi jelentése
- A fiatalok kábítószer iránti affinitása 2015-ben (BZgA)

Kórházügy:

- A minőség, mint a döntéshozatal kritériuma a kórházügyi tervezés területén (DKI)
- Az állami finanszírozás feladatainak a járulékfizetőkre való áttevődése. Elemzés a privát betegbiztosítók szemszögéből
- Jelentés az orvostechnikai ágazat helyzetéről Németországban (BvMED, 2015.)

eHealth:

- Ellátás 2030-ban – *Versorgung 2030 – eHealth, mHealth, Telemedizin (GVG Köln)*
- A német e-Health-törvény tervezete
- eHealth Németországban. Digitalizálás és adatvédelem (FES)
- Fogyasztóvédelmi felmérés az egészségügyi adatvédelemről (TNS Emnid)

- A smartphone kórházi használata az Egyesült Királyságban
- Betegportálok mellékhatásokkal
- Hackertámadások a németországi kórházak ellen
- Tanulmány az online-gyógyszertárakról: az adatbiztonság kérdései (Sparmedo)
- Adat- és aktamegsemmisítés a kórházakban és az orvosi praxisokban

Svájc:

- A gyógyító és prevenciós szolgáltatások költségeinek alakulása 2002 és 2012 között (*Soziale Sicherheit* 2015. 6. sz.)
- Az ellátórendszer költségeinek és finanszírozásának alakulása az új kórházfinanszírozás bevezetése óta. Aktualizálás 2013 (*Obsan Bulletin*)
- Az új kórházfinanszírozás hatása a kórházi ellátások minőségére. Aktualizálás 2013 (*Obsan Bulletin*)
- Szocioökonómiai és kulturális egyenlőtlenségek a svájci lakosság egészségmagatartásában (*Obsan Bulletin, Obsan Bericht*)
- Az alapellátást nyújtó orvosok helyzete Svájcban. A Commonwealth Fund 2015. évi felmérésének eredményei (*Obsan Bulletin* 3/2016; *Obsan Dossier* 50)
- Az időskorúak részére nyújtott átmeneti struktúrák kínálata és igénybevétele (*Obsan Dossier* 52)
- Az egészségügyi személyzet strukturális felmérésének elemzése; a munkaerőhiány kiszámítása (*Obsan Dossier* 53)
- Big Data az egészségügyben (SAMW)
- Swiss Personalized Health Network (SAMW Bulletin)
- A Svájci Orvostudományi Akadémia alapelvei az embereken végzett kísérletekről
- A Svájci Orvostudományi Akadémia irányelvei a kényszerintézkedésekről (átdolgozott változat), 2015 december
- A szociális segélyek helyzete Svájcban (*Soziale Sicherheit* 2015. 6. sz.)
- Folyamatok a szociális segélyek területén (2006-2011)
- A foglalkoztatás minősége Svájcban
- *ValeurS Gesundheit*, 2016. 1. sz. A Szövetségi Statisztikai Hivatal információs magazinja
- Tartós ápolás a kantonokban (*Obsan Rapport*)
- Medical wellness a svájci szállodaiparban
- A nem fertőző betegségek indikátorai Svájcban
- *Swiss Personalized Health Network (SAMW)*

Szociálpolitika:

- Jelentés a nyugdíjbiztosítás helyzetéről Németországban 2015-ben – *Rentenversicherungsbericht 2015 (BMAS)*
- Időskori biztosítás Németországban és Ausztriában (WSI Report)
- Az időskori nyugdíjazás helyzete 2000 és 2014 között (BIAJ)
- Nyugdíjperspektívák 2040 (prognos)
- Nyugdíjak és regionális tőkefolyamatok (IAT)
- Csökkent keresőképesség miatti nyugdíjazás a betegápolók körében (*IAT Forschung aktuell*)
- Munkanélküliség és előrehozott nyugdíjazás az időskorúak körében Európában (*ZSR-Kompakt*)
- A csökkent keresőképesség miatti előrehozott nyugdíjazás biográfiai előzményei (*ZSR-Kompakt*)
- A gazdasági válság és a német szociális rendszer válsága
- A hitelalapú szociálpolitika felemelkedése Németországban
- Az időskori biztosítás finanszírozódása Németországban tartományok közötti összehasonlításban
- Jelentés a családpolitikáról és a családok helyzetéről Németországban 2014-ben – *Familienreport 2014*
- A szociális innováció gazdasági tényezői
- A német szociális modell válsága (IAQ)
- Válság és válságkezelés a német szociális államban (ZeS)
- Jövedelmi egyenlőtlenségek és csúcsjövedelmek (IMK Report)
- Szegénység Európában és Németországban (IMK Report)
- Jelentés a szegénység helyzetéről Németországban 2016-ban – *Armutsbericht 2016*
- Két tanulmány a gyermekszegénységről Németországban (Bertelsmann Stiftung – WSI)
- Időskori szegénység Németországban (Bertelsmann Stiftung)
- Szociális biztonság a munkavégzés modern világában. A GVG állásfoglalása az Arbeit 4.0 Zöldkönyvvel kapcsolatban
- Jelentés a minimálbérekről 2016-ban – *WSI-Mindestlohnbericht 2016 (WSI-Bericht, WSI-Report 1/2016)*
- A bérezés helyzete a szociális ágazatban (Böckler Impuls, FES)
- Soziale Sicherheit (CHSS), 2016. 1. sz.

Ritka betegségek:

- Ritka Betegségek Elleni Nemzeti Akcióterv (NAMSE) (Németország)
- A ritka betegségek helyzete Svájcban (*Soziale Sicherheit* 2015. 4. sz.)

Rehabilitáció:

- Jelentés a rehabilitáció helyzetéről – *Rehabericht 2015* (DRV)
- Az orvosi rehabilitáció jövője

Népegészségügy:

- A német kormány HIV-stratégiája 2030-ig
- Egészségi egyenlőtlenségek az időskorúak körében (*GBE Kompakt, RKI*)

Rövidhírek (aleatorikusan):

Praxishírek (*Arzt & Wirtschaft*)

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

Népegészségügyi rövidhírek (*Robert-Koch-Institut*)