

Egészséggazdasági, egészségpolitikai és szociálpolitikai nemzetközi sajtószemle

2018. 18. sz. (Lapzárta: 2018. augusztus 21.)

Globális egészségügy

- Az alkoholfogyasztás fölötti kontroll stratégiáinak költséghatékonysági elemzése globális szinten

Gyógyszer

- Jelentés a holland gyógyszerárak gazdasági helyzetéről 2017-ben
- A brit gyógyszerellátás vészforgatókönyve „no-deal-brexít” esetére
- A BARMER egészségpénztár jelentése a gyógyszerkiadásokról – *BARMER Arzneimittelreport 2018*

Hivatásrend

- Jelentés az orvosi honoráriumok helyzetéről Németországban 2016 első két negyedében – *Honorarbericht 2016*

Hollandia

- A holland egészségbiztosítás alakulása 2006. óta. A reform hatásainak elemzése (6. rész): A pénzügyi terhek alakulása, Szolidaritás

Kórházügy

- Pszichiátriai Barométer 2018 (1. rész): A pszichiátriai intézetek gazdasági helyzete

Ápolás

- Az ápolótevékenység helyzete Németországban, Japánban és Svédországban
- A német szövetségi kormány elfogadta az ápolószemélyzet helyzetének megerősítéséről szóló törvény – *Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG)*
- Az ápolásbiztosítás költségeinek alakulása Németországban 2017-ben
- A kórházi ápolás statisztikája Németországban 2017-ben
- Felmérés az ápolószemélyzet keresetéről Németországban

Praxishírek

- A saját praxisban működő háziorvosok ritkábban szenvednek burnout-ban

A hónap grafikonja

- Az egészségügyi dolgozók 26%-a kap szabadságpénzt

Personalia

- † Elhunyt Cora van der Kooij holland ápoló, ápoláskutató

Melléklet

- A holland egészségbiztosítás alakulása 2006. óta. A reform hatásainak elemzése – egységes szerkezetben

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

***Az alkoholfogyasztás fölötti kontroll stratégiáinak
költséghatékonysági elemzése globális szinten***
Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 79(4), 514–522 (2018)

Kulcsszavak: globális egészségügy, szenvedélybetegségek, alkohol, költséghatékonyság, Egészségügyi Világszervezet

Forrás Internet-helye: <https://www.jsad.com/doi/full/10.15288/jsad.2018.79.514>

Dr. Daniel Chisholm és mt. (Egészségügyi Világszervezet) a világ 16 országában vizsgálták meg az alkoholfogyasztás csökkentését célzó öt közkeletű intézkedés költséghatékonyságát. A kutatás mind magasabb jövedelemmel (Németország, Egyesült Államok, Japán, Kína), mind alacsonyabb jövedelemmel rendelkező (Guatemala, India, Ukrajna, Vietnám) országokra kiterjedt. Az elemzés során felhasználták az Egészségügyi Világszervezet regisztereit, mint a "**Global Information System on Alcohol and Health**" (GISAH).

Eredmények

- Az alkoholtartalmú italok adójának 50%-os emelése: Ennek igazgatási, kommunikációs, megvalósítási költségei egy lakosra 10 US-centre tehető. Ez az intézkedés egymillió lakos számára 500 egészségkárosodással korrigált életévet (*Disability-Adjusted Life Years - DALY*) biztosíthat. Az egy DALY-ra jutó költségek kevesebb mint 100 USD-t tesznek ki.
- Ugyancsak hatékonyak és kedvező költségűnek bizonyul az alkoholhoz való hozzáférés és a reklám korlátozása. A kutatók ebben a tekintetben is egy főre jutó 10 US-cent költséget feltételeznek. Így egymillió lakosra 200-300 DALY biztosítható, egy DALY-ra jutó 500 (magas jövedelemmel rendelkező országok) és 100 USD (alacsony jövedelemmel rendelkező országok) közötti költséggel.
- Az alkoholra kivetett adó kontrolljának fokozása. E tanulmány szerint ez az intézkedés drágább és kevésbé hatékony: egymillió lakosra kevesebb mint 100 DALY, egy DALY-ra jutó 1.500 és 3.000 USD költség mellett.
- Pszichoszociális rövidtávú házi orvosi intervenció a szenvedélybetegek számára: A magas jövedelemmel rendelkező országokban egy lakosra jutó egy USD (alacsonyabb jövedelemmel rendelkező országokban 10 US-cent) költséggel egymillió ember számára 500-1.000 DALY biztosítható. Ez egy DALY-ra 1.434 USD (gazdag országok) és 143 USD (szegény országok) költségnek felel meg.

Skóciában 2018. május 1-től minimális árat vezettek be a sör, bor és égetett szeszesitalok árusítására. Ezeknek az alkoholtermékeknek annyiba kell kerülniük, hogy 10 milliliter alkohol legalább 50 pence-be (57 cent) kerüljön. Ehhez azt a reményt fűzik, hogy öt éven belül 400 halálesetet és 8.000 kórházba való beutalást előznek meg.

Jelentés a holland gyógyszerárak gazdasági helyzetéről 2017-ben
Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK); DAZ ONLINE, 10. 07. 2018

Kulcsszavak: gyógyszerárak, statisztika, gazdasági helyzet, Hollandia

Forrás Internet-helye: <https://www.sfk.nl/publicaties/PW/2018/stijging-van-tariefinkomsten-groter-dan-loonontwikkeling> ; https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2018/08/10/niederlaendische-apotheken-steigern-umsatz?utm_campaign=kurzNach6&utm_source=20180810&utm_medium=newsletter&utm_keyword=article

A **Holland Gyógyszerészeti Statisztikai Intézet (Stichting Farmaceutische Kengetallen – SFK)** közzétette a közforgalmú gyógyszerárak 2017. évi gazdasági eredményeit. Egy átlagos gyógyszertár betegpénztáraktól származó rendszeres bevétele 1,2%-kal (2,2 millió EUR-ra), térítésekből származó bevétele 2,3%-kal (663.000 EUR-ra) növekedett. A gyógyszerkiadások 0,8%-kal, 1,54 milliárd EUR-ra növekedtek.

Hollandiában az egészségügyi szolgáltatók honoráriumait az egészségügyi hatóság (**Nederlandse Zorgautoriteit – NZa**) határozza meg. Ennek során figyelembe veszi a személyi költségek indexét, a „kormányzat munkaköltségek fejlesztéséhez nyújtott támogatását” („*Overheidsbijdrage in de Arbeidskostenontwikkeling – OVA*”), amelyet a Holland Állami Tervhivatal (**Centraal Planbureau – CPB**) évente határoz meg a tarifamegállapodások és a munkaköltségek piaci alakulása alapján. Ennek mértéke 2007-ben 2,04% volt.

A gyógyszertári térítéseket 2012-ben liberalizálták. Azóta a részleteket maguknak kell kialakítani a betegpénztárakkal. Egy alapszolgáltatás-honoráriumot és egy dobozdíjat számolhatnak el a betegpénztárakkal. Ezenkívül az egészségügyi hatóság további gyógyszertári szolgáltatásokat is előírt, amelyek ugyancsak téríthetők. A liberalizáció óta a gyógyszertári térítések csak 2016-ban érték el ismét a 2011. évi szintet. Ezek az elmúlt évben 2,3%-kal, első alkalommal növekedtek valamivel erőteljesebben, mint a kormányzati támogatás (OVA: 2,04%).

A fenti adatok egy átlagos holland közforgalmú gyógyszertár, a gyógyszertári piaci szereplők többségének helyzetét tükrözik. A sürgősségi és kórházi gyógyszertárak más helyzetben vannak. Egy átlagos sürgősségi gyógyszertár 2017-ben „csak” 24.000 alkalommal adott ki gyógyszert 14.700 személy részére és 682.000 EUR bevételt realizált. Az egy gyógyszertárra jutó honoráriumokból származó bevétel átlagosan 566.000 EUR, kiadott gyógyszerenként csaknem 24 EUR. A gyógyszerkiadásért járó honoráriumok tekintetében a sürgősségi gyógyszertárak között nagy különbségek vannak.

Hollandiában 2000. óta a kórházak ambuláns gyógyszertárakat működtethetnek, ahol a betegek a szakorvosi konzultációt vagy a kórházból való elbocsátásukat követően kivehetik gyógyszereiket. Az 1.000 ambuláns kórházi gyógyszertár 2017-ben 24.000 személy részére 85.000 doboz gyógyszert adott ki. Az átlagos éves bevétel 3.8 millió EUR volt. Ebből 804.000 EUR a szolgáltatás térítéséből származott. Az ambuláns kórházi gyógyszertárak bevétele az elmúlt évben erőteljesen (több mint 9%-kal), csökkent, mivel ezek ritkábban adnak ki hepatitis elleni új, drága gyógyszereket.

A brit gyógyszerellátás vészforgatókönyve „No-Deal-Brexit” esetére
The Pharmaceutical Journal 27 JUL 2018

Kulcsszavak: gyógyszer, gyógyszerellátás, Brexit, Nagy-Britannia

Forrás Internet-helye: <https://www.pharmaceutical-journal.com/news-and-analysis/news/millions-of-patients-could-be-affected-by-no-deal-brexit-medicines-shortages-says-mhra-chief/20205240.article?firstPass=false> ;

Nagy-Britanniában lassan tért nyernek az aggodalmak, melyek szerint a *Brexit* kemény, különleges megállapodásokat nélkülöző kimenetele („*No-Deal-Brexit*“) esetén nehézségek léphetnek fel a gyógyszerellátás területén. **Matt Hancock egészségügyi miniszter** máris szükségleti tartalékok felhalmozását tervezi. A gyógyszerészek pedig létrehoztak egy saját *Brexit*-fórumot.

Sir Michael Rawlins, a brit gyógyszerhatóság (Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency – MHRA) elnöke különös hangsúllyal hívta fel a figyelmet arra, hogy kemény *Brexit* esetén akár az ország inzulinellátása is veszélybe kerülhet, márpedig Nagy-Britannia ennek minden cseppjét importból szerzi. Maga **Theresa May miniszterelnök** is 1-es típusú diabéteszben szenved, tehát inzulinkezelésre szorul.

Martin Sawyer, a Healthcare Distribution Association (HDA) ügyvezetője szerint a nagykereskedők is felkészülnek a szükségállapotra. Előreláthatóan már 2019 első negyedévében nagyobb tételeket rendelnek meg beszállítóiktól. Ám mindenekelőtt szükség lenne a brit gyógyszerpiac szükségleteinek felmérésére és vésztartalékok felhalmozására. A részletekről, a legszükségesebb gyógyszerek listájáról azonban az egészségügyi minisztériumnak kell döntenie.

A közforgalmú gyógyszertárak ugyancsak lázasan készülnek a kilépés következményeinek megfelelő kezelésére. Az officina gyógyszertárak és a *Pharmaceutical Services Negotiating Committee (PSNC)* kezdeményezésére létrejött a *Brexit*-fórum, amelynek alapító tagjai: a *National Pharmacy Association* keretében tömörült független gyógyszertárak vezetői, az *Association of Independent Multiple Pharmacies*, a *Royal Pharmaceutical Society*, valamint a diszpenzációs joggal rendelkező orvosok és a gyógyszerkereskedők szövetségei.

A fórum célja, hogy a gyógyszerészek információkhoz jussanak a *Brexit* gyógyszertárakra és a beszállítói láncra gyakorolt hatásáról, valamint, hogy a legjobb tanácsadást nyújthassa az átmenet folyamatáról. **Gordon Hockey, a Pharmaceutical Services Negotiating Committee (PSNC)** műveleti igazgatója reményeit fejezte ki abban a tekintetben, hogy a fórumnak „*No-Deal-Brexit*“ esetén sikerülni fog megakadályoznia a beszállítói láncban fellépő problémákat. Azt, hogy mely gyógyszerek esetén jelentkezhetnek ellátási nehézségek, maga sem tudta megmondani.

Daniel Grandt et al.: A BARMER egészségpénztár jelentése a gyógyszerkiadásokról – Arzneimittelreport 2018

BARMER, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse,
Band 10, Berlin, Juni 2018. (274 p.)

Kulcsszavak: gyógyszer, gyógyszerkiadások, BARMER egészségpénztár, Németország

Forrás Internet-helye:

<https://www.barmer.de/blob/159166/b9999fb6ca0a7b98f523c70dbc29c251/data/dl-report-komplett.pdf>

Az egy biztosítottra jutó gyógyszerkiadások 2017-ben 2016-hoz viszonyítva négy százalékkal növekedtek. Az előző két évben (2015-2016) az egy biztosítottra jutó kiadásnövekedés 5,2% volt. 2017-ben nőkre átlagosan 661 EUR, férfiakra 612 EUR gyógyszerköltség jutott, ami átlagosan 640 EUR-nak felel meg. 2010 és 2017 között a kész gyógyszerekre (receptúrák nélkül) fordított kiadások 24,6%-kal, 3,89 milliárd EUR-ról 4,83 milliárd EUR-ra növekedtek.

2017-ben 6.626.845 biztosított, a BARMER biztosítottai 78%-a számára írtak fel gyógyszert. A gyógyszerfelírások költségei összesen 5.468.353.941 EUR-t tettek ki (640 EUR/biztosított). A gyógyszerkiadások 2016-hoz viszonyítva 2017-ben összesen 154 millió EUR-ral, négy százalékkal, biztosítottanként 25 EUR-ral növekedtek. A gyógyszerkiadások 85%-a a magasabb gyógyszeráraknak, 15%-a a receptszám növekedésének volt tulajdonítható.

Az egy gyógyszercsoporttal kezelt betegek körében az új alvadásgátlóknál 23%-os növekedés következett be. 2017-ben a BARMER biztosító 44.000 biztosítottjánál kezdtek el valamilyen új alvadásgátlóval való kezelést. Ugyanakkor ennél csaknem 20.000-rel kevesebb beteget kezeltek K-vitamin-antagonistákkal.

A 100.000 EUR-t meghaladó, onkológiai gyógyszerekkel kezelt betegek száma folyamatosan növekedik. E betegek aránya 2017-ben: 1.000 biztosítottra 3,2 volt, 2015. óta két és félszeresére növekedett. Nem meglepő tehát, hogy a legmagasabb abszolút költségnövekedés az onkológusoknál volt tapasztalható. Az átlagos kiadások 2013 és 2017 között 2.511 EUR-ral, betegenként 11.003 EUR-ra növekedtek. Őket a gasztroenterológusok követik, akiknél az egy betegre jutó magas költségű, hepatitis C kezelésére szolgáló gyógyszerek költségnövekedése betegenként 785 EUR volt.

***Jelentés az orvosi honoráriumok helyzetéről Németországban
2016 első két negyedében – Honorarbericht 2016***
Kassenärztliche Bundesvereinigung, Juni 2018

Kulcsszavak: orvosi honoráriumok, Németország

Forrás Internet-helye: (az összes korábbi jelentéssel együtt a KBV honlapján): <http://www.kbv.de/html/honorarbericht.php> ;
http://www.kbv.de/media/sp/Honorarbericht_Quartal_1_2016.pdf ; (110 p.);
http://www.kbv.de/media/sp/Honorarbericht_Quartal_2_2016.pdf (126 p.)

A szerződött orvosok és pszichoterapeuták honoráriumokból származó bevételei 2016 első két negyedében enyhén növekedtek. Ennek során több pénz folyt be az új és specializált kezelési eljárások körében nyújtott költségvetésen kívüli szolgáltatásokból. A Betegpénztári Orvosok Szövetségi Egyesülete ezért figyelmeztet az alapszolgáltatások elkülönülésének kockázatára.

A honoráriumokról szóló jelentés szerint a betegpénztári orvosok és pszichoterapeuták 2016 első negyedében 2,6%-kal, második negyedében 4,1%-kal kerestek többet, mint 2015-ben.

A mérsékelt növekedés ellenére, 2016 első félévében a kifizetetlen szolgáltatások száma változatlanul magas volt: szakorvosi csoportonként 10-20% között mozgott.

A honoráriumi többlet elsősorban a költségvetésen kívüli szolgáltatásoknak tulajdonítható: Miközben a morbiditással összefüggő globális térítés az első negyedévben mindössze 3,2%-kal, a második negyedévben 3,3%-kal növekedett, a morbiditással összefüggő globális térítésen kívüliek növekedése 10,8% volt.

A jelentések szerint 2016 első félévében csaknem minden orvoscsoport magasabb bevételt ért el: a háziorvosi ellátás területén az egy orvosra jutó honoráriumokból származó bevétel 2016 első negyedében 3,8%-kal, második negyedében 2,3%-kal növekedett. A szakorvosok az első negyedévben 2,0%-os, a második negyedévben 5,3%-os növekedést értek el.

Egyes orvoscsoportoknál csökkenés volt tapasztalható: az endokrinológusok bevétele az első negyedévben 3,5%-kal, a hematológusoké és onkológusoké 1,9%-kal, a sugárterapeutáké 1,1%-kal csökkent. A pszichoterapeuták viszont 2016 első negyedében 13,4%-os, második negyedében 15,5%-os bevétel-növekedést értek el.

[Lásd még: *Jelentés az orvosi honoráriumokról – Honorarbericht, 2014. 5. sz.; 2015. 13. sz.; 2016. 2. sz.; 2016. 20. sz.*]

***Christine Arentz: A holland egészségbiztosítás alakulása 2006. óta.
A reform hatásainak elemzése (6. rész):
A pénzügyi terhek alakulása, Szolidaritás***

WIP – Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln, März 2018 (36 p.)

Kulcsszavak: egészségbiztosítás, verseny, költségek, pénzügyi terhek, Hollandia

Forrás Internet-helye: <http://www.wip-pkv.de/forschungsbereiche/detail/die-krankenversicherung-in-den-niederlanden-seit-2006.html>

5. 3. A pénzügyi terhek alakulása

A költségnövekedés elsősorban azzal vált jól észrevehetővé, hogy az egészségbiztosítás területén jelentős mértékben megemelték a járulékszámítás határát. Az előző évhez viszonyítva ez 80%-os emelést jelent. A járulékszámítás kulcsa 2017-ben 2006-hoz viszonyítva alig változott (2006: 6,5%; 2017: 6,65%).

A biztosítottak által a biztosítók részére befizetendő átalánydíjak ugyancsak növekedtek. Ezek szeszélyes változása annak volt tulajdonítható, hogy az átalánydíjak reagálnak az alapszolgáltatások katalógusában, ill. a költséghozzájárulásoknál bekövetkező változásokra. Ezenkívül a biztosítók tartalékaik egy részét mindig úgy alakítják, hogy az befolyásolhassa az átalánydíjakat.

A 2008-ban bevezetett (akkor 150 EUR összegű) kötelező költséghozzájárulás időközben megduplázódott.

Az idő során a önkéntes költséghozzájárulást vállaló biztosítottak aránya is megduplázódott: a biztosítottak 6%-áról, azok 12%-ára növekedett. Az önkéntes költséghozzájárulás az átalánydíjak csökkenését eredményezi.

Egy átlagos felnőtt biztosított járulékokkal, átalánydíjakkal és adókkal való pénzügyi megterhelése a 2006-ban bevezetett strukturális reformot követően jelentősen megnövekedett. Egy privát biztosított 2005-ben 1.700 EUR átalánydíjat fizetett, beleértve a pótlékokat. Egy kötelező biztosított befizetése 1.600 EUR-t tett ki, ebből 300 EUR átalánydíj, 255 EUR a szolgáltatások igénybe nem vételéért járó 255 EUR, 1.000 EUR jövedelemarányos járulék volt.

A jelenlegi rendszerben egy átlagos felnőttre alacsonyabb átalánydíjak jutnak (2016-ban átlagosan 1.179 EUR), ám ezekhez átlagosan 1.590 EUR jövedelemarányos járulék és 385 EUR költséghozzájárulás adódik. Összességében egy átlagos felnőtt pénzügyi megterhelése az egészségbiztosítás keretében 3.155 EUR-t tesz ki, kétszer annyit, mint amennyit egy kötelező biztosított 2005-ben befizetett. Ehhez Hollandiában viszonylag magas adóteher járul. 2016-ban az állami költségvetések egészségügyi kiadásokból való részesedése 18%, 2005-ben 12,5% volt.

5. 4. Szolidaritás

A holland egészségügyi rendszer teljesíti az egyenlő elbánás követelményét. A korábbi duális rendszer keretében a járulékokkal való megterhelés biztosítási típusok szerint akár azonos jövedelem esetén is igen eltérő lehetett. A biztosítással nem rendelkezők száma is igen alacsony (a lakosság 0,2%-a). Az egészségbiztosítás tehát széles körben lefedi a lakosságot.

Hollandiában vita tárgya, hogy a rendszer biztosítja-e az alacsony jövedelmű háztartásokkal való szolidaritást. Egyes felmérések szerint a jövedelem egészségügyi kiadásokkal való megnövekedett megterhelése folytán sokan elmulasztják az orvoslátogatást (10,3%), vagy lemondanak a gyógyszerek kiváltásáról (6,7%). Mindkét adat valamivel elmarad az OECD átlagától, de jóval meghaladja a németországit, ahol a megkérdezettek 2,6%-a nem fordul orvoshoz a költségek miatt, 3,2%-a pedig nem váltja ki gyógyszereit.

Más tanulmányok szerint ezek a számok még magasabbak. Azon hollandok aránya, akik a költségmegterhelés miatt nem vették igénybe a kezelést vagy az orvosi vizsgálatot, 2010 és 2013 között 6%-ról 22%-ra növekedett. Ugyanezen időszakban 18%-ról 27%-ra növekedett azon biztosítottak aránya, akik szakorvosi beutalóval rendelkeztek, de nem éltek a lehetőséggel. Ebben az időszakban a költséghozzájárulás mértéke megduplázódott.

Mindennek eredményeként az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele a jövedelemtől függően változik. Hátrányos helyzetbe kerülnek azok a biztosítottak, akik nem tudják megengedni maguknak a kiegészítő biztosítást. Elsősorban az alacsony keresetűek körében növekedhet a fogászati kezeléseket igénybe nem vevők aránya.

Ezért Hollandiában különböző politikai szereplők egy egységes állami egészségpénztár mellett foglalnak állást, amely nem alkalmaz költséghozzájárulásokat. A jelenlegi rendszer hívei viszont attól tartanak, hogy egy egységes pénztár bevezetése magasabb költségekhez és alacsonyabb minőséghez vezetne. Másrészt komoly jogi akadályok is fennállnak.

A jövedelemkülönbségek miatti ellátási egyenlőtlenségek mellett a biztosítók részéről való kockázatszelekció empirikus jelei is megmutatkoznak. Ez ugyancsak különböző biztosítottak egyenlőtlen kezeléséhez vezet és elsősorban a beteg biztosítottak kárára válhat, amennyiben ezek az egészséges biztosítottakkal szemben a strukturális kockázatkiegyenlítés dacára is nem vonzó ügyfeleknek bizonyulnak a biztosítók szemében.

***Dr. Karl Blum et al.: Pszichiátriai barométer 2017/2018 –
PSYCHIATRIE Barometer 2017/2018 (1. rész)
A pszichiátriai intézetek gazdasági helyzete és beruházási tevékenysége
Deutsches Krankenhausinstitut, Düsseldorf, Juni 2018 (70 p.)***

Kulcsszavak: kórházügy, pszichiátria, pszichiátriai intézetek, gazdasági helyzet, Németország

Forrás Internet-helye:

https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/psychiatrie_barometer_2017_2018_final.pdf

2. A pszichiátriai intézetek gazdasági helyzete

2. 1. A gazdasági helyzet megítélése

A pszichiátriai osztályok 33%-a inkább jónak, 15%-a inkább nem kielégítőnek, a pszichiátriai intézetek 42%-a inkább jónak, 6%-a inkább nem kielégítőnek ítélte meg gazdasági helyzetét. A válaszolók több mint fele mindkét kórház típusnál határozatlan volt. 2015-höz viszonyítva a pszichiátriák üzleti klímája látványosan rosszabbodott. Akkor még az általános kórházak pszichiátriai osztályainak 56%-a és a pszichiátriai szakkórházak 81%-a jónak ítélte meg gazdasági helyzetét.

2. 2. A gazdasági várakozások megítélése

A 2018-ra vonatkozó várakozások tekintetében az általános kórházak pszichiátriai osztályainak, valamint a pszichiátriai szakkórházak fele nem számít gazdasági helyzetének változására. A pszichiátriai intézetek 45%-a és a pszichiátriai osztályok 37%-a gazdasági helyzetének rosszabbodására számít. Mindkét típusnál kevesen reménykednek a gazdasági helyzet javulásában.

3. A beruházások finanszírozása a pszichiátria területén

3. 1. Beruházások 2016-ban

2016-ban a pszichiátriai szakkórházak intézményenként átlagosan 1,1 millió EUR beruházást eszközöltek. A beruházás volumene tekintetében az intézmények között jelentős szórás mutatkozik. A beruházás összege az intézmények egy-egy negyedénél 200.000 EUR-t vagy annál kevesebbet

(alsó kvartilis érték), ill. 3,7 milliárd EUR-t vagy annál többet (felső kvartilis érték) tett ki. Az összes pszichiátriai szakkórháznál a beruházások volumene (kórházügyi terv szerinti) ágyanként 4.100 EUR-t tett ki. Az alsó kvartilis érték 1.533 EUR, a felső kvartilis érték 13.426 EUR volt.

3. 2. A beruházások forrásai

Csak minden második beruházásra fordított euró (52%) származott állami támogatási forrásokból. A további beruházási összegeket egyéb forrásokból kellett biztosítani. 41% direkt (pl. választott szolgáltatásokból származó bevétel, szolgáltatási térítések) vagy indirekt módon (hitelfinanszírozás) a kórház saját eszközeiből kellett biztosítani. A további összegek egyéb finanszírozási forrásokból jöttek össze (fenntartói támogatások, fejlesztési egyesületek, adományok).

3. 3. A beruházások felhasználása

Az intézmények beruházási eszközeik 76%-át épületeik át- és újjáépítésére, 8%-át helyiségek berendezésére, 5-5%-át információtechnológiára és műszaki berendezésekre, 1%-át orvostechikai eszközökre fordították.

3. 4. A beruházások rendelkezésre álló nyereségi rések

A pszichiátriai szakkórházak által eszközölt beruházásoknak mindössze a fele származik állami támogatási forrásokból. A többit a kórházaknak maguknak kell előteremteniük. A megkérdezetteknek az operatív nyereség, ill. a kamat- és adófizetés, valamint értékcsökkenés előtti eredmény (EBITDA) figyelembevételével kellett számszerűsíteniük a saját forrásokból finanszírozandó beruházások arányát. Eszerint a pszichiátriai szakkórházak egyharmadának kettő és négy százalék közötti EBITDA nyereségréssel kellene rendelkeznie. Erre a célra a kórházak 27-27%-ának kettő, ill. négy és hat százalék közötti nyereségrést kellene elérnie. Csak a kórházak 29%-a látja úgy, hogy elégséges potenciállal rendelkezik a szükséges nyereségrésnek az elkövetkező öt év során való rendszeres eléréséhez. A résztvevők 16%-a nem reménykedik ebben. A megkérdezettek többsége (56%) azonban erről nyilatkozni sem tudott.

[Lásd még: *Pszichiátriai barométer*, 2012. 9. sz.; 2015. 5. sz.; 2017. 6. sz.]

Prof. Dr. Hildegard Theobald :
Az ápolótevékenység helyzete Németországban, Japánban és Svédországban
Hans-Böckler-Stiftung
Study Nr. 383, August 2018 (84 p.)

Kulcsszavak: ápolás, ápolószemélyzet, foglalkoztatás, munkakörülmények, képzettség, Németország, Japán, Svédország

Forrás Internet-helye: https://www.boeckler.de/pdf/p_study_hbs_383.pdf

Az ápolók munkakörülményei

Az idősápolás a demográfiai átalakulás folytán az ipari államokban egyre fontosabbá válik. Ám egyetlen országban sem áll rendelkezésre a „jó gyakorlatra” vonatkozó példa az ápolók munkakörülményeiről. Mindhárom országban az időhiány, a kimerültség, a gyatra munkakörülmények jellemzők. Svédország átfogó szakképzési stratégiával rendelkezik. Japánban a bentlakásos ápolás területén viszonylag magas a férfi ápolók aránya. Németország pedig a három ország közötti összehasonlításban az ambuláns ápolás területén viszonylag magas szakképzettséggel tűnik ki, miközben a bentlakásos intézményeknél a helyzet ebben a tekintetben kedvezőtlenebb.

A három ország közös ismérve az univerzális ápoláspolitikai, amely a teljes lakosság részére biztosítja a szociális védelmet az ápolásra szorultság kockázatával szemben. Az ápolásbiztosítást Svédországban az 1960-as években, Németországban és Japánban az 1990-es években vezették be. További közös jellemző a „piacorientált restrukturálás” az idősápolás területén: Az elmúlt két évtized során folyamatosan ösztönözték a szolgáltatók közötti versenyt, meghonosították a menedzsment privát gazdaságban alkalmazott technikáit, a finanszírozást egyértelműen és egyre restriktívebb módon meghatározott szolgáltatásokért járó meghatározott árakra állították át.

A munkakörülmények felmérésére a három országban 2005 és 2012 között kérdőívek alapján, összesen 2.500 foglalkoztatott részvételével, továbbá a hivatalos statisztikák felhasználásával került sor.

Az atipikus foglalkoztatás elterjedtsége

A részmunkaidős foglalkoztatás aránya Svédországban és Japánban 60%, Németországban több mint 70%. A csekély mértékű foglalkoztatás – amin a szerző a minijobokat és a néhány órás foglalkoztatást érti – Németországban az ambuláns szektorban, a fenntartótól függetlenül, egyötödöt tesz ki. Ez elsősorban a segédmunkaerőt és a szakképzetleneket érinti. Svédországban ezek aránya az állami szolgáltatóknál 15%, a privát fenntartóknál 34%. A bentlakásos intézményi ápolás

területén a teljes munkaidős foglalkoztatottak aránya már valamivel magasabb. Németországban és Svédországban a foglalkoztatottak 40-50%-a, Japánban 93%-a teljes munkaidőben dolgozik. A szerző szerint ez utóbbi esetben ez annak tulajdonítható, hogy ezen a területen csak állami és közhasznú társasági szolgáltatók működése engedélyezett.

A szakképzés helyzete

Az ápolóképzés mindhárom országban két- vagy hároméves. A szakképzett ápolók mellett szakképzett segédápolókat és szakképzetlen munkaerőt is foglalkoztatnak. A tanulmány szerint az ambuláns szektorban a szakképzettség szintje Németországban a legmagasabb, ahol a foglalkoztatottak 53%-a hároméves betegápolói vagy idősápolói végzettséggel rendelkezik. A bentlakásos intézményi ápolás területén viszont a szakképzett ápolók aránya már mindössze 33%, a foglalkoztatottak egynegyede pedig inadekvátnak tartja felkészültségét. Ezzel szemben Svédországban sokkal kedvezőbb a helyzet, ott az ápolási otthonokban a foglalkoztatottak kétharmada rendelkezik szakképzettséggel és csak 11%-a véli úgy, hogy nem rendelkezik a szükséges képzettséggel. A japán idősápolást a szerző értékelése szerint a „korlátozott professzionalitás” jellemzi. Az ambuláns szektorban a foglalkoztatottak 26%-a, a bentlakásos intézményi ápolás területén 44%-a panaszkodik arra, hogy szakképzettsége hiányos.

Megterheltség, időhiány

Az ápolótevékenység mindhárom országban igen megterhelő. Az ambuláns ápolás területén működők körében Németországban 54%, Japánban 35%, Svédországban 37% panaszkodik rendszeres időhiányra. Németországban 52%, Japánban 28%, Svédországban 13% hetente túlórázik. A helyzet a bentlakásos intézményi ápolás területén még siralmasabb: Az időhiány a német ápolók 73%-ánál, a japánok 53%-ánál, a svédek 40%-ánál mindennapos.

Az ápolók fizikai megterheltsége: Az ambuláns szektorban Németországban és Svédországban az ápolók 40-50%-ának, a bentlakásos intézményi ápolás területén 60-70%-ának kell nap mint nap nehéz tárgyakat vagy személyeket emelgetniük. Japánban ez az arány az ambuláns ápolás területén, ahol ez elsősorban háztartási tevékenységekre terjed ki, 18%, a bentlakásos intézményi ápolás területén 81%. A munkanap végén az ambuláns ápolás területén a német megkérdezettek 46%-a, a svédek és a japánok 60%-a a fizikai kimerültség állapotába kerül. Ez az arány a bentlakásos ápolási intézményekben Németországban és Svédországban 70%, Japánban több mint 80%.

A munka tartalma tekintetében mindhárom országban az alapápolás dominál. Az ambuláns ápolás területén a háztartási tevékenységek Japánban és Svédországban

nagyobb szerepet játszanak, mint Németországban, ahol az ápolásbiztosítás ezeket a szolgáltatásokat csak korlátozott mértékben téríti. A kezeléssel összefüggő ápolótevékenység, mint pl. az injekciók beadása, Németországban az ambuláns ápolók 62%-ának, Svédországban 36%-ának feladatköréhez tartozik, Japánban egyáltalán nem tartozik hozzá. Ott az ilyen szolgáltatásokat speciális szolgáltatók biztosítják. A bentlakásos intézményi ápolás területén ebben a tekintetben a különbségek csekélyebbek.

Az autonóm munkavégzés a svédországi ápolási otthonokban és a németországi ambuláns ápolás területén a legkihangsúlyozottabb, ahol a foglalkoztatottak 40-60%-a mozgástérrel rendelkezik munkája alakítása tekintetében. Japánban ez mindkét területen 15-20%. Azok aránya is, akik érdekesnek, vagy jelentősnek tartják munkájukat, Japánban a legalacsonyabb.

A munkakörülmények alakulásának megítélése Németországban viszonylag pozitív. A megkérdezettek 40-50%-a Németországban a bentlakásos intézményi ápolás területén, Svédországban mindkét szektorban alapjában véve rosszabbodást tapasztal. Japánban a többség nem számol be változásokról. A munkahelyváltás tendenciája mindenütt erőteljesen kihangsúlyozott. A váltásra törekvők aránya Németországban az ambuláns ápolás területén 30%, Japánban az ápolási otthonokban működő ápolóknál 56%.

Japánban a bentlakásos intézményi ápolás területén a férfi foglalkoztatottak aránya viszonylag magas

A nők aránya az idősápolás területén csaknem mindenütt meghaladja a 90%-ot. Az egyetlen kivétel Japán, ahol az intézményi ápolásban a férfiak 35%-a fiatal férfi. A munkakörülményeket ott tipikusan férfiakra szabják, szinte minden státusz teljes munkaidős. Az ápolási otthonokban a szakképzettség szintje is magasabb, mint az ambuláns ápolás területén. Ugyanez érvényes a fizikai és lelki megterhelésre.

A szerző

Prof. Dr. Hildegard Theobald 2007. óta az organizációs gerontológia professzora (*Universität Vechta*). 1998 és 2006 között a Berlieni Társadalomtudományi Kutatóintézet (*Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung*) tudományos munkatársa volt. Kutatási területe: az ápoláspolitikák nemzetközi összehasonlítása, az ápolószemélyzet foglalkoztatása és munkakörülményei, a szociális egyenlőtlenség.

Kontakt

Rainer Jung

Leiter Pressestelle, Hans-Böckler-Stiftung

Tel.: 49-211-7778-150

E-Mail: Rainer-Jung@boeckler.de

A német szövetségi kormány elfogadta az ápolószemélyzet helyzetének megerősítéséről szóló törvény – Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG)

Bundesministerium für Gesundheit, 01. 08. 2018

Kulcsszavak: ápolás, ápolószemélyzet, jogszabály, ápolószemélyzet helyzetének megerősítéséről szóló törvény, Németország

Forrás Internet-helye:

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/sofortprogramm-pflege.html> ;

<https://www.kma-online.de/aktuelles/politik/detail/kabinett-beschliesst-spahns-gesetzentwurf-fuer-mehr-pflegekraefte-a-38181>

A törvénytervezet:

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/G/esetze_und_Verordnungen/GuV/P/PpSG_Kabinett.pdf

Csupán az idősápolás területén összesen 13.000 új ápolói státusz létesítésére kerül sor. Azokban a kórházakban, amelyek túl kevés ápolót foglalkoztatnak, a jövőben kevesebb beteget kezelhetnek.

A legfontosabb rendelkezések

- A bentlakásos intézményi idősápolás területén 13 000 új ápolói státusz létesítésére kerül sor, amelyet a kötelező betegbiztosítás az ápolásra szorulóknak pénzügyi hozzájárulása nélkül finanszíroz. A kevesebb mint negyven főt gondozó intézmények egy fél, a 41-80 főt gondozók egy, a 81-120 főt gondozók másfél, a több mint 120 főt gondozó intézmények két új ápolói státuszhoz jutnak.
- Az ápolószemélyzet tehermentesítése érdekében ösztönzik a digitalizációt. Ennek érdekében az ápolásbiztosítás (ambuláns vagy bentlakásos) intézményenként 12.000 EUR-t bocsát rendelkezésre. Az intézmény együttes finanszírozásával intézményenként 30.000 EUR összegben finanszírozhatók intézkedések.
- Az útiköltségek jobb térítésével elsősorban vidéki környezetben megerősítik az ambuláns idős- és betegápolást.
- Az ápolási otthonok személyi ellátottságának javítása érdekében a jövőben a költségviselők (kötelező és privát betegbiztosítás) minden egyes új és kerekített betegágy melletti státuszt teljes mértékben refinanszíroznak. Ez az új rendelkezés az „ápolás személyi költségeinek finanszírozásáról szóló új szabályozás” (*Pflegepersonalkostenfinanzierung*) hatályba lépéséig marad érvényben.

- 2018-tól kezdődően a fenntartóknak refinanszírozniuk kell az ápolószemélyzet béremelését. Az új pénzügyi forrásokat az ápolószemélyzetre kell fordítani, amit igazolni is kell.
- 2019-től kezdődően a fenntartóknak teljes mértékben refinanszírozniuk kell a gyermekápolói, betegápolói és segédápolói képzésben résztvevők első tanévi költségeit.
- A kórházak strukturális alapja 2019 után folytatja működését: erre a célra további négy évig évente 1 milliárd EUR összegű keret áll rendelkezésre. A finanszírozás az eddigiekhez hasonlóan fele-fele arányban az egészségügyi alap likviditási tartalékaiból és tartományi forrásokból történik.
- A kórházak ápolószemélyzetre fordított költségeinek finanszírozása 2020-tól kezdődően egy új, az esetátalányoktól független, kórházak szerint individuális térítés formájában fog történni.
- 2020-tól új szabályozás bevezetésére kerül sor a kórházak ápolószemélyzettel való ellátottságáról, amely rendezi az egyes kórházakban alkalmazott ápolószemélyzet és az általa teljesítendő ráfordítás közötti arányt. Egy további rendelet szankciókat tartalmaz majd azon kórházakkal szemben, amelyek nem teljesítik a személyzettel való minimális ellátottság követelményeit.
- A kórházak közötti pénzügyi újraelosztás során bekövetkező törésvonalak megelőzése érdekében pótlékok és csökkentések bevezetésére kerül sor a kórházi sürgősségi ellátásban, amelyek kiszámítására a tartományi bázisesetérték figyelembevétele nélkül kerül sor.
- Az ápolói hivatás vonzerejének fokozása érdekében az ápolási intézmények pénzügyi támogatásban részesülnek annak érdekében, hogy ápolótevékenységet végző munkatársaik jobban összeegyeztethessék az ápolást, a családi életet és a hivatást.
- A foglalkoztatottak egészségi állapotának javítása érdekében a betegpénztárakat kötelezik, hogy évente további több mint 70 milliárd EUR-t fordítsanak munkahelyi egészségfejlesztésre.
- Az ápolást végző hozzátartozók részére megkönnyítik az orvosi rehabilitáció szolgáltatásaihoz való hozzáférést.
- Tovább bővítik a videón történő orvosi rendelés, mint telemedicina szolgáltatás alkalmazási körét.

Az ápolásbiztosítás költségeinek alakulása Németországban 2017-ben

Institut Arbeit und Qualifikation der Universität Duisburg-Essen, 08. 08. 2018

Kulcsszavak: ápolás, ápolásbiztosítás, költségek, Németország

Forrás Internet-helye:

http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVI47b_Thema_Monat_08_2018.pdf

Az ápolásra szoruló személyek száma 2017-ben 553.000 fővel (20%-kal) 3,3 millióra növekedett. Miután 2017-ben a létező négy ápolási fokozat mellett egy ötödiket is bevezettek, a demenciában szenvedő személyek is jogosulttá váltak a szolgáltatásokra.

A tanulmány szerint a szolgáltatásokban részesülők száma 1995. [az ápolásbiztosítás bevezetése] óta több mint háromszorosára növekedett. Az elmúlt 20 év során a kiadások több mint megduplázódtak, elérték a 35,5 milliárd EUR-t. Ám a kedvező foglalkoztatási helyzet és a járulékkulcs 0,2 százalékponttal való emelése ellenére 2017-ben hozzá kellett nyúlni a tartalékokhoz, mivel a járulékbévételek nem voltak elégségesek a kiadások fedezéséhez. A szerzők szerint a személyi állomány biztosításával, a munka- és bérfeltételek alakulásával összefüggésben az elkövetkező években is a kiadások jelentős növekedésével kell számolni.

Mivel az ápolásbiztosítás csak az ápolás összköltségeinek egy részét vállalja át, a vizsgálat szerint egyre több ápolásra szoruló személy kényszerül szociális segélyek (ápoláshoz való segítségnyújtás – „*Hilfe zur Pflege*”) igénybevételére. Az ápolásbiztosítás szolgáltatásai és a saját jövedelem elsősorban a teljeskörű intézményi elhelyezés esetén nem elégségesek a költségek fedezéséhez. 1998 és 2016 között az „ápoláshoz való segítségnyújtást” igénybevevők száma 52%-kal, 440.000 főre növekedett.

Kontakt:

Prof. Gerhard Bäcker | Institut Arbeit und Qualifikation | Forsthausweg 2 | 47057 Duisburg | 49-203 379 2573 | gerhard.baecker@uni-due.de

Jutta Schmitz, M.A. | Institut Arbeit und Qualifikation | Forsthausweg 2 | 47057 Duisburg | 49-203 379 2254 | jutta.schmitz@uni-due.de

A kórházi ápolás statisztikája Németországban 2017-ben

Statistisches Bundesamt

Pressemitteilung Nr. 292 vom 08.08.2018

Kulcsszavak: kórházügy, ápolás, ápolószemélyzet, statisztika, Statistisches Bundesamt, Németország

Forrás Internet-helye:

https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2018/08/PD18_292_231.html

2017-ben 328.500 teljes munkaidős ápoló 19,5 millió kórházi fekvőbeteg esetet ápolott. Ez 3.400 teljes munkaidős ápolóval, ill. 1,0%-kal több volt, mint egy évvel korábban. Ezzel szemben az esetszám csökkent (-77.500, ill. -0,4%). Ha az év során egy személyt több alkalommal kezelnek, azt több esetként számlálják.

Németországban 1.943 kórházban összesen 497.200 ágy állt a fekvőbeteg kezelés rendelkezésére. Nagyjából minden második kórházi ágy (48,0%) állami és minden harmadik (33,2%) közhasznú társasági fenntartó kórházához tartozott. A privát kórházakhoz tartozó ágyak aránya 18,8% volt.

Az átlagos ágykihasználtság 77,8%, az átlagos kórházi ápolási idő 7,3 nap volt.

A kórházakban 909.800 teljes munkaidős foglalkoztatott dolgozott. Ezek közül 161.200 az orvosi szolgálatban, 748.600 a nem orvosi szolgálatban dolgozott, beleértve a 328.500 ápolási szolgálatban dolgozó foglalkoztatottat. A teljes munkaidős személyzet száma az előző évhez viszonyítva az orvosi szolgálatban 3.000 (+1,9%), a nem orvosi szolgálatban 26.300 (+3,6%) fővel növekedett.

2017-ben 2,0 millió esetet részesítettek fekvőbeteg ellátásban gondoskodási vagy rehabilitációs intézetekben. Ez 18.600 esettel több, mint előző évben (+0,9%) volt.

Az 1.143 gondoskodási és rehabilitációs intézetben 163.900 ágy állt rendelkezésre. A kórházaktól eltérően, a gondoskodás és rehabilitáció területén a privát fenntartók a legnagyobb szolgáltatók, amelyekhez az ágyak csaknem kétharmada tartozott (65,6%). Az állami fenntartók intézményei az ágyak több mint 18,7%-ával rendelkeztek. Az ágykínálat legalacsonyabb arányával a privát fenntartók rendelkeztek (15,7%).

A gondoskodási és rehabilitációs intézetekben az átlagos ágykihasználtság 83,8%, az átlagos ápolási idő 25 nap volt. Az orvosi szolgálatban 8.800, a nem orvosi szolgálatban 83.900 teljes munkaidős foglalkoztatott működött, közöttük 21.300 ápoló.

A kórháztatisztika sarokszáma 2017-ben

A kimutatás tárgya (előzetes eredmények)	Egység	Összesen	ebből		
			állami	közhasznú társasági	privát
Kórházak	Szám	1 943	559	662	722
Ágyak	Szám	497 205	238 695	165 156	93 354
Elszámolási/kihasználtsági napok	Szám	141 281 507	69 568 104	46 055 471	25 657 932
Betegek (esetszám)	Szám	19 455 301	9 508 348	6 596 376	3 350 577
Átlagos ágykihasználtság	%	77,8	79,8	76,4	75,3
Átlagos ápolási idő	Napok	7,3	7,3	7,0	7,7
Orvosi személyzet (teljes munkaidős ¹)	Szám	161 151	88 951	46 974	25 226
Nem orvosi személyzet (teljes munkaidős ¹)	Szám	748 629	412 978	221 731	113 921
ebből:					
Ápolószemélyzet (teljes munkaidős ¹)	Szám	328 519	170 682	104 347	53 490
Gondoskodási és rehabilitációs intézetek	Szám	1 143	225	310	608
Ágyak	Szám	163 917	30 700	25 739	107 478
Ápolási napok	Szám	50 140 701	10 140 829	8 187 727	31 812 145
Betegek (esetszám)	Szám	2 002 594	402 930	288 504	1 311 160
Átlagos ágykihasználtság	%	83,8	90,5	87,2	81,1
Átlagos ápolási idő	Napok	25,0	25,2	28,4	24,3
Orvosi személyzet (teljes munkaidős ¹)	Szám	8 788	1 841	1 060	5 887
Nem orvosi személyzet (teljes munkaidős ¹)	Szám	83 912	15 705	13 368	54 840
ebből:					
Ápolószemélyzet (teljes munkaidős ¹)	Szám	21 290	3 766	3 726	13 798

Felmérés az ápolók keresetéről Németországban
pflegejobs. Der Wohnen im Alter Pflegestellenmarkt

Kulcsszavak: ápolás, ápolószemélyzet, keresetek, fizetések, bérek, Németország

Forrás Internet-helye: <https://jobs.wohnen-im-alter.de/pflege-gehalt>

A *pflegejobs* idősápolási álláskereső portál felmérése szerint a résztvevő ápolók többségének havi keresete kevesebb mint 3.000 EUR, de sokan 1.500 EUR-t sem keresnek. Teljes munkaidős foglalkoztatás esetén a havi átlagbér 2.425 EUR, részmunkaidős foglalkoztatás esetén 1.808 EUR.

A kevesebb mint 1.500 EUR-t kereső ápolók 58,6%-a részmunkaidős, 31,8% teljes munkaidős alkalmazott volt.

Azon teljes munkaidős ápolók közül, akik havi 1.500 EUR bruttó keresetet adtak meg, 47,7% még képzésben vett részt, ami azt jelenti, hogy a szakképzett teljes munkaidős ápolók több mint fele (52,3%) havonta legfeljebb 1.500 EUR-t keres.

Az ápolónők többsége 1.500 EUR és 2.750 EUR, a férfi ápolók többsége 2.501 EUR és több mint 3.750 EUR közötti összeget keres.

Egy teljes munkaidős férfi ápoló átlagosan 2.643,60 EUR-t egy ápolónő átlagosan havi 2.376,16 EUR-t keres.

Ápolói keresetek korcsoportok szerint: A keresetnövekedés folyamatos, de nem jelentős mértékű. A 16 és 25 év közöttiek átlagosan havi 2.250 EUR-t, az 56 és 65 év közötti tapasztaltabb ápolók átlagosan havi 2.600 EUR-t keresnek.

A vezetők, mint pl. az ápolási intézmények vezetői, bruttóbére havi 5.600 EUR. Egy ápolási szolgálatvezető havi 3.080 EUR-t, egy csoportvezető havi 2.800 EUR-t keres, feleannyit, mint az intézményvezető. Legkevesebbet a segédápolók keresnek, havi 1.780 EUR-t.

A közhasznú társaságként működő intézményeknél a teljes munkaidős ápolók többet keresnek mint a privát fenntartóknál (átlagosan 2.520 EUR, ill. 2.370 EUR).

Bérkülönbségek regionális vonatkozásban: Más foglalkozásokhoz hasonlóan, a teljes munkaidős ápolók átlagbére a nyugati tartományokban 2.490 EUR, miközben a keleti tartományokban átlagosan havi 2.170 EUR, a különbség 320 EUR.

A saját praxisban dolgozó házi orvosok ritkábban szenvednek burnout-ban

Journal of the American Board of Family Medicine (2018; 31: 529–536)

Kulcsszavak: praxishírek. házi orvosi ellátás, munkaegészségügy, foglalkozási megbetegedések, burnout, Egyesült Államok

Forrás Internet-helye: <http://www.jabfm.org/content/31/4/529.full.pdf> ;
<https://nyulangone.org/press-releases/doctor-burnout-in-small-practices-is-dramatically-lower-than-national-average-new-study-concludes>

Donna Shelley CV: <http://www.cduhr.org/profile/shelley-donna/#.W1H5KNIzaUk> ,
Email: donna.shelley@nyumc.org

Donna Shelley (Langone Medical Center, New York University) és mt. tanulmánya szerint a saját praxist működtető, vagy kevesebb mint öt kollegával dolgozó szabadfoglalkozású orvosok ritkábban panaszkodnak *burnout*-ra. Ennek oka a magas „*adaptive reserve*“ lehet. A kutatás keretében 235 orvost és *nurse practitioner*-t kérdeztek szakmai elégedettségükről. Csak 29-en (13,5%) válaszolták, hogy *burnout*-ban szenvednek.

Az Egyesült Államokban az orvosok 54%-a szenved *burnout*-ban.

A felmérések általában nagyobb kórházakban készülnek. Ezek eredményei tehát az elsődleges orvosi ellátás vonatkozásában nem reprezentatívak, hiszen ez a tevékenység csaknem 70%-ban kisebb praxisokban, maximum öt orvos közreműködésével zajlik. Az ilyen kis praxisok („*small independent primary care practices*“ – *SIP*) kétharmadát egyetlen orvos működteti.

Egy bivariáns analízis szerint a magas elégedettség nem hozható összefüggésbe sem a praxisban működő orvosok, sem az ellátandó betegek számával. Hasonlóképpen semmi befolyást nem gyakorol a munkaidő és a praxis jellege. Az orvosok az alulellátott régiókban is tendenciálisan kevésbé szenvednek *burnout*-ban.

Legjelentősebb befolyást ebben a tekintetben az „*adaptive reserve*“ gyakorolja. Ez egy munkakultúra megnevezése, amelyben az orvosok érzik, hogy képesek tanulni a hibákból, képesek továbbfejlődni és minden érintettel nyíltan beszélni az előttük álló problémákról. Az „*adaptive reserve*“-hez tartoznak még a nyílt kommunikációs praktikák, a bizalom és csapatmunka, a kollektív hatékonyság és tanulási kultúra. Azon orvosok 88%-a, akik úgy látták, hogy e képességek birtokában vannak, ritkábban panaszkodtak *burnout*-ra (odds ratio 0,12; 95%-konfidencia-intervallum 0,02–0,85).

A szerzők szerint ez figyelemreméltó eredmény, mivel az Egyesült Államokban az elmúlt években nem kevés kis praxis került gazdasági szükséghelyzetbe, az orvosok munkaideje nem szabályozott és az egyes orvosoknak folyamatosan elérhetőnek kell lenniük.

[Lásd még: *Burnout az orvosok körében, 2016. 23. sz.*]

A hónap grafikonja. Az egészségügyi dolgozók 26%-a kap szabadságpénzt
Statista, 11. 06. 2018

Kulcsszavak: egészségügyi dolgozók, béren kívüli juttatások, szabadságpénz, Németország

Forrás Internet-helye: <https://de.statista.com/infografik/14193/beschaefigte-mit-urlaubsgeld-nach-branchen/>

A *Hans Böckler Stiftung* felmérése szerint Németországban 2017-ben átlagosan minden második foglalkoztatott kapott szabadságpénzt: a tarifaszervezést alkalmazó vállalkozásoknál 71%, a tarifaszervezés nélkülieknél 38%.

A szabadságpénzben részesülők aránya ágazatok szerint: feldolgozó ipar 64%, energiaágazat 55%, járműkereskedelem és -javítás 54%, közlekedés és raktározás 51%, építőipar 48%, szabadfoglalkozásúak, tudományos és műszaki szolgáltatók 35%, pénzügyi és biztosítási ágazat 35%, vendéglátóipar 34%, egyéb gazdasági szolgáltatók 28%, *egészségügy és szociális ügyek területén 26%*, információ és kommunikáció 22%, oktatás-nevelés 18%.

Wer bekommt Urlaubsgeld?

Anteil der Beschäftigten mit Urlaubsgeld nach Branchen 2017



Basis: 4.200 Befragte in Deutschland; 01.01.2017–28.02.2018

Quelle: Hans Böckler Stiftung

statista

Hedda Nier

Data Journalist

hedda.nier@statista.com

Tel.: +49 (40) 284 841 558

† *Elhunyt Cora van der Kooij holland ápoló, ápoláskutató*

Forrás Internet-helye: https://de.wikipedia.org/wiki/Cora_van_der_Kooij ;
<http://coravanderkooij.com/maeutik/autobiografische-entwickselungsgeschichte> ;
<https://imoz.nl/nieuws/cora-van-der-kooij/> ;



Cora van der Kooij (Sz. 1946. július 10. Amszterdam; † 2018. augusztus 8. Utrecht), ápoló, történész, ápoláskutató. Az idősápolás érzelmi kihívásaival foglalkozott. Ebből a perspektívából kiindulva kidolgozta és meghonosította az ápolás maieutikus modelljét.

Humán tagozaton, klasszika filológia osztályban érettségizett.

1969: A *Vrije Universiteit Amsterdam* ápolóképzőjében végzett.

1979: történettudományi doktoranduszként végzett, *Rijksuniversiteit Utrecht*.

1980-ig: ápolónő, *Algemeen Ziekenhuis Amsterdam*.

1981-1982: praxiskoordinátor egy ápolási otthonban.

1985-ig: ápoláskutató, *Instituut voor Verplegingswetenschap*.

1996-ig: főkutató és projektvezető, *Nationaal Ziekenhuisinstituut*.

1990-1996: projektvezető, *Stichting Validation*.

1996-2007: kutatás-fejlesztési főmunkatárs, majd a tartalmi és fejlesztési ágazat vezetője az IMOZ-nál (IMOZ – maieutikus ápolásfejlesztési intézet).

1998: *Validation Teacher* képesítést szerzett a *Validation Training Institute*-nél.

2003: Pszichiáteri végzettséget szerzett a *Vrije Universiteit Amsterdam* orvostudományi karán.

2004: AZ IMOZ-egyesület alapító tagja

2007-ben megalapította a „*Feeling for Care*“ hollandiai irodáját.

Önálló publicistaként, fejlesztőként, tanácsadóként, trénerként és kutatóként is dolgozott.

2007. óta az *IMOZ Nederland* elnökségi tagja.

2009-ben az IMOZ-akadémiák fejlesztési műhelyeként megalapította a „maieutikus akadémiát”; az IMOZ németországi „maieutikus akadémiájának” társalapítója, az osztrák szervezetben is aktív szerepet vállalt.

2008. óta több rákos megbetegedést diagnosztizáltak nála, majd bevonult egy hospice-ba. 72 évet élt.

[**N. B. Maieutika** — bábáskodás művészete. Szókratész nevezte így a maga mesterkedését. Világra kell hozni a másiktól a gondolatokat, mivel maga nem képes rá. Jól megválasztott kérdéseivel beszélgetőtársait a kételkedésig vezeti, hogy onnan önmaga juthasson el a helyes felismerésig. Tevékenysége abban különbözik a bábától, hogy nem a testnek, hanem a léleknek segít. Forrás: <http://www.oocities.org/oraveczbarna/filozofia.html> ; https://teol.lutheran.hu/tanszek/rendszeres/oktatas/eloadasok/filtort/filtort_3_szokratesz.pdf]

Christine Arentz: A holland egészségbiztosítás alakulása 2006. óta.

A reform hatásainak elemzése – egységes szerkezetben

WIP – Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln, März 2018 (36 p.)

Forrás Internet-helye: <http://www.wip-pkv.de/forschungsbereiche/detail/die-krankenversicherung-in-den-niederlanden-seit-2006.html>

2. A holland egészségügyi rendszer 2006 előtt

1941-ig Hollandiában teljesen privát egészségbiztosítási rendszer működött. A biztosítók többnyire kölcsönösségen alapuló egyesületként szerveződtek és díjfizetés ellenében természetbeni szolgáltatásokat nyújtottak. A biztosítottak számára az első kontaktszemély akkor is a házi orvos volt, szakorvoshoz házi orvosi beutalóval fordulhattak. A biztosítási díjak mértékét úgy alakították, hogy azokat az alacsony jövedelemmel rendelkezők is megengedhessék maguknak, a díjfizetés tekintetében nem volt különbség fiatalok és öregek, egészségesek és betegek között. Az orvosi honoráriumok mérsékeltek voltak. Ennek ellenében azonban az orvosok elvárták, hogy a magasabb jövedelemmel rendelkezők maguk fizessenek és ne vegyenek részt a biztosítási rendszerben. Így alakult ki az ún. jóléti küszöb, amely fölött a magasabb jövedelemmel rendelkezőknek ki kellett válniuk a biztosításból.

A második világháborús német megszállás idején az egészségbiztosítás állami-közjogi jelleget öltött, amelynek keretében a bizonyos jövedelmi határ alatti munkavállalóknak biztosítást kellett kötniük. A kötelező állami biztosítás keretében önkéntes biztosításra is lehetőség nyílt. A biztosítók magánjogi alapon szerveződtek ugyan, de azokat a kötelező biztosítással összefüggésben az államnak kellett engedélyeznie. Így jött létre a biztosításfelügyelet. A kötelező biztosítás járulékai jövedelemarányosan alakultak, az önkéntes biztosítottak számára megtartották az átalánydíjat. Az 1950-es években ehhez hozzáadódott az alacsony jövedelemmel

rendelkező nyugdíjasok egészségbiztosítása, mivel a kötelező biztosítás rendszerint a 65-ik életévvel kifutott, az önkéntes biztosítás díjai pedig a nyugdíjasok számára túl magasak voltak.

E biztosítási ágazatok mellett kialakult egy privát egészségbiztosítás mindazok számára, akik nem tartoztak a kötelező biztosítás körébe. A privát biztosítók szabadon alakíthatták díjaikat és szolgáltatásaikat. A köztisztviselőkre és a rendőrökre különleges szabályok vonatkoztak.

Az 1960-as évek végén bevezették a súlyos egészségi kockázatok költségeire vonatkozó biztosítást (*Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten – AWBZ*), amely minden holland állampolgár számára kötelezővé vált, finanszírozása jövedelemfüggő járulékokból történt. A szolgáltatási katalógus kiterjedt a hosszú időtartamú kórházi ellátásokra, az ápolási otthonban való gondozásra, valamint ápolási otthonban való helyek biztosítására a fogyatékkal élők számára. Ez a biztosítás az egészségbiztosításhoz kapcsolódott, tehát mindenkinek AWBZ-biztosítást is kellett kötnie egészségbiztosítójánál.

Az önkéntes biztosítási ágazatot 1986-ban megszüntették. Ezt egyebek között szelekciós effektusok terhelték: A privát biztosítók kedvezőbb díjakat kínálhattak a fiatal önkéntes biztosítottaknak, idősebbeket viszont csak magas díjak ellenében fogadtak be. A privát egészségbiztosítás keretében nem képeztek tartalékot az időskori egészségügyi ellátás céljából. Ez a biztosítás ún. kohorsz-specifikus felosztó-kirovó rendszerként működött, oly módon, hogy minden egyes korosztály maga viselte költségeit. Emiatt ez óhatatlanul növekvő díjakkal járt az időskorúak számára. A szelekciós folyamatok folytán a biztosítás kockázati profilja rosszabbodott, miáltal magas deficitek keletkeztek, amelyek az ágazat felszámolásához vezettek. Ezzel együtt a nyugdíjasok egészségbiztosítása is megszűnt.

3. Konvergencia-törekvések az egészségbiztosítás területén a reformot megelőző időszakban

Az 1980-as években egy gazdasági válság idején fokozódott az erőteljesen állami irányítású rendszerrel szembeni elégedetlenség. A biztosítók több mozgásteret követeltek a szolgáltatókkal kötött szelektív szerződések

alapján nyújtott ellátás számára. Az alapvető reformra irányuló politikai akarat jó ideig hiányzott, jóllehet az ún. **Dekker-Bizottság** már 1987-ben megteremtette a későbbi reform elvi alapjait. A 2006-ban bevezetett reformot azonban megelőzte néhány jelentős lépés, amelyek a privát és az állami biztosítás közötti erőteljes hasonlúshoz vezettek.

Egyrészt fokozatosan kiegyenlítődtek az állami és a privát ágazat közötti térítésbeli különbségek. 1982-ig az egészségbiztosítási pénztárak országos szinten tárgyaltak a szolgáltatókkal a térítésekről. A privát elszámolású szolgáltatások árait az orvosok maguk határozhatták meg, ezért a privát biztosítottak térítései jóval magasabbak voltak. Az 1980-as években a privát biztosítók számára megteremtődött a törvény általi lehetőség, hogy díjtételekben állapodjanak meg a szolgáltatókkal. Ha nem jött létre megállapodás, ezeket egy központi hatóság határozta meg, amelynek a biztosítók és orvosok közötti megállapodásokat is vizsgálnia és engedélyeznie kellett. A hatóság befolyásával élve erőteljesen közelítette egymáshoz az állami és a privát ágazat térítéseit. Így az állami biztosítottak részére nyújtott állami szubvenció a privát biztosítottak közvetítésével csökkent.

Az 1990-es években megszűntek a privát és az állami biztosítók közötti együttműködés korlátai, így konszernek jöttek létre, amelyek egyetlen ernyő alatt egyesítették a két biztosítási ágazatot, valamint a privát kiegészítő biztosítást.

Az állami egészségbiztosítás keretében 1992-ben bevezették a biztosítók közötti választás lehetőségét. A jövedelemfüggő járulékok egy alapba folytak be, amely az életkor, a nem, a munkaképtelenség, a keresőtevékenység és a régió kritériumai szerint osztotta szét a forrásokat. A jövedelemfüggő járulék azonban nem fedezte a költségeket, a deficitet átalánydíjakból kellett fedezni, amelyeknek egy-egy pénztár összes biztosítottja számára egyenlőknek kellett lenniük. Ezzel egyidejűleg az állami pénztárakat tartalékok képzésére kötelezték a gazdasági kockázatok semlegesítése érdekében. A privát biztosítóknak már korábban is teljesíteniük kellett ezt a feltételt. Az állami biztosítók számára már nem állt fenn a szolgáltatókkal való szerződéskötési kötelezettség, tehát nem

kellett valamennyiükkel ellátási szerződéseket kötniük. Ezenkívül az állami egészségbiztosítókra is kiterjesztették a versenyjog szabályait.

4. A holland egészségbiztosítás (Zvw) alakulása 2006. óta

A 2006-ban bevezetett új törvénycsomag megteremtette az egységes egészségbiztosítási piacot. Ezt a privát egészségbiztosítás finanszírozásának módja is megkönnyítette, mivel ez Hollandiában nem tartalmaz időskori betegellátást célzó előtakarékosságot. Az eddigi egészségbiztosítás versenyelemei, mint a biztosító szabad megválasztása és a szelektív szerződések, az új rendszerben is fennmaradtak.

A holland egészségbiztosítás a reformot követően több pilléren alapult: egészségbiztosítás (*Zorgverzekeringswet – Zvw*) az alapellátás, az egy évnél rövidebb kórházi ellátás területén, a kötelező ápolás és tartós ellátási biztosítás krónikus megbetegedések esetén (AWBZ), tartós ápolás és egy évet meghaladó kórházi ellátás területén, továbbá önkéntes kiegészítő biztosítások, kiegészítő tarifák az alapvédelem céljából, elsősorban a fogászat és a fizioterápia területén. 2007. óta az ápolásra szoruló és inklúziós nehézségekkel küszködők szociális segélyeit az önkormányzatok finanszírozzák (WMO-törvények).

2015-ben reformálták az ápolásról és tartós ápolás biztosításáról szóló törvényt (AWBZ). A biztosítás fókuszja most már a tartós ápolásra, az éjjel-nappali otthoni, vagy ápolási otthonban való ápolásra esik. Az ambuláns ápolást áthárították az egészségbiztosításra, miközben a háztartásban nyújtott segítség és az inklúziós nehézségekkel küszködők szociális segélyeit továbbra is az önkormányzatok viselik. A mentális zavarokban szenvedő és családi nehézségekkel küszködő fiatalok gondozását ugyancsak külön törvény szabályozza, az is az önkormányzatokra hárul. Ezeket a szolgáltatásokat is adóforrásokból finanszírozzák.

4. 1. Az egészségbiztosítás reformjának célkitűzései

- ***Szolidaritás:*** Minden polgár egy egységes rendszer keretében azonos feltételek mellett rendelkezik biztosítással, az egészségügyi ellátás

hosszútávon jövedelmétől függetlenül minden biztosított rendelkezésére áll.

- **Verseny általi hatékonyság:** A biztosítók szabad megválasztása és a biztosítók szélesebb mozgástere arra ösztönzi a biztosítókat és szolgáltatókat, hogy kedvező körülmények között, magasabb szintű szolgáltatásokat biztosítsanak.
- **Saját felelősség:** A költség hozzájárulások a szolgáltatások felelősségteljes igénybevételére készítik a biztosítottakat.
- **Költségcsökkentés:** A versenyre és saját felelősségre irányuló intézkedések összességében garantálják az egészségügyi költségcsökkenést és a hosszútávú finanszírozhatóságot célozzák.
- **Kevesebb állam**

4. 3. Az egészségügyi kiadások finanszírozása

Az egészségügyi kiadások finanszírozása az egészségbiztosítás keretében átalánydíjak, költség hozzájárulások, jövedelemarányos járulékok és adóforrások elegyéből származik. 2017-ben a jövedelemarányos járulék 6,65%, a járulékszámítás felső határa 53.701 EUR volt. A járulékok kivetése minden jövedelemtípusra kiterjed, azokat a pénzügyi hatóság hajtja be. A járulékokat innen átutalják az egészségbiztosítási alap részére, amely a strukturális kockázatkiegyenlítést is finanszírozza. A jövedelemarányos járulékok állami kiszabására oly módon kerül sor, hogy azok a kiadások 50%-át fedezzék.

A biztosítottaknak a jövedelemarányos járulékok mellett bizonyos átalánydíjjal is hozzá kell járulniuk a költségfedezethez, amit direkt a biztosítókhöz kell befizetniük. 2017-ben az átalánydíj átlagosan 1.353 EUR-t tett ki. A nem fizetők aránya a biztosítóknál 2010. óta az összes biztosított 2%-a volt, 2016-ban valamelyest csökkent (1,8%). Akik nem tudják kifizetni az átalánydíjat, adókból finanszírozott támogatásban részesülnek.

Az évente fizetendő költséghezjárulás összege 2017-ben 385 EUR volt. Ezt csak a felnőtteknek kell kifizetniük. A költséghezjárulás alól kivételt képeznek még: a háziorvosi, terhességi és anyasági szolgáltatások, az integrált ellátás és az ambuláns ápolás. A biztosítottak járulékcsoökkentés céljából magasabb költséghezjárulás mellett dönthetnek.

Adóforrások az egészségbiztosítási rendszer finanszírozásában: 18 éven aluliak ellátása járulégmentes, bizonyos jövedelemhatárokat el nem érő háztartások (2018-ben egyedülállóknál évente 27.857 EUR, házaspároknál 35.116 EUR) szociális kompenzációban részesülnek. 2014-ben a privát háztartások fele részesült adókból finanszírozott szociális kompenzációban.

Adóforrások az ápolás területén: ápolási segítségnyújtás finanszírozása, inklúziós nehézségekkel küszködők részére nyújtott szociális segélyek, fiatalok lelki egészségének támogatása. Ezeket a szolgáltatásokat az önkormányzatok biztosítják. Az ápolásbiztosítás finanszírozása jövedelemarányos járulékokból történik, amelyeket ugyancsak a pénzügyi hatóság hajt be, majd továbbítja az ápolásbiztosítási alap részére. Az ápolásbiztosítás az egész lakosság számára kötelező. 2017-ben a járulék 9,65%, a járulékszámítás felső határa 33.791 EUR volt.

Az ápolásra szorulóknak részéről is jövedelemfüggő költséghezjárulás behajtására kerül sor. Éjjel-nappali otthoni, vagy intézményi ellátás esetén az első hat hónap során ez havi 842,80 EUR-t tesz ki, a minimális összeg havi 160,60 EUR. Hat hónap elteltével a fizetendő maximális összeg, a jövedelemtől és vagyontól függő járulék havi 2.312,60 EUR-ra emelkedik.

Egy átlagos felnőtt egészségügyi kiadásokra fordított megterhelése a következő: Az egy felnőttre évente jutó 5.348 EUR összegű kiadásból átlagosan 1.345 EUR az egészségügyi rendszerbe befolyó adókra jut. Egy felnőtt átlagosan 367 EUR költséghezjárulást, 1.241 EUR egészségbiztosítási átalánydíjat, 1.596 EUR jövedelemarányos járulékot és 1.122 EUR ápolásbiztosítási járulékot fizet be.

Az egyes tételek százalékos megoszlása az adóforrások kiemelkedő szerepét tükrözi. Ezek egy átlagos holland felnőtt egészségügyi kiadásainak egynegyedét teszik ki. 30% a jövedelemarányos járulékokra, 23,8% az átalánydíjakra jut. A kötelező költséghezjárulás a felnőttek

megterhelésének 7%-át teszik ki, ezzel szemben az átalánydíjak a szociális kompenzációval 6%-kal csökkennek.

4. 4. A biztosítók közötti verseny

A biztosítottak szabadon választhatnak biztosítót és évente biztosítót válthatnak. A biztosítótársaságoknak az alapellátás területén szerződéskötési kötelezettségük van, minden biztosítottat be kell fogadniuk, függetlenül azok kockázati tényezőitől és jövedelmi helyzetétől. Annak érdekében, hogy a sok beteg és/vagy alacsony jövedelmű biztosítottal rendelkező biztosítótársaságok ne kerüljenek pénzügyi kényszerhelyzetbe, a biztosítók között létrejön egy strukturális kockázatkiegyenlítés. Ez adott kritériumok szerint kiegyenlíti a biztosítók eltérő kockázati struktúráját. A strukturális kockázatkiegyenlítés finanszírozása a jövedeleमारányos járulékokból történik, amelyek azonban a kiadások mindössze 50%-át fedezik. A hiányzó összeget a biztosítóknak a biztosítottaitól behajtott átalánydíjakból kell kiegyenlíteniük. Ezek az átalánydíjak az egyes biztosítóknál különböznek egymástól, ugyanazon biztosító tarifái keretében azonban minden biztosított részére egyenlőknek kell lenniük, kockázat vagy életkor szerinti megkülönböztetés nem megengedett.

A polgárok a minden biztosító által kötelezően kibocsátott alapkatalógusból különböző tarifák között választhatnak, amelyek alapján véve a térítés módja tekintetében különböznek egymástól és különböző díjakhoz kapcsolódnak. A biztosított úgy csökkentheti a rá háruló díjat, hogy csak bizonyos szolgáltatóktól vesz igénybe ellátást, amelyek biztosítójával szerződést kötöttek.

Hollandiában a biztosítók különböző elszámolási módozatokat kínálnak fel biztosítottaiknak: Az ún. „természetbeni” („*Natura*”) szerződések a természetbeni szolgáltatások elvén alapulnak, ami azt jelenti, hogy a betegek az orvoslátogatás alkalmával nem kapnak számlát, hanem az orvos direkt a biztosítóval számol el. A biztosító bizonyos számú szolgáltatóval áll szerződésben. Ha a biztosított más szolgáltatóhoz fordul, a biztosító nem fizeti ki az összes költséget. Ún. költségtérítéses („*Restitutie*“)

szerződéseknél a biztosítottak előbb maguk fizetik ki a számlát, majd benyújtják azt biztosítójukhoz, amely aztán visszatéríti nekik. A visszatérítés mértéke ugyancsak attól függ, hogy a biztosított olyan orvoshoz fordult-e, akivel a biztosító szerződéses viszonyban áll, vagy nem. A biztosítottak rendszerint abban az esetben kapnak teljes visszatérítést, ha szerződött orvoshoz fordultak, ellenkező esetben az orvosi számla 70-80%-át kapják vissza. Kombinált („*Combinatie*“) szerződéseknél a két előbbi szerződéstípus elegyéről van szó, amelyekhez különböző térítési variánsok társulnak. Egyes kezeléseket csak bizonyos szolgáltatók igénybevétele esetén térítenek meg.

A hollandok többsége természetbeni szerződést köt, ezeket a költségtérítéssel szerződések követik. Kombinált szerződés mellett csak kevesen döntenek.

A hollandok másrészt választhatnak az individuális szerződés megkötése mellett, amelynek során maguk választják ki a biztosítót, vagy pedig ezt a döntést csoportos biztosítási szerződés keretében delegálhatják. Ez utóbbi esetben a biztosítót a munkaadó, egy egyesület, egy szakszervezet, vagy más jogi személy választhatja ki. A biztosítók csoportos biztosítás esetén kedvezményeket, árengedményeket nyújthatnak. 2017-ben a hollandok 67%-a csatlakozott csoportos szerződéshez. Csoportok számára az éves átlagos átalánydíj 2017-ben csekély mértékben, mindössze 38 EUR-ral (havi 3,17 EUR-ral) volt kedvezőbb az individuális szerződések átlagos átalánydíjánál.

Miközben a biztosítók szerződéskötésre kötelezettek, tehát minden magánszemélyt és csoportot be kell fogadniuk, a csoportok megtagadhatják egyes magánszemélyek befogadását. Tehát lehetőség nyílik kedvező kockázatokkal rendelkező homogén csoportok képződésére, amelyek aztán megfelelően kedvező biztosítási díjakat tudnak kialkudni a biztosítótársaságoknál.

4. 5. A biztosítók és szolgáltatók közötti ellátási szerződések

A biztosítók alkudozhatnak a szolgáltatókkal az árakról, a szolgáltatások volumenéről és a minőségről. Ezenkívül szelektív szerződéseket is köthetnek a szolgáltatókkal, amennyiben garantált, hogy a biztosítók a szolgáltatók kiválasztásával teljesítik ellátási kötelezettségüket. Ennek során szabad kézzel rendelkeznek abban a tekintetben, hogy ne kössenek szerződést olyan szolgáltatóval, amely alacsony minőséget nyújt, vagy túl magas árat kér. A szelektív szerződések a szakorvosi és kórházi ellátás területére vonatkoznak, a háziorvosi ellátás területére nem. A háziorvosok általában egy általuk kiválasztott biztosítóval kötnek szerződést, amely azt más biztosítási vállalkozásokra ruházza át.

A szerződéses ellátások körét az állam szabályozza. A kórházakkal való tárgyalások lehetőségének bevezetésére csak fokozatosan került sor. A kórházi térítések átalányok formájában történnek, ami a nemzetközi szinten alkalmazott DRG-rendszerhez hasonlítható. 2013. óta az átalányok 70%-a kialakítható, 30%-a nem alku tárgya.

A szabadon kialakítható szolgáltatások területén a biztosítók minden egyes kórházzal külön tárgyalnak és a térítés formáját választják. Ennek során lehetőség nyílik egy átalány-költségvetésben való megállapodásra, vagy egyes szolgáltatások volumenének és árainak tekintetében való külön megállapodásra.

4. 6. Háziorvosi rendszer

A háziorvosok a 2006-ban bevezetett strukturális reform óta is az egészségügyi rendszer fontos szereplői maradtak. A háziorvos dönt arról, hogy szakorvoshoz irányítja vagy kórházba utalja a beteget, esetleg maga végzi a kezelést (ún. kapuőri / *gatekeeping*-modell). Ez az eljárás hagyományokkal rendelkezik Hollandiában. Már a privát biztosítók is csak háziorvosi beutaló esetén térítik meg a szakorvosi ellátások költségeit. Pszichoterápia esetén is a háziorvos az első kontaktszemély. Ő dönt arról, hogy csupán enyhe pszichés zavarról van-e szó, avagy az speciális

praxisban működő szakértő általi, esetleg speciális ambuláns vagy kórházi intézményben való kezelést tesz-e szükségessé.

4. 7. Az állam szerepe

Az egészségügyi rendszer fölötti általános felügyeleti funkciója mellett az állam szabja meg az egészségügyi költségvetést. Ez egyebek között rögzíti a maximális egészségügyi kiadásokat, amelyeket az állam még kész finanszírozni. Amennyiben a biztosítók és szolgáltatók magasabb kiadásokat okoznak, az egészségügyi miniszter kötelezheti a szolgáltatókat és a biztosítókat a költségvetést túllépő összegek visszafizetésére. Ugyancsak az egészségügyi miniszter dönt az önkormányzatok által nyújtandó egészségügyi és ápolási szolgáltatások költségeiről. Ebben az összefüggésben létezik egy közösségi alap, amelyből a települések adóforrásokban részesülnek.

Hasonlóképpen az állam szabja meg az egészségbiztosítási szolgáltatások jövedelemarányos járulékait. Ennek során betartandó az az előírás, miszerint a szolgáltatások finanszírozása fele-fele arányban jövedelemarányos járulékokból és átalányokból történik.

Az állam dönt a báziskatalógus tartalmáról is, amely az ápolási intézmények kapacitástervezését biztosítja, továbbá azon szolgáltatási területek árainról, amelyekre a biztosítók és szolgáltatók közötti alkufolyamat nem terjed ki.

4. 8. A kiegészítő biztosítások szerepe

Hollandiában a biztosítottak 84%-a rendelkezik kiegészítő biztosítással. Ezek aránya ugyan 2006. óta valamelyest csökkent, ami a díjnövekedéseknek tulajdonítható (2006: évi 222 EUR; 2015: évi 313 EUR).

A kiegészítő biztosítások általában a báziskatalógus szerint nem fedezett szolgáltatásokra irányulnak, mint a fogászati kezelések és a fizioterápia.

Lehetőség nyílik az önrész szerződéses rögzítésére is, ám a gyakorlatban ilyent csak a szegényebbek vásárolnak.

A kiegészítő biztosítások területén nincs szerződéskötési kötelezettség, a biztosítók a kockázat szerint differenciálhatják a díjakat. A biztosítók általában az alapsomaggal való kombinációban kínálják biztosítottaiknak kiegészítő biztosítást.

A közbeszédben és a tudományos vitákban már régóta felmerül, hogy mindezt mennyiben használják célzottan kockázatszelekcióra. Annak ellenére, hogy Hollandiában a biztosítók közötti strukturális kockázatkiegyenlítés viszonylag magas szintet ért el, bizonyos betegcsoportok továbbra is vonzóbbak másoknál, mivel különböző csoportoknál felül- és alulfedezettség nyilvánul meg. Ezzel a biztosítók számára fennáll a kockázatszelekció iránti ösztönzés. *Van de Ven és mt. (2017)* egy aktuális tanulmányban első ízben jelezték is, hogy a biztosítók számára nem csupán fennáll a kockázatok szelekciója iránti késztetés, hanem aktívan gyakorolják is azt.

A felmérések eredményei szerint a tényleges kockázatszelekció tényleges méreteitől függetlenül, a biztosítottak nem elhanyagolható része nem váltja fel az alapt biztosítást, mivel attól tart, hogy a kiegészítő biztosítás díja egy másik biztosítónál növekedni fog, vagy hogy nem is fog részesülni kiegészítő biztosítási védelemben. Ezek aránya kórelőzményekkel rendelkező biztosítottaknál a megkérdezettek fele, az 55 év fölöttieknél egyharmada volt. A kiegészítő biztosítások rendszere ugyanis oly módon alakult, hogy a díj törzsügyfelek számára abban az esetben is azonos marad, ha egészségi állapotuk rosszabbodik (ún. garantáltan meghosszabbított szerződések), miközben az újonnan szerződött ügyfeleknél az egészségi állapot rosszabbodását figyelembe veszik a díjemelésnél. Ezért a kórelőzményekkel rendelkező biztosítottak kevésbé hajlamosak biztosítóváltásra, mivel az új biztosítónál tartaniuk kell a kiegészítő biztosítás díjának megemelésétől. Ezáltal azonban a verseny intenzitása az alapt biztosítás területén csökken, mivel a két biztosítás rendszerint egymáshoz kapcsolódik.

5. 1. A verseny helyzete a reformot követően

A reform egyik célkitűzése a biztosítók közötti verseny fokozása volt. A biztosítók közötti piaci verseny intenzitása azonban korlátozott. A piacot néhány konszern dominálja, a biztosítók egyes piaci szegmensei között kevés a mozgás.

A biztosítótársaságok között már 2006 előtt, a reformot megelőzően is több fúzióra került sor. 1990-ben még több mint 100, 2005-ben 5.741, 2017-ben 24 biztosító működött, négy nagy és öt kisebb konszern ernyője alatt. A négy legnagyobb konszern a piac 88,4%-ával rendelkezik.

A reform bevezetését követően még a biztosítottak 19%-a váltott biztosítót, számuk azonban már a következő évben csökkent és azóta 4-7%-ra esett vissza. A reform bevezetése óta a biztosítottak 63%-a egyáltalán nem váltott biztosítót.

A biztosítók és a szolgáltatók közötti tárgyalások körében ugyancsak viszonylag magas piaci koncentráció uralkodik. A kórházi ellátás területén a kórházak fúziókkal próbálták fokozni tárgyalási pozícióikat. A háziorvosi ellátás területén viszont 2015-ig az volt a helyzet, hogy egyes orvosok álltak szemben a nagy biztosítási konszernekkel. 2015-ben aztán az állam megengedte, hogy a háziorvosok is érdekképviselőkké váljanak a térítésekről a biztosítókkal folytatandó tárgyalásokra. Egyes tanulmányok szerint a biztosítók hátrányos helyzetben vannak a szolgáltatókkal szemben és a szolgáltatók közötti verseny sem működik igazából.

5. 2. A költségek alakulása

A holland egészségügyi rendszer az egy főre eső kiadások tekintetében mind az EU-ban, mind az OECD-ben a legköltségesebb országok közé tartozik. Az egy főre eső kiadások Hollandiában 2006 és 2016 között csaknem mindvégig meghaladták a referenciaországokét. Ez azért is figyelemreméltó, mert Hollandia viszonylag fiatal lakossággal rendelkezik (átlagéletkor 42,6 év), a 65 év fölöttiek aránya pedig viszonylag alacsony (18,2%; átlag: 19,6%).

Ezzel egyidejűleg a költségek görbéje Hollandiában 2012. óta erőteljesen ellaposodott. Ez különböző költségcsökkentő intézkedéseknek

tulajdonítható. Ezek bevezetésére a maastrichti kritériumok újbóli teljesítése érdekében került sor, amelyek a pénzügyi és gazdasági válság során csorbát szenvedtek. Emelték a költséghozzájárulást, amelynek összege 2012-ben 220 EUR, 2013-ban 350 EUR, 2017-ben 385 EUR volt. Krónikus betegeknél csökkentették a gyógytornára való jogosultságot, bizonyos gyógyszereket, altatókat és nyugtatókat töröltek a szolgáltatási katalógusból.

Költségcsökkentési intézkedések Hollandiában 2012. óta

- A költséghozzájárulás emelése
- A krónikus betegek részére nyújtott szolgáltatásoknak az alapszolgáltatások katalógusából való törlése
- Bizonyos gyógyszerek és segédeszközök törlése az alapszolgáltatások katalógusából
- A krónikus betegek részére nyújtott pénzügyi támogatások csökkentése
- Kiadási célkitűzések a szolgáltatók részére
- A költségvetés megrövidítése elsősorban az ápolásbiztosítás területén
- Teendők delegálása egyes nem orvosi végzettséggel rendelkező asszisztensek részére
- Az ambuláns ellátásra való összpontosítás a kórházi tartózkodások megelőzése érdekében

Az egészségügyi kiadások alakulását elsősorban az ápolásra fordított kiadások befolyásolják. Az ápolásbiztosítási szolgáltatások alakítása, nemzetközi összehasonlításban a szolgáltatások engedélyezése is igen bőkezűen történik, ami az ápolási szolgáltatásoknak az összkiadásokból való részesedéséből is kitűnik (a kiadások szűk egynegyede). Hollandiában aránytalanul sok ápolásra szoruló személy ellátására kerül sor, így Hollandia az OECD-ben a legtöbbet költi ápolásra.

A kiadások a vizsgált időszakban a szolgáltatások egyéb területein is növekedtek. A kórházügy területén ez célzottan történt a várakozási idők

csökkentése érdekében. Megtakarításokra itt azért sem kerülhetett sor, mert a kórházak volumenbővítéssel reagáltak arra, hogy a biztosítókkal való tárgyalások során a térítések csökkentésére került sor.

A költségek stabilizálását csak a gyógyszerseggben sikerült elérni. A biztosítók bizonyos gyógyszereket választanak ki biztosítottaik részére – rendszerint az azonos aktív hatóanyagúak közül a legkedvezőbbeket – és csak ezeket térítik meg teljes összegben. A kiadások a prevenció és népegészségügy területén is viszonylag stabilak maradtak, ami a költségmegtakarításoknak volt tulajdonítható. A költségek minden más területen tovább növekedtek: 2006-hoz viszonyítva 38% és 42% közötti mértékben.

5. 3. A pénzügyi terhek alakulása

A költségnövekedés elsősorban azzal vált jól észrevehetővé, hogy az egészségbiztosítás területén jelentős mértékben megemelték a járulékszámítás határát. Az előző évhez viszonyítva ez 80%-os emelést jelent. A járulékszámítás kulcsa 2017-ben 2006-hoz viszonyítva alig változott (2006: 6,5%; 2017: 6,65%).

A biztosítottak által a biztosítók részére befizetendő átalánydíjak ugyancsak növekedtek. Ezek szeszélyes változása annak volt tulajdonítható, hogy az átalánydíjak reagálnak az alapszolgáltatások katalógusában, ill. a költséghozzájárulásokról bekövetkező változásokra. Ezenkívül a biztosítók tartalékaik egy részét mindig úgy alakítják, hogy az befolyásolhassa az átalánydíjakat.

A 2008-ban bevezetett (akkor 150 EUR összegű) kötelező költséghozzájárulás időközben megduplázódott.

Az idő során a önkéntes költséghozzájárulást vállaló biztosítottak aránya is megduplázódott: a biztosítottak 6%-áról, azok 12%-ára növekedett. Az önkéntes költséghozzájárulás az átalánydíjak csökkenését eredményezi.

Egy átlagos felnőtt biztosított járulékokkal, átalánydíjakkal és adókkal való pénzügyi megterhelése a 2006-ban bevezetett strukturális reformot követően jelentősen megnövekedett. Egy privát biztosított 2005-ben 1.700 EUR átalánydíjat fizetett, beleértve a pótlékokat. Egy kötelező biztosított

befizetése 1.600 EUR-t tett ki, ebből 300 EUR átalánydíj, 255 EUR a szolgáltatások igénybe nem vételéért járó 255 EUR, 1.000 EUR jövedelemarányos járulék volt.

A jelenlegi rendszerben egy átlagos felnőttre alacsonyabb átalánydíjak jutnak (2016-ban átlagosan 1.179 EUR), ám ezekhez átlagosan 1.590 EUR jövedelemarányos járulék és 385 EUR költséghozzájárulás adódik. Összességében egy átlagos felnőtt pénzügyi megterhelése az egészségbiztosítás keretében 3.155 EUR-t tesz ki, kétszer annyit, mint amennyit egy kötelező biztosított 2005-ben befizetett. Ehhez Hollandiában viszonylag magas adóteher járul. 2016-ban az állami költségvetések egészségügyi kiadásokból való részesedése 18%, 2005-ben 12,5% volt.

5. 4. Szolidaritás

A holland egészségügyi rendszer teljesíti az egyenlő elbánás követelményét. A korábbi duális rendszer keretében a járulékokkal való megterhelés biztosítási típusok szerint akár azonos jövedelem esetén is igen eltérő lehetett. A biztosítással nem rendelkezők száma is igen alacsony (a lakosság 0,2%-a). Az egészségbiztosítás tehát széles körben lefedi a lakosságot.

Hollandiában vita tárgya, hogy a rendszer biztosítja-e az alacsony jövedelmű háztartásokkal való szolidaritást. Egyes felmérések szerint a jövedelem egészségügyi kiadásokkal való megnövekedett megterhelése folytán sokan elmulasztják az orvoslátogatást (10,3%), vagy lemondanak a gyógyszerek kiváltásáról (6,7%). Mindkét adat valamivel elmarad az OECD átlagától, de jóval meghaladja a németországit, ahol a megkérdezettek 2,6%-a nem fordul orvoshoz a költségek miatt, 3,2%-a pedig nem váltja ki gyógyszereit.

Más tanulmányok szerint ezek a számok még magasabbak. Azon hollandok aránya, akik a költségmegterhelés miatt nem vették igénybe a kezelést vagy az orvosi vizsgálatot, 2010 és 2013 között 6%-ról 22%-ra növekedett. Ugyanezen időszakban 18%-ról 27%-ra növekedett azon biztosítottak aránya, akik szakorvosi beutalóval rendelkeztek, de nem éltek a

lehetőséggel. Ebben az időszakban a költséghozzájárulás mértéke megduplázódott.

Mindennek eredményeként az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele a jövedelemtől függően változik. Hátrányos helyzetbe kerülnek azok a biztosítottak, akik nem tudják megengedni maguknak a kiegészítő biztosítást. Elsősorban az alacsony keresetűek körében növekedhet a fogászati kezeléseket igénybe nem vevők aránya.

Ezért Hollandiában különböző politikai szereplők egy egységes állami egészségpénztár mellett foglalnak állást, amely nem alkalmaz költséghozzájárulásokat. A jelenlegi rendszer hívei viszont attól tartanak, hogy egy egységes pénztár bevezetése magasabb költségekhez és alacsonyabb minőséghez vezetne. Másrészt komoly jogi akadályok is fennállnak.

A jövedelemkülönbségek miatti ellátási egyenlőtlenségek mellett a biztosítók részéről való kockázatszelekció empirikus jelei is megmutatkoznak. Ez ugyancsak különböző biztosítottak egyenlőtlen kezeléséhez vezet és elsősorban a beteg biztosítottak kárára válhat, amennyiben ezek az egészséges biztosítottakkal szemben a strukturális kockázatkiegyenlítés dacára is nem vonzó ügyfeleknek bizonyulnak a biztosítók szemében.

[Lásd még: A holland egészségügyi reform tanulságai, 2010. 11. sz.; A holland modell a német rendszer szemszögéből (1-2.), 2010. 36. sz.; Ambuláns orvosi ellátás Németországban, Hollandiában és Svájcban – egységes szerkezetben, 2016. 12. sz.; A verseny szerepe az egészségügyben. Németország, Svájc és Hollandia tapasztalatai (5. rész): Hollandia. A holland egészségügyi rendszer, 2016. 16. sz., Archívumban egységes szerkezetben is;]

ELŐJEGYZÉSI LISTA:

Kórházügy

- Pszichiátriai Barométer 2018 (2. rész): A személyi állomány helyzete a pszichiátriai intézeteknél

Ápolás

- Participatív gerontotechnológia

Svájc

- A foglalkoztatói nyugdíjak helyzete
- Kényszerintézkedések a pszichiátria területén
- A Svájci Orvostudományi Akadémia irányelvei az eutanáziáról
- Az időskorúak részére nyújtott átmeneti struktúrák kínálata és igénybevétele (*Obsan Dossier 52*)
- A nem fertőző betegségek indikátorai Svájcban
- *Swiss Personalized Health Network (SAMW)*

Rövidhírek (aleatorikusan):

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