

# *Egészséggazdasági, egészségpolitikai és szociálpolitikai nemzetközi sajtószemle*

**2016. 11. sz.**

- Az ambuláns ellátás Németországban, Hollandiában és Svájcban (3. rész): Az egészségügyi rendszer keretfeltételei
- Határon átnyúló egészségügyi együttműködési projekt Németország és Svájc között, II. fázis
- Az esetszám és a minőség közötti oksági összefüggés a kórházi ellátásban
- A saját praxissal rendelkező orvosok gazdasági helyzete 2010 és 2013 között
- Jelentés a szívsebészeti beavatkozásokról Németországban 2015-ben
- Jelentés a fájdalomterápia helyzetéről
- Bírósági ítélet a laborszolgáltatások áfamentességéről
- Az Apo-Bank üzleti eredménye 2015-ben: adózás után 8,3%-os növekedés

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

**Verena Finkenstädt: Ambuláns orvosi ellátás  
Németországban, Hollandiában és Svájcban (4. rész):  
Az egészségügyi rendszer keretfeltételei**  
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>

**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 Egyesüléseivel 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: lásd 2016. 9. sz.**

**A betegbiztosítási rendszerek jellemzői:**

	<i>Németország</i>	<i>Hollandia</i>	<i>Svájc</i>
<b>Betegbiztosítási kötelezettség</b>	Igen	Igen	Igen
<b>Betegbiztosítási rendszer hivatalos elnevezése</b>	Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)	Zorgverzekerung	Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)
<b>Szubsztitútív privát betegbiztosítás</b>	Igen, a lakosság 11%-a számára	Nincs	Nincs
<b>Betegbiztosítással rendelkezők aránya</b>	99,8%	99,8%	100%
<b>Irányadó jogszabályok</b>	Sozialgesetzbuch – SGB V.	Zorgverzekeringswet (Zvw)	Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)
<b>Illetékes hatóság</b>	Bundesministerium für Gesundheit	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)	Bundesamt für Gesundheit
<b>Betegbiztosítási teherviselők</b>	123 betegpénztár	47 betegpénztár	59 betegpénztár
<b>Betegbiztosítás többségi finanszírozása</b>	Jövedelemfüggő járulékok	Jövedelemfüggő járulékok	Jövedelemtől független fejkvóta
<b>Költségátvállalás elve</b>	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
<b>Szabad pénztár-választás</b>	Igen, ha a betegpénztár a foglalkoztatási vagy lakóhelyen működik	Igen	Igen, ha a betegpénztár a lakóhely szerinti kantonban működik
<b>Az állami betegbiztosítási szolgáltatások meghatározása</b>	Országos szinten az összes biztosított számára	Országos szinten az összes biztosított számára	Országos szinten az összes biztosított számára
<b>Önálló ápolásbiztosítás</b>	Igen (SGB XI)	Igen (AWBZ)	Nincs (a betegbiztosításról szóló törvény keretében)

**Lucy Bayer-Oglesby: Határon átnyúló egészségügyi együttműködési projekt  
Németország és Svájc között, II. fázis –  
Grenzüberschreitende Zusammenarbeit Deutschland–Schweiz im  
Gesundheitswesen II. Evaluation des Pilotprojektes in der Grenzregion Basel-  
Stadt / Basel-Landschaft / Landkreis Lörrach (Phase II)  
Schweizerisches Gesundheitsobservatorium  
OBSAN DOSSIER 49, Neuchâtel, 24. November 2015 (114 p.)**

**Kulcsszavak:** egészségügy, határon átnyúló együttműködés, Svájc, Németország

**Forrás Internet-helye:**

**II. fázis:** <http://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/grenzueberschreitende-zusammenarbeit-deutschland-schweiz-im-gesundheitswesen-ii>

**I.fázis:** <http://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/grenzueberschreitende-zusammenarbeit-deutschland-schweiz-im-gesundheitswesen>

**Összefoglalás (9-12. p.):**

A svájci és a német betegbiztosítási törvényhozás alapvetően a territorialitás elvéből indul ki. Nyolc éve mindkét országban a jogszabály módosítására került sor, amely lehetővé teszi a határokon átnyúló egészségügyi kooperációt. Azóta a Basel/Lörrach régióban a „Németország és Svájc közötti határon átnyúló egészségügyi együttműködési projekt” («*Grenzüberschreitende Zusammenarbeit Deutschland–Schweiz im Gesundheitswesen – GRÜZ*») keretében a betegek számára lehetőség nyílik a szolgáltatásoknak a határ túlsó oldalán való igénybevételére. A kísérleti projekt első szakasza három évig tartott (2007-2009), majd azt további öt évvel meghosszabbították (2010–2014).

**Eredmények:**

*Monitoring 2007–2014.* A betegpénztári tagság alapján a németországi határmenti övezetben kezelésekre jogosult biztosítottak aránya a projekt kezdete óta Basel-Stadt kantonban 90%, Basel-Landschaft kantonban a második fázis kezdete óta 85%.

A kísérleti projekt 2007-ben 91 esettel indult, 2012-ben 269 esettel tetőzött. Ezt követően az esetszám csökkent, majd 2014-ben 233 volt. 2007 és 2014 között a kísérleti projekt keretében 1.535 kezelésre került sor.

A betegmobilitás rátája 2011. óta csökkent, 2014-ben a rehabilitáció tekintetében 4,6%, az ortopédiai és kardiológiai rehabilitáció tekintetében 6,0% volt. A projekt kezdete óta a bázeli betegek kizárólagosan (97,6%) rehabilitációs szolgáltatásokat vettek igénybe a résztvevő német kórházakban. A 2010–2014 közötti időszakban a projektben résztvevők 63%-a nő volt, 86%-uk 60 év fölötti. A svájci kórházakban kezelt rehabilitációs betegek körében a 61 és 80 év közöttiek aránya átlagon felüli, miközben a 80 év fölöttieké és a 61 év alattiaké annál alacsonyabb. 2010-2014. között a betegek 17,4 napot töltöttek német rehabilitációs klinikákon (medián: 15 nap). A projekt keretében a kezelések

összköltségei az esetszámmal párhuzamosan alakultak, mivel a rehabilitációs szolgáltatásokat napi átalányban számolták el. 2014-ben a költségek 810.000 CHF-et tettek ki.

*Határon átnyúló kooperációk.* A határmenti régióban számos határon átnyúló aktivitásra kerül sor. A svájci oldalon megkérdezett intézmények több mint fele rendelkezik partnerintézménnyel Lörrach járásban. A nagyobb intézmények rendszerint több kooperációval rendelkeznek, mint a kisebbek. A határon átnyúló kooperáció nem korlátozódik a kórházakra: kooperáció létezik a mentőszolgálatok között is és egy szülőotthon is részt vesz az együttműködésben. A határmenti együttműködés leggyakoribb formái a Lörrach járásból származó résztvevők számára tartott továbbképzések. A kooperációk egyötöde már több mint húsz éve folyamatban van és nem áll összefüggésben a jelenlegi projekttel. Az utóbbi években egyetlen aktivitás keletkezett a GRÜZ együttműködési projektnek köszönhetően. Az a hipotézis tehát, miszerint a kísérleti projekt ösztönzi a határon átnyúló együttműködést, nem nyert bizonyítást. A határmenti régióban sokkal inkább a projekt kezdete előtt is viruló együttműködés képe rajzolódik ki.

*Betegmobilitás a határmenti régióban.* A kórházak által közölt adatok szerint a Németországból Svájcba irányuló betegmobilitás többszörösen meghaladja a fordított irányt. 2013-ban a lörrachi kórházak 765 kezelést, a bázeliak 8.721 kezelést nyújtottak a projekt keretében. Lörrachban a kezeléseket kétharmada kórházi, egyharmada ambuláns kezelés volt. Mint az a monitoringból is kiderült, a lörrachi kórházakat kizárólagosan rehabilitációs, túlnyomórészt ortopédiai kezeléseket céljából vették igénybe. Ezek jó részét a betegek saját zsebből fizették, a balesetbiztosítás vagy a kiegészítő biztosítás csak kevés esetet térített. A Lörrach járásban kezelt 264 bázeli beteg tekintetében nem áll rendelkezésre teljeskörű információ abban a tekintetben, hogy ezekre a kísérleti projekt keretében került-e sor és hogyan történt a finanszírozás. Mivel ezek a kezeléseket nem jelennek meg az éves monitoring adataiban, feltételezhető, hogy a kezelésekre a kísérleti projekt keretében került sor. A Lörrachban kezelt bázeliaktól eltérően a lörrachiak többnyire ambuláns kezeléseket vesznek igénybe Bazelben. A 8.721 kezelés háromnegyede ambuláns, egynegyede kórházi kezelés volt. A Lörrach járásból származó betegek egyharmada határmenti ingázó munkavállaló. A kezeléseket 43%-át a svájci kötelező betegbiztosítás keretében térítették. Az ambuláns kezeléseknél a második legnagyobb betegcsoportot egyharmados aránnyal a készpénzben fizetők, kórházi kezeléseknél a németországi alaptörvényekkel rendelkezők képezik. Az adatok szerint a teljes határmenti régióban magas betegmobilitás figyelhető meg. A mindkét irányban erőteljes betegáramlás a nemzeti határok csekély jelentőségére utal. A bázeli kórházak fontos ellátási funkciót töltenek be a lörrachiak számára, akárcsak a lörrachi rehabilitációs kórházak a két bázeli félkanton lakosai számára.

*[Lásd még: Határon átnyúló egészségügyi együttműködési projekt Németország és Svájc között, I. fázis, 2011. 18. sz.]*

**Prof. Dr. Jürgen Wasem et al.:**

***Az esetszám és a minőség közötti oksági összefüggés a kórházi ellátásban***

Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI)

Essen, 2016

RWI Materialien, Heft 101, 164 p.

**Kulcsszavak:** kórházügy, esetszám, minőség, Németország

**Forrás Internet-helye:** <http://www.rwi-essen.de/publikationen/rwi-materialien/377/>

**Összefoglalás (7-10 p.)**

Az elmúlt évtizedben az egészségpolitika intenzíven szembesült a kórházi ellátás minőségét biztosító különböző jogalkotási törekvésekkel. Ebben a kontextusban került sor a minimális volumenekről szóló szabályozás (*Mindestmengen-Regelung*) bevezetésére. Első lépésben 2004-ben öt indikáció (máj-, vese- és őssejt-transzplantáció, valamint a nyelöcsőn és a hasnyálmirigyen végzett komplex beavatkozások) tekintetében határoztak meg specifikus esetszámhatárokat. A továbbiakban minimális volumeneket szabtak meg a térdízületi total endoprotézisek és az alacsony testsúlyjal világra jött koraszülöttek tekintetében. Ha valamely kórház nem éri el a megkövetelt esetszámot, a következő évben nem nyújthatja ezt a szolgáltatást. Ez abból az előfeltételezésből indul ki, hogy a magas indikációs-specifikus esetszámmal rendelkező kórházak megfelelő minőségben képesek nyújtani az adott szolgáltatást.

A nemzetközi szakirodalomban egyetértés uralkodik a minőség és az esetszámok közötti összefüggés fennállása tekintetében. Mióta Luft és mt. 1979-ben közzétették tanulmányukat, a volumen-eredmény-kutatás területén számos vizsgálat készült. Egyes tanulmányok azonban nyomatékosan kiemelik, hogy a magasabb esetszám nem jár óhatatlanul jobb minőséggel, sőt ezzel ellentétes oksági összefüggés is elképzelhető.

A volumen-eredmény-kutatás németországi helyzete viszonylag áttekinthető. Eddig – a térdízületi total endoprotézisek kivételével – a minimális volumenek értékelése tekintetében nem sikerült bizonyítékot találni arra, hogy a németországi kórházi ellátásban fennállna az

esetszámok és a minőség közötti megfelelő összefüggés. A minimális volumenekről szóló szabályozás végrehajtásával kapcsolatban csupán a kórházak elérhetőségével foglalkozott több kutatás. Jelen tanulmány éppen az eddigi kutatások hiányosságai miatt összpontosít a minimális volumenekkel szabályozott indikációk tekintetében a volumen és az eredmény közötti összefüggésre.

A tanulmány a kórházi térítésekről szóló törvény (*KHEntgG*) 21 § szerinti, 2005-2007 közötti adatállományt vette figyelembe, amely kereken 1.700 kórházban kezelt összes beteg elszámolási dokumentációjára terjed ki. Ez a DRG-adatállomány évente 18 millió beteget érint. A kórházi halálozás mellett, amelyet e tanulmány központi jelentőségű eredményként kezel, a betegekre és a kórházakra vonatkozó számos további információt tartalmaz, amelyeket a szerzők felhasználtak az ökonometriai elemzés keretében végzett kockázatértékelés során. További adatok származnak a kórházak strukturált minőségügyi jelentéseiből.

Az eredmény csak részben erősíti meg a minimális volumenekről szóló szabályozás ökonometriai elemzését. Három indikáció (a hasnyálmirigyen és a nyelőcsőn végzett komplex beavatkozások, térdízületi total endoprotézis) tekintetében az esetszámokhoz rendelt mutatók és a halálozás közötti negatív összefüggés szinte kivétel nélkül kimutatható. A többi indikációnál (máj-, vese- és összejt-transzplantáció, valamint koronáriás bypass-műtétek) nem állapítható meg az esetszám és a halálozás közötti meggyőző összefüggés. A vizsgált időszakban a műtétek elérhetőségének alakulása tekintetében az összes indikációnál csak marginális változások voltak megállapíthatók. A minimális volumenekről szóló szabályozásnak az elérhetőségre gyakorolt hatása tekintetében nem volt megfigyelhető konkrét effektus, mivel alig került sor kórházaknak az ellátásból való kizárására.

Az elérhetőség elemzéséből az is kiderült, hogy a betegek többsége nem a lakóhelyéhez közeli kórházakat keres fel. A kutatásban sor került továbbá azon kórházak azonnali, ill. szukcesszív bezárásának szimulációjára, amelyek nem érik el a minimális volumeneket. Az elérhetőség jelentősebb rosszabbodására elsősorban a nyelőcsőn és a hasnyálmirigyen végzett komplex beavatkozások esetén került sor, amelyeknél a kórházak relevánsabb aránya vétette el a minimális volumeneket. A többi indikációnál az ellátási struktúrák enyhébb mértékű felhígulása következett



be, mivel a szolgáltatók száma csak csekély mértékben csökkent. Mindkét kórházbezárási scenárium összességében hasonló eredményekhez vezetett és csak kevés indikáció tekintetében mutatott releváns eltéréseket.

A vizsgálat eredményei tendenciálisan alátámasztják a jelenlegi törvényhozást, mivel – bizonyos fenntartások ellenére – különböző indikációk tekintetében bizonyítható volt az esetszám és a halálozás közötti negatív összefüggés. Máj-, vese- és őssejt-transzplantációnál a negatív volumen-eredmény összefüggés nem bizonyítható. Mindenesetre ezeknél az indikációknál már a szolgáltatások erőteljes koncentrációja áll fenn és viszonylag kevés beteg és kórház nem éri el a minimális volumeneket, így nem érinti őket a szabályozás, ami metodikailag megnehezíti a volumen-eredmény összefüggés látványos statisztikai bizonyítását.

A kórházi struktúrákról szóló törvénytől, amely explicit módon a minimális volumen teljesítéséhez köti a térítés iránti igényt, a jövőben a minimális volumenekről szóló szabályozás végrehajtására irányuló erőteljesebb effektus várható. Mint az elérhetőségre vonatkozó elemzések mutatják, ez csak kevés indikáció tekintetében fogja csorbítani a területet lefedő ellátást. Mivel a minimális volumenekről szóló szabályozás megfelelő kivételes tényállást ír elő, az érintett régiókban korántsem léphet fel alulellátás.

***A saját praxissal rendelkező orvosok gazdasági helyzete 2010 és 2013 között –  
Jahresbericht 2014***

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi)  
Zi-Praxis Panel, 5. Jahrgang, Berlin, 21. März 2016 (172 p.)

**Kulcsszavak:** szerződött orvosok, egészséggazdaság, Németország

**Forrás Internet-helye:** <http://www.zi.de/cms/presse/2016/31-maerz-2016/> ;  
[http://www.arzt-wirtschaft.de/wirtschaftliche-lage-in-arztpraxen-es-geht-weiter-abwaerts/?auwUsrGr=so&utm\\_campaign=FINANZEN-Newsletter-20-04-2016-2016-04-20+07%3A11%3A00&utm\\_source=AuW-Newsletter&utm\\_medium=email&utm\\_term=Honorare-Wirtschaftliche+Lage+in+Arztpraxen&utm\\_content=SO](http://www.arzt-wirtschaft.de/wirtschaftliche-lage-in-arztpraxen-es-geht-weiter-abwaerts/?auwUsrGr=so&utm_campaign=FINANZEN-Newsletter-20-04-2016-2016-04-20+07%3A11%3A00&utm_source=AuW-Newsletter&utm_medium=email&utm_term=Honorare-Wirtschaftliche+Lage+in+Arztpraxen&utm_content=SO)

**Előzmény Internet-helye:** <http://www.zi.de/cms/presse/2015/12-mai-2015/>

**Összefoglalás (10-16. p.):**

A *Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi)* 2010. óta évente készíti el a szerződött orvosok és szerződött pszichoterapeuták gazdasági helyzetéről (költségek, bevétel, éves többlet) szóló jelentést.

**Az eredmények röviden:**

A praxisok gazdasági helyzete 2010 és 2013 között jelentősen rosszabbodott. Miközben az inflációtól megtisztított éves többlet csökkent, a működési költségek a fogyasztói áraknál (inflációs ráta) erőteljesebben növekedtek. A személyi kiadások növekedése mellett nem meglepő, hogy az orvosok és pszichoterapeuták jelentősen csökkentették beruházási tevékenységüket. A nominálisan látszólag magas éves többlet ellenére a biztosítottak ambuláns kezelése jóval alacsonyabb térítésben részesül, mint a kórházi tevékenység.

1. Az egy praxistulajdonosra jutó éves többlet (összbevétel mínusz működési költségek) összege 2013-ban átlagosan 145.400 EUR volt. Ám miközben a praxistulajdonosok 25%-a kevesebb mint 83.200 EUR-t, 50%-a pedig kevesebb mint 127.800 EUR-t tudott kigazdálkodni, a kollegák egynegyede több mint 184.800 EUR-t ért el.

2. Az inflációs ráta figyelembevételével a 2010 és 2013 közötti éves többlet reálértékben csökkent (-1,2%, 2013-ban: -1,1%).

3. Az éves többlet nem azonos a jövedelemmel. Amennyiben az éves többletből kivonjuk az orvosi időskori gondoskodásba, a beteg- és ápolásbiztosításba, valamint jövedelemadóba fizetett összegeket, összesen 71.758 EUR nettójövedelem (medián: 61.948 EUR), ill. havi 5.980 EUR jövedelem (medián: 5.162 EUR) marad. A saját rendelővel rendelkező orvosok és pszichoterapeuták munkaidejével összevetve nettó 32 EUR óradíj (medián 27 EUR) adódik.

4. A kötelező betegbiztosítás keretében végzett éves többlet tekintetében az „egységes értékelési skála” (*Einheitlicher Bewertungsmaßstab – EBM*) kalkulációjának alapelve, hogy a kötelező betegbiztosítás keretében végzett tevékenysége fejében egy praxistulajdonosnak legalább egy főorvos keresetét kell elérnie. Ebben a tekintetben legutóbb, 2007-ben 105.572 EUR referenciaértékben állapodtak meg. 2013-ban a

kötelező betegbiztosítás területén végzett tevékenységből származó többlet átlagosan 117.100 EUR volt.

5. Az összkiadások (működési költségek) 2010 és 2013 között praxistulajdonosonként átlagosan 7,7%-kal növekedtek. A praxisok költségnövekedése meghaladja a fogyasztói árak növekedését, amelyek ugyanazon időszakban átlagosan 5,7%-kal növekedtek.

6. Az egyes költségtípusok alakulása: A személyi kiadások 16,8%-kal, az anyag- és laborköltségek 6,0%-kal, a karbantartási költségek 11,5%-kal növekedtek. Ezzel szemben leírásokra (-12,8%), készülékek lízingelésére és bérlésére (-6%), valamint idegen tőkekamatokra (-27,9%) fordított kiadások csökkentek.

7. Az egy praxistulajdonosra jutó összbevételek átlagosan 16.400 EUR-ral (+6,0%) növekedtek. A betegpénztári tevékenységből származó bevételek növekedése enyhén átlagon felüli volt (+7,1%). A privát bevételek növekedési rátája viszont mindössze 3,4% volt. Az összbevételek növekedése egyenlőtlen volt. 2013-ban az előző évhez viszonyított növekedés mindössze 1,1% volt.

8. A kötelező betegbiztosításból származó bevételeknek az összbevételekhez viszonyított aránya 2010-ben 73,3%, 2013-ban 74,0% volt.

9. A saját rendelővel rendelkező orvosok a többletek stagnálásával összefüggésben 2013-ban jelentősen visszafogták beruházási tevékenységüket (-28,5%). Ez a fejlemény az alacsonyabb leírásokban is tükröződik. A beruházások volumene az egyes szakterületeken egyenlőtlenül oszlik meg. 2013-ban a felmérésben résztvevő praxisok 50%-a kevesebb mint 2.300 EUR-t fordított beruházásokra.

10. A saját rendelővel rendelkező orvosok gazdasági helyzetének alakulása 2010 és 2013 között szakterületek szerint: Az egy praxistulajdonosra jutó kiadások az aneszteziológusoknál 4,3%-kal, a gyermek és ifjúsági pszichiátereknél és pszichoterapeutáknál 4,5%-kal növekedtek. A legnagyobb bevételnövekedést az ideggyógyászok érték el (+5,8%). Az éves többlet növekedése ugyancsak az ideggyógyászoknál volt a legmagasabb. (+9,1%). Az ortopédia és a pszichoterápia területén a bevételek csökkentek, így az éves többlet is évente átlagosan 1,7%-kal csökkent.

11. A praxisközösségeknél az egy praxispartnerre eső összkiadások összege 2013-ban 169.200 EUR volt, 28%-kal több mint a magánpraxisoknál (132.200 EUR). A praxisközösségeknél a gyorsabb bevételnövekedést (7,6%) ugyanezen időszakban a kiadások erőteljesebb növekedése (11,9%) kompenzálta. A magánpraxisoknál azonban a kiadások gyorsabb növekedését a bevételek valamivel erőteljesebb növekedése kompenzálta (+4,3%). Az éves többlet növekedése magánpraxisoknál +4,6%, praxisközösségeknél +3,3% volt.

12. A gazdasági helyzet a praxisok szolgáltatási struktúrája szerint: 2013-ban az operatív tevékenységet folytató praxistulajdonosok, pl. a szemorvosok éves többlete (jelentős) operatív tevékenység mellett 101%-kal haladta meg a tisztán konzervatív tevékenységet folytató orvosokét. A bőrgyógyászoknál az egy praxistulajdonosra eső éves többlet kisműtétek kategóriában 74 EUR, kétszer annyi volt, mint a konzervatív tevékenységet végző orvosoknál (37 EUR).

13. Munkaidő: A saját rendelővel rendelkező orvosok (pszichoterápiás és pszichoszomatikai ellátás nélkül) 2013-ban hetente átlagosan 51 órát dolgoztak. Az orvosok elsősorban a specializált belgyógyászati szakterületeken (pl. kardiológia és

gasztroenterológia) fordítanak hosszabb időt betegeikre. A heti munkaidő legnagyobb része orvosi tevékenységekre jut (46 óra/hét). Ennek négyötödét (37 óra/hét) a beteggel való direkt kontaktusnak szentelik. Az orvosok heti munkaidejének fennmaradó része: beteg nélküli feladatok (8 óra/hét), sürgősségi szolgálat (1 óra/hét), praxismenedzsment (5 óra/hét).

14. 2013-ban az orvosok átlagosan 36 alkalommal hiányoztak munkahelyükről: ebből 29 napot szabadság, 5 napot továbbképzés, másfél napot betegség, egy napot egyéb okok miatt.

15. 2013-ban a kezelések túlnyomó részét (88%) a kötelező betegbiztosítás viselte. A betegek 1,2%-a számára a kezelési költségeket a **BG/Unfallversicherung** viselte, a sebészeti praxisoknál ezek aránya 11,1% volt.

16. Az éves többlet stagnálása ellenére a felmérésben résztvevő orvosok és pszichoterapeuták többsége jónak vagy nagyon jónak ítélte meg helyzetét. Az értékelés szakterületek szerint változó. Különösen pozitívan értékelték a praxis elérhetőségét és a nem orvosi végzettségű személyzet munkaidejét, valamint a műszaki felszereltséget. A munkaidőt a megkérdezetteknek kevesebb mint a fele értékelte jónak vagy nagyon jónak. A kórházakkal, rehabilitációs fenntartókkal és privát betegbiztosítókkal való együttműködés túlnyomórészt negatív értékelésben részesült.

17. A felmérésben 5.520 praxis, az összes praxis (98.788) 5,6%-a vett részt.

18. A *Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland* 2014-ben ötödik alkalommal tette közzé a saját praxissal rendelkező orvosok gazdasági helyzetére vonatkozó jelentését. A 2010-ben végzett első felmérés óta szűk 11.000 praxis vett rész a Zi-Praxis-Panel-ben.

19. A 2010 és 2013 közötti időszakban megfigyelhető volt az alkalmazotti munkaviszonyban működő orvosok számának növekedése. Tisztán deskriptív elemzések szerint az alkalmazott orvosokkal dolgozó praxisok gazdasági helyzete kedvezőbb. Analitikus regressziószámítással azonban kiderül, hogy az alkalmazott orvosokkal való működés éves többlet-re gyakorolt ökonómiai effektusa pozitív, de lényegtelen. Alkalmazotti munkaviszonyban működő orvosok felvétele többnyire az elégséges éves többlet termelésére képes, tipikusan nagyobb, széles szolgáltatási spektrummal és különleges szerződéses megállapodásokkal rendelkező praxisoknak áll módjában.

### **Kapcsolat:**

#### **Kristina Pezzei**

Arbeitsgebiet: Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Tel.: 49-(30) 4005 2449 ; Fax: 49-(30) 4005 27 2402

E-Mail: [kpezzei@zi.de](mailto:kpezzei@zi.de)

#### **Markus Leibner**

Arbeitsgebiet: Kostenstrukturanalysen in Vertragsarztpraxen

Tel.: 49-(30) 4005 2411 ; Fax: 49-(30) 4005 27 2411

E-Mail: [mleibner@zi.de](mailto:mleibner@zi.de)

[Lásd még: *A saját praxissal rendelkező orvosok gazdasági helyzete, Zi-Praxis-Panel 2013, 2015. 13. sz.*]

**Jelentés a szívsebészeti beavatkozásokról Németországban 2015-ben –  
Deutscher Herzbericht 2015**  
Deutsche Herzstiftung

**Kulcsszavak:** kardiológia, Németország

**Forrás Internet-helye:** <http://www.herzstiftung.de/herzbericht>

**Deutscher Herzbericht statisztikai táblázatai (Gesundheitsberichterstattung des Bundes – GBE):** [http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc\\_abr\\_test\\_logon?p\\_uid=gasta&p\\_aid=0&p\\_sprache=D&p\\_knoten=NE2708](http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gasta&p_aid=0&p_sprache=D&p_knoten=NE2708)

**"MONICA/KORA Herzinfarktregister Augsburg" des Helmholtz Zentrums München (Gesundheitsberichterstattung des Bundes – GBE):** [http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc\\_abr\\_test\\_logon?p\\_uid=gasta&p\\_aid=0&p\\_sprache=D&p\\_knoten=NE348](http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gasta&p_aid=0&p_sprache=D&p_knoten=NE348)

1990 és 2013 között a szívbetegségek miatti halálozások száma Németországban 17,2%-kal csökkent. Konkrétan az ischémiás szívbetegségek csoportjában a 100.000 lakosra jutó halálozások száma 2016 lakosról 160-ra, szívelégtelenség esetén 82-ről 57-re, veleszületett szívhibák esetén 1,5-ről 0,6-ra csökkent. Ezzel ellentétes tendencia figyelhető meg a szívbillentyűk megbetegedéseinél és a szívritmuszavaroknál.

Növekedési trend figyelhető meg a szívkatéterek diagnosztikus és terápiás célokra való alkalmazása tekintetében. Az *AQUA Institut (Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH)* adatai szerint a szívkatéter-vizsgálatok messzemenően megfelelnek az érvényes irányelveknek.

A 78 németországi szívsebészeti osztályon végzett invazív beavatkozások száma változatlanul magas. Ugyanakkor megfigyelhető a szívsebészeti beavatkozásoknak alávetett betegek életkorának folyamatos növekedése. 2014-ben már a betegek 74,6%-a legalább 60 éves volt. A szívsebészeti beavatkozások több mint fele bypass-műtét volt. Az utóbbi években az izolált és kombinált bypass-műtétek száma évente konstansan 54.000.

A nemzetközi szívsebészeti és kardiológiai szakmai társaságok 2014-ben megerősítették ajánlásukat, miszerint minden egyes beteg számára szívsebészekből és kardiológusokból álló interdiszciplináris teamnek kell eldöntenie, hogy az adott esetben bypass-műtétet vagy sztentimplantációt kell-e alkalmazni.

[Lásd még: *Jelentés a szívsebészeti beavatkozásokról Németországban 2014-ben – Herzbericht 2014, 2015. 9. sz.*]

***Heike Korzilius: Jelentés a fájdalomterápia helyzetéről –  
Barmer GEK Arztreport 2016***

Dteusches Ärzteblatt print, 2016; 113(9): A-360 / B-306 / C-306

**Kulcsszavak:** fájdalomterápia, Németország

**Forrás Internet-helye:**

<http://www.aerzteblatt.de/archiv/175123/Arztreport-2016-Schmerz-interdisziplinaer-behandeln>

A jelentést a Barmer GEK megbízásából az AQUA-Institut Göttingen készítette 8,6 millió biztosított 2014. évi ambuláns kezelési adatainak felhasználásával.

A 2016. február 23-án közzétett jelentés szerint Németországban jelenleg mintegy 3,25 millió személy szenved krónikus fájdalomban. A diagnózisok száma 2005. óta növekedik: akkor még a lakosság 1,59%-a volt érintett, 2014-ben már 4,02%. A krónikus fájdalomban idős korban gyakoribbak és az összes korcsoportban nőknél jóval gyakrabban fordulnak elő. 2014-ben a 80 év fölöttiek 13,2%-a (143.000 férfi, 9,3% és 444.000 nő, 15,2%), a 90 év fölöttiek körében a férfiak 10%-a, a nők 16%-a volt érintett.

***Ulrich Weigeldt, a Német Háziorvosok Szövetségének (Deutscher Hausärzteverband) elnöke*** szerint a jelentés megerősíti a háziorvosok koordinátori szerepkörét a fájdalomban szenvedő betegek tekintetében. Ám számos vonatkozásban van még tennivaló: ki kell építeni a háziorvosok, az ápolók és szakorvosok közötti együttműködést, meg kell erősíteni a „gondoskodó háziorvosi gyógyítást”. Ebben az összefüggésben éppen a költséges, de szükséges kezelésekkal kapcsolatban igen fontos a visszaesés veszélyének elhárítása.

***Prof. Dr. med. Joachim Nadstawek, a Német Fájdalomterápiás Szakmai Szövetség (Berufsverband der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland – BVSD)*** elnöke szerint a fájdalomterápiás ellátás helyzete egyszerűen katasztrofális. A szövetség ezért támogatja a krónikus fájdalomban szenvedőknek nemzeti egészségpolitikai célkitűzéssel történő nyilváníását. Túl kevés a szakképzett fájdalomterápiás szakember, a fájdalomterápiás szolgáltatásokat nem térítik megfelelőképpen, az utánpótlás számára hiányzik az ösztönzés a fájdalomterápia szakirány választására. A Barmer GEK elnöke már nem ért egyet a szövetség azon követelésével, miszerint be kellene vezetni a fájdalomterápiás szakorvosi címet.

## ***Bírósági ítélet a laborszolgáltatások áfamentességéről***

Arzt & Wirtschaft Online, 22. März 2016

**Kulcsszavak:** laborszolgáltatások, adózás, áfa, bírósági ítélet, Németország

**Forrás Internet-helye:** [http://www.arzt-wirtschaft.de/sind-laborleistungen-eines-facharztes-umsatzsteuerfrei/?auwUsrGr=so&utm\\_campaign=AuW\\_FINANZEN-Newsletter-23-03-2016-2016-03-23+07%3A00%3A00&utm\\_source=AuW-Newsletter&utm\\_medium=email&utm\\_term=Steuerrecht-Sind+Laborleistungen+eines+Facharztes+umsatzsteuerfrei%3F&utm\\_content=SO](http://www.arzt-wirtschaft.de/sind-laborleistungen-eines-facharztes-umsatzsteuerfrei/?auwUsrGr=so&utm_campaign=AuW_FINANZEN-Newsletter-23-03-2016-2016-03-23+07%3A00%3A00&utm_source=AuW-Newsletter&utm_medium=email&utm_term=Steuerrecht-Sind+Laborleistungen+eines+Facharztes+umsatzsteuerfrei%3F&utm_content=SO)

Egy klinikai kémiai és labordiagnosztikai szakorvosnak, aki éveken keresztül egy laborvállalkozás részére végzett tevékenységet, a 2009 és 2012 közötti időszakra vonatkozóan áfahátralékot kellene befizetnie. Tevékenysége fejében havonta honoráriumban részesült, laborpraxisát azt megelőzően eladta szerződéses partnerének. Ezt követően pedig többé nem rendelkezett betegpénztári engedéllyel.

Honoráriumai után nem nyújtott be áfabevallást, mivel feltételezte, hogy a humánmedicina területén a szolgáltatások adómentesek. Az illetékes pénzügyi hatóság azonban ezt másképpen ítélte meg és bevételeire kivetette a szokásos 19%-os adót. A pénzügyi hivatal indokolása szerint a klinikai kémikusok szolgáltatásai nem alapulnak a beteghez fűződő személyes bizalmi viszonyon, ami lehetővé tenné az áfatörvény humánmedicina területén nyújtott kezelésekre vonatkozó előírásainak figyelembevételét.

A szakorvos fellebbezett, az illetékes pénzügyi bíróság pedig neki adott igazat. A bírák nézete szerint a szakorvos szolgáltatásai ebben az esetben is áfamentesek. A felperes elsősorban a humánmedicina területén nyújtott kezelésektől szerzett bevételt, szervezési és tanácsadási műveletei nem csupán másodlagos szolgáltatások, azok az elsődleges szolgáltatásokkal azonosan szemlélendők.

A bíróság szerint a humánmedicina területén nyújtott kezelések az áfatörvény (UStG 2009) szerint nem előfeltételezik a beteg és a kezelőorvos közötti személyes bizalmi viszonyt. A pénzügyi hivatal ebben a tekintetben félreértelmezte az áfatörvény alkalmazásáról szóló rendeletet. Korábban a Szövetségi Pénzügyi Bíróság is úgy döntött, hogy a beteg és az orvos közötti személyes bizalmi viszony nem előfeltétele az áfatörvény szerinti adómentesség igénybevételének.

Berlin-Brandenburg Pénzügyi Bírósága ítéletét még a Szövetségi Pénzügyi Bíróságnak is helyben kell hagynia.

**Az Apo-Bank üzleti eredménye 2015-ben: adózás után 8,3%-os növekedés**  
Deutsches Ärzteblatt online, 2015. április 19.

**Kulcsszavak:** egészséggazdaság, Németország

**Forrás Internet-helye:**

<http://www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=17&typ=1&nid=66367&s=%28Apo%2DBank%29&s=2015&s=59%2C1&s=Apotheker%2D&s=Deutsche&s=Die&s=Euro&s=Gesch%E4ftsjahr&s=Jahres%FCberschuss&s=Mio%2E&s=Steuern&s=einen&s=erwirtschaftet%2E&s=hat&s=nach&s=und&s=von&s=%C4rztebank>

A német gyógyszerészek és orvosok bankja (*Deutsche Apotheker- und Ärztebank – Apo-Bank*) 2015-ben 59,1 millió EUR adózás utáni többletet ért el, ami 8,3%-os növekedést jelent. Az adózás előtti üzemi eredmény 153,4 millió EUR-t tett ki. A részvényesek négyszázalékos osztalékra számíthatnak.

Az Apo-Bank elnök-vezérigazgatója szerint a tavalyi pozitív folyamat az idén már nem folytatódik. Az operatív eredmény 2016-ban már nem fogja meghaladni az előző évit.

Az Európai Központi Bank kamatpolitikája már 2015-ben éreztette hatását. Az Apo-Bank kamatokból származó többlete 2014-ben még 698,3 millió EUR volt, 2015-ben 3,3-kal 675,2 millió EUR-ra csökkent. Az elnökségnek ebből le kell vonnia a konzekvenciákat, intézményi ügyfelek (pl. a Betegpénztári Orvosok Egyesülései) részére a jövőben negatív kamatokot vezetnek be.

A jutalékok tekintetében (értékpapír kereskedelemről, vagyongazgatásból, nemzetközi üzletekből, pénzmozgásokból származó bevételek) a helyzet már kedvezőbb. Az Apo-Bank ebben a szegmensben 2015-ben 7,7%-os növekedéssel 133 millió EUR-t ért el (2014-ben 123,5 millió EUR). A növekedés azonban nem volt elégséges a kamatcsökkenés okozta veszteség kompenzálására.

Az Apo-Bank ügyfélköre élénkült. Az ügyfelek száma az előző évekhez hasonlóan növekedett, 2015-ben 397.000 volt, 15.000-rel több mint 2014-ben. A tagok létszáma a vizsgált időszakban 1.904 fővel növekedett (107.768). Az új hitelek összege 5,2 milliárd EUR-ról (2014) 6,3 milliárd EUR-ra növekedett.

Az Apo-Bank a jövőben az ápolási piacon való markánsabb megjelenését tervezi és ezzel kapcsolatban piacelemzést folytat.



## **ELŐJEGYZÉSI LISTA:**

### **Egészséggazdaság:**

Az egészséggazdaság helyzete Németországban 2015-ben –  
*Gesundheitswirtschaftliche Gesamtrechnung 2015*

### **Ápolás:**

- 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
- Az ambuláns orvosi ellátás Németországban, Hollandiában és Svájcban (4. rész): Hozzáférés, háziorvosi modellek, várólisták, önrészek (WIP PKV)

### **Egészségügyi statisztikai évkönyvek:**

- Németország statisztikai zsebkönyve 2015: egészségügy és szociális ügyek –  
*Statistisches Jahrbuch: Deutschland und Internationales 2015*
- 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 fiatalkorúak 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 betégbiztosítók szemszögéből
- Jelentés az orvostechikai 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*)
- 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
- *ValeursS 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 tökefolyamatok (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 finanszírozása 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 csúcsjövödelmek (IMK Report)
- Szegénység Európában és Németországban (IMK Report)
- Jelentés a szegénység helyzetéről Németországban 2016-ban – *Armuttsbericht 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 minimálbérekéről 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

#### **Gyógyszer:**

- Az Európai Szabadalmi Hivatal jelentése a szabadalmakról (2015)

#### **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*)