

Egészséggazdasági, egészségpolitikai és szociálpolitikai nemzetközi sajtószemle

2016. 16. sz.

Egészséggazdaság, piac, verseny:

- A verseny szerepe az egészségügyben. Németország, Hollandia és Svájc tapasztalatai (5. rész): Hollandia

Szenvedélybetegségek, kábítószer:

- Jelentés a kábítószerfogyasztásról 2015-ben (ENSZ Kábítószer-ellenőrzési és Bűnmegelőzési Hivatala)
- Európai kábítószerjelentés. Tendenciák és fejlemények 2016
- Jelentés a kábítószerügy helyzetéről Németországban 2015-ben – *Drogen- und Suchtbericht 2015*
- Alternatív jelentés a kábítószerügy és a szenvedélybetegségek helyzetéről Németországban – *3. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2016*
- Szenvedélybetegségek Évkönyve 2016 – *Jahrbuch Sucht 2016*
- A fiatalok kábítószer iránti affinitása 2015-ben
- Jelentés Németország szociális helyzetéről – *Datenreport 2016* (2. rész): Dohányzás
- Kaliforniában hatályba lépett a dohányzásról szóló új törvény

Melléklet:

- „*A verseny szerepe az egészségügyben. Németország, Hollandia és Svájc tapasztalatai*” c. tanulmány egységes szerkezetben (Lásd az EGVE Nemzetközi Sajtószemle Archívumában is)

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

***Timo Blenk et al: A verseny szerepe az egészségügyben:
Németország, Hollandia és Svájc tapasztalatai (5. rész):
Hollandia***

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

Kulcsszavak: egészséggazdaság, piac, verseny, Hollandia

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

6. A holland egészségügyi rendszer

6. 1. Az alaphelyzet

Hollandiában 2006-ban átfogó egészségügyi reformra került sor. Ennek központi elemei: biztosítási kötelezettség minden lakos számára, az állami és privát biztosítási teherviselők addigi egymásmellettiségének feloldása, egységes szolgáltatási alapsomag bevezetése, jövedelemtől függetlenebb finanszírozás.

A reform elsősorban a biztosítási és a szolgáltatási piacot érintette, amennyiben az állami és a privát biztosítás dualitásának feloldásával, valamint a szolgáltatási alapsomag bevezetésével nagyobb választási szabadságot nyújtott a biztosítottak és szélesebb tárgyalási mozgásteret nyitott a biztosítók számára a szelektív szerződések alakítása tekintetében. A biztosítottak választási lehetőségei nemcsak a betegpénztár szabad megválasztásában, hanem nominális járulékok mértékének, költség hozzájárulásuk összegének meghatározásában, továbbá különböző, akár ugyanazon betegbiztosítási teherviselőnél kötött kiegészítő biztosításokban is konkretizálódtak.

Ugyanakkor a holland törvényhozók a kezelési piacon is elmozdulást reméltek a reformtól. Ám a költségnövekedés semmiképpen nem vezethet az egészségügyi szolgáltatások korlátozásához vagy racionalálásához. A tanulmány empirikus eredményei azonban azt mutatják, hogy a verseny és a piac felé történő nyitás, különösen a költségcsökkentés és a minőség tekintetében, még nem bontakozott ki teljes mértékben. Így a költségnövekedés és a járulékstabilitás mellett az egészségügy fenntartható finanszírozása továbbra is bizonytalannak látszik. A költségprobléma „a 2006-ban bevezetett reform ellenére és miatt” még mindig evidens.

6. 2. Versenyfeltételek

A verseny működésének alapvető feltételei: a szolgáltatók és biztosítók piacra lépésének és a piacról való kiválásának alacsony korlátai, egy általános, az összes érintett számára kötelező szolgáltatási katalógus, szabad pénztárválasztás az összes biztosított számára, szelektív szerződések lehetősége. Hollandiában általános biztosítási kötelezettség áll fenn, amelynek megszegését szankciókkal sújtják. A szerződéskötés kötelezettsége és a diszkrimináció tilalma mindenki számára ténylegesen biztosítja a szabad pénztárválasztást. Mindezek mellett az átfogó strukturális kockázatkiegyenlítés kizárja a biztosítók „jó” kockázatokért való

versenyét. Az állami támogatás és a költség hozzájárulási plafon biztosítja, hogy az alacsony jövedelemmel rendelkezők is betegbiztosítási védelemben részesüljenek.

Új szereplők szabad megjelenése a biztosítási piacon azonban csak korlátozottan lehetséges, mivel a piacot jelenleg négy nagy betegpénztár uralja. Újabb szereplő belépése csak egy nagyobb szolgáltató képében tűnik valószínűnek. Ebben a tekintetben tehát a verseny- és kartelljog alkalmazása még ne fejtette ki teljes hatását. A szabad pénztárválasztás lehetőségével azonban, bizonyos kezdeti fellendülés ellenére, még mindig kevesen élnek. A pénztárváltási kedv Németországban magasabb. Hollandiában elsősorban a fiatal és egészséges biztosítottak lépnek át más pénztárhoz, főleg pénzügyi megfontolásokból. Ebből azonban az a következtetés adódik, hogy a strukturális kockázatkiegyenlítés ellenére, kockázatszelekcióra is sor kerül.

6. 3. Kezelési piac

A közelmúltban elsősorban a szolgáltatási és a biztosítási piacon folytatott verseny állt az egészséggazdasági érdeklődés középpontjában. A részpiacok interdependenciájától a kezelési piacon megjelenő pozitív effektusokat remélték. A szakértők szerint Hollandiában az orvoshiány miatt a szolgáltatóknak nem kell versenyezniük a betegekért. Az orvosok stabil pénzügyi helyzettel rendelkeznek, a praxisok kihasználtsága maximális. Ez tehát a szabad kórházválasztás ellenére korlátozza a transzparenciát, a betegpénztárak számára pedig a sokrétű szelektív szerződések ellenére a hatékonysági és minőségi tartalékoknak a kezelési piacon való mobilizálását.

6. 4. Szolgáltatási piac

A reform egyik sarkalatos törekvése a biztosítók és szolgáltatók közötti szelektív szerződési opciók bevezetése volt. Ezek az addigi kollektív szerződéses viszonyok helyébe léptek. A szolgáltatók közötti versenytől jobb ellátást, minőséget, gazdaságosságot remélték. Ebben a tekintetben jelentős szerepet szántak a *Managed Care* modelleknek. A holland rendszerben a házi orvosok kapuőrként ugyancsak kiemelkedő funkciót töltenek be. Betegség esetén mindenkinek első alkalommal házi orvosához kell fordulnia, aki szakorvoshoz vagy kórházhoz irányítja. A németországihoz hasonló, saját rendelővel rendelkező, ambuláns szakorvosi hálózat itt nem létezik. Az ambuláns szakorvosi ellátást a kórházak biztosítják.

A biztosítottak alternatív szerződéses opciók közül választhatnak: Léteznek ún. *Contracted-Care* szerződések, amelyek a szolgáltatók rögzített listáját tartalmazzák, valamint *Non-Contracted-Care* szerződések, amelyek nem korlátozzák a biztosított szabad orvosválasztását. Léteznek egyéni és csoportos szerződések, amelyeknél a csoportos szerződések járulékelőnye az egyéni szerződésekkel szemben maximum tíz százalékra korlátozódik. A reform bevezetése óta az összes betegbiztosítási szerződésnél fennáll a járulékvisszatérítés (bónuszopció) lehetősége, ha a biztosított nem vett igénybe szolgáltatást. Ennek célja az orvosi szolgáltatások felesleges igénybevételének visszaszorítása.

A szelektív szerződéskötés megengedi a biztosítóknak, hogy csak azokkal a házi orvosokkal kössenek szerződést, akik a legjobban megfelelnek biztosítottaink szükségleteinek és preferenciáinak. A biztosítók pénzügyi ösztönzőkkel jobb minőséget és ellátást biztosíthatnak ügyfeleiknek, a szolgáltatóknak tehát ahhoz, hogy szerződéshez jussanak, jobb kezelési és szolgáltatási minőséget kell biztosítaniuk. Ugyanakkor az orvosoknak is módjában áll, hogy ne szerződjenek egy bizonyos biztosítóval.

A reform további sarkalatos eleme a szolgáltatási alapsomag. Ennek nem csupán az egészségügyi rendszerhez való diszkriminációtól mentes és jövedelemtől független hozzáférést kell biztosítania és kizárnia a racionálást, hanem a transzparenciát és az összehasonlíthatóságot is biztosítania kell. Jóllehet a biztosítottakért folytatott versenyben kevés pénzügyi ösztönző áll a betegpénztárak rendelkezésére, vannak fiatal és egészséges biztosítottak, akik akár csekélyebb megtakarítások kedvéért is a pénztárváltás mellett döntenek. Az alapsomag azért működőképes, mert minden betegpénztárnak ugyanazt kell nyújtania.

6. 5. Biztosítási piac

A 2006-ban bevezetett reform legfontosabb döntése a szabad pénztárválasztás mellett az állami és privát biztosítók dualitásának feloldása és egy egységes biztosítási piac megteremtése volt. 2006. óta a betegpénztárak nem rendelkeznek regionális, államilag szabályozott monopóliummal, a piac megnyílt, ami azt jelenti, hogy jogi formájától függetlenül minden biztosító országos szinten részt vehet a versenyben. Ez mind a szolgáltatási alapsomagra, mind a kiegészítő biztosítások piacára kiterjed. Ez elsősorban a fiatal és egészségesebb biztosítottakat szólítja meg, akiknek a költségtudatossága és pénztárváltásra való készsége magasabb.

A biztosítási piacon növekedik az ún. csoportos szerződések szerepe. A munkaadók, szakszervezetek, sportegyesületek, betegszervezetek, betegbiztosítók ilyen szerződéseket kínálnak foglalkoztatóiknak, ill. tagjaiknak. 2006-ban még az összes biztosított 53%-a kötött ilyen rugalmas csoportos szerződést, 2010-ben már 64%. Egyértelmű, hogy a munkaadók egyre nagyobb befolyást gyakorolnak a biztosítási piacon végbemenő versenyre. A csoportos szerződések szűk 80%-át a munkaadók kezdeményezik. Ez a trend tehát relativizálja a szabályozott piac működésének egyik fontos feltételét, miszerint az egyének elsősorban individuális preferenciáik alapján döntenek valamely betegbiztosító mellett. Úgy tűnik, hogy a pénztárváltás fő motívuma az alacsonyabb járulék. Jól látható, hogy a biztosítottak pénztárválasztásuk során szívesen átengedik a döntést egy olyan közösségnek, amelyet ismernek és amelyben megbíznak. Mindenesetre ez a biztosított választási opcióját erősíti a kilépés opciójával szemben. A nagy csoportok nehézkesek és inkább a létező szerződések módosítására hajlanak, mintsem az egész közösségnek egy másik szolgáltatóhoz való átléptetésére. Mindenesetre az a lehetőség is fennáll, hogy egy ilyen csoportos biztosítás valamely tagja, pl. a vállalat alkalmazottja, bármikor egy másik biztosítást vagy csoportos szerződést válasszon.

Jelentés a kábítószerfogyasztásról 2015-ben –
Report of the International Narcotics Control Board for 2015
ENSZ Kábítószer-ellenőrzési és Büntmegelőzési Hivatala
UNIS/NAR/1281 27 May 2016 (128 p.)

Kulcsszavak: kábítószer, nemzetközi

Forrás Internet-helye: <http://www.incb.org/>
http://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2015/English/AR_2015_E.pdf

Csaknem minden negyedik EU-polgár életében legalább egy alkalommal már fogyasztott illegális kábítószereket. A rangsor élén a kannabisz áll, ezt követik a kokain, az ecstasy és az amfetaminok. Az Európai Unióban a 15 és 64 év közöttiek korcsoportjában Dánia, Franciaország és Nagy-Britannia áll az élén.

A kábítószerek piaci forgalmazásának legfontosabb csatornáit az Internet és a közösségi oldalak. 2013-ban és 2014-ben csak az EU-ban több mint 600 honlap keletkezett, amelyeken új tudatmódosító szereket kínálnak.

A jelentés szerint Kelet- és Dél-Kelet-Európában csaknem ötször annyian használnak feccskendőt a kábítószer adagolásához, mint világviszonylatban. Ennek megfelelően a HIV-fertőzöttek 40%-a ebben a régióban él.

A helyzet a többi régióban:

- Közel-Kelet: A traumatizált iraki és szíriai menekültek különösen sebezhetők, könnyen függővé válhatnak és kapcsolatba kerülhetnek a kábítószer-kereskedelemmel.
- Afrika: A kontinens továbbra is a kábítószer-kereskedelem egyik legfontosabb tranzitónája. Közben növekvő középosztályával maga Afrika is célterületté válik.
- Észak-Amerika: A kábítószer halálos áldozatainak száma itt a legmagasabb: egymillió lakosra átlagosan 137 halálos áldozat jut, világviszonylatban a becsült átlag egymillió lakosra 50 kábítószerfogyasztás miatti halálos áldozat. További probléma a vénköteles gyógyszerekkel való fokozódó visszaélés.
- Közép-Amerika és Karibi-térség: Világviszonylatban ebben a régióban a legmagasabb az erőszakos bűncselekmények és azok halálos áldozatainak száma, ezek közé tartoznak a kábítószerekkel összefüggő erőszakos cselekmények halálos áldozatai.
- Dél-Ázsia: A legnagyobb kihívást az afganisztáni heroinkereskedelem jelenti. Másrészt a fájdalomcsillapítókhoz való hozzáférés, akárcsak Afrika egyes részein, erőteljesen korlátozott.

Európai kábítószerjelentés. Tendenciák és fejlemények 2016
Kábítószer és Kábítószerfüggőség Európai Megfigyelőközpontja
European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA
Luxembourg: Az Európai Unió Kiadóhivatala (84 p.)

Kulcsszavak: kábítószer, Európa

Forrás Internet-helye:

<http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2637/TDAT16001HUN.pdf>

Az új pszichoaktív szerek lefoglalásában a szintetikus kannabinoidok vannak túlsúlyban: A nemzetközi és az európai drogpolitikák számára az is kihívást jelent, hogy hogyan reagáljanak hatékonyan az új szerek dinamikus és állandóan változó piacára. Az új pszichoaktív szerek használatáról nagyon kevés információ áll rendelkezésre, de a relatív hozzáférhetőségükbe némi betekintést ad, hogy 2014-ben ezekből a szerekből 50 000 lefoglalást jelentettek be. Ezeknek több mint 60%-át a szintetikus kannabinoidok tették ki, és ez a kábítószercsoport kimagasló arányban van jelen az első alkalommal 2015-ben azonosított, az EU új pszichoaktív szereket nyilvántartó Korai Jelzőrendszer felé bejelentett 98 új szer között is. Ezek közül huszonnégy szintetikus kannabinoid volt – olyan kábítószer, amely ugyanazon agyi receptorokra hat, mint a THC, a természetes kannabiszban található fő hatóanyagok egyike. Az egészség szempontjából azonban sok szintetikus kannabinoid lényegesen mérgezőbb: tömeges mérgezéseket, sőt haláleseteket is jelentettek. E szerek veszélyességére az EMCDDA által 2016 februárjában kiadott riasztás mutat rá azzal az MDMB-CHMICA szintetikus kannabinoiddal kapcsolatban, amelyet 13 halálesettel és 23 nem halálos kimenetelű mérgezéssel hoztak összefüggésbe. Ezt a vegyi anyagot több mint 20 különböző elszívható keverékben mutatták ki, nyolc országból haláleseteket, illetve mérgezést jeleztek, de máshol is előfordulhattak ilyen esetek. Az ilyen termékek fogyasztói általában nincsenek tisztában a bennük található vegyületekkel. A Korai Jelzőrendszer felé bejelentett ellenőrizetlen stimulánsokhoz és opiátokhoz is kapcsolódnak nemkívánatos események. Ezen a területen az egyik fő kihívás az, hogy hatékonyan és gyorsan kell reagálni az ismeretlen vegyületek értékesítésére, amelyek némelyike utóbb rendkívül mérgezőnek bizonyul. Előfordulhat, hogy a fiatal fogyasztókat tudtukon kívül kísérleti nyúlként használják olyan szerekhez, amelyek potenciális egészségügyi kockázatai jórészt ismeretlenek. Erre példa az alfa-PVP nevű szintetikus katinon, amelynek kockázatértékelését 2015 novemberében végezték el. Ezt az erős pszichostimulánst Európában közel 200 akut mérgezéssel és több mint 100 halálesettel hozták összefüggésbe. Egyre inkább

úgy tűnik, hogy az új pszichoaktív szerek előállítói a kábítószerpiac krónikusabb és problémásabb szegmenseit célozzák meg. Hozzá lehet jutni például ellenőrizetlen szintetikus opiátokhoz, köztük a fentanil családjába tartozó szerekhez. Ezek a kábítószeres különösen ártalmasak lehetnek. Erre példa az acetilfentanil, amelynek kockázatértékelését az EMCDDA és az Europol 2015-ben végezte el. Új pszichoaktív szereket találtak egyes gyógyszerek, például benzodiazepinek helyettesítőjeként forgalmazott termékekben is, amely gyógyszerek visszaélészerű használata néhány országban fontos szerepet tölt be a drogproblémában.

A túladagolások halálesetek számának növekedése: ismét reflektorfényben a heroin: Az ideai elemzés felhívja a figyelmet a heroinnal és más opiátokkal összefüggő túladagolások számának növekedésével kapcsolatos új aggodalmakra is. A halálos kimenetelű túladagolásokra vonatkozó adatokban kimagasló arányban szerepel a heroin, és a kórházi sürgősségi felvételekre vonatkozó új európai városi szintű adatokban is a leggyakoribb kábítószerként tüntetik fel. Nagyon változó, hogy az egyes városokban mely szerek felelősek a kábítószerrel összefüggő sürgősségi esetekért: néhány helyen a kannabisz, a kokain és egyéb stimulánsok is jelentős szerepet játszanak. Jelenleg az akut drogproblémákról nincs szisztematikus európai szintű adatgyűjtés. A városi szintű kísérleti tanulmány azt jelzi, hogy az ezen a területen hasznos lenne a rutin megfigyelés a megjelenő drogproblémák hatásának jobb megértéséhez és nyomon követéséhez. Több olyan, zömében észak-európai ország számolt be az opiáttal összefüggő halálesetek számának közelmúltbeli növekedéséről, ahol már régóta tapasztalhatók opiáthoz köthető problémák. Nem könnyű azonban megérteni, hogy mi áll az e területen megfigyelhető tendenciák hátterében. A lehetséges magyarázatok közé tartozik a heroin hozzáférhetőségének növekedése, a kábítószeres nagyobb tisztasága, az idősödő és kiszolgáltatottabb szerhasználói csoport és a változó drogfogyasztási mintázatok (beleértve a szintetikus opiátok és a gyógyszerek használatát). A bejelentési gyakorlat változásai is fontosak lehetnek. A kínálati oldalra vonatkozó adatok, többek között az afganisztáni heroinelőállítás becsült nagyságának, illetve a heroinlefoglalások méretének emelkedése és a nagyobb tisztaság mind a hozzáférhetőség lehetséges növekedésére mutatnak. Jelenleg azonban nincsenek szilárd bizonyítékok a heroinfogyasztás új növekedésére, a heroinnal kapcsolatos kezelésbe való belépések száma csökken vagy állandó, a túladagolások pedig továbbra is elsősorban az idősebb opiáthasználók körében jelentenek problémát.

[Lásd még: *Jelentés a kábítószer-problematika helyzetéről Európában 2011-ben (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA), 2012. 10. sz.*]

***Jelentés a kábítószerügy és a szenvedélybetegségek
helyzetéről Németországban 2015-ben –
Drogen- und Suchtbericht 2015 (1. rész): Alkohol***
Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Juni 2016 (98 p.)

Kulcsszavak: szenvedélybetegségek, alkohol, dohány, kábítószer, Németország

Forrás Internet-helye:

http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Service/Publikationen/2015_Drogenbericht_web_010715.pdf

Alkoholfogyasztás

A Szövetségi Statisztikai Hivatal (*Statistisches Bundesamt – Destatis*) és a Német Egészségügyi Dokumentációs és Információs Intézet (*Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information – DIMDI*) összeállította azon megbetegedések és halálokok listáját, amelyek úgy tekintendők, mint amelyek 100%-ban alkoholfogyasztással függenek össze. 2013-ban a kórházi diagnózisok statisztikája szerint kereken 395.000 kórházi esetet számláltak, amelyek kizárólagosan ezen alkohollal összefüggő megbetegedésekből következtek, ezek háromnegyede férfi volt. 2000. óta az alkohollal összefüggő megbetegedés miatt kórházban kezelt esetek száma 21,5%-kal növekedett. 2013-ban férfiaknál az alkohol okozta pszichés és viselkedési zavarok (ICD-10: F10) voltak a kórházi tartózkodás leggyakoribb okai, nőknél viszont ez csupán a leggyakoribb egyedi diagnózisok 15-ik helyén áll.

Alkoholfogyasztás okozta halálesetek

Becslések szerint Németországban az alkoholfogyasztás okozta halálesetek száma évente 42.000 és 74.000 között mozog. E halálesetek egynegyede csak az alkoholfogyasztásnak, fennmaradó háromnegyede az alkohol és a dohány kombinált fogyasztásának tulajdonítható. A halálokok statisztikája szerint 2013-ban 15.000 személy halt meg kizárólag alkohollal összefüggő megbetegedések miatt, az elhalálozottak háromnegyede férfi volt. Az alkohol miatt elhalálozottak átlagéletkora 61 év volt, 17 évvel alacsonyabb, mint a 2013-ban összesen elhalálozottaké. Az alkoholfogyasztás népgazdasági költségei évente 26,7 milliárd EUR-t tesznek ki, ebből 7,4 milliárd EUR-t az egészségügy direkt költségei.

Adatbázisok

A Németországban a felnőttkorú lakosságra vonatkozóan rendelkezésre álló adatbázisok: az *Institut für Therapieforchung (IFT)* által végzett

epidemiológiai szenvedélykutatás (*Epidemiologischer Suchtsurvey – ESA*), valamint a *Robert Koch-Institut (RKI)* egészségügyi felmérései: a „*Gesundheit in Deutschland aktuell*“ (*GEDA*) és a „*Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland*“ (*DEGS1*). A fiatalok egészségügyi állapotára vonatkozó reprezentatív felmérések: a *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)* vizsgálata, a „*Health Behaviour in School-aged Children*“ (*HBSC*), valamint a *Robert Koch-Institut* felmérése, a „*Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*“ (*KiGGS*).

Alkoholfogyasztás a felnőttek körében

2013-ban az összlakosság körében az egy főre eső tiszta alkoholfogyasztás 9,7 liter volt. Az egy főre eső tiszta alkoholfogyasztás 1950-ben 3,2 liter, 1970-ben 11,2 liter, 1980-ban 12,9 liter volt. Azóta az egy főre eső fogyasztás lassan a mai szintre csökkent, ami egyebek között annak tulajdonítható, hogy 1990. óta a sörfogyasztás kerekben egynegyeddel csökkent.

Epidemiológiai szenvedélykutatás

A kutatás keretében 2012-ben a 18 és 64 év közötti lakosság körében 9.000 személy alkoholfogyasztását vizsgálták a megkérdezést megelőző 30 napra, ill. 12 hónapra vonatkozóan. A *Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)* tudományos kuratóriumának ajánlásai szerint az alábbi kategóriák különböztethetők meg: absztinens és kockázatmentesen fogyasztó személyek (férfiak: > 0–24 g, nők: > 0–12 g) és kockázatos mértékben fogyasztók (férfiak: > 24 g, nők: > 12 g).

Életkori és nemek közötti különbségek

Németországban minden 18 és 64 év közötti felnőtt alkalmilag fogyaszt alkoholt, a 2012-ben végzett epidemiológiai szenvedélykutatás szerint az élethosszig tartó absztinencia mindössze a lakosság 3,6%-ára terjed ki. Az utóbbi három hónap során a felnőttek háromnegyede fogyasztott alkoholt. Minden hetedik felnőtt az egészségre kockázatos mértékben fogyaszt alkoholt. A kockázatos alkoholfogyasztás a férfiak körében elterjedtebb (15,6%), mint a nők körében (12,8%). Miközben a férfiak körében az életkor tekintetében nem tapasztalhatók feltűnő különbségek, a nők kockázatos alkoholfogyasztása az életkorral növekedik. A prevalencia a 30–39 év közöttiek korcsoportjánál a legalacsonyabb.

Rohamszerű lerészegedés (n. Rauschtrinken, a. binge drinking)

Miközben a kockázatos alkoholfogyasztás küszöbértéke krónikus megbetegedések keletkezésével függ össze, a rohamszerű lerészegedés

mindenekelőtt akut egészségi kockázatokkal, balesetekkel, mérgezésekkel összefüggésben jelenik meg. A megkérdezést megelőző 30 nap során legalább egy alkalommal rohamszerűen lerészegedő személyek aránya 1995 és 2012 között 33,7%-ról 26,9%-ra csökkent. A trend férfiak és nők körében is megnyilvánul, ám az életkor tekintetében jelentős különbségek tapasztalhatók. A 40-59 év közöttiek körében a rohamszerű lerészegedés jelentősen csökkent, a 18-24 évesek körében viszont szignifikánsan növekedett. Jóllehet a rohamszerű lerészegedés prevalenciája a fiatalok körében 2006. óta ismét csökkent, az epidemiológiai szennvedélykutatás trenderedményei megerősítik a célzott prevenciók intézkedések szükségességét a fiatal felnőttek körében. Az utóbbi 30 nap során csaknem minden második férfi (46,7%) ugyanazon a napon legalább egy alkalommal öt vagy annál több dózis szeszesitalt fogyasztott. Nőknél ezek aránya 22%. A 18-20 év közötti fiatal felnőttek körében tíz közül hat személy gyakorolja a rohamszerű lerészegedést, a 60-64 év közötti korcsoportjában arányuk már mindössze 23%.

Alkoholfogyasztás gyermek- és fiatalokban

A *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)* 2014-ben végzett vizsgálata szerint a megkérdezést megelőző 30 nap során a lányok 38,3%-a és a fiúk 36,5%-a fogyasztott alkoholt. Miközben a 12-15 év közöttiek körében az utóbbi 30 nap során kevesebb mint minden negyedik fiatal fogyasztott alkoholt, a 16-17 évesek körében ez a lányok 70,8%-ára és a fiúk 67,5%-ára érvényes. A jelentés szerint a 12-17 év közöttiek körében az utóbbi tizenkét hónap során a lányok 8,5%-a és a fiúk 14,9%-a fogyasztott rendszeresen – legalább hetente – alkoholt. A rendszeresen alkoholt fogyasztó fiatalok aránya az 1980-as évek közepe óta 1997-ig jelentősen csökkent. Egy kezdeti növekedés után az azt követő tíz év során a prevalenciák 2014-ig az 1997-es kiinduló érték alá estek vissza, amelynek során a csökkenés 2007 és 2010 között volt a legerőteljesebb.

Alkoholfogyasztás terhesség és szoptatás idején

A születést megelőzően, a terhesség idején való alkoholfogyasztás által okozott károsodásokat magzati alkoholspektrum zavarnak nevezik. Annak kiterjedése – a magzati alkoholszindróma – formájában az érintett agyfejlődése oly mértékben károsul, hogy élethosszig segítségre fog szorulni. Németországban még a terhes nők 14%-a fogyaszt alkalmilag alkoholt.

[Lásd még: *A szövetségi kormány jelentése a kábítószerügy és a szennvedélybetegségek helyzetéről – Drogen- und Suchtbericht, 2011. 24. sz.; 2012. 27. sz.; 2014. 37. sz.*]

*Alternatív jelentés a kábítószerügy
és a szenvedélybetegségek helyzetéről Németországban –
3. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2016*
akzept e.V., Deutsche AIDS-Hilfe, JES e.V. (Hrsg.)
Berlin, 3. Juni 2016 (280 p.)

Kulcsszavak: kábítószer, Németország

Forrás Internet-helye: http://alternativer-drogenbericht.de/wp-content/uploads/2016/06/ADSB2016_Bericht.pdf

Az alternatív kábítószerügyi jelentés bemutatására három nappal a szövetségi kormány hivatalos jelentésének közzétételét és ismertetését megelőzően került sor. Az alternatív jelentés harmadik alkalommal jelenik meg három civil szervezet, az *akzept Bundesverband*, a *Deutsche AIDS-Hilfe*, valamint a *JES (Junkies, Ehemalige und Substituierte* – narkósok, egykori fogyasztók és szubsztitúciós kezelésben résztvevők) gondozásában.

Holger Wicht (Deutsche Aids-Hilfe) szerint a kábítószerügyi politika területén egy tapodtat sem sikerült előrelépni. Dohányzás és alkoholfogyasztás tekintetében Németország világbajnok, az illegalizált drogok fogyasztóit üldöztetés és börtön fenyegeti, segítség hiányában a kábítószeresek egyre több halálos áldozatot szenvednek.

Heino Stöver professzor (Institut für Suchtforschung an der Frankfurt University of Applied Science), az akzeptBundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik elnöke a kannabisz-fogyasztókkal szembeni bánásmód megváltoztatását követeli. Szerinte a kannabisz-fogyasztók 75%-át kriminalizálják. Miközben a kannabisz-fogyasztást világszerte liberalizálják, Marlene Mortler szövetségi kábítószerügyi megbízott ezt következetesen ignorálja. Stöver azt vetette Mortler asszony szemére, hogy pártpolitikailag kezeli a témát.

Stöver professzor szerint a kábítószerügyi politika ahelyett, hogy a valós problémákkal foglalkozna, központi témává avatja a médiákban nagyon durranó drogok, mint a crystal meth problematikáját. Egyébként a kábítószerügyi megbízott 2015-ben tartott konferenciájának középpontjában éppen a crystal meth állt. Stöver álláspontja szerint

politikai tabuk helyett a józan észen alapuló, tudományosan megalapozott stratégiára van szükség.

Bernd Werse (Centre for Drug Research der Goethe-Universität Frankfurt am Main) szerint Németországban évente több milliárd eurónyi adópénzt dobnak ki értelmetlenül a kábítószerfogyasztókkal szembeni nyomozásokra. Ezt a pénzt prevencióra és a drogok segítésére lehetne fordítani.

A kábítószerüghöz közeli büntetőeljárások száma az elmúlt években folyamatosan növekedett. Gyakran került sor elhúzódó rendőrségi akciókra. Ez gyakran arra készteti a fogyasztókat, hogy áttérjenek a legális, de sokkal veszélyesebb, szintetikus előállított cannabinoidok („*Legal Highs*“) fogyasztására. Werse ezért követelte, hogy szabályozzák államilag a kannabisz árusítását, amire korlátozott számú árusító helyen, reklám nélkül kerülhetne sor.

Ulf Hentschke-Kristal (a Deutsche Aids-Hilfe elnökségei tagja) egyenesen viccesnek nevezte a heroinfüggők üldözését. Mivel a kábítószerfüggőknél az AIDS- és hepatitis-fertőzés kockázata leginkább a börtönben áll fenn. Néhány egyszerű intézkedéssel életet lehetne megmenteni. Ilyenek a kábítószerfogyasztásra kijelölt helyiségek, ahol a kábítószerfüggők felügyelet mellett, tiszta tűvel fogyaszthatnák a heroint. Követelte, hogy Németország teljes területén biztosítsák a kábítószerfogyasztásra kijelölt helyiségek létesítését, jelenleg ugyanis a 16 szövetségi tartomány közül csak hatban léteznek ilyenek.

Hentschke-Kristal követelte továbbá a kábítószerek elemzésének bevezetését („*Druck-Checking*“). Ez lehetővé tenné a fogyasztók számára, hogy megvizsgálják a birtokukba kerülő illegális szerek tartalmát és tisztaságát, így pedig azonosíthatnák az életre veszélyes szubsztanciákat.

Mindezek mellett Hentschke-Kristal követelte a *Naxolon* engedélyezését, amely heroin túladagolás esetén életet menthet. Mint megállapította: „A döntéshozók sajnos ragaszkodnak az absztinencia dogmájához“.

Szenvedélybetegségek Évkönyve 2016 – Jahrbuch Sucht 2016

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V.
Pressemitteilung, Berlin / Hamm, 3. Mai 2016 (5 p.)

Kulcsszavak: szenvedélybetegségek, alkohol, dohányzás, kábítószer, Németország

Forrás Internet-helye: <http://www.dhs.de/start/startmeldung-single/article/jahrbuch-sucht-2016-erschienen.html>

Alkohol: 2014-ben Németországban az egy főre eső tiszta alkoholfogyasztás 9,6 liter volt, csaknem annyi, mint az előző évben (9,7 liter). Az alkoholtartalmú italok összefogyasztása 2014-ben az előző évhez viszonyítva 0,2%-kal, egy főre 136,9 literre csökkent. A tiszta alkoholban mért egy főre eső teljes alkoholfogyasztásból 5,1 liter sör, 2,3 liter bor, 1,8 liter tömény szeszesital, 0,4 liter pezsgőféle volt. Ha figyelembe vesszük, hogy Németországban a legtöbb alkoholt a 15 és 65 év közöttiek fogyasztják, a lakosság többségének átlagos alkoholfogyasztása eléri a 14 liter tiszta alkoholt. A Szövetségi Statisztikai Hivatal extrapolációi szerint Németországban az utóbbi tizenkét hónap során összesen 3,38 millió felnőttet érintett valamilyen alkohollal összefüggő zavar (túlzott italozás: 1,61 millió; függés: 1,77 millió.) A kockázatos alkoholfogyasztás AUDIT-C alapján, nemek, korcsoportok és szocioökonómiai státusz szerinti prevalenciája azt mutatja, hogy a magasabb szocioökonómiai státusszal rendelkező férfiak italozási szokásai minden korcsoportban sokkal kockázatosabbak, mint az alacsonyabb szocioökonómiai státusszal rendelkezőké. Nők körében ez még eklatánsabban megnyilvánul, sőt az életkorral még fokozódik: az alacsony szociális státusszal rendelkező 45-65 év közötti nők 19,3%-a, a magasabb szociális státusszal rendelkezők 32,8%-a fogyaszt kockázatos mértékben alkoholt. A vizsgálatok szerint az alkoholfogyasztás, vagy dohány és alkohol kombinált fogyasztása által okozott halálesetek száma eléri a 74.000-et. 2014-ben az alkohol okozta pszichés és viselkedési zavarokban kezelt kórházi esetek száma 340.500 volt (247.918 férfi). Egy aktuális felmérés szerint az alkoholfogyasztás direkt és indirekt költségei kerekén 40 milliárd EUR-t, az állam alkoholra kivetett adókból származó bevételei viszont mindössze 3,172 milliárd EUR-t (2014) tesznek ki.

Dohány: 2015-ben az egy főre eső cigarettafogyasztás 1.004 cigaretta volt (2014-ben 982). Ez az előző évhez viszonyítva 2,24%-os növekedést jelent. Csökkent viszont a szivarok, szivarkák (2015: 3 milliárd db.) és a finom vágott dohány (25.470 tonna) fogyasztása. A pipadohány-fogyasztás 2015-ben 1.732 tonnára növekedett, ami 27,4%-os növekedésnek felel meg (2014: 1.359 t). 2015-ben mind a dohánytermékekre fordított kiadások (26,2 milliárd EUR), mind az adóbevételek növekedtek (14,9 milliárd EUR). 2013-ban a dohányzás halálos áldozatainak száma 121.000 volt. Ez az összes haláleset 13,5%-a. Ehhez járul még a passzív dohányzás okozta további 3.300 haláleset. A dohányzás okozta költségek évente 79,09 milliárd

EUR-t tesznek ki: ebből 25,41 milliárd EUR direkt költség (kezelés, gyógyszer), 53,7 milliárd EUR indirekt költség (termelés kiesés). A dohányzók száma néhány éve csökken. 2013-ban a 15 éves és annál idősebb férfiak 29%-a, a hasonló korú nők 20%-a dohányzott. A fiatalkorúak körében a dohányzás jelentős csökkenése tapasztalható. A *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)* reprezentatív felmérése szerint 2014-ben a 12-17 év közötti fiúk 11%-a, a velük egykorú lányok 9%-a dohányzott, amire az adatgyűjtés kezdete óta nem volt példa.

E-cigaretta és shisha: A 16 év fölötti dohányzók körében az e-cigarettát már legalább egy alkalommal kipróbálók aránya 2012 és 2014 között 6%-ról 19%-ra növekedett. 2014-ben a megkérdezett nemdohányzók 1-2%-a próbálta ki az e-cigarettát. A fiatalok körében az e-shisha kedveltebb mint az e-cigaretta. Ennek elterjedtségét 2014-ben mérték első alkalommal: Minden ötödik fiú (21,4%) és minden hetedik lány (14,4%) már legalább egy alkalommal kipróbálta az e-shishát. Minden kilencedik fiatalkorú (11,3%) állítja, hogy eddigi élete során már legalább egy alkalommal kipróbálta az e-shishát, vagy az e-cigarettát, a dohánytartalmú cigarettát azonban nem.

Pszichotrop gyógyszerek: 2014-ben Németországban a közgyógyszertárakban kereken 1,51 milliárd doboz gyógyszert adtak el (előző évhez viszonyítva: -2,5%). Ennek 46%-a, 650 millió doboz nem vényköteles volt. Kisebb részét felírták (9,1%), nagyobb részét azonban öngyógyítás céljára adták el. A fennmaradó 54%-ot, 750 millió doboz gyógyszert az orvosok írták fel. A gyógyszergyártók forgalma 29,2 milliárd EUR-t tett ki (+4,2% az előző évhez viszonyítva), a gyógyszertárak forgalma (áfa nélkül) 45,8 milliárd EUR volt. A felírt gyógyszerek 4-5%-a potenciálisan visszaéléshez vagy függéshez vezethet, elsősorban a benzodiazepinek vagy benzodiazepin receptor antagonisták családjába tartozó altatók és nyugtatók. Az utóbbi években e szerek felírása a kötelező betegbiztosítás keretében csökkent, a privát rendelésű szereké növekedett. Az eladott benzodiazepinek mintegy 1,2-1,5 millió gyógyszerfüggő személy ellátására elegendők. A gyógyszerfüggők száma összességében 1,9 millióra becsülhető. A nem kívánt gyógyszerhatások elsősorban az idősebb nőket terhelik.

Illegális kábítószer: 2014-ben a kábítószerfogyasztás 1.032 halálos áldozatot követelt. Ez az előző évhez viszonyítva 3%-os növekedést jelent (1.002). A kábítószerfogyasztás miatti halálos áldozatok átlagéletkora valamivel meghaladta a 38 évet. Németországban a 15 és 64 év közötti lakosság körében 1.000 lakosra 4,7 olyan személy jut, aki kockázatos mértékben fogyaszt kábítószer, ami európai összehasonlításban alacsony prevalenciát jelent. A fogyasztás prevalenciája férfiaknál magasabb mint nőknél, a fogyasztás 18-20 év közöttieknél a legelterjedtebb: az utóbbi 12 hónap során az ebbe a korcsoportba tartozók 16,8%-a fogyasztott illegális kábítószerket. A 18-20 év közöttiek körében az utóbbi hónapok során minden hatodik megkérdezett fogyasztott valamilyen illegális szert. 2012-ben a 18-64 év közöttiek körében a kannabisz-, kokain- vagy amfetaminfüggők száma 319.000 volt.

Szerencsejáték

A német játéktermek bruttó bevétele 2014-ben csökkent. A játékautomaták bevétele 370 millió EUR volt (1993. óta a legalacsonyabb szinten), a „klasszikus” játékok (rulett, black jack, póker) 138 millió EUR-t hoztak. Az előző évhez viszonyítva ez 10 millió EUR visszaesést jelent. A szerencsejáték-piac forgalma azonban összességében 2014-ben növekedett (1,4%-kal, 34,7 milliárd EUR-ra). Ennek oka, hogy a játéktermekben, falatozóknak és egyéb vendéglátóhelyeken 269.000 ipari játékautomatát helyeztek üzembe, amelyek az előző évhez viszonyítva 3,3%-os forgalomnövekedést (+20,5 milliárd EUR) eredményeztek. A *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)* aktuális prevalencia-vizsgálata (2015) szerint a német lakosság körében 241.000 személynél problematikus játékszenvedély, 215.000 személynél patológikus játékszenvedély esete áll fenn. A 2013-ban végzett vizsgálathoz viszonyítva csekély, nem szignifikáns csökkenés tapasztalható. A játékszenvedélyben szenvedők részéről növekedett az ambuláns tanácsadás iránti kereslet. Arányuk a tanácsadó irodáknál 6,8%-ról 7,7%-ra (egyedi diagnózisok), ill. 6,1%-ról 6,8%-ra (fő diagnózisok) növekedett. Az 1.427 ambuláns szenvedélybeteg-tanácsadónál kezelt szenvedélybetegek számának extrapolációjából a „patológikus játékszenvedély” egyedi diagnózisának 24.000 esete adódik (fő diagnózis: 21.300), miután számuk 2013-ban 18.800 volt (1.320 intézményre vonatkoztatva). Az egy intézményre jutó ügyfelek átlagos száma alapján a kezelés iránti kereslet 4,9%-kal növekedett. A legnépesebb csoportot, továbbra is a pénznyerő-automatáknál játszóknak teszik ki (73,9%). A fekvőbeteg intézményekben egyedi és fő diagnózisok szerint a patológikus játékszenvedélyben szenvedő betegek aránya az előző évhez viszonyítva 5,1%-ról 4,8%-ra, ill. 3,0%-ról 2,0%-ra, enyhén csökkent.

Jahrbuch Sucht 2016

DEUTSCHE HAUPTSTELLE FÜR SUCHTFRAGEN (DHS) E.V. (HRSG.)

Kategorie: Bücher Psychologie

2016, 280 Seiten, ISBN 978-3-95853-172-7, Hardcover

Preis: 20,00 EUR (ohne MwSt.: 18,69)

Internet-hely: [http://www.psychologie-aktuell.com/shop/einzelansicht.html?tx_ttproducts_pi1\[backPID\]=79&tx_ttproducts_pi1\[product\]=1337&cHash=1fe888c203](http://www.psychologie-aktuell.com/shop/einzelansicht.html?tx_ttproducts_pi1[backPID]=79&tx_ttproducts_pi1[product]=1337&cHash=1fe888c203)

Kontakt: Gabriele Bartsch

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.

Westenwall 4, 59065 Hamm

Tel. +49 2381 9015-17, +49 179 1269409; Fax +49 2381 9015-30

E-mail: Bartsch@dhs.de ; www.dhs.de

**Orth, B. (2016): A fiatalok kábítószer iránti affinitása
Németországban 2015-ben –
Die Drogenaffinität Jugendlicher
in der Bundesrepublik Deutschland 2015**
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
BZgA-Forschungsbericht, Köln, April 2016 (90 p.)

Kulcsszavak: szenvedélybetegségek, dohányzás, alkohol, kábítószer, Németország

Forrás Internet-helye: <http://www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/suchtpraevention/>

Összefoglalás: A Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) szabályos időközökben vizsgálja a 12 és 35 év közötti fiatalok dohányzási szokásait, alkohol- és kábítószerfogyasztását. A 2015-ben végzett reprezentatív felmérésben 7.004 tizenkét és huszonöt év közötti fiatal vett részt. A megkérdezésre számítógéppel támogatott telefoninterjúk (CATI) keretében került sor.

Dohányzás: 2015-ben a 12-17 év közötti fiatalok 9,6%-a dohányzott. Ebben a korcsoportban azonban a többség (77,3%) még soha nem dohányzott. A 18 és 25 év közötti fiatal felnőttek körében a dohányzók aránya 29,7%, a soha nem dohányzóké 36,0%. A 12-17 év közöttiek körében a dohányzás tekintetében a nemek között nincsenek különbségek. A 18-25 év közöttiekénél a dohányzás a férfiak körében jóval elterjedtebb, mint a hasonló korú nők körében.

A 12-17 év közötti fiatalok 27,3%-a már használt vízipipát. Minden nyolcadik fiatal (12,1%) már legalább egy alkalommal fogyasztott e-cigarettát és minden hetedik (13,5%) kipróbálta az e-shishát. A 18-25 év közötti fiatal felnőttek körében, akik már legalább egy alkalommal használtak vízipipát (68,4 %) vagy e-cigarettát (20,7%) magasabb, mint a fiatalok körében. A 18-25 év közöttiek körében azonban a legalább egy alkalommal e-shishát használók aránya (10,1%) alacsonyabb mint a fiatalok körében.

Alkohol: 2015-ben a 12-17 év közöttiek 68%-a már legalább egy alkalommal fogyasztott alkoholt, 10,9%-a pedig rendszeresen – hetente legalább egy alkalommal – fogyaszt alkoholt. A megkérdezést megelőző

harminc nap során csaknem minden hetedik fiatalnál (14,1%) előfordult, hogy rohamszerűen lerészegedett, tehát alkalmilag nagy mennyiségű alkoholt fogyasztott. A 18-25 év közöttiek 95,3%-a életében már legalább egy alkalommal fogyasztott alkoholt, egyharmada (33,7%) rendszeresen fogyaszt alkoholt, 38,2%-a pedig a megkérdezést megelőző harminc nap során lerészegedett.

A 12-17 év közöttiek körében a prevenciók ajánlások eredményeképpen egyre több fiatal mond le az alkoholról és a kockázatos alkoholfogyasztás is csökken. A 18-25 év közötti felnőttek körében az alkoholfogyasztás nemek szerint különbözően alakul. 2011. óta a kockázatos mértékű alkoholfogyasztás és a rohamszerű lerészegedés a 18-25 év közötti férfiak körében csökken. A fiatal nők körében ez egyébként is alacsony szinten jelenik meg.

Illegális kábítószeres:

A fiatalok és a fiatal felnőttek körében a kannabisz fogyasztása a legelterjedtebb. Minden tízedik fiatal (9,7%) és minden harmadik fiatal felnőtt (34,5%) már legalább egy alkalommal fogyasztott kannabiszt. A fiatal felnőttek csoportjában négy százalék válaszolja, hogy már legalább egy alkalommal fogyasztott ecstasy-t, amfetamint vagy pszichoaktív növényeket. Az LSD, kokain, az új pszichoaktív szerek és az inhaláló szerek életkor prevalenciája az egy és három százalék közötti tartományban mozog. A fiatal felnőttek kevesebb mint egy százaléka rendelkezik tapasztalatokkal crystal meth, crack vagy heroin fogyasztásával kapcsolatban. A megkérdezett férfiak aránya, akik már legalább egy alkalommal fogyasztottak illegális kábítószereseket, magasabb mint a megkérdezett nőké.

A fiatalok aránya, akik már legalább egy alkalommal fogyasztottak kannabiszt, 2011-hez viszonyítva valamelyest növekedett. A fiatal lányok körében a növekedés statisztikailag szignifikáns. A 18-25 év közötti fiatal férfiak és nők körében 2015-ben a 12 hónapos prevalencia magasabb volt mint 2010/2011-ben.

[Lásd még: *A fiatalok kábítószer iránti affinitása Németországban 2011-ben; Tanulmány a játékszenvedélyek helyzetéről Németországban. A 2007., 2009. és 2011. évi reprezentatív felmérések eredményei (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BZgA); 2012. 10. sz.]*

Jelentés Németország szociális helyzetéről – Datenreport 2016 (2. rész)

Szerk.: Bundeszentrale für politische Bildung (bpb)

Kiad.: Statistisches Bundesamt (Destatis) –

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB),

Bonn, 2016 (482 p.)

Kulcsszavak: szenvedélybetegségek, dohányzás, elhízás, Németország

Forrás Internet-helye: http://www.gib.nrw.de/service/newsletter/gib-newsletter/newsletter_archiv/g.i.b.-newsletter-nr.-326/wege-in-arbeit/datenreport-2016-erschienen-bildung-ist-der-schlüssel-zur-integration ;
<https://www.wzb.eu/de/pressemitteilung/bildung-ist-entscheidend-fuer-integration-von-migranten>

10. 1. 5. Az egészség szempontjából releváns tényezők

Dohányzás

2013-ban a mikrocenzus keretében a kérdésre válaszoló 15 éves és annál idősebb népesség 24%-a ismerte be, hogy dohányzik. Ez kevesebb, mint az előző megkérdezések alkalmával: 2009-ben 26%, 2005-ben és 2003-ban 27%, ill. 1999-ben és 1995-ben 28%. A dohányzók aránya 2013-ban a férfiak körében 29% volt; 1995. óta (36%) folyamatosan csökken. A dohányzók aránya a nők körében enyhén csökkent: 22%-ról (1995-től 2005-ig) több mint 21%-ra (2009), majd 2013-ban 20%-ra. A nők minden korcsoportban kevesebbet dohányoznak mint a férfiak.

A rendszeresen dohányzók körében életkor és nemek szerint jelentős különbségek mutatkoznak. 2013-ban az összes megkérdezett 21%-a, a férfiak 25%-a és a nők 17%-a rendszeresen dohányzott. A vizsgált időszakban csak a rendszeresen dohányzó férfiak körében volt tapasztalható szignifikáns csökkenés. Arányuk 1995 és 1999 között még tartósan 31%, 2003-ban 30%, 2005 és 2009 között 28%, ill. 26% volt.

A dohányfogyasztás mértéke: A naponta elszívott cigaretták mennyiségéről csak a cigarettafogyasztókat kérdezték, akik 2013-ban is a dohányzók zömét (97%) tették ki. A rendszeresen cigarettázók 81%-a válaszolta, hogy naponta átlagosan 5-20 cigarettát szív el. A naponta több mint 20 cigarettát fogyasztók aránya 12%. Ám itt nemek szerinti

különbségek adódnak: A rendszeresen dohányzó férfiak közül minden hetedik (15%) tartozik ebbe a kategóriába, a rendszeresen dohányzó nőknek mindössze 8%-a. Az Egészségügyi Világszervezet definíciója szerint ők erősen dohányzóknak számítanak.

A nemdohányzók csoportja (76%) az „egyáltalán nem dohányzókra” (56%) és egykori dohányzókra (20%) tagolódik. A nemdohányzók aránya a megkérdezettek életkorával arányosan növekedett: a legalacsonyabb érték a 25-29 év közöttiekénél található (64 %, amiből 52% egyáltalán nem dohányzó, 12% volt dohányzó). A 65 év fölöttiek körében 91% volt nemdohányzó, 65%-uk soha nem dohányzott, 26%-uk korábban dohányzott.

A férfiak körében kevesebb a nemdohányzó (71%), mint a nők körében (80%). A férfiak 47%-a, a nők 65%-a soha nem dohányzott.

Testsúly

Az Egészségügyi Világszervezet besorolása szerint 2013-ban minden második (52%) 18 év fölötti felnőtt túlsúlyos volt. Az előző évekhez viszonyítva ez növekedést jelent (1999: 48%; 2003: 49%; 2005: 50%; 2009: 51%). 2013-ban a felnőtt lakosság 16%-a erősen túlsúlyos volt. A férfiak 62%-a túlsúlyos, 17%-a erősen túlsúlyos volt. A nők körében a túlsúlyosok aránya 43%, az erősen túlsúlyosoké 14% volt.

Túlsúlyosság korcsoportok szerint: A túlsúlyosság már a fiatal felnőttek körében is elterjedt és az életkorral arányosan növekszik. Már a 20-24 év közöttiekénél minden harmadik férfi (31%) és csaknem minden ötödik nő (19%) túlsúlyos. A túlsúlyos esetek száma a 60-64 év közötti férfiak háromnegyedét (74%), a 70-74 év közötti nők 59%-át érinti.

Az alacsony testsúly (18,5-nél alacsonyabb test-tömeg-index) sokkal kevésbé elterjedt mint a túlsúlyosság. Ám ebből is hasonló egészségi kockázatok származnak. Ez 2013-ban a nők 3%-át, a férfiak 1%-át érintette. A 18-19 éves nők 13%-a, a 20-24 évesek 9%-a rendelkezik alacsony testsúllyal.

A túlsúlyosság és a dohányzás közötti összefüggés: Mind a férfiak, mind a nők körében az egykori dohányzóknál sokkal gyakoribb a túlsúlyosság, mint az aktív dohányzóknál. 2013-ban a korábban dohányzó férfiak 73%-ának, az aktív dohányzók 57%-ának test-tömeg-indexe 25-ös vagy annál nagyobb volt,. Nőknél hasonló a helyzet: a volt dohányzók 47%-a, a dohányzók 37%-a túlsúlyos.

Kaliforniában hatályba lépett a dohányzásról szóló új törvény
California Legislative Information

Kulcsszavak: dohányzás, Kalifornia, Hawaii

Forrás Internet-helye (a törvény szövege):

http://leginfo.legislature.ca.gov/faces/billNavClient.xhtml?bill_id=201520162SB7

Kalifornia kormányzója 2016. május 4-én jóváhagyta az állam dohányzásról szóló törvényét. Kaliforniában a dohányzás csak a 21 év fölöttiek számára megengedett. A dohányzást a 21 év alattiak számára elsőként megtiltó állam Hawaii volt, ahol a törvény 2016 januárjában fogadták el. A korhatár mindkét államban az e-cigarettákra is kiterjed.

Kaliforniában az orvosszervezetek és más civil szervezetek már évek óta dohányzásellenes kampányokat folytattak a szigorúbb szabályok bevezetéséért. A korhatár alól kivételben részesülnek a 18 év fölötti katonák, akik továbbra is fogyaszthatnak dohánytermékeket.

Az új törvény 400 USD (350 EUR) fölötti pénzbírsággal sújtja 21 év alattiakat cigarettával kiszolgáló boltokat. Visszaesőknél a bírság akár a 6.000 USD-t is elérheti.

*Timo Blenk et al: A verseny szerepe az egészségügyben:
Németország, Hollandia és Svájc tapasztalatai (1. rész):
Versenyterületek és versenyparaméterek*
Friedrich-Ebert-Stiftung
WISO Diskurs, 01/2016 (36 p.)

Kulcsszavak: egészségügy, verseny, Németország, Hollandia, Svájc

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

3. Verseny a szolidáris egészségügyi rendszerben

3. 3. Versenyterületek

Kezelési piac / ellátási piac:

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

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

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

Szolgáltatási piac / szerződések piaca:

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

kollektív szerződések helyébe szelektív szerződések lépnek. A teljes területet lefedő ellátás felelőssége a rájuk ruházott ellátási kötelezettség alapján a betegpénztárakra hárul. A következetes versenypiaci felügyelet a versenyjog adekvát alkalmazásával kontrollálni, ill. korlátozni tudja a magas taglétszámmal rendelkező betegpénztárak túlhatalmát. A verseny tárgya a kialakult árak mellett elsősorban az egészségügyi szolgáltatások minősége. A biztosítási piacnak a szolgáltatási piac irányába történő perspektívaváltása tendenciálisan a „minőségügyi versenyt” ösztönzi. Ám nem kizárt, hogy a csekélyebb piaci részesedéssel rendelkező kisebb szolgáltatók destruktív konkurenciát folytatnak.

Biztosítási piac:

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

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

3. 4. Versenyparaméterek

Ha búcsút intünk a homogén javakért folytatott kizárólagos árverseny neoklasszikus modelljének, ez a kiegészítő járulék mértékének a mindenkori betegpénztár általi autonóm meghatározása mellett, további versenyparaméterek megjelenését feltételezi a betegpénztárak és szolgáltatók részére. Csak ez tenné lehetővé, hogy a kiegészítő járulékokat stabilizáló árverseny mellett a legjobb ár-szolgáltatás-viszony is kibontakozhasson. A szolgáltatási kínálat szelektív szerződések opciója általi differenciálódása egy „valóságos” innovációs és minőségügyi versenyt bontakoztatna ki, amely nem merül ki a banális marketingfogások vagy kétes értékű önkéntes kiegészítő szolgáltatások területén. A betegpénztárak és szolgáltatók által felkínált

szolgáltatások mellett elképzelhetőek lennének különböző minőségi szintek és disztribúciós csatornák, valamint különböző managed-care- modellek (háziorvosi modellek, gatekeeping, HMO, PPO etc.).

4. A versenypolitika helyzete Németországban

4. 1. Alaphelyzet

1996-ban, a szabad pénztárválasztás bevezetésével az egészségpolitikai diskurzus főleg a biztosítási piacot vette célba. A korábbi reformtörekvések kijózanító tapasztalatai után a betegpénztárak közötti versenytől remélt hatékonyságfokozó effektusok tekintetében most elsősorban a járulékstabilitástól és a költségsökkentéstől várták a hatékonyságfokozó effektust.

A versenyfeltételek az előző években elfogadott reformtörvényekkel folyamatosan javultak: az egészségügyi reformról szóló törvény (*Gesundheitsreformgesetz – 2000*), az egészségügy modernizációjáról szóló törvény (*Gesundheitsmodernisierungsgesetz – 2004*), a versenynek a kötelező betegbiztosítás területén való erősítéséről szóló törvény (*GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – 2007*), a kötelező betegbiztosítás finanszírozásáról szóló törvény (*GKV-Finanzierungsgesetz – 2011*), a kötelező betegbiztosítás struktúráiról szóló törvény (*GKV-Versorgungsstrukturgesetz – 2012*).

A saját rendelővel rendelkező [ún. „letelepedett”] orvosok, mint klasszikus egyéni vállalkozók mellett az ambuláns ellátás területén új jogi és szervezeti formák váltak lehetővé, mint pl. az egészségügyi ellátási központok (*medizinische Versorgungszentren – MVZ*), praxishálózatok vagy fiókpraxisok. A kórházi ellátás területén az esetátalányok (DRG) bevezetése megteremtette a kórházak és betegpénztárak közötti szelektív szerződések lehetőségét. Ugyanez érvényes a gyógyszerügy és a segédeszközök területén. Jóllehet a törvényhozói aktivitások nem voltak minden esetben halaszthatatlanok – olykor egy lépést eredményeztek előre, kettőt hátra – a törvényhozó szándéka a minőségügyi versenynek a szolgáltatások piacán szelektív szerződésekkel történő megerősítésére, szembeűnő. Szakértői jelentésében mind a monopóliumok bizottsága (*Monopolkommission, 2008/09*), mind az egészségügyi fejlődés szakértői bizottsága (*Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2012*) nyomatékosan e hatékonysági potenciál növelése mellett foglalt állást.

4. 2. Versenyfeltételek

A versenyhelyzet egyik előfeltétele az alternatív és szubsztitúciós lehetőségek megléte. Jelenleg 123 kötelező betegbiztosítási fenntartó áll rendelkezésre, így a biztosítottaknak éppen elég választási és átlépési lehetőségük van. A 2010/11-ben, a kiegészítő járulékok bevezetése által indukált betegpénztárak közötti vándorlási folyamatok meggyőzően szemléltetik, hogy a biztosítottak az árak tekintetében kellőképpen rugalmasak és tudatosan váltanak pénztárt.

Ez felveti a versenyjog alkalmazásának kérdését az egészségügy területén. A német törvényhozó ebben a tekintetben is lépéskényszerben van. Továbbá lehetőséget kell biztosítani a korlátok nélküli piaci megjelenésre, ill. vállalkozói csőd esetén a piacról

történő kiválásra. Ami a betegpénztárakat illeti, a szabad pénztárválasztás bevezetése (1996) óta fúziók és felszámolások formájában bekövetkezett egy piactisztító koncentrációs folyamat. Új betegpénztárak alapítására ezzel szemben nincs kilátás. Hasonló folyamat megy végbe a kórházak tekintetében is, ott is a kórházak fúziója vagy bezárása figyelhető meg. A betegpénztárak közötti verseny eddig elsősorban a kiegészítő járulékok elkerülésére irányult. A transzparencia, az orvosi szolgáltatások összehasonlíthatósága, a minőség tekintetében továbbra is sok a tennivaló. A szereplők verseny iránti igénye, éppen a saját rendelővel rendelkező orvosok, a gyógyszerészek, ill. ezek szövetségei részéről, számos kívánnivalót hagy maga után. A piacra lépés korlátai a kötelező, szükségletektől függő betegpénztári engedélyezés folytán éppen a betegpénztári orvosi egyesülési ellátásban való részvétel tekintetében igen magasak. A piacról a „vállalkozói” siker hiánya miatti kilépés ezzel szemben alig figyelhető meg.

4. 3. Kezelési piac

Németországban a kezelési piacon végbemenő versenyre elsősorban az „egészségpiacon”, a privát, gyakran privát kiegészítő biztosításokból, vagy saját forrásokból finanszírozott szolgáltatásokért kerül sor. Ez az eset főleg akkor áll fenn, ha a szolgáltatók és a fogyasztók direkt kapcsolatban állnak egymással. Ilyenek az egyéni egészségügyi szolgáltatások (*individuelle Gesundheitsleistungen – IGeL*), a nem vényköteles gyógyszerek, vagy a választott kórházi szolgáltatások. A kereslet alakulására individuális preferenciák és haszonszámítások, e szolgáltatások igénybevételére a személyes fizetőkészség és -képeség alapján kerül sor. Ám a minőség és az orvosi célszerűség tekintetében gyakran lép fel a szolgáltatók és az ilyen szolgáltatásokat igénylők közötti aszimmetrikus információáramlás. Egy privát finanszírozású kezelési piacból származó verseny a szabad orvosválasztás ellenére nem eléggé artikulált. A biztosítottak és betegek számára gyakran nem áll rendelkezésre elégséges információ a minőségre és a szolgáltatók alkalmasságára vonatkozóan.

4. 4. Szolgáltatási piac

A betegpénztárak és szolgáltatók, vagy szolgáltatói csoportok közötti szelektív szerződéskötésre

- modellkísérletek;
- háziiorvosi központú ellátás;
- különleges ambuláns orvosi ellátás;
- betegségmenedzsment-programok, valamint
- integrált ellátás keretében között szerződések

formájában kerülhet sor.

A részvétel a biztosítottak számára a betegpénztárunknál választott tarifák keretein belül önkéntes. Mindenesetre a biztosítottakat legalább egy évig köti a tarifa. Ez idő alatt csak olyan orvoshoz fordulhatnak, akivel betegpénztárunk szerződést kötött. Szabad orvosválasztásuk így korlátozódik. A háziiorvosi központú ellátás keretében a háziorvos dönt mindennemű további szakorvosi kezeléssel. Az ilyen választott tarifák

előnye nem valamilyen pénzügyi kedvezményben, hanem pl. alacsonyabb járulékkulcsban vagy díjvisszafizetésben áll.

4. 5. Biztosítási piac

A verseny felé tett első lépés a szabad pénztárválasztás bevezetése volt (1996). Ahhoz, hogy a betegpénztárak közötti verseny ne fajuljon az ún. „jó” kockázatokért való versenyfutássá, a betegpénztárak számára a diszkrimináció tilalma mellett előírták a szerződéskötés kötelezettségét. A járulékkulcs (jelenleg: kiegészítő járulék) mértékének a betegpénztár teljesítőképességét és nem „kedvezőtlen” kockázati struktúráját kell tükröznie. Ennek kiküszöbölése céljából visszatérően egy átfogó morbiditásorientált strukturális kockázatkiegyenlítés (*morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich – Morbi-RSA*) bevezetésére került sor.

Mindenesetre a betegpénztárak mozgástere a verseny területén lényegében a járulékautonómiára korlátozódik. Csekélyebb mértékben az önkéntes szerződéses szolgáltatások, a bónusz-szolgáltatások, a választható tarifák (egyebek között: önrészek, járulékvisszatérítés), valamint a prevenciós és a munkahelyi egészségmenedzsment területén próbálkozhatnak. Ezenkívül modellkísérletekben, valamint *Managed-Care* modellekben (pl. háziiorvosi szerződésekben) való részvételre nyílik lehetőségük. A biztosítottak e keretek között gyakorolhatják választási és átlépési opcióikat. Mivel a szolgáltatási katalógust a Közös Szövetségi Bizottság (*Gemeinsamer Bundesausschuss*) egységesen szabályozza, az egészséges biztosítottak pedig elsődlegesen alacsony járulékkulcsokban érdekeltek, fennáll az „árverseny” tendenciája. A betegpénztárak érdekei és az átfogó minőségügyi verseny lehetőségei egyelőre másodrangúak. Érdelemleges volumenű minőségügyi versenyre egyelőre nem kerül sor.

4. 6. Versenypolitikai reformszükséglet

1996-ban, a szabad pénztárválasztás bevezetésével a kötelező betegbiztosítás területén megteremtődött a versenyhelyzet, amely a betegpénztárak közötti ár- és szolgáltatási versenyt eredményezte. Ez a folyamat látványos piactisztítást eredményezett: a betegpénztárak száma több mint 1.200-ról a mai 123-ra csökkent. Ez a koncentrációs folyamat további fúziókkal és pénztárbezárásokkal folytatódni fog.

Az, hogy a verseny mennyiben járult hozzá ténylegesen a (kiegészítő) járulékkulcsok stabilizálásához, még nem állapítható meg pontosan. A versenyre jellemző elemek bevezetésétől remélt minőségügyi verseny – eltekintve a betegpénztári szolgáltatások jobb minőségétől – egyelőre csak a szándékokban nyilvánul meg. A betegpénztárak politikailag megkívánt vállalkozói irányultságának megerősítése és ezzel egyidejűleg a társadalombiztosítási önkormányzat pozíciójának gyengítése a betegpénztáraknak a piac és a szociális egyenlőség közötti új azonosságát hozta létre – ami nem válik éppen a biztosítottak javára.

5. A svájci egészségügyi rendszer (15-20. p.)

5. 1. Az alaphelyzet

A svájci egészségügyi rendszer érdekes példa a versenytényezők bevezetésének összefüggésében. Ezenkívül nemzetközi összehasonlításban rendszeresen élenjáró értékeket produkál. A születéskor várható életkor 82,9 év (Németországban 80,9 év, Hollandiában 81,4 év). A felnőtt svájciak 81,3%-a jónak ítéli meg saját egészségi állapotát (Hollandiában 76,4%, Németországban 64,8%). Az egészségügyi költségek GDP-hez viszonyított aránya 11,1% (Németországban 11%, Hollandiában 11,1%).

A svájci egészségügyi piac két területre tagolódik: egy általános, jogszabály által szabályozott alapellátásra (alaptarifá), valamint egy privát kiegészítő biztosításra. Ez utóbbi területen a verseny nem ütközik korlátokba.

A biztosítók csak a kiegészítő biztosítások piacán törekedhetnek haszonszerzésre. A biztosítottak az alaptarifá keretében maguk dönthetnek havi biztosítási járulékaik mértékéről. Kezelés esetén a pénzügyi hozzájárulás a havi járulékkal arányosan növekedik, ill. csökken (franchise). A franchise mértéke legalább 300 CHF és maximum 2.500 CHF között mozog. A svájci biztosítottaknak a választott franchise-tól függetlenül maximum 700 CHF összegig hozzá kell járulniuk a kezelési költségek tíz százalékához. A svájci biztosítottak tehát magasabb pénzügyi hozzájárulást viselnek individuális kezelési költségeikhez, mint a hollandok és a németek.

A svájci betegbiztosításban nincsenek jövedelemfüggő járulékok. Ezek helyett az állam szolidáris segélyeket nyújt a biztosítási járulékokhoz. Németországtól és Hollandiától eltérően ebből az országon belül a befizetendő betegbiztosítási díjak tekintetében szociálpolitikailag tolerálható egyenlőtlenségek keletkeznek. További különbség, hogy Svájcban minden egyes biztosított egyéni biztosítással rendelkezik. A hozzátartozók és a gyermekek járulégmentes együttes biztosítása itt nem létezik. A gyermekek havi díja, önrésze és a franchise mértéke Svájcban alacsonyabb, mint a felnőtteké.

A svájci egészségügyi rendszer további ismérve a különböző kiszervezett Managed Care-modelleknek az alapellátás területén való terjeszkedésében áll. 2015-ben a svájci biztosítottak 63,6%-a döntött egy ilyen biztosítási lehetőség mellett. A Managed Care-modellek kedvezőbb havi díjat kínálnak és ennek fejében a választott szerződési formától függően korlátozzák a szabad orvosválasztást. A Managed Care-tarifák különböző alapmodelljei különböztethetők meg:

- HMO-modell (*Health Maintenance Organization*): a biztosítottak kötelezettséget vállalnak, hogy betegség esetén mindig a választott egészségügyi központot (csoportpraxist) keressék fel;

- Háziiorvosi modell („*Gatekeeping*“): A biztosítottak betegség esetén kötelesek első alkalommal háziiorvosukhoz fordulni, aki dönt a további kezeléstről, esetleg beutalót ad a megfelelő szakorvoshoz. A háziiorvosi modell keretében szerződéses viszony áll fenn a kiválasztott szolgáltató és a biztosított között;

- Listamodel: A háziiorvosi modellhez hasonlóan a biztosítottak egyoldalúan választják ki a szolgáltatót, szerződéskötésre nem kerül sor. A biztosítottak a biztosító által összeállított listáról választhatnak háziorvost (*Gatekeeper*), aki dönt a további kezelési folyamatról;

– Telemedicina-modellek: A biztosítottak minden újabb egészségi probléma esetén kötelesek előbb telefonon orvosi tájékoztatást kérni. A call center-ben működő orvosok előbb értékelik az esetet, majd döntenek az orvosi vizsgálatról.

A *Managed Care* modellek vegyes formái is elterjedtek: a telemedicina- modellnél pl. az orvosválasztás szabad maradhat, vagy a listamodellhez hasonlóan korlátozódhat. A *Managed Care* modellekről szóló jogszabály teljesen liberális, széles mozgásteret nyújt az innovatív megoldások számára. A svájci törvényhozó megpróbálkozott ugyan a *Managed Care* modellek szigorúbb szabályozásával, azt azonban a 2012-ben tartott népszavazás 76%-os többséggel elutasította.

Az 1990-es években, a *Managed Care* modellek bevezetésének kezdetén az irántuk való kereslet a vártnál alacsonyabb volt, a 2000-es évek közepétől azonban a trend megfordult. Ezt követően a kereslet a biztosítottak részéről ugrásszerűen megnövekedett. Ennek oka, hogy 2005-ben bevezették a *Managed Care* tarifák és a magasabb választott franchise-ok kombinálhatóságának lehetőségét, ami ideális esetben akár a havi biztosítási díj 50%-os csökkenését is eredményezhette. Ez a növekedési trend a mai napig tart, még akkor is, ha 2012-től a piaci kereslet állandósulása mellett bekövetkezett egy telítettségi állapot.

5. 2. Versenyfeltételek

A versenyfeltételek tekintetében Svájcban számos körülmény elégséges mértékben teljesül. A szolgáltatók és biztosítók piacra lépése alapján véve lehetséges. A kantonok azonban a túlellátás megakadályozása érdekében engedélyezési moratóriummal szabályozhatják a szolgáltatók számát. A kórházaknak, ahhoz, hogy jogosultakká váljanak szolgáltatásaik biztosítókkal való elszámolására, szerepelniük kell a kórházak listáján. Ha valamely szolgáltató vagy biztosító nem képes helytállni a versenyben, csődhelyzetre kerülhet sor, ami a gyakorlatban is előfordul. A versenyszemlélet ebben a tekintetben Svájcban kihangsúlyozottabb.

Jóllehet Svájcban a biztosítottak elvben jogosultak a szabad pénztárválasztásra, az alapellátás területén számos biztosító megpróbálkozik a meg nem engedett kockázatszelekció alkalmazásával. Ehhez a nem elégséges mértékben differenciált kockázatkiegyenlítés is ösztönzést nyújt. A kockázatkiegyenlítés azonban folyamatos kiigazítási és reformfolyamatban van. Ezen a területen a reformok iránt készségesebb Szövetségi Egészségügyi Hivatal átvette az illetékességet a parlamenttől. A szerződéskötés szabadságának elve az alapellátás területén csak korlátozottan érvényesül. Alapvetően minden betegpénztárnak minden engedélyezett szolgáltatóval szerződnie kell. A *Managed Care* modellek körében azonban fennáll a szelektív szerződések és speciálisan kialakított tarifák lehetősége az orvosok és a kórházak egy részével. A svájci egészségügyben a kartelljog, különösképpen a versenyjog alkalmazására nem kerül sor.

Összességében a versenyfeltételek az egészségügy területén pregnánsabban megjelennek mint Hollandiában vagy Németországban. Svájc számára a legnagyobb kihívás a strukturális kockázatkiegyenlítés erőteljesebb differenciálásában és az ehhez szükséges empirikus adatállomány optimalizálásában áll.

5. 3. Kezelési piac

Svájcban a biztosítottakért folytatott versenyre elsősorban az ambuláns ellátás területén kerül sor jelentősebb mértékben. A betegek ügyfélként való megtartásával összefüggésben jelentősen javult a svájci orvosi praxisok szolgáltatásainak minősége. Rugalmasabbá vált az orvosi praxisok rendelési rendje (beleértve az éjjel-nappali készenlétet), szélesebb körben áll rendelkezésre a telefonon való rendelés és a telemedicina lehetősége. A szakorvosi vizsgálatokra való várakozási idő is csökkent.

A kórházak közötti verseny ezzel szemben korlátozottabb. A betegek rendszerint a helyi kórházhoz fordulnak és elfogadják az ottani feltételeket. 2012. óta Svájcban az általános alapellátás területén a kantonhatároktól függetlenül fennáll a szabad kórházválasztás lehetősége. Ez korábban kiegészítő biztosítási termék volt. Ezt a lehetőséget azonban kevesen veszik igénybe.

2012-ben Svájcban is bevezették az esetátalányok szerinti kórházi elszámolást. A szolgáltatói oldalon megfigyelhető, hogy a betegekért folytatott verseny kínálatbővüléshez és minőség-növekedéshez vezetett. A szakorvosok egyre inkább közösségi praxisokban tömörülnek, hogy szélesebb szolgáltatási kínálatot nyújthassanak. Fokozódik az orvosok specializálódása is.

A kezelési piacon elsősorban a transzparencia tekintetében áll fenn reformszükséglet. A betegek a kórházi ellátás területén nem rendelkeznek elégséges támponttal a döntéshozatalhoz.

5. 4. Szolgáltatási piac

A verseny ezen a területen szinte kizárólagosan a *Managed Care* modellekre korlátozódik. Ebben a speciális szegmensben azonban igen dinamikus jelentkezik és ösztönzi az egészséggazdasági innovációt. A *Managed Care* piac néhány év leforgása alatt számos változáson ment keresztül és számos új biztosítási termék bevezetését eredményezte. Ilyenek a telemedicina modellek, az átküldött képek alapján való diagnózis, az individuális egészségparaméterek elektronikus felügyelete.

A verseny jelenléte a svájci egészségügyben a biztosítók és orvosszövetségek közötti konkurenciát is kiváltotta. Miközben a verseny bevezetését megelőzően az orvosi szolgáltatásokat az orvosok és a biztosítók ernyőszervezetei közötti kollektív szerződések szabályozták, ezt követően egymással versenyben álló szervezetek alakultak ki. 2013-ban három nagy biztosító, a *CSS*, a *Helsana* és a *Sanitas* kilépett a piacvezető *Santésuisse*-ből és létrehozta a *Curafutura*-t. Így különböző szövetségek versengnek a szolgáltatókkal való kollektív szerződések megvásárlásáért. Az orvosok részéről különböző szolgáltatók, szövetségek, orvoshálózatok tárgyalnak a biztosítókkal. Összességében megállapítható, hogy a versennyel megtört az orvosok és biztosítók közötti kartell.

A verseny további következménye a kiegészítő biztosítások piacának differenciálódása, mind szolgáltatói, mind biztosítói oldalon. A kórházi ellátások területén negatív következményekkel is számolnunk kell az esetátalányok bevezetésével és a svájci kórházak privatizációs folyamatával összefüggésben. A privát kórházak számára feltehetően ösztönzés keletkezik a nagyon vonzó betegek megnyerésére, akik nagyon gyorsan meggyógyulnak és hazamennek. A lassabban

gyógyuló multimorbid betegeket e szcenárium szerint már csak állami kórházakban fogják kezelni. A svájci egészségügyi rendszerben mielőbb ellensúlyozni kell a kétosztályú medicina veszélyét.

A svájci egészségügyben további reformszükséglet áll fenn a minőségbiztosítás tekintetében. Elsősorban a *Managed Care* területén számos modell kiváló minőséget biztosít, ezek azonban a csupán csekély mértékben ellenőrizhető minőségügyi indikátorok miatt nem képesek elégséges mértékben érvényesülni az alacsonyabb minőséget nyújtó versenytársakkal szemben.

5. 5. Biztosítási piac

Mivel a svájci biztosítottak minden év végén válhatnak biztosítót, a biztosítási piacon erőteljes verseny megy végbe a betegpénztárak között. A múltban ennek következtében számos eredménytelen pénztárnak be kellett zárnia. A döntő jelentőségű versenyparaméter a havi biztosítási díj. A biztosítottak ebben a tekintetben érsznél vannak és érdekeltek a betegbiztosító iránti pénzügyi befizetéseik alacsony szinten tartásában. Biztosítási elemzők szerint egy biztosítónak a tíz legkedvezőbb biztosító közé kell tartoznia ahhoz, hogy tartósan ne veszítsen biztosítottakat. Következésképpen a biztosítók többsége fenntart egy kedvező bázistarifát, amely alacsony járulékokat és magasabb költség hozzájárulást tartalmaz. A betegpénztár kiválasztásához egyéb körülmények is hozzájárulnak: a betegpénztár szolgáltatásainak minősége, valamint az orvosi költségek gyors és komplikációmentes visszatérítése.

A betegpénztárak közötti verseny az általuk kínált *Managed Care* modellek tekintetében is végbemegy. Számos biztosított célzottan igényli a telemedicina szolgáltatásokat és az irányított ellátás egyéb formáit. Jelentőséggel rendelkeznek még az adott biztosító által az alapsomagon felül kínált kiegészítő csomagok. Mivel a biztosítók az általános alapbiztosítás keretében nem szerezhetnek nyereséget, a verseny a kiegészítő biztosítások piacára összpontosul. Mivel a biztosítottak többsége az alaptarifa mellett ugyanazon biztosítónál köt kiegészítő biztosítást, a fennálló rendszer egy nehezen feloldható problémát hordoz. Jóllehet ez nem megengedett, egyes biztosítók megpróbálják ügyfeleik alaptarifánál szerzett adatait a kiegészítő biztosításoknál való kockázatszelekció céljára felhasználni. A kiegészítő biztosításoknál utólagos díjemelésre is lehetőség nyílik. Összességében megállapítható, hogy a verseny bevezetése a biztosítási piacon megerősítette a biztosítottak saját felelősségét és hozzájárult a termékskála differenciálódásához, pl. új tarifák, *Managed Care* modellek, kiegészítő szolgáltatások formájában. A verseny bevezetése a svájci biztosítási piacon eddig megoldatlan problémákat is szült. Egybehangzó szakértői vélemények szerint a kockázatkiegyenlítés hiányosságai egyes betegpénztáraknál kockázatszelekcióhoz vezetnek. E tendencia meghaladása csak a kockázatkiegyenlítés további differenciálásával válik lehetővé. Ezenkívül a biztosítási piacon egy koncentrációs folyamat megy végbe. Ha ez a folyamat a következő években is folytatódik, fennáll a biztosítási piac oligopolizálódásának veszélye, azaz csupán néhány nagy biztosítási vállalkozás marad talpon. A svájci egészségügy egyik további kihívása abban áll, hogy az egészséges biztosítottak kezdetben inkább kedvezőbb betegpénztárakkal szerződnek, amelyek alacsonyabb minőségű szolgáltatásokat nyújtanak, betegség esetén azonban átlépnek egy jobb minőséget

nyújtó betegpénztárhoz. Ahhoz, hogy a szolidaritás elve ebben a tekintetben sem szenvedjen csorbát további reformokra lesz szükség.

6. A holland egészségügyi rendszer

6. 1. Az alaphelyzet

Hollandiában 2006-ban átfogó egészségügyi reformra került sor. Ennek központi elemei: biztosítási kötelezettség minden lakos számára, az állami és privát biztosítási teherviselők addigi egymásmellettiségének feloldása, egységes szolgáltatási alapsomag bevezetése, jövedelemtől függetlenebb finanszírozás.

A reform elsősorban a biztosítási és a szolgáltatási piacot érintette, amennyiben az állami és a privát biztosítás dualitásának feloldásával, valamint a szolgáltatási alapsomag bevezetésével nagyobb választási szabadságot nyújtott a biztosítottak és szélesebb tárgyalási mozgásteret nyitott a biztosítók számára a szelektív szerződések alakítása tekintetében. A biztosítottak választási lehetőségei nemcsak a betegpénztár szabad megválasztásában, hanem nominális járulékok mértékének, költség hozzájárulásuk összegének meghatározásában, továbbá különböző, akár ugyanazon betegbiztosítási teherviselőnél kötött kiegészítő biztosításokban is konkretizálódtak.

Ugyanakkor a holland törvényhozók a kezelési piacon is elmozdulást reméltek a reformtól. Ám a költségnövekedés semmiképpen nem vezethet az egészségügyi szolgáltatások korlátozásához vagy racionálásához. A tanulmány empirikus eredményei azonban azt mutatják, hogy a verseny és a piac felé történő nyitás, különösen a költségcsökkentés és a minőség tekintetében, még nem bontakozott ki teljes mértékben. Így a költségnövekedés és a járulékstabilitás mellett az egészségügy fenntartható finanszírozása továbbra is bizonytalannak látszik. A költségprobléma „a 2006-ban bevezetett reform ellenére és miatt” még mindig evidens.

6. 2. Versenyfeltételek

A verseny működésének alapvető feltételei: a szolgáltatók és biztosítók piacra lépésének és a piacról való kiválásának alacsony korlátai, egy általános, az összes érintett számára kötelező szolgáltatási katalógus, szabad pénztárválasztás az összes biztosított számára, szelektív szerződések lehetősége. Hollandiában általános biztosítási kötelezettség áll fenn, amelynek megszegését szankciókkal sújtják. A szerződéskötés kötelezettsége és a diszkrimináció tilalma mindenki számára ténylegesen biztosítja a szabad pénztárválasztást. Mindezek mellett az átfogó strukturális kockázatkiegyenlítés kizárja a biztosítók „jó” kockázatokért való versenyét. Az állami támogatás és a költség hozzájárulási plafon biztosítja, hogy az alacsony jövedelemmel rendelkezők is betegbiztosítási védelemben részesüljenek.

Új szereplők szabad megjelenése a biztosítási piacon azonban csak korlátozottan lehetséges, mivel a piacot jelenleg négy nagy betegpénztár uralja. Újabb szereplő belépése csak egy nagyobb szolgáltató képében tűnik valószínűnek. Ebben a tekintetben tehát a verseny- és kartelljog alkalmazása még ne fejtette ki teljes hatását. A szabad pénztárválasztás lehetőségével azonban, bizonyos kezdeti fellendülés

ellenére, még mindig kevesen élnek. A pénztárváltási kedv Németországban magasabb. Hollandiában elsősorban a fiatal és egészséges biztosítottak lépnek át más pénztárhoz, főleg pénzügyi megfontolásból. Ebből azonban az a következtetés adódik, hogy a strukturális kockázatkiegyenlítés ellenére, kockázatszelekcióra is sor kerül.

6. 3. Kezelési piac

A közelmúltban elsősorban a szolgáltatási és a biztosítási piacon folytatott verseny állt az egészséggazdasági érdeklődés középpontjában. A részpiacok interdependenciájától a kezelési piacon megjelenő pozitív effektusokat remélték. A szakértők szerint Hollandiában az orvoshiány miatt a szolgáltatóknak nem kell versenyezniük a betegekért. Az orvosok stabil pénzügyi helyzettel rendelkeznek, a praxisok kihasználtsága maximális. Ez tehát a szabad kórházválasztás ellenére korlátozza a transzparenciát, a betegpénztárak számára pedig a sokrétű szelektív szerződések ellenére a hatékonysági és minőségi tartalékoknak a kezelési piacon való mobilizálását.

6. 4. Szolgáltatási piac

A reform egyik sarkalatos törekvése a biztosítók és szolgáltatók közötti szelektív szerződési opciók bevezetése volt. Ezek az addigi kollektív szerződéses viszonyok helyébe léptek. A szolgáltatók közötti versenytől jobb ellátást, minőséget, gazdaságosságot remélték. Ebben a tekintetben jelentős szerepet szántak a *Managed Care* modelleknek. A holland rendszerben a házi orvosok kapuőrként ugyancsak kiemelkedő funkciót töltenek be. Betegség esetén mindenkinek első alkalommal házi orvosához kell fordulnia, aki szakorvoshoz vagy kórházhoz irányítja. A németországihoz hasonló, saját rendelővel rendelkező, ambuláns szakorvosi hálózat itt nem létezik. Az ambuláns szakorvosi ellátást a kórházak biztosítják.

A biztosítottak alternatív szerződéses opciók közül választhatnak: Léteznek ún. *Contracted-Care* szerződések, amelyek a szolgáltatók rögzített listáját tartalmazzák, valamint *Non-Contracted-Care* szerződések, amelyek nem korlátozzák a biztosított szabad orvosválasztását. Léteznek egyéni és csoportos szerződések, amelyeknél a csoportos szerződések járulékelőnye az egyéni szerződésekkel szemben maximum tíz százalékra korlátozódik. A reform bevezetése óta az összes betegbiztosítási szerződésnél fennáll a járulékvisszatérítés (bónuszopció) lehetősége, ha a biztosított nem vett igénybe szolgáltatást. Ennek célja az orvosi szolgáltatások felesleges igénybevételének visszaszorítása.

A szelektív szerződéskötés megengedi a biztosítóknak, hogy csak azokkal a házi orvosokkal kössenek szerződést, akik a legjobban megfelelnek biztosítottaik szükségleteinek és preferenciáinak. A biztosítók pénzügyi ösztönzőkkel jobb minőséget és ellátást biztosíthatnak ügyfeleiknek, a szolgáltatóknak tehát ahhoz, hogy szerződéshez jussanak, jobb kezelési és szolgáltatási minőséget kell biztosítaniuk. Ugyanakkor az orvosoknak is módjában áll, hogy ne szerződjenek egy bizonyos biztosítóval.

A reform további sarkalatos eleme a szolgáltatási alapsomag Ennek nem csupán az egészségügyi rendszerhez való diszkriminációtól mentes és jövedelemtől független hozzáférést kell biztosítania és kizárnia a racionálást, hanem a transzparenciát és az összehasonlíthatóságot is biztosítania kell. Jóllehet a biztosítottakért folytatott versenyben kevés pénzügyi ösztönző áll a betegpénztárak rendelkezésére, vannak fiatal és egészséges biztosítottak, akik akár csekélyebb megtakarítások kedvéért is a pénztárváltás mellett döntenek. Az alapsomag azért működőképes, mert minden betegpénztárnak ugyanazt kell nyújtania.

6. 5. Biztosítási piac

A 2006-ban bevezetett reform legfontosabb döntése a szabad pénztárválasztás mellett az állami és privát biztosítók dualitásának feloldása és egy egységes biztosítási piac megteremtése volt. 2006. óta a betegpénztárak nem rendelkeznek regionális, államilag szabályozott monopóliummal, a piac megnyílt, ami azt jelenti, hogy jogi formájától függetlenül minden biztosító országos szinten részt vehet a versenyben. Ez mind a szolgáltatási alapsomagra, mind a kiegészítő biztosítások piacára kiterjed. Ez elsősorban a fiatal és egészségesebb biztosítottakat szólítja meg, akiknek a költségtudatossága és pénztárváltásra való készsége magasabb.

A biztosítási piacon növekedik az ún. csoportos szerződések szerepe. A munkaadók, szakszervezetek, sportegyesületek, betegszervezetek, betegbiztosítók ilyen szerződéseket kínálnak foglalkoztottaiknak, ill. tagjaiknak. 2006-ban még az összes biztosított 53%-a kötött ilyen rugalmas csoportos szerződést, 2010-ben már 64%. Egyértelmű, hogy a munkaadók egyre nagyobb befolyást gyakorolnak a biztosítási piacon végbemenő versenyre. A csoportos szerződések szűk 80%-át a munkaadók kezdeményezik. Ez a trend tehát relativizálja a szabályozott piac működésének egyik fontos feltételét, miszerint az egyének elsősorban individuális preferenciáik alapján döntenek valamely betegbiztosító mellett. Úgy tűnik, hogy a pénztárváltás fő motívuma az alacsonyabb járulék. Jól látható, hogy a biztosítottak pénztárválasztásuk során szívesen átengedik a döntést egy olyan közösségnek, amelyet ismernek és amelyben megbíznak. Mindenesetre ez a biztosított választási opcióját erősíti a kilépés opciójával szemben. A nagy csoportok nehézkesek és inkább a létező szerződések módosítására hajlanak, mintsem az egész közösségnek egy másik szolgáltatóhoz való átléptetésére. Mindenesetre az a lehetőség is fennáll, hogy egy ilyen csoportos biztosítás valamely tagja, pl. a vállalat alkalmazottja, bármikor egy másik biztosítást vagy csoportos szerződést válasszon.

[Lásd az *EGVE Nemzetközi Sajtószemle Archivumában is.*]

ELŐJEGYZÉSI LISTA:

Egészségügyi statisztikai évkönyvek:

- Szociális biztonság az európai országokban: számok és tények (2015) (BMAS)
- 35 európai ország statisztikai adatai: egészségügy, szociális biztonság (BFS)

Kórházügy:

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

eHealth:

- Ellátás 2030-ban – *Versorgung 2030 – eHealth, mHealth, Telemedizin (GVG Köln)*
- A német e-Health-törvény tervezete
- eHealth Németországban. Digitalizálás és adatvédelem (FES)
- Fogyasztóvédelmi felmérés az egészségügyi adatvédelemről (TNS Emnid)
- A smartphone kórházi használata az Egyesült Királyságban
- Betegportálok mellékhatásokkal
- Hackertámadások a németországi kórházak ellen
- Tanulmány az online-gyógyszertárakról: az adatbiztonság kérdései (Sparmedo)
- Adat- és aktamegsemmisítés a kórházakban és az orvosi praxisokban
- Az egészségügyi applikációk lehetőségei és kockázatai (*CHARISMHA*)

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 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
- *ValeurS Gesundheit*, 2016. 1. sz. A Szövetségi Statisztikai Hivatal információs magazinja
- Tartós ápolás a kantonokban (*Obsan Rapport*)
- A nem fertőző betegségek indikátorai Svájcban
- *Swiss Personalized Health Network (SAMW)*

Szociálpolitika:

- Datenreport 2016
- Jelentés a nyugdíjbiztosítás helyzetéről Németországban 2015-ben – *Rentenversicherungsbericht 2015 (BMAS)*
- Időskori biztosítás Németországban és Ausztriában (WSI Report)
- Az időskori nyugdíjazás helyzete 2000 és 2014 között (BIAJ)
- Nyugdíjperspektívák 2040 (prognos)
- Nyugdíjak és regionális tőkefolyamatok (IAT)
- Csökkent keresőképesség miatti nyugdíjazás a betegápolók körében (*IAT Forschung aktuell*)
- Munkanélküliség és előrehozott nyugdíjazás az időskorúak körében Európában (*ZSR-Kompakt*)
- A csökkent keresőképesség miatti előrehozott nyugdíjazás biográfiai előzményei (*ZSR-Kompakt*)
- A gazdasági válság és a német szociális rendszer válsága
- A hitelalapú szociálpolitika felemelkedése Németországban
- Az időskori biztosítás 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 csúcjödelmek (IMK Report)
- Szociális biztonság a munkavégzés modern világában. A GVG állásfoglalása az Arbeit 4.0 Zöldkönyvvel kapcsolatban
- Jelentés a minimálbérekről 2016-ban – *WSI-Mindestlohnbericht 2016 (WSI-Bericht, WSI-Report 1/2016)*
- A bérezés helyzete a szociális ágazatban (Böckler Impuls, FES)
- Soziale Sicherheit (CHSS), 2016. 1. sz.

Ritka betegségek:

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

Rehabilitáció:

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

Népegészségügy:

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

Rövidhírek (aleatorikusan):

Praxishírek (*Arzt & Wirtschaft*)

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

Népegészségügyi rövidhírek (*Robert-Koch-Institut*)