

Egészséggazdasági, egészségpolitikai és szociálpolitikai nemzetközi sajtószemle

2017. 24. sz. (Lapzártá: 2017. augusztus 27.)

Globális egészségügy

- A magzati alkoholszindróma globális prevalenciája

Európa

- Jelentés a kábítószerügy helyzetéről Európában 2017-ben (*European Drug Report 2017*)

Nagy-Britannia

- Szemelvények a brit NHS Scan4Safety programjának sikertörténeteiből (2. rész): A gyógyszerhamisításról szóló irányelv alkalmazása egy kórházi gyógyszertár nézőpontjából
- Várólisták Nagy-Britanniában. A műtéti várólistán levő betegek száma az elmúlt évben 21%-kal növekedett

Sürgősségi ellátás, mentőszolgálatok

- A sürgősségi ellátás reformjának tizenegy tézise
- A mentőszolgálatok helyzete Svájcban

Egészséggazdaság

- A privát betegbiztosítás gazdasági jelentősége

Szociálpolitika

- Jelentés a szociális ügyek helyzetéről Németországban 2017-ben – *Sozialbericht 2017* (2. rész): Egészség, prevenció, rehabilitáció

Praxishírek

- A német orvosi praxisok költségszerkezete 2015-ben
- Gyógyszerezési hibák a svájci orvosi praxisokban

Melléklet:

- Az egészségügyi ellátásokhoz való hozzáférés akadályai Európában (egységes szerkezetben)

A magzati alkoholszindróma globális prevalenciája

JAMA Pediatrics (2017; doi: 10.1001/jamapediatrics.2017.1919), August 21, 2017

Kulcsszavak: globális egészségügy, magzati alkoholszindróma, nemzetközi

Forrás Internet-helye:

<http://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2649225> ;
http://www.camh.ca/en/hospital/about_camh/newsroom/news_releases_media_advocacies_and_backgrounders/current_year/Pages/CAMH-study-shows-global-estimates-of-Fetal-Alcohol-Spectrum-Disorder-among-children.aspx ;
<https://media.jamanetwork.com/news-item/global-prevalence-fetal-alcohol-spectrum-disorder/>

Svetlana Popova adatlapja:

https://www.researchgate.net/profile/Svetlana_Popova4 ;

Svetlana Popova és mt. (Centre for Addiction and Mental Health, Toronto)

tanulmánya szerint világviszonylatban minden órában 1.700 magzati alkoholszindrómában szenvedő gyermek jön világra. A terhesség idején 13 nő közül egy alkoholt fogyaszt és maradandó károsodást okoz születendő gyermekének.

A magzati alkoholszindróma prevalenciájának vizsgálata meglehetősen körülményes és aligha vezet a jelenség valós dimenzióihoz képest kielégítő eredményhez. A kutatócsoport globális elemzésre tett kísérletet, amelynek keretében 24 tanulmány eredményeit összesítették, amelyek 1.416 gyermek adatait tartalmazták. Ez viszonylag szegényes adatbázis és csupán megközelítő következtetéseket tesz lehetővé.

A kutatás szerint a magzati alkoholszindróma prevalenciája 1.000 lakosra 7,7 megbetegedés (95 százalékos konfidenciaintervallum, 1.000 lakosra 4,9-11,7). A prevalencia az Egészségügyi Világszervezet régiói közül Európában a legmagasabb: 1.000 lakosra 19,8 (14,1–28,0) és a Földközi-tenger muszlim többségű keleti régiójában a legalacsonyabb: 1.000 lakosra 0,1 (0,1–0,5).

A prevalencia rátája a 187 ország közül Dél-Afrikában a legmagasabb: 1.000 lakosra 111,1. Az óvatosan tekintendő rangsorban négy európai ország következik: Horvátország (1.000 lakosra 53,3), Írország (1.000 lakosra 47,5), Olaszország (1.000 lakosra 45,0) és Fehér-Oroszország (1.000 lakosra 36,6). Világviszonylatban úgy számolhatunk, hogy a prevalencia a 187 ország közül 76-ban meghaladja az egy százalékot (1.000 lakosra több mint tízet).

A prevalencia az egyes országokon belül is ingadozó: Svédországban a Kelet-Európából örökbefogadott gyermekeknél 1.000 lakosra 521, tehát minden második gyermek érintett. Az Egyesült Államokban az árvaházakból örökbefogadott gyermekeknél a prevalencia 1.000 lakosra 285, Kanadában a börtönben szülő anyáknál 1.000 személyre 233, a kanadai bennszülötteknél 1.000 lakosra 190.

Jelentés a kábítószerügy helyzetéről Európában 2017-ben
– European Drug Report 2017

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA),
Lisbon, June 2017 (96 p.)

Kulcsszavak: kábítószer, kábítószerfüggés, Európa

Forrás Internet-helye:

http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4541/TDAT17001HUN.pdf_en (hu) ;
<http://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2017>
(en)

A Kábítószer és Kábítószerfüggőség Európai Megfigyelőközpontja (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA), az EU-Bizottság megbízásából évente közzéteszi a kábítószerügyi jelentést, amely a 28 EU-tagállam, Norvégia és Törökország adatait tartalmazza.

A kábítószerfogyasztás halálos áldozatainak száma 2015-ben egymásután harmadik alkalommal növekedett. Az EU tagállamaiban, Törökországban és Norvégiában 2015-ben 8.441 személy halt meg túladagolásban. Ez 2014-hez viszonyítva hat százalékos növekedést jelent, akkor 7.950 halálesetet regisztráltak.

A bejelentések szerint a halálesetek száma 2015-ben Németországban, Litvániában, Hollandiában, Svédországban, az Egyesült Királyságban és Törökországban növekedett. A kábítószerfogyasztás halálos áldozatainak 31%-a Nagy-Britanniából, 15%-a Németországból származott. Az áldozatok 80%-a kokain, vagy opioid túladagolásban halt meg.

Különösen aggasztó az új és veszélyes drogok terjedése. 2009 és 2016 között 25 potens szintetikus opioid felfedezésére került sor, amelyekből már kis mennyiségű szer is elegendő számtalan dózis kiadagolásához.

Az európai korai figyelmeztetési rendszer csak 2016-ban 66 új pszichoaktív anyagról adott hírt, előző évben 96-ról. A megfigyelőközpont listáján az elmúlt év végén 620, 2013-ban még 350 ilyen szubsztancia szerepelt. A szintetikus anyagok közül több is tartalmaz morfiumszerű opioidokat és cannabis amfetamint, valamint pszichés effektusokat kiváltó benzodiazepineket.

A megfigyelés középpontjába kerültek a fentanilok, amelyeket tulajdonképpen narkózis melletti fájdalomcsillapítóként alkalmaznak. Ezek hatása erősebb a heroinénál. Bőrkontaktussal vagy belélegzéssel harmadik személyek számára is veszélyesek lehetnek. A megfigyelőközpont ez év elején két ilyen anyagot vizsgált, amelyek több mint 50 személy halálával függhetnek össze.

Európában a fentanillal való kereskedelem erőteljesen növekedik: a felfedezett új pszichoaktív anyagok 60%-a fentanil volt. Az Európában leggyakrabban fogyasztott kábítószer továbbra is a kokain és az MDMA, amely tabletta formában ecstasy néven is ismert, valamint az amfetaminok. A hatóságok 2015-ben 69,4 tonna kokaint foglaltak le (2014-ben 51,5 tonnát).

Európában jelenleg 1,3 millió személy él, aki súlyos függősége miatt különösen veszélyeztetettnek számít. 93 millió európai már legalább egyszer fogyasztott kábítószer, 17,5 millió pedig kipróbálta a kokaint.

[*Lásd még: Jelentés a kábítószerügy helyzetéről, 2012. 10. sz.; 2014. 37. sz.*]

***Szemelvények a brit NHS Scan4Safety programjának sikertörténeteiből
(2. rész): A gyógyszerhamisításról szóló irányelv alkalmazása egy kórházi
gyógyszertár nézőpontjából***

National Health Service. Scan4Safety

Kulcsszavak: egészségbiztonság, gyógyszerbiztonság, gyógyszerhamisításról szóló irányelv, National Health Service, GS1, Scan4Safety, Nagy-Britannia

Forrás Internet-helye: <http://www.scan4safety.nhs.uk/> ;
https://www.gs1uk.org/~media/documents/marketing-documents/gs1_uk_healthcare_success_stories_davidlawson.pdf ;
<https://www.gs1uk.org/our-industries/healthcare/demonstrating-success-in-healthcare> ;
<https://www.gs1uk.org/our-industries/healthcare/demonstrating-success-in-healthcare/fmd-a-hospital-pharmacy-perspective> ;

Az ***Oxford University Hospitals NHS Foundation Trust*** négy nagy kórházi telephellyel rendelkezik. Ezek közül három gyógyszertári osztályt is működtet és elektronikus gyógyszerfelírást alkalmaz a bent fekvő betegek részére.

A probléma lényege

A probléma dimenzióit és a gyógyszerhamisításról szóló irányelv indítékait számos statisztika szemlélteti.

- Az Egészségügyi Világszervezet becslései szerint a fejlett országokban a gyógyszerek 1%-a, globális viszonylatban 10%-a hamisított.
- 2011-ben az EU-ban a vámhivatalok 2.500 esetben 27,4 millió dózis hamisított gyógyszert foglaltak le a határokon, ami 2007. óta hétszeres növekedésnek felel meg.
- Az ***Egészségügyi Termékeket Felügyelő Ügynökség (MHRA)*** 2014 májusában 8,6 millió GBP értékben foglalt le hamisított gyógyszereket és felfedte, hogy a hamisítók az NHS gyógyszerellátó hálózatába is beépültek.
- 2015 júniusában az Egyesült Királyságban 6.2 millió dózis hamisított és nem engedélyezett gyógyszert foglaltak le.

A probléma megoldása

Az Európai Parlament 2011-ben fogadta el a gyógyszerhamisításról szóló irányelvet, amelynek teljeskörű európai implementációjára 2019 februárjáig kerül sor.

A szabályok biztosítják, hogy a termékek a beszerzési lánc minden fázisában ellenőrizhetők, a gyártóknál, a forgalmazóknál és a gyógyszerészeknél. Így a terméket senki sem hamisíthatja. Az *Oxford University Hospitals NHS Foundation Trust (OUHNFT)* projektjének célkitűzései az alábbiak voltak:

- A létező munkafolyamatok és gyógyszerellátási ciklusok áttekintése
- A hitelesítés potenciális szakaszainak azonosítása
- A hitelesítéssel kapcsolatban esedékes protokollok kidolgozása

Az OUHNFT kezdetben csapattréningeket szervezett és azonosított egy portfóliót, amely különböző gyógyszereket tartalmazott, biztosítandó, hogy mindent teszteltek, ami bekerülhet a rendszerbe. A résztvevők 8 héten keresztül elemezték a gyógyszerkiadás és ellenőrzés fázisait és amelyeknél problémák merültek fel, félretették, hogy majd később ellenőrizték.

A folyamat során a résztvevők több félreértéssel szembesültek:

- A hamisított gyógyszerek nem kerülnek be a törvényes beszerzési láncba
- A személyzet ellenkezni fog minden egyes gyógyszer ellenőrzése miatt
- A kitérő lelassítja a gyógyszerkiadás folyamatát
- Nem biztonságos gyógyszerek feltárása ritkán fordul elő
- Az implementáció sok időt fog igénybe venni
- Az új törvény az NHS pénzügyi forrásainak vesztegetését fogja eredményezni
- Egy fejlett országban a hitelesítés csekély mértékű lesz vagy semmit sem fog érni.

Bhulesh Vadher, Clinical Director of Pharmacy and Medicines Management, Oxford University Hospitals NHS Foundation Trust

Arndt Striegler: Várólisták Nagy-Britanniában.

A műtéti várólistán levő betegek száma az elmúlt évben 21%-kal növekedett

Ärzte Zeitung online, 24. 08. 2017

Kulcsszavak: várólisták, National Health Service (NHS), Brexit, Nagy-Britannia

Forrás Internet-helye:

https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/gesundheitspolitik_international/article/941476/grossbritannien-nhs-patienten-ab-op-warteschlange.html?cm_mmc=Newsletter-_-Newsletter-C-_-20170824-_-Gesundheitspolitik+international

A brit állami egészségügyi szolgálat (*National Health Service – NHS*) keretében 2017 végén több mint négy millió beteg volt műtéti várólistán. Jóllehet a várólisták Nagy-Britanniában nem számítanak újdonságnak, egyes megfigyelők összefüggést látnak a várakozási idők meredek megnövekedése és a közelgő Brexit között.

A több mint 18 hétig műtetre váró betegek száma 2016 júniusa óta 21%-kal, 375.000-re növekedett. Ez azt jelenti, hogy a brit kormány hivatalos célkitűzése, miszerint a diagnózist követően a betegek 92%-át 18 héten belül meg kellene műteni, csúfos kudarcot vallott.

A betegszervezetek és az ellenzéki pártok bírálatára az egészségügyi minisztérium egyik szóvivője azzal vágott vissza, hogy az egy évnél hosszabb ideig várakozó betegek száma 2011 márciusa óta jelentősen csökkent.

A helyzet azonban nemcsak a műtéti várólisták, hanem a sürgősségi osztályokon uralkodó állapotok tekintetében is drámai. Egyes nagyvárosokban a betegek akár hat órát is várakoznak a sürgősségin, míg sorra kerülnek. A helyzet az utóbbi tizenkét hónap során ebben a tekintetben is rosszabbodott.

Egészségpolitikai megfigyelők szerint ezek az állapotok összefüggésbe hozhatók a Brexit közeledtével. A kórházak arra panaszkodnak, hogy a 2016 júniusában a Brexit-ről tartott népszavazás óta a többi EU-tagállamból származó több ezer ápoló távozott az országból, akiket nem tudnak pótolni.

[Ezzel kapcsolatban lásd még: *Racionálás és várólisták Nagy-Britanniában, 2006. 43. sz.; Egészségügyi Gazdasági Szemle, 2007. 1. sz., 46-48.p.*]

Dr. Boris Augurtzky et al.: A sürgősségi ellátás reformjának tizenegy tézise

RWI - Leibniz Institut für Wirtschaftsforschung

RWI Position #68, 31. Mai 2017 (11 p.)

Kulcsszavak: sürgősségi ellátás, Németország

Forrás internet-helye:

http://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/rwi-positionen/rwi-position_68_notfallversorgung.pdf

Első pillantásra a sürgősségi ellátás helyzete Németországban igen kedvezőnek látszik. A 2.000 kórház közül mindössze 150 nem vesz részt a rendszerben. A szövetségi szinten egységes definíció, a kötelező feltételrendszer és standardok hiánya miatt azonban az aktuális tartományi kórházügyi tervezés mellett nyitott kérdés marad, hogy a résztvevő kórházak egyáltalán adekvátan tudják-e biztosítani a sürgősségi ellátást. Az is kétséges, hogy egy ilyen kicsire szabott struktúra hatékony-e, mivel az ambuláns betegek sürgősségi osztályon való kezelésének költségei gyakran nem fedezhetők. 2015-ben a kórházi kezelésre felvett betegek 50%-a ún. sürgősségi eset volt. A később kórházi kezelésre felveendő betegek aránya a sürgősségin 30 és 55% között mozog. Ez a sürgősségi ellátás intenzív igénybevételét tükrözi. A sürgősségi osztályok folyamatosan túlszűfoltak és túlterheltek.

2. A sürgősségi ellátás reformjának tizenegy tézise

A sürgősségi ellátás újjászervezésére vonatkozóan a szerzők már két szakértői véleményt készítettek és ismertették átalakítási elképzeléseiket. Miután a jelenlegi törvényhozói kezdeményezések még mindig nyitva hagynak néhány fontos kérdést, a szerzők továbbgondolják korábbi javasolataikat.

1. A sürgősségi ellátás prioritása a beteg kritikus diagnózisainak időben való azonosítása és hatékony ellátása.
2. Sürgősségi esetnek tekintendő minden olyan beteg, akinek egészségi állapotában olyan testi és pszichés elváltozások következtek be, amelyek halaszthatatlan orvosi beavatkozást vagy ápolói gondozást tesznek szükségessé.
3. A sürgősségi ellátás számára biztosítani kell a speciálisan képzett orvosi és ápolószemélyzetet, valamint a megfelelő infrastruktúrát.
4. A sürgősségi esetek ellátása során a folyamatminőség is igen fontos. A sürgősségi ellátás folyamata az életmentő és stabilizáló eljárások mellett az akut módon fellépő tünetek diagnosztikai tisztázására is kiterjed. A sürgősségi ellátás során megállapított diagnózis lehetővé teszi a további adekvát terápiát.
5. A sürgősségi ellátás továbbfejlesztése szempontjából nélkülözhetetlen a tudományos háttér. Sürgősségi orvostani tanszékek létesítésére, sajátos sürgősségi orvostani kutatási profil kialakítására, specifikus kutatási programokra van szükség. Az önálló tanszékek és képzési curriculumok biztosítják, hogy rendelkezésre álljon a szakképzett sürgősségi személyzet.

6. Jelenleg számos régióban – nem utolsó sorban a munkaerőhiány miatt – csak nehezen tudják biztosítani az adekvát (ambuláns) sürgősségi ellátást. De egyes városokban, ahol a vonzási területek között átfedés van, a kereslet pedig folyamatosan növekedik, felül kell vizsgálni és újra kell szabályozni az illetékességeket, ill. ellátásra való kötelezettségeket. Mérlegelendő opció lehetne, hogy a tervezés teendőit ellátó tartományok meghatározzák a keretfeltételeket, pl. kidolgozzák a sürgősségi ellátási központok működési terveit.

7. Ebben az összefüggésben újra kell rendezni a sürgősségi ellátás térítési rendszerét, egységes, szektorsemleges, a költségeket fedező térítési rendszert kell kialakítani, amely kiiktatja a téves ösztönzőket. Célszerű lenne részben fekvőbeteg, vagy ún. hibrid-DRG-k bevezetése. Ennek során be kell tartani a gazdaságosság elvét és a minőségi, szükségleteknek megfelelő ellátás követelményét. Ehhez hozzájárulna a már a sürgősségi osztályra való belépést megelőzően nyújtott hatékonyabb betegirányítás.

8. A transzparencia érdekében ezen a területen saját, statisztikailag vezetendő költségkimutatások, szolgáltatási nyilvántartások, dokumentálandó minőségügyi indikátorok bevezetésére lenne szükség.

9. A logisztika és a hatékony forrásgazdálkodás szerepe: lokalizálni kell a sürgősségi betegfelvétel és a mentőszolgálatok fogadásának fókuszpontjait, azokat meghatározott határidők szerint elérhetőkké kell tenni, transzparens módon meg kell jeleníteni az ellátás lehetőségeit a nap minden órájára vonatkozóan. Specifikus, kritikus diagnózisok esetén biztosítani kell a megfelelő osztályon való direkt betegfelvételt.

10. Az ambuláns orvosi és ápolási ellátás nem megfelelő illeszkedése esetén az ambulánsan szenzitív (potenciálisan megelőzhető) kórházi esetek felvételére a sürgősségi osztályon kerül sor.

11. A sürgősségi orvostan fejlesztése szükségessé teszi a kompetenciák jobb összehangolását, a hálózatba szerveződést, különösen a kritikus és komplex sürgősségi esetekkel összefüggésben. Más országokban, például Dániában, a kórházak, a mentőkocsik, a sürgősségi orvosok és a szabadfoglalkozású orvosok elektronikus eszközökkel való ellátása és hálózatba szervezése fenntarthatóan biztosítani tudja a sürgősségi ellátás minőségét és hatékonyságát. Ezért, elsősorban vidéki környezetben ki kell építeni és fejleszteni kell a telemedicinát és az elektronikus infrastruktúrát.

Boris Augurzky

Leiter des Kompetenzbereichs „Gesundheit“ am RWI - Leibniz Institut für Wirtschaftsforschung, Geschäftsführer des Institute for Health Care Business (HCB) und Geschäftsführer der Stiftung Münch

Kontakt: boris.augurzky@rwi-essen.de

P. S. A *Deutsches Krankenhaus Institut* 2018. február 1-én Düsseldorfban konferenciát tart a sürgősségi ellátás 2018-ban várható változásairól. Részletek:

<https://www.dki.de/veranstaltungen/konferenz-neuerungen-der-notfallversorgung-2018>

A mentőszolgálatok helyzete Svájcban
Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)
Obsan Bulletin, 1/2017 (8 p.)

Kulcsszavak: mentők, mentőszolgálatok, Svájc

Forrás Internet-helye:

http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2017/obsan_bulletin_2017-01_d.pdf

A mentőszolgálatok helyzetéről szóló első svájci felmérésre 2016 őszén került sor.

– Svájcban jelenleg 96 mentőszolgálat működik. Országszerte naponta több mint 1.200 bevetésre kerül sor. Az esetek 70%-ában sürgősségi bevetésekről van szó.

– A mentőszolgálatok összesen 3.700 személyt foglalkoztatnak, akik közül 2.500 mentési szanitéc.

– Jóllehet a munkaerő-toborzás során minden mentőszolgálatnak nehézségei vannak, a be nem töltött állások száma nem magasabb, mint más ágazatokban.

A mentőszolgálatok száma az utóbbi években csökkent: 1993-ban még 250, 2001-ben 150 mentőszolgálat működött. A koncentrációs folyamat még nem fejeződött be. A megkérdezettek közül négyen válaszolták, hogy 2015-ben fuzionáltak. A mentőszolgálatok fele több, átlagosan három telephellyel rendelkezik.

A privát mentőszolgálatok aránya 41%. A mentőszolgálatok felét kórházak, a többit kantonok és az önkormányzatok, privát társaságok, települési szövetségek működtetik. Országszerte naponta 1.200, évente 460.000 bevetésre kerül sor. Ez mentőszolgálatonként átlagosan 5.200 bevetésnek felel meg. A mentőszolgálatok fele évente 3,400 bevetésről számol be, a kisebbeknél a bevetések száma nem éri el a százat. Ezzel szemben a legnagyobb mentőszolgálat évente 35.000 bevetést hajt végre. A mentők kivonulására az esetek egyharmadánál sérülések vagy balesetek miatt kerül sor, kétharmadánál betegekhez való kivonulásról van szó. Az ügyfelek fele 65 év fölötti (az összlakosság körében kevesebb mint 20%). Egy-egy bevetés időtartama átlagosan 80 perc, a visszaút átlagosan 33 km.

A svájci mentőszolgálatok becslések szerint 3.700 személyt foglalkoztatnak. Ezek összetétele:

- 2.500 mentési szanitéc
- 430 szállítási szanitéc
- 350 szállítási segéd személyzet
- 180 kiszálláson résztvevő további személy
- 220 kiszállásokban nem résztvevő személy/adminisztratív, logisztikai, irányító személyzet.

A 2.500 mentési szanitéc státusz 1.900 teljes munkaidős státusznak felel meg.

Miközben a mentési szanitéceknél a foglalkoztatottság mértéke viszonylag magas (átlagosan 75% fölötti), a kiszállásokban résztvevő további személyzeté, a szállítási segéd személyzet foglalkoztatása többnyire részmunkaidőben történik (a foglalkoztatottság átlagos mértéke nem éri el az 50%-ot).

A privát betegbiztosítás gazdasági jelentősége

WiFOR Institut

Kulcsszavak: egészségbiztosítás, privát egészségbiztosítás, egészséggazdaság, Németország

Forrás Internet-helye: <https://mpira.ub.uni-muenchen.de/78243/> ;
<https://www.pkv.de/presse/meldungen/pkv-wertschoepfung/>

A „*The economic footprint of private health insurance in Germany*” c. háromrészes tanulmány a Szövetségi Gazdasági és Energiaügyi Minisztérium megbízásából készült az egészséggazdaság összesített mérlegével összefüggésben. Az első rész 2016 decemberében, a második 2017 áprilisában jelent meg. A harmadik rész 2017 őszén várható,

A tanulmány szerint a privát betegbiztosítás nemcsak az egészségügyi szolgáltatások finanszírozója, hanem az egészséggazdaság jelentős szereplője is. Ebben az összefüggésben a WiFOR-Institut kutatói a „bruttó hozzáadott érték” fogalmát alkalmazzák.

A privát betegbiztosítás gazdasági tevékenysége 8,6 milliárd EUR bruttó hozzáadott értéket eredményez. A privát betegbiztosítás, mint gazdasági szereplő 115.846 foglalkoztatottal rendelkezik. A privát betegbiztosítás rendszerében tehát minden egyes munkahely 4,6 további munkahelyet jelent a munkaerőpiacon. Összehasonlításként: az autóipar 4,5, a gyógyszeripar 2,5 további munkahelyet biztosít.

A privát betegbiztosítás szerepe az egészségügyi szolgáltatások finanszírozójaként még jelentősebb: a bruttó hozzáadott érték ebben a vonatkozásban 28,7 milliárd EUR. Ez kiterjed egyebek között a háziorvosi és szakorvosi tevékenységek finanszírozására, valamint a háziorvosok és szakorvosok által megvásárolt szolgáltatásokkal kapcsolatos hozzáadott értékre, mint például a praxisszoftver beszerzésére.

A WiFOR-Institut közgazdászai kiemelik, hogy miközben a nyilvánosság számára elsősorban az ipari ágazatok számítanak erősnek, amelyek előszolgáltatásaikat külföldön szerzik be, a privát betegbiztosítás keretében az értékteremtési lánc belföldön, elsősorban a személyzeti ellátottság tekintetében intenzív ambuláns és kórházi szolgáltatások területén valósul meg. A privát betegbiztosítás ebben az összefüggésben 589.170 foglalkoztatott tevékenységét finanszírozza, egyebek között az ambuláns és kórházi orvosi ellátás területén.

A közgazdászok szerint az ún. polgárbiztosítás bevezetése a privát betegbiztosítás felszámolásával járna. Márpedig az egészségügy a privát betegbiztosítás jóvoltából 13,4 milliárd EUR többlet-forgalommal rendelkezik. Direkt és indirekt módon 303.000 foglalkoztatói viszony kapcsolódik a privát betegbiztosításhoz. Mindez veszendőbe menne.

***Jelentés a szociális ügyek helyzetéről Németországban 2017-ben –
Sozialbericht 2017 (2. rész): Egészség, prevenció, rehabilitáció
Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Juli 2017 (297 p.)***

Kulcsszavak: egészségpolitika, egészségbiztosítás, szociális biztonság, Németország

Forrás Internet-helye:

http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a-101-17-sozialbericht-2017.pdf?__blob=publicationFile&v=2 ,
<http://www.bmas.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2017/bundeskabinett-verabschiedet-sozialbericht-2017.html> ;

6. Egészség, prevenció, rehabilitáció (68-86. p.)

A kötelező betegbiztosítás pénzügyi struktúrájáról és a minőség továbbfejlesztéséről szóló törvény (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz) erősítette a versenyt és biztosította az egészségügyi rendszer fenntartható finanszírozását; betegpénztári individuális járulékokat vezetett be, teljes mértékű bevételekgyenlítést teremtett, 2015. január 1-től rögzítette az általánosan paritásos alapon finanszírozott járulékkulcsot. A minőségbiztosítás döntéshozatali hátterének megeremtése érdekében külön törvény rendelkezett az ***Egészségügyi Minőségbiztosítás és Transzparencia Intézetének (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen – IQTIG)*** felállításáról.

A prevencióról szóló törvény (Präventionsgesetz) rendelkezett a „Nemzeti Prevenciós Konferencia” létrehozásáról, amelynek feladata a nemzeti prevenciós stratégia kidolgozása. A törvény emelte a betegpénztárak és ápolási pénztárak prevenciós célokra fordítandó kiadásainak irányösszegét, továbbfejlesztette a korai felismerési vizsgálatok rendszerét, intézkedéseket vezetett be az átoltottság javítása érdekében.

A kötelező betegbiztosítás ellátásainak megerősítéséről szóló törvény (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz) célja a jól elérhető ellátások biztosítása, függetlenül a lakóhelytől. A törvény több lehetőséget, ösztönzéseket nyújt az alulellátott és strukturálisan gyenge adottságokkal rendelkező régiók számára helyi orvosi praxisok alapítása érdekében. Az ellátási folyamatinnováció és ellátáskutatás támogatása érdekében a Közös Szövetségi Bizottság (*Gemeinsamer Bundesausschuss – G-BA*) mellett innovációs alap felállítására került sor, amely a 2016 és 2019 közötti kezdeti szakaszban évi 300 millió EUR összegű költségvetéssel rendelkezik.

A hospice- és palliatív ellátásról szóló törvény (Hospiz- und Palliativgesetz) intézkedéseket tartalmaz a teljes területet lefedő ellátás biztosítása érdekében, beleértve a strukturálisan gyenge adottságokkal rendelkező és félreeső vidékeket.

A kórházi struktúrákról szóló törvény (Krankenhausstrukturgesetz) a kórházügyi tervezés és a kórházi térítések minőségügyi vonatkozásainak figyelembevételével a kórházi ellátások minőségének megerősítésére törekszik. A kórházfinanszírozás újabb kiegészítő forrásokkal bővül. Az ápolói állások támogatási programja megerősíti a betegség melletti ápolótevékenységet, a kiegészítő ápolási díj stabilizálja az állományban levő ápolószemélyzetet. A hosszabb kórházi ápolást követően otthonukba távozó betegek utógondozása keretében betegpénztári szolgáltatásként lehetőség nyílik az otthoni ápolásra, A törvény egy strukturális alap felállításával támogatást nyújt a tartományoknak a fölös kapacitások leépítésére és az ellátási struktúráknak a tényleges ellátási szükségletekkel való összhangba hozatalára.

A biztonságos digitális kommunikációról, az egészségügyi alkalmazásokról és más törvények módosításáról szóló törvény (Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen sowie zur Änderung weiterer Gesetze) részben már 2015 végén hatályba lépett. Ez messzemenően biztosítja a modern információs és kommunikációs technológiák egészségügyi alkalmazásának keretfeltételeit. Mielőbb sor kerül bizonyos hasznos alkalmazások, mint a gyógyszerelési terv és az egészségügyi sürgősségi adatok tárolásának bevezetésére, előrehaladás következik be az egészségügyi központi kommunikációs platform telematikai infrastruktúrájának kiépítése tekintetében. Támogatásban részesül az elektronikus betegdokumentumra való áttérés.

A gyógyászati és segédeszközökkel való ellátásról szóló törvény (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz) kötelezi a betegpénztárakat a minőségügyi követelmények betartására és azok folyamatos követésére. A *Betegpénztárak Szövetségi Ernyőszervezetének (Spitzenverband Bund der Krankenkassen – GKV-Spitzenverband)* rendszeresen aktualizálnia kell a segédeszközök jegyzékét. A beszállítókat szorosabban bevonják az ellátás iránti felelősségbe.

A gyógyszerellátásnak a kötelező betegbiztosítás keretében való megerősítéséről szóló törvény (GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz) továbbviszi a ***gyógyszerpiac újjárendezéséről szóló törvény (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz, 2011)*** keretében bevezetett és azóta jól bevált haszonértékelési és gyógyszer-árképzési eljárást az új hatóanyagokkal rendelkező gyógyszerek vonatkozásában. A törvény rendelkezéseket tartalmaz az innováció ösztönzésére és a gyógyszerpiaci árstabilitás biztosítására vonatkozóan. A tárgyalópartnerek számára a haszonértékelésen alapuló térítési összegekre vonatkozó ártárgyalások során biztosított nagyobb rugalmasság lehetővé teszi az innováció és a kifizethetőség közötti korrekt kiegyenlítést.

A pszichiátriai és pszichoszomatikus ellátások és a szolgáltatások térítésének továbbfejlesztéséről szóló törvény (Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen) átalakítja a szolgáltatások térítésének költségvetési rendszerét. A transzparencia megteremtése érdekében a kórházak közötti, szolgáltatásokkal arányos összehasonlításra kerül sor, amely a költségvetési tárgyalások során figyelembe veendő. A minőségügyi irányelvek megszabják a személyzettel való ellátottság minimális feltételeit.

A Contergan-Alapítványról szóló törvény negyedik módosításáról szóló törvény (Vierte Gesetz zur Änderung des Conterganstiftungsgesetzes) rendelkezik a szolgáltatásoknak a károsultak részére 2017. január 1-től való, visszamenőlegesen, kérelem és hosszadalmas egyéni vizsgálatok nélküli kifizetéséről, több kapacitást bocsát az érintetteknek nyújtandó tanácsadás rendelkezésére.

A vér- és szövetkészítményekről szóló előírásokról és más előírások módosításáról szóló törvény (Gesetz zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und zur Änderung anderer Vorschriften) az aktuális tudományos fejleményekhez igazítja az eddigi előírásokat, az új különleges gyógyszerekhez való gyorsabb hozzáférés érdekében egyszerűsíti az engedélyezési eljárást. A törvény rendelkezik a ***Német Hemofília-Regiszter (Deutsches Hämphilieregister)*** bevezetéséről, a HIV-fertőzöttek vérkészítményekkel való ellátásáról.

A fertőző betegségek epidemiológiai surveillance rendszerének modernizálásáról szóló törvény (Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten) a Robert-Koch-Institut-ra ruházza az elektronikus jelentési rendszer kiépítését. A társadalombiztosítási önkormányzat feladata, hogy 2018 közepéig határozza meg a kórházi ellátás minimális személyzeti feltételeit, különös tekintettel az intenzív osztályokra és az éjszakai műszakokra. Az ápolószemélyzet fenntartható finanszírozása érdekében 2019. január 1-ig sor kerül a megfelelő forrásoknak az ápolási állások támogatási programjából az ápolási kiegészítő díjba történő átirányítására.

Az ápolóképzés reformjáról szóló törvény (Pflegeberufereformgesetz) tárgya az idősápolás, a betegápolás és gyermekápolás eddigi (az idősápolásról szóló törvény keretében való) szabályozásának az ápolóképzésről szóló törvényben történő összevonása. Az általános ápolói képzettség megszerzése mellett a kétéves általános képzés lezárását követően az érintetteknek egy harmadik évben lehetőségük nyílik a betegápolói, gyermekápolói vagy idősápolói képzettség megszerzésére. A képzés ingyenes és méltányos képzési támogatással jár. Mindezek mellett kiegészítésként szakápolói képzés megszerzésére is lehetőség nyílik.

A német orvosi praxisok költségszerkezete 2015-ben

Statistisches Bundesamt, Wiesbaden

Fachserie 2 Reihe 1.6.1, 2017. aug. 15. (322 p.)

Kulcsszavak: praxisok, praxisok pénzügyi helyzete, statisztika, Szövetségi Statisztikai Hivatal, Németország

Forrás Internet-helye:

https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/DienstleistungenFinanzdienstleistungen/KostenStruktur/KostenstrukturAerzte2020161159004.pdf?__blob=publicationFile

Az orvosi praxisok betegpénztári bevételei 2011 és 2015 között ismét növekedtek. A hozamok mérsékelten növekedtek, a tiszta bevétel tekintetében az általános orvosok jártak legjobban.

A praxisbevételek alakulása 2007 és 2015 között



Bal hasáb: felső szelvény: egyéb önálló orvosi tevékenység; középső szelvény: privát elszámolás; alsó szelvény: betegpénztári elszámolás.

Jobb hasáb: felső szelvény: tiszta bevétel; alsó szelvény: dologi költségek

Az egy praxisra jutó bevétel 2015-ben átlagosan 507.000 EUR-t tett ki. Az átlag az összes magán és azonos szakterületű közösségi praxis eredményeiből adódik. Az általános orvosi praxisok 2015-ben 2011-hez viszonyítva 21%-kal több tiszta bevételt értek el. A praxisbevételek mediánja azonban mindössze 373.000 EUR, a praxisok fele tehát csak ennyit, vagy ennél kevesebbet ért el.

A praxisok bevételei 2011-hez viszonyítva öt százalékkal növekedtek. Ezzel szemben a betegpénztári bevételek 7,5%-kal növekedtek: a bevételek betegpénztári része 2011-hez viszonyítva 68,7%-ról 70,4%-ra növekedett (2003-ban: 75%). A privát bevételek 28,3%-ról 26,3%-ra csökkentek.

A praxisok tiszta bevételei gyorsabban növekedtek: 234.000 EUR-ról 258.000 EUR-ra (+10,3%) – ami évente két százalékos növekedésnek felel meg.

A növekedés a kiadásokkal függ össze, amelyek ugyan a személyi kiadások tekintetében magasabbak voltak (+6,6%), összességében azonban stabilak maradtak (249.000 EUR).

A tiszta bevételek tekintetében az általános orvosok jobban jöttek ki, mint a többiek. Az egy praxisra jutó tiszta bevétel átlagosan 181.000 EUR-ról 227.000 EUR-ra (25%-kal) növekedett. Ez praxistulajdonosonként 21%-os, 167.000 EUR-ra való növekedést jelent. A háziorvosi praxisok azonban még mindig nem érik el az összes praxis átlagát. Belgyógyászoknál az egy praxistulajdonosra jutó tiszta jövedelem 12%-kal, 206.000 EUR-ra növekedett. A legmagasabb tiszta bevételt a radiológusok érték el (850.000 EUR), egy radiológus praxistulajdonosra 373.000 EUR jutott. A rangsor végén a pszichológus végzettséggel rendelkező pszichoterapeuták állnak: 66.000 EUR (2,9%-kal kevesebb mint 2011-ben).

*

A Szövetségi Statisztikai Hivatal adatainak szakmai visszhangja

Deutsches Ärzteblatt online, 2017. augusztus, 18.

Forrás Internet-helye:

<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/77703/Debatte-um-Honorardaten-des-Statistischen-Bundesamtes>

A **Betegpénztári Ellátások Központi Intézete (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung – Zi)** álláspontja szerint az adatok nem alkalmasak a szerződött orvosi praxisok gazdasági helyzetének korrekt megítélésére. A felmérésbe főleg nagyobb és nagyobb forgalommal rendelkező praxisokat vontak be, a kisebb, alkalmazottakat nem foglalkoztató, vagy újonnan létesített praxisokat figyelmen kívül hagyták. A Statisztikai Hivatal csak a praxis és nem az orvos tiszta jövedelmét mutatta ki.

Az intézet a közelmúltban tette közzé a **Zi-Praxis-Panel** adatait. [Ezzel kapcsolatban lásd: *Az orvosi praxisok gazdasági helyzete 2012 és 2015 között Németországban (ZiPP, 3. Aug. 2017.), 2017. 22. sz.*] Eszerint a betegpénztári és privát orvosi tevékenységből származó tiszta bevétel, ill. éves többlet 2015-ben átlagosan 161.000 EUR volt. A kötelező betegbiztosításból származó bevételekkel kapcsolatos többlet 132.000 EUR-t tett ki, ami kevesebb az alkalmazott főorvosok referencijövedelménél.

A **Német Pszichoterapeuták Egyesülete (Deutsche Psychotherapeuten-Vereinigung – DPtV)** szerint az orvosok azonos munkaidőben három-négyszer többet keresnek, mint a pszichoterapeuták. Az egyesület már 15 éve bíróságon pereskedik azért, hogy a betegpénztári orvosok egyesüléseinél teremtsenek végre igazságosságot a honoráriumok elosztása körül. A Szövetségi Szociális Bíróság (Bundessozialgericht) ugyan 1999-ben a honoráriumok rendszeres kiigazítására kötelezte az „értékelő bizottságot” („Bewertungsausschuss”), ennek azonban 2008. óta nem tesznek eleget.

Gyógyszerezési hibák a svájci orvosi praxisokban
Medication incidents in primary care medicine:
a prospective study in the Swiss Sentinel Surveillance Network (Sentinella)
British Medical Journal, (BMJ Open 2017; 7:e013658),

Kulcsszavak: gyógyszer. gyógyszerezés, orvosi hibák, gyógyszerelési hibák, hibabejelentés, Svájc

Forrás Internet-helye: <http://bmjopen.bmj.com/content/7/7/e013658>

Markus Gnädinger és mt. (Universität Zürich) prospektív vizsgálata a svájci elsődleges orvosi ellátásban előforduló gyógyszerelési hibák elemzésére irányult. A felmérésben 149 általános orvosi, belgyógyászati és 32 gyermekgyógyászati praxis vett részt, amelyek már 2015-ben a *Swiss Sentinel Surveillance Network (Sentinella)* tagjai voltak. A résztvevő orvosok 42%-a öndiszipenzációs (gyógyszerkiadásra való) joggal rendelkezett, 11%-a vegyes rendszerben vett részt, 47%-a felírta a gyógyszert, amelyet gyógyszerész adott ki. Az orvosok fele elektronikus betegdokumentumot vezetett, a többiek papíralapon. A praxisok mindössze 37%-a rendelkezett a gyógyszerinterakciók szisztematikus kontrolljára alkalmas programokkal.

2015-ben a 148 általános orvos/belgyógyász 194, a 32 gyermekorvos egy „*medication incident*”-re vonatkozó értékelhető esetről nyilatkozott. Ez a háziorvosok körében 4.456 betegkontaktus mellett orvosonként és évente 1,31, ill. 100.000 kontaktusra 29,4 hibának felel meg. A 32 gyermekorvosnál évente 5.300 betegkontaktus mellett orvosonként és évente 0,1, ill. 100.000 kontaktusra 1,8 hiba fordult elő.

Egy kontroll-kérdőívől azonban kiderült, hogy az orvosok időhiány vagy feledékenység miatt gyakran nem jelentik a hibákat. Ebből 58%-os *underreporting*-ra következtek. Az újraszámításból orvosonként és évente 2,07, ill. 100.000 betegkontaktusra 46,5, gyermekorvosoknál 0,15, ill. 100.000 betegkontaktusra 2,8 „*medication incident*” adódott.

A hibajelentések többsége hibás (többnyire túl magas) adagolásra vonatkozott. Második helyen a nem megfelelő gyógyszer felírása állt. Többnyire szájon át adott gyógyszerekről volt szó, de parenteráliákkal (inzulin és oltóanyagok) kapcsolatos hibák is előfordultak. A hibák következtében a betegek 17%-a közepesen súlyos vagy súlyos problémákkal szembesült, 3,5%-a kórházi kezelésre szorult. Halálesetekre nem került sor.

A leggyakoribb gyógyszerfelírási hibák: ATC C csoport (cardiovascularis rendszer, 23%), N csoport (központi idegrendszer, 22%), B csoport (vér és vérképzőszervek, 12%). A betegek 17 esetben nem a számukra felírt gyógyszert vették be, hanem többnyire ápolási otthonban a velük egy asztalnál étkezőkét.

A hibák felelősei: maguk az orvosok (21%), az intézmény (17%), a praxis személyzete (14%), a gyógyszerészek (3,7%).

A gyógyszerelési hibák kockázati tényezői: a magas életkor, az ápolásra szorultság, több krónikus betegség, polimedikáció. Az esetek 68%-a valószínűleg vagy biztosan elkerülhető lett volna. A szerzők szerint a gyógyszerelési hibák a komplex okok ellenére gyakran kommunikációs problémákkal függtek össze.

Verena Finkenstädt :
Az egészségügyi ellátásokhoz való hozzáférés akadályai Európában
Wissenschaftliches Institut der PKV, März 2017 (88 p.)

Forrás Internet-helye:

<http://www.wip-pkv.de/forschungsbereiche/detail/zugangshuerden-in-der-gesundheitsversorgung-ein-europaeischer-ueberblick.html>

A Privát Betegbiztosítók Kutatóintézete (Wissenschaftliches Institut der PKV – WIP) már 2013-ban készített tanulmányában is kimutatta, hogy Németország a szolgáltatási katalógus volumene, a várakozási idők és az önrészek, valamint a szabad orvos- és kórházválasztás tekintetében nemzetközi viszonylatban igen kedvező helyzetben van. Az OECD többi tagállamában az egészségügyi szolgáltatások racionálása jóval elterjedtebb és mélyrehatóbb. [Ezzel kapcsolatban lásd: *Racionálás és várólisták Nagy-Britanniában, 2006. 43. sz., Egészségügyi Gazdasági Szemle, 2007. 1. sz.; Racionálás és egészségi egyenlőtlenségek az egészségügyi rendszerekben, 2013. 15-16. sz.]*

A felmérésben az a 23 ország vett részt, amely mind az OECD, mind az EU vagy az EFTA-övezet tagja: Belgium, Dánia, Németország, Észtország, Finnország, Franciaország, Nagy-Britannia, Írország, Izland, Olaszország, Luxemburg, Hollandia, Norvégia, Ausztria, Lengyelország, Portugália, Svédország, Svájc, Szlovákia, Szlovénia, Spanyolország, Csehország és Magyarország.

2. Egészségbiztosítás az európai országokban

2. 1. A biztosítási védelem volumene és struktúrája

Németország egészségügyi rendszerének sajátossága, hogy duális egészségbiztosítással rendelkezik: egy kötelező (állami) és egy privát biztosítási ágazattal. 2016-ban a lakosság 11%-a rendelkezett privát egészségbiztosítással. Németország az egyetlen ország, ahol a biztosítás kötelezettsége minden polgár részére fennáll és két párhuzamos biztosítási rendszer működik. A többi európai országban a teljes lakosság számára egységes finanszírozási elveket alkalmaznak.

Az egykori komparatív jólétkutatás két ideáltípust különböztetett meg: a **Beveridge-modellt** (adókból finanszírozott állami egészségügyi rendszer) és a **Bismarck-modellt** (járulékokból finanszírozott, kötelező tagsági viszonyt feltételező rendszer). Miközben a Beveridge-modell az egész lakosság számára univerzális alapt biztosítást nyújt, amelyet adókból finanszíroznak (ellátás elve), a Bismarck-modell szerzett szociális jogosultságokon alapul, amely a jövedelemmel arányos járulékokkal függ össze (biztosítás elve). Ma már az egészségügyi rendszerek nem képezik le „tisztá formában” a fenti modelleket, minden országban vegyes formák alakultak ki.

Az adókból finanszírozott rendszerek az egészségügyi ellátás szervezésének szintje szerint is differenciálhatók. Nagy-Britanniában és Írországból például az egészségügyi ellátást a kormányzat, ill. az egészségügyi minisztérium irányítja. Ezzel szemben Spanyolországban és Portugáliában az irányításra regionális szinten, a skandináv országokban: Dániában, Finnországban, Norvégiában és Svédországban viszont kommunális és járási szinten kerül sor.

Ezekben az adókból finanszírozott rendszerekben a lakosság 100%-a alapszolgáltatással rendelkezik. Ez annak tulajdonítható, hogy az egészségügyi ellátáshoz való szabad hozzáféréshez való jog a nemzeti egészségügyi szolgáltatás alapvető jellemzője. Azokban az országokban viszont, ahol a fenntartók a betegpénztárak, a biztosítás alapvetően a járulékok befizetésén múlik.

2. 2. Kereslet és kínálat a kollektív finanszírozású egészségügyi rendszerekben

Az adókból és járulékokból kollektív módon finanszírozott rendszerekben a kereslet, a kínálat és az árképzés klasszikus mechanizmusai hatályaon kívül helyeződnek. Ideális esetben a tökéletes piac modellje keretében a javak keresletét és kínálatát az árak szabályozzák. A kollektív finanszírozású egészségügyi rendszerekben azonban az egészségügyi szolgáltatások elosztása rendszerint nem az árak közvetítésével történik, hanem az ellátás költségeit részben vagy teljes egészében a biztosítottak vagy az adófizetők közössége viseli. Ennek során a biztosítottak gyakran a „nullköltségek illúziójában” élnek, mivel a társadalombiztosítási járulék vagy az adó befizetését követően nem szembesülnek a szolgáltatások igénybevételeinek költségeivel. Ez a kereslet volumenének kiterjedését eredményezi.

A „*moral hazard*” és a kereslet túltengésének problémái – a kollektív finanszírozás folytán – minden biztosítási rendszerben megjelennek. Ám arra nincs lehetőség, hogy az egészségügyi javakat korlátlan mennyiségben a biztosítottak közösségének, ill. minden polgár rendelkezésére bocsássák, mivel a források korlátozottak. Az állam által biztosított költségvetésből fenntartott egészségügyi rendszerek csak korlátozott kapacitásokat tartanak fenn – lett legyen szó akár az orvosok, akár a kórházi ágyak számáról. Ennek egyik sokat idézett példája az angliai *National Health Service (NHS)*, amely a 2015/16-os pénzügyi évben 1,85 milliárd GBP (2,2 milliárd EUR) deficitet halmozott fel. Az NHS-nél fellépő pénzügyi szükséghelyzet oka az egészségügyi szolgáltatások iránti kereslet erőteljes növekedése volt, miközben ezzel egyidejűleg a költségvetési alapellátmányt korlátozták. A költségcsökkentési intézkedések azonban a járulékfizetésű egészségügyi rendszerekben is megjelennek. Hollandiában például a növekvő kiadások évek óta problémát jelentenek. A holland egészségügyi miniszter a költségcsökkentés érdekében megállapodásokat kötött a szolgáltatók szövetségeivel arra vonatkozóan, hogy 2014 és 2017 között egyebek között a szakorvosi ellátások területén a költségek évente ne növekedjenek több mint 2,5%-kal.

A kollektív finanszírozású egészségügyi rendszerekben a kereslet megfékezése érdekében a szabadpiacon uralkodó ármechanizmusok helyébe más mechanizmusoknak kell lépniük. Ez rendszerint azzal jár, hogy sor kerül az ellátásokhoz való hozzáférés bizonyos akadályainak bevezetésére, amelyek korlátozzák a keresletet és egyidejűleg meghatározzák az állami egészségügyi rendszer szolgáltatási katalógusát. Az „állami finanszírozású egészségügyi rendszerek szolgáltatási katalógusának politikai döntések általi meghatározását” racionálásnak nevezik. A kollektív finanszírozású egészségügyi rendszerekben az ellátáshoz való hozzáférést szükségképpen akadályozó intézkedésekkel esetenként racionálásra is sor kerül.

3. Az egészségügyi ellátásokhoz való hozzáférés akadályai

3. 1. A szolgáltatások korlátozása

Az egészségügyben az ellátásokhoz való hozzáférés legnyilvánvalóbb akadály a szolgáltatások konkrét kizárása. A szolgáltatások kizárása abszolút vagy kvalifikált formában jelenhet meg. Előbbi esetben az állami egészségügyi rendszer egyáltalán nem vállalja át egy bizonyos szolgáltatás költségeit. A szolgáltatások kvalifikált kizárása esetén arról van szó, hogy valamely szolgáltatás bizonyos feltételek mellett biztosítható, egyébként kizárt. Ez vonatkozhat valamely meghatározott indikációra vagy egy bizonyos betegcsoportra (pl. 18 éven aluliak számára nyújtott terápia).

Az adókból finanszírozott egészségügyi rendszerekben (pl. Dánia, Finnország, Nagy-Britannia, Norvégia, Svédország, Portugália) a lakosság elvben jogosult a térítésmentes állami egészségügyi ellátásra. Az egyes országok szintjén azonban nem létezik explicite megfogalmazott szolgáltatási katalógus, az állam csupán kötelezettséget vállal a minimális szolgáltatások biztosítására. Az ellátás megszervezése a háttérintézmények és hatóságok hatáskörébe tartozik.

Nagy-Britannia

A brit *National Health Service (NHS)* számára a törvény előírja a szolgáltatások indokolt mértékű biztosítását („to meet all responsible requirements”). Ám ez nem jelenti, hogy minden szolgáltatást ténylegesen kifizetnek. Az NHS a rendelkezésére álló költségvetés szerint racionálja a szolgáltatásokat. A szolgáltatások kizárása két szinten valósulhat meg: regionális szinten a *Clinical Commissioning Groups (CCG)*, nemzeti szinten az *NHS Clinical Commissioning Board*-ja által. Nemzeti szinten jelentős szerepet játszik még a *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)*, mivel ez kötelező szolgáltatáskizárásokat is megfogalmaz. Mivel az NHS-ben a szolgáltatások költségeinek átvállalásáról szóló döntéseket regionális szinten hozzák, a bizonyos kezelésekhez való hozzáférés tekintetében regionális különbségek jelentkeznek, mint pl. a csípőműtétéknél. Ezekkel kapcsolatban fogalommal vált a „postcode lottery“.

Írország

A vizsgált országok körében Írország az egyetlen, ahol az állami egészségügyi rendszer nem vállalja át a teljes lakosság részére a háziorvosi ellátás költségeit. Ingyenes háziorvosi ellátást biztosító kártya iránti igényt csak azok nyújthatnak be, akiknek a jövedelme nem ér el egy bizonyos határt. 2016-ban az ír lakosság 37%-a rendelkezett ilyen kártyával. A többi polgárnak saját zsebből kell fizetnie a háziorvosi vizsgálatok költségeit.

Skandinávia

Dániában és Norvégiában csak a 18 év alattiak jogosultak fogászati kezelésekre. Svédországban az egészségügyi ellátás tekintetében a tartományi gyűlések illetékesek. Így a betegek (a brit NHS-hez hasonlóan) nem minden településen jogosultak ugyanazokra a szolgáltatásokra.

A járulékokból finanszírozott rendszerekben (pl. Németország, Ausztria, Franciaország, Hollandia) szolgáltatási katalógusokban rögzítik, hogy az állami egészségügyi rendszer mely szolgáltatásokat finanszíroz, ill. a biztosítottak mely szolgáltatásokra jogosultak.

Hollandia

A holland állami egészségügyi rendszerben létezik egy alapsomag („*basispakket*”), amely fedezi a rendszeres egészségügyi ellátás költségeit (pl. háziorvosi vizsgálat). Egyes szolgáltatások, mint a fogászati kezelések, fizioterápia, logopédia, nem szerepelnek az alapsomagban, ezeket a betegeknek maguknak kell fizetniük. Korlátozások vannak a terhesség és a szülés tekintetében is. Hollandiában alacsony kockázatú szüléseknél alapvetően csak bábaasszonyi közreműködést biztosítanak. Az orvossal való szülést kizárólagosan veszélyeztetett terhességek eseteire tartják fenn, amelyekre vonatkozóan egyértelmű indikációs lista készült. Ha nem áll fenn semmilyen kockázat, a betegpénztár nem vállalja át a kórházi szülés költségeit. Ha egy nő kórházban szeretne szülni, magának kell viselni a napi 340 EUR összegű költségeket.

Svájc

A svájci egészségügyi rendszer nem vállalja át a fogászati kezelések költségeit. A kantonális szervezet folytán regionális különbségek jelentkeznek a mentőszolgálatok, valamint a költséges diagnosztikai készülékek tekintetében. Svájcban a kórházak globális költségvetése korlátozásként, tehát implicit racionálásként hat, ami azzal jár, hogy a kezelési teamek nem tudnak biztosítani, vagy akár elutasíthatnak bizonyos szükséges szolgáltatásokat.

3. 1. 1. Gyógyszerellátás

A gyógyszerellátás tekintetében a vizsgált országok többségében pozitívlistákat alkalmaznak, amelyek rögzítik, hogy a betegek mely gyógyszerekre jogosultak. Az állami egészségügyi rendszer nem vállalja át a listán nem szereplő gyógyszerek költségeit. Kivételt képez Németország, ahol az állami egészségügyi rendszer (a vénymentes gyógyszerek kivételével) minden gyógyszert kifizet, hacsak azokat nem zárja ki a jogszabály. Számos más országban viszont a politika feltételeket szab a súlyos betegek terápiájának priorizálása, ill. a nem sürgős esetek kezelésének hátrasorolása tekintetében.

Számos országban halogatják, esetenként elutasítják az innovatív gyógyszerek bevezetését. Az árszabályozást alkalmazó országok többségében mindaddig nem vezetnek be az új gyógyszereket, amíg nem születnek meg a térítésre és az árképzésre vonatkozó döntések. Jóllehet a 89/105/EGK Irányelv szerint az innovatív gyógyszerek tekintetében az ármegállapításra és a költségtérítési eljárásra vonatkozó nemzeti döntéshozatali eljárásnak elméletileg 120 napon belül le kellene zárulnia, a gyakorlatban ezt nem tartják be. Ezt a célt 2014-ben csak Németország és Nagy-Britannia teljesítette. Az engedélyezés és a nemzeti piacon való forgalmazás közötti időbeli eltérés Németországban 3,5 hónap, Hollandiában 9,7 hónap, Spanyolországban 15,8 hónap.

3. 1. 2. Fogászati ellátás

A fogászati kezelések költségeit 10 országban egyáltalán nem térítik, a többi országban a betegeknek magas önrészeket kell fizetniük.

Érdekes következtetések vonhatók le egy aktuális komparatív vizsgálatból, amely a németországi, franciaországi, hollandiai, magyarországi, dániai, nagy-britanniai és svájci fogászati ellátásokra terjedt ki. Eszerint a kötelező betegbiztosítás keretében biztosított betegeknek a fogászati kezelések csekély részét kellett önerőből fedezniük. A többi vizsgált országban a fogászati kezelések, elsősorban a protétika, egyáltalán nem férnek bele a betegpénztárak, ill. állami egészségügyi szolgálatok által biztosított szolgáltatási volumenbe. Ezekben az országokban a betegeknek teljes egészében maguknak kell fizetniük a kezeléseket. Példának okáért a konzerváló-sebészeti kezelések csak Németországban és Magyarországon önrészmentesek, miközben Dániában, Franciaországban és Nagy-Britanniában a betegeknek a kezelés jellegétől függően a költségek 20-90%-át kell viselniük.

3. 2. A betegek választási szabadságának korlátozása

Az elmúlt évek során több országban jelentek meg törekvések a betegek választási szabadságának bevezetésére vagy annak kiterjesztésére. Minden esetre az egy bizonyos háziorvosnál való regisztrációs kötelezettség világszerte továbbra is szélesben elterjedt. Ez jelentősen korlátozza a betegek lehetőségét arra, hogy az ambuláns szektorban más orvosokat is felkeressenek. Az egy bizonyos orvosnál való regisztráció gyakorlata direkt összefüggésben áll az ún.

kapuőri modellel: A szakorvosi ellátáshoz való hozzáférést számos országban a háziorvos mint kapuőr korlátozza, ami azt jelenti, hogy a beteg háziorvosi beutaló nélkül nem fordulhat szakorvoshoz. A kötelező „*gatekeeping*” (Izland és Svédország kivételével) az adókból finanszírozott egészségügyi rendszerek fő jellemzője.

Dánia

A dán állami egészségügyi rendszerben két biztosítási lehetőség áll fenn, amelyek lényegében a szakorvoshoz való hozzáférés tekintetében különböznek egymástól. Alapvetően az összes polgár az 1-es csoportba tartozik. A 15 év fölöttiek önkéntesen a 2-es csoport mellett is dönthetnek. Az 1-es csoportba tartozó személyek kötelesek regisztrálni egy általuk választott háziorvosnál, aki lakóhelyük 15 km-es körzetében működik (Koppenhága területén 5 km). Háziorvosváltáshoz a helyi önkormányzat engedélyére van szükség. Ennek fejében Koppenhágában 195 DKR (25 EUR) díjat hajtanak be. A háziorvosi kezelés az 1-es csoportban ingyenes, miközben a 2-es csoportban csak az 1-es csoport számára a háziorvosi ellátás tekintetében az állami egészségbiztosítási rendszerben meghatározott összeg térítésére kerül sor. Szakorvosi ellátáshoz a 1-es csoport biztosítottainak háziorvosi beutalóra van szükségük. A 2-es csoport biztosítottai szabad választásuk szerint beutaló nélkül fordulhatnak szakorvoshoz, de csak az 1-es csoportnak megfelelő összeg térítésére kerül sor. A dán lakosság 99%-a az 1-es biztosítási csoportba tartozik. Az egységes rendszer tehát két osztályra tagolódik. Így megfelelő költség hozzájárulások fejében lehetővé válik a választás szabadsága.

Nagy-Britannia

A brit *National Health Service* szigorú *gatekeeping*-et alkalmaz. Ez a háziorvosi regisztrációhoz kapcsolódik. A *gatekeeping* bevezetése a szakorvosi állások csökkentésével és az állami egészségügyi kiadások kontrollja iránti szükséglettel függ össze. A háziorvosi praxisok 2015. óta olyan betegeket is befogadhatnak, akik nem a praxis közvetlen vonzáskörében laknak. Ez önkéntes alapon történik, a praxisok akár el is utasíthatják a betegeket. A háziorvosi beutalóval rendelkező betegek 2008. óta elvben szabadon választhatnak a szakorvost.

Finnország

A szabad orvosválasztásnak Finnországban alig vannak előzményei. Ebben a tekintetben csak a 2011-ben bevezetett egészségügyi reform hozott változást. A betegek 2011 májusa óta lakóhelyükön szabadon választhatnak egészségügyi centrumot. A szabad orvosválasztás 2014. óta országos szinten lehetséges, praxisváltásra azonban évente egy alkalommal nyílik lehetőség. Ám Dániához hasonlóan a szakorvoshoz való hozzáférés csak beutalóval lehetséges.

Hollandiában és a járulékfinszírozású kelet-európai egészségügyi rendszerekben (Észtországban, Lengyelországban, Szlovákiában, Szlovéniában és Magyarországon) a betegek nem fordulhatnak közvetlenül szakorvoshoz.

Hollandia

Hollandiában ugyancsak szigorú *gatekeeping* uralkodik, ami megakadályozza a szakorvoshoz való szabad hozzáférést. A házi orvos szabad kiválasztása elméletileg ugyan lehetséges, de fennállnak bizonyos korlátozások. Az utrechti házi orvosok megállapodása szerint például a betegek csak a lakóközrztükben működő házi orvosnál regisztráltathatják magukat. Egyes vidékeken olyan kevés a házi orvos, hogy a betegek nehezen találhatnak olyan házi orvost, akinél regisztrálhatnak. Ezt a problémát az is súlyosbítja, hogy a házi orvosok elutasíthatják a betegeket. Ez azzal indokolható, hogy a beteg túl messze lakik a praxistól, vagy pedig a házi orvosnál túl sok beteg regisztrált.

Svédország

Az adókból finanszírozott svéd egészségügyi rendszerben létezik ugyan *gatekeeping*, regionális szinten azonban különböző rendszerek működnek, amelyek segítségével kontrollálják a szakorvosi kezelések igénybevételét. Skåne provinciában és sok más provinciában a gyógyszerkiadások és a diagnosztikai eljárások pénzügyi felelőssége a házi orvosi centrumokra hárul. A betegeket pénzügyi ösztönzőkkel próbálják rávenni, hogy első alkalommal a házi orvoshoz forduljanak. A betegeknek az összes provinciában magasabb önrészt kell fizetniük, ha házi orvosi beutaló nélkül fordulnak szakorvoshoz.

Franciaország

A járulékfinszírozású francia egészségügyi rendszerben a betegek kötelesek regisztráltatni magukat egy házi orvosnál vagy szakorvosnál. Ez az orvos kezelőorvosként („*médecin traitant*“) van bejelentve az illetékes betegpénztárnál. A kezelő orvos választása ugyan nem kötelező, ám amennyiben ezt nem teszik meg, a betegek számára jelentős pénzügyi hátrányok keletkeznek. Ha valaki nem választ kezelő orvost, vagy nem követi a betegutát, a betegpénztár rendszeres költségtérítése 70%-ról 30%-ra csökken.

Németország

Németországban alapvetően szabad orvosválasztás érvényesül. A kötelező betegbiztosítás biztosítottai számára csupán az a feltétel merül fel, hogy az orvos, ill. fogorvos vegyen részt a szerződött orvosi ellátásban, tehát rendelkezzen működési engedéllyel. A privát betegbiztosítás keretében a szabad orvosválasztásnak nincsenek korlátai, hacsak ezt az individuális tarifaszerződés nem rögzíti másképpen. Németországban tradicionálisan nincs kapuőri rendszer. A kötelező betegbiztosítás biztosítottainak azonban házi orvost kell választaniuk, a betegpénztáraknak pedig házi orvosi központú ellátást kell felkínálniuk. Ám ha

a biztosított mégsem választana háziorvost, ezt senki sem ellenőrzi és nem is szankcionálja. Jelenleg Németországban lehetőség nyílik a szakorvos direkt felkeresésére.

3. 3. Kötelező önrészek és költség hozzájárulások

A kötelező önrészek és költség hozzájárulások célja a keresleti oldal szabályozása. Az önrészek korlátozzák a biztosítottak „nullköltségekre vonatkozó illúzióját”, mivel így már mérlegelik a kezelés rájuk eső költségeit és adott esetben maguk csökkentik a keresletet.

Az állami egészségügyi rendszerek az ambuláns és kórházi ellátások költségeit nagyobb mennyiségben alapvetően gyógyszerköltségek gyanánt vállalják át. Ez utóbbiakhoz a betegeknek az összes vizsgált országban ilyen vagy olyan mértékben hozzá kell járulniuk.

Az adókból finanszírozott egészségügyi rendszerekben az ambuláns és kórházi kezelésekről egyáltalán nem kell, vagy csak csekély mértékű önrészeket kell fizetni. Ezen egészségügyi rendszerek filozófiája szerint betegség esetén minden polgár számára ingyenes ellátást kell biztosítani. Ezzel szemben Belgiumban, Franciaországban és Svájcban viszonylag magas önrészeket kell fizetni. Az *Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES)* aktuális tanulmánya szerint Franciaországban a biztosítottak évente átlagosan több mint 1.900 EUR-t fizetnek be önrészként. Németországban a lakosság legmagasabb önrészt fizető 10%-ának befizetései meghaladják az évi 3.000 EUR-t.

A vizsgálatban résztvevő országok mindegyikében bevezettek bizonyos intézkedéseket, amelyek megóvják a túlzott pénzügyi terhektől a lakosság egyes csoportjait. A gyermekek csaknem minden országban mentesülnek az kötelező önrészekről. A krónikus betegeknek Svájc, Ausztria és Csehország kivételével ugyancsak nem kell önrészt fizetniük. Ezzel szemben az alacsony jövedelemmel rendelkező személyeket kevésbé védik a pénzügyi túlterheléstől (pl. Hollandiában, Lengyelországban és Szlovákiában az alacsony jövedelműek nem mentesülnek az önrészek befizetéséről). Amennyiben a betegek az önrészek miatt lemondanak szükséges orvosi szolgáltatásokról, ez a költségek által indukált alulellátás veszélyét hordozza.

Az önrészek különösen Franciaországban magasak, ahol az állami egészségügyi rendszer csak az orvosilag szükséges kezelések költségeinek egynegyedét vállalja át. Nemzetközi összehasonlításban Németországban az önrészek mértéke mérsékelt. A háziorvosi és szakorvosi ellátás területén nem kell önrészeket fizetni. A többi vizsgált ország közül ez csak hat esetében van így. Ezenkívül Németországban a (10 EUR összegű) praxisdíjat 2013. január 1-i kezdettel eltörölték.

Kötelező önrészek a befizetéstől nem mentesített személyek számára

	Háziorvosnál fizetendő önrész	Szakorvosnál fizetendő önrész	Kórházban fizetendő önrész
Belgium	6 EUR/vizit; elektronikus beteg- dokumentummal: 4 EUR/vizit	12 EUR/vizit	Napidíj és átalány elege, kórházírustól függően különböző
Dánia	1-es csoportnál: nincs; 2-es csoportnál: a kezelés költsége és az állami díjszabás közötti különbség	Mint háziorvosnál	Nincs
Németország	Nincs	Nincs	10 EUR/nap, évente max. 28 napig
Észtország	Praxisban nincs, otthoni látogatás esetén 5 EUR	5 EUR-ig	2,50 EUR/nap, betegségenként max. 10 napig
Finnország	16,10-32,10 EUR	Mint háziorvosnál	Kórházban: 38,10 EUR/nap; ambulánsan: 32,10 EUR/vizit, ambuláns műtét: 105,50 EUR/nap
Franciaország	Költségek 30%-a/vizit + 1 EUR orvoslátogatás	Mint háziorvosnál	20% + 18 EUR/nap
Nagy- Britannia	Nincs	Nincs	Nincs
Írország	„Medical Card” nélkül: önrész; „Medical Card”-dal (rászorulók): nincs	Nincs	„Medical Card” nélkül: 66 EUR/nap, évente max. 660 EUR-ig, „Medical Card”-dal (rászorulók): nincs
Izland	Csoportok szerint lépcsőzetes: 1.000 ISK (8 EUR) / vizit 18 és 66 év közöttiek részére	Csoportok szerint lépcsőzetes: 37 EUR/vizit + a többletköltségek 40%-a 18 és 66 év közöttiek részére	Nincs
Olaszország	Nincs	(régiók szerint) 36,10 EUR-ig/vizit +10 EUR díj	Nincs
Luxemburg	Költségek 20%-a/vizit	Mint háziorvosnál	20.93 EUR/nap, évente max. 30 napig

Hollandia	Nincs	Évente 385 EUR összegű költség hozzájárulás	Mint szakorvosnál
Norvégia	24 EUR nappal praxisban; 41 EUR praxisban éjszaka	Mint házi orvosnál	Nincs
Ausztria	10 EUR/év (szolgáltatástérítés az e-cardra)	10 EUR/év (szolgáltatástérítés az e-cardra)	10 EUR 28 napra
Lengyelország	Nincs	Nincs	Nincs
Portugália	5 EUR/vizit	7,75 EUR/vizit	7 EUR/tartózkodás
Svédország	11-12 EUR/vizit településenként	23-35 EUR/vizit településenként	max. 9 EUR/nap
Svájc	300 CHF (280 EUR)/év (franchise); a franchise-t meghaladó költségek 10%-a, max. 700 CHF-ig (650 EUR)	Mint házi orvosnál	Önrész + 15 CHF (14 EUR) kórházi díj/nap
Szlovákia	Nincs	Nincs	Nincs
Szlovénia	Költségek 10-90%-a /vizit	Mint házi orvosnál	Mint házi orvosnál
Spanyolország	Nincs	Nincs	Nincs
Csehország	Nincs	Nincs	Nincs
Magyarország	Nincs	Nincs	Nincs

4. Várakozási idők

4.1.1. A várakozási idők dokumentálása

A várakozási időkről a vizsgálatban résztvevő 23 európai ország közül 14-ben léteznek adminisztratív adatok, amelyeket valamilyen formában nyilvánosságra hoznak az illetékes hatóságok és intézmények honlapján. A többi 9 országban nem állnak rendelkezésre nyilvános adatok a várakozási időkre vonatkozóan, persze ilyenek itt is előfordulhatnak, ezeket esetleg nem hivatalosan dokumentálják és nyilvánosságra hozzák.

A főleg adókból finanszírozott egészségügyi rendszert működtető államok valamennyien közzéteszik a várakozási időkre vonatkozó hivatalos adatokat, miközben a járulékfinanszírozású rendszerekben nem állnak rendelkezésre a várakozási időkről szóló hivatalos statisztikák. Kivételt képeznek: Észtország, Hollandia, Lengyelország és Magyarország, amelyek járulékfinanszírozású biztosítási rendszereket alkalmaznak, de közzéteszik a hivatalos várólistákat. Észtországban, Lengyelországban és Magyarországon egységes betegpénztárak léteznek, amelyekhez egy célhoz rendelt adó is társul, amelynek rendeltetése kizárólagosan az egészségügyi rendszer finanszírozása.

4. 1.2. A várakozási idők dokumentációjának céljai

Az adatokat gyűjtő és azokat nyilvánosságra hozó országok alapvetően két célkitűzést követnek: a várakozási idők hivatalos monitorizálását és/vagy a betegek tájékoztatását a várakozási időkre vonatkozóan.

A várakozási idők monitorizálása

Észtország, Finnország, Nagy-Britannia, Írország, Izland, Olaszország, Hollandia, Norvégia, Portugália, Svédország és Spanyolország rendszeres időközökben közzéteszi az országos statisztikai értékeléseket. Ezen országok mindegyike nemzeti statisztikákat vezet a várakozási időkre vonatkozóan az ellátás különböző területein (pl. tervezett beavatkozások, diagnosztikus eljárások, fogászati kezelések, vagy a sürgősségin való várakozás). A súlypont mindegyik országban a tervezhető műtéti beavatkozásokra irányul (pl. csípőprotézis). A várakozási idők monitorizálása elsősorban két indikátor: „a várakozási idő tartama” és „a betegek száma” alapján történik. A várakozási idők megadására napokban, hetekben vagy hónapokban kerül sor. Miközben Portugáliában és Spanyolországban a nemzeti statisztikákat évente egy alkalommal teszik közzé, Nagy-Britanniában, Írországon és Svédországban sokkal szorosabb monitoringot alkalmaznak, az adatok közzétételére havonta kerül sor.

A statisztika szerint Spanyolországban 2015 decemberében 549.424 beteg volt műtéti várólistán. A műtéti beavatkozásokra való átlagos várakozási idő 89 nap, amely azonban területenként különböző. Idegsebészeti beavatkozásra átlagosan 5 hónapig kell várni.

Beteginformációs rendszerek

Dániában, Észtországban, Nagy-Britanniában, Írországon, Hollandiában, Norvégiában, Lengyelországban, Portugáliában, Svédországban és Magyarországon az aktuális kórházi várakozási időket egy központi beteginformációs rendszerben teszik közzé. Az angol *National Health Service (NHS)* explicit jelzi, hogy a betegek a legrövidebb várakozási idők kiválasztása érdekében összehasonlíthatják a különböző kórházaknál fennálló várakozási időket.

A várakozási időt az országok többségében hetekben vagy napokban fejezik ki. Írországon, Lengyelországban és Magyarországon a várakozó betegek számát intézményenként is közzéteszik. Az adatokat Norvégia kivételével nem aggregálják, azok minden egyes kórházra vonatkozóan lehívhatók. Az egyes szakirányokra vagy beavatkozásokra vonatkozóan Dániában, Észtországban, Nagy-Britanniában, Hollandiában, Lengyelországban, Portugáliában, Svédországban és Magyarországon állnak rendelkezésre dekódolt adatok. A legaktuálisabb adatokkal a brit NHS rendelkezik. A háziorvosi beutalót követően szakorvosi időpontra való várakozási időt naponta aktualizálják.

Dánia, Észtország, Hollandia és Portugália havonta aktualizálja az információkat, miközben a betegek Írországból, Norvégiából, Lengyelországból és Svédországból csak az elmúlt hónapok várakozási időire tudnak hagyatkozni. Összességében Portugália rendelkezik a legrészletesebb információkkal. A betegek regisztrálhatnak egy védett portálra, ahonnan lehívhatják a várólistán való személyes pozíciójukat és az előrelátható várakozási időt. Ezzel szemben az információk aktualitása és mélysége tekintetében Norvégia szolgáltatja a legcsekélyebb tartalmakat.

A holland egészségügyi hatóság (*Nederlandse Zorgautoriteit – NZa*) 2008-ban kötelezte a kórházakat az elektív beavatkozásokra való várakozási idők Interneten való közzétételére. Az állami népegészségügyi és környezetegészségügyi intézet (*Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu - RIVM*) negyedévente egy alkalommal kórházanként közzéteszi a tervezhető műtétekre való várakozási időket.

4. 2. Az adminisztratív adatok nemzetközi összehasonlítása

2015. óta az OECD egészségügyi statisztikáiban a következő elektív beavatkozásokra vonatkozóan állnak rendelkezésre összehasonlítható adatok: 1. Csípőprotézis; 2. Térdprotézis; 3. Koronáriás bypass műtét; 4. Angioplastika; 5. Szürkehályog-műtét; 6. Méheltávolítás; 7. Prosztata műtéti eltávolítása.

A betegeknek az összes országban várakozniuk kell az elektív beavatkozásokra. Különösen sokáig kell várni térd- és csípőprotézis beültetésére. Lengyelországban, Spanyolországban és Norvégiában az ilyen műtétekre akár félévig is várni kell. Az angioplastikára és bypass-műtetre való várakozási idők rövidebbek. De bypass-műtetre Nagy-Britanniában és Norvégiában akár több mint két hónapig várakozni kell.

Térd- és csípőprotézis műtetre a vizsgált országok többségében (pl. Lengyelországban, Norvégiában, Spanyolországban és Finnországban) a betegek több mint felének több mint három hónapig kell várakoznia.

A várólisták elsősorban Lengyelországban jelentenek súlyos problémát. Elektív beavatkozásokra Norvégiában, Spanyolországban és Portugáliában is sokáig kell várakozni. Az elektív beavatkozásokra való várakozási idők tekintetében Hollandia van a legkedvezőbb helyzetben. A helyzet az elmúlt tíz-húsz év során javult jelentősen. 2000 és 2011 között megtörtént a rögzített büdzséről teljesítményorientált esetátalányokra való átállás, a kórházak között élesedett a verseny.

A várakozási idők a beavatkozás jellegétől és a kórház elhelyezkedésétől (agglomeráció, vidék) függően különböznek és eltérnek az OECD országok átlagától. 2016 novemberében Hollandiában a betegeknek az adott kórháztól függően nagyjából 20 hétig kellett várakozniuk csípőprotézis beültetésére.

4. 3. 2. A Commonwealth Fund nemzetközi összehasonlítása

Nemzetközi viszonylatban a *Commonwealth Fund* összehasonlítása a legrelevánsabb. Az évente végzett felmérés szerint szakorvosi vizsgálatra a megkérdezettek 3%-ának, Hollandiában 7%-ának, Svájcban 9%-ának, Norvégiában 29%-ának kellett várakoznia.

A *Commonwealth Fund* háziiorvosi ellátásra vonatkozó legutóbbi felmérése 2013-ban készült. Arra a kérdésre, hogy legutóbb, amikor segítségre volt szükségük, ugyanazon a napon, vagy a következő napon időpontot kaptak, Németországban a megkérdezettek 76%-a, Hollandiában 63%-a, Svédországban 58%-a válaszolt igennel. Ebben a tekintetben Nagy-Britannia a sereghajtó. Itt csak a megkérdezettek fele kapott időpontot még aznap vagy másnap.

A vizsgált országok közül egyesek nem vezetnek adminisztratív adatokat a várakozási időkről és nemzetközi reprezentatív felmérésekben nem vesznek részt. Ausztria példája szerint ez nem jelenti azt, hogy itt ne kellene várakozni az ellátásokra. Az *Österreichisches Institut für Höhere Studien* reprezentatív felmérése szerint a betegeknek 2,1 hónapig kellett várakozniuk csípőízületi műtétre, 2,5 hónapot pedig térdízületi műtétre. Az osztrák kórházak felmérése az egyes régiók közötti eltéréseket is kimutatott. Az ortopédiai műtétre való várakozási idő egy és nyolc hónap között, szemészeti műtétre egy hónap és csaknem tizenkét hónap között mozog.

Az „Eurobarometer 411” (2014) felmérés keretében feltették a kérdést, hogy melyik az a három legfontosabb kritérium, amely saját országában meghatározza a magas minőségű orvosi ellátást; ezen kritériumok egyike az volt, hogy „a vizsgálatot és a kezelést nem előzi meg várakozási idő”. Erre a kérdésre Németországban a megkérdezettek 9%-a válaszolt igennel, ami azt jelenti, hogy a várakozási idő alárendelt szerepet játszik. Ezzel szemben az igenek aránya Hollandiában és Nagy-Britanniában egynegyed, Svédországban több mint egyharmad volt.

5.1. A privát egészségügyi szolgáltatások kínálata

Nagy-Britannia

Nagy-Britanniában az NHS mellett a privát praxisok és kórházak jól kiépített rendszere működik. Ez azt jelenti, hogy az orvos vagy tisztán privát alapon, vagy NHS-szerződéssel nyújt kezeléseket. Ha egy NHS orvos jól körülhatárolt feltételek között privát kezelést nyújt, a privát honorárium nem elegendhet az NHS-rendszerben szerzett honoráriumokkal. Az állami és privát egészségügyi ellátás szigorú szétválasztását egészségügyi miniszteri rendelet szabályozza. Ennek megfelelően a privát betegeket is kezelő kórházakban az NHS betegeit és a privát betegeket külön helyiségekben kell elhelyezni. A beteg bármikor dönthet arról, hogy igénybe veszi-e az NHS szolgáltatásait, vagy inkább privát kezelést kér. A privát szektorban megelőzhetők a várakozási idők és jobban érvényesíthető a szabad orvosválasztás.

Svédország

Svédországban az állami egészségügyi ellátást a tartományi gyűlések és részben az önkormányzatok szintjén biztosítják. Privát egészségügyi ellátásra két formában nyílik lehetőség. Amennyiben a privát szolgáltatónak (pl. privát praxisban működő orvosnak) szerződése van az adott tartományi gyűléssel, a költségek és az ellátások a betegek számára azonosak az állami egészségügyi szolgálat keretében nyújtott költségekkel és kezelésekkkel. 2013-ban az állami egészségügyi szolgáltatások keretében finanszírozott ellátások mindössze 12%-át nyújtották privát szolgáltatók.

Amennyiben viszont a privát szolgáltató nem rendelkezik az állami egészségügyi szolgálattal való szerződéssel, a betegnek magának kell kifizetnie a kezelés minden költségét. Ez azt jelenti, hogy az állami rendszertől eltérő ellátást, csak olyan szolgáltatók nyújthatnak, akik szerződés nélkül, az állami rendszerrel párhuzamosan működnek.

Hollandia

Hollandiában az állami rendszerben alkalmazott szolgáltatási katalógusban („*basispakket*“) nem szereplő szolgáltatások területén kialakult egy tisztán privát egészségügyi piac. Ez főleg nem orvosi szolgáltatásokra, mint fizioterápiára, optikai eszközökkel való ellátásra, fogászati kezelésekre vonatkozik. Egyes szolgáltatások tekintetében, mint az ergoterápia, a szolgáltatási katalógus csak egy bizonyos számú kezelést biztosít, szükség esetén a további szolgáltatásokat a betegnek magának kell finanszíroznia.

Privát kezeléseket elsősorban a háziorvosok nyújthatnak, mivel a szakorvosok alkalmazotti státuszban működnek. A háziorvosok abban az esetben nyújthatnak privát kezeléseket, ha nem csatlakoznak a szakmai szövetségek és a betegpénztárak közötti szerződésekhez. A szerződés nélküli orvosok magasabb honoráriumot számolhatnak fel azoknak a betegeknek, akik a költségtérítést választották. A betegpénztár azonban csak a „méltányos piaci árnak” megfelelő összeget téríti meg a biztosítottak számára. Ezért a betegek Hollandiában előszeretettel ellátási szerződéssel rendelkező orvosokat keresnek fel. Nagy-Britanniához viszonyítva a privát gyógyászat a szerződött orvosi ellátás területén kevésbé elterjedt, inkább azoknál a szolgáltatóknál jellemző, amelyek az állami egészségügyi rendszer által nem térített ellátásokat nyújtanak (pl. fogorvosok, fizioterapeuták).

Franciaország

A honoráriumok rendszere három szektorra tagolódik. Az orvosok 74%-a együttműködik a kötelező egészségbiztosítással és az állam által kontrollált árrendszer szerint számol el az állami egészségügyi rendszerrel („*médecins conventionnés*“/„*médecin de secteur 1*“). Ebben a körben elsősorban általános orvosokról van szó. Rajtuk kívül vannak még orvosok (mintegy 25%), akik ugyancsak a kötelező egészségbiztosítással való térítési szerződés szerint

nyújtanak szolgáltatásokat, de fenntartják maguknak a honoráriumok és árak szabad alakításának, a gyógyszerek szabályozatlan felírásának, valamint az egyes betegek kezelésének vagy elutasításának történelmi jogát („*médecins conventionnés à honoraires libres*“/„*médecin de secteur 2*“). Ezek elsősorban szakorvosok, akik szabadon állapodnak meg betegeikkel az első szektorban alkalmazottaknál magasabb honoráriumokról. Az ambuláns sebészek például átlagosan 56%-kal magasabb honoráriumot számolnak fel, mint amennyit az állami díjrendelet előír. A felár szélső értékei 10% és 240% között mozognak. Eltérően az első szektortól, a második szektorban a biztosítók az orvosok által felszámolt összegek elenyésző arányát vállalják át. A szabadfoglalkozású orvosok szűk 1%-a a biztosítókkal való szerződés nélkül nyújt szolgáltatásokat („*médecins non conventionnés*“/„*médecin de secteur 3*“). Honoráriumuk jóval magasabbak az első két szektorban működő orvosokénál.

Ausztia

Az osztrák orvosok Franciaországhoz hasonlóan három csoportra tagolódnak: betegpénztári orvosok, választott orvosok és privát orvosok. A betegpénztári orvosok a betegbiztosítási teherviselővel való szerződéssel rendelkeznek és szerződéses alapon meghatározott szolgáltatásokat nyújthatnak, a költségeket az állami egészségügyi rendszer viseli. Ezenkívül ún. szerződésen kívüli szolgáltatásokat is nyújthatnak, amelyek fejében privát honoráriumot kérhetnek. A választott orvosok szabadfoglalkozású orvosok, akik nem állnak szerződéses viszonyban a szociális betegbiztosítás teherviselőjével, szabadon dönthetnek arról, hogy hol nyitnak praxist és ezt milyen kapacitással működtetik. A választott orvosok szolgáltatásaik fejében privát honoráriumot számolnak fel betegeiknek, akik kérelmezhetik a betegpénztárnál a költségek 80%-ának térítését. Privát orvosoknál a költségek visszatérítésére nincs lehetőség. A honoráriumok mértékének alakítása a privát praxisokban teljesen szabadon történik, nincs alsó és felső határ. A választott vagy privát orvos melletti döntés azzal az előnnyel jár, hogy több idő áll rendelkezésre az individuális foglalkozásra és nincs várakozási idő. Ausztriában a szabadfoglalkozású orvosok fele választott orvos. Számuk 2000 és 2011 között megduplázódott.

Svájc

Ha valamely orvos nem hajlandó a betegbiztosításról szóló törvény szerint elszámolni, bejelentheti az illetékes hatóságnál a szerződéseken kívüli működését. Ebben az esetben többé nem vonatkoznak rá a szerződéses tarifák és maga alakíthatja honoráriumát. Németországtól eltérően Svájcban a nem szerződött orvosok számára nem létezik kötelező díjszabás, ami azt jelenti, hogy teljesen szabadon alakíthatják áraikat. A betegpénztárak azonban nem vállalhatják át a „szerződések körén kívül működő orvos” („*Ausstandsarzt*“) által nyújtott kezelés költségeit. A szerződéseken kívüli státusz azt jelenti, hogy az orvos nem jogosult a kötelező betegbiztosítás terhére való szolgáltatások

nyújtására. Ha egy orvos kilépett a szerződéses körből, csak magánjogi alapon számolhatja el szolgáltatásait. *[Ezzel kapcsolatban lásd még: Ambuláns orvosi ellátás Németországban, Hollandiában és Svájcban (1. rész), 2016. 4. sz.].*

Németország

A német egészségügyi rendszer keretében a kötelező és a privát biztosítással rendelkező betegek kezelésére ugyanazon rendszer keretében kerül sor, tehát ugyanazon orvosok kezelik őket. Németországban viszonylag kevés tisztán privát praxis vagy kórház működik. 2011-ben a saját praxisban működő ambuláns orvosok 98%-a szerződött orvosként, 2%-a kizárólagosan privát orvosként működött.

5. 2. Külföldi kezelések

Az Európai Bizottság 2015-ben felmérést készített arról, hogy a polgárok mennyire lennének hajlamosak külföldi kezelést igénybe venni. Az orvosi kezelés külföldön való igénybevételére való hajlandóság a megkérdezettek körében Hollandiában volt a legmagasabb (66%), Németországban a legalacsonyabb (11%). E döntésben közrejátszó tényezők: az ország méretei, a földrajzi helyzet, az egészségügyi szolgáltatások szomszédos országban való elérhetősége, a közlekedési viszonyok, a mentalitás, a szolgáltatások minősége az adott országban. A külföldi kezelés igénybevételére irányuló magas késztetés a saját egészségügyi rendszerrel szembeni alacsony elégedettség indikátoraként is felfogható.

5. 3. Privát egészségügyi szolgáltatások finanszírozása

A privát egészségügyi szolgáltatások finanszírozása történhet tisztán önrészekből, vagy privát kiegészítő biztosításból, amely megtéríti a költségeket. A privát biztosítási rendszerekben a biztosítás elve érvényesül, tehát kollektív kockázatviselésre kerül sor. A biztosítottak összessége díjakat fizet, megbetegedés esetén pedig szolgáltatásokban részesül. A biztosított kockázatok eloszlása azonban nem egyenletes. Nem mindenkit sújtanak nagyobb egészségkárosodások, pl. költséges betegségek. A biztosított tehát egy bizonytalan pénzügyi kárt cserél egy rögzített biztosítási díjra. Ebben az esetben a kockázatokat hordozó biztosítottaknak tanácsos biztosítást kötniük.

A privát biztosítás létezése a biztosítási elv folytán kevesebb ellátási különbséghez vezet, mint az a helyzet, amikor fennáll a készpénzfizetés lehetősége. Önrész fizetése esetén a betegnek adott esetben le kell mondania a költséges ellátásról, privát biztosítás esetén azonban az ellátás fedezettel rendelkezik, a rendszeresen esedékes biztosítási díj költségei pedig általában nem érik el a lehetséges ritka egészségkárosodását. Amennyiben például egy bizonyos országban az állami egészségügyi rendszer szolgáltatási katalógusa nem tartalmazza a fogpótlást, a privát kiegészítő biztosítás hozzásegíti azokat,

akik nem tudnák kifizetni a fogpótlás költségeit, hogy privát kiegészítő biztosítással mégis fedezni tudják ezeket.

5. 4. Privát kiegészítő egészségbiztosítás az európai országokban

A lakosság a vizsgált országok többségében rendelkezik privát kiegészítő egészségbiztosítással. Kivételt képeznek: Észtország, Lengyelország, Szlovákia, Csehország és Magyarország. A privát kiegészítő egészségbiztosítás szerepe különböző, mivel az az egyes országokban az állami egészségügyi rendszerrel való interakcióban jelenik meg.

Az adókból finanszírozott rendszerekben az egészségügyi szolgáltatásokat egy nemzeti egészségügyi szolgálat bocsátja rendelkezésre. A privát kiegészítő egészségbiztosítás itt rendszerint megduplázó effektust gyakorol, mivel adóbefizetéseivel minden állampolgár hozzájárul az állami rendszer finanszírozásához. Privát biztosításuk ellenére a polgárok az állami rendszernek is részesei, így megduplázott biztosítási védelemmel rendelkeznek.

Írország

Az egészségügyet adókból finanszírozó országok közül a privát kiegészítő biztosítással rendelkezők aránya Írországbán a legmagasabb (40%). Egy ilyen biztosítás elsősorban egyágyas kórházi szoba biztosítására, állami kórházban való privát kezelésre, vagy privát kórházban való kezelésre szolgál az állami egészségügyi szolgálat várólistáinak megkerülése érdekében. Az írországi modell specifikuma, hogy a háziorvosi ellátás költségeinek privát fedezésére is kiterjed, mivel az állami rendszer nem minden polgár számára vállalja ezt a szolgáltatást. További privát kiegészítő biztosítások köthetők fogpótlásra és optikai segédeszközökre. Írországbán jelentős kihívást jelentenek a várakozási idők, ami megmagyarázza a privát kiegészítő biztosítások magas arányát. A pénzügyi és gazdasági válság következtében a helyzet súlyosbodott, a kórházi beruházásokat elnapolták, a kórházi személyzet létszámát csökkentették.

Dánia

A dán lakosság több mint egyharmada rendelkezik privát kiegészítő egészségbiztosítással. Ennek célja elsősorban az ambuláns és kórházi privát kezelések térítése és az ellátásokhoz való gyorsabb hozzáférés. Léteznek továbbá tarifák, amelyek (elsősorban gyógyszerek és fogászati kezelések vonatkozásában) kötelező önrészeket tartalmaznak azon szolgáltatások tekintetében, amelyeket az állami rendszer nem vállal át teljes mértékben. A privát kiegészítő egészségbiztosítás további oka, hogy ennek keretében a szakorvosi ellátáshoz nincs szükség háziorvosi beutalóra, ami az állami rendszerben kötelező. A biztosítás növeli az ellátáshoz való jobb hozzáférést és az orvosválasztás lehetőségét.

Olaszország

Az olaszok egynegyede rendelkezik privát kiegészítő biztosítással. Egy aktuális megkérdezés szerint azonban az olaszok 57,1%-a gondolja, hogy azon személyek számára, akik ezt pénzügyileg meg tudnák engedni maguknak, vagy akiknek a munkaadója üzemi egészségbiztosítást nyújt alkalmazottainak, célszerű lenne egy ilyen biztosítás megkötése. Ezt az állami rendszerben alkalmazott magas önrészek és a hosszú várólisták indokolnák. Az olaszok főleg azért döntenek privát orvosi kezelések mellett, mert az állami rendszer minőségét nem tartják kielégítőnek és mert így érvényesül a szabad orvosválasztás.

Portugália

A privát kiegészítő biztosítással rendelkezők aránya meghaladja a 20%-ot. A kiegészítő biztosítás indoka a privát kezelések gyorsabb térítése, valamint a kórházi komfortszolgáltatások biztosítása. Ebben szerepet játszik továbbá az állami rendszer által nem biztosított szolgáltatások térítése, mint a fogászati kezelések. Léteznek a szabad orvosválasztást lehetővé tevő kiegészítő biztosítások is. Ezzel a portugálok megkerülik a szigorú *gatekeeping*-et, közvetlenül a maguk által választott szakorvoshoz fordulnak, a számlák költségeit pedig benyújtják a privát biztosítóhoz.

Finnország

A lakosság 15%-a rendelkezik privát egészségbiztosítással. Ez rendszerint az állami rendszer keretében is biztosított szolgáltatások fedezésére szolgál. A kiegészítő biztosítás megkötésének legfőbb indoka az ellátásokhoz való gyorsabb hozzáférés, a hosszú várólisták megkerülése, a magasabb minőség.

Spanyolország

A spanyolok 15%-a rendelkezik privát kiegészítő egészségbiztosítással, amelynek célja elsősorban a kezelés privát orvosoknál való gyorsabb elérése. Léteznek kiegészítő biztosítások, amelyek a szabad orvosválasztást is lehetővé teszik, ami az állami rendszerben igen korlátozott. Finnországhoz hasonlóan itt is érvényes, hogy a privát egészségügyi ellátás magasabb minőségű az állami rendszer keretében nyújtottnál. A kiegészítő biztosítások a kórházi komfortszolgáltatásokat is előmozdítják.

Nagy-Britannia

Jelenleg a britek 10%-a rendelkezik az NHS által nyújtott biztosítási védelemmel párhuzamos privát kiegészítő biztosítással. Ez elsősorban az ellátásokhoz való gyorsabb és közvetlenebb hozzáférést fedezi, elsősorban a tervezett kórházi beavatkozások privát kórházban vagy az NHS privát osztályain való térítése tekintetében. A privát kiegészítő biztosítások az állami rendszer keretében nem biztosított szolgáltatásokat is fedezik. A háziorvosi ellátás

területén azonban rendszerint nincsenek jelen privát biztosítások. Nagy-Britanniában az állami szektorral párhuzamosan jól kiépített privát egészségügyi szektor működik. Ez részben az NHS keretében (pl. az állami kórházakban működő privát osztályok) vagy azon kívül (pl. privát kórházak és privát orvosi praxisok) működik.

Norvégia

A lakosság 8,6%-a rendelkezik privát kiegészítő biztosítással. A biztosítás megkötésének indoka a várólisták rövidítése. A privát egészségügyi ellátás Finnországhoz és Spanyolországhoz hasonlóan Norvégiában is magasabb minőséget nyújt.

Svédország

A privát kiegészítő biztosítások megkötésének legfőbb indokai Svédországban a szakorvosnál való időpont gyorsabb megszerzése, valamint a tervezett műtétekre való várakozási idő megkerülése. Svédországban kiegészítő egészségbiztosítást főleg a munkaadók kínálnak csoportos szerződések keretében. A cél a személyzet betegség miatti munkaképtelenségének gyorsabb ellátás általi megrövidítése. Az adókból finanszírozott egészségügyi rendszert működtető országok közül a privát kiegészítő biztosítással rendelkezők aránya Svédországban 6%, a 15 és 74 év közöttiek körében 10%.

Franciaország

A vizsgált országok közül a privát biztosítás Franciaországban a legelterjedtebb. Csaknem a teljes lakosság rendelkezik valamilyen ilyen jellegű biztosítási védelemmel. Ez elsősorban a magas kötelező önrészek általi megterhelést csökkenti, amely az állami rendszer keretein kívül működő orvosok magasabb honoráriumaira is kiterjed. A kiegészítő biztosítás bizonyos mértékig fedezi továbbá a szemüvegek, hallókészülékek, fogprotézisek önrészeit, valamint az egyágyas kórházi szoba költségeit. A privát kiegészítő egészségbiztosítás jelentősége az utóbbi 15 év során folyamatosan növekedett.

Hollandia

A privát kiegészítő biztosítások Hollandiában is rendkívül elterjedtek. A lakosság 85%-a rendelkezik ilyen biztosítással. A kiegészítő biztosítások tarifakínálata is igen széleskörű. Mivel a kötelező betegbiztosítás szolgáltatási katalógusa csak az alapellátásra terjed ki, az összes egyéb szolgáltatást (fogászati kezelés, optikai segédeszközök, fizioterápia) saját zsebből kell finanszírozni, vagy kiegészítő biztosítást kell kötni. A 18 év fölötti holland lakosság 76%-a rendelkezik fogászati ellátásokra való kiegészítő biztosítással, mivel az állami egészségügyi rendszer nem fedezi ezt a szolgáltatást. Hollandiában azonban nem működnek olyan kiegészítő biztosítások, amelyek

lehetővé tennék az orvosi ellátásokhoz való gyorsabb, vagy szakorvosi ellátásokhoz való direkt hozzáférést.

Szlovénia

A kiegészítő biztosítások Franciaországhoz hasonlóan Szlovéniában is a magas önrészek fedezésére szolgálnak. Kiegészítő biztosítás megkötése minden olyan biztosított számára kötelező, akinek a törvénynél fogva önrészeket kell fizetnie. Ez magyarázza, hogy a lakosság több mint 80%-a rendelkezik ilyen biztosítással, miközben más kelet-európai országokban a privát kiegészítő biztosítások piaca alig létezik. A díjbevételek 99%-a önrészek fedezetére irányuló biztosítások eladásából származik. Ezenkívül léteznek az állami rendszer keretében nem teljes mértékben fedezett szolgáltatások finanszírozását célzó biztosítások is, amelyek azonban kevésbé elterjedtek.

Belgium

A privát kiegészítő biztosítással rendelkezők aránya meghaladja a 80%-ot. Jóllehet az önrészek fizetése kötelező, Belgiumban a privát kiegészítő biztosítások elsősorban kórházi napidíj fedezetére irányuló biztosítások és ezekből kórházi komfortszolgáltatások is vásárolhatók. Az állami rendszer keretében nem teljes mértékben térített szolgáltatásokra (pl. fogászati ellátásokra) irányuló biztosítások kevésbé elterjedtek.

Svájc

A privát kiegészítő biztosítások Belgiumhoz hasonlóan elsősorban komfortszolgáltatások fedezetére szolgálnak (egyágyas kórházi szoba, osztályvezető főorvos általi kórházi kezelés, privát kórházban való kezelés). Léteznek az állami rendszerben nem teljes mértékben térített szolgáltatások (pl. fogászati ellátások) fedezetére szolgáló kiegészítő biztosítások is. Hollandiától eltérően Svájcban kialakult a privát kiegészítő biztosítások piaca, amelynek keretében a rendszerint költséges kezeléseket a „szerződések körén kívül működő orvosok” („*Ausstandsärzte*“) biztosítják [Lásd még: 2016. 4. sz.; 2017. 20. sz.]. A svájciak 80%-a rendelkezik kiegészítő biztosítással. Más európai országoktól eltérően Svájcban igen elterjedtek a komplementer medicina szolgáltatásait térítő kiegészítő biztosítások (a lakosság mintegy 30%-a).

Luxemburg

Az ország 570.000 lakossal rendelkezik, akiknek a fele külföldi származású. Az EU luxemburgi intézményeiben 9.500 nemzetközi tisztviselő működik. Ez a magyarázata annak, hogy Luxemburgban a kiegészítő biztosítások kevésbé elterjedtek (a lakosság 50%-a). Az egészségbiztosítási rendszer csak az orvosi költségek és egyéb egészségügyi szolgáltatások egy részét téríti. A fennmaradó költségek kiegészítő biztosítással fedezhetők és kórházi komfortszolgáltatások fedezetére is lehetőség nyílik.

Ausztria

A lakosság egyharmada rendelkezik privát kiegészítő biztosítással. Ez elsősorban egyágyas kórházi szoba biztosítására és a kezelőorvos szabad megválasztására irányul. Ez abban is megnyilvánul, hogy a privát egészségbiztosítás forrásai elsősorban a kórházi ellátásba folynak be.

Németország

A lakosság 23%-a rendelkezik privát kiegészítő biztosítással. Ezek 50%-ánál a rendszeres ellátásénál magasabb ellátási szintet nyújtó fogászati kiegészítő biztosításokról van szó (pl. esztétikus fogbetét). 27% a kötelező betegbiztosítás spektruma által nem tartalmazott (pl. szemüvegek vagy kontaktlencsék) tarifákra irányul. A biztosítások fennmaradó része kórházi komfortszolgáltatásokat, egyágyas szobát, osztályvezető főorvos általi kezelést vesz célba.

6. A hozzáférés akadályoztatásából származó ellátási különbségek

Az állami egészségügyi rendszeren kívüli szolgáltatások megvásárlásának lehetősége rendszerint aránytalanul oszlik meg a lakosság körében. Az ezekhez való hozzáférés előfeltételei elsősorban a betegek szociális és gazdasági helyzetétől függ. Azaz, vagy módjukban áll a privát egészségügyi szolgáltatások direkt finanszírozása, vagy rendelkeznek a privát kiegészítő egészségbiztosítás megkötéséhez elégséges forrásokkal. Mivel a lakosság egy része nincs ebben a helyzetben, ellátásbeli különbségek lépnek fel.

6. 1. Adókból finanszírozott egészségügyi rendszerek

Dánia

Ellátásbeli különbségek már az állami rendszerben is jelen vannak, mivel abban a biztosítási védelem két kategóriára tagolódik. Az első kategória keretében háziorvosi rendszer választására kerül sor. Ha valaki a második kategória mellett dönt, szabadon választhat orvost, de viszonylag magas önrészekkel kell számolnia. Ráadásul bizonyos szolgáltatásokat, mint az optikai segédeszközök, fogászati kezelések, vagy a fizioterápia, az állami egészségügyi rendszer nem vagy nem teljes mértékben támogat. Ezek a szolgáltatások csak azok számára elérhetők, akik azokat saját forrásból, vagy privát kiegészítő biztosításból finanszírozzák. A privát kiegészítő biztosítás megkötésének további indoka, hogy így szakorvosi kezeléshez nincs szükség háziorvosi beutalóra. Végül Dániában az állami kórházakban a várakozási idők sokkal hosszabbak, mint a privát intézményekben.

Nagy-Britannia

A brit állami egészségügyi szolgálat (NHS) krónikusan alulfinanszírozott. Ez a kapacitások racionálását eredményezi, amiből hosszú várakozási idők keletkeznek. 2014-ben a beutalótól számított várakozási idő csípőprotézis

műtéteknél 91 nap, bypass műtéteknél 73 nap volt. Nagy-Britanniában az állami egészségügyi szektorral párhuzamosan jól kiépített privát szektor működik, amely a jómódú betegek számára lehetővé teszi a várakozási idők megkerülését.

Olaszország

Olaszországban az ellátást akadályozó mindennemű tényező jelen van. A háziorvos kapuőrként működik, a további ellátásokra beutalóval kerül sor, a beteg számára tehát az orvosválasztás korlátozott. Szakorvosi kezelések esetén önrészt kell fizetni, a szolgáltatási katalógus korlátozott, a várakozási idők jelentős akadályt képeznek. Számos tanulmány bizonyítja, hogy jóllehet az állami egészségügyi rendszernek (SSN) egységes hozzáférést kellene biztosítania a szolgáltatásokhoz, mégis jelentős ellátási különbségek lépnek fel. Aktuális adatok szerint az olaszok 92%-a vesz igénybe privát fogászati kezelést és 48%-a fizeti saját zsebből a szakorvosi kezeléseket.

Svédország

A svédországi egészségügyi rendszerben az ellátásokhoz való hozzáférést akadályozó tényezők: a tervezett kezelésekre való hosszú várólisták, a magas költség hozzájárulások (szakorvosi kezeléseknél 25-35 EUR-nak megfelelő összeg). Privát szolgáltatások megvásárlására lehetőség nyílik, mivel léteznek privát praxisok, jóllehet az orvosok többségi alkalmazotti viszonyban egészségügyi központokban működik. Számos tanulmány bizonyítja, hogy Svédországban jelen vannak az ellátási különbségek. Példának okáért az alacsony jövedelemmel rendelkezők csak ritkán fordulnak szakorvoshoz.

Spanyolország

A spanyol állami egészségügyi rendszerben (S.N.S.) az orvosi ellátásokhoz való hozzáférés szigorúan szabályozott. A háziorvos kapuőrként működik, a rendszerint egészségügyi központokban biztosított szakorvosi ellátásokhoz való hozzáférés ugyancsak korlátozott. Várakozási idők: 2014-ben a betegeknek átlagosan több mint 80 napig kellett várakozniuk sérvműtetre és több mint 100 napig csípőprotézis műtetre. Az állami rendszerrel párhuzamosan privát orvosok is működnek és privát kiegészítő biztosításra is lehetőség nyílik. A spanyolok 15%-a rendelkezik privát kiegészítő egészségbiztosítással. A csak az állami rendszer keretében biztosítottak és a privát kiegészítő biztosítással rendelkezők között a várakozási idők szignifikánsan különböznek. A privát kiegészítő egészségbiztosítással nem rendelkezők a várakozási idők megkerülése érdekében nem életveszélyes panaszok esetén is ambuláns sürgősségi központokhoz fordulnak.

6. 2. Járulékokból finanszírozott egészségügyi rendszerek

Franciaország

A francia rendszerben magas önrészeket alkalmaznak. Nemzetközi összehasonlításban itt hajtják be a legmagasabb költséghozzájárulásokat (átlagosan a kezelési költségek 30%-át). Ezek privát kiegészítő biztosítással fedezhetők. Mivel az elmúlt évek során az önrészek átlagos mértéke folyamatosan növekedett, a privát kiegészítő biztosítás az egészségügyi ellátásokhoz való hozzáférés jelentős tényezőjévé vált. A privát kiegészítő biztosítás megkötése és az egészségügyi rendszer ellátásaihoz való hozzáférés közötti összefüggést a francia egészséggazdasági kutatási és dokumentációs intézet (**IRDES – Institut de recherche et documentation en économie de la santé** - <http://www.irdes.fr/>) több tanulmánya is megerősítette. 2012-ben a megkérdezett betegek 15%-a, a privát kiegészítő biztosítással rendelkező megkérdezettek 5%-a mondott le pénzügyi okokból háziiorvosi vizsgálatról. Az optikai segédeszközökről pénzügyi okokból lemondó betegek aránya a privát kiegészítő biztosítással nem rendelkező megkérdezettek körében 24%, a privát kiegészítő biztosítással rendelkezők körében 9%. Fogászati kezelések tekintetében a különbség még jelentősebb. A megkérdezett felnőtt lakosság körében az orvosilag szükséges fogászati kezelésekről lemondók aránya 41%, a privát kiegészítő biztosítással rendelkező megkérdezettek körében 16%.

Az orvosi ellátásokhoz való hozzáférés további akadályá Franciaországban, hogy az orvosi honoráriumok különböző kategóriákra tagolódása. Az ún. 2-ik szektorban működő ambuláns betegpénztári orvosok az állami díjszabásrenden kívül, szabadon szabhatják meg honoráriumukat. Ez elsősorban a szakorvosokra vonatkozik (pl. a sebészek 85%-ára), akiknél az árak a betegpénztári díjtételek többszörösét teszik ki. A betegek egyes szakterületeken nehezen találnak orvost az 1-es szektorban, aki csak a betegpénztári honoráriumot számlázza ki. A privát kiegészítő biztosítás viszont megtéríti a betegpénztárak által térített költségekkel szembeni különbségeket és kifizeti a 2-ik és 3-ik szektorban működő orvosok magasabb honoráriumait. A privát kiegészítő biztosítással nem rendelkező, rosszabb pénzügyi helyzetben levő betegek többnyire nem képesek kifizetni a 2-ik és 3-ik szektorban alkalmazott orvosi honoráriumokat.

Hollandia

Hollandiában a háziorvos általi szigorú kapuőri rendszer működik. A holland polgárok számára a gyorsabb ellátás érdekében nem marad más hátra, mint külföldi kezelés igénybevétele, vagy privát kezelések saját zsebből fizetése, mivel az országban nem állnak rendelkezésre a várakozási idők megrövidítését célzó privát kiegészítő biztosítások. A 18 év fölötti biztosítottaknak jövedelmüktől függetlenül évente 385 EUR költséghozzájárulást kell befizetniük, ami nem terjed ki a háziiorvosi és szülészeti ellátásokra. Hollandiában bizonyos szolgáltatási területek, mint a fogászati kezelések és a

fizioterápia, nem részesülnek térítésben. A szolgáltatási spektrum bővítése érdekében különböző kiegészítő biztosítások állnak rendelkezésre. A holland központi statisztikai hivatal (CBS) adatai szerint 2013-ban a magasabb jövedelmi csoportba tartozók 14%-a és a közepes jövedelmi csoportba tartozók 28%-a nem rendelkezett privát kiegészítő biztosítással. Azoknak, akik nem rendelkeznek a kiegészítő biztosítást lehetővé tevő pénzügyi forrásokkal, be kell érniük az alapt biztosítás keretében nyújtott alapcsomaggal.

Ausztria

A várakozási időkre vonatkozóan nem állnak rendelkezésre hivatalos adatok, de ezek bizonyos jelek szerint jelentős mértékben jelen vannak. Az osztrákok körében széles elterjedt vélemény szerint a privát kiegészítő biztosítás és/vagy privát praxis igénybevétele megrövidíti a tervezett műtétekre való várakozási időt. Ausztriában szerződött orvosok és választott orvosok működnek. Választott orvosnál való konzultáció esetén a költségek egy részét ki kell fizetni, így ebben a tekintetben fennállnak az ellátási különbségek. Összességében Ausztriában a racionálási intézkedések nem erőteljesen kihangsúlyozottak, valójában azonban ezek is jelen vannak, ami bizonyos mértékig ellátási különbségekhez vezet.

Svájc

A svájci egészségügyi rendszer finanszírozása kizárólagosan fejkvótákból történik. A biztosítottak a kötelezően befizetendő éves franchise (felnőtteknél évente legalább 250 EUR-nak megfelelő összeg) és a 10%-os költség hozzájárulás (átszámítva legfeljebb évente 575 EUR) folytán jelentős mértékben hozzájárulnak az egészségügy költségeihez. Alacsony jövedelemmel rendelkezők számára ez már az ellátásokhoz való hozzáférés akadályát jelentheti. A kötelező szolgáltatási katalógus szolgáltatási volumene nem terjed ki bizonyos területekre, pl. a fogászati kezelésekre. Ezek költségeit a betegeknek maguknak kell viselniük, vagy privát kiegészítő biztosításból fedezniük.

Németország

A német egészségügyi rendszert a kötelező és a privát egészségbiztosítás dualitása jellemzi. A betegek kezelésére biztosítási státuszuktól függetlenül ugyanazon ellátási struktúra keretében kerül sor. Ez profitál a privát egészségbiztosítási piac által az ellátásokhoz nyújtott átlagon felüli finanszírozási hozzájárulásból. Az OECD más tagállamaihoz viszonyítva Németországban a várakozási idők nem játszanak szerepet és a kapuóri rendszer is ismeretlen. A kötelező egészségbiztosítás keretében a jogszabályban előírt egységes szolgáltatási katalógus viszonylag széles spektrummal rendelkezik, egyes részterületeken azonban, mint a fogpótlások, korlátozásokat tartalmaz. A privát egészségbiztosítás keretében különböző szolgáltatási spektrumokat fedező tarifák léteznek. A kötelező egészségbiztosítás keretében bizonyos területeken szabályozó tényező gyanánt önrészeket is alkalmaznak. Németországban a

betegek privát kiegészítő biztosítást köthetnek a kötelező egészségbiztosítás keretében nem fedezett szolgáltatásokra.

7. Összefoglalás

Összességében megállapítható, hogy a németországi duális egészségbiztosítási rendszer nemzetközi összehasonlításban rendkívül széleskörű szolgáltatási katalógusokkal rendelkezik. Nemzetközi összehasonlításban a német polgárok rendelkeznek az innovatív gyógyszerekhez való leggyorsabb hozzáféréssel. Az egységes egészségügyi rendszerekkel rendelkező európai országokban az állami rendszer sokkal kevesebb szolgáltatást fedez, bizonyos szolgáltatásokat (pl. a felnőttek fizioterápiáját Hollandiában, vagy a fogpótlást Svájcban) privát forrásokból kell finanszírozni. A betegek elsősorban az adókból finanszírozott rendszerekben rendelkeznek a szolgáltatások megvonásával szembeni csekély védelemmel. Egy gyakran idézett példa a brit NHS, amely a ténylegesen rendelkezésre álló költségvetés alapján a szolgáltatások korlátozásával racionál. Németországban természetes dolog, hogy a betegek szabadon választott háziorvoshoz és szakorvoshoz fordulhatnak és a háziorvosnál való regisztráció sem kötelező. Ezzel szemben számos más európai országban az orvosválasztás szabadsága korlátozott. Jóllehet egyes országokban az orvosválasztás lehetőségét kiterjesztették, az egy bizonyos háziorvosnál való kötelező regisztrációhoz kötött *gatekeeping* még mindig szélesben elterjedt (pl. Hollandiában, Dániában, Spanyolországban).

A betegeknek több országban hozzá kell járulniuk a kezelési költségekhez. Ezek különösen Franciaországban magasak, ahol az állami egészségügyi rendszer csak az orvosilag szükséges kezelések háromegyedét fedezi. Ezzel szemben a Németországban fizetendő önrészek viszonylag csekélyek. A háziorvosi és szakorvosi ellátásban a betegeknek egyáltalán nem kell fizetniük. Ez a helyzet az összehasonlított országok közül csak hatban áll fenn. Ezekben azonban az ellátáshoz való hozzáférést egyéb akadályok korlátozzák. Az elemzés összefüggést talált a hozzáférés akadályának természete és az egészségügyi rendszer finanszírozása között: azokban az országokban, ahol az orvosi kezelések ellenében nem, vagy csupán csekély önrészeket hajtanak be, az ellátásokhoz való hozzáférést *gatekeeping*-gel korlátozzák, a szakorvosi ellátáshoz való hozzáférés tehát nem szabad. Ez a helyzet Dániában, Nagy-Britanniában, Olaszországban, Lengyelországban és Spanyolországban. Ezzel szemben Finnországban, Hollandiában, Norvégiában, Portugáliában és Szlovéniában a hozzáférést mind költség hozzájárulásokkal, mind *gatekeeping*-gel korlátozzák. Másrészt azok az országok, amelyek viszonylag magas önrészeket alkalmaznak, lemondanak a *gatekeeping*-ről (pl. Belgium, Franciaország és Svájc).

A várólisták az adókból finanszírozott rendszerekben sokkal elterjedtebbek, mint a járulékokból finanszírozott rendszerekben. Nemzetközi összehasonlító

vizsgálatok szerint Németországban a várakozási idők alárendelt szerepet játszanak. A *Commonwealth Fund* egyik vizsgálata szerint a megkérdezett németek 76%-a válaszolta, hogy amikor legutóbb orvosi segítségre szorultak, már ugyanazon vagy a következő napon időpontot kaptak. Ebben a tekintetben Németország első helyen áll, ez az arány Hollandiában 63%, Svédországban 58%. A szakorvosi vizsgálatra két hónapig vagy annál hosszabb ideig várakozó megkérdezettek aránya: Németországban 3%, Hollandiában 7%, Svájcban 9%, Norvégiában 28%. Ezt az állapotot az OECD vizsgálata is megerősíti.

Ha a betegek nem jutnak hozzá a szükséges ellátásokhoz, a belföldi vagy külföldi privát egészségügyi piacon keresnek megoldást. A betegeknek az összes vizsgált európai országban lehetőségük van privát kezelések igénybevételére. Németországtól eltérően az országok többségében jól kiépített privát egészségügyi piac működik, privát praxist folytató orvosokkal. E privát bevételek – a németországi duális rendszertől eltérően – nem az állami ellátórendszerbe folynak be, hanem a privát szektorban maradnak. Franciaországban a szabadfoglalkozású orvosok 25%-a, Ausztriában több mint 50%-a privát számla ellenében nyújt szolgáltatásokat.

Az Európai Bizottság felmérése szerint a külföldi kezelésekre való hajlandóság a megkérdezettek körében Hollandiában a legmagasabb (66%), Németországban a legalacsonyabb (11%).

A privát kiegészítő biztosítással rendelkezők aránya Németországban 22,9%, Hollandiában 84,5%, Svájcban 80%, Franciaországban 95,5%.

Az összehasonlító vizsgálat során egyértelművé vált, hogy az állami, egységes finanszírozási szabályok szerint működtetett egészségügyi rendszerekben nem sikerül elérni a lakosság egyenlő ellátását. Ezzel szemben a különböző racionálási intézkedések ellátásbeli különbségeket gerjesztenek a lakosság körében. Ennek eredményeként létrejön egy privát egészségügyi piac, amely rendelkezésre bocsátja az állami rendszerből kitagolt, vagy nehezen elérhető egészségügyi szolgáltatásokat. Az alacsony jövedelmű betegek nem tudják megengedni maguknak, hogy privát forrásokból finanszírozzák az állami rendszer által nem biztosított szolgáltatásokat, így be kell érniük az állami egészségügyi rendszer (korlátozott) ellátási szintjével.

A duális német egészségügyi rendszer ezzel szemben minden biztosított számára magas szintű ellátást nyújt, európai összehasonlításban a legmagasabb választási és terápiás szabadságot biztosítja, elősegíti az orvosi szolgáltatásokhoz és innovációkhoz való problémamentes hozzáférést. Európai összehasonlításban Németországban a legrövidebbek a várakozási idők. A tanulmány következtetései szerint az egységes rendszerek nem nyújtanak jobb hozzáférést az egészségügyi szolgáltatásokhoz, sőt, az alacsony jövedelműek sokkal rosszabb feltételek között juthatnak hozzá az ellátásokhoz.

ELŐJEGYZÉSI LISTA:

NHS Nagy-Britannia

- Szemelvények az NHS Scan4Safety programjának sikertörténeteiből (3-5. rész): GS1 standardok alkalmazása a Barking, Havering & Redbridge University NHS Trust-nál (BHRUT); A GS1 és a PEPPOL alkalmazása egy kijelölt demonstrator site-nál; Integrált elektronikus gyógyszerfelírás és gyógyszerértékelő robot; Beteg azonosítása vértranszfúzió céljából

Kórházügy

- Jelentés a kórházak helyzetéről Németországban 2017-ben – *Krankenhaus rating Report 2017*

Svájc

- A fogamzásgátlás helyzete Svájcban
- Autonómia és kapcsolat. Konferenciakötet
- A gyógyító és prevenciós szolgáltatások költségeinek alakulása 2002 és 2012 között (*Soziale Sicherheit* 2015. 6. sz.)
- Az új kórházfinanszírozás hatása a kórházi ellátások minőségére. Aktualizálás 2013 (*Obsan Bulletin*)
- Az időskorúak részére nyújtott átmeneti struktúrák kínálata és igénybevétele (*Obsan Dossier* 52)
- A nem fertőző betegségek indikátorai Svájcban
- *Swiss Personalized Health Network (SAMW)*

Szociálpolitika:

- Jelentés a szociális ügyek helyzetéről Németországban 2017-ben – *Sozialbericht 2017* (3-4. rész): Ápolás; Európai és nemzetközi egészség- és szociálpolitika
- Jelentés az időskori biztosítás helyzetéről Németországban 2015-ben
- Kutatási jelentés: az időskori gondoskodás elterjedtsége Németországban 2015-ben
- A nyugdíjkiadások alakulása Németországban
- Munkanélküliség és előrehozott nyugdíjazás az időskorúak körében Európában (*ZSR-Kompakt*)
- A csökkent keresőképesség miatti előrehozott nyugdíjazás biográfiai előzményei (*ZSR-Kompakt*)
- Jövedelmi egyenlőtlenségek és csúcsjövedelmek (IMK Report)

Rövidhírek (aleatorikusan):

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