

Hol jobb betegnek lenni? II. – Egy németországi példa

Forgács Anna, Vallyon Andrea, Budapesti Gazdasági Főiskola

A két részből álló cikkünknek az előző részében egy biztosított szemszögéből mutattuk be az Amerikai Egyesült Államokban működő egészségügyi biztosítók és szolgáltatók rendszerét. Mostani cikkünk, szintén gyakorlati oldalról megközelítve mutatja be a német egészségügyi rendszert.

Németország egészségügyi rendszere által biztosított lehetőségek egy átlagpolgár számára lényegesen eltérnek a előző részben bemutatott amerikai példától, mely erőteljesen piacközpontú és a magánbiztosítás a fő pillére.

A német egészségbiztosítási rendszer a társadalombiztosításra épül, melynek gyökerei egészen 1883-ig nyúlnak vissza. Európában ekkor teremtődtek meg a modern jóléti állam alapjai, ahol a béreket terhelő kötelező járulékok jelentik a fő bevételi forrást, az adókkal szemben [1]. Mielőtt bemutatnánk egy német polgár lehetőségeit az egészségügyi rendszerben, érdemes néhány szót szólni magáról a struktúráról, működéséről, valamint finanszírozásáról.

ÁLTALÁNOS BEMUTATÁS

A német egészségügyi ellátás szervezete a szövetségi államrendhez alkalmazkodik. Az irányítás felelőssége megoszlik a szövetségi, a tartományi kormányok között, valamint a helyi egészségügyi hatóságok és szervezetek között. A szövetségi kormányzat feladata a működtetéshez szükséges jogszabályi keretek biztosítása. A Szövetségi Egészségügyi Minisztérium, melynek hatásköre kiterjed a kötelező egészségbiztosítás rendszerére, a Szövetségi Munkaügyi és Szociális Minisztérium, valamint a Szövetségi Kutatási és Műszaki Minisztérium is részt vesznek az egészség- és szociálpolitika megfogalmazásában és irányításában. Tartományi szinten a kormányzati felelősség alapvetően a tartományi szintű minisztériumokon keresztül valósul meg. Az intézkedéseket az egészségügyi szolgálat hajtja végre, a tartományi minisztériumok egészségügyi osztályain és a közigazgatási székhelyek egészségügyi hivatalain keresztül. Az egészségügyi szolgálat hatásköre kiterjed:

- a fertőző betegségek megelőzésére és ellenőrzésére,
- az egészségügy intézményrendszerének (kórházak, orvosi és fogorvosi rendelők, vérellátó állomások, dializáló mentő- és járóbeteg-állomások) és szakmai tevékenységének felügyeletére,

- az egészségügyi dolgozók felügyeletére,
- megelőző egészségügyi ellátásra,
- egészségügyi tájékoztatásra,
- iskolai-egészségügyi ellátásra,
- terhes- és csecsemő-tanácsadásra,
- az élelmiszerkereskedelem, gyógyszer és toxikus anyagok ellenőrzésére,
- a víz-, termőföld- és levegőminőség ellenőrzésére.

A gyakorlati feladatokat 524 egészségügyi hivatal végzi [2].

A RENDSZER FINANSZÍROZÁSA

Németországban az egészségügy kiadásai az ország GDP-jének 10,8%-át teszik ki [3]. Az állami költségvetés egyik leggyorsabban növekvő tételéről van szó, melynek többnyire a demográfiai változások és a jobb, de drágább orvosi technika alkalmazása a fő oka [4]. A kiadások visszaszorítására számos reform került bevezetésre, azonban az alapvető problémát az ellátás finanszírozásának módja jelenti. A mai betegek ellátását a mai egészségesek befizetéseiből finanszírozzák, akik saját jövőbeli igényeiket tekintve kevesebb egészséges emberre tudnak majd támaszkodni.

A német egészségbiztosításnak három finanszírozási forrása van. A munkaadók és a munkavállalók kötelező járuléka, a nyugdíjasok után a nyugdíjbiztosítók által, valamint a szövetségi munkaügyi hivatal által fizetett betegbiztosítás (a munkanélküliek, létfenntartási segélyben, illetve a beilleszkedési támogatásban részesülők számára.) [5, 6]. A rendszer elviekben „teljes körű ellátás” alapján áll, a lakosságnak jelenleg 90%-a tartozik a hivatalos egészségbiztosítás alá, akik 74%-ának – évi jövedelme alapján – kötelező a járulékfizetés (ez jelenleg 14,3%-os átlagot jelent), mivel fizetésük nem éri el az évi 3862,5 eurós plafont, ahol már szabadon dönthetnek: belépnek-e az állami rendszerbe vagy sem. A további 14% így a „vonal felettiek” és eltartottjaikat jelenti. A hivatalos egészségbiztosító ingyenes szolgáltatást nyújt a közalkalmazottak részére, ez a lakosság kb. 2%-át jelenti. Az 1996-os szabályozás szabad pénztárválasztást tesz lehetővé, így mostanában 453 pénztár versenyzik a biztosítottak kegyeiért. (A kötelező egészségbiztosítás egyrészt a pénzalapjukkal önállóan gazdálkodó biztosítókon, másrészt a lakosságot átfogó szövetségi biztosító hivatal alá tartozó biztosítókon alapul.)

A rendszerben nincsen szoros kapcsolat a szolgáltatás és a járulékfizető között. A tagok és hozzátartozói (a munkanélküliek is) jogosultak a kötelező biztosítás nyújtotta szolgáltatásokra a befizetett járulék nagyságától függetlenül. A munkáltató és a munkavállaló fele-fele arányban köteles járulékot fizetni. A szolidaritás elve azt jelenti, hogy nem zárható ki senki a rendszerből azért, mert nem rendelkezik megfelelő vásárlóerővel. A biztosítottak a szolgáltatásokat térítésmentesen vehetik igénybe.

Az úgynevezett törvényes betegpénztárak mellett magánbiztosítók színesítik szolgáltatásaikkal a palettát. Németországban a privát biztosítókhoz a lakosság 9%-a tartozik, többségük önálló vállalkozással rendelkezik, vagy befektetéseiből, vagyona hozamából él, vagy jövedelme meghaladja a már előbbiekben említett „plafont”. Sok tekintetben, igen kedvező konstrukciókat kínálnak (pl. ha a biztosított igazolni tudja, hogy egészséges és az előző évben nem volt beteg, még visszatérítést is kaphat a befizetett összegből). A privát biztosítók működése és finanszírozási struktúrája nagyban eltér az állami formától. A tőkésítési mechanizmuson alapuló rendszerben nem okoznak gondot a jövő demográfiai változásai. A biztosítási díj az ötéves sávokra osztott életkor egészségi rizikóját tükrözi, mely az egyéni egészségi állapotot is figyelembe veszi. A díjat a minden korcsoportot érintő ellátási költségek átlagos emelkedésével arányosan növelik. Az életkorral várhatóan növekvő költségekhez tartálékot képeznek a befizetett díjakból, így a jövőbeli hatások, melyek erőteljesen érintik az állami rendszert, itt nem okoznak problémát az ellátás színvonalát illetően. Számos magánbiztosító nemcsak hirdetett politikájában, de gyakorlatilag is az egészség megőrzését tekinti fő feladatának a gyógyítás mellett. Az egyik legnagyobb privát biztosító tavaly augusztusban indította [7] új egészségügyi központját, ahol az ott dolgozó orvosok teljesítményarányos alapú díjazásban részesülnek, és a kapott összeg három tényező függvénye. Az első az alkalmazott kezelés sikerességi foka, a második a betegnél mért megelégedettség szintje, harmadik a kezelés költsége összehasonlítva más területeken elért hasonló betegségek kezelési költségével. Így az orvos a biztosított egészségében érdekelt és egyfajta egészség manager szerepet tölt be, aki páciensének időt és pénzt takarít meg.

A NÉMET CSALÁD ESETE – VÁLASZTÁS A BIZTOSÍTÓK KÖZÖTT

E rövid általános bemutatás után térünk rá a német esetpélda ismertetésére. Európai interjú alanyunk Fritz 36 éves, informatikus, Észak-Németországban dolgozik egy szoftver tanácsadó cégnél. Két kicsi gyermekével felesége otthon van. A családban, az egy főre jutó nettó jövedelem 650 euro havonta.

Fritz a kötelező egészségbiztosítás keretében bruttó jövedelme 14,9%-át fizeti be járulékként. Bár rendszeres jövedelme ugyan meghaladja a 3862,5 (2004. év) eurós plafont, amely felett már nem kell kötelező jelleggel járulékot fizetni, ő azonban maradt az állami rendszerben számos honfitársával egyetemben.

Ő és családja úgy döntött, hogy annak ellenére is, hogy akár a fele befizetésből is megoldhatná egészségbiztosítását, maradnak. Mivel a kötelező biztosítás befizetésével az eltartottai, felesége és gyerekei is biztosítottakká válnak, míg az „olcsóbb”, privát biztosítóknál külön prémiumot kellene, hogy fizessen utánuk. Így ő ún. szabadon biztosított, míg eltartottjai ún. családi biztosítottak. Felesége dolgozott a szülés előtt, ekkor ő az ún. kötelezően biztosított kategóriába tartozott az állami biztosítói rendszerben. Azonban döntésének fő mozgatórugója a biztonságosságra való törekvés és a kényelem, hiszen Németországban körülményes és nehéz az újbóli tagfelvétel, ha az ember már egyszer elhagyja a rendszert. (Ha munkanélkülivé válik, vagy fizetése a „vonal” alá csökken, kevesebb utánajárást igényel, illetve bizonyos jövedelemszint alatt a munkáltató fizet csak, egységesen 10%-ot). Mivel 1996 előtt létesített munkaviszonyt, ezért a vállalat, illetve szakma által kijelölt biztosítónál kötött szerződést. Csak kérdőívünk kitöltése után gondolkodott el a változtatás lehetőségén, mellyel számos honfitársa élt kedvezőbb, alacsonyabb százaléku járulékbefizetés reményében. A jelenlegi 14,3%-os átlagjárulékot is meghaladja 14,9%-os befizetésének mértéke, melyet az egyik legnagyobb biztosítónál kötött. Az első látásra kedvező, 12,8%-ot beszedő biztosító ajánlatának áttanulmányozásakor derült csak ki, hogy az alacsonyabb járulék ugyan illeszkedne a család elvárásaihoz, de a kínált szolgáltatások mértéke és színvonala azonban nem. (Az ügyintézés nehezkesebb lett volna, mivel a pénztárnak az adott városban nem volt irodája stb.) Azonban a későbbiekben még fontolórra veheti a váltást, hiszen ezt évente megteheti. Lehet, hogy előnyösebb lenne számára a 2%-kal olcsóbb járulékot kérő biztosító választása és a spórolt összegből további kiegészítő biztosítás vásárlása.

A nagyobb, több tartományt behálózó biztosítók (AOK, BEK, DAK) azonos járulékkal dolgoznak az egész ország területén, míg a kisebbeknél ez területenként is eltérhet. Az üzemi biztosítók pedig kifejezetten egy adott régióban működnek. Ma a legalsó járulékhatar 12,8%, melyet kisebb, kevés irodával rendelkező biztosítók ajánlanak. (Taunus, BKK, Essanelle)

Németországban a törvényes pénztáraknak az állam által meghatározott kötelezettségei vannak.

A BIZTOSÍTÓK SZOLGÁLTATÁSAI

A biztosítók fedezetet nyújtanak jelenleg a következő szolgáltatásokra:

- betegség – megelőzés és szűrővizsgálatok,
- járóbeteg-ellátás,
- fogászati és kórházi kezelések,
- gyógyszerár támogatás,
- gyógyászati segédeszközök,
- otthoni ellátás, beteg-szállítás,
- és olyan, nem orvosok által végzett kezelések, mint fiziko-, beszéd- és foglalkoztatás terápia.

Ezen kötelező alapszolgáltatásokat minden pénztárnak egységesen kell teljesítenie minden biztosított számára. (Ez a biztosítók szolgáltatásainak mintegy 96%-át teszi ki.) Ezen felül a pénztárak további plusz szolgáltatásokat is nyújtanak, illetve nyújthatnak a betegek megnyeréséért, illetve megtartásáért. Mivel Fritzek biztosítója a magasabb járulék befizetése ellenére további szolgáltatásokat is felajánlott, a család maradt. (Ha a beteg a különleges szolgáltatásaiért választja valamelyik pénztárt, – például akupunktúra, természetgyógyászat, kiropatika – akkor legjobb, ha a biztosítótól írásban kéri, melyik kezelést, milyen összegben téríti.) A szolgáltatásokon túl az irodák száma is befolyásolhatja a kért járulék nagyságát.

Az utóbbi időben a család számára különösen olyan szolgáltatások kerültek előtérbe, amelyek elsősorban a családalapítással voltak kapcsolatosak – tekintve, hogy nem régen születtek meg gyermekeik. Ilyen volt például a szülésre felkészítő tanfolyam, három ultrahangos vizsgálat a terhesség alatt, szülés utáni 10 alkalmas gyógytorna. Ruth a szülés előtti 6. héttől a szülés utáni 8. hétig anyasági ellátást kapott, melynek összege megegyezett a korábbi nettó munkabérével. (Ha a tényleges fizetés ennél magasabb, a munkáltató köteles pótlékot fizetni.)

Gyermekeik számára 18 éves korig az orvosi vizsgálat, a gyógyszerellátás, a fogkezelés ingyenes. Hat éves korukig 9 vizsgálatot térít a biztosító, melyhez kapcsolódnak a védőoltások, megelőző- és a fogyatékoságok kiszűrésére végzett vizsgálatok. (A szülés utáni vizsgálatot követi a szarmarköhögés, diftéria, tetanusz, polió, hepatitisz B, haemophilus influenza B ismétlődő oltásai, valamint a mumpsz, kanyaró és himlő elleni oltások.) Fritzek biztosítója a Robert Koch Intézet által javasolt oltási rendet támogatta. Így gyermekeik az intézet által javasolt ütemben kapták meg a védőoltásokat. A 13-14 éves korban a gyerekeknek lehetőségük van táplálkozási tanácsadás igénybevételére, mely többek között az egyre gyakrabban jelentkező bulémiát hivatott megelőzni. Ekkor történik meg további fejlődési rendellenesség kiszűrése, a drog és a dohányzás káros hatásairól való tájékoztatás is.

Nagy hangsúlyt fektetnek a szűrésre és a megelőzésre egyaránt a felnőtt lakosság körében is. A programok egy része a kötelező biztosítás keretében mindenkinek jár. Így Fritz biztosítója fedezi a nők 20 éves korától a méhnyakrák-, 30 éves kortól a mellrák-, a férfiaknál pedig 45 éves

kortól a prosztatatarák szűrési vizsgálatait. 35 éves kor felett két évente ún. egészségügyi csekket (Gesundheitscheck) küld a biztosító, mellyel egyes belgyógyászati vizsgálatok fizethetőek. (Például vérnyomásmérés, EKG, ultrahangos vizsgálatok.) Ha más szolgáltatást is igénybe kívánnak venni, akkor ezekért külön kell fizetni. Így érvételnél, ha a koleszterinszinten túl a cukorszintünkre is kíváncsiak vagyunk, tételenként 1,5-2 eurót kell térítenünk.

Biztosítójuk is nagyban érdekelt, hogy egészséges ügyfelei legyenek, így ún. bónusz füzetecskét ad ki biztosítottainak, akik pontokat gyűjthetnek további szolgáltatásokért vagy ajándékokért. Pont jár a betegségmegelőző szűréseken való részvételért, fitness szalon látogatásért, rendszeres fogorvosi ellenőrző vizsgálatokon való megjelenésért stb.

Ingyenes gyógy-kúrák, gyógyfürdők vehetők igénybe az ország több száz erre alkalmas intézményében, beutaló ellenében, minimum három hetes tartózkodással. (2004-től 13 eurós napi hozzájárulást kell fizetni érte.) A családoknak négy évente járó ingyenes három hetes gyógyüdülés Fritz felesége, Ruth számára nagyon vonzó, de a jelentkezők sokasága folytán még nem volt módjuk kipróbálni a kicsikkel.

A fogászati ellátásra csak részben – az alapkezelésekre – nyújt fedezetet Fritz biztosítása, fogpótlás esetén a pénztár 2003-ig a költségek 60%-át téríti, ha a rendszeres fogorvosi vizsgálatokat elmulasztották volna, akkor mindössze 50%-át.

A jövőben a fogászati kezelések állnak a költségcsökkentések keresztjében. Míg 2004 januárjától a fogpótlások kikerültek a biztosított szolgáltatások köréből, de a hagyományos kezelésekre még jár térítés. 2005-re a teljes fogászati kezelés önköltségessé válik. A család biztosítója már kiküldte a partner biztosító ajánlatát kiegészítő biztosítás megkötésére.

EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÓK IGÉNYBEVÉTELE

Németországban a házi orvos ún. kapuőri szerepe jellemző, de hétfévenként, szabadnapokon ügyeletet a kórházak biztosítanak. Ez év januárjától, ha Fritz influenzás lesz, 10 eurót kell fizetnie negyedévenként, ha felkeresi a házi orvosát. Ha azonban kihagyja ezt a lépcsőt, és rögtön szakorvoshoz fordul ott is 10 eurója bánja, mégpedig minden alkalommal. Viszont a lehetőség arra, hogy beutaló nélkül forduljon szakorvoshoz, adott és adott lesz a továbbiakban is. [35]

Míg szabadon választhatja meg mind család- mind szakorvosát, addig azonban kórházi kezelésre csak beutaló ellenében tarthat igényt. A biztosító a helyileg legközelebb

eső kórház szolgáltatásait téríti. Messzebbi kórház esetén az esetlegesen felmerülő plusz költségeket azonban már a betegnek kell állnia. Jelenleg 10 eurós napi hozzájárulást kell fizetni a benttartózkodás ideje alatt. Általában 2-3 ágyas elhelyezés jár az alapszolgáltatással, de lehetséges külön szerződést kötni, természetesen további egyéni hozzájárulással egy ágyas szoba biztosítására is.

A kórházi ápolást kiegészíti az otthoni ápolás, mely egyedülállóknak nyújt segítséget. Ez nemcsak betegápolást, hanem a háztartás ellátását is magában foglalja. Négy hétig fizeti a biztosító, ha nincs a háztartásban felnőtt korú személy. A betegek kezelésre történő szállítását taxin, vagy mentőautón (kemoterápiás kezelés esetén akár naponta), szintén téríti a biztosító.

EGYÉB SZOLGÁLTATÁSOK

A táppénzt a betegség 6. hetéig a munkáltató fizeti. Ez a teljes fizetést jelenti, a továbbiakban a bér 80%-át már a biztosító téríti. Hosszantartó munkaképtelenség esetén, 3 éven belül 78 hétig járhat ellátás.

Kiegészítő biztosítást Fritz nem kötött, de a jövőben valószínűleg külön fogorvosi biztosításra lesz szüksége. (Jövőre a gyerekeknek eddig ingyen járó fogsabályozás is kikerül a fizetett szolgáltatási körből.)

A co-payment intézménye régi tradíciókkal bír Németországban, különös tekintettel a gyógyszerekre. Jellemző, hogy a betegek által fizetett hozzájárulás költségei évről évre növekednek [14]. Ez mondható el a fogászati és a kórházi ápolási költségek tekintetében is. A gyógyszerekért eddig 3, 4 vagy 5 eurót kellett fizetni, a kiszárazástól függően bármilyen drága orvosságról is legyen szó. Januártól az ár 10%-át, minimum 5, de maximum 10 eurót kell minden egyes gyógyszer vásárlásánál „zsebből” téríteni. A kórházi hozzájárulás mérték 10 euró naponta egészen a 28. napig. Az ambuláns ellátásért a betegek teljes árat fizetnek. A megelőző és rehabilitációs kezeléseikért szintén 10 euró térítendő.

Azonban az igen alacsony keresetűeknek nem kell költség hozzájárulást fizetni.

A család alapján elégedett a kapott ellátás színvonalával különösen a gyerekek ingyenes gyógyszerellátását említették pozitívként, ámbar irigylik a privát biztosítással rendelkezőket, ahol a biztosító rögtön térít és a vizsgálatokra sem kell várni, s a legjobb orvosok végzik a beavatkozásokat. A kötelező egészségbiztosítás keretében a vizsgálatokat ugyan elvégzik, de a drága vizsgálatokra várni kell itt is sokszor heteket, ami sürgős esetben végzetes lehet. Fritz alapvetően elégedett, nem tervezi, hogy elhagyja biztosítóját, mivel kényelmes és nem bíbelődne az akár évente vá-

laszható kedvezőbb járulékfizetési kondíciókkal, amelyeket számos versenyben lévő biztosító ajánl, bár a jövő évtől várható változások erre kényszeríthetik.

Az 1990-es évek közepétől Németországban megjelent az úgynevezett chip-kártyás nyilvántartás. Ha Fritz felesége, Ruth fogorvoshoz megy, egészségügyi kártyáját nem felejtí otthon, hiszen e nélkül igen csak problémás és költséges lenne a kezelése. Az eredeti elképzelések szerint a chip-kártya tartalmazná az összes olyan adatát, amelyre szüksége lehet bármely orvosi ellátásnál (név, lakcím, családi állapot, vércsoport, gyógyszer allergia, kórtörténetei stb.), a gyakorlatban azonban az ún. adminisztratív részt képes regisztrálni. Tekintve, hogy nemcsak egy orvos felelős a betegért, ezért a vizsgálati eredmények összegyűjtése problematikus.

Minden egészségpénztár bocsát ki ilyen kártyát, amelyet először is” lehúznak” a rendelőben. Csak ezután kezdődhet meg a tényleges vizsgálat, mely során kiderül, hogy koronát kell felhelyezni egy fogra. Az orvos ezután egy költségvetési javaslatot készít, melyet a paciens tanulmányoz. Ebből kiderül számára, hogy a biztosítója milyen összeget térít meg majd, illetve mennyit kell saját finanszírozásból előteremteni. Ha ezt a beteg elfogadja az orvossal egy magán-szerződést ír alá, melyben megegyeznek fizetési összegről és annak folyósításáról, csak ezek után kezdődhet el a tényleges ellátás. Németországban a hálapénz intézménye nem ismert.

A NÉMET RENDSZER ÖSSZEFOGLALÓ ÉRTÉKELÉSE

A második világháborút követő időszak napjainkig tartó szakaszában sikerült egy magas színvonalú szolgáltatást nyújtó rendszert kiépíteni, mely a szolidaritás elvét a biztosítás elvével kapcsolja össze [5]. Jellemző, hogy a rendszer az egységesítés irányába halad, az 1994-ben elkezdett rizikó alapján meghatározott járulékbévetel módosítások is ez irányba mutatnak. A német polgár szemszögéből vizsgálva a kérdést, pedig az tűnik fel, hogy míg az ellátás és megelőzés színvonala emelkedik, a havonta lerótt biztosítási díj ellenében, bizton számíthatnak jól felszerelt kórházakra, magas színvonalú ellátásra. A lakosságra egyre nagyobb terhek hárulnak, annak ellenére, hogy az általuk befizetett összeg nem csekély mértékű. Egyre több kiegészítő biztosítást kell kötnie annak, aki továbbra is a megszokott ellátáshoz ragaszkodik.

AMERIKAI EGYESÜLT ÁLLAMOK ÉS NÉMETORSZÁG

Végül összefoglaljuk a két ország egészségügyi szolgáltatásainak összehasonlítását és igyekszünk néhány olyan

ajánlást megfogalmazni a magyar egészségügyi rendszer átalakítására vonatkozóan, amely az előzőekből adódik. Először is az alábbi főbb megállapításokat tehetjük.

Hozzáférés szempontjából, a németek jobb helyzetben vannak, hiszen a lakosság mindössze 0,1%-ának nincs biztosítása, ezzel szemben az Egyesült Államokban ez az arány, mintegy 15%. Németországban szinte mindenki fel tud mutatni egy munkaviszonnyal most, vagy korábban rendelkező járulékfizető családtagot, aki által jogosultságot szerezhet, Amerikában viszont nem elég pusztán alkalmazottnak lenni, de a munkáltatónak elég „gazdagnak” kell lennie, hogy alkalmazottai számára biztosítást vásároljon.

A német munkavállalók, jelenleg mindannyian átlagosan 14,3%-os járulékot fizetnek, míg az amerikaiak változó mértékű terhet viselnek.

A kötelező rendszer keretében, Németországban mindenki egységes ellátásra jogosult, miközben az amerikai biztosítók szolgáltatási köre rendkívül eltérő.

A németeknél a szabad orvosválasztás, a házi orvosok kapuőr (gatekeeper) szerepével párosul. Az Egyesült Államokban a HMO tagok csak megadott listáról választhatnak, vannak azonban olyan biztosítási formák (például PPO, POS), ahol hálózaton kívüliek szolgáltatásainak igénybevétele is lehetséges. A kapuőr szerep meghatározó jelentőséggel bír (házi orvosok és nővérek).

Németországban, a gyermekek 18 éves korukig mindegyre kiterjedő ingyenes orvosi ellátásban részesülnek, Amerikában pedig addig, amíg eltartotti státusszal rendel-

keznek, de a szülők egészségbiztosításától függ az ellátás köre.

A co-payment intézménye közös jellemző, ám Amerikában néhány biztosítási formában jóval kiterjedtebb és drágább. Németországban is megfigyelhető az a tendencia, amely egyre nagyobb mértékű költségtérítést kíván meg a betegtől.

A fogászati, szemészeti és a sürgősségi ellátást tekintve hasonló a lefedett szolgáltatások köre, a gyógyszerek ártámogatási rendszere szinte azonos.

Magyarországon ma éles viták tárgya az egészségügyi rendszer, és mindenki egyetért abban, hogy sürgős reformra szorul! Csakhogy nincs konszenzus a változtatások irányára és mélységére vonatkozóan. Az általunk ismert két példa azt mutatja, hogy a több-biztosítós modell valamelyest hatékonyságra kényszerít (a verseny miatt), valamint a betegek megnyeréséért vívott harc következtében, jobban figyelembe veszi a betegek jogait és igényeit. Az amerikai modell csapdája kettős, egyrészt rendkívül drága (elsősorban a betegek jogérvényesítési gyakorlata és elvárásai, valamint az ösztönzők részlegessége miatt), másrészt sokan egyáltalán nincsenek biztosítva. A németeknél imponáló a szinte teljes lefedettség, az üzleti biztosítók versenye és az ellátás magas színvonala. Mindkét ország esete azt mutatja, hogy a co-payment intézménye számottevő kereslet visszatartó erőt jelent, a differenciálás azonban egyre inkább társadalmilag elvárt lesz, azaz aki többet fizet, kapjon jobb ellátást. Ugyanakkor a szolidaritás elvét nem szabad feladni, azaz egyfajta kétszintű járulérendszer kerülhetne bevezetésre. Az első szint a „szolidaritási alapba” kerülne, cserébe csak „fapados” ellátás járna, a második szint azonban üzleti alapon működhetne.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Jochem, S.: Socialpolitik in der Ara Kohl. Die Politik des Socialversicherungsstaates ZeS Arbeitspapier, Nr.12, 1999
- [2] OECD Health Data 2003, 3rd ed.
www.oecd.org/dataoecd/1/31/2957323.xls
- [3] Országtanulmányok: Németország
<http://www.vega.medinfo.hu/weblap/orszagtan>
- [4] A „német modell” példáján, OECD jelentés az egészségügyről, Figyelő 1995. március 23.
- [5] Gedeon Péter: Merre tart a német jóléti állam? Társadalombiztosítási alrendszerek Németországban. Közgazdasági Szemle, XLVIII.évf. 2011. február (130-149. o.)
- [6] Health care systems in eight countries: trends and challenges. European Observatory on Health Care Systems April, 2002.
- [7] Think Healthcarer
<http://www.dkv.com>
- [8] Health Care Systems in Transition Germany 2001. European Obsevatory on Health Care System, WHO
- [9] Medinfo, Nemzetközi Szakirodalmi Információs Osztály /Németország/, Tájékoztató Országtanulmány. Budapest 2001
- [10] CIA-The World Factbook 2000 – Germany
- [11] Prof. Dr. Med. Hans-Ulrich Deppe: Németország egészségügyi ellátásának és egészségpolitikájának aktuális kérdései napjainkban, Egészségügyi Gazdasági Szemle 114. 32. 189-191. o.
- [12] Dr. Balázs Péter: Német egészségügy az 1990-es egyesítés után, Egészségügyi Gazdasági Szemle 1998. 36. 5. 478-494. o.

[13] Egészségügy az Európai Unióban és Magyarországon, Németország Egészségügyi menedzsment/2002 Külön-szám

[14] Weyer Béla Egészségügyi reform Németországban HVG 2003 augusztus 2.

[15] Nagy Júlia A több biztosítóra épülő egészségügyi mo-dell hatásai

<http://www.szochalo.hu/modules.pnp>

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Forgács Anna –1987-ben végzett a Marx Károly Közgazdaságtudományi Egyetem Pénzügy szakán. A Magyar Külkereskedelmi Banknál és a Köz-ponti Statisztikai Hivatalnál dolgozott elemző közgazdászként, majd 1996-tól a Budapesti Gazdasági Főiskola Kül-

kereskedelmi Főiskolai Karán a Vállalkozástan Tanszék oktatója, adjunktusi beosztásban. 2000-tól részt vesz a Pázmány Péter Katolikus Egyetem Történettudományi Doktori Iskolájának doktori képzésében, abszolutóriumát 2003-ban szerezte meg. PhD disszertációját az egészség-ügyi rendszerek hatékonyságáról és történetéről az év vé-gén védi.



Vallyon Andrea – 1987-ben a Marx Károly Közgazdaságtudományi Egye-tem Ipari tervező – szervező szakán végzett. Két éves ösztöndíjjal az Ipar-gazdaságtan Tanszéken értékelemzés témában kutatott. 1989-től a Videoton

Számítástechnikai Gyárában dolgozott, mint árkkalkulátor. 1997-től a BGF KKF Karán a Nemzetközi Pénzügyek tan-széken oktat, adjunktusi beosztásban. A gödöllői Gazdálko-dás és Szervezés Tudományok Doktori Iskola hallgatója-ként a kiegészítő biztosítások lehetőségeit és szerepét ku-tatja az egészségügyben.

PROJECT HOPE – Projektek 2004.

Folytatás a 11. oldalról

7. Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház, Budapest
Csorba Andrea, Nikliné Gáldonyi Edina, Dr. Újhelyi Pi-roska
„Rehabilitációs szakmai project a Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház Csepeli Telephelyén”
8. Magyarországi Református Egyház Mosdósi Tüdő és Szívkórháza
Prof. Dr. Gyurkovits Kálmán, Dr. Major Tamás, ifj. Dr. Major Tamás
„Dohányzásról való leszoktatási tevékenység megva-lósításának folyamata járóbeteg rendelés során”
9. Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet, Budapest
Benedicty Gergely, Kádárné Tóth Terézia, Dr. Nagy Judit
„A radiológiai vizsgálatok hatékonyabb szervezése az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézetben”

10. Pándy Kálmán Megyei Kórház, Gyula
Hack Gabriella, Kállai Mária, Szabó Mihály
„Interdiszciplináris ápolási Egység, mint központi szol-gáltató”
11. Pécsi Tudományegyetem Orvostudományi és Egész-ségtudományi Centrum
Kórházhygiénés Szolgálat
Dr. Rauth Erika, Schmidt Józsefné, Szabóné Vass Anikó
„A Központi Sterilizáló költség elszámolási rendszeré-nek kialakítása, működésének racionalizálása”
12. Semmelweis Kórház, Miskolc
Koternics Klára, Kozsik Szilvia, Tóth Judit
„Teljesítményértékelési rendszer a miskolci Semmel-weis Kórházban”

Folytatás a 45. oldalon