

# TÁJÉKOZTATÓ ORSZÁGTANULMÁNY NÉMETORSZÁG EGÉSZSÉGÜGYÉRŐL

---



**GYEMSZI**

Gyógyszerészeti és Egészségügyi  
Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet

---

Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság  
Rendszerelemzési Főosztály

2014. október

## Tartalom

Gazdasági-politikai háttér .....	2
Demográfia .....	2
Az egészségügyi rendszer jellemzői .....	3
Finanszírozás.....	3
Egészségügyi szolgáltatások .....	6
Gyógyszerek.....	9
Egészségügyi dolgozók .....	11
Minőségügy.....	11
E-egészségügy .....	12
Egészségügyi reformok.....	13
Források.....	16

---

## Gazdasági-politikai háttér <sup>1</sup>

A pénzügyi-gazdasági válság a német gazdaságot is megrázta. 2009-ben a GDP csökkenése 5,1 százalék volt. A válságot követően a gazdaság viszonylag gyors ütemben talpra állt, 2010- ben a GDP növekedése 4,2 százalék, 2011-ben 3,3 százalék volt, 2012-2013-ban azonban alig növekedett (2012:0,7 százalék; 2013:0,4 százalék). Az egy főre jutó GDP vásárlóerő paritáson számolva 2012-ben 41863 USD.

A GDP-arányos államháztartási hiány 2013-ban 0,0 százalék, a bruttó államadósság mértéke a GDP 78,4 százalékára csökkent. A fogyasztói árak 1,6 százalékkal nőttek.

A munkanélküliségi ráta 2005 és 2013 között jelentősen csökkent (2005: 11,2 százalék, 2013: 5,2 százalék).

Németország államformáját tekintve szövetségi köztársaság. A 2013-as választásokat a konzervatív Kereszténydemokrata Unió (CDU) és Keresztényszociális Unió (CSU) szövetsége fölényesen megnyerte, csak néhány százalékkal maradtak el az abszolút többségtől. Korábbi koalíciós partnerük, a liberális Szabad Demokrata Párt (FDP) azonban kiesett a parlamentből. A CDU/CSU szövetsége a szociáldemokratákkal (SPD) írt alá koalíciós szerződést, ami a harmadik nagykoalíció megalakulását jelenti Németország történetében a második világháború óta.

## Demográfia<sup>2</sup>

Németország lakosainak száma 2013-ban 80,8 millió fő. 2012-ben a születéskor várható átlagos élettartam 81,08 év, az anyai mortalitás 100 ezer élveszületésre számítva 4,6, a fertilitás mutatója 1,38 volt. Kedvező tendencia érvényesül a csecsemőhalálozás terén, ami 2012-ben 3,27 ezer élveszülöttre számítva.

A 2012-es halálhalmok statisztikájában a keringési rendszer megbetegedései által okozott halálozás vezet (a halálokok 40 százalékát okozza). A daganatos megbetegedések a halálesetek 25 százalékával a második helyet foglalják el a halálokok között. Míg a férfiak ilyen jellegű halálozását a légcső, a hörgők és a tüdő rosszindulatú daganatai okozták, addig a nőknél az emlőrák volt a leggyakoribb kiváltó ok. A halálesetek 7 százalékáért a légzőszervi megbetegedések, 6 százalékáért az emésztőszervi megbetegedések és 22 százalékban egyéb betegségek felelősek.

A legtöbb betegfelvételre a német kórházakban 2009-ben pszichés zavar miatt került sor, megelőzve ezzel a szív- és érrendszeri megbetegedések miatti felvételek számát. Különösen riasztó az, hogy a kezelések egynegyede az alkoholfogyasztással hozható összefüggésbe.

---

<sup>1</sup> Eurostat

<sup>2</sup> Statistisches Bundesamt Deutschland, HFA-DB

---

## Az egészségügyi rendszer jellemzői

A német egészségügyi ellátás szervezete a szövetségi államrendhez alkalmazkodik. Az irányítás felelőssége a szövetségi és a tartományi kormányok között, valamint a helyi egészségügyi hatóságok és szervezetek között oszlik meg.

Németországban a 2007-2009-es időszakban bevezetésre került a teljes lakosságra kiterjedő biztosítási védelem. Az egészségügyi szolgáltatásokat a lakosság 85 százaléka (70 millió fő) részére a kötelező betegbiztosítók, 11 százaléka részére a magán betegbiztosítók nyújtják. Speciális biztosítással a lakosság mintegy 5 százaléka (katonák, rendőrök) rendelkezik. A magánbiztosítókkal szerződők körébe a bizonyos jövedelmi szintet meghaladó lakosok, vállalkozók, köztisztviselők tartozhatnak. Kiegészítő magán biztosítása a lakosság körülbelül 24 százalékának van.

Az egészségügyi rendszer magas színvonalú szolgáltatásokat nyújt, költségei és különösen a jövedelemalapú biztosítási hozzájárulás mértéke azonban jelentősen nőtt, ami vitákat váltott ki a rendszer reformjával kapcsolatban.

## Finanszírozás

### **Egészségügyi kiadások**

Az egészségügyi kiadások Németországban 2012-ben az ország GDP-jének 11,28 százalékát tették ki (2011:11,34 százalék). Az egy főre jutó egészségügyi kiadás vásárlóerő paritáson 2012-ben 4614 USD (2011: 4474 USD).

### **Forrásgyűjtés**

Az egészségügyi ellátás anyagi háttérét túlnyomórészt a közkiadások adják. A kötelező biztosítás (a betegbiztosítás, ápolásbiztosítás, nyugdíjbiztosítás által a betegbiztosításba fizetett összeg és a balesetbiztosítás) együttesen az összes kiadás mintegy 70 százalékát adja.

A német betegbiztosítás két kategóriára osztható. A kötelező betegbiztosításban vesznek részt azok a munkavállalók, akik bruttó jövedelme nem éri el a 4237 euró/hó szintet (2012). A kötelező fedezet anyagi erőforrásai a biztosított munkavállalók és a munkáltatók járulékából tevődnek össze. A járulék megállapításának jövedelmi határa 2012-ben 3825 euró/hó. 2011-től a kötelező járulék 15,5 százalék. 2009-től (amikor a járulékokat éppen csökkentették) járulékkiegészítés címén a biztosítók kiegészítő járulékokat hajthatnak be (felső határa 2011-ig a járulékköteles jövedelem maximum egy százaléka, azóta nincs felső korlát.). A kiegészítő járulékot a pénztárak a tagok elvándorlásától tartva nem alkalmazták. 2015-től a betegbiztosítási járulék 14,6 százalékra csökken, amit a munkáltatók és a munkavállalók fele-fele arányban térítenek, a munkáltatói rész (7,3 százalék) hosszú távon befagyasztásra került. A csökkentett betegbiztosítási járulék a prognózisok szerint nem lesz elegendő ahhoz, hogy abból a kötelező betegbiztosítás növekvő költségeit fedezni lehessen, a betegpénztárak a keletkező finanszírozási hiányt a kiegészítő járulékból biztosíthatják, ami a becslések szerint maximum 1,7 százalék lesz.

Magán betegbiztosítót választhatnak azok, akik a 4237 euró/hó összeget meghaladó jövedelemmel rendelkeznek, önálló foglalkozásúak, szabadfoglalkozásúak, és magánbiztosítottak a köztisztviselők.

---

A kötelező alapszolgáltatásokat a törvényi előírások betartása mellett minden pénztárnak egységesen kell teljesítenie minden biztosított tagja számára. Az alapszolgáltatások a kötelező biztosítók által nyújtott szolgáltatások csaknem 95 százalékát teszik ki. A kötelező betegbiztosítás által nyújtandó szolgáltatásokat a DRG, EBM, BEMA, BEL-II gyógyító eljárások katalógusai tartalmazzák. Valódi szolgáltatáskatalógus lista formájában nincs. A szolgáltatások katalógusa a Társadalombiztosítás V. (SGB V.) törvénykönyvében is csupán, mint jogi keret definiált. A törvény kimondja, hogy a biztosítottaknak joguk van orvosi, fogorvosi, pszichoterápiás kezelésre, gyógyszerekkel, kötszerekkel, gyógyászati segédeszközökkel való ellátásra, otthonápolásra, kórházi ápolásra, valamint rehabilitációs és egyéb szolgáltatások igénybevételére. A szolgáltatásoknak minden esetben elégségesnek, célszerűnek és gazdaságosnak kell lenniük, illetve a szükségesnél nem lehetnek nagyobb mértékűek. A biztosítottak számára ez annyit jelent, hogy a pénztárak mindig azt finanszírozzák, ami szükséges és gazdaságos. A kötelező betegbiztosításon belül nőtt a választható szolgáltatások jelentősége.

E kötelező szolgáltatásokon kívül a pénztárak többletszolgáltatásokat is nyújtanak, illetve nyújthatnak a betegek megnyeréséért, azok megtartásáért (például: ambuláns megelőző kúrák, gyógyfürdő szolgáltatások, alternatív gyógyító eljárások és kiegészítő oltások költségterhének viselése).

A Közös Szövetségi Bizottság dolgozza ki azokat az irányelveket melyek a kötelező betegbiztosítás keretében nem nyújtható szolgáltatásokat tartalmazzák. Itt elsősorban olyan kezelések találhatók, melyek klinikai hatása nem vagy nem megfelelően bizonyítható.

Az egészségügy finanszírozása nagyrészt az betegbiztosítási rendszer feladata. A kötelező egészségbiztosítás egyrészt a tartományi fennhatóság alatt álló, de pénzalapjukkal önállóan gazdálkodó biztosítókon, másrészt szövetségi szintű kötelező biztosítókon alapul. A biztosítók non-profit módon, önkormányzati elven működnek.

A kötelező biztosításban résztvevő elsődleges [Regionális Általános Biztosítók (AOK), Vállalati Betegbiztosítók (BKK), Ipartestületi Betegbiztosítók (IKK)] és helyettesítő [közalkalmazottak és fizikai állományú dolgozók részére] pénztárak száma a fúziók következtében folyamatosan csökken. 2014-ben számuk 131 (2010: 169, 2013: 134). Jelenleg a három legnagyobb német kötelező betegpénztár a Techniker Krankenkasse (8,7 millió biztosított), a Barmer-GEK (8,6 millió biztosított) és a DAK-Gesundheit (6,6 millió biztosított) a kötelező betegbiztosítottak közel egyharmadát fedi le, a nyilvántartott legnagyobb harminc kötelező pénztár pedig a biztosítottak közel kilencven százalékának ellátását képes biztosítani. A fúziók több szempontból előnyösek a pénztárak számára. Nem csak megtakarításokat tesz lehetővé a fuzionáló pénztárak optimalizált igazgatása révén, hanem a tagok számának növekedésével nő a pénztárak piaci ereje is az orvosokkal, gyógyszergyárakkal szemben. Ennek köszönhetően a nagyobb pénztár eredményesebben képes érdekeinek védelmében fellépni.

A betegpénztárak felügyeletét a Szövetségi Biztosító Hivatal és a tartományok végzik.

A törvényi úton meghatározott járulékbefizetések és a költségvetési hozzájárulás az Egészségügyi Alaphoz folyik be, ezt a pénztárak között rizikó kompenzációs rendszerrel korrigálva osztják szét. A végrehajtásért a Szövetségi Biztosítási Hivatal felelős.

2004-es reformmal a biztosítottak számára orvosonként, ill. fogorvosonként negyedévente 10 euró vizitdíj térítése vált kötelezővé, amit 2013. január elsejével eltöröltek, mert nem váltotta be a hozzá fűzött reményeket, nem eredményezett csökkenést az orvos-beteg találkozások számában. A gyógykezelést kiegészítő további kezelések esetén (masszázs, fürdőkezelések, fizioterápia) a betegek hozzájárulása 10 százalékos és előírt kezelésenként 10 euró. Ez alól mentességet élveznek a gyermekek és a fiatalok 18 éves korig, a 2 százalékos (1 százalék krónikus betegek esetén)

---

---

mentességi határt elérők (éves bruttó jövedelem 2 százaléka). Prevenációs vizsgálatokon való részvétel, ill. az ún. bonusz-modell keretében kínált programok igénybevétele esetén a betegpénztárak önrészfizetési kedvezményt adhatnak.

2004 óta a kórházi szektorban is jellemzővé vált az önrészfizetés (napi 10 euró többágyas kórtermi elhelyezés esetén), amely évente maximum 28 naptári napig térítendő. Gyermekek (18 éves kor alatt) és anyagilag rászorultak mentességet élveznek e díjfizetés alól. Utógyógykezelés esetén (közvetlenül egy kórházi kezeléshez kapcsolódó kórházi ambuláns ill. a fekvőbeteg-ellátás keretében végzett rehabilitáció esetén) évente maximum 28 naptári napig 10 euró/nap térítendő. Az ún. szülő-gyermek kúra, kórházi megelőzés vagy rehabilitáció esetén napi 10 euró térítendő időkorlát nélkül.

Gyógyszerek esetében a lakosság által fizetendő önrész mértéke 10 százalék, minimum 5, maximum 10 euró. Az önrészfizetés alóli mentesség határa az éves jövedelem 2 százaléka, krónikus betegek körében az éves jövedelem 1 százaléka.

### ***Forrásallokáció***

Az ambuláns ellátás területén a szerződéses orvosok a Pénztári Orvosok Egyesületeivel számolnak el. A Pénztári Orvosok Egyesületei a betegpénztáraktól kapják meg az egy bizonyos régióban működő orvosok összdíjazását. A díjazás általában biztosított tagonként vagy biztosítottanként fejkvóta alapú elszámolás alapján kerül meghatározásra, mely összegből az adott régióban nyújtott összes ambuláns szolgáltatást fedezni kell. A Pénztári Orvosok Egyesületei és a betegpénztárak közötti szerződéseket szövetségi kerettarifák szerződéses és globális szerződéses szabályozzák. Amennyiben a beteg kezelése a természetbeni elv alapján kerül elszámolásra-, az orvos által nyújtott szolgáltatást a szövetségi szinten egységes ún. elszámolható szolgáltatások katalógusában meghatározott pontértékek (ún. német pontrendszer), illetve tartományi szinten a pénztáranként meghatározott orvosi juttatások elosztási rendszere szerint számolják el. Az elszámolható szolgáltatások katalógusát a Pénztári Orvosok Szövetségi Egyesülete és a Betegpénztárak Csúcsszervei határozzák meg. Az utóbbi időben a finanszírozott szolgáltatások körének meghatározásába bevonták a betegek képviselőit is, s ez a változás jelentősen javította a döntési folyamatok transzparenciáját.

A költségtérítéses rendszerben (főként magánbiztosítók által biztosított betegek, de a kötelező betegbiztosításban résztvevő betegek is választhatják ezt az elszámolási formát) a betegek a nyújtott orvosi szolgáltatásokat közvetlenül számolják el az őket kezelő orvossal vagy más szolgáltatóval az orvosok, illetve fogorvosok díjszabása alapján (GOÄ/GOZ). Ezt követően a betegek a biztosítóval rendezik számláikat. A magán elszámolású orvos a hivatalos díjszabásban meghatározott összegek esetén maximálisan 3,5-szeres szorzót használhat.

2004 óta a betegpénztáraknak lehetősége van közvetlenül a szolgáltatást nyújtókkal szerződni. Ilyen esetben a betegpénztár – a Pénztári Orvosok Egyesületének bekapcsolódása nélkül – a szolgáltatást nyújtót közvetlen módon díjazza. Ezek a közvetlen szerződések, melyek a háziorvosi rendszerben, az integrált ellátás keretében, ill. a kórházakban nyújtott ambuláns ellátás esetén köthetők – a verseny fokozását szolgálják.

A kórházak finanszírozása az 1972-es kórházfinanszírozási törvény hatályba lépése óta duális jellegű. Mintegy 90 százalékban a kötelező és a magánbiztosítók által rendelkezésre bocsátott anyagi erőforrásokból, valamint az önrészfizetésből befolyt összegekből, közel 10 százalékban a kormány által beruházási költségekre szánt adókból történik. A betegpénztárak a kórházi tevékenységet DRG alapján finanszírozzák.

---

---

## Egészségügyi szolgáltatások

### **Alapellátás, járóbeteg-szakellátás**

A német lakosság járóbeteg-ellátását elsősorban az önálló praxisban vagy ritkábban csoportpraxisban tevékenykedő közel 143 ezer orvos (2013) látja el. A privat praxist folytató orvosok többsége szerződéses viszonyban van a kötelező egészségbiztosítási rendszerrel. Ennek keretében a betegek szabadon választhatják meg orvosukat, függetlenül az orvos (esetleg más egészségügyi szakember) szakterületétől, szakképesítésétől. Németországban történelmileg nem jellemző a házi orvos kapuőri szerepe. A 2004-es reform keretében különböző ösztönzők bevezetésével – a 2013-ban eltörölt vizitdíj teljes vagy részleges visszatérítése, a szakorvosi beutalás vizitdíj-mentessége vagy a rendszerben résztvevő orvosok jobb képzettségének hangsúlyozása (akár a betegpénztár is előírhat kötelező továbbképzéseket) lépéseket tettek a házi orvosok kapuőri szerepének erősítésére. A reformok hatására jelenleg minden pénztár kínálatában szerepelnie kell a házi orvos központú ellátás igénybevétele lehetővé tevő tarifacsomagnak.

A szakorvosi ellátásnak az egyesítés előtti keleti és nyugati területen különböző gyakorlata alakult ki. A 2004-ben végrehajtott egészségügyi reformnak köszönhetően az ambuláns ellátás területén előtérbe került az orvosi ellátó centrumok fejlesztése. A fejlesztés indoka az volt, hogy a különböző szakterületeken dolgozó orvosok összehangoltabban végezhetik munkájukat, amiből mind a betegeknek, mind az orvosoknak előnyei származnak. Elkerülhetővé válnak a költséges, többször elvégzett vizsgálatok; lehetőség nyílik az egyes kezelések, a felírt gyógyszerek egymással való jobb összehangolására, a költséges orvosi berendezések és felszerelések közösségi szintű használatára, csökken a praxisalapítás pénzügyi rizikója, az igazgatási feladatokat a létesítmény vezetése veszi át, így az orvosoknak több ideje marad a betegeknek, a betegek időt takarítanak meg a rövidülő betegutak révén. A szakorvosi ambuláns ellátás másik fejlesztési iránya a kórházak megnyitása a járóbetegek fogadására.

A komplex ellátást igénylő krónikus betegek támogatása érdekében 2002-ben vezették be a disease management programokat (DMP). A DMP-k céljai között említhető az elérhető legjobb evidenciákra alapuló ellátás biztosítása, a szektorok közötti együttműködésen alapuló ellátásra való ösztönözés, valamint a beteg önmenedzselésének támogatása és a minőség javítása. A programok említrák, cukorbetegségben, szívkoszorúér-betegségben és krónikus obstruktív légúti megbetegedésekben szenvedő betegek ellátásának támogatására indultak. Az egyes programokban a betegek részvétele önkéntes, a programok koordinátora a beteg által választott szerződéses szakember, általában a beteg házi orvosa, aki a beteggel közösen határozza meg a kezelés folyamatát és céljait, valamint összehangolja az ellátást a többi szolgáltatóval, szakorvosokkal, fekvőbeteg-ellátó intézményekkel és elvégzi a beteg betanítását. A kezelési programokba feliratkozott betegek száma 2013 végén több mint hat millió, melyből 3,8 millió fő a 2-es típusú diabetes programba iratkozott fel, ám mivel egyes betegek gyakran több programra is feliratkoznak, az összes feliratkozás száma meghaladta a 7,3 milliót. A krónikus betegek ellátásának javítása érdekében további programok bevezetése van folyamatban. (GBA)

### **Fekvőbeteg-ellátás**

Németország fekvőbeteg-ellátását 2012-ben 2017 (állami 29,8 százalék; magán nonprofit 35,6 százalék; magán profitorientált 34,6 százalék) kórház biztosította 501 ezer ágygal (állami 47,9 százalék, magán nonprofit 34,2 százalék, magán profitorientált 18 százalék). A magán profitorientált kórházak a



---

kisebbségek közé tartoznak (átlagos ágyszám 129), az állami kórházak több mint háromszor akkora (átlagos ágyszám 400). Az aktív kórházak (1692 kórház; 458 374 ágy) - közül az állami kezelésben lévők aránya 30,1 százalék, a magán nonprofit aránya 35,6 százalék, a magán profitorientált kórházak aránya pedig 34,2 százalék. 2012-ben ellátott fekvőbetegek száma 18,6 millió volt, ami 2011-hez viszonyítva 1,5 százalékos növekedést jelent. Az ágykihasználtság 2012-ben 77,4 százalék (2011: 77,3), az átlagos ápolási idő 7,6 nap (2011: 7,7). (Destatis, 2013)

A DRG 2004-es kötelezővé tételével (a rendszerre való teljes átállás 2009-es és 2010-es években valósult meg) a kórházak egyötöde legalább egy új súlyponti szakmai részleget indított be. A kórházak harmada kiszervezte tevékenységét külső céghez vagy más kórházhoz. A kiszervezett tevékenységek 2004 és 2006 között főként a labor, mosoda és a konyha. A kórházak keresni kezdték a lehetőségeket a fekvőbeteg szolgáltatási spektrum tervezésének más kórházakkal történő összehangolására. 2004 óta a kórházak mintegy fele lépett más kórházakkal intézményesített formában kooperációra. Az együttműködések a legfontosabb orvosi tevékenységekre, funkcionális területekre (labor, radiológia) koncentrálnak.

A 2004 és 2009 közötti időszakban a kórházi szektorra a társasági forma váltás volt jellemző, ez a kórházak 17 százalékát érintette. A tendenciák a magán társasági forma terjedését jelzik, 2010-ben már minden harmadik kórház magán forprofit intézménnyé vált. A társasági formákat tekintve az állami és a magán nonprofit kezelésben lévő intézmények esetében a leggyakoribb társasági forma a közhasznú korlátolt felelősségű társaság (2010: 58,4 százalék). A magán profitorientált kórházfenntartók körében a korlátolt felelősségű társaság és a részvénytársaság jellemző.

2004-től az üzleti jellegű kórházkonstrukciók virágzása és a szövetségi tartományok tartós deficitje kedvező helyzetet teremtett az önkormányzati, többnyire deficitesebb kórházak üzemeltetésének, illetve tulajdonjogának magánkézbe kerülésére. A kórházkonstrukciók üzletszerzési stratégiája az első időszakban a kínálati spektrum bővítésére, szakkórházak megszerzésére irányult, hogy ezáltal monopoljellegű pozícióhoz juthassanak. A privatizációs folyamat számos egyetemi kórházat is érintett. Így szerzett önkormányzati és egyetemi kórházakat a Rhön-Klinikum AG és az Asklepios Kliniken Hamburg GmbH magán kórházkonstrukciónak, ez utóbbi konstrukciónak az általa működtetett intézmények több mint 70 százalékának többségi tulajdonosa is.

### **Rehabilitáció és hosszú távú ellátás**

Németországban a kötelező betegbiztosítás által kínált szolgáltatások közé tartoznak az ambuláns és - az évente maximum 28 napig nyújtott - fekvőbeteg orvosi rehabilitációs szolgáltatások. A rehabilitációs szolgáltatásokat orvosok vagy orvosi rendelvényre, orvos felügyelete mellett egészségügyi szakemberek (ápolók, gyógytornászok, ergoterapeuták stb.) nyújthatják.

2012 végén 1212 megelőzést vagy rehabilitációt végző fekvőbeteg intézmény volt, melyek összesen 169 000 ágyat üzemeltettek, 100 ezer lakosra átlagosan 210 ágy jutott. Az ágyak 65,8 százaléka forprofit magántulajdonban, 16,1 százaléka nonprofit magán tulajdonban, 18,1 százaléka állami tulajdonban volt. A betegellátást 119 300 fő (90 600 teljes állásban) végezte, az esetek száma 2 millió körül alakult. Az átlagos kezelési idő 25,5 nap, az ágykihasználtság 81 százalékos volt. A rehabilitációt az aktív kórházi ellátást követően 14 napon belül kezdik meg. (Busse, 2014)

A szociális ellátásba átnyúló hosszú távú ápolást ötödik pilléreként az 1995-ben bevezetett kötelező ápolásbiztosítás fedezi, melynek teherviselői az ápolási pénztárak. Ápolásbiztosítás megkötése minden biztosított számára kötelező. Az ápolásbiztosítási járulék 2014-ben 2,05 százalék (gyermektelenek 0,25



---

százalék pótdíjat térítenek). Köthető kiegészítő ápolásbiztosítás is, ezt az állam 2013. január elsejétől éves szinten 60 euróval támogatja. A kiegészítő ápolásbiztosítás három fajtája ismert: ápolási nyugdíj térítése (havi nyugdíj juttatására kötött életbiztosítással kombinált biztosítási forma), a kötelező ápolásbiztosítás mellett felmerülő költségek részleges vagy teljes térítése, illetve az ápolás időtartama alatt napi fix összegű ápolási hozzájárulás térítése. (PNG, 2013) 2013-ban a lakosság 87 százaléka vett részt állami ápolásbiztosításban, 11,5 százalék magán ápolásbiztosítással rendelkezett.

A német rendszerben azok a személyek minősülnek ápolásra szorulóknak, akik testi vagy szellemi betegségük, fogyatékoságuk következtében a mindennapi élet rutinfeladatának ellátása során (tisztálkodás, táplálkozás, mobilitás, háztartás vezetése) előreláthatólag legalább 180 napig jelentős vagy fokozott segítséget igényelnek. Három ápolási szintet, illetve méltányossági eseteket különböztetnek meg. Az első szinten lévők a napi testápolásban, táplálkozásban és mobilitásban legalább egyszer, napi átlagban legalább 90 perc segítségre szorulnak. Az ápolásuk során 46 percet az alapvető ápolási szükségletek kielégítésére szükséges fordítani. A második szinten lévő súlyos krónikus betegek naponta legalább három különböző napszakban, napi átlagban legalább 3 óra segítséget igényelnek. Esetükben 120 perc szükséges az alapvető ápolási szükségletek kielégítésére. A harmadik szint legsúlyosabb krónikus betegek a nap 24 órájában, napi átlagban legalább 5 óra segítségre szorulnak. Ápolásból legalább 4 órát az alapvető ápolási szükségletek kielégítésére kell fordítani. Rajtuk kívül méltányosságból is kerülhetnek erre a szintre betegek.

Az ápolási ellátást tekintve megkülönböztethető a családtagok vagy mobil szolgáltatók által ambuláns formában nyújtott otthonápolás, illetve az ápolási otthonokban fekvőbeteg keretek között biztosított ellátás. A statisztikák szerint 2011 decemberében összesen 2,5 millió ápolásra szoruló látta el az országban, akik közül 1,76 millió személy ellátására (70 százalék) otthonában került sor. Családtagok 1,18 millió főt, ambuláns ápolási szolgáltatók 576 ezer személyt láttak el.

Kiemelt figyelmet kap a hosszú távú ellátást igénylők, köztük a demens betegek lakóhelyi (hozzátartozók és lakóközösségek által nyújtott) gondozásának támogatása. A támogatás hozzátartozó által végzett otthonápolás esetén főként ápolási díj térítését; professzionális ambuláns vagy fekvőbeteg ápolás igénybe vétele esetén az ápolási költségek egy részének átvállalását jelenti. 2013-tól a kötelező állami rendszerben a hozzátartozó által végzett ápolás díja az első ápolási szinten 235 euró, a második szinten 440 euró, a harmadik szinten 700 euró (valamint betegség vagy szabadság idejére segédápoló igénybevételére 1550 euró). Az ambuláns otthonápolási szolgáltatók az első ápolási szinten 450 euró, a második szinten 1100 euró, a harmadik szinten 1550 euró díjazásban, rendkívül magas ápolási szükséglet esetén maximum 1918 euró díjban részesülnek. A fekvőbeteg keretek között nyújtott ápolási szolgáltatások esetén a díjazás szintenként 1023 euró, 1279 euró és 1550 euró.

2011-ben 12300 ambuláns ápolási szolgálat működött az országban, ahol 291 ezer főt foglalkoztattak. Az ambuláns ellátók 63 százaléka magán forprofit, 36 százaléka magán nonprofit és 1 százaléka állami tulajdonban volt. Fekvőbeteg ápolást 12400 ápolási otthonban 661 ezer fő végzett (az ápoltak számára rendelkezésre álló helyek száma 876 ezer). Az ápolási otthonok 54 százaléka magán nonprofit, 40 százaléka magán forprofit és 5 százaléka állami tulajdonban található.

Az ápolási otthonokban az orvosi ellátást az otthonokkal szerződött, szabadfoglalkozású házi- és szakorvosok biztosítják. 2012-ben különböző projektek indultak a fekvőbeteg otthonok ellátásának optimalizálására. Egy bajor projektben 44 geriátriai praxishálózatot működtetnek 100 ápolási otthonnal és 400 orvossal szerződve. A hálózathoz olyan orvosok csatlakozhatnak, akik a riasztást követően 30 percen belül a helyszínre érkeznek, rendszeres viziteket végeznek (általában heti két alkalom), telefonos elérhetőségük és hálózaton belüli helyettesítésük megoldott.

---

## Népegészségügy

A német népegészségügy irányítási rendszere szövetségi, tartományi és helyi szintekre tagolódik, az egyes szintek egymással együttműködve végzik munkájukat. A 16 német tartományban legfelső szinten a tartományi egészségügyi és szociálisügyi minisztériumok állnak, alájuk tartoznak a tartományi népegészségügyi hivatalok/intézetek a kormányzati hivatal részeként, legalsó szinten találhatóak - egyes esetekben az igazgatási hivatalokba integrálódott - népegészségügyi hivatalok, amelyekből mintegy 350 működik az országban. A népegészségügyi hivatalokat tisztiorvosok vezetik. A hivatalok feladatai, szerkezete tartományonként eltérő, ezeket a szövetségi és tartományi törvények, rendeletek, valamint részben az európai uniós jog határozzák meg. A szolgálat feladatai, főbb programjai a megelőzésre, egészségnevelésre és egészségfejlesztésre, egészségügyi jelentések készítésére, infekciókontrollra, higiéniai felügyeletre, étel- és gyógyszerfelügyeletre, környezet-egészségügy egyes területeire, iskola-egészségügyi ellátásra, terhes tanácsadásra, függőségi tanácsadásra, fogyatékos személyek részére nyújtott tanácsadásra és szociális pszichiátriai szolgáltatásokra fókuszálnak. (Busse, 2014)

## Gyógyszerek

Németország gyógyszerkiadása 2011-ben az összes egészségügyi kiadás 14,1 százaléka volt (OECD átlag: 16,8 százalék), a korábbi évekhez viszonyítva csökkent. Vásárlóerő paritáson számolva az egy főre jutó gyógyszerkiadások 2011-ben 633 dollárt tettek ki, az összes gyógyszerkiadáson belül az állami gyógyszerkiadások aránya 75,6 százalék. 2011-ben a német gyógyszerkiadások 24,4 százaléka volt magánkiadás, 17,2 százalékát fizették közvetlenül a háztartások, 7 százalékát a magánbiztosítás. (WHO HFA, OECD Health Data)

A német kötelező betegbiztosítás gyógyszerkiadása 1995 és 2009 között reálértéken számolva 68 százalékkal 33 milliárd euróra növekedett (Herr 2012). A kiadások növekedésének oka elsősorban a szabadalmaztatott készítmények számának és az ezekre fordított kiadásoknak az emelkedése. A szabadalmi védelem alatt álló készítmények költségeit a német rendszer 100 százalékban téríti, a generikumok támogatása referenciaárak szerint történik (az árkülönbséget a biztosított köteles megtéríteni), a nem vényköteles készítményeket pedig nem térítik a betegbiztosítók (kivéve a különösen súlyos megbetegedések gyógyszereit).

A német rendszerben a Közös Szövetségi Bizottság három referenciaáras csoportot különböztet meg:

1. Azonos aktív hatóanyaggal, hatásmechanizmussal rendelkező készítmények;
2. Farmakológiai, illetve terápiás szempontból összehasonlítható aktív hatóanyagú (különösen kémiaileg rokon anyagok) készítmények;
3. Terápiás szempontból összehasonlítható hatású készítmények (különösen kombinációs termékek)

A generikumok alkalmazásának fokozása érdekében a német hatóságok lehetővé teszik az orvosok számára a hatóanyag-alapú gyógyszerfelírás alkalmazását, ami azonban önkéntes jellegű. Amennyiben az orvosi recept lehetővé teszi a helyettesíthetőséget a generikus szubsztitúció kötelező a patikákban. (Leopold, 2013)

2002-ben a szabadalmaztatott készítményekre fordított kiadások 40, 2003-ban már 66 százalékát tették ki a gyógyszerkiadásoknak, de az újonnan szabadalmaztatott készítmények körében sok volt az ún.

---

látszat-innováció, vagyis olyan termék, amely bár megfelel a szabadalmi előírásoknak, de valójában nincs terápiás többlethaszna. A kiadások csökkentésére az évek során számos intézkedést hoztak. 2010.08.01. és 2013.12.31. között a gyártóknak a kötelező betegpénztárak részére a nem referenciaáras készítményekre az addigi 6 százalék helyett 16 százalékos kedvezményt kellett biztosítaniuk, az árakat pedig a 2009. augusztusi szinten befagyasztották. 2014 januárjában az árbefagyasztást 2017 végéig meghosszabbították, a kötelező árkedvezményeket módosították, a szabadalom által védett gyógyszerekre 7, a referenciaár csoportok készítményeire 6 százalék árengedményt írtak elő. A 2010-es változtatások sikeresek voltak, de féltő volt, hogy a törvényben megfogalmazott időszakot követően hirtelen megugranak az árak, ezért a gyógyszerpiac újrendezéséről szóló 2011-es törvény (AMNOG) elsődleges célja továbbra is a gyógyszerköltségek féken tartása maradt.

Az új hatóanyagot tartalmazó készítmények árát a gyártók a termék piaci megjelenésekor továbbra is maguk határozhatják meg. 2011-től a piacon történő megjelenést követő három hónapon belül a Közös Szövetségi Bizottság dönt arról, hogy adott készítmény alkalmazása járulékos haszonnal jár-e, a készítmény valódi innovációnak tekinthető-e. A döntéshez a Minőségi és Gazdaságossági Intézet (IQWiG) által készített korai többlethaszon értékelést veszik figyelembe. A Közös Szövetségi Bizottság a többlethaszonnal kapcsolatos értékeléshez meghatározza az összehasonlítás alapjául szolgáló készítményt (több alternatíva kijelölése esetén a gyártó dönthet az összehasonlítás alapjául szolgáló készítményről (BMG 2013).

Valódi innovációk és olyan készítmények esetén, amelyeknek nem igazolható a többlethaszna, ám nem sorolhatóak be a német rendszerben alkalmazott három referenciaáras gyógyszercsoport egyikébe sem, a készítmények árával kapcsolatban a gyártók és a Kötelező Betegbiztosítók Csúcsszövetsége között a korai értékelés eredményein alapuló központi ártárgyalások kezdődnek. Olyan esetekben, amelyekben nem születik megállapodás a tárgyaló felek között egy központi döntőbizottság dönt a készítmény esetében alkalmazandó árról. (BMG 2014). A központi döntőbizottság 2012-től külső referenciaár rendszert is alkalmaz a készítmények árának meghatározása esetén. A német kosárban jelenleg 15 ország található (Belgium, Dánia, Finnország, Franciaország, Görögország, Nagy-Britannia, Írország, Olaszország, Hollandia, Ausztria, Portugália, Svédország, Szlovákia, Spanyolország és Csehország. (Mahlich, 2014) A többlethaszonnal nem rendelkező és referenciaáras csoportba sem sorolható készítmények esetében az ártárgyalás végeredményeként nem határozható meg magasabb ár, mint annak a terméknek az ára, amellyel a készítményt a korai értékelés során terápiás szempontból összehasonlították.

A többlethaszonnal nem rendelkező, de referenciaáras csoportba besorolható készítmények (mee-too készítmények) a harmadik hónapot követően a három referenciaáras csoport egyikébe kerülnek.

Az orvosok adminisztratív terheinek csökkentése céljából eltörölték a gyógyszerfelíráshoz kötött bonus-malus szabályozást, amely a pluszköltségek részleges megfizetésével büntette azokat az orvosokat, akik bizonyos betegségek esetén a meghatározott napi terápiás költségeket túllépték, illetve bonusszal jutalmazta a különösen kedvező árú alternatív készítmények vagy kisebb adagok felírását. Eltörölték továbbá a magas terápiás költségigényű gyógyszeres kezelések megkezdése előtti második szakvéleményt is.

Németországban a gyógyszertárak magántulajdonban vannak. 2004-től engedélyezett a többszörös tulajdonlás (egy magánszemély tulajdonában legfeljebb 4 gyógyszertár állhat). 2013-ban 20662 gyógyszertár (fiókgyógyszertárakkal együtt) működött az országban, számuk 2009 óta csökken (2009: 21548). A gyógyszertárakban dolgozó gyógyszerészek száma 2013-ban 49 288 fő volt, a dolgozók

---

---

körében a nők aránya 75 százalék. 2013-ban 100 ezer lakosra 26 gyógyszertár jutott, ami elmarad az EU-28 átlagától (31 gyógyszertár). A gyógyszereket 19 százalékos általános forgalmi adó terheli, ami Európában Dánia és Bulgária után a legmagasabb adóteher. (ABDA 2013). 2004 óta engedélyezett az Internetes gyógyszerrendelés.

## Egészségügyi dolgozók

Az orvosok száma Németországban 1990 óta folyamatosan nő, a növekedés azonban csökkenő tendenciájú. 2010-ben 334 ezer orvos volt található az országban. Jellemző tendenciák az orvosi szakmán belül az előregedés, a szakorvosok arányának növekedése és a házi orvosok számának csökkenése, illetve a betöltetlen kórházi állások számának növekedése. Az ország keleti részén jellemzőbb az orvoshiány (az orvosoknak itt több beteget kell ellátniuk kevesebb pénzért).

A német egészségügy gondjait súlyosítja az orvosok külföldre – főként az Egyesült Királyságba, illetve Svájcba, USA-ba, Svédországba, Ausztriába - történő elvándorlása. A hiányzó orvosok utánpótlása leginkább Kelet- és Közép-Európából történik.

Mind a kórházi, mind a házi orvosok körében sok a panasz, és változásokat sürgetnek az egészségügyben. Többek között jobb fizetéseket, jobb munkakörülményeket, a túlórák térítését, és az adminisztrációs tevékenységek csökkentését szorgalmazzák.

Az ápolók száma az utóbbi évtizedekben jelentősen növekedett, különös tekintettel az ápolásbiztosítás 1990-es években történt bevezetésére. 2000-től 2010-ig a szakképzett ápolók száma 804 000-ről 941 000-re nőtt. 2010-ben az ápolók 58,55 százaléka tevékenykedett kórházakban.

### **Helyettesítő orvosok megjelenése**

Egy 2010-es felmérés adatai szerint Németországban mintegy 4000 főfoglalkozású helyettesítő orvos, illetve részdős orvos tevékenykedik. A helyettesítő orvosi foglalkozás előnyeként a legtöbb megkérdezett a ledolgozott munkaórák teljes térítésével elérhető jobb kereseti lehetőséget, a növekvő autonómiát és a rugalmas munkaidőt nevezte meg. Hátránynak tartották a családtól való távolmaradást, a bizonytalan jogi helyzetet, az egységes szabályozás hiányát (pl. arra vonatkozóan, hogy vajon minden egyes orvosi kamaránál be kell-e jelentkeznie a helyettesítő orvosnak tevékenységének vonzáskörzetében), a felelősségbiztosítás kérdéskörében tapasztalható bizonytalanságot, illetve hátrányosnak ítélték még meg az orvosi társadalmon belüli elismertség hiányát.

## Minőségügy

A kötelező betegbiztosítási rendszerében minden szolgáltatóra nézve kötelező a minőségbiztosítás, melynek alapvető követelményeit az V. Társadalombiztosítási Törvénykönyv szabályozza. Az ambuláns és a fekvőbeteg ellátás területén tevékenységet folytató szolgáltatókra vonatkozó minőségbiztosítási irányelveket központi szervként a Közös Szövetségi Bizottság határozza meg.

A német szolgáltatók körében számos minőségbiztosítási szabvány (ISO 9001, EFQM, KTQ, QEP stb.) terjedt el, ami kedvezőtlen az átláthatóság és az összehasonlíthatóság szempontjából, ezért a Német Szabványügyi Intézet 2012 végén közzé tette az ISO 9001-es norma továbbfejlesztéseként értelmezhető DIN EN 15224:2012-es szabványt. Az új standard már egy egységes, európai szintű ágazatspecifikus szabvány egészségügyi szolgáltatók részére, amely a kórházak, ápolási és

---

---

rehabilitációs intézetek, orvosi praxisok és nem orvosi szolgáltatást nyújtók körében egyaránt alkalmazható.

A kórházak nyújtotta minőség külső mérésére 2001 óta van egységes német gyakorlat. A Szövetségi Egészségügyi Bizottság megbízásából 2009-től az Alkalmazott Minőségfejlesztési és Kutatási Intézet az Egészségügyben (AQUA-Intézet) végzi tudományosan megalapozott módon az ellátás minőségének méréséhez és leírásához szükséges indikátorok és eszközök fejlesztését, a szükséges dokumentációs rendszer kidolgozását, a kórházak által szolgáltatott adatok értékelését és az eredményekkel kapcsolatos tájékoztatást. A kórházak 31 szolgáltatási területen meghatározott 464 minőségi indikátor szerint szolgáltatnak adatokat. A német indikátorképzés során alkalmazott egyéb adatforrások a kórházak rutinadatai (adott kórház által a beteg biztosítójának a kezelés elszámolása céljából automatikusan elküldött adatok), az intézmények által közölt belső szervezeti adatok, valamint validált eszközökkel mért betegtapasztalatok és a betegek által saját állapotukkal kapcsolatos visszajelzések. Az értékelést követően a kórházak benchmark jelentés formájában kapnak tájékoztatást az eredményekről. Kirívó esetekben tartományi szakmai csoportok „strukturált párbeszédet” kezdeményeznek, melynek keretében a szakértők és a kórházak képviselői által közösen meghatározott, az intézmények belső minőségfejlesztését célzó intézkedések kerülnek bevezetésre, majd felülvizsgálatra.

A belső minőségbiztosítás keretében a kórházak 2004 óta készítik a Közös Szövetségi Bizottság tartalmi, terjedelmi és adatformátumra vonatkozó előírásainak eleget téve rendszeres időközönként strukturált minőségbiztosítási jelentést. Ezeket 2011-ig két évente, azóta évente kell a kórházaknak publikálniuk 31 szolgáltatási területen 289 kötelező minőségi indikátor alapján. A jelentések a betegek és a beutaló orvosok esetében a tájékoztatást szolgálják, a betegpénztárak számára értékeléseket tesznek lehetővé.

## E-egészségügy

Németországban az e-egészségügyi rendszer alapjául szolgáló elektronikus egészségügyi kártya bevezetését és üzemeltetését a társadalombiztosítási törvénykönyv 5. fejezete szabályozza. A betegpénztárak által 1995-től kiadott betegbiztosítási kártyák 2013. december 31-én függetlenül a rajtuk szereplő lejárat dátumtól elveszítették érvényességüket és 2014. január 1-től a régi kártyákat felváltotta az új elektronikus egészségügyi kártya.

Az új egészségügyi kártyán a biztosított fényképe, neve és többek között a biztosítási száma, biztosítójával kapcsolatos adatok, hátoldalán az európai egészségbiztosítási kártya található. A kártyát mikroprocesszor teszi alkalmassá a kiépülő telematikai rendszerben az egészségügyi adatok magas biztonsági szintnek megfelelő titkosítására, hitelesítésére és a digitális aláírás használatára. Az adatbiztonság további fokozása érdekében a kártya csak egy 6 számjegyű személyes PIN kód megadását követően alkalmazható.

Az új kártya biztosítottak által kötelezően használandó jövőbeni funkciói között szerepel a biztosított törzsadatok (név, születési dátum, cím, biztosítási státusz stb.) elektronikus adatátvitel, az elektronikus recept és az európai egészségbiztosítási kártya. A kártyát előkészítették a biztosítottak kívánsága szerinti sürgősségi adatok tárolására is, mint például kórtörténet (allergiák, gyógyszerérzékenység), 20 háziorvos vagy más orvos által megállapított diagnózis, gyógyszereléssel kapcsolatos sürgősségi esetekre vonatkozó részletes leírások, különleges megjegyzések (terhesség, implantátumok,



---

vércsoport) és a kezelőorvos kontaktadatai. A kártyán opcionálisan tárolhatóak továbbá személyes nyilatkozatok, mint például önrendelkezéssel, szervadományozással kapcsolatos információk. Az egészségügyi adatokhoz való hozzáférés kétkulcsos technológiára épül, mely során az egyik kulcs a beteg egészségügyi kártyája és annak PIN kódja, a másik az egészségügyi szolgáltató kártyája. Az elektronikus sürgősségi adatok eléréséhez nem szükséges PIN kód megadása.

Az elektronikus esetakta egy 2006-ban kórházak által indított kezdeményezésből jött létre. Az esetaktákat azok az egészségügyi szolgáltatók vezetik, amelyek adott eset kezelésében részt is vesznek. Az akta létrehozása előtt a beteg írásos beleegyezése és részletes tájékoztatása szükséges annak funkciójáról és céljáról. A beteg ezt követően dönthet arról, hogy mely orvosoknak vagy intézményeknek engedélyezi az esetaktához való hozzáférést, és a jogosultságot bármikor visszavonhatja. Tartalmilag az esetakta egy konkrét diagnózisra fókuszál. A beteget kezelő orvosok a rendszer segítségével a kezelés szempontjából orvosilag releváns információkat és dokumentumokat oszthatnak meg egymással a kezelési folyamat végéig. Az esetakta maga nem egy dokumentumgyűjtemény, hanem egy olyan strukturált tartalomjegyzék, amely az adott esettel kapcsolatos összes rendelkezésre álló dokumentumot listázza és egy dokumentumra mutató bejegyzés révén teszi azt elérhetővé a telematikai hálózat segítségével. Az egészségügyi adatok nem központilag kerülnek tárolásra, hanem annál a szolgáltatónál, amelynél éppen keletkeznek. Az esetakta tesztelése országos szinten jelenleg zajlik.

Az esetaktától különböző elektronikus betegaktát vezetheti az orvos (orvos által felhatalmazott személy, gyógyszerész vagy a gyógyszerész által felhatalmazott asszisztens) vagy maga a beteg. A beteg opcionálisan dönthet arról, hogy szeretné-e például kórtörténetét, laboratóriumi leleteit, a sebészeti jelentéseket és röntgenfelvételeket betegaktájában tárolni.

Annak ellenére, hogy Németországban nem lehet átfogó telematikai infrastruktúráról beszélni, az elektronikus egészségügyi akták számos helyi projektben fontos szerepet játszanak. Mivel nincs egységes szövetségi szintű szabályozás, sok párhuzamos és számos egyéni megoldás született az elektronikus aktákkal való kommunikáció és kooperáció megvalósítása érdekében.

Az intézményeken átívelő elektronikus egészségügyi akták széles körben való elterjedésének fontos előfeltétele az interoperabilitás biztosítása. Az interoperabilitás megvalósulásának alapfeltétele viszont bizonyos standardok alkalmazása. Jelenleg van folyamatban az elektronikus esetakta 2.0 verziójának kidolgozása, melynek fejlesztése már IHE standardok figyelembe vételével történik.

## Egészségügyi reformok

Németország egészségügyét folyamatos reformok alakítják. Az egészségügy finanszírozásának problémái miatt 2003-ban átfogó reform vette kezdetét. A 2002-es és 2003-as években a kötelező betegebiztosítás terén jelentkező hiány ugyanis meghaladta a 3 milliárd eurót.

A 2004-ben hatályba lépő reformintézkedések rövidtávon éreztették hatásukat, a német egészségbiztosítás 4 milliárd eurós pozitív mérleggel zárta az évet. A német reformok a pénzügyi egyensúly megteremtése mellett az egészségügy minőségének fejlesztésére is nagy hangsúlyt fektettek. Kidolgozásra kerültek az első betegségmentes programok, kezdetét vette az integrált ellátás fejlesztése. A szolgáltatások spektruma a 2004-es reformok idején szűkült (a látást segítő eszközök és az utazás költsége csak kivételes esetekben kerültek térítésre, a temetési és szülési segély megszűnt, csak a receptköteles készítményeket térítik, a fogpótlás indokolt esetekben fix összeggel támogatott).

---

---

A növekvő költségterhek mérséklése érdekében a rendszer újabb modernizációja 2006-ban indult, amikor két évre befagyasztották a kötelező betegbiztosítás terhére felírt gyógyszerek árait. 2007-2009 között megkezdődött a teljes lakosságra kiterjedő biztosítási védelem bevezetése, tovább erősödött a palliatív ellátás, a rehabilitáció és az otthonápolás. A verseny fokozása érdekében a biztosítottak választási és döntési szabadsága kiszélesedett. A kötelező betegbiztosítás versenyjellegű működtetéséhez minden szereplőnek alapvetően ugyanazon keretfeltételekhez kell igazodnia (kötelező és magán biztosítók). A betegpénztári szervezet hatékonyságának javítása érdekében megkezdődtek a különböző típusú pénztárak fúziói. A betegpénztáraknak azon biztosítottak számára, akik valamilyen speciális ellátási formában (házi orvos központú ellátás, integrált ellátás, disease management program, speciális ambuláns orvosi ellátás, modellprojekt) részt kívánnak venni, szabadon választható tarifákat kell kínálniuk. A pénztárak a tarifacsomagokat prémiumfizetéssel vagy önrészfizetési kedvezménnyel kombinálják. 2009-ben vezették be a betegségstruktúra alapú kockázatkiegyenlítést, ami 80 betegségcsoporton alapul, illetve megtörtént a német betegbiztosítás finanszírozásának egyik legjelentősebb változtatása: minden betegpénztár esetében törvényi úton meghatározott egyenlő mértékű járulékot vezettek be és a munkaadók és munkavállalók által fizetendő járulék már nem közvetlenül a betegpénztárakhoz kerül, hanem a működését ekkor megkezdő Egészségügyi Alaphoz. Új elemként jelent meg a rendszerben a kiegészítő járulék egy újabb formája: amennyiben a pénztárak kiadásai meghaladnák a járulékokból származó bevételeiket havi 8 euró, vagy a járulékköteles jövedelem maximum egy százalékáig terjedő kiegészítő járulékot követelhetnek tagjaiktól. Ilyen esetekben azonban a biztosítottaknak pénztárváltásra nyílik lehetősége. Az egységes járulék bevezetésének köszönhetően a verseny a biztosítók között a szolgáltatások minőségének javítására, extra szolgáltatások nyújtására helyeződik át.

A 2013-as évet a német betegbiztosítás az előző évekhez hasonlóan ismét pozitív mérleggel zárta. A kötelező betegpénztárak 2013-ban 1,2 milliárd euró többletet tudtak realizálni, 195,6 milliárd eurós bevétellel szemben 194,4 milliárd eurós kiadás állt a mérlegükben. Az Egészségügyi Alap 510 millió euró többlettel zárta az évet. Az Alap és a pénztárak pénzügyi tartaléka összesen 30,3 milliárd eurót tett ki, melyből 16,7 milliárd a pénztáraknál és 13,6 milliárd az Egészségügyi Alapnál halmozódott fel. 2013 végén az összes kötelező betegpénztár adósságmentes volt, sőt egyes betegpénztárak magas pénzügyi tartalékaik révén tagjaiknak prémiumot tudtak fizetni. A szociális ápolásbiztosítás a 2013-as évet 630 millió euró többlettel zárta, a tartalékok ekkor 6,2 milliárd eurót tettek ki.

A kórházak jó ideje anyagi nehézségekkel küzdenek. 2012-ben megállapodás született a német kórházak gazdasági helyzetén javító intézkedéscsomagról, amely részleges tarifakiigazítást és a többletszolgáltatások korlátozását tartalmazta.

Az egészségügy szerkezeti átalakítását célzó törvény 2012-ben januárjában lépett életbe. Egyik központi témája az orvoshiány kérdésének rendezése. Elsősorban az alullelátottsággal küzdő régiókban kívánják az orvosokat praxisalapításra, a megüresedett praxisok átvételére sarkalni. A vidéki területeken munkát vállaló orvosoknak az ott jelentkező ellátási gondok leküzdése érdekében a kormány magasabb jövedelmet helyezett kilátásba. A változtatások között szerepel az elsősorban nagyvárosokra, agglomerációs területekre jellemző túlzott egészségügyi ellátás csökkentése. E célból bővíteni kívánják a pénztári orvosok egyesületének lehetőségét a szerződéses orvosi engedélyről való önkéntes lemondás támogatására, illetve a pénztári orvosok egyesületei lehetőséget kapnak a megüresedett orvosi praxisok felvásárlására, azok rendszerből való kivonásának elősegítésére.

Az ápolásra szorulóknak számának növekedése jelentős, ez ápolási reformot elfogadását tette szükségessé. A 2013-tól életbe lépő reform főbb sarokpontjai a következők:



- demens betegek és hozzátartozóik támogatása
- az ápolásra szoruló lakóközösségeinek támogatása
- államilag támogatott magán kiegészítő ápolásbiztosítás bevezetése
- a magán kiegészítő ápolásbiztosítás adótámogatása
- az ápolásbiztosítási járulék 0,1 százalékponttal 2,05 százalékra való emelése (gyermekteleneknél 2,3 százalékra).

Az lakosság idősödése az egészségügyi ellátási struktúra további átalakítását is szükségessé teszi. 2013 decemberében a harmadik nagykoalíció megalakulását követően születettek meg a német egészségügyi rendszer átalakításával kapcsolatos legújabb elképzelések (Koalitionsvertrag, 2013), melyek központi témája a minőség és hozzáférés fokozása. Az ágazat ambuláns és fekvőbeteg részterületeit érintő, jelenleg folyamatban lévő legfontosabb célkitűzések a következők:

A háziorvosi ellátás erősítése érdekében a betegbiztosító társaságokat továbbra is törvény kötelezi a kapuóri szerepet betöltő, magasan kvalifikált háziorvos központú ellátás nyújtására. Az ellátás továbbfejlesztése érdekében 2014 áprilisától hatályát veszítette az SGB refinanszírozási záradéka, amely azt szabályozta, hogy a háziorvosi honorárium alapvetően nem lehet magasabb, mint a pénztári orvosok egyesülete által megállapított honorárium, azaz a háziorvosi szerződés keretében nyújtott többletszolgáltatások csak abban az esetben voltak adekvát módon honorálhatóak, ha egyéb területeken (pl. a betegeknek történő gyógyszerfelírások esetében) megtakarításokat értek el. A háziorvos központú ellátást érintő további célkitűzés, hogy a szerződésekbe minőségbiztosítási és gazdaságossági kritériumokat is belefoglaljanak, illetve ezek nem teljesítése esetén szankciókat helyezzenek kilátásba. A szerződés részét kell, hogy képezzék a háziorvosi betegségmentesítő programok – a krónikus betegek ellátásának javítása érdekében új, hátfájással és depresszióval kapcsolatos disease management programokkal (DMP) kiegészítve –, valamint a szerződő partnerek nagyobb mozgásteret kell, hogy kapjanak az innovatív ellátási modellek fejlesztése terén.

Az ambuláns ellátás zavartalan biztosítása érdekében folyik a „Masterplan Medizinstudium 2020” kidolgozása, ami elsősorban az orvostanhallgatók célzottabb kiválasztására és a gyakorlatorientált orvoscépzésre helyezi a hangsúlyt. A háziorvosi továbbképzés előmozdítása érdekében a célok között szerepel a továbbképzések támogatásának 50 százalékkal történő növelése is.

Várakozási idő csökkentése érdekében a szakorvosi beutalóval rendelkező betegek telefonon a pénztári orvosok egyesületeinek központi előjegyzési irodáikhoz fordulhatnak, amennyiben három héten belül nem történik meg a szakorvosnál történő időpont előjegyzés. Az irodáknak egy héten belül időpontot kell biztosítaniuk a beteg számára, mert normál esetben a várakozási idő nem haladhatja meg a négy hetet. Amennyiben orvosilag indokolt esetekben az előjegyzésre mégsem kerül sor, a központi előjegyzési iroda a beteg számára kórházi ambuláns ellátást kell, hogy felkínáljon, mely esetekben a kezelés a pénztári egyesület költségvetését terheli. A német szakorvosok körében megfigyelhető hosszú várakozási idő hátterében elsősorban a szakorvosok aránytalanul magas magánorvosi és magán elszámolás alá eső szolgáltatásnyújtása húzódik meg.

Az agglomerációs területeken tapasztalható túlkínálat csökkentése érdekében a pénztári orvosok egyesületeit a túlzott ellátási kínálattal rendelkező területeken a megüresedett orvosi praxisok felvásárlására kötelezi a törvény.

A minőség fokozása érdekében 2014-ben megkezdődött az Egészségügyi Minőségbiztosítási és Transzparencia Intézetének (EMTI) létrehozása és ezzel a szektorokon átívelő, rutinadatokon alapuló

---

minőségbiztosítás kialakítása. A Közös Szövetségi Tanács megbízásában működő intézet legfőbb feladatai között említhető a minőség méréséhez és bemutatásához szükséges kockázattal korrigált indikátorok és eszközök – beleértve ebbe a betegelégedettség mérésére alkalmas modulokat is – fejlesztése, a szükséges dokumentáció kidolgozása és egy kórházak online összehasonlítását lehetővé tevő rendszer kidolgozása és működtetése. A működését 2016-ban megkezdő EMTI a kórházak által szolgáltatott rutinadatokat gyűjti össze, értékeli és teszi közzé. A Betegpénztárak Orvosi Szolgálata szűrőpróbaszerű ellenőrzéseket végez a kórházak körében annak megállapítására, hogy a Közös Szövetségi Bizottság külső és belső minőségbiztosítással kapcsolatos előírásait maradéktalanul betartják-e. A kórházaktól az éves szinten kötelezően elkészítendő és publikálandó strukturált minőségbiztosítási jelentések elkészítése során nagyobb precizitást és átláthatóságot követelnek meg annak érdekében, hogy a laikusok számára tovább egyszerűsödjön a legmegfelelőbb szolgáltató kiválasztása.

A jó minőséget szolgáltató kórházakat többletfinanszírozással kívánják jutalmazni. Ennek érdekében folyamatban van a jelenlegi finanszírozási módszerek meghatározott minőségi célokhoz kötött finanszírozási ösztönzőkkel történő kiegészítése (P4P). A többletszolgáltatások esetén történő levonások jelenlegi rendszerét tovább differenciálják, a bizonyítottan magasabb minőségű szolgáltatásokat kivesszik a rendszerből és azok nyújtása esetén a kórházakat extra díjazásban részesítik. Ezzel szemben egyes átlagos minőséget el nem érő szolgáltatásokat nagyobb levonásokkal sújtanak.

A koalíciós tervek értelmében a leginkább ágyszámon alapuló jelenlegi kórházi kapacitástervezés felől elmozdulás szükséges a hozzáférésen alapuló ellátástervezés irányába. Bár nemzetközi összehasonlításban a német kórházak elérhetősége jelenleg is jó (autóval a lakosság 95 százaléka 20 és 30 perc között kórházba kerül), az egyes régiókban megjelenő többletkapacitások problémát jelentenek, és a fekvőbeteg kapacitásokkal gyérebben ellátott vidéki területeken az aktuálisan még elegendőnek bizonyuló kapacitások életben tartása is a kihívások között szerepel. (Sachverständigenrat, 2014)

## Források

- ABDA – Bundesvereinigung: DIE APOTHEKE: ZAHLEN, DATEN, FAKTEN, 2013
- Aerzteblatt: Preisstopp für Arzneimittel wird verlängert; 2014.03.14.  
<http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/57950/Preisstopp-fuer-Arzneimittel-wird-verlaengert>
- AMNOG: Arzneimittelmart-Neuordnungsgesetz  
[http://www.aok-bv.de/politik/gesetze/index\\_05286.html](http://www.aok-bv.de/politik/gesetze/index_05286.html)
- Aqua-Institut: <https://www.aqua-institut.de/>
- Bundesärztekammer: <http://www.bundesaerztekammer.de/>
- Bundesministerium für Gesundheit:  
Glossar zum Versorgungsstrukturgesetz: <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/gkv-versorgungsstrukturgesetz/glossar.html>

- 
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) 2013: Bundestag beschließt das Dritte Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften  
[http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Pressemitteilungen/2013/2013\\_02/130607\\_PM\\_Dritte\\_AMG\\_Novelle\\_BT\\_2\\_3\\_Lesung.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Pressemitteilungen/2013/2013_02/130607_PM_Dritte_AMG_Novelle_BT_2_3_Lesung.pdf)
  - Bundesministerium für Gesundheit (BMG) 2014: Das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG) <http://www.bmg.bund.de/glossarbegriffe/a/das-gesetz-zur-neuordnung-des-arzneimittelmarktes-amnog.html>
  - Busse R., Blümel M.: Germany, Health system review, Health Systems in Transition, 2014, [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0008/255932/HiT-Germany.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/255932/HiT-Germany.pdf?ua=1)
  - Bundesversicherungsamt: <http://www.bundesversicherungsamt.de>
  - Destatis (Statistisches Bundesamt):
    - <https://www.destatis.de/DE/Startseite.html>
  - Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser 2012, Wiesbaden 2013  
[https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser2120611127004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser2120611127004.pdf?__blob=publicationFile)
  - Deutsches Ärzteblatt: <http://www.aerzteblatt.de>
  - Deutsche Ärztezeitung: <http://www.aerztezeitung.de>
  - Deutscher Bundestag:  
[http://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2012/38652589\\_kw16\\_sp\\_pflege/index.html](http://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2012/38652589_kw16_sp_pflege/index.html)
  - Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA): <https://www.g-ba.de/>
  - Herr A.: Rationalisierung und Wettbewerb im Arzneimittelmarkt, Düsseldorf 2012
  - Kassenärztliche Bundesvereinigung: <http://www.kbv.de/>
  - Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein: Gesundheitsminister Hermann Gröhe im Interview "Allgemeinmedizin stärker gewichten", 2014.05.06.  
[https://www.kvno.de/60neues/2014/14\\_05\\_interview\\_groehel/index.html](https://www.kvno.de/60neues/2014/14_05_interview_groehel/index.html)
  - Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 2013: Deutschlands Zukunft gestalten.  
<https://www.cdu.de/sites/default/files/media/dokumente/koalitionsvertrag.pdf>
  - Leopold, Ch.: Aktuelle Heilmittelausgaben und arzneimittelpolitische Trends in Europa. Soziale Sicherheit 9/2013
  - Mahlich J. et al: Vergleichbarkeit internationaler Arzneimittelpreise: Internationale Preisreferenzierung in Deutschland durch das AMNOG, Mai 2014
  - OECD Health Data: <http://stats.oecd.org/index.aspx>
  - Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (PNG): <http://www.bmg.bund.de/pflege/das-pflege-neuausrichtungs-gesetz/informationen-zum-png-und-zur-privaten-pflegevorsorge.html>
  - Sachverständigenrat: Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, 2014
  - WHO HFA: <http://data.euro.who.int/hfad/>
-