

Egészséggazdasági, egészségpolitikai és szociálpolitikai nemzetközi sajtószemle

2016. 24. sz.

Globális egészségügyi konferenciák őszi évadja

- 19. European Health Forum Gastein (Bad Hofgastein, 2016. szeptember 28-30.)
- G7 egészségügyi miniszterek találkozója (Kobe, 2016. szept. 11-12.)
- 8th World Health Summit (Berlin, 2016. október 9-11.)

Kórházi ellátás

- A kórházi ellátások igénybevétele Svájcban
- Ambuláns kórházi betegellátás Svájcban 2014-ben. Előzetes eredmények

Háziorvosi ellátás

- A háziorvosi gyógyászat perspektívái Svájcban

Nyugdíj

- A francia nyugdíjbiztosítás úton egy új politikai modell felé

Szociális biztonság

- A szociális biztonsági rendszerek pénzügyi mérlege Svájcban 2014-ben
- Szociális szolgáltatások európai összehasonlításban

Népegészségügy

- Alkoholfogyasztással összefüggő halálozás a német felnőtt lakosság körében

Praxishírek

- A praxis eladása alkalmával felmerülő teendők

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

19. European Health Forum Gastein

Kulcsszavak: globális egészségügy, Európa

Forrás Internet-helye: <http://www.ehfg.org/home.html>

A **European Health Forum Gastein (EHFG)** az egészségpolitikai szakértők, politikusok, véleményformálók és érdekcsoportok évente megrendezendő találkozója. Létrejöttére többek között az Európai Bizottság, az osztrák Szövetségi Egészségügyi Minisztérium és Salzburg Tartomány támogatásával kerül sor. Civil fenntartója az International Forum Gastein (IFG) egyesület.

A rendezvényre 2016-ban 19-ik alkalommal, szeptember 28-30. között került sor. Az idei téma címe: **„Demográfia és sokféleség Európában – Új megoldások az egészségügyben”** volt.

A háromnapos konferencián több mint 500 szakértő vett részt, akik megvitatták az európai társadalom és egészségügy demográfiai kihívásait. Többek között vitaindító előadást tartott

- Vytenis Andriukaitis az Európai Bizottság egészségügyi és élelmiszerbiztonsági biztosa,
- Jakab Zsuzsanna a WHO Európai Regionális igazgatója és
- Paul Krugman Nobel-díjas közgazdász.

Az előadók között szerepeltek többek között:

- Sabine Oberhauser osztrák szövetségi egészségügyi miniszter
- Clemens Martin Auer, az osztrák Szövetségi Egészségügyi Minisztérium államtitkára
- Christopher Fearne, máltai egészségügyi miniszter
- Tomáš Drucker, szlovák egészségügyi miniszter
- Milojka Kolar Celarc szlovén egészségügyi miniszter
- Josep Figueras, a European Observatory on Health Systems and Policies igazgatója
- Elias Mossialos professzor, London School of Economics and Political Science

Dr. Ónodi-Szűcs Zoltán egészségügyért felelős államtitkár úr a magyar háziiorvosi modellről tartott előadást.

A következő összejövetelre a húszadik évforduló jegyében 2017. október 4-6. között kerül sor.

***G7 egészségügyi miniszterek találkozója
Kobe, 2016. szeptember 11-12.***

Kulcsszavak: globális egészségügy

Forrás Internet-helye: <https://www.kobe-g7.jp/en/about/>

A hét vezető ipari állam (G7) egészségügyi minisztereinek találkozására Yasuhisa Shiozaki japán egészségügyi, munkaügyi és népjóléti miniszter meghívására Kobében került sor.

A G7-ek állam- és kormányfői már 2016. május 26-27-én Ise-Shima-ban tartott csúcstalálkozójukon egyetértettek az egészségügy és a nemzetközi biztonság összefüggésében és a nemzetközi egészségügyi együttműködés jelentőségében.

A találkozó kiemelten foglalkozott a világ lakosságának elöregedésével és az időskorúak ellátásával. Ez a kihívás egyaránt érinti a G7-ek országait, valamint a feltörekvő és a fejlődő országokat. A G7-ek ezért közös fellépésre készülnek az elöregedő lakosság jobb egészségügyi ellátása érdekében.

A találkozón részt vettek: Dr. Margaret Chan az Egészségügyi Világszervezet főigazgatója és Peter Salama a sürgősségi egészségügyi programok vezetője, továbbá az ENSZ Humanitárius Ügyek Koordinációs Hivatala (UN OCHA) és a Világbank képviselői.

8th World Health Summit. Science - Innovation - Policies

Berlin, 2016. október 9-11.

Kulcsszavak: globális egészségügy, antibiotikum rezisztencia

Forrás Internet-helye: <http://www.worldhealthsummit.org/the-summit.html>

A globális egészségügy kérdéseinek szentelt fórumra évente kerül sor. Az idén 80 ország több mint 1.200 képviselője vett részt.

A rendezvény kiemelt témái:

- Migránsok és menekültek egészsége: az ellátástól a politikáig
- Technológiai innováció az egészségügyben
- Nők és egészség
- Transznacionális kutatás: innovatív kezelés
- Fertőző betegségek: tapasztalatok az Ebolától a Zika-vírusig
- A fejlődés fenntartható célkitűzései: az egészségügyi agenda átalakulása

A találkozón külön panelt alkotott az **antibiotikum rezisztencia szakértők első globális találkozója**, amely az előző évi német G7-elnökség programjához kapcsolódik.

Az összejövetel védnökei: a német szövetségi kancellár, a Francia Köztársaság elnöke és az Európai Bizottság elnöke.

Az előadók között szerepeltek többek között:

- Dr. Matshidiso Rebecca Moeti a WHO Afrikai Régió igazgatója
- Prof. Dr. Thomas Zeltner a WHO nemzetközi osztályának vezetője
- Hermann Gröhe német szövetségi egészségügyi miniszter
- Dr. Helge Braun a német szövetségi kancellária államminisztere
- Dr. Alain Berset svájci egészségügyi miniszter
- Dr. Manuel Delgado portugál egészségügyi miniszter
- Dr. Bernard S. Haufiku namíbiai egészségügyi és szociális miniszter
- Dr. Cleopa Mailu kenyai egészségügyi miniszter
- Prof. Dr. Horváth Ildikó, Korányi Pulmonológiai Intézet

Sylvie Füglistner-Dousse – Marcel Widmer:
A kórházi ellátások igénybevétele Svájcban
Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
OBSAN BULLETIN 10 / 2016, 5. Juli 2016 (8 p.)

Kulcsszavak: kórházi ellátás, fekvőbeteg ellátás, Svájc

Forrás Internet-helye:

http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2016/obsan_bulletin_2016-10_d.pdf

2014-ben a kórházakban ellátott esetek 88%-a az aktív ellátásra, 7%-a a rehabilitációra és geriátriára, 5%-a a pszichiátriára jutott. A kórházi napok megoszlása: 57% aktív ellátás, 22% rehabilitáció és geriátria, 21% pszichiátria.

A legerőteljesebb növekedés a rehabilitáció/geriátria területén prognosztizálható

A kórházi ellátástípusok alakulását az állandó lakosság alakulásával összehasonlítva azt tapasztalhatjuk, hogy a növekedés 2014-től 2045-ig előreláthatóan a rehabilitáció/geriátria területén lesz a legerőteljesebb (+85%) és ennek növekedési görbéje a 65 év fölötti lakosságához hasonló lesz (+84%). A legalacsonyabb növekedés a pszichiátria területén várható (+21%), ahol a növekedés valamivel alacsonyabb lesz, mint az állandó lakosságé (+24%). Ezzel szemben a növekedés összességében 2002 és 2045 között a pszichiátria területén magasabb lesz (+63%), mint a lakosság növekedése (+39%). Az aktív ellátás növekedése 2014 és 2045 között 43%-ra, 2002 és 2045 között 73%-a tehető.

Fókusz az aktív ellátáson

Miközben az esetszám folyamatosan és a 65 év fölötti lakosságéval hasonló mértékben növekedik, 2011 és 2012 kivételt képezett, mivel akkor a rehospitalizációkat – bizonyos feltételek mellett – egyetlen esetként regisztrálták, ami az esetszám mesterséges csökkenéséhez vezetett. A

betegszám, amelyet ez a definíció nem érint, továbbra is növekedik: 2002 és 2014 között 23,7%-kal növekedett, csaknem annyit, mint az állandó lakosságé (+12,6%), de kevésbé jelentős mértékben, mint a 65 év fölött állandó lakosságé (+28,3%). A kantonon kívüli esetek aránya az időszak kezdetén ingadozott, majd 2010 után konstans növekedésnek indult, 2012. óta pedig kifejezett növekedés figyelhető meg. Ezzel kapcsolatban figyelembeveendő, hogy a betegbiztosításról szóló törvény (*Krankenversicherungsgesetz – KVG*) revíziója és ezzel összefüggésben a kórházfinanszírozás 2012. január 1-i kezdettel való átalakítása bevezette a szabad kórházválasztást. A kantonon kívüli esetek száma 2002 és 2014 között 35,8%-kal növekedett. A növekedés csak 2011 és 2014 között 14,5%-os volt, dacára az esetek új definíciójának. A kórházban töltött napok száma 2002 és 2013 között 9,0%-kal csökkent, 2013-ban és 2014-ben 0,7%-kal növekedett. A demográfiai fejlődés figyelembevételével abból indulhatunk ki, hogy a kórházban töltött napok száma 2030-ig a demográfiai fejlődés és az átlagos kórházban tartózkodási idő legoptimistább scenárium mellett is növekedni fog.

A kórházi esetek száma 2002. óta növekedik. A prognózisok szerint a demográfiai fejlődés általában a kórházi ellátások és speciálisan a rehabilitációs/geriátriai ellátások iránti kereslet markáns növekedéséhez fog vezetni. Azon feltételezés ellenére, miszerint nem létezne túl- vagy alulellátás, amely az ellátásbeli status quo-n alapul, abból indulhatunk ki, hogy a prognosztizált időszakban a kórházak kihasználtsága igen jó lesz. Az esetek és a kórházi napok száma a túlnyomórészt az életkorral összefüggő területeken, konkrétan a nefrológia, a neurológia és az érgyógyászat területén növekedhet igen erőteljesen.

Ambuláns kórházi betegellátás Svájcban 2014-ben. Előzetes eredmények

Bundesamt für Statistik
BFS Aktuell, 14 Gesundheit
Neuchâtel, 30. September 2016 (4 p.)

Kulcsszavak: ambuláns kórházi ellátás, Svájc

Forrás Internet-helye: [file:///C:/Users/B%C3%A9la/Downloads/532-1611-05%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/B%C3%A9la/Downloads/532-1611-05%20(1).pdf)

A 298 svájci kórház 94%-ában a betegeket ambulánsan is ellátják. Éjszaka nem foglalnak el kórházi ágyat, a nap folyamán pedig ápolási szolgáltatásokban, vizsgálatokban és terápiás eljárásokban részesülnek. E kórházi tevékenységek statisztikai felmérésre első alkalommal 2014-ben került sor. A kórházak jelenleg 5 milliárd CHF összegben nyújtanak ambuláns szolgáltatásokat.

Az ambuláns szolgáltatások számlázása

Nem és életkor szerint

2014-ben a kórházak több mint 9 millió számlát állítottak ki ambuláns szolgáltatásokra. Ezek 97,6%-a svájci lakóhellyel rendelkező személyeket érintett. Nemek szerint: a számlák 54%-át nők, 46%-át férfiak részére állították ki. A férfiak aránya csak a 0 és 9 év, vm. a 10 és 19 év közöttieknél magasabb, mint a nőké. A nemek szerinti különbség a 30 és 39 év közöttiek körében a legmagasabb. Ebben a korcsoportban a nők részére kiállított számlák aránya a nőgyógyászati és pszichiátriai vizsgálatok miatt magasabb. A számlák száma stabil és a 20-ik életévig viszonylag alacsony, a továbbiakban növekedik és az 50 és 59 év közöttieknél eléri a legmagasabb értéket (az összes számla 15,6%-a), majd a 80-ik életévig fokozatosan, 80 fölött pedig meredeken csökken.

A kezelés időtartama, költségviselő szerint

A számlák 64,8%-át egynapos, 9,8%-át 2 és 10 nap között, 25,4%-át 10 napnál hosszabb ideig végzett kezelésekre állították ki. Az általános ápolást nyújtó kórházak, valamint a pediátriai, nőgyógyászati és sebészeti speciális kórházak számláit többnyire egyetlen nap során nyújtott szolgáltatásokra állították ki (a számlák 65,2%-a). A pszichiátriai és a rehabilitációs klinikákon, ahol az ambuláns szolgáltatások közepes időtartamú kezelések keretében ismétlődnek, a számlázási periódus a pszichiátriai klinikáknál átlagosan 30 nappal, a rehabilitációs klinikáknál 33 nappal hosszabb. A számlák kiállítására különböző előírások alapján kerül sor. Ezek többsége (85%) számára a jogszabály által előírt költségviselő a kötelező betegbiztosítás. A számlák 8%-a a balesetbiztosításról szóló törvény rendelkezésein alapul, a többi egyéb teherviselők között oszlik meg. A balesetbiztosítás által viselt számlák aránya a rehabilitációs klinikáknál a legmagasabb (a szektorban a számlák 12,7%-a). A

költségeket a pszichiátriai klinikákon majdnem minden esetben a betegbiztosítás fedezi (95,7%). A rokkantbiztosítás alárendelt szerepet játszik, a gyermekkórházak kivételével, ahol a számlák 15,8%-át ez a költségviselő fedezi.

Kórháztípus, költséghelyek, tarifastruktúrák szerint

2014-ben a kórházak 9,04 millió számlát állítottak ki, 5,48 milliárd CHF összegben. Ez számlánként átlagosan 606 CHF-nek felel meg. A számlák fele kevesebb mint 254 CHF-et tett ki, magas arányuk ellenére ez mégis az elszámolt összegek egytizedének felel meg. Ezzel ellentétben a számlák 5%-a több mint 2.013 CHF-et tett ki. Ez az ambuláns szolgáltatásokra elszámolt teljes összeg 43%-ának felel meg. A kiszámlázott 5,48 milliárd CHF 24,7%-át egyetemi kórházak, 60,9%-át (centrum vagy alapellátási feladatokat ellátó) általános ápolást nyújtó kórházak számolták el. A fennmaradó összeg a speciális klinikák között oszlik meg, amelynek 5,1-át a pszichiátriai klinikák állították ki. Az ambuláns szolgáltatásokra felszámított összegek megoszlása a kórházak különböző költséghelyei, azaz a szolgáltatásokat nyújtó osztályai között: a szolgáltatások 28,6%-a a belgyógyászatra, 12,3%-a a sebészetre és orvosi radiológiára jutott. Az elszámolt teljes összeg 6,4%-a a pszichiátriára, a sürgősségi centrumokra mindössze 1,5% jutott. Az ambuláns sürgősségi szolgáltatások számláinak többségét (77,9%) a betegbiztosítás fizette ki. Második helyen a balesetbiztosítás áll (11%).

Az ambuláns szolgáltatások elszámolására különböző tarifastruktúrák alapján került sor. Ezek közül leggyakoribb a TARMED [*fr. tarif médical* = orvosi tarifa, az ambuláns orvosi szolgáltatások tarifája] (a kiszámlázott összegek 59,8%-a), amelyet a gyógyszerkatalógus (13,3%), az egyéb szolgáltatások kórházi tarifája (7,7%) és a [labor]analízisek államszövetségi listája (5,5%) követ. A TARMED tarifastruktúra alapján 3,27 milliárd CHF összegben állítottak ki számlákat. Ebből az összegből 893,1 millió CHF (27,3%) alapszolgáltatásokra, 23,6% képalkotó eljárásokra (ultrahang, mammográfia), 6,4% pszichiátriai és pszichoterápiás kezelésekre, 1,7% mozgásszerveken végrehajtott beavatkozásokra, 1,2% pediátriára jutott.

Gyakori ambuláns beavatkozások

2014-ben összesen 32.090 szürkehályog műtétre került sor. Összehasonlításként: 2.100 betegnél erre a beavatkozásra fekvőbeteg ellátás keretében került sor.

2014-ben a carpal tunnel szindrómát 8.743 betegnél ambulánsan operálták. A carpal tunnel szindróma kezelése csak ritkán igényel hospitalizációt (2014-ben 837 esetet regisztráltak).

Perkután transzluminális koronária angioplasztikát (PTCA) 3.243 alkalommal végeztek ambuláns műtét keretében. Ezenkívül 2.868 alkalommal végeztek perkután transzluminális angioplasztikát (PTA) a beteg hospitalizációja nélkül.

Nicolas Senn et al.: A háziiorvosi gyógyászat perspektívái Svájcban

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

OBSAN BULLETIN 11/ 2016, 5. Juli 2016 (4 p.)

OBSAN DOSSIER 55, Neuchâtel, 5. Juli 2016, (171 p.)

Kulcsszavak: háziiorvosi gyógyászat, Svájc

Forrás Internet-helye: <http://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/die-hausarztmedizin-der-schweiz-perspektiven> ;
<http://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/la-medecine-de-famille-en-suisse>

Az elemzés a SPAM (Swiss Primary Care Active Monitoring) program indikátorain alapul.

A svájci egészségügyi rendszer a *Commonwealth-Fund* jelentése (*Commonwealth Health Systems Performance Report*) szerint a teljesítőképesség tekintetében második helyen áll. Ugyanakkor a legköltségesebb rendszerek közé tartozik (a GDP 11,1%-a, OECD átlaga 2013-ban 8,9%). A *Commonwealth Fund* 2013-ban készített felmérése szerint a svájci lakosság több mint 90%-a elégedett vagy nagyon elégedett volt a háziiorvosi rendszer szolgáltatásaival és az ahhoz való hozzáféréssel.

A Nemzeti Egészségügyi Jelentés (*Nationaler Gesundheitsbericht*) már 2008-ban rámutatott egy ellentmondásra. Az egészségügyi rendszer kiváló minősítésekben részesül, egyes adatok azonban, pl. az ambuláns ellátásra vonatkozóan nem állnak rendelkezésre. Nemzetközi szinten több jelentés, többek között az OECD jelentése kiemeli a svájci egészségügy minőségét.

A SPAM (Swiss Primary Care Active Monitoring) monitoring-program

E tényekből kiindulva a Lausanne-i Egyetemi Poliklinika kidolgozta a háziiorvosi rendszer monitorizálásának programját: a SPAM-programot. Ez három vonatkozásra irányul: 1. az értékelendő területek, 2. a kiválasztandó perspektíva, 3. az alkalmazandó módszer.

Eredmények

A svájci háziiorvosi rendszer alapvetően egy orvosközpontú modellen alapul, amelynek keretében a betegek számára nyújtandó (klinikai, szociális, adminisztratív) szolgáltatásokat, részben praxisasszisztensek közreműködésével, maguk a háziorvosok szervezik és biztosítják. A klinikai szolgáltatások volumene is rendkívül széleskörű.

A kezelés kontinuitása (direkt orvos-beteg-kapcsolat, betegorientáltság) igen jó, ami nem utolsósorban annak tulajdonítható, hogy az egészségügyi rendszer nemzetközi összehasonlításban viszonylag hosszabb konzultációkat tesz lehetővé.

A háziiorvosi rendszerrel összefüggő költségek az összes egészségügyi költség 8%-át és az ambuláns ellátás költségeinek egynegyedét teszik ki.

Az erőteljesen orvosközpontú rendszer nyomást gyakorol a háziiorvosi rendszer személyügyi viszonyaira, hiszen már most rendkívüli erőfeszítésekre van szükség a munkaerő megújítása érdekében. Az adathiány, elsősorban a beteg által igénybe vett szolgáltatások célszerűsége tekintetében igen jelentős, amely minden bizonnyal akadályt jelent az új háziiorvosi modellek kialakítása vonatkozásában.

Florian Steinmüller:
A francia nyugdíjbiztosítás úton egy új politikai modell felé
Friedrich-Ebert-Stiftung
Internationale Politikanalyse, September 2016 (15 p.)

Kulcsszavak: nyugdíjbiztosítás, Franciaország

Forrás Internet-helye: <http://library.fes.de/pdf-files/id/12831.pdf>

Franciaországban a 2010-es években Sarkozy, majd 2014-ben Hollande elnöksége idején két nyugdíjreform bevezetésére került sor. Ezek során emelkedett a nyugdíjkorhatár és definiálták a járulékkulcs maximális és a nyugdíj szolgáltatás minimális szintjét. Ezenkívül változtatásokra került sor, amelyek jelentősen jobb szolgáltatásokat biztosítanak az alacsony keresettel rendelkező, a részmunkaidőben foglalkoztatott, valamint a nehéz fizikai munkát végző munkavállalók számára.

3. A francia nyugdíjpolitika az 1990-es években és a 2000-es évek elején

A francia reformtevékenység elsősorban a fennálló nyugdíjrendszer egyes elemeinek kiigazítására összpontosított. Ez a hozzáállás szorosan összefüggött az állam és a szakszervezetek közötti viszonyal, a szakszervezetek erőteljes mozgósító képességével, ill. az állam törekvésével a szakszervezeteknek a törvényhozási folyamatba történő alkalmi bevonására. Miközben az 1995-ben tervezett nyugdíjreform a francia szakszervezetek tiltakozásai miatt megbukott, 1993-ban és 2003-ban sikerült megnyerni őket a reformintézkedésekhez. A legfontosabb intézkedés a 62 éves korban való nyugdíjazáshoz nyugdíjcsökkentés nélkül szükséges biztosítási idő meghosszabbítása volt. Ezt a biztosítási időt az 1993-ban bevezetett reform során előbb 37,5 évről (150 trimeszter) 40 évre (160 trimeszter), majd 2003-ban 41 évre (164 trimeszter) emelték. Szakszervezeti oldalon a szocialista CFDT (*Confédération française démocratique du travail*) legkésőbb az 1990-es évek óta egyre fokozottabban a reform irányában nyitott modernizációs pályára lépett és mint a nyugdíjrendszer konszolidációját biztosító legigazságosabb intézkedést, támogatta a biztosítási idők meghosszabbítását. A szakszervezet így egyrészt a felosztó-kirovó rendszer támogatásának és egyben a tőkefedezeti rendszerre való áttérés megelőzésének célját követte. Másrészt a CFDT így növelhette a francia nyugdíjpolitikára gyakorolt befolyását, mivel a konszolidációs intézkedések támogatása fejében saját követeléseit is keresztülvihette. Ezek közé tartozott 1993-ban az időskori támogatási alap (*FSV – Fonds de solidarité vieillesse*) bevezetése, valamint 2003-ban egy új előrehozott nyugdíjazási intézkedés, amely lehetővé tette, hogy a hosszú biztosítási idővel rendelkezők a nyugdíjkorhatár elérése előtt csökkentés nélküli nyugdíjban részesülhessenek. Ez azokra a munkavállalókra vonatkozott, akik már 14 és 17 éves koruk között munkába léptek, 42 év biztosítási időt szereztek és 56 és 59 év közötti életkorban nyugdíjba mentek. A 2003-ban bevezetett francia nyugdíjreform ellentmondásos eredményekkel járt: A biztosítási idő meghosszabbításával követett célkitűzést, a reális nyugdíjazás időpontjában való életkor emelését és a nyugdíjbiztosítás pénzügyi konszolidációját nem sikerült elérni. A reformintézkedést néhány éven belül korrigálni kellett. A CFDT pedig az állami nyugdíjreformok támogatása miatt 2003 és 2006 között tagságának tíz százalékát elveszítette.

4. 1. A 2010-ben és 2014-ben bevezetett nyugdíjreformok

Az állam és a szakszervezetek között az 1995-ös nyugdíjreform miatti összecsapások direkt következményeként a Jospin-kormány 2000-ben létrehozott egy nyugdíjpolitikai irányító testületet (*Conseil d'orientation des retraites – COR*), amelynek célja a nyugdíjbiztosítás alakítása és a politikai szereplők közötti konszenzus megteremtése. A grémiumban részt vesznek a szakszervezetek, a munkaadói szövetségek, parlamenti képviselők, a minisztériumok és az államigazgatás képviselői, valamint kutatók és további szakértők. A 2000-es években a testület nagy tekintélyt vívott ki a különböző politikai színezetű szereplők körében. Elemzései elsősorban a 2010-ben bevezetett nyugdíjreform keretében játszottak jelentős szerepet. Ez egyebek között tartalmazta a rendes nyugdíjkorhatár 60-ról 62 évre, valamint a biztosítási időtől független nyugdíjkorhatár 65-ről 67 évre emelését.

A testület 2010-ben kibocsátott jelentése szerint a nemzetközi pénzügyi és gazdasági válság eredményeként a francia nyugdíjbiztosítási rendszer számára csak 2010-ben 32 milliárd EUR plusz finanszírozási szükséglet keletkezett. Miközben a jelentés nem tartalmazott ajánlásokat, két hónap sem telt el és a testület újabb dokumentumot bocsátott ki, amelyben szimulálta a nyugdíjkorhatár emelésének és a szükséges biztosítási idő meghosszabbításának kihatásait.

A nyugdíjkorhatár emelését követően a 2014-ben bevezetett reform létrehozott egy újabb nyugdíjpolitikai grémiumot (*Comité de suivi des retraites – CSR*), amelyben a szakszervezetek és a munkaadói szövetségek már nem vesznek részt.

Az új bizottság az irányító testület adatai alapján minden év július közepén közzéteszi a nyugdíjrendszer alakulásának értékelését és ajánlásokat tehet a reformintézkedésekre vonatkozóan. Ezenkívül 2014 júniusában kormányrendelet konkretizálta, hogy a szolgáltatások szintjére és a járulékkulcsokra vonatkozó ajánlások mely keretek között mozoghatnak. A bizottság ajánlásai nem vezethetnek oda, hogy a nettó nyugdíjak szintje 66,6% alá csökkenjen és a nyugdíjbiztosítás járulékkulcsa meghaladja a 28%-ot.

Franciaországban a nyugdíjkeret az alapbiztosítás és a kiegészítő biztosítás összegére vonatkozik. A járulékkulcs jelenleg 27,4%, amelyből 17,65% az alapbiztosításra, 9,75% pedig a kiegészítő biztosításra jut. Jóllehet a bizottság 2014. óta nem tett új javaslatokat a keretösszegek betartására vonatkozóan, a 2016 júliusában előterjesztett jelentésből kitűnik, hogy a járulékkulcs 2019-től eléri a 27,6%-ot, így megközelíti a 28%-os felső határt. Így nem kizárt, hogy a 2017-ben esedékes elnökválasztásokat követően további nyugdíjreformokra kerül sor.

A svájci szociális biztonsági rendszerek pénzügyi mérlege 2014-ben –

Gesamtrechnung der Sozialen Sicherheit 2014

Bundesamt für Statistik

BFS Aktuell

13 Soziale Sicherheit

Neuchâtel, Juli 2016 (4 p.)

Kulcsszavak: szociális biztonság, szociális rendszer, társadalombiztosítás, pénzügyi statisztika, Svájc, Európa

Forrás Internet-helye:

http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/13/00/new/nip_detail.html?gnpID=2016-469

[A fogalmak tisztázása érdekében: egy másik, ezzel rokon statisztika a társadalombiztosítás ágazatainak összesített mérlege (Gesamtrechnung der Sozialversicherungen – GRSV), amely a Bundesamt für Sozialversicherungen gondozásában jelenik meg. Ennek metodikája azonban nemzetközi összehasonlításokra alkalmatlan.]

A szociális biztonság funkcionális ágazatai: A szociális biztonsági rendszerek összesített mérlege nyolc funkcionális ágazatra tagolja a szociális szolgáltatásokat: betegség/egészségügyi ellátás, rokkantság, időskor, hátramaradt hozzátartozók, család/gyermek, munkanélküliség, lakás és szociális kirekesztés.]

A szociális szolgáltatások 2014-ben a GDP 24,5%-át tették ki

A szociális biztonsági rendszerek szociális szolgáltatásaira fordított kiadások 2014-ben 157 milliárd CHF-et tettek ki. Ez a GDP 24,5%-ának felel meg. A szociális szolgáltatásokra fordított tényleges kiadások 1990. óta folyamatosan növekedtek, évente átlagosan 3,3%-kal.

Az európai országokkal összehasonlításban a GDP-hez viszonyított szociális szolgáltatások viszonylag alacsonyak, az egy lakosra jutó szolgáltatások viszont az európai átlagnál magasabbak.

A szociális biztonsági rendszerek összkiadásai 2014-ben 174 milliárd CHF-et tettek ki. Ennek 90%-át, 157 milliárd CHF-et, szociális szolgáltatásokra fordították. A fennmaradó 10% igazgatási költségekre (10 milliárd CHF) és egyéb kiadásokra (6 milliárd CHF) ment el.

Az összbevételek első alkalommal lépték át a 200 milliárd CHF küszöböt és 204 milliárd CHF-et tettek ki. A bevételek az előző évhez viszonyítva 2,6%-kal növekedtek és így nagyjából tartják a sokéves 2,5%-os növekedést. 1990. óta a bevételek 91 milliárd CHF-fel növekedtek.

A kiadások növekedése részben a lakosság növekedésének tulajdonítható. Az egy lakosra jutó szociális kiadások 1990 és 2014 között évente 2,4%-kal, 19.100 CHF-re növekedtek.

A szociális biztonság finanszírozása

A bevételek kétharmadát a munkaadók (62,5 milliárd CHF) és a szociális védelemben részesülő személyek hozzájárulásai (71,3 milliárd CHF) tették ki. Jóllehet a szociális hozzájárulások aránya 1990. óta alig változott, a terhek enyhe eltolódása következett be a munkaadóktól a szociális védelemben részesülő személyek felé. Ennek oka a betegbiztosítás nettó díjainak folyamatos növekedése volt.

A bevételek fennmaradó része állami hozzájárulásokból (49,1 milliárd CHF, 24,1%), vagyoni elemek bevételeiből (19,9 milliárd CHF, 9,8%) és egyéb bevételi forrásokból (1,1 milliárd CHF, 0,6%) származik.

Európai eredmények (2013)

A szociális biztonsági rendszerek pénzügyi mérlegének metodikája lehetővé teszi az EU-tagállamokkal, Törökországgal, Szerbiával, Norvégiával és Izlanddal való összehasonlítást.

A GDP-hez viszonyítva

A szociális szolgáltatások az EU-ban átlagosan a GDP 28,0%-át tették ki, 3,7 százalékponttal többet mint Svájcban (24,3%). Ebben a tekintetben Svájc a 31 ország közül a 15-ik helyen állt. A szélső értékek: 13,8% (Törökország) és 31,7% (Dánia és Franciaország). Svájc hosszú évek óta nem éri el az európai átlagot.

Szociális kiadások funkcionális ágazatok szerint

A kiadások funkcionális megoszlása az EU-ban és Svájcban hasonló. A legfontosabb funkcionális ágazatok: az időskor (39,8%) és a betegség/egészségügyi ellátás (29,2%). Az EU-ban valamivel többet fordítottak a család/gyermek (8,4%) és a munkanélküliség funkcionális ágazatára (5,6%). Ezzel szemben a rokkantság funkcionális ágazatára Svájcban költöttek többet.

A szociális biztonság finanszírozásának forrásai

Egyrészt feltűnő, hogy az állami hozzájárulások az EU-ban jóval magasabbak, mint Svájcban (2013: 40,7%, szemben 24,0%-kal). Másrészt az EU-ban a szociális védelemben részesülő személyek jóval alacsonyabb mértékben járulnak hozzá a szociális biztonság finanszírozásához (20,3%), mint Svájcban (2013: 34,5%). A vagyoni elemek bevételei és egyéb bevételek Európában jóval alacsonyabbak (3,9%), mint Svájcban (9,8%), miközben a munkaadói hozzájárulások tekintetében a különbség valamivel mérsékeltebb (EU 35,0%, Svájc 31,7%).

[Lásd még: *A svájci szociális biztonsági rendszerek pénzügyi mérlege – Gesamtrechnung der Sozialen Sicherheit (GRSS)*, 2014. 38. sz.; 2015. 16. sz.; 2016. 9. sz.]

Basil Gysin: Szociális szolgáltatások európai összehasonlításban

Soziale Sicherheit CHSS 6/2015, 347-252. p.

Kulcsszavak: szociálpolitika, szociális szolgáltatások, adózás, Svájc, Európa

Forrás Internet-helye:

<http://www.bsv.admin.ch/dokumentation/publikationen/00096/03361/03385/index.html?lang=de>

2012-ben Svájcban 150 milliárd CHF összegben került sor szociális szolgáltatások kifizetésére. Ebből az érintett háztartásoknak 20 milliárd CHF-et kellett visszafizetniük adók és társadalombiztosítási járulékok formájában. A Szövetségi Társadalombiztosítási Hivatal 2015. óta méri e kötelező befizetések szociális szolgáltatásokra gyakorolt befolyását. A szociálpolitika és a nemzetközi összehasonlíthatóság szempontjából ebben a tekintetben az adókedvezmények is fontos szerepet játszanak. A kérdésre a nettó szociális szolgáltatások fogalma nyújthat megoldást.

A szociális biztonsági rendszerek összesített mérlege (*Gesamtrechnung der Sozialen Sicherheit – GRSS*) az állami intézmények, munkaadók és privát személyek által viselt szociális szolgáltatásokat méri. A statisztika az Eurostat által kidolgozott metodikát követi, amely alkalmassá teszi azt az európai országokkal való összehasonlításra. A szociális szolgáltatások összvolumene Svájcban 2012-ben 147 milliárd CHF volt.

A nettó szociális szolgáltatások szűkebb értelemben a direkt jövedelemadóból és a társadalombiztosítási járulékokból álló direkt befizetésekre terjednek ki. Szélesebb értelemben vett kiszámításukhoz még az adókedvezmények is figyelembeveendők.

Az egyes befizetések kiszámításához az Eurostat a következő eljárást alkalmazza: Minden egyes szociális szolgáltatáshoz egy átlagos adótételt és egy társadalombiztosítási járuléktételt számít. A kivetendő adók tekintetében az *Average Itemised Tax Rate (AITR)*, a társadalombiztosítási járulékok tekintetében az *Average Itemised Social Contribution Rate (AISCR)* fogalmat alkalmazza. E kettő összeadásából derül ki, hogy minden egyes szociális transzferre átlagosan hány százalékos kötelező befizetés marad el. Nemzetközi összehasonlításban nem az egyes transzferekre jutó levonás, hanem az összes transzferre jutó átlagos kötelező befizetés

érdekes. Svájcban 2012-ben a bruttó szociális szolgáltatások összege 147 milliárd CHF volt. Ebből a háztartásoknak 8,2%-ot (12 milliárd CHF-et) adókra, 5,7%-ot (8 milliárd CHF-et) társadalombiztosítási és betegbiztosítási járulékokra kellett befizetniük. Így a nettó szociális szolgáltatások 127 milliárd CHF-et, a bruttó szociális szolgáltatások 86%-át tették ki. 14%-os levonás európai összehasonlításban aránytalanul magas. A levonások csak Hollandiában és Dániában magasabbak. A skála másik végén Írország, Szlovákia, a Cseh Köztársaság és Bulgária található. Ezekben az országokban a szociális szolgáltatásokban részesülők ténylegesen megkapják a transzfer több mint 99%-át. Érdekes egyrészt az Észak- és Közép-Európa, másrészt a Dél- és Kelet-Európa közötti szakadék, ahol láthatóan kevesebb levonásra kerül sor.

Azokban az országokban, ahol a levonások magasabbak, a nettó és bruttó szociális szolgáltatások közötti különbség is magasabb. Így Svájcban a 14%-os levonások hozzájárulnak ahhoz, hogy a GDP-hez viszonyított szociális szolgáltatások bruttó 25%-ról nettó 22%-ra csökkenjenek. A bruttó szociális szolgáltatások tekintetében a szélső értékek közötti különbség jó 19 százalékpont (Dánia 33,1%, Lettország 13,8%). A nettó szociális szolgáltatások tekintetében e különbség két százalékponttal, jó 17 százalékpontra csökken (Írország 30,8%, Lettország 13,3%). Az európai országok között a szociális szolgáltatások tekintetében jelentkező jelentős különbség a kötelező befizetések figyelembevételével valamelyest csökken, mivel elsősorban a magas szolgáltatásokat nyújtó országok magasabb levonásokat is alkalmaznak. Ezenkívül az egyes országok relatív pozíciója is megváltozik: A GDP-hez viszonyítva például Dánia fizeti a legmagasabb bruttó szociális szolgáltatásokat. A viszonylag magas kötelező befizetések miatt azonban Dánia – a nettó szociális szolgáltatásokhoz viszonyítva – Írország, Franciaország és Görögország után a negyedik helyre szorul vissza. Ugyanez az effektus figyelhető meg Svájc esetén, amely a 17-ről a 19-ik helyre esik vissza.

A szerző:

Basil Gysin, lic. oec. publ.,
wissenschaftlicher Mitarbeiter
Sektion Sozialanalysen,
Bundesamt für Statistik, Neuenburg
E-Mail: basil.gysin@bfs.admin.ch

**Alexander Rommel et al.: Alkoholfogyasztással összefüggő halálozás
a német felnőtt lakosság körében**

Robert-Koch Institut

Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Journal of Health Monitoring 2016 1 (1), 37-41. p.

Kulcsszavak: népegészségügy, szenvedélybetegségek, alkohol, halálozás, Németország

Forrás Internet-helye:

http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/JoHM_2016_01_alkohol.pdf?__blob=publicationFile

Eredmények

2014-ben Németországban összesen 14.095 személy elhalálozása alkalmával állapították meg, hogy a halál oka az alkoholfogyasztással összefüggő valamely betegség volt. Ez azt jelenti, hogy 100.000 tizenhét év fölötti lakos közül 20,8 személy egy az alkoholfogyasztással direkt módon összefüggő betegségbe halt bele. E halálesetek háromnegyede férfiakat érintett. Ezenkívül az alkoholfogyasztással összefüggő halálozás az életkorral is erőteljesen összefügg. Összességében, akár csak az egyedi diagnózisok vonatkozásában, jelentősebb növekedés csak a 35 és 44 év közöttiek korcsoportjánál jelentkezik. Ezt követően az alkoholfogyasztással összefüggő halálozás erőteljesen növekedik és az 55 és 64 év közöttiek korcsoportjánál tetőzik. Ebben a korcsoportban az alkoholfogyasztással összefüggésben a 100.000 lakosra jutó halálozások száma a nők körében 20,2, a férfiak körében 65,4.

Az idővonalon az alkoholfogyasztással összefüggő halálozások számának csökkenése figyelhető meg. Az egyes korcsoportokra kivetítve (0 éves kortól) a férfiak körében az életkor szerint standardizált halálozás rátája 100.000 lakosra 1998-ban 29,1 volt, amely 2014-ben 20,1-re csökkent. A 100.000 lakosra jutó halálozási ráta a nők körében mérsékeltebben, 9,0-ról 6,5-re csökkent. Ezzel párhuzamosan a fogyasztási minták tekintetében is csökkenés figyelhető meg, az utóbbi évtizedekben a kockázatos mértékben alkoholt fogyasztó személyek száma csökkent. Alapjában véve Németországban pozitív folyamatok tapasztalhatók a nemzeti és nemzetközi célkitűzések elérése tekintetében. Ám mivel Németország továbbra is az OECD tagállamainak azon negyedéhez tartozik, ahol az egy főre eső alkoholfogyasztás magas és világviszonylatban is a magas fogyasztású országok közé tartozik, a beavatkozás szükségessége továbbra is fennáll.

A praxis eladása alkalmával felmerülő teendők

Arzt & Wirtschaft online, 8. Oktober 2016 5:37

Kulcsszavak: orvosi praxisok, praxis eladása, Németország

Forrás Internet-helye: <https://www.arzt-wirtschaft.de/praxisabgabe-steuerliche-und-betriebswirtschaftliche-aspekte>

A nyugdíjba vagy a praxisból egészségügyi okokból távozni készülő orvosnak komolyan foglalkoznia kell a praxis átadásának részleteivel. De tanácsos ezt legalább két évvel kilépését megelőzően elkezdenie.

A praxis értéke

A praxisok értékelése jelenleg az ún. „módosított jövedelem megközelítési eljárás” szerint történik. Ennek elemei: a forgalom, a nyereség, az orvos kalkulált bére, amelyek összefüggnek a praxis sajátos helyzetével. Professzionális értékelés esetén nemcsak az értékelendő praxis forgalmát és nyereségét kell figyelembe venni. A szakértő a következő értéknövelő vagy értékcsökkentő tényezőket veszi figyelembe:

- A betegpénztári orvosi egyesülestől, ill. a privát praxisból származó jövedelmek közötti viszony;
- Sor kerül-e a praxisban számottevő személyre szabott (individuális) szolgáltatások elszámolására?
- A praxis költség- és nyereségszerkezete;
- A praxis telephelye/fejlesztése, ill. a telephely infrastruktúrájának tervezett változtatásai;
- A bérleti díj futamideje, mértéke, esedékessége;
- A praxis helyiségeinek építészeti állaga/a bérleti viszony megszűnte esetén fennállnak-e átépítési vagy visszaépítési kötelezettségek?
- A személyi kiadások összege/szakmai kompetencia/gyermeknevelési szabadságon levő munkatársak;
- A működési engedély korlátozásai/zárt terület/az ugyanazon szakterületen működő kollegákkal való konkurencia;
- Bevezetett és alkalmazott minőségügyi menedzsment/tanúsítványok.

A praxis inventáriuma

A praxis immateriális értékei mellett az egyes készülékeket és felszereléseket is leltározni és értékelni kell. Az értékelés során nem a könyv szerinti értéket, hanem az aktuális forgalmi értéket kell figyelembe venni, nagykészülékek esetén pedig szakértői értékelést kell igénybe venni. Mindezt tanácsos írásba foglalni és az adásvételi szerződéshez csatolni. E két érték (a praxis értéke és az anyagi érték) együttesen alkotja az eladási árat. Az adásvételi statisztikák szerint azonban az így kiszámított árat a piacon nem minden esetben adják meg. Általában a kereslet-kínálat elve dönt.

ELŐJEGYZÉSI LISTA:

Egészségügyi statisztikai évkönyvek:

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

Svájc:

- A gyógyító és prevenciós szolgáltatások költségeinek alakulása 2002 és 2012 között (*Soziale Sicherheit* 2015. 6. sz.)
- Az ellátórendszer költségeinek és finanszírozásának alakulása az új kórházfinanszírozás bevezetése óta. Aktualizálás 2013 (*Obsan Bulletin*)
- Az új kórházfinanszírozás hatása a kórházi ellátások minőségére. Aktualizálás 2013 (*Obsan Bulletin*)
- Szocioökonómiai és kulturális egyenlőtlenségek a svájci lakosság egészségmagatartásában (*Obsan Bulletin, Obsan Bericht*)
- Az időskorúak részére nyújtott átmeneti struktúrák kínálata és igénybevétele (*Obsan Dossier* 52)
- Swiss Personalized Health Network (SAMW Bulletin)
- A Svájci Orvostudományi Akadémia alapelvei az embereken végzett kísérletekről
- A Svájci Orvostudományi Akadémia irányelvei a kényszerintézkedésekről (átdolgozott változat), 2015 december
- A szociális segélyek helyzete Svájcban (*Soziale Sicherheit* 2015. 6. sz.)
- Folyamatok a szociális segélyek területén (2006-2011)
- A foglalkoztatás minősége Svájcban
- *ValeurS Gesundheit*, 2016. 1. sz. A Szövetségi Statisztikai Hivatal információs magazinja
- Tartós ápolás a kantonokban (*Obsan Rapport*)
- A nem fertőző betegségek indikátorai Svájcban
- *Swiss Personalized Health Network (SAMW)*
- Longitudinális elemzés a krónikus betegekről (*Obsan Bulletin*)

Szociálpolitika:

- Munkanélküliség és előrehozott nyugdíjazás az időskorúak körében Európában (*ZSR-Kompakt*)
- A csökkent keresőképesség miatti előrehozott nyugdíjazás biográfiai előzményei (*ZSR-Kompakt*)
- A gazdasági válság és a német szociális rendszer válsága

- A hitelalapú szociálpolitika felemelkedése Németországban
- Az időskori biztosítás finanszírozódása Németországban tartományok közötti összehasonlításban
- Jelentés a családpolitikáról és a családok helyzetéről Németországban 2014-ben – *Familienreport 2014*
- A szociális innováció gazdasági tényezői
- A német szociális modell válsága (IAQ)
- Válság és válságkezelés a német szociális államban (ZeS)
- Jövedelmi egyenlőtlenségek és csúcsjövödelmek (IMK Report)
- Szociális biztonság a munkavégzés modern világában. A GVG állásfoglalása az Arbeit 4.0 Zöldkönyvvel kapcsolatban
- Jelentés a minimálbékről 2016-ban – *WSI-Mindestlohnbericht 2016 (WSI-Bericht, WSI-Report 1/2016)*
- Soziale Sicherheit (CHSS), 2016. 1-2. sz.

Kórházügy:

- A minőség, mint a döntéshozatal kritériuma a kórházügyi tervezés területén (DKI)
- Az állami finanszírozás feladatainak a járulékfizetőkre való áttevődése. Elemzés a privát betegbiztosítók szemszögéből

eHealth:

- Ellátás 2030-ban – *Versorgung 2030 – eHealth, mHealth, Telemedizin (GVG Köln)*

Rehabilitáció:

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

Népegészségügy:

- *Gesundheit in Deutschland 2015*
- Egészségi egyenlőtlenségek az időskorúak körében (*GBE Kompakt, RKI*)
- Időskorúak testi ereje (*RKI Faktenblatt*)

Rövidhírek (aleatorikusan):

Praxishírek (*Arzt & Wirtschaft*)

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

Népegészségügyi rövidhírek (*Robert-Koch-Institut*)