

Szájegészség és fogászati ellátások – egységes szerkezetben

Globális elemzés a szájüregi rák prevenciójáról

International Agency for Research on Cancer (IARC)

New England Journal of Medicine (2022; DOI: 10.1056/NEJMSr2210097)

October 18, 2022

Forrás Internet-helye: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMSr2210097> ;
https://www.iarc.who.int/wp-content/uploads/2022/10/pr321_E.pdf

Dr. Béatrice Lauby-Secretan (International Agency for Research on Cancer – IARC) és mt. tanulmánya szerint a dohányzás, a magas alkoholfogyasztás, a füstmentes dohánytermékek, valamint az Ázsiában fogyasztott bételdió a rosszindulatú szájüregi daganatok legfontosabb okozói közé tartoznak. A szájüregi daganat a 16-ik leggyakoribb rákos megbetegedés és rák miatti halálok.

A kutatócsoport elégséges bizonyítékot („*sufficient evidence*“) talált arra, hogy a bételdióról való lemondás csökkenti a rák kockázatát, a mérések szerint évente 2-3%-kal. A bételrágásról való lemondás után a leukoplakia, a daganatmegelőző állapot is ritkábban fordul elő. Ezt az érintett országok kormányai is felismerték. Bhutan, India, Myanmar, Pápua Új-Guinea, valamint Guangzhou/Kanton (Kína) és Tajvan kormánya már kísérletet tett a bételrágás korlátozására. Egyebek között megtiltották a közterületeken való köpködést.

Kétségtelen, hogy a dohányzás a szájüregi rák fontos kockázati tényezője. Az IARC már 2007-ben arra a következtetésre jutott, hogy a dohányzásról leszokott személyeknél a megbetegedés kockázata sokkal alacsonyabb. A jelenlegi adatok szerint a kockázat négy év alatt 35%-kal csökken, húsz év leforgása alatt pedig a kockázat mértéke eléri azokét, akik soha nem dohányoztak. A szakértők szerint arra is elégséges bizonyíték áll rendelkezésre, hogy az alkoholoról való leszokás is kedvező hatásokkal jár.

Dr. Béatrice Lauby-Secretan

secretanb@iarc.who.int ;

International Agency for Research on Cancer, Evidence Synthesis and Classification Branch, 150 Albert Thomas, 69372 Lyon Cedex 8, France.

*

***Jelentés a szájegészség helyzetéről az Egyesült Államokban –
Oral Health in America***

*US Department of Health and Human Services, National Institutes of Health,
National Institute of Dental and Craniofacial Research, December 2021 (790 p.)*

Forrás Internet-helye: <https://www.nidcr.nih.gov/oralhealthinamerica> ;
<https://www.nidcr.nih.gov/sites/default/files/2021-12/Oral-Health-in-America-Advances-and-Challenges.pdf> ;

Az előzmény: 2020 Surgeon General’s Report Oral Health in America: Advances and Challenges, June 21, 2019 (48 p.):
https://www.nidcr.nih.gov/sites/default/files/2019-08/SurgeonGeneralsReport-2020_IADR_June%202019-508.pdf

Az Egyesült Államokban több mint 750.000 személy működik a fogászat területén: több mint 200.000 fogorvos, 221.560 dentálhigiénikus és 351.470 fogászati asszisztens. Tevékenységüket állami és privát praxisokban, szövetségi, szövetségi állami és kommunális egészségügyi szervezeteknél folytatják.

A fogászati képzés költségei: A képzés privát egyetemen 2017-ben 340.000 USD-be, állami egyetemen 240.000 USD-be kerül.

Fogászatra fordított kiadások: Az Egyesült Államokban 2018-ban 136 milliárd USD-t, az egészségügyi összkiadások 3,7%-át fordították fogászati ellátásokra. Ebből 55 milliárd USD-t a betegek viseltek, ami meghaladja az egészségügyi out-of-pocket kiadások egynegyedét.

Fogászati praxisok: A privát fogászati praxisok aránya csökken, miközben az utóbbi húsz év során a közösségi és a vállalkozói tulajdonban levő praxisoké növekedik. A fogorvosok 51%-a magánpraxisban működik.

A szakképzett munkaerő hiánya: Jelenleg mintegy 60 millió amerikai él alulellátott vidéki területeken. Becslések szerint legalább 10.000 fogorvos hiányzik a rendszerből és még nem számoltunk a demográfiai tényezővel. A munkaerőhiány kiküszöbölése érdekében 2000. óta számos kezdeményezés született. Alaszkában az őslakosok által

lakott falvak ellátása érdekében bevezették a *Dental Health Aide Therapist (DHAT)* végzettséget. A jogszabály megengedi, hogy ezek a fogászati terapeuták fogorvos felügyelete mellett praktizáljanak az alacsony jövedelemmel rendelkező, biztosítással nem rendelkező, alulellátott betegek ellátása érdekében.

A lakossági korcsoportok fogászati státusza: Hat közül egy fiatalkorú szenved kezeletlen fogszuvasodásban, ami 2002-höz viszonyítva 3%-os növekedést jelent. A szegénységben élő fiatalkorúak 23%-ának vannak szuvas fogai. A kezeletlen szuvasodás prevalenciája magasabb mint az asztmáé. A felnőttek körében egyre gyakoribbá válik a fogvesztés. A 65 és 74 év közöttiek 13%-a foghíjas (az 1960-as években még 50% volt). A fogimplantátumot viselő időskorúak aránya az elmúlt húsz év során négyszeresére növekedett. Az 50 és 64 év közöttiek 6%-a foghíjas, a szegénységben élők 17%-a az összes fogát elvesztette. Ebben a korcsoportban négy közül három személy jó harapással (több mint 20 foggal) rendelkezik; a szegények 47%-a, a gazdagok 83%-a.

A fogászati biztosítások helyzete: Az *Affordable Care Act* a gyermekek számára tartalmazza a fogászati kezeléseket, felnőttek számára nem. 2021-ben 23 szövetségi állam biztosított fogászati szolgáltatásokat a felnőttek számára a *Medicaid* keretében. A keresőképes korban levő felnőttek több mint egynegyede nem rendelkezik fogászati biztosítással. Húsz százalék válaszolta, hogy szüksége lenne fogászati kezelésre, de pénzügyi problémái miatt az elmúlt tizenkét hónap során nem tudott biztosítást kötni.

A fogorvosok és az amerikai opioid-botrány: Amerikában a pszichés betegek száma magasabb mint bármikor. A pszichés megbetegedések akut és krónikus formái a szájegészség elhanyagolásához vezetnek és fordítva, a pszichés megbetegedések ellen szedett gyógyszerek káros hatást gyakorolnak a szájszövetekre. Az Egyesült Államokban kábítószerfogyasztás miatt több millió ember szenved valamilyen pszichés megbetegedésben. 2019-ben csaknem 50.000 amerikai halt meg opioid-túladagolásban, többen, mint közúti balesetekben vagy lőfegyveres bűncselekményekben.

Az opioid-botrányban a fogorvosok is nyakig benne voltak. 1998-ban a fogorvosok írták fel a legtöbb gyorsan ható opioidot – hat közül egy receptet fogfájás ellen írtak fel. 2012-ig 15 recept közül egyet opioidra írtak fel, majd számuk erőteljesen csökkent. Ma már annak valószínűsége, hogy opioidot írjanak fel, a sürgősségin ötször magasabb,

mint fogászati praxisban. A fogorvosok levonták a tanulságokat és kidolgozták a fogászati kezelések guideline-jait.

Gazdasági vonatkozások: A kezeletlen szájbetegségek okozta gazdasági veszteségek 2015-ben 45,9 milliárd USD-t tettek ki. A rendszeres fogászati ellátáshoz való hozzáférés hiánya a kórházi sürgősségi osztályok rossz hatékonyságú és költséges túlterheltségéhez vezethet. 2014-ben a sürgősségi osztályokat 2,4 millió alkalommal keresték fel nem traumatikus fogbetegségekkel, ami több mint 1,6 milliárd USD-be került. E költségeket többnyire a *Medicaid* viselte. A sürgősségin végzett fogászati kezelés többnyire palliatív jellegű, a betegek 90%-a csak fájdalomcsillapítót vagy antibiotikumot kap, ill. fogorvoshoz irányítják őket. Ennek eredményeként a fogászati ellátások egy főre eső költségei az Egyesült Államokban 2002. óta 30%-kal növekedtek, így azok sokak számára elérhetetlenné váltak.

*

***Best Oral Health Practice in Europe? –
Szájegészség és fogászati ellátás öt európai országban***
IDZ, Institut der Deutschen Zahnärzte – TU Berlin
Zahnmedizin, Forschung und Versorgung 2021, 4: 2 (75 p.)

Forrás Internet-helye: <https://www.idz.institute/publikationen/online-journal-zahnmedizin-forschung-und-versorgung/best-oral-health-practice-in-europe.html> ;
https://www.idz.institute/fileadmin/Content/Publikationen-PDF/ZahnmedForschVersorg-2_2021_4_2.pdf

A tanulmány a szájegészség és a fogászati ellátás helyzetét elemzi az Európai Unió öt országában: Belgiumban, Dániában, Németországban, Hollandiában és Spanyolországban. A szerzők a gyermekek, felnőttek és időskorúak szájegészségi státuszának összehasonlító elemzése érdekében különböző paramétereket (T-Health-Index, CPI) alkalmaztak. A szolgáltatások állami és privát szférában történő biztosításának felmérése az Egészségügyi Világszervezet által bevezetett *Universal Coverage Cube* segítségével történt, amely a szolgáltatásokra jogosultak, a

szolgáltatások volumene és a szolgáltatások szintje szerint differenciálja az egészségbiztosítást.

Belgiumtól és Németországtól eltérően, Dániában csak bizonyos szolgáltatásokat térítenek a felnőttek és időskorúak részére. de Spanyolországban és Hollandiában is alig vannak államilag finanszírozott fogászati szolgáltatások. A szájegészség tekintetében egyetlen ország sincs, amely az összes korcsoportnál kiemelkedne a mezőnyből. Az 5 és 7 év közöttieknél Hollandia és Spanyolország, a 12 és 14 év közöttieknél Dánia és Németország, a 35 és 44 év közöttieknél Hollandia, Spanyolország és Belgium, a 65 és 74 év közöttieknél Belgium és Hollandia ellátási helyzete átlagon fölötte. Tehát nem mutathatunk fel olyan fogászati ellátórendszert, amely egyértelműen példamutató lenne.

Az Európai Unióban jelenleg korlátozottan állnak rendelkezésre a szájegészségre vonatkozó adatok. Erre még várnunk kell addig, amíg az Európai Bizottság az elkövetkező években előrukkol az „európai egészségügyi adattér” koncepciójával.

3. 2. Belgium

3. 2. 1. Egészségügyi rendszer

Belgiumban a lakosság csaknem 99%-a rendelkezik egészségbiztosítással. A kötelező biztosítás öt privát, nem nyerségorientált pénztárszövetség, a vasutasok biztosítási alapja és egy állami egészségbiztosítási pénztár keretében működik. Ezek a biztosítási szervezetek kiegészítő szolgáltatásokra is jogosultságot nyújtanak, pl. állcsontsebészeti beavatkozásokra és homöopátiái szolgáltatásokra, továbbá kiegészítő biztosítással szolgálnak, pl. fedezik az egyágyas kórházi szoba költségeit. Ezekért a választott szolgáltatásokért a biztosítottak egy kiegészítő átalányösszeget fizetnek. A belga egészségügyi rendszer finanszírozása túlsúlyban társadalombiztosítási járulékokból történik. A belga társadalombiztosítás ágazatai: az egészség-, nyugdíj- és munkanélküliségi biztosítás. A munkavállalók bruttó bérük bizonyos hányadát fizetik be járulékként, amit a munkaadók szakcsoportok szerint differenciáltan kiegészítenek. A szolgáltatások elszámolása a költségtérítés elve szerint történik, amihez a biztosítottak önrészekkel is hozzájárulnak. A direkt önrészek az egészségügyi összkiadások 18%-át teszik ki, miközben az önkéntes biztosítás részesedése 5%. Az egészségügyi rendszer illetékes igazgatási szerve az *Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI)/Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV)*. Az egészségügyi költségvetésről a kormány dönt, azt egy bizonyos képlet

szerint szétosztja az öt egészségpénztár között, amelynek során figyelembe veszi a szociális és gazdasági tényezőket, az egyes rendszerek taglétszámát, a munkahelyi egészségügyi kockázatot.

A fekvőbeteg szektoron kívüli ellátást alapvetően a szabadfoglalkozású orvosok biztosítják. A betegek szabadon választhatnak orvost. Ez lehet szerződött, vagy szabadfoglalkozású orvos. A szerződött orvosok az adott egészségpénztár feltételeivel, rendszerint kedvezőbb díjszabásokkal működnek. A szabadfoglalkozású orvosokat ezzel szemben nem kötik feltételek. Mivel a belga egészségügyi rendszerben az önrészek igen nagy jelentőséggel rendelkeznek, a betegeknek oda kell figyelniük az adott orvos működési körülményeire. Minél drágább az orvos, annál magasabb a beteg által fizetendő önrész.

3. 2. 2. Fogászati ellátás a kötelező biztosítás keretében

A belga biztosítási rendszer széleskörű fedezetet nyújt a fogászati szolgáltatások részére. A gyermekek számára csaknem minden szolgáltatást kifizet. A nemzeti bizottság tájékoztató kampányokat szervez a gyermekek fogászati ellátása területén, az iskolákban mobil fogorvosi csapatok végeznek szűrővizsgálatokat. Az egyes országrészekben a flamand (*Verbond der Vlaamse Tandartsen*) és a vallon (*Société de médecine dentaire*) fogászati társaság szervez prevenciók kampányokat.

A felnőttek fogászati ellátása keretében térítik az alapvető szolgáltatások, a konzerváló eljárások, az alapvető endodontikus szolgáltatások, a kivehető fogsorok nagy részét. Koronát, hidat, implantátumot, állcsontsebészeti beavatkozásokat nem térítenek. A szellemi vagy testi fogyatékkal élők számára a korábban évente egyszeri helyett, újabban trimeszterenként térítik a profilaktikus fogtisztítást. Az 50 év fölöttiek számára kifizetik a kivehető fogsort. A 18 és 50 közöttieknél a költségtérítést a *Technical Dental Council*-nak vagy szakértőnek kell engedélyeznie.

A fogorvosok többnyire szabadfoglalkozásuként folytatják tevékenységüket, amit az állam a kötelező egészségbiztosítás keretében az egyedi szolgáltatások térítése keretében finanszíroz. A fogorvosi tevékenység térítésének részleteit az *Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI)* mellett működő nemzeti bizottság rögzíti, amelyben a fogorvosok és az egészségpénztárak képviselői vesznek részt. A fogorvosok és az egészségpénztárak közötti megállapodást két évente megújítják. A fogorvosoknak dönteniük kell, hogy belépnek-e vagy sem. A megállapodás rögzíti a téríthető fogászati kezelések mértékét. A térítésből kizárt kezelésekre, mint koronák, hidak, inlay-tömések, implantátumok, a fogorvos privát árat szabhat meg. A

megállapodáshoz csatlakozó fogorvosoknak be kell tartaniuk a kollektív díjat, a beteg pedig részben vagy teljes egészében visszaigényelheti azt biztosítójától. 2013-ban a fogorvosok 68%-a e díjszabás szerint számolt el. A megállapodáson kívüliek tetszés szerint megszabhatják a díjat, amiből aztán a beteg a szerződésben rögzített mértékben igényelhet vissza biztosítójától. A fogorvosnak tájékoztatnia kell a beteget arról, hogy részt vesz-e a megállapodásban vagy sem. A betegek direkt módon, beutaló nélkül fordulhatnak specialistához.

Belgiumban privát kiegészítő biztosítás is létezik. Az ilyen biztosítók többnyire csoportos szerződéseket kötnek a vállalkozók alkalmazottainak ellátására. A szolgáltatások költségátvállalása és a díjak mértéke jelentősen különbözik.

3. 3. Dánia

3. 3. 1. Egészségügyi rendszer

Dánia nemzeti egészségügyi rendszerének finanszírozása szövetségi és helyi adókból történik. A lakosság biztosítás kötésére kötelek. Az egészségügyi összkiadások 84%-át adóbevételekből finanszírozzák. Ez a GDP 8,9%-ának felel meg. Az egészségügyi szolgáltatásokhoz való privát hozzájárulások az egészségügyi kiadások 16%-át (a GDP 1,7%-át) teszik ki. Ezek elsősorban gyógyszerek, fizioterápia, szemüvegek és fogászati ellátások költségeit fedezik. Egyre több dán köt önkéntes kiegészítő biztosítást a fogászati ellátások finanszírozása céljából.

Az állami egészségbiztosítás keretében a dánok kétféle tagsági modell közül választhatnak. Az első modell keretében (a lakosság 99%-a) a biztosító tagjai háziornál regisztráltatják magukat, aki biztosítja számukra az elsődleges ellátást és a szakorvoshoz való beutalást. Ezek a betegek beutaló nélkül fordulhatnak szemorvoshoz, fül-orr-gégészhez, fogorvoshoz és kiropraktikerhez. A második modell keretében a betegek, eltekintve néhány kivételtől, szabadon választhatnak háziornost, fogorvost, kiropraktikert, viszont önrészt kell fizetniük.

A dán egészségügyi rendszer három igazgatási szintre tagolódik: országos, regionális és lokális szintre. Ennek jellemzője a munkamegosztáson alapuló, decentralizált szervezeti struktúra: az ország kormányára hárul a szabályozás, a felügyelet, az általános tervezés és a minőségellenőrzés; a régiók a részletes tervezés, a kórházi egészségügyi szolgáltatások definíciója és biztosítása tekintetében illetékesek; az

önkormányzatok feladata az egészségfejlesztés, a betegségmegelőzés, a rehabilitáció, az otthoni ápolás és a nem specializált tartós ápolás.

3. 3. 2. Fogászati ellátás a nemzeti egészségügyi rendszer keretében

Az állami fogászati ellátás 18 éven aluliak számára ingyenes, szervezése az önkormányzatokra hárul. A szolgáltatások azonban privát praxisokban is igénybe vehetők. A fogászati ellátásokat általában az iskolák közvetítik. 2013-ban Dániában 98 önkormányzat működött, amelyek közül 91 saját fogorvosokat foglalkoztatott, akiknek helyiségeket biztosított a gyermekek és fiatalok kezelése céljából. A 16 és 18 év közöttiek az állami fogászati szolgálat helyett privát fogorvosok szolgáltatásait is igénybe vehetik, a költségeket pedig teljes mértékben a nemzeti egészségügyi szolgálat viseli. Ugyancsak az önkormányzatok biztosítják a felnőtt lakosság, valamint az időskorúak és fogyatékkal élő személyek fogászati ellátását. 2015-ben az éves önrész a nemzeti fogászati gondoskodási program (*Omsorgstandplejen*) keretében maximum 485 DKK-t (65 EUR-t) tett ki.

A felnőttek fogászati ellátása keretében a térítési díjak megállapítására a régiók és a dán fogászati szövetség közötti alku keretében kerül sor. Ebben a rendszerben a beteg direkt a fogorvosnak fizeti ki a honorárium egy részét. A másik részt a fogorvos kiszámlázza a régiónak. A költségek 82,5%-át a betegek, 17,5%-át a régiók viselik, a preventív szolgáltatások és a sürgősségi kezelések díjaira fizetett támogatás magasabb. A 18 és 25 év közötti fiatal felnőttek magasabb támogatásban részesülnek. Dániában a fiatalok és fogyatékkal élő időskorúak szájegészségügyi ellátását helyi adóforrásokból fedezik. A felnőttek ellátását a betegek önrészeiből és országos adóforrásokból finanszírozzák.

Kiegészítő privát fogászati biztosítások

Az állami egészségbiztosításban résztvevő felnőttek 40%-a rendelkezik a fogászati ellátásokra is kiterjedő privát kiegészítő biztosítással. Ennek keretében három különböző térítési tarifa és lépcsőzetes szolgáltatási volumenek között lehet választani. Ebből mindennemű ellátás fedezhető, beleértve a fogpótlást.

3. 3. 4. A fogászati ellátások adatbázisai

Az 5 és 17 év közötti gyermekek és fiatalok szájegészségi státuszának követésére a *Danish Child Oral Health Care Act* (1972) bevezetése óta egy központi regiszterben

(*Sundhedsstyrelsens Centrale Odontologiske Register, SCOR*) kerül sor, amelyet évente frissítenek. A SCOR-regiszter legújabb adatai 2017-ből származnak. A felnőtt lakosság szájegészségi státusza tekintetében eddig két terjedelmes reprezentatív felmérésre került sor (*Danish Health Examination Survey, DANHES 2007–2008*). A *DANHES-Survey* résztvevőinek száma $n = 4.402$ volt. A vizsgálatba bevont korcsoportok tekintetében az Egészségügyi Világszervezet módszertani ajánlásait követték. Többek között 35 és 44 év közötti felnőttek és 65 és 74 év közötti időskorúak megkérdezésére került sor.

3.4. Németország

3.4.1. Egészségügyi rendszer

Németországban a kötelező betegbiztosítási rendszer keretében 2021. július 1-én 102 biztosítótársaság működött, amelyek a lakosság 87%-a részére nyújtottak biztosítási védelmet. A privát biztosítás keretében 50 vállalkozás működik, amelyben egyes csoportok (önálló vállalkozók, a biztosítási kötelezettség határát meghaladó jövedelemmel rendelkező alkalmazottak) kötnek biztosítást (a lakosság 11%-a). A lakosság fennmaradó része (katonák, rendőrök, menekültek) speciális állami biztosítási programokban vesz részt.

A kötelező betegbiztosítás finanszírozása alapvetően a munkavállalók és a munkaadók által fele-fele arányban viselt jövedelemfüggő járulékokból történik, amit adótámogatásokkal egészítenek ki (2017. óta évente 14,5 milliárd EUR). Ezek a pénzek az egészségügyi alapba folynak be, amelyből a kötelező betegbiztosítási társaságok a biztosítottak száma szerint részesednek. A részesedés a biztosítottak kockázati szerkezetéhez igazodik és bizonyos faktorok szerinti (életkor, nem, betegségek) alapátalányokból tevődik össze. Mindezek mellett minden betegpénztár individuális, jövedelemfüggő pójtárulékot vethet ki.

A kötelező betegbiztosítás a kezelési költségek csaknem egészét fedezi. A biztosítottakra mérsékelt költség hozzájárulások hárulnak. A biztosítottak direkt költségrészesedése 2017-ben az egészségügyi összkiadások 12,5%-át tette ki. A kötelező betegbiztosítás szolgáltatási katalógusának részleteit a **Közös Szövetségi Bizottság (Gemeinsamer Bundesausschuss – G-BA)** irányelvei rögzítik. Ez a közös társadalombiztosítási önkormányzat legmagasabb grémiuma, amelyben a biztosítók, az orvosok, fogorvosok és kórházak képviselői vesznek részt. A német egészségügyi

rendszer jellemzője a szabad orvos- és kórházválasztás, valamint az ambuláns és a fekvőbeteg szektor szétválasztása.

3. 4. 2. Fogászati ellátás a kötelező betegbiztosítás keretében

A fogászati ellátások rendszere a kötelező és a privát biztosítás keretében több szempontból eltérő. A kötelező betegbiztosítás keretében általában mindenki rendelkezik biztosítással fogászati ellátásokra is. Ez mind gyermekekre, mind felnőttekre vonatkozóan így van. A biztosító általában teljes mértékben átvállalja a prevenció és a fogászati ellátások költségeit, ha a szerződésben definiált rendes ellátásról van szó. Amennyiben a biztosítottak a szerződésekben rögzített ellátáson túlmenő kezeléseket választanak, maguknak kell viselniük a többletköltségeket. Fogpótlás esetén a kötelező betegbiztosítás a szerződésben definiált rendes ellátás költségei fölötti 60%-os (2020. szept. 30-ig: 50%-os) pótdíjat vállal. Ez a rögzített összeg a 75%-ot (2020. szept. 30-ig: a 65%-ot) is elérheti, ha a biztosított az elmúlt tíz év során rendszeresen és bizonyíthatóan igénybe vette a szűrővizsgálatokat. A fogpótlási szolgáltatásokat a betegpénztárnak előzetesen engedélyeznie kell. Ezzel kapcsolatban be kell nyújtani a kezelőorvos terápiás és költségvetési tervét. Ebben fel kell tüntetni a szerződésben rögzített ellátás, valamint a tervezett ellátás költségeit. Alacsony jövedelemmel rendelkező betegek esetén a betegpénztár a szerződésben rögzített ellátás költségeinek 100%-át is átvállalhatja (ami a rögzített összeg kétszeresének felel meg).

A fogászati ellátásokat szövetségi szinten a Betegpénztári Fogorvosok Szövetségi Egyesülésének (*Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung – KZBV*), lokális szinten a Betegpénztári Fogorvosok Egyesülésének (*Kassenzahnärztliche Vereinigung – KZV*) 17 területi tagja szervezi a betegpénztárakkal egyetértésben. A betegpénztári fogorvosok egyesülései az összes fogorvost képviselik, akik a kötelező betegbiztosítás keretében kezelések végzésére jogosultak. A szabadfoglalkozású orvosok szolgáltatásait egy szövetségi szinten a Betegpénztári Fogorvosok Szövetségi Egyesülése és a nagy betegpénztárak között kialakított díjszabás szerint térítik. A díjszabás az alapszolgáltatások széles palettáját tartalmazza. Az egyes kezeléstípusokat egy pontrendszer segítségével relatív értékekhez viszonyítják. Ezt követően a 17 betegpénztári fogorvosi egyesülés és a betegpénztárak tartományi szinten döntenek minden pont pénzbeli értékéről, amelyet a régiókban kifizetésekre fordítanak.

Privát fogászati biztosítások

A privát megbiztosítás keretében különbséget tehetünk (szubsztitív) teljeskörű megbiztosítás és (komplementer) kiegészítő megbiztosítás között. A teljeskörű privát megbiztosítás kiterjed a fogászati ellátásokra is, amelyek volumenét az individuális megbiztosítási szerződésben rögzítik. Ez azt jelenti, hogy a fedezet rugalmasan alkalmazkodhat minden egyes személy szükségleteihez. A fogászati kiegészítő megbiztosítások ezzel szemben a kötelező megbiztosítás mellett köthetők és elsősorban olyan szolgáltatásokat fedeznek a fogpótlások területén, amelyek túllépik a kötelező megbiztosítás szerződésben rögzített szolgáltatásainak körét.

3. 4. 4. Felmérések a szájegészség helyzetéről

Németországban eddig öt nagy reprezentatív felmérés készült a szájegészség helyzetéről. A vizsgált korcsoportok vonatkozásában az Egészségügyi Világszervezet ajánlásait követték. Mindegyik felmérésben gyermekeket (12 éven felüliek), felnőtteket (35 és 44 év közöttiek), valamint időskorúakat (65 és 74 év közöttiek) kérdeztek meg. Az eredmények a fogszuvasodás, a paradontopátiák, a fluorózis, az okklúziós zavarok, a moláris-incizális hipomineralizáció, orális diszfunkciók tekintetében nyújtanak támpontokat.

A BARMER biztosító jelentése a fogászati ellátások helyzetéről – BARMER Zahnreport 2022

BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung (bifg)

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse – Band 37, 20. Oktober 2022 (96 p.)

Forrás Internet-helye:

A BARMER Zahnreport 2022 és az összes jelentés 2011. óta:

https://www.bifg.de/publikationen/reporte/zahnreport-2022?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=Newsletter+16%2F2022+-+Zahnreport ;

Sajtómappa és prezentáció (27 p.):

<file:///C:/Users/user/Downloads/digitale-pressemappe-zahnreport-2022.pdf>

A fiatal- és középkorú lakosság fogászati státusza Németországban egyre jobb. 2012 és 2020 között a huszonévesek körében az invazív fogterápia nélküli átlagos időtartam

több mint hat hónappal, 4,4 évre, a negyvenes éveikben levőknél három hónappal, 1,9 évre növekedett.

A vizsgálat különböző korcsoportok körében vizsgálta, hogy mennyi ideig nincs szükség invazív fogterápiára: gyökérkezelésre, tömésre, paradontitisz-kezelésre, új koronákra, foghúzásra. Az előrelépés a 60 év fölöttiek körében volt a legcsekélyebb, akiknél az átlagos terápiamentes időtartam egy hónappal, 1,6 évre növekedett.

2012 és 2020 között a terápiamentes biztosítottak száma a legfiatalabb és a legidősebb korosztály körében a legmagasabb. A kezelést követő kilenc év során a 40 és 50 évesek körében voltak a legkevesebben, akik nem részesültek terápiában. A 70-ik életévet követően a terápiamentes biztosítottak száma meredeken növekedik. A gyakori terápia a középkorúak körében a fokozott mértékben fellépő paradontitisznek tulajdonítható. Később, egyebek között a fogvesztés miatt ennek gyakorisága is csökken.

A jelentés szerint jelentős különbségek mutatkoznak a nemek fogászati státusza között. A férfiak általában sokkal hosszabb ideig terápiamentesek mint a nők. A 49 éves férfiak 12,4%-a és a velük egykorú nők 8,4%-a tartósan nem részesült invazív fogászati terápiában. A nemek közötti arány a 70-ik év fölött megfordul, amikor az invazív fogászati beavatkozás iránti szükséglet az életkorral csökken. A nők egyértelműen több fogászati ellátást vesznek igénybe. Egyidejűleg kevesebb fogukat veszítik el.

Frissítés:

A kiegészítő privát fogászati biztosítások helyzete Németországban 2021-ben

zm online, 13. 01. 2023

Forrás **Internet-helye:** <https://www.zm-online.de/news/detail/178-millionen-deutsche-haben-eine-zahnzusatzversicherung>

A ***Privát Betegbiztosítók Szövetsége (Verband der Privaten Krankenversicherung – PKV)*** szerint a kiegészítő privát fogászati biztosítással rendelkezők száma a kötelező betegbiztosítás tagjai körében 2021-ben az előző évhez viszonyítva 4,62%-kal (787.000 fővel) növekedett. 2020-ban a növekedés 3,3% (539.200 fő) volt. Összességében 17,8 millió személy rendelkezik kiegészítő privát fogászati biztosítással. A ***PKV-Verband*** szerint a kiegészítő privát fogászati biztosítással rendelkezők száma csupán 2012 és 2021 között 30,9%-kal (4,3 millió fővel) növekedett. Az ilyen biztosítással rendelkezők száma 2012-ben 13,6 millió volt.

3. 5. Hollandia

3. 5. 1. Egészségügyi rendszer

A holland egészségügyi ellátás 2006. óta univerzális szociális egészségbiztosításon alapul, amely az egészségügyi rendszert ösztönző kontrollált versennyel társul. A rendszer finanszírozása a polgárok biztosítási járulékaiból (72%) és adóforrásokból származó támogatásokból (13%) történik. A biztosítási járulék összetevői: a polgárok jövedelemfüggő járuléka (a gyermekek díját az állam viseli), valamint a munkaadók által viselt jövedelemfüggő járulék. A pénz egy központi alapba kerül, amelyet kockázatkiszármazást követően osztanak el a biztosítók között. Mind az alapbiztosítást, mind a kiegészítő biztosítást privát biztosítótársaságok szolgáltatják. A polgárok szabadon választhatnak biztosítót, a biztosítók pedig kötelesek mindenkit befogadni az alapbiztosításba. Az alapszolgáltatási csomag háziorvosi ellátásra, anyasági ellátásra, gyógyszerellátásra és pszichoterápiára terjed ki. Az első 385 EUR-t mindenkinek saját zsebből kell fizetnie, a háziorvosi tanácsadás, a terhességvizsgálat és a 18 éven aluliak orvosi ellátása kivételével. Az alapsomagot meghaladó szolgáltatásokat (szemüveg, fogászat) önkéntes kiegészítő biztosítással kell fedezni. A holland egészségügyi rendszer meghatározó eleme a kapuőr elve. Kórházi és szakorvosi ellátáshoz (a sürgősségi ellátás kivételével) háziorvosi beutalóra van szükség.

[Lásd még: *A holland egészségügyi reform tanulságai, 2010. 11. sz.; A holland modell a német rendszer szemszögéből (1-2.), 2010. 36. sz.; Ambuláns orvosi ellátás Németországban, Hollandiában és Svájcban; Egységes szerkezetben 2016. 12. sz.; A verseny szerepe az egészségügyben. Németország, Svájc és Hollandia tapasztalatai (5. rész): Hollandia. A holland egészségügyi rendszer, 2016. 16. sz., Egységes szerkezetben az Archívumban is; A holland egészségbiztosítás alakulása 2006. óta. A reform hatásainak elemzése, 2018. 12-13-14-15; 17-18; Egységes szerkezetben 2018. 18. sz. és az Archívumban.]*

3. 5. 2. Fogászati ellátás a szociális betegbiztosítás keretében

A 18 éven aluliak (2008–2010: a 21 éven aluliak) fogászati ellátásának volumene különbözik a felnőttektől. A felnőtteknek, opcionálisan önkéntes kiegészítő

biztosításból maguknak kell fizetniük a fogászati kezelések többségét. Felnőttek számára a költségtérítés a fogatlan szájüregbe helyezett fogsorra és súlyos fizikai és/vagy pszichés fogyatékkal élő személyek ellátására korlátozódik. Az alapbiztosítás 18 éven aluliak számára fedezi a prevenciós és gyógyító fogászati költségeket, beleértve a frontális fogakra helyezett koronát és hidat, amennyire ez trauma vagy hypodontia miatt válik szükségessé. A fogászati kezelések honoráriumai alku tárgya lehet. Az összegeket a nemzeti egészségügyi hatóság évente határozza meg. A fogászati szolgáltatások többségét ambuláns praxisban működő fogorvosok biztosítják.

Kiegészítő privát egészségbiztosítás

A harmadik pillér a privát kiegészítő egészségbiztosítás. Ennek önkéntes megkötésére a **ZVW** (*Zorgverzekeringwet*, egészségbiztosításról szóló törvény) és a **WLZ** (*Wet Langdurige Zorg*, tartós ápolásról szóló törvény) keretében, olykor a ZVW-alapbiztosítás többletszolgáltatásaként nyílik lehetőség. 2009-ben a kiegészítő szolgáltatások a biztosítók szolgáltatásokra fordított kiadásainak mintegy 6%-át tették ki. A kiegészítő biztosítások jelentősége az 1990-es évek óta, a szolgáltatási katalógus korlátozásai folytán indult növekedésnek. 2009-ben a holland biztosítottak 92%-a rendelkezett ilyen kiegészítő biztosítással. Különösen népszerűek a fogászati, állcsont-ortopédiai és fizioterápiás kiegészítő biztosítások. 2015-ben a biztosítottak 78%-a rendelkezett fogászati kezelések költségeinek fedezését célzó kiegészítő biztosítással.

3. 6. Spanyolország

3. 6. 1. Egészségügyi rendszer

A spanyol egészségügyi rendszer (*Sistema Nacional de Salud – SNS*) finanszírozása elsősorban adóforrásokból történik. Szervezete nemzeti és regionális szintű. Nemzeti szinten születnek döntések a stratégiai kérdésekről, a rendszer koordinációjáról és ide tartozik a szolgáltatások felügyelete. Az egészségügyi szolgáltatások tervezése és a szolgálatok irányítása a 17 autonóm közösségre hárul.

2017-ben az egészségügyi kiadások 71%-a a közpénzekre, 24%-a a privát háztartásokra jutott. Jóllehet az adórendszer erőteljesen decentralizált, a kiegészítő alapok bonyolult rendszere biztosítja az autonóm közösségek közötti finanszírozási egyenlőtlenségek csökkentését.

A kórházi és az orvosi alapellátás ingyenes, a gyógyszerellátásért járó díj az összköltségek átlagosan 70%-át teszi ki. Az elektív műtétekhez való hozzáférést várólistákkal kontrollálják.

3. 6. 2. Fogászati ellátás az állami egészségügyi rendszer keretében

Az elsődleges egészségügyi ellátás keretében létezik egy állami fogászati szolgálat, amely az egyes regionális egészségügyi intézmények keretében működik. Ez csak sürgősségi ellátást nyújt, pl. foghúzást, vagy antibiotikumok felírását. Szükség esetén a beteget állcsontsebészhez irányítják. Ezt a kezdetleges szolgáltatási kínálatot a régiók specifikus programokkal egészíthetik ki. Ezek a programok jelenleg prevencióra és gyermekfogászatra korlátozódnak.

„A felnőtt lakosság fogászati ellátását az állami szektorban általában a házi orvosok biztosítják, jóllehet egyes városi egészségügyi centrumokban fogorvosok is részt vesznek az elsődleges ellátásban. A szolgáltatási csomag foghúzásra, fertőzések és szájüregi gyulladások kezelésére, terhes nők megelőző fogászati ellátására terjed ki. Azon betegeknek, akik fogvesztéshez vezető onkológiai kezeléseknél vetik alá magukat, valamint veleszületett fogfejlődési rendellenességben (hypodontia) szenvedő betegeknek megtérítik az implantátumot.

A fogászati kezelések többségét privát fogászati praxisok végzik, a kezelések költségeit a betegek direkt fizetik ki. A díjak rendjére vonatkozóan nem létezik előírás.

Privát fogászati ellátások

2013-ban a lakosság 19,3%-a vett igénybe privát biztosítást a fogászati kezelések költségeinek fedezésére. A díjat direkt a biztosítónál fizetik be. A vállalkozások rögzített összegeket fizetnek a fogorvosoknak a szolgáltatási katalógusban szereplő kezeléseikért.

4. 1. 2. A fogászati ellátások költségei

A fogászati ellátás vásárlóerő-paritás szerint korrigált költségeinek összehasonlítása azt mutatja, hogy a vizsgált országok között jelentős eltérések mutatkoznak. A fogászati ellátásokra fordított egy főre eső kiadások 2010-ben Belgiumban, 2011 után Spanyolországban voltak a legalacsonyabbak. E kiadások 2005 és 2018 között mindvégig Németországban voltak a legmagasabbak. Feltűnő, hogy az egy főre eső

kiadások Németországban és Belgiumban éveken keresztül mérsékelten növekedtek, miközben Hollandiában és Spanyolországban hol inkább, hol kevésbé ingadoztak. Spanyolország az egyetlen, ahol az egy főre eső kiadások 2018-ban alacsonyabbak voltak, mint 2005-ben.

A fogászati ellátásokra fordított kiadásoknak az összes egészségügyi ellátáshoz viszonyított aránya Németországban a legmagasabb. Miközben ez az arány 2005 és 2017 között Spanyolországban és Németországban jelentősen, Dániában pedig csekély mértékben csökkent, ebben az időszakban Belgiumban növekedés volt megfigyelhető. 2018-ban a fogászati ellátásokra fordított kiadások az öt országban az egészségügyi összkiadások átlagosan 4,3%-át tették ki (min. 3,3% Belgiumban, max. 6,7% Németországban).

Ha a fogászati ellátásokra fordított kiadások egészségügyi összkiadásokhoz fordított aránya jóval magasabb, mint a megfelelő egy főre eső kiadások esetén, ez arra utalhat, hogy a fogászati szolgáltatások egyéb egészségügyi szolgáltatásokhoz viszonyított igénybevétele meghaladja az átlagot és/vagy az egyéb egészségügyi szolgáltatásokhoz viszonyított árszint magasabb.

A fogászati ellátásokra fordított kiadások GDP-ből való részesedése: Miközben 2005 és 2017 között a fogászati ellátások GDP-ből való részesedése Dániában és Hollandiában minimálisan, Spanyolországban és Belgiumban pedig valamivel nagyobb mértékben növekedett, ebben az időszakban Németországban minimális mértékben csökkent. Ezek a trendek a nemzeti GDP alakulásával függnek össze. 2008-ban és 2009-ben Spanyolországban például a fogászati kiadások részesedésének növekedése volt megfigyelhető, amely nem nominális költségnövekedésen alapult, hanem a GDP-nek a pénzügyi válsággal összefüggésben bekövetkezett csökkenésének volt tulajdonítható.

4. 1. 3. A fogorvosi személyzet helyzete

Miközben 2000-ben az 1.000 lakosra jutó fogorvosok száma Dániában volt a legmagasabb, ez az arány 2018-ig folyamatosan csökkent. Németországban viszont folyamatosan növekedett, 2011-ben így Németország vette át a vezetést. A vizsgált időszakban az 1.000 lakosra jutó fogorvosok száma, valamivel alacsonyabb mértékben, de Hollandiában is növekedett. 1.000 lakosra Németországban 0,86, Hollandiában 0,55

fogorvos jut. A növekedési ráta Spanyolországban volt a legmagasabb: 2018-ban Spanyolországban és Belgiumban 1.000 lakosra 0,75 fogorvos jutott. A fogorvosok száma a vizsgált országokban a vizsgált időszakban kiegyenlítődött.

*

British Dental Association (BDA), Press release, 6 March 2023

<https://bda.org/news-centre/press-releases/Pages/Half-of-dentists-have-cut-back-NHS-work-with-more-to-follow-as-crisis-mounts.aspx>

A *British Dental Association (BDA)* körkérésére 2.000 *General Dental Practitioner* válaszolt. Az eredmények szerint:

- Angliában a pandémia kezdete óta a fogorvosok 50,3%-a csökkentette a *National Health Service (NHS)* keretében folytatott tevékenységét.
- A fogorvosok 74%-a tervezi, hogy csökkenti, vagy tovább csökkenti az NHS keretében folytatott tevékenység volumenét.
- 43% tervezi, hogy átlép a privát szektorba. 42% pályaelhagyásra készül, vagy előrehozott nyugdíjba megy. 12% külföldön folytatná praxisát.

A BDA hivatalos adatokon alapuló elemzése szerint a fogászati ellátás területén fedezetlen szükséglet 2022-ben 11 millió embert érintett. Hatmillió ember próbált időpontot szerezni, ezt 3,6 millió ember meg sem próbálta, mert úgy gondolta, hogy ügysem kap. Egymillió embert a költségek rettentenek el a kezeléstől, a várólistán levők száma 500.000.