

Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete
Egészséggazdasági, egészségpolitikai és
szociálpolitikai nemzetközi szakirodalmi összefoglaló
2025. III. negyedév 2. sz. (Lapzárta: 2025. aug. 11. 0:00)
Alapító főszerkesztő: Kövesi Ervin (1990-2014; † 2022) – Szerkesztő: Komáromi Béla (2005-)

Globális egészségügy

- A *The Lancet One Health Commission* jelentése az interkonnektivitás megerősítéséről a fenntartható és egészséges szocioökológiai rendszerek megvédése érdekében
- Jelentés a gyermekek átvittségének globális helyzetéről
- Az Egészségügyi Világszervezet kezdeményezése egészségügyi termékdíj bevezetéséért a dohány-, alkohol- és cukortartalmú termékek területén
- A nemzetközi egészségügyi segélyprogramok finanszírozásának kérdőjelei a USAID-források megvonása után

Európa

- A befektetések helyzete az európai egészségügyi digitális szektorban 2023-ban
- Gyógyszerellátás az európai egészségügyi rendszerekben
- Gyógyszertámogatási rendszerek Európában (2. rész): Spanyolország
- Fertőzések az ápolási otthonokban kilenc európai országban
- Vektorfertőzések Európában
- A vizeletinkontinencia prevalenciája, gazdasági és környezeti költségei az Európai Unióban

Egészségügyi rendszerek (az ÖKZ cikksorozata)

- A dél-koreai egészségügyi rendszer
- Az indiai egészségügyi rendszer

Egészségügyi statisztika

- A svájci egészségügy statisztikai zsebkönyve 2025 – *Gesundheit – Taschenstatistik 2025* (3. rész): Az egészségügy költségei és finanszírozása
- Az egészségügy költségei és finanszírozása Svájcban 2023-ban (BFS)

Kórházügy

- Jelentés a kórházak gazdasági helyzetéről Németországban (2. rész): Jövőkép – *Krankenhaus Rating Report 2025 (RWI)*
- Könyvajánló: A jövő egészségügye
- Túlellátás a németországi kórházakban

Kardiológia

- Szívbetegségek okozta halálozás az Egyesült Államokban 1970 és 2022 között

Sürgősségi ellátás

- Ambuláns konzultációk a sürgősségin 2017 és 2022 között Svájcban (BFS)

Mesterséges intelligencia

- Mesterséges intelligencia: átok vagy áldás? Felmérés az MI megítéléséről az orvosok körében – *European Doctors and AI Report*
- Svájci tanulmány a mesterséges intelligencia segítségével felállított diagnózisok minőségéről

Lelki egészség

- Mentális egészség humanitárius katasztrófák idején és után
- A lelki egészség helyzete Svájcban 2022-ben. A lelki egészség költségei
- A lelki egészség helyzete Németországban 2022-ben
- Depresszió-Barométer - 8. *Deutschland-Barometer Depression 2024*
- A depresszió genetikai kockázati tényezői

Orvostörténet

- Egy katonaorvos Napóleon hadseregében: Baron Dominique Jean Larrey

Infotainment

- A világ legidősebb gyógyszerésze

Melléklet 1

- Egészségügyi rendszerek (az ÖKZ cikksorozata) – egységes szerkezetben. Első frissítés

Melléklet 2

- Jelentés a kórházak gazdasági helyzetéről Németországban 2023-ban – *Krankenhaus Rating Report 2025 (RWI)* – egységes szerkezetben

Melléklet 3

- A svájci egészségügy statisztikai zsebkönyve 2025 – *Gesundheit – Taschenstatistik 2025* – egységes szerkezetben. Függelékben: A svájci lakosság egészségfelmérése. Alvászavarok 1997 és 2022 között; A svájci lakosság egészségfelmérése 2022. Túlsúlyosság és elhízottság; Svájci kórházstatisztika 2023; Az egészségügy költségei és finanszírozása Svájcban 2023-ban

A Lancet One Health Commission jelentése az interkonnektivitás megerősítéséről a fenntartható és egészséges szocioökológiai rendszerek megvédése érdekében

The Lancet (2025; DOI: [10.1016/S0140-6736\(25\)00627-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(25)00627-0)) ;

The Lancet Commissions Online first July 16, 2025

Kulcsszavak: globális egészségügy, környezetegészségügy, szocioökológiai rendszerek, „egy az egészség”, „One Health”, nemzetközi

Forrás Internet-helye:

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(25\)00627-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(25)00627-0/fulltext)

A **Lancet One Health Commission** negyven tagú nemzetközi szakértői munkacsoportja szerint a globális politika és a világgazdaság gyökeres átalakítására van szükség. Ellenkező esetben a zoonózisok, az antibiotikum-rezisztenciák, a környezetrombolás és a klímaváltozás végzetes következményekkel járhatnak.

A jelentés szerint az antibiotikum-rezisztenciák, amelyek évente többmillió halálesetet okoznak, a légszennyezés, a szennyezett víz, a biológiai sokféleség pusztulása nemcsak a globális egészséget, hanem az élelmiszerbiztonságot, a gazdaságot és a szociális stabilitást is veszélyezteti. Ezeket az összefüggéseket eddig a politikai stratégiák messzemenően mellőzték.

A kormányoknak, a gazdaságnak és a nemzetközi szervezeteknek paradigmát kell váltaniuk. Az egészségügyi válságok eszkalációját csak az emberi egészséget, az állatvilágot és a környezetet egységben kezelő következetes One Health szemlélettel lehet feltartóztatni.

Az ember megbetegedéseit okozó ismert kórokozók 60%-a eredetileg az állatvilágtól származik. Az újonnan fellépő fertőző betegségek esetén pedig ezek aránya még magasabb. Ezek 70%-a az állatról emberre terjedő kórokozóktól származik.

Döntő jelentőségű egy integrált szemlélet meghonosítása, amely a kutatás, a politika és a gyakorlat keretében figyelembe veszi az emberi egészség, az állategészségügy és a környezet összefüggéseit. A szerzők szerint ezt a szemléletet a politika minden releváns területén – a mezőgazdaságban, a klíma- és környezetpolitikában és a gazdaságban is érvényesíteni kell.

Az integrált surveillance élethez menthet és csökkentheti a költségeket: Olaszországban például a Nyugat-nílusi vírust nemcsak emberekben, hanem szúnyogokban, vadon élő állatokban és lovakban is monitorozzák.

A bizottság kezdeményezi egy a Párizsi Klímaegyezményhez hasonló nemzetközi One Health Governance struktúra felállítását.

A nemzeti kormányoknak One Health törvényeket és stratégiákat kell bevezetniük, újra kell osztaniuk költségvetésüket, korai riasztórendszereket kell bevezetniük az ember, az állatvilág és a környezet metszéspontjain. Paradigmaváltásra van szükség a gazdaságban: a tisztán növekedésre összpontosító szemlélet helyett a jólétet, a fenntarthatóságot és az igazságosságot kell előtérbe helyezni.

Jelentés a gyermekek átoltottságának globális helyzetéről

World Health Organization, 15 July 2025

Joint News Release, Geneva / New York

Kulcsszavak: globális egészségügy, gyermekegészségügy, prevenció, immunizáció, oltások, Egészségügyi Világszervezet, UNICEF, nemzetközi

Forrás Internet-helye: <https://www.who.int/news/item/15-07-2025-global-childhood-vaccination-coverage-holds-steady-yet-over-14-million-infants-remain-unvaccinated-who-unicef> ;

Immunization Agenda 2030: <https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/strategies/ia2030>

2024-ben globálisan a gyermekek 89%-a – mintegy 115 millió gyermek – megkapta a diftéria, tetanusz, szamárköhögés elleni oltás (DTP) legalább egy dózisát, 85%-a pedig – nagyjából 109 millió gyermek – mindhárom dózist.

2023-hoz viszonyítva 2024-ben a legalább egy DTP-vakcinát megkapó gyermekek száma mintegy 171.000 fővel, azoké pedig, akik mindhárom dózist megkapták, egymillióval növekedett. Jóllehet ez szerény fejlemény, azt jelzi, hogy a gyermekek védelmére törekvő országok a növekvő kihívások ellenére továbbra is előrelépést érnek el.

Világviszonylatban 2024-ben még mindig 20 millió gyermek nem kapta meg a DTP-vakcina legalább egy dózisát, beleértve azt a 14,3 millió gyermeket (2023-ban: 14,4 millió), akik még soha semmiféle vakcinát nem kaptak („zero-dose” children). Ez négy millióval több mint az *Immunization Agenda 2030* keretében 2024-re kitűzött célkitűzés és 1,4 millióval több mint 2019-ben, az előrehaladás mérésének bázisévben.

Az Egészségügyi Világszervezet jelentése szerint a gyermekek teljes immunizációjának legfőbb akadályai a fegyveres konfliktusok, valamint a földrajzilag elszigetelt régiókban élők elérése.

[Lásd még: *Jelentés a gyermekek globális átoltottságáról, 2024. III. negyedév 2. sz.*]

Az Egészségügyi Világszervezet kezdeményezése egészségügyi termékdíj bevezetéséért a dohány-, alkohol és cukortartalmú italok területén

World Health Organization, 2 July 2025, News release, Geneva/Sevilla

Kulcsszavak: globális egészségügy, népegészségügy, dohány, alkohol, cukortartalmú italok, termékdíj, Egészségügyi Világszervezet, nemzetközi

Forrás Internet-helye: <https://www.who.int/news/item/02-07-2025-who-launches-bold-push-to-raise-health-taxes-and-save-millions-of-lives>

The 3 by 35 Initiative: <https://www.who.int/initiatives/3-by-35>

Az Egészségügyi Világszervezet a krónikus betegségek megelőzése és az egészségkárosodás állam által viselt költségeinek kompenzációja céljából kezdeményezi, hogy a tagállamok 2035-ig vezessenek be legalább 50%-os egészségügyi termékdíjat a dohány- és alkoholtermékekre, valamint a cukrozott italokra.

A „3 by 35” **kezdeményezés** bevezetésének kontextusa: az egészségügyi rendszerek a nem fertőző betegségek (*noncommunicable diseases, NCDs*) terjedése, a fejlesztési segélyek megcsappanása és a megnövekedett államadósság miatt jelentős nyomás alá kerülnek.

A dohány- és alkoholtermékek, valamint cukortartalmú italok fogyasztásának megnövekedése a nem fertőző betegségek terjedésének kedvez. Világviszonylatban a halálesetek több mint 75%-át nem fertőző betegségek, többek között szív- és érrendszeri, rákos megbetegedések és diabétesz okozzák. Egy aktuális jelentés szerint e termékek árának egyszeri 50%-os emelése az elkövetkező 50 év során 50 millió idő előtti halálesetet előzhetne meg.

A kezdeményezés ambiciózus, de elérhető célkitűzése, hogy tíz éven belül egymilliárd USD kerüljön az államkasszákba. 2012 és 2022 között csaknem 140 országban emelték a dohány jövedéki adóját, ami a reális árak átlagosan 50%-kal való növekedésével járt.

Azok a kormányok, amelyek bevezették az egészségügyi termékdíjat, elérték a fogyasztás csökkenését és jelentős bevételhez jutottak. Ennek ellenére vannak országok, ahol az egészségkárosító iparágak, beleértve a dohányipart, továbbra is adókedvezményekben részesülnek. Az Egészségügyi Világszervezet arra figyelmeztet, hogy az iparral kötött hosszútávú beruházási egyezmények, amelyek korlátozzák a dohányadó emelését, aláássák a nemzeti egészségügyi célokat, ezért nyomatékosan felszólítja a kormányokat, hogy vizsgálják felül az ilyen kivételeket és fokozzák a dohánytermékek kontrollját.

***A nemzetközi egészségügyi segélyprogramok finanszírozásának kérdőjelei
a USAID-források megvonása után***

Univadis from Medscape, 18. 07. 2025

Kulcsszavak: globális egészségügy, segélyprogramok, fejlesztési segélyek, USAID

Forrás Internet-helye: https://www.univadis.de/viewarticle/fehlende-finanzierung-setzt-internationale-2025a1000j47?uuid=f10f7ae0-62c4-4b78-a925-120ac1283386&ecd=mkm_ret_250725_uni-DE_InFocus_etid5524251&uac=347207CJ&impID=5524251&utm_source=adhoc%20email&utm_medium=email&utm_campaign=adhoc_de_infocus_20250725_ann&utm_content=5524251&utm_term=&sso=true ;

A USAID-programok eredményei az utóbbi két évtizedben, In: The Lancet, Articles Volume 406, Issue 10500 p283-294 July 19, 2025:

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(25\)01186-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(25)01186-9/fulltext) ;

Nemzetközi egészségügyi fejlesztéspolitika 1990-2030 és a jelenlegi megvonások:

In: The Lancet, Articles Volume 406, Issue 10501 p 337-348 July 26, 2025:

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(25\)01240-1/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(25)01240-1/abstract)

PEPFAR impact counter: <https://pepfar.impactcounter.com/impact-since-2003>

Az Egyesült Államok Nemzetközi Fejlesztési Ügynökségének (US Agency for International Development – USAID) felállítására 1961-ben, Kennedy elnöksége idején került sor. Donald Trump már beiktatása napján bejelentette az ügynökség megszüntetésére irányuló szándékát, majd az Egyesült Államok által társfinanszírozott 6.200 program forrásait be is fagyasztották. A USAID 2025. július 1-én megszűnt. Így bizonytalanná vált egy sor program finanszírozása, a segélyprogramoknál dolgozó több mint tízezer munkatárs nem tudja, hogy meddig folytathatja eddigi tevékenységét. A segélyszervezetek és a kutatók szerint az elkövetkező években a források kiesésével összefüggésben többmillió halálesettel számolhatunk.

A feltételezett következmények matematikailag modellezhetők és számszerűsíthetők. A *The Lancet* értékelése szerint a USAID által támogatott segélyprogramok az elmúlt két évtizedben 91 millió haláleset megelőzéséhez járultak hozzá, a halálozás 15%-kal csökkent. A finanszírozás eredményeként ebben az időszakban a HIV/AIDS okozta halálozás 65%-kal, a maláriáé 51%-kal, az elhanyagolt trópusi betegségeké 50%-kal csökkent. A halálozás korcsoportok szerinti csökkenése az öt éven aluliaknál volt a legerőteljesebb (32%). Veszélybe kerül a gyógyszer- és vakcinaellátás. A **PEPFAR (President's Emergency Plan For AIDS Relief)** finanszírozási program keretében 2024-ben a világ 55 országában 20,6 millió ember számára biztosítottak antiretrovirális készítményeket. További megszorításokra kerül sor a CDC-nél (*US Centers for Disease Control and Prevention*), amely közreműködött a PEPFAR-tevékenységek zöménél. A forráskiesés 2030-ig 4,43 millió és 10,75 millió közötti új HIV-fertőzéssel és 0,77 millió és 2,93 millió közötti halálesettel járhat.

A USAID források kiesésének további áldozatai: a **PMI (President's Malaria Initiative)** program, a malária és tuberkulózis elleni oltási programok, a „**Health Systems for TB (HS4TB)**”, a **Gavi, The Vaccine Alliance**, amely 20 súlyosan érintett országban folytat oltási tevékenységet, továbbá az élelmiszersegélyek, ivóvízprogramok...

A befektetések helyzete az európai egészségügyi digitális szektorban 2023-ban

Univadis France, 26. ápr. 2024 ; Apud Univadis from Medscape, 16. 05. 2024

Kulcsszavak: e-health, digitalizáció, infrastruktúra, fejlesztés, innováció, beruházás, befektetés, Európa

Forrás Internet-helye: https://www.univadis.de/viewarticle/83c751d3-c573-43f4-878f-7c4efc001c72?uuid=83c751d3-c573-43f4-878f-7c4efc001c72&uac=347207CJ&u=g7Nnk16ewguWS5hWLN23V%2F9E96keG%2B95Js9Lm6D2gtU14Soq8URsQKrZiArLAUYJ&ecd=wnl_all_240516_uniday_MUDDE5316362&utm_source=automated&utm_medium=email&utm_campaign=auto_de_daily_medupdates&utm_content=5316362&utm_term=&sso=true ;
<https://www.univadis.fr/viewarticle/secteur-sant%C3%A9-num%C3%A9rique-marque-pas-2023-2024a10007tn>

A **Karista befektetési tanácsadó cég** adatai szerint jóllehet a mesterséges intelligencia alkalmazása az egészségügyi szektorban minden évben növekedett, a digitális egészségügyre fordított befektetések 2023-ban Európában csökkentek. A **France Biotech** szerint az egészségügyi technológiai befektetések 2023-ban elsősorban biotechnológiai vállalkozásokra (32%), orvostechikai eszközökre (24%) és digitális egészségügyi fejlesztésekre (23%) irányultak.

Ennek eredményeként a befektetőktől szerzett finanszírozás átlagos összege Európában csökkent, 2023-ban átlagosan 10 millió EUR-t (2022-ben: 20 millió EUR-t) ért el. A legmagasabb befektetői összegeket a robotsebészet érte el: a *CMR Surgical* 152 millió EUR-t, a *Distalmotion* 138 millió EUR-t, a *Moon Surgical* 51 millió EUR-t szerzett.

Miközben a finanszírozási összegek csökkentek, a befektetők száma 23%-kal növekedett. 2023-ban összesen 217 alap investált európai e-health vállalkozásokba (2022-ben: 168). Az európai alapok elsősorban Franciaországban (24%), az Egyesült Királyságban (21,7%) és Németországban (18,1%) fektetnek be.

A gyógyszer technológiai szektor, amely 2023-ban a mesterséges intelligencia által vett lendületet, mind a befektetések (20%), mind a kooperációk és gyógyszeripari általi bekebelezések tekintetében növekedésnek indult. A Karista 100 millió EUR-t meghaladó összegeket rögzített (Aqemia, Owkin kooperációkra; Lunaphore, Olink bekebelezésekre). Jóllehet a 2023-as év csalódást keltett, a Karista 55 nagy e-health befektetőt azonosított, amelyek több mint tíz vállalkozásba fektettek be.

A digitális egészségügyi termékek körében a számítógépes diagnosztika 14%-ot, a telemedicina és adatelemzés 10%-ot, az ápolás koordinációját szolgáló szoftver 9%-ot tett ki. A biotechnológia területén viszont a pipeline-ban levő termékek három termékcsoportra összpontosulnak: onkológia (25%), fertőző betegségek (13%), központi idegrendszer (13%). Az orvostechika területén a sebészet (15%), az onkológia (10%) és a neurológia (9%) dominálta a piacot.

Gyógyszerellátás az európai egészségügyi rendszerekben

In: Zugang zur Gesundheitsversorgung, Gesundheitszustand und Risikofaktoren

WIP – Wissenschaftliches Institut der PKV

WIP-Analyse April 2025 (12-14. p.)

Kulcsszavak: gyógyszer, gyógyszerellátás, Európa

Forrás Internet-helye:

<https://www.wip-pkv.de/veroeffentlichungen/detail/zugang-zur-gesundheitsversorgung-gesundheitszustand-und-risikofaktoren-das-deutsche-gesundheitssystem-im-europaeischen-vergleich.html> ;
https://www.wip-pkv.de/fileadmin/DATEN/Dokumente/Studien_in_Buchform/WIP-2025-Zugang_zur_Gesundheitsversorgung_Gesundheitszustand_Risikofaktoren-Laendervergleich.pdf

A gyógyszerek költségterítése Európában kevésbé átfogó, mint a fekvőbeteg és ambuláns ellátásoké. 2022-ben az EU tagállamaiban a gyógyszerköltségek átlagosan 59%-át az állami, ill. kötelező betegbiztosítási rendszerek viselték. A költségfedezet mértéke Dániában 40%, Norvégiában 53%, Csehországban 56%, Olaszországban 63%, Ausztriában 67%, Nagy-Britanniában 67%, Hollandiában 68%, Svájcban 71%, Németországban 81%, Franciaországban 82%. A különbségek abból fakadnak, hogy a gyógyszerek ármegállapítására és téríthetőségére vonatkozó döntések nemzeti hatáskörbe tartoznak, jóllehet a gyógyszerek többsége európai szinten a piaci megjelenést megelőzően átmegy az **Európai Gyógyszerügynökség (European Medicines Agency, EMA)** harmonizált engedélyezési eljárásán.

Az új, innovatív gyógyszerekhez való hozzáférés tekintetében az EU tagállamai a kérelem benyújtását követő 90 napon, (ill. kombinált ármegállapítási és térítési eljárás esetén 180 napon) belül kötelesek meghozni az ármegállapításról vagy térítésről szóló döntést. (89/105 EGK Irányelv; <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/TXT/HTML/?uri=LEGISSUM:l21144>)

Ezzel szemben az EU-ban az új, innovatív gyógyszerek piacra bocsátása az engedélyezést követően átlagosan 474 napig tart. A fenti követelményt egyedül Németország képes betartani, ahol a gyógyszerek átlagosan 47 napon belül a betegek rendelkezésére állnak. Ebben a tekintetben 500 nappal (16 hónap), Norvégia a sereghajtó.

Gyógyszertámogatási rendszerek Európában (2. rész): Spanyolország

IGES Institut, GTAI Info sheet 2025 (13 p.)

Kulcsszavak: gyógyszer, gyógyszertámogatás, Spanyolország

Forrás Internet-helye:

https://www.gtai.de/resource/blob/1867786/32f23d277803a03f601172b85e23b738/20250129_Infosheet_Spanien_WEB.pdf ;

<https://www.gtai.de/de/meta/veranstaltungen/aufzeichnungen/arzneimittel-in-europa-erstattungssysteme-in-ausgewaehlten-laendern-februar-2025--1865814>

A nem az EU-szerte érvényes központi engedélyezési eljárás keretében értékelt gyógyszerek engedélyezéséért Spanyolországban a **Spanyol Gyógyszerügyi és Orvostechikai Ügynökség (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, AEMPS)** illetékes. Ezenkívül az ügynökség fontos szerepet játszik a gyógyszerek ármegállapításában.

A gyógyszerek térítéséről szóló döntéshozatal az Egészségügyi Minisztériumra (**Ministerio de Sanidad**) hárul. A haszonértékelési eljárás gazdasági jellegű teendőit a minisztérium osztályai végzik. Az ármegállapításra és a térítésre vonatkozó döntéseket a „nemzeti egészségügyi rendszer egységes szolgáltatási spektrum és gyógyszerügyi főigazgatósága” (*DG de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia*) készíti elő (*SNS = Sistema Nacional de Salud*).

Az ármegállapításról és térítésről szóló végső döntések egy tárcaközi bizottságra hárulnak (*Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos, CIPM*), amely szervezetileg az egészségügy minisztériumhoz tartozik, de részt vesznek benne a regionális kormányok és a társmisztériumok (pénzügyi, ipari, gazdasági stb.) képviselői is.

A *Sistema Nacional de Salud (SNS)* terhére téríthető gyógyszerek gyári árát törvény szabályozza. Az árról szóló döntés ugyanolyan igazgatási eljárás keretében történik, mint az érintett gyógyszerek közfinanszírozása esetén. Az új (szabadalmi védelem alatt álló) gyógyszerek ármegállapításának legfontosabb módja a gyógyszercégek és az egészségügyi minisztérium közötti áralku. A spanyol egészségügyi minisztérium álláspontja az egészségügyi technológiai értékelési eljárás eredményein alapul. Ennek két eleme: az AEMPS által kezelt klinikai rész és az egészségügyi minisztérium által menedzselt gazdasági rész.

A gyógyszercégek és az egészségügyi minisztérium közötti ártárgyalásra a teljes egészségügyi technológiai értékelési jelentés alapján kerül sor. Ennek során kiegészítő információként más országok árait is figyelembe veszik. A referenciaárak alkalmazása elsősorban új gyógyszerek esetén válik esedékessé, amelyeknek nincs terápiás alternatívájuk. Spanyolország 14 európai ország gyógyszerárait veszi figyelembe (Belgium, Németország, Dánia, Franciaország, Írország, Olaszország, Hollandia, Norvégia, Ausztria, Portugália, Svédország, Szlovákia, Szlovénia és az Egyesült Királyság). A spanyol ár nem lehet magasabb, mint a referenciaországokban az érintett gyógyszer tekintetében alkalmazott legalacsonyabb ár.

Fertőzések az ápolási otthonokban kilenc európai országban

Lancet Infectious Diseases Articles, Online first June 16, 2025

Kulcsszavak: népegészségügy, fertőző betegségek, ápolás, tartós ápolás, ápolási otthonok, Európa

Forrás Internet-helye:

[https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(25\)00217-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(25)00217-8/fulltext) ;

Kapcsolódó: *Staphylococcus epidermidis* a skóciai tartós ápolási intézményekben, In: *The Lancet Microbe*, Online first 101118 June 11, 2025.

Open access: [https://www.thelancet.com/journals/lanmic/article/PIIS2666-5247\(25\)00046-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanmic/article/PIIS2666-5247(25)00046-1/fulltext)

Dr Enrico Ricchizzi (*Settore Innovazione nei Servizi Sanitari e Sociali, Regione Emilia-Romagna*) és *mt.* longitudinális, prospektív kohorszvizsgálata kilenc európai ország (Belgium, Finnország, Franciaország, Olaszország, Litvánia, Luxemburg, Hollandia, Lengyelország és Spanyolország) 65 tartós ápolási intézményére (általános ápolási otthonokra, bentlakásos otthonokra és vegyes létesítményekre), ill. 12 hónapra terjedt ki.

Az *Eurostat* adatai szerint Európában mintegy 3,5 millió ápolási ágy áll rendelkezésre. A tartós ápolásra szoruló időskorúak száma 30 millióra becsülhető, számuk 2050-ig elérheti a 40 milliót. Az időskorúak fizikai állapotuknál fogva esendőbbek és hajlamosabbak a fertőzésekre. Az ECDC ezzel kapcsolatban 3,9%-os pontprevalenciát állapított meg.

A körkérésre válaszoló 65 intézményben lakó 3.029 ápolásra szoruló személy közül 1.717-en (57%) összesen 3.763 fertőzést szenvedtek, amelyek a tartós ápolás területén per definitionem nozokomiális jellegűek.

Leggyakoribbak a légúti (28,9%) és húgyúti (18,7%) fertőzések.

Összesen 160 esetben (4,3%) vált szükségessé a beteg kórházba utalása, 154 eset (4,5%) halálos kimenetelű volt. A legtöbb haláleset (85) légúti fertőzések miatt következett be. A vizsgálat időtartama alatt (2022-2023-ban) COVID19 miatt 18 személy, húgyúti fertőzések következtében 14 személy halt meg.

Richizzi szerint a tanulmány azt bizonyítja, hogy a tartós ápolási intézményekben a leggyakoribb és legsúlyosabb egészségi problémát a légúti és húgyúti fertőzések jelentik. További vizsgálatokra vár a feladat, hogy feltárják a kockázati tényezőket és azok megelőzésének legjobb módját.

Dr Enrico Ricchizzi: enrico.ricchizzi@regione.emilia-romagna.it

Vektorfertőzések Európában
The Lancet Regional Health Europe, Personal View,
Volume 53101271 June 2025

Kulcsszavak: népegészségügy, fertőző betegségek, vektorfertőzések, Európa

Forrás Internet-helye:

[https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762\(25\)00063-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762(25)00063-8/fulltext)

Gina E.C. Charnley (School of Public Health, Imperial College London) és mt. a vektorok által közvetített betegségek (*vector-borne diseases, VBDs*) európai jelenlétét vizsgálták. Ezek sokáig csak a trópusi és szubtrópusi országokban jelentettek releváns egészségügyi veszélyt. A klímaváltozással azonban a legjelentősebb hordozók – elsősorban szúnyogfélék – néhány éve egyre inkább észak felé kezdtek terjeszkedni. Legérzékenyebbek a földközi-tengeri országok, ahol egyre gyakrabban regisztrálnak nem turizmussal összefüggő eseteket. Az ilyen autochton fertőzéseket elsősorban a dengue-vírus (DENV) okozza.

Az Európában újabban egyre gyakrabban megjelenő és egyre erőteljesebben fellépő további kórokozók közé tartoznak: a chikungunya-, a zika-, a nyugat-nílusi-, a krím-kongói vérzések és az oropouche-vírus. Ezek leggyakoribb hordozói különböző szúnyogfélék: az *Aedes albopictus* (ázsiai tigrisszúnyog) és az *Aedes aegypti* (egyiptomi tigrisszúnyog), a krím-kongói-láz szúnyogokkal terjed. Ezenkívül egyre gyakrabban jelennek meg paraziták okozta betegségek, mint a leishmaniasis.

Európában jelenleg a dengue-vírus képezi a legnagyobb járványügyi kockázatot. Ennek legfontosabb hordozója az ázsiai tigrisszúnyog, amely újabban alacsonyabb hőmérsékleten is képes áttelelni és meghonosodni látszik Európában.

Az előző évben szokatlanul sok autochton eset fordult elő Franciaországban és Olaszországban. 2024-ben az azt megelőző évhez viszonyítva az endémiás területeken is jelentős növekedést regisztráltak. Igen valószínűnek látszik, hogy a dengue-láz fertőzések belátható időn belül Európában endémiássá válnak. Olaszországban a Nyugat-nílusi vírus 2024-ben 36, 2025-ben január óta legalább tizenegy halálesetet okozott.

Gina E.C. Charnley: georgina.charnley@bsc.es

[*Lásd még: Autochton dengue-láz megbetegedések Katalóniában és Franciaországban, 2020. 8. sz.*]

***A vizeletinkontinencia prevalenciája, gazdasági
és környezeti költségei az Európai Unióban***

European Urology, Volume 88, Issue 2, August 2025, Pages 157-166 ;
Apud Univadis from Medscape, 28. 07. 2025

Kulcsszavak: népegészségügy, urológia, inkontinencia, vizeletinkontinencia, költségek, Európai Unió

Forrás Internet-helye:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0302283825003240> ;

An Urge to Act: <https://uroweb.org/an-urge-to-act>

Chrissy Bishop (Triangulate Health Ltd, Doncaster, South Yorkshire, UK) és mt. tanulmánya a **European Association of Urology (EAU) An Urge to Act** kampányához fűződik, amelyet 22 további szervezet támogat.

Az Európai Unióban a lakosság csaknem 40%-a szenved vizeletinkontinenciában. Ezt többnyire az időskorúak problémájának tekintik, az epidemiológiai adatok azonban mást mutatnak. Nők körében a prevalencia 25% és 45% között mozog, miközben férfiak körében jóval alacsonyabb (az arány férfiak és nők között 1:2).

A *Fondazione Italiana Continenza* honlap adatai szerint Olaszországban 5,1 millió személy szenved vizeletinkontinenciában (a férfiak és nők közötti arány 1:2,7). Ez azt jelenti, hogy száz olasz közül tízen szenvednek ettől a bántalomtól.

A jelentés szerint a vizeletinkontinencia költségei Európában 2023-ban 69,2 milliárd EUR-t tesznek ki. Az informális ápolást végző személyzet figyelembevételével ez az összeg 80,0 milliárd EUR-ra emelkedik, ami egy betegre évente átlagosan 1.700 EUR költségnek felel meg. A direkt költségek közé tartoznak: a higiéniai termékek, a gyógyszeres kezelések, a fizioterápia és a műtétek. Indirekt költségként jelenik meg a munkahelyi kiesésből származó termelékenységcsökkenés, ami egymagában a betegség összköltségeinek jelentős részét képezi.

Költségek: Az Európai Unióban a nőkre 55,7 milliárd EUR, a férfiakra 13,5 milliárd EUR költség jut. E költségek GDP-hez viszonyított aránya Horvátországban a legmagasabb (0,67%), Olaszországban a legalacsonyabb (0,19%). Az egy főre eső költségek Luxemburgban a legmagasabbak (4.629 EUR), Bulgáriában (564 EUR) a legalacsonyabbak. Az egy főre eső átlagos költség az EU-ban 1.470,6 EUR.

Környezeti hatások: A tanulmány részletes kalkulációkat tartalmaz a higiéniai termékek ártalmatlanításával, megsemmisítésével, újrahasznosításával kapcsolatban. Becslések szerint, amennyiben 2023-ban 100%-os újrahasznosítási arányt sikerült volna elérni, ez 117,8 millió kg CO₂-ekvivalenssel (CO₂e) csökkentette volna a CO₂-kibocsátást. 2030-ban pedig egy 100%-os újrahasznosításra való átállás 831,7 millió kg CO₂e kumulált csökkenést jelentene.

Chrissy Bishop: cbishop@triangulatehealthltd.co.uk

Heinz Brock: A dél-koreai egészségügyi rendszer

Das Magazin für Health Professionals (ÖKZ), 20. November 2024, 09:26

Kulcsszavak: egészségügyi rendszer, Dél-Korea

Forrás Internet-helye: <https://www.gesundheitswirtschaft.at/publikation/65-jg-2024-4/suedkorea-aufruhr-im-land-der-morgenstille/>

Dél-Korea a világ technológiailag legelőrehaladottabb országai közé tartozik. A várható élettartam magas, a termékenységi ráta alacsony. A lakosság gyors ütemben öregedik. Az ország hatékony egészségügyi rendszerrel rendelkezik, amelyet a lakosság rendkívül intenzíven igénybe vesz. Jóllehet az emberek egészségi állapota nem rosszabb mint másutt, az orvos-beteg kontaktusok száma rendkívül magas. Ezzel szemben az intézmények személyügyi ellátottsága alacsony. Becslések szerint Dél-Koreában 2035-ig több mint 27.000 orvos fog hiányozni a rendszerből. Vidéken sok helyen az ápolók állítanak ki recepteket és végeznek egyszerűbb beavatkozásokat.

Yoon Suk-yeol elnök a beiskolázási helyek évente 3.000-ről 5.000-re emelésével oldaná meg az orvoshiányt, amire az orvostársadalom szokatlan vehemenciával reagált: a 13.000 rezidens 90%-a felmondott. Dél-Koreában az orvosok nem sztrájkolhatnak, így inkább a felmondás mellett döntöttek. A fiatal orvosok kiesése miatt az egészségügyi ellátás válságos helyzetbe került, a segédorvosok teendőit szakorvosoknak kellett átvenniük, a várakozási idők meghosszabbodtak.

A dél-koreai kórházak többségét privát fenntartók működtetik és egyedi szolgáltatásokat számolnak el a nemzeti egészségbiztosítóval. DRG-alapú térítést csak hét betegségszoportnál alkalmaznak. A privát üzemeltetők azonban hevesen tiltakoznak a DRG-modell kiterjesztése ellen. A tartós ápolás területén 17 szolgáltatási csoportot napidíjban térítenek. A finanszírozás e formái az átlagos kórházi ápolási idő drámai meghosszabbodásával járnak.

A nemzeti egészségbiztosító, amely 2000 óta összevonta az összes biztosítót, egységes biztosítási struktúráként működik, egységes szolgáltatási csomagot és minden szolgáltató számára kötelező tarifákat ír elő. Ezek azonban nem fedezik a költségeket, miáltal a privát szolgáltatók kénytelenek a biztosítási katalógusban nem szereplő kezeléseket nyújtani. Az egyébként általánosan bevett privát önrészek mértékét, tarifán kívüli szolgáltatásoknál nem korlátozzák, így ezek a szegényebb háztartások számára elérhetetlenek.

Mivel a privát szolgáltatások jelentős bevételforrást jelentenek, sok fiatal orvos dönt pl. a plasztikai sebészet mellett, miközben a gyermekgyógyászat vagy a sürgősségi ellátás területén nincs utánpótlás. Csak Szöulban 2.000 plasztikai sebész működik, a dél-koreaiak 20%-a már alávetette magát plasztikai műtétnek. A leggyakoribb műtét a szemhéjplasztika. Ezen a területen azonban a kezelési hibák miatti panaszok száma igen magas: 15-ször magasabb mint Japánban és 566-szor magasabb mint Nagy-Britanniában.

<i>Az egészségügyi rendszer paraméterei</i>		DK
Lakosság (millió lakos)	2022	51,63
Egy főre eső GDP (USD vásárlóerő paritás)	2023	54.058
Születéskor várható élettartam	2021	83,8
Egészségügyi kiadások (GDP %-a)	2023	9,9
állami (GDP%-a)	2023	6,2
privát (GDP %-a)	2023	3,6
Egy főre eső egészségügyi kiadások (USD vásárlóerő paritás)	2023	5.006
állami (USD vásárlóerő paritás)	2023	3.164
privát (USD vásárlóerő paritás)	2023	1.842
Egészségügyi kiadások finanszírozása (összkiadások %-a)		
adók	2022	17,7
kötelező biztosítás	2022	46,4
privát biztosítás	2023	6,5
privát önrészek	2023	30,3
Kórházi ágyak 1.000 lakosra	2022	12,84
Orvosok (1.000 lakosra)	2022	2,52
Ápolók és bábák (1.000 lakosra)	2022	8,91
CT (1 millió lakosra)	2022	44,45
MRI (1 millió lakosra)	2022	37,46
PET (1 millió lakosra)	2022	3,37
Orvosi konzultációk (évente/lakos)	2022	17,5

OECD Health Statistics

A reformok sokéves halogatása miatt az egészségügy súlyos helyzetbe került. Még nem volt olyan ország, ahol az egészségügyi reform a releváns szakmai csoportok bevonása nélkül sikerrel járt volna. Az orvosok egy részének rossz munkakörülményei nem javíthatók tartósan létszámemelés nélkül. A jelenlegi válsághelyzet legnagyobb tanulsága, hogy a központi egészségügyi közszolgáltatás nem engedhető át a privát piac kénye-kedvének. Minden minőségi és a szükségleteknek megfelelő egészségügyi ellátásnak megvan a maga ára. A hamis ösztönzők és a vélelmezett megtakarítások hosszútávon igencsak sokba kerülhetnek.

Heinz Brock: Az indiai egészségügyi rendszer

Das Magazin für Health Professionals (ÖKZ), 17. Februar 2025, 09:24

Kulcsszavak: egészségügyi rendszer, India

Forrás Internet-helye: <https://www.gesundheitswirtschaft.at/publikation/66-jg-2025-1/das-gesundheitssystem-in-indien-blick-in-eine-andere-welt/>

India gazdasági teljesítménye folyamatosan növekedik. A GDP az elmúlt három évtizedben évente több mint öt százalékkal növekedett. Ez az egészségügy fejlesztésének is kedvez. A források igazságos regionális elosztása mindenestre egyelőre megoldatlan. A gazdasági helyzet és az egészségügyi ellátás fellendülése nem járt a halálozás csökkenésével. A gyermekhalálozás változatlanul magas. A lakosság előregedik, ami fokozza az egészségügyi ellátás iránti igényt. Jóllehet a polio és a HIV/AIDS általi betegségterhet sikerül valamelyest kontrollálni, a tuberkulózis, a malária, a dengue-láz és a chikungunya pusztítását főleg az agglomerációkban nem sikerül megfékezni. További kihívásokat jelentenek az egészségügy számára a nem fertőző betegségek, az alultápláltság és az élelmiszermérgeзések.

2004 óta több fejlesztés bevezetésére került sor. A **National Rural Health Mission (NRHM)** és a **National Health Mission (NHM)** programok a perinatális egészséget és a fertőző betegségeket vették célba. 2010 óta több adóforrás jut a nemzeti költségvetésből a szövetségi államoknak, amelyek hatáskörébe tartozik a népegészségügy és a kórházügy. A 2017-ben bevezetett nemzeti egészségügyi terv a prevencióra, az egészségfejlesztésre és az elsődleges ellátásra helyezte a hangsúlyt. Az ehhez szükséges pénzügyi feltételek biztosítása érdekében emelték az állami egészségügyi kiadások GDP-ből való részesedését (2022: 2%; 2025: 2,5%). 2022-ben Indiában 1.170 *Health and Wellness Center*-t (HWCs) létesítettek, amelyek ingyenes alapellátást biztosítanak, beleértve a diagnosztikát és a távkonzultációkat. Az intézkedések alkalmazása azonban egyes szövetségi államokban szervezeti és adminisztratív okokba ütközik. Az adatok nehezen áttekinthetők, a kormány által rendelkezésre bocsátott pénzügyi források nem jutnak el minden esetben rendeltetésszerűen az egészségügyi szereplőkhöz.

Indiában mintegy húsz éve vezették be az adókból finanszírozott egészségbiztosítást, amelynek szolgáltatási volumene és lakossági lefedettsége az évek során szignifikánsan növekedett. A biztosítók egyre több szolgáltatást vásárolnak az állami és privát szolgáltatóktól és a lakosság egyre nagyobb része számára sikerül biztosítaniuk a (főleg) kórházi ellátást. 2018 óta a *Pradhan Mantri Jan Aarogya Yojana (PM-JAY)* nemzeti biztosítási rendszer több szövetségi állam biztosítóit integrálva 500 millió ember számára nyújt éves biztosítási csomagokat háztartásonként 500.000 rúpia (5.600 EUR) értékben, a különösen nehéz szociális helyzetben élők számára pedig ingyenes szolgáltatási csomagokat biztosít.

<i>Az egészségügyi rendszer paraméterei</i>		IND
Lakosság (millió lakos)	2022	1.417,17
GDP (milliárd USD)	2024	3.889,13
Egy főre eső GDP (USD)	2024	2.697,56
Egy főre eső egészségügyi kiadások (USD vásárlóerő paritás)	2021	263,40
Egészségügyi kiadások (GDP %-a)	2021	3,30
állami (GDP%-a)	2021	1,20
privát (GDP%-a)	2021	2,10
out-of-pocket (egészségügyi kiadások %-a)	2021	49,80
Orvosok (1.000 lakosra)	2019	0,89
Ápolók (1.000 lakosra)	2018	1,55
Kórházi ágyak 1.000 lakosra	2017	0,52
Születéskor várható élettartam	2022	67,70
Gyermekehalálozás (1.000 élveszülésre)	2022	25,50

OECD Health Statistics 2024, Statista 2025

A diagnosztika és a terápia területén minőségügyi standardokat előíró *Clinical Establishment Act* bevezetésére 2010-ben került sor. Ezt azonban csak a szövetségi államok kisebb része alkalmazza, mivel az egészségügyi érdekcsoportok megakadályozták hatályba lépését. A 2013-ban bevezetett gyógyszerársszabályozás célja a gyártók és a betegek érdekeinek kiegyenlítése lett volna, ám a privát piacon egyre több gyógyszert vontak ki ennek hatálya alól.

A gyógyellátások többségét privát szolgáltatók biztosítják: szabadfoglalkozású orvosoknál az ellátások 70%-át, a kórházi ellátások 58%-át, a gyógyszerellátás és a diagnosztikai szolgáltatások 90%-át nyereségorientált vagy privát közhasznú szolgáltatók nyújtják. A privát (out-of-pocket) költségek, különösen a gyógyszerköltségek, egy-egy háztartásnál az összes kiadás mintegy felét teszik ki.

A „nyugati” viszonyokkal szembeni eklatáns különbségek ellenére, India egészségügyi ellátásának előrehaladása mégsem elhanyagolható. A várható élettartam az elmúlt tíz év során három évvel növekedett. A népességszám és annak diverzitása eleve megköveteli az innovációt. Egy Mumbai-ban működő dinamikus startup-közösség és az *Andhra Pradesh MedTech Zone* tökéletes környezetet biztosít az orvostechikai termékfejlesztés számára. Ezek elsősorban a telemedicina és az e-learning területén dolgoznak ki innovatív megoldásokat, amelyek előmozdítják a növekvő ellátási szükségletek fedezését. Indiában virágzik az egészségturizmus, mivel a csúcshívonalú privát orvosi ellátás, amely az indiai lakosság többsége számára nem megfizethető, vonzó és mások számára viszonylag olcsó kínálatával számos beteget vonz a világ minden tájáról.

A svájci egészségügy statisztikai zsebkönyve 2025 (3. rész):
Költségek és finanszírozás –
Gesundheit – Taschenstatistik 2025
Bundesamt für Statistik, Neuchâtel, 2025 (36 p.)

Kulcsszavak: egészségügy, statisztika, költségek, finanszírozás, Svájc

Forrás Internet-helye:

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home.gnpdetail.2025-0287.html>

4. Költségek és finanszírozás

	2022
egészségügyi költségek (millió CHF)	91.482
ebből	
fekvőbeteg gyógyító ellátásokra	19.580
ambuláns gyógyító ellátásokra	19.248
tartós ápolásra, segítségre	18.360
egészségügyi eszközökre	14.559
egészségügyi költségek GDP-hez viszonyított aránya	11,7%
Forrás: BFS – Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (COU)	© BFS 2025

A fekvőbeteg gyógyító kezelések az egészségügyi kiadások 21,4%-át, az ambuláns gyógyító kezelések, beleértve a kórházi kezeléseket, a kiadások 21,0%-át tették ki. A tartós ápolás az időskorúak intézményi ellátására és az otthoni tartós ápolásra (*Spitex*) terjed ki. A tartós ápolásra az egészségügyi kiadások 20,1%-a jutott.

Az egészségügyi kiadások GDP-hez viszonyított aránya 1995 óta 3,1 százalékponttal növekedett, 2022-ben 11,7% volt. Ez Európában a legmagasabb értékek közé tartozik.

2022-ben az egészségügyi kiadások 60%-át a háztartások finanszírozták. Csupán a háztartások által a kötelező betegbiztosításba befizetett díjak az egészségügyi kiadások 30%-át fedezték. Az egészségügyi költségekhez nyújtott állami hozzájárulás 32%-ot tett ki. A közfinanszírozás keretében 10 CHF-ből hat CHF szolgáltatásokhoz nyújtott hozzájárulás, elsősorban a kórházak, az ápolási otthonok és a *Spitex*-szolgálatok részére. A fennmaradó összeg a biztosítók részére nyújtott szubvenció, díjkedvezmény, vagy kiegészítő szolgáltatás és a fogyatékkal élők részére nyújtott kompenzáció az időskorúak és hátramaradt hozzátartozók biztosítása és a rokkantbiztosítás keretében.

***Az egészségügy költségei és finanszírozása Svájcban 2023-ban –
Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2023***

Bundesamt für Statistik (BFS)
Medienmitteilung, 28. 4. 2025, 8.30
14 Gesundheit

Kulcsszavak: egészségügy, költségek, finanszírozás, statisztika, Svájc

Forrás Internet-helye:

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home.gnpdetail.2025-0279.html> ;

A svájci egészségügy 2023-ban 94 milliárd CHF-be került, ami 2,4%-kal több mint az előző évben. Az egészségügy finanszírozásának 60%-át direkt módon vagy betegpénztári díjak formájában a háztartások biztosítják. A Szövetségi Statisztikai Hivatal becslése szerint a költségek 2024-ben több mint 3%-kal növekedhettek.

A többek között kórházak, orvosi praxisok és ápolási otthonok által nyújtott ápolási szolgáltatások költségei 2022 és 2023 között 6,0%-kal, az egészségügyi termékek, gyógyszerek, terápiás készülékek költségei 3,4%-kal növekedtek. Az ápolási szolgáltatásokra és egészségügyi termékekre fordított kiadások együttesen az egészségügyi szolgáltatásokra fordított összköltségek háromnegyedét teszik ki.

2023-ban prevencióra összesen 53,5%-kal fordítottak kevesebbet, mint az előző évben. Ezekre az egészségügyi összköltségek kevesebb mint 2%-a jutott. A laborköltségek 8,9%-kal csökkentek, a radiológia költségei 7,0%-kal, az igazgatási költségek 9,6%-kal növekedtek.

A kórházi költségek 2023-ban az összköltségek 36,3%-át tették ki, 2022 és 2023 között 4,5%-kal növekedtek. Az orvosi praxisok költségei 7,1%-kal, az ápolási otthonoké 4,6%-kal növekedtek. A költségnövekedés a *Spitex*-szolgálatoknál különösen kiugró, 7,9%-os volt, a költségek az összköltségek kevesebb mint 4%-át tették ki.

Az egészségügy legfontosabb költségviselői a privát háztartások, amelyek az egészségügyi összköltségek 21,8%-át saját zsebből, 39,5%-át indirekt járulékok, elsősorban betegbiztosítási díjak formájában fizették. A fennmaradó összeg közfinanszírozásból, azaz a kantonok forrásaiból származik. A háztartások által viselt egészségügyi költségek 2022 és 2023 között 4,7%-kal, a kantonok költségei 1,9%-kal növekedtek.

Jonas Tschantz, BFS, Sektion Gesundheitsversorgung,

Tel.: +41 58 465 90 97, E-Mail: jonas.tschantz@bfs.admin.ch

Medienstelle BFS, Tel.: +41 58 463 60 13, E-Mail: media@bfs.admin.ch

[Lásd még: *A kórházi költségek statisztikája Svájcban 2018-ban*, 2020. 1. sz.; *Az egészségügy költségei és finanszírozása Svájcban*, 2024. II. 2. sz.; 2024. IV. 1. sz.]

***Jelentés a kórházak gazdasági helyzetéről Németországban 2023-ban
Krankenhaus Rating Report 2025 (2 rész): Jövőkép***

RWI - Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung,
Institute for Healthcare Business GmbH (hcb), Bank im Bistum Essen (BIB)
RWI Pressemitteilung vom 06/27/2024

Kulcsszavak: kórházügy, egészséggazdaság, gazdasági helyzet, Németország

Forrás Internet-helye:

<https://www.rwi-essen.de/presse/wissenschaftskommunikation/pressemitteilungen/detail/krankenhaus-rating-report-2025-deutsche-krankenhaeuser-stehen-unter-druck-mehr-als-die-haelfte-schreibt-verluste>

Jövőkép

- A fogyasztói árak inflációjának csökkenése ellenére a **bérinfláció** továbbra is magas marad.
- A jelentés különbséget tesz egy bázis-szenárió és a „koalíciós szerződés” szenáriója között. A **bázis-szenárió** szerint az éves veszteséggel záró kórházak aránya a 2024-es 56%-ról 2030-ig 30% alá csökkenhet és ez a csökkenés a továbbiakban folytatódhat. Ez az arány 2007 és 2019 között átlagosan 25% volt.
- A „koalíciós szerződés” szenáriója figyelembe veszi az új szövetségi kormány tervezett intézkedéseit. A szerzők abból indulnak ki, hogy a kórházak 2025-ben és 2026-ban 2,5 milliárd, ill. 1,5 milliárd EUR összegű egyszeri támogatásokban részesülhetnek. Az **éves veszteséggel záró kórházak** aránya így **2025-ben 23%-ra, 2026-ban 25%-ra csökkenhet**. Ezek az értékek megfelelnek a sokéves átlagnak. Mivel ezek a támogatások 2027-ben kifutnak, az éves veszteséggel záró kórházak aránya **2030-ig ismét elérheti a 34%-ot**.

Reformszükséglet

- A kórházakon kívül a **kötelező betegbiztosítás** és az **Egészségügyi Alap** is súlyos nehézségekkel küszködik. 2024-ben mindkettő csaknem 10 milliárd EUR veszteséget könyvelt el. Következésképpen jelentős mértékben emelni kell a kötelező betegbiztosítás járulékait.
- Ha semmi sem változik, a **béren kívüli munkaerőköltségek** 2035-ig a jelenlegi 42%-ról a bruttóbér több mint 50%-ára növekedhetnek.
- A legfőbb cél a **kezelések számának csökkentése**. Ehhez jobb betegirányításra lesz szükség – pl. a **háziiorvosi rendszer** segítségével, betegirányító központok és az elektronikus betegdokumentum támogatásával. Az egyszerű esetek kezelése az alapellátásra, a komplex kezelésekre a szakorvosokra hárul.

- A **reformszükséglet** különösen a **sürgősségi ellátás** és a **mentőszolgálatok** területén aktuális. A mentőszolgálatokat önálló fejezetként kellene belefoglalni a Társadalombiztosítási Törvénykönyv Ötödik Könyvébe (*Sozialgesetzbuch – SGB V*). A sürgősségi ellátás reformjáról szóló törvénytervezet már elkészült. Egy teljesítőképese és költséghatékony egészségügyi rendszer azonban magasabb **egészségkompetenciát követel a polgároktól**. A mesterséges intelligencia és az elektronikus betegdokumentum sokat segít a rendszerben való eligazodásban és döntéshozatalban. Célszerű lenne még a betegek egészségügyi költség hozzájárulásának szociálisan igazságos formában történő rendezése.
- A jelentés a válsághelyzetekre való felkészülés összefüggésében felveti egy **speciális egészségügyi törvény** bevezetését. Honvédelmi helyzetben a **sebesültek ellátásának koordinációját** a Bundeswehr egészségügyi szolgálatára kellene bízni. Meg kellene vizsgálni, hogy mely kórházak lennének alkalmasak – Izrael és Svédország mintájára – földalatti kezeléseket biztosító létesítmények kiépítésére. Mindezek mellett szükségessé válik a kibertámadások és szabotázs elleni védőmechanizmusok bevezetése.
- A kórházak átépítésére 50 milliárd EUR áll rendelkezésre. Ám Németországban az építkezés sokáig tart – a kérelmezéstől a kivitelezésig akár tíz év is eltelhet. És ez idő alatt a régi telephelyeket is működtetni kell. A személyzet toborzása így nem válik egyszerűbbé és az ellátás minősége sem lesz jobb.
- Ezért szükségessé válik egy – az LNG-terminálok építéséhez hasonló – **gyorsítótörvény** elfogadása. Szövetségi szinten hatályos építési engedélyeket kell kibocsátani, egységesíteni kell az építkezések rendjét, a kérelmeket digitális formában kell bonyolítani. Ha egy kérelemről hat hónap leforgása alatt nem döntöttek, úgy az automatikusan engedélyezettnek számít (fiktív engedélyezés). A kérelmek kezelésével összefüggő bürokrácia csökkentése érdekében célszerű lenne a támogatási források átalányban való kifizetése.
- Az új kormánykoalíció már a koalíciós szerződésben bejelentette első **reformintézkedéseit**, mint a **házi orvosi rendszer** bevezetése és a **sürgősségi ellátás reformja**. Ezeket a jelentés szerzői üdvözlendőnek, de nem elégségesnek tartják. Hiányzó elemek: a betegek önrészeinek szociális kiegyensúlyozása, valamint a kereset volumenének hosszabb időtartamú munkaviszony esetén való emelését célzó intézkedések.
- **Összegezve:** Az új szövetségi kormány egyes kezdeményezései ésszerűek. Ezek azonban **nem elégségesek** a béren kívüli munkaerőköltségek növekedésének feltartóztatásához. Ez egy szakértői bizottságra hárul, amelynek 2027-ig kell előterjesztenie javaslatait. De minél előbb cselekedni kell.

Könyvajánló
A jövő egészségügye
Boris Augurzky – Christian Karagiannidis:
„Die Gesundheit der Zukunft: Wie wir das System wieder fit machen”

Kulcsszavak: egészségügy, egészségügyi reform, rendszertervezés, Németország

Forrás Internet-helye:

https://www.aerztezeitung.de/Politik/Augurzky-und-Karagiannidis-fordern-radikale-Reformen-im-Gesundheitssystem-457265.html?utm_term=2025-03-17&utm_source=2025-03-17-AEZ_NL_DAS-WAR-DER-TAG&utm_medium=email&tid=TIDP3781039XDFF4A052702B4B63BAC562B8C2307C7DYI4&utm_campaign=AEZ_NL_DAS-WAR-DER-TAG

Megrendelhető: <https://www.amazon.de/Gesundheit-Zukunft-Gesundheitssystem-L%C3%B6sungsans%C3%A4tze-Expertensicht/dp/3777634999> ;
<https://www.hirzel.de/die-gesundheit-der-zukunft/9783777634999> ;

Hirzel Verlag GmbH ISBN: 978-3-7776-3499-9

A szerzők: **Boris Augurzky egészségügyi közgazdász** (az *RWI Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung* egészségpolitikai szóvivője) és **Christian Karagiannidis intenzív terápiás orvos** (az *Uni Witten/Herdecke* pneumológiai tanszékének professzora), a kórházi ellátási kormánybizottság tagjai.

A jövőbeli egészségügyi reform három pillére a szerzők szerint:

Egy szociálisan tagolt erőteljesebb költséghozzájárulás, amelynek célja egyebek között az átlagon felüli gyakoriságú és szerintük nem minden esetben szükséges orvoslátogatások (évente átlagosan 9,4) és kórházi tartózkodások (évente 1.000 lakosra 213) számának csökkentése. A biztosítottaknak évente járulékköteles jövedelmük egy százalékát kellene befizetniük egészségügyi szolgáltatásokra. 25.000 EUR jövedelem esetén az önrész határértéke 250 EUR, a jelenlegi 66.150 EUR járulékszámítási határ alatti jövedelemmel rendelkezők számára pedig maximum 66,150 EUR lenne.

Minden kezelés esetén meg kell vizsgálni a költség-haszon arányt, ahogyan az más országokban már bevett szokás. Az élet terápia segítségével való meghosszabbítását és az ezt követő életminőséget össze kell vetni a költségekkel. A szerzők példája: hasonlítsuk össze egy fiatal rákbeteg esetét, akinek egy költséges terápia eredményeként jó esélye van a gyógyulásra, egy demens személyével, aki meszesedett aortabillentyűvel él: „Még ha utóbbit 30.000 EUR-ért meg is műtik, mennyit fog változni az életminősége? Ez egy rendkívül nehéz etikai kérdés, amelyet azonban társadalmi szinten meg kell vitatni.”

Megtakarítások elérése a viszonylag magas gyógyszerköltségek területén. Bizonyos beavatkozások és terápiák körében volumenkorlátozást kell bevezetni.

Túlellátás a németországi kórházakban

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi), 3. März 2025

ISPOR, November 20, 2024

PlosOne, Published: February 18, 2025

Kulcsszavak: kórházügy, ellátáskutatás, gazdaságosság, haszonértékelés, túlellátás, minőségügyi indikátorok, megelőzhető szolgáltatások, Németország

Forrás Internet-helye: <https://www.zi.de/das-zi/medien/medieninformationen-und-statements/detailansicht/24-leistungen-mit-medizinisch-zweifelhaftem-nutzen-identifiziert-darunter-besonders-haeufig-messung-von-schilddruesenhormonen-und-tumormarkerbestimmung> ; [https://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015\(24\)06760-3/fulltext?returnURL=https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1098301524067603?showall=true](https://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015(24)06760-3/fulltext?returnURL=https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1098301524067603?showall=true) ; <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0314864>

A *Technische Universität Berlin*, a *Techniker Krankenkasse (TK)* és a *Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi)* közös tanulmánya 24 orvosilag kétséges haszonnal járó szolgáltatást értékelt: többek között a pajzsmirigy hormonok ellenőrzését, a tumormarkerek indikáció nélküli meghatározását, valamint a migrén esetén indikáció nélkül végzett képalkotó vizsgálatot. Ezeket az orvosi szempontból indokolatlan, megkérdőjelezhető haszonnal járó vizsgálatokat túl gyakran végzik és számolják el. Az „*IndiQ* – Instrumentum kifejtése az indikációk minőségének mérésére és cselekvési szükségletek és stratégiák kidolgozására” c. tanulmányt a **Közös Szövetségi Bizottság (Gemeinsamer Bundesausschuss – G-BA)** 800.000 EUR összeggel támogatta. A projekt vezetője *Verena Vogt* volt (aki korábban Reinhard Busse egészségügyi menedzsment tanszékén dolgozott; jelenleg az *Universitätsklinikum Jena* kutatója).

A munkaközösség a *Techniker Krankenkasse* elszámolási adatait értékelte. Kiderült, hogy a vizsgálatban figyelembe vett, évente 10,6 millió szolgáltatás közül átlagosan 430.000 (4%), ill. 1,1 millió eset (10,4%) nem járt elégséges haszonnal. E szolgáltatások direkt költségei a TK ambuláns szektorában évente 10-15,5 millió EUR-t tesznek ki. 2023-ban a TK jó hétmilliárd EUR-t költött orvosi kezelésekre.

Egy példa: a pajzsmirigy által termelt fT3/fT4 hormonok meghatározása. A szerzők szerint a vizsgálat időtartama alatt 214.347 pajzsmirigy alulműködéssel diagnosztizált beteg részére 315.622 esetben nyújtottak szolgáltatást. A THS-értékek meggyőző indikátornak számítanak. Az fT3/fT4 hormonok mérése már nem biztosít további diagnosztikai eredményeket.

Az elszámolási adatokból kitűnik, hogy évente 50.000 és 60.000 közötti esetben végeztek a rákos megbetegedés diagnózisa nélküli vizsgálatot a tumormarker meghatározására. Így évente 520.000 egyébként megelőzhető költség keletkezett.

Szívbetegségek okozta halálozás az Egyesült Államokban 1970 és 2022 között

Journal of the American Heart Association

(2025; DOI: 10.1161/JAHA.124.038644) ; Published 25 June 2025

Kulcsszavak: népegészségügy, kardiológia, szívbetegségek, halálozás, Egyesült Államok

Forrás Internet-helye:

<https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/JAHA.124.038644> ;

<https://med.stanford.edu/news/all-news/2025/06/heart-attack.html> ;

https://newsroom.heart.org/news/still-top-cause-of-death-the-types-of-heart-disease-people-are-dying-from-is-changing?preview=026c&preview_mode=True

Sara J. King, MD (*Department of Medicine, Internal Medicine Residency, Stanford University School of Medicine*) és *mt.* tanulmánya a *National Vital Statistics System Centers for Disease Control and Prevention Wide-Ranging Online Data for Epidemiologic Research (CDC WONDER)* adatbázis alapján készült. Az elemzés szerint az elmúlt öt évtizedben az Egyesült Államokban a szívbetegségek miatti halálozás okai jelentősen megváltoztak. Az 1970-es években még a leggyakoribb halálok a szívinfarktus volt. Mára a szívelégtelenség, a szívritmuszavarok és a magas vérnyomás okozta szívproblémák kerültek előtérbe. Az 1970-es évek elején a szívinfarktus miatt kórházba került betegek túlélési esélye 60% volt, ma már 90%, ha a beteg időben kórházba kerül.

1970 és 2022 között az életkorral korrigált halálozás rátája 66%-kal csökkent (100.000 lakosra 761-ről 258-ra). 1970-ben a szívbetegség okozta halálozások 91%-át koszorúér-betegségek okozták, ami 2022-re az összes szívbetegség okozta halálozást 53%-ára csökkent. 1970 és 2022 között az akut miokardiális infarktusok miatti életkorral korrigált halálozás 89%-kal (100.000 lakosra 354-ről 40-re), a koszorúér-betegségeké 81%-kal (100.000 lakosra 693-ről 135-re) csökkent. 1970-hez viszonyítva a szívbetegségek egyéb altípusai okozta életkorral korrigált halálozás 81%-kal (100.000 lakosra 68-ről 123-ra) növekedett: legnagyobb mértékben szívelégtelenség (146%-os növekedés), hipertóniás szívbetegség (106%-os növekedés) és szívritmuszavarok (450%-os növekedés) esetén.

Sara J. King: sjking@stanford.edu

Ambuláns konzultációk a sürgősségin 2017 és 2022 között Svájcban

Schweizerischer Gesundheitsobservatorium (Obsan)

OBSAN BULLETIN 10/2024 (02. 10. 2024.) (8 p.)

Kulcsszavak: sürgősségi ellátás, ambuláns ellátás, Svájc

Forrás Internet-helye:

https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2024-09/obsan_bulletin_2024_10_d.pdf

A sürgősségi osztályok per definitionem minden beteget fogadnak, így direkt belépést biztosítanak az egészségügyi rendszerbe. A tanulmány egy 2013 és 2018 közötti korábbi felmérés folytatása. A felmérés a *Patientendaten Spital ambulanz (PSA)* statisztikai adatbázison alapul.

Eredmények

- 2022-ben a kórházak sürgősségi osztályait 2,25 millió ambuláns beteg kereste fel.
- A sürgősségin ellátott betegek költségei 2022-ben meghaladták az egymilliárd CHF-et.
- A sürgősségi igénybevételének rátája a kisgyermek (0-5 év) és fiatal felnőttek (19-25 év) körében volt a legmagasabb.
- A betegek szűk egynegyede több alkalommal fordult a sürgősségihez. Ez az arány 2017 óta növekedett.
- A pandémia idején a sürgősségi osztályokon végzett konzultációk száma, elsősorban a fiatalabb korosztályok körében, megcsappant.

A megfigyelés időtartama (2017–2022) alatt a sürgősségi osztályok igénybevételét 2020-ban és 2021-ben a pandémia is befolyásolta. A sürgősségin 2019-ben 1.000 lakosra 227, 2020-ban 195 (14%-kal kevesebb), 2021-ben 209 beteg jutott. 2022-ben már az igénybevétel erőteljes növekedése volt megfigyelhető: 1.000 lakosra 255 konzultáció jutott, ami naponta 6.166 esetet jelent (2021-hez viszonyítva +22%), ez a pandémia előtti időszakhoz viszonyítva is rekordértéket jelent (2019-hez viszonyítva +12%). 2022-ben a sürgősségin fogadott betegek száma az összes ambuláns konzultáció 9,2%-át tette ki.

Mesterséges intelligencia: átok vagy áldás?

Az MI megítélése az orvosok körében

Medscape, November 14, 2024 (16 slide)

Medscape, 13 Sept 2024 (13 slide) ; ehealth.com. 19. 09. 2024

Kulcsszavak: mesterséges intelligencia, nemzetközi

Forrás Internet-helye:

https://www.medscape.com/slideshow/2024-Europe-docs-and-AI-6017732?_gl=1*1inhiny*_gcl_au*Nzc0MjgxMjUxLjE3MzA5OTYxNzg ;
<https://e-health-com.de/details-news/neue-medscape-umfrage-zu-ki-in-der-medizin/> ; <https://deutsch.medscape.com/diashow/49005024> ;

Kapcsolódó: Public Perception of Physicians Who Use Artificial Intelligence, JAMA Network Open | Vol. 8, No. 7. Published Online: July 17, 2025:
<https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2836557>

A „*European Doctors and AI Report*“ 5.355 német, francia, olasz, spanyol, portugál és brit orvos megkérdezésén alapult. A jelentés szerint az európai orvosok ambivalensen viszonyulnak a mesterséges intelligencia alkalmazásához. A német orvosok többsége szerint a mesterséges intelligencia segítséget nyújthat a diagnosztikai és adminisztratív tevékenységekben. Ugyanakkor 47%-uk elutasítja annak a betegekkel való kommunikációban való alkalmazását. A megkérdezett francia orvosok 46%-a, az olaszok 62%-a nem tudja elképzelni a mesterséges intelligencia kezelésben való alkalmazását.

A német *Medscape-Report* egyik legfontosabb eredménye, hogy az orvosok elsősorban a diagnosztika és a betegdokumentumok összeállítása területén egyre gyakrabban folyamodnak a mesterséges intelligenciához. Németországban az orvosok 13%-a, Spanyolországban és Franciaországban 11%-a alkalmazza a mesterséges intelligenciát a diagnosztika területén. Spanyolországban 12% adminisztratív teendőknél és az elektronikus betegdokumentum szerkesztésénél teszi ezt. A francia és olasz orvosok 20%-a betegségképek keresésére használja a mesterséges intelligenciát.

Kritikus vonatkozás az adatvédelem. A spanyol orvosok 93%-a, a németek és az olaszok 88%-a látná szívesen, ha szigorúbb szabályozásokat vezetnének be. A francia orvosok 45%-ának, a németek 35%-ának vannak kétségei azzal kapcsolatban, hogy a hatóságok eleget tennének az adatvédelem követelményeinek.

Az országok között jelentős különbségek mutatkoznak az *early adopter*-ek aránya tekintetében. Spanyolországban és Franciaországban az orvosok 43-44%-a nyitott a mesterséges intelligencia korai alkalmazására. A megkérdezett országok többségében azonban az orvosok óvatosabban nyilatkoznak. Több mint 50% úgy foglal állást, hogy a mesterséges intelligenciának az orvosi gyakorlatba való bevezetését megelőzően alaposabban meg kellene vizsgálni a fejleményeket.

***Svájci tanulmány a mesterséges intelligencia
segítségével felállított diagnózisok minőségéről***

The Lancet. Digital Health,
Articles Volume 7, Issue 2e136-e144 February 2025 Open access ;
Apud zm-online, 05/2025

Kulcsszavak: e-health, mesterséges intelligencia, Svájc

Forrás Internet-helye:

[https://www.thelancet.com/journals/landig/article/PIIS2589-7500\(24\)00250-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/landig/article/PIIS2589-7500(24)00250-4/fulltext)

Wolf E Hautz, MD (Dr Wolf E Hautz, Department of Emergency Medicine, Inselspital University Hospital Bern) és mt. világviszonylatban első alkalommal vizsgálták a mesterséges intelligencia támogatásával felállított diagnózisok minőségét. A multicentrikus, többperiódusos, klaszter randomizált, kettős vakvizsgálatra négy svájci sürgősségi felvételi osztályon került sor. A meglepő eredmény: a tesztelt rendszer nem nyújt mérhető előnyt a hagyományos diagnosztikai eljárással szemben.

A számítógépes támogatású diagnosztikai rendszereket (*Computerized Diagnostic Decision Support Systems – CDDSS*) a téves diagnózisok számának csökkentése céljából alkalmazzák. A 2022. június 9. és 2023. június 23. közötti felmérés keretében 15.845 esetet vizsgáltak az „Isabel Pro“ CDDSS rendszer segítségével. A résztvevők ≥ 18 éves felnőttek voltak, akik mellkasi fájdalmak, ismeretlen okból származó láz, ájulás, vagy nem specifikus tünetek miatt fordultak sürgősségihez.

Prof. Dr. med. Wolf Hautz kutatásvezető következtetése szerint a betegek 18%-ánál mind a mesterséges intelligencia nélküli, mind az azzal támogatott fázisban kételyek merültek fel a diagnózis minőségével kapcsolatban. A csoportok között a nem kívánt súlyos következmények és a svájci frankban számított költségek tekintetében nem volt különbség. A tanulmány az optimalizált technológia és az orvosi személyzet alapos felkészítése ellenére sem bizonyította a CDDSS alkalmazásának releváns előnyét. A diagnosztikai eljárás mesterséges intelligencia általi támogatása nem bizonyított mérhető eredményt. Függetlenül attól, hogy az orvosi, gazdasági vagy eljárási szempontokat vesszük-e figyelembe.

Társfinanszírozó: a Schweizerischer Nationalfonds (SNF) „Digitale Transformation“ (NFP 77) nemzeti kutatási programja.

Wolf E Hautz, MD: wolf.hautz@insel.ch

Mentális egészség humanitárius katasztrófák idején és után

World Health Summit Berlin, 13-15 October 2024

Apud Medscape, 30 Okt 2024

Kulcsszavak: népegészségügy, lelki egészség, mentális egészség, humanitárius katasztrófák, nemzetközi

Forrás Internet-helye: https://deutsch.medscape.com/artikelansicht/4914339#vp_1 ;
<https://www.youtube.com/watch?v=zv0evRPsY3s> ;

New WHO guidance calls for urgent transformation of mental health policies, 25 March 2025: <https://www.who.int/news/item/25-03-2025-new-who-guidance-calls-for-urgent-transformation-of-mental-health-policies>

A *World Health Summit (Berlin, 2024. október 13-15.)* keretében tartott pódiumbeszélgetés résztvevői (érintettek, népegészségügyi szakértők, politikusok) a humanitárius válságok lelki egészségre gyakorolt következményeit vitatták meg.

Az *Egészségügyi Világszervezet* szakértője szerint a katasztrófaövezetekben öt közül egy érintett lelki zavarokban szenved. Az *ENSZ Menekültügyi Ügynökségének (UN High Commissioner for Refugees) – UNHCR*) egyik kezdeményezése a kórházak közötti partnerségi kapcsolatok keretében próbál segítséget nyújtani az érintettek számára a tapasztalatok feldolgozásában. Ez 185 projektre terjed ki a világ 56 országában.

Dr Mark van Ommeren (Head of the Mental Health Unit at WHO headquarters) úgy látja, hogy azok az emberek, akik átélték egy humanitárius válság élményeit, csak hosszútávon tudják meghaladni az elszorodott stresszt. Becslése szerint a konfliktusoknak kitett személyek és ennek következtében lelki zavarokban szenvedő személyek száma az elmúlt tíz évben csaknem megduplázódott (arányuk 13%-ról 22%-ra növekedett).

Khumbize Kandodo Chiponda (Malawi egészségügyi minisztere) arról számolt be, hogy a Szomáliai-félszigeten (Afrika szarván) bekövetkezett áradás után az érintettek megkapták a szükséges sürgősségi segélyeket, szükségsszállásokat, élelmiszert, gyógyszereket, a katasztrófa azonban súlyos lelki károkat okozott. A lelki tanácsadást is az azonnali segítség részévé kell tenni.

Dr. Zeinab Hijazi klinikai pszichológus (a UNICEF Global Mental Health osztályának vezetője) úgy véli, hogy a válságövezetekben a gyermekek lelki sérülései a legsúlyosabbak. Jelenleg 200 millió gyermek él fegyveres konfliktusok sújtotta övezetekben, 43 millió gyermeket elűztek hazájából és 224 millió gyermek számára elérhetetlen az iskolalátogatás. Ezzel kapcsolatban több keretprogram készült, egyebek között a „*Mental Health and Psychosocial Support Minimum Service Package*“ of the *Inter-Agency Standing Committees (IASC)*. Kritikus hiány mutatkozik a szükséges szakemberek tekintetében. A kormányokra és egészségügyi szolgáltatókra hárul a feladat, hogy közösségi szinten, az egészségügyi alapellátás, vagy a gyermekvédelem keretében biztosítsák a gyermekek lelki egészségének keretfeltételeit.

A lelki egészség helyzete Svájcban 2022-ben. A lelki egészség költségei

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

OBSAN BULLETIN 11/2024 (8 p.)

Kulcsszavak: népegészségügy, lelki egészség, költségek, Svájc

Forrás Internet-helye:

<https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/2024-psychische-gesundheit> ;
https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2024-11/obsan_bulletin_2024_11_d.pdf

- 2022-ben a lakosság többsége boldognak vagy kevésbé depresszálnak érezte magát. A közepesen súlyos és súlyos depressziós tünetek azonban, főleg fiatalok körében, gyakoribbak voltak mint 2017-ben.
- A svájci lakosság 8%-a az elmúlt 12 hónap során pszichés problémák miatt kezelésben részesült. Ez az arány a vizsgált években folyamatosan növekedett.
- 2022-ben a 17-18 évesek legalább 65%-át utalták be pszichiátriára, a 17 éven aluliak 15%-át felnőttpszichiátrián kezelték. Ez valamivel kevesebb mint 2021-ben.
- A feltételezett öngyilkossági kísérletek miatti hospitalizációk száma lányoknál stabilizálódott, a tendencia a fiúk körében növekedett.

2022-ben a kötelező betegbiztosítás költségei a pszichiátria területén 2,6 milliárd CHF-et tettek ki, ami a kötelező betegbiztosítás összköltségeinek 6,8%-a (38,5 milliárd CHF). Ez az arány 2006 óta 6,6% és 7,3% között ingadozik. A kötelező betegbiztosítás pszichiátriára fordított költségei 2006 óta folyamatosan növekednek. A növekedés 2021 és 2022 között +3,4%-ot tett ki.

Két évtizeden keresztül az ambuláns (pszichiátriai és egyéb) praxisok viselték a pszichiátria legnagyobb költségét. 2022-ben ez 44,4%-ot, ill. 1,2 milliárd CHF-et tett ki. Ha ehhez hozzávesszük a pszichológus pszichoterapeuták új kategóriáját (4,1%) akkor az ambuláns praxisok költségei összesen 48,6%, ill. 1,3 milliárd CHF-et tesznek ki. Az ambuláns pszichiátriai praxisok költségei a megfigyelés időszakában 2021 és 2022 között első alkalommal csökkentek (-4,8%).

Az ambuláns kórházi szektorra a pszichiátriai költségek 18,5%-a, ill. 487 millió CHF, a fekvőbeteg kórházi szektorra azok 32,2%-a, ill. 849 millió CHF jutott.

A kötelező betegbiztosítás által az ápolási otthonokban előforduló pszichoszociális esetekre fordított költségek 19 millió CHF-et, a pszichiátriai összköltségek 0,7%-át tették ki. A kötelező betegbiztosítás csak az orvosi költségeket fizeti ki, ami az ilyen otthonokra jutó költségek elenyésző része.

[Lásd még: *A lelki egészség helyzete Svájcban*, 2016. 35. sz.; 2017. 36. sz.; 2018. 25. sz.; 2019. 22. sz., 2021. 5-6. sz.; 2022. 14. sz.; 2023. IV. 1. sz.]

A lelki egészség helyzete Németországban 2015 és 2022 között
Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi)
Versorgungsatlas-Bericht Nr. 24/06

Kulcsszavak: népegészségügy, lelki egészség, érzelmi zavarok, személyiségzavar, depresszió, alvászavarok, alkalmazkodási zavarok, szomatoform zavarok, táplálkozási zavarok, elszámolási adatok, Németország

Forrás Internet-helye: <https://www.versorgungsatlas.de/themen/alle-analysen-nach-datum-sortiert/148/einleitung/> ;
https://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/148/VA-24-06_Inzidenz_PsychStoerungen_Erwachsene_final_oL.pdf

Lapzárta előtt: A szív- és érrendszeri betegségek, valamint a pszichés és viselkedési zavarok költségei 2023-ban az egészségügyi direkt összköltségek (491,6 milliárd EUR) 26%-át okozták, In: Krankheitskostenrechnung Berichtsjahr 2023. Gesundheitsberichterstattungssystem des Bundes (GBE), Pressemitteilung vom 8. August 2025 - 293/25:

https://www.gbe-bund.de/gbe/isgbe.news?p_sprache=D&p_news_id=1406&p_typ=N

A Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) „37 pszichés zavar incidenciatrendjei 2015 és 2022 között” c. jelentése az ellátási atlasz (*Versorgungsatlas*) keretében jelent meg. Az adatbázist a szerződött orvosok és pszichoterapeuták a 2013 első negyedéve és 2023 harmadik negyedéve közötti szövetségi szintű elszámolási adatai képezték. Az orvosok 2022-ben 7,52 millió biztosítottnál diagnosztizáltak pszichés zavart vagy alkalmazkodási zavart, akiknek azt megelőzően két tünetmentes évük volt. A leggyakoribb diagnózisok: alkalmazkodási zavarok (29%), szomatoform zavarok (27%) és depressziós epizódok (18%).

A depressziós zavarok incidenciája a 18 és 24 év közöttiek körében 26%-kal, a 25 és 29 év közöttiek körében 12%-kal növekedett, a 30 év fölöttiekénél 17%-kal csökkent. A nők sokkal gyakrabban érintettek mint a férfiak. Az első diagnózisok aránya a nők körében 63,7%.

Az alvászavarok incidenciája 2015 és 2022 között 70 és 74 év közöttiekénél 10%-kal, 25 és 29 év közöttiekénél 38%-kal növekedett.

A szorongásos és megterhelési zavarok incidenciája tartósan növekedett, a táplálkozási zavaroké 2021 és 2022 között enyhén csökkent.

A szomatoform zavarok aránya minden korcsoportnál és régióban csökkent, a nők körében azonban az incidencia rátája jelentős mértékben növekedett (az esetek 70%-a).

[Jelentés a pszichoterápia helyzetéről Németországban 2021-ben. A lelki egészség költségei, 2023. IV. 1. sz.]

Depresszió-Barométer – 8. Deutschland-Barometer Depression 2024
Stiftung Deutsche Depressionshilfe und Suizidprävention (31 slide)

Kulcsszavak: népegészségügy, lelki egészség, depresszió, Németország

Forrás Internet-helye:

<https://www.deutsche-depressionshilfe.de/forschungszentrum/deutschland-barometer-depression/familie-und-depression?file=files/cms/downloads/barometer-2024/deutschland-barometer-2024-familie-depression-grafikband-presse.pdf&cid=25170> ;
<https://www.deutsche-depressionshilfe.de/forschungszentrum/deutschland-barometer-depression>

A **Stiftung Deutsche Depressionshilfe und Suizidprävention** felmérésére 2024 szeptemberében került sor 5.000 személy online megkérdezésével. A depresszió a megkérdezettek 45%-át érinti direkt módon saját megbetegedés (24%) vagy indirekt módon öröklődés útján (26%). Az esetek 5%-ánál mind a direkt megbetegedés, mind az örökletesség helyzete fennáll.

A depresszió egyéves prevalenciája 8,2%, ami azt jelenti, hogy 5,3 millió személyt érint a felnőtt lakosság (18 és 79 év közöttiek) körében. A depresszió gyakorisága nőknél kétszer akkora mint férfiaknál.

A felmérés eredményei szerint a depressziós megbetegedések által a családok számára okozott megterhelés ellenére, a család sok beteg számára jelenthet támaszt:

- Az érintettek 46%-a válaszolta, hogy családjá mellette áll és nincs egyedül.
- 41%-nak a családtagok szoltak, hogy valami nincs rendben.
- 38%-ot a hozzátartozók bátorítottak, hogy kérjen professzionális segítséget.
- 34% a család támogatásában részesül a mindennapi élet dolgaival való megküzdésben.

A megkérdezett hozzátartozók 77%-a válaszolta, hogy a depresszió megterhelő a család számára. 81%-uk rendkívül megterhelőnek érzi, hogy a beteg gondjaival is foglalkoznia kell. 73% számára a beteg motiválatlansága és érdektelensége jelent nehézséget.

A hozzátartozók bekapcsolódása a kezelésekre: az érintettek 84%-a jelzi, hogy hozzátartozóikat nem vonják be a kezelésbe, a hozzátartozók 39%-a pedig ezt megterhelésnek fogja fel.

Finanszírozás: Deutsche Bahn Stiftung.

[Lásd még: *Depresszió-Barométer 2018 – Deutschland-Barometer Depression 2018, 2019. 2. sz.*]

A depresszió genetikai kockázati tényezői

Cell, January 14, 2025

Kulcsszavak: népegészségügy, lelki egészség, depresszió, nemzetközi

Forrás Internet-helye:

[https://www.cell.com/cell/fulltext/S0092-8674\(24\)01415-6](https://www.cell.com/cell/fulltext/S0092-8674(24)01415-6)

Egy nemzetközi kutatócsoport a depresszió mintegy 300 új genetikai tényezőjét tárta fel. A nagyszabású vizsgálat ötmillió ember adatain alapult a világ 29 országából. A *Psychiatric Genomics Consortium* munkaközösségét a *University of Edinburgh*, a *King's College London* és a *Zentralinstitut für Seelische Gesundheit (ZI) Mannheim* koordinálta. A kutatásban többek között dél-afrikai, brazil, mexikói, amerikai, ausztrál, tajvani és kínai szakértők vettek részt. Az újonnan felfedezett genetikai variációk közül százat afrikai, kelet-ázsiai, hispán és dél-ázsiai származású emberek adataiból azonosítottak.

A világviszonylatban eddig legnagyobb és legsokrétűbb genetikai vizsgálat 300 új genetikai variáció összefüggését tárta fel a depresszióval kapcsolatban. Így a depresszió új genetikai kockázatait azonosították, amelyek az összes népességcsoportra kiterjednek.

A depresszió eddigi genetikai kutatása elsősorban eredetileg Európából származó populációkra összpontosított. A genetikai alapon fejlesztett terápiák ezért más etnikumoknál nem voltak hatékonyak, ami csak növelte a jelenlegi egészségügyi egyenlőtlenségeket.

A kutatók összesen 700 variációt azonosítottak, amelyek összefüggésbe hozhatók a depresszió kialakulásával. E variációk csaknem fele 308 specifikus génre vonatkozik, amelyeket még soha nem hoztak összefüggésbe a depresszióval.

Egy katonaorvos Napóleon hadseregében: Baron Dominique Jean Larrey

Univadis from Medscape, 28. 02. 2025

Kulcsszavak: orvostörténet, katonaorvosok, Baron Dominique Jean Larrey, Franciaország

Forrás Internet-helye: https://www.univadis.de/viewarticle/710c86e2-f979-4c5f-91c9-7236c464d24e?uuid=710c86e2-f979-4c5f-91c9-7236c464d24e&uac=347207CJ&u=g7Nnk16ewguWS5hWLN23V%2F9E96keG%2B95Js9Lm6D2gtUl4Soq8URsQKrZlarLAUYJ&ecd=wnl_all_250303_uniday_MUDDE_5452150&utm_source=automated&utm_medium=email&utm_campaign=auto_de_daily_medupdates&utm_content=5452150&utm_term=&sso=true ;
https://en.wikipedia.org/wiki/Dominique_Jean_Larrey ;
https://hu.wikipedia.org/wiki/Dominique-Jean_Larrey



Dominique-Jean Larrey, báró (Beaudéan, Hautes-Pyrénées, 1766. július 8. – Lyon, 1842. július 25.) francia orvos, hadisebész, a sürgősségi sebészet megalapozója.

1787-ben kezdte pályafutását a királyi haditengerészetnél.

Orvosőrnagy az Invalidusok kórházában.

1792: orvosőrnagy a forradalmi Rajnai hadseregnél.

1792-ben elsőosztályú sebészként Nicolas Luckner marsall seregében megszervezte a gyors járművekkel felszerelt mozgó mentőszolgálatot.

1794-ben a Toulonban állomásozó 14. köztársasági hadsereg fősebésze.

1796-ban rövid ideig az anatómia és katonai sebészet professzora a párizsi Val-de-Grâce katonai gyakorló kórházban.

1796-ban megbízták az itáliai hadsereg kórházainak felügyeletével, majd kinevezték az egyiptomi hadsereg vezető sebészévé.

1802-ben a Konzuli Gárda fősebésze.

1804-ben megkapta a Becsületrend egyik első tiszti keresztjét.

1805-ben a hadsereg egészségügyi szolgálatának főfelügyelője és a Császári Gárda fősebésze.

1809-ben a Császárság bárójává nevezték ki a wagrami csatamezőn.

1810-ben a katonai egészségügyi szolgálat főfelügyelője.

A Császári Gárda fősebészeként részt vett az Első Császárság valamennyi hadjáratában. 1812 február 12-én a Nagy Hadsereg fősebésze lett. Amikor a waterlooi csatatéren megsebesült, a poroszok fogságába került, és már közel állt az agyonlövéshez, de a poroszok Blücher parancsára, akinek fiát lelkiismeretesen gondozta, végül is szabadon engedték.

A restauráció alatt mellőzték, de a júliusi monarchia idején visszahívták. Az első között volt, akiket XVIII. Lajos 1820-ban kinevezett a Királyi Orvosi Akadémia tagjaivá. 1829-ben az *Institut de France*-hoz tartozó Francia Tudományos Akadémia tagjává választották.

Utolsó éveiben a hadsereg egészségügyi tanácsának tagja. Ebben a minőségében 1842-ben egészségügyi szemlét végzett Algériában, ahol megbetegedett és nyolc nappal később 1842. július 25-én Lyonban elhunyt. A Père-Lachaise temető 37. parcellájában temették el.

Az Első Császárság leghíresebb orvosa volt. A Sierra Negra-i csatában egyetlen nap alatt nem kevesebb, mint 200 sebesültet amputált. Abban a korban, amikor még nem létezett érzéstelenítés, képes volt egy percen belül elvégezni egy végtagamputációt. Ő vezette be a „mozgó ambulanciák” rendszerét, amelyekkel baráti és ellenséges sebesülteket egyaránt elszállított azért, hogy el tudja látni őket, nemzetiségtől és rangtól függetlenül.

Az egyiptomi és a szíriai hadjárat során alkalmazta a lárvaterápia módszerét. Ez az ókorban is használt módszer azt jelenti, hogy a fertőzött sebekre olyan légylárvákat helyeznek, amelyek csak a fertőzött-bomló szöveteket eszik meg, és ezzel megtisztítják azokat a fertőzéstől.

Ő vezette be a terápiás hipotermia alkalmazását. Megfigyelte, hogy a hidegtől megviselt katonáknál nem a hideg, hanem a túl gyors felmelegedés okozta a fő problémát. Rájött, hogy azok a katonák, akik direkt a tűznél melegedtek, gyakran szenvedtek üszkösödést. Megoldásként azt javasolta, hogy a katonák dörzsöljék hóval a kihűlt testrészeket, majd azt „szeszes tonikumokkal”, brandyvel vagy ecettel borogassák.

Megfigyelte továbbá, hogy a katonák fagyott végtagjuk amputációja során kevésbé érzékelték a fájdalmat. Ezzel kapcsolatban jött rá, hogy az alacsony hőmérséklet alkalmas fájdalomcsillapításra és sokkprevencióra.

A világ legidősebb gyógyszerésze
Guinness World Records, 01 April 2024
The Japan Times, Mar 6, 2025

Kulcsszavak: gyógyszerész, infotainment, Japán

Forrás Internet-helye:

<https://www.japantimes.co.jp/news/2025/03/06/japan/oldest-pharmacist/#Echobox=1741252409> ;

<https://www.guinnessworldrecords.com/world-records/71607-oldest-practising-pharmacist>



A **Guinness Rekordok Könyve** 2024 áprilisában az akkor 101 éves és 196 napos Kesa Hatamoto-t nevezte meg a világ legidősebb praktizáló gyógyszerészeként.

Hetven éve dolgozik a gyógyszertárban és a mai napig a hét hat napján 10:00 és 18:00 óra között áll az ügyfelek rendelkezésére. Nyugdíjra 102 évesen sem gondol.

Eredetileg tanítónő szeretett volna lenni, apja tanácsára azonban a gyógyszerészpálya mellett döntött, amely lehetőséget nyújt az élethosszig való munkavégzésre.

Kezdetben egy laborban dolgozott, majd 1952-ben megalapította az »Anzen«-gyógyszertárat. Az »Anzen« szó biztonságot jelent és ez bevallása szerint mind a betegek, mind saját pénzügyi biztonságára vonatkozik. A névválasztás előzménye, hogy férje egy alkalommal kölcsönt adott egy barátjának, aki aztán visszaélt a házaspár bizalmával, a család pedig nehéz pénzügyi helyzetbe került.

Jelenleg gyermekei is segítségére vannak, de még mindig rengeteg teendőt végez a gyógyszertárolás, a megrendelések és a gyógyszerküldés területén. Meggyőződése, hogy évtizedeken keresztül sikerült hozzájárulnia a patika sikeréhez.

A Guinness Rekordok Könyve 2018. május 24-én még az ugyancsak japán, 95 éves Eiko Hiruma-t jelölte meg a világ legidősebb praktizáló gyógyszerészeként.

Egészségügyi rendszerek (Az ÖKZ cikksorozata) – egységes szerkezetben

Heinz Brock: A brit egészségügyi rendszer

Das österreichische Gesundheitswesen (ÖKZ), Jg. 63 (2022) 8-9. 14.09.2022

Forrás Internet-helye: <https://www.gesundheitswirtschaft.at/publikation/63-jg-2022-8-9/vater-aller-nationalen-gesundheitssysteme/> ;
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9628290/>

A **Nemzeti Egészségügyi Szolgálat (National Health Service)** az Egyesült Királyság háború utáni legnagyobb vívmányai közé tartozik. Azt is mondhatnók, az összes európai egészségügyi rendszer atyja. Az 1948-ban alapított szolgálathoz való viszonyulás tekintetében a britek körében a szarkazmus nem áll messze a nemzeti büszkeségtől. Az NHS érdemdús képviselőinek kitüntetése alkalmával II. Erzsébetből is kibuggyant a kaján kérdés: „*You are still alive?*” Minden kritika ellenére az NHS a britek identitásának része. Megalapítása óta változatlanul széleskörű hozzáférést biztosít a teljes lakosság számára, függetlenül a betegek fizetőképességétől.

Finanszírozás és szervezet

A szolgáltatások igénybevételére való jogosultság kritériumai különbözők. Az egészségügyi ellátások szervezésével és biztosításával összefüggő felelősséget az 1990-es évek végén a londoni kormányról átruházták Anglia, Skócia és Észak-Írország kormányaikra. Az egyes országrészekben a helyi ellátást tervező és szervező intézmények jöttek létre: Angliában az *Integrated Care Systems*, Skóciában és Wales-ben a *Scotland, ill. Wales Health Boards*, Észak-Írországban a *Health and Social Care Board*. Az NHS stratégiájának végrehajtásáért Skóciában, Wales-ben és Észak-Írországban az adott egészségügyi miniszterek illetékesek, Angliában a szerepkör megoszlik az egészségügyi miniszter és az NHS között. Az *Integrated Care Systems (ICS)* bevezetésével az NHS az egyes régiókban működő egészségügyi szolgáltatók legmagasabb szintű rendszerbe szerveződését és koordinációját lehetővé tevő reformot hajtott végre. Az egyes ICS-ek 250.000-5.000.000 ember ellátásáról gondoskodó „körzetekre” („*places*”), ezek pedig 30.000-50.000 embert ellátó „szomszédságokra” („*neighbourhoods*”) tagolódnak.

Szűkös finanszírozás melletti magas hatékonyság

Az NHS egészségügyi személyzettel, kórházi ágyakkal és diagnosztikai nagyberendezésekkel való ellátottsága meglehetősen szerény. A Brexit miatt most már a szakképzett külföldi munkaerő sem áll rendelkezésre. Az alulellátást a hosszú várólisták jelzik. Kétségtelen, hogy a brit egészségügyi rendszert szűkös személyzeti és pénzügyi erőforrások jellemzik, azt azonban senki sem vetheti az NHS szemére, hogy nem használná hatékonyan a rendelkezésére álló erőforrásokat. Az angol *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)*, a *Scottish Medicines Consortium (SMC)* és az *All Wales Medicines Strategy Group (AWMSG)* több évtizedes munkájának tulajdonítható, hogy az NHS világviszonylatban példamutató, tudományosan megalapozott és transzparens rendszerrel rendelkezik az új kezelési eljárások klinikai és költséghaszon értékelése területén. A NICE 20.000-30.000 GBP fölött már nem ajánlja új terápiás eljárásoknak az NHS szolgáltatási katalógusába történő felvételét, ha a

beavatkozással egy minőséggel korrigált életév (*QALY – Quality-adjusted life year*) nyerhető.

Fejkvóták és a szolgáltatásokért járó honorárium

Az NHS keretében nem biztosított szolgáltatások privát befizetésekkel és privát biztosítással érhetők el, ám az Egyesült Királyságban mindkét ilyen forma csekély jelentőséggel rendelkezik. Angliában 2021. óta az ún. „*Independent Sector*” keretében kínálkozik ilyen lehetőség. Az általános orvosok szabadon választhatók és kapuőr funkciót töltenek be. Szakorvosi és kórházi ellátáshoz általános orvostól való beutalóra van szükség. Az általános orvosok jövedelme fejkvótákból és szolgáltatásokért járó honoráriumokból áll össze. A honoráriumokról szóló alkufolyamatra a befolyásos *British Medical Association (BMA)* és az NHS között, a szerződéskötésre egy-egy praxissal (nem orvossal) kerül sor. A fix fizetéssel járó alkalmazotti szerződések trendje növekedik. A brit egészségügyi ellátás erőteljesen az elsődleges szektorra épül. Ez az általános orvosok mellett az ápolókra, bábákra, fogorvosokra, gyógyszerészekre és a helyi hálózatokban résztvevő más foglalkozásokra terjed ki.

<i>Az egészségügyi rendszer paraméterei</i>	UK	Év
Lakosság (millió lakos)	67,4	2022
Az egészségügy GDP-ből való részesedése (%)	9,9 12	2019 2020
Születéskor várható élettartam	80,4	2020
Megelőzhető halálesetek (évente 100.000 lakosra)	123	2019
Egy főre eső egészségügyi kiadások (USD vásárlóerő paritás)	5.019	2020
„out-of-pocket” (egészségügyi összkiadások %-a)	17,2	2020
Privát biztosítások (egészségügyi összkiadások %-a)	4,6	2020
Praktizáló orvosok (1.000 lakosra)	3,18	2021
Praktizáló ápolók (1.000 lakosra)	8,46	2020
Kórházi ágyak (1.000 lakosra)	2,4	2020

OECD Health Data 2020

Sürgősségi ellátás

Az NHS különbséget tesz sürgősségi ellátás (*Emergency care*) és sürgős ellátás (*Urgent care*) között. Előbbiek az akut életveszélyes állapotokat és baleseteket értik, amelyek azonnali és intenzív ellátást igényelnek. Ezeket a mentőszolgálatok és sürgősségi osztályok látják el. Utóbbiak nem járnak ugyan közvetlen életveszéllyel, de elsőbbségi kezelést igényelnek, amelyeket a sürgősségi hívószámon (NHS 111) keresztül az erre a célra szolgáló ügyeletnél működő gyógyszerészeti vagy általános orvosi tanácsadóhoz irányítanak.

NHS 75. Jelentés a brit állami egészségügyi szolgálat helyzetéről

King's Fund, 26 June 2023

Heinz Brock: Az NHS válsága

Das österreichische Gesundheitswesen, ÖKZ, Jg. 64 (2023) 6-7. (26-28. p.) (nyomt.)

Forrás Internet-helye: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/nhs-compare-health-care-systems-other-countries>

Summary (4 p.):

https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/2023-06/how_NHS_%20compares_%20summary_2023.pdf

Report (120 p.):

https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/2023-06/How_NHS_compare_2023.pdf

A *National Health Service (NHS)* július 5-én ünnepelte megalapításának 75. évfordulóját. Idén ezen a napon istentiszteletet tartottak a *Westminster Abbey*-ben az orvosok és ápolók tiszteletére. A szervezet jelenlegi állapotáról jelentést tett közzé a *King's Fund* közhasznú szervezet, amely az OECD adatai alapján 19 ország egészségügyi rendszerével hasonlította össze az NHS-ben uralkodó állapotokat. Ezek szerint a halálozási ráta Nagy-Britanniában agyvérzés esetén a legmagasabb, szívinfarktus esetén a második legmagasabb. Az egy betegre jutó orvosok és ápolók száma Nagy-Britanniában a legalacsonyabb. Japánban egymillió lakosra 166,7 CT- és MRT-készülék jut, Nagy-Britanniában 16,1. 2023 áprilisban 7,42 millió beteg várt rutinellátásra, csaknem 3,1 millió ember volt több mint 18 hétig várólistán, de több mint 371.000 egy évnél is hosszabb ideig várakozott. A tavaly nyári orvossztrájkok miatt mintegy 650.000 vizsgálati időpontot és műtétet kellett elhalasztani.

Heinz Brock, a Das österreichische Gesundheitswesen (ÖKZ) kolumnistája egyebek között a Brexit tükrében elemezte az NHS válságát. A „Nuffield Trust” agytröszt elemzése szerint a kilépés következtében a külföldi orvosok és ápolók tömegesen távoztak az országból, emiatt a brit egészségügyi rendszerből a legfontosabb szakterületeken 4.000 európai orvos hiányzik. [<https://www.theguardian.com/society/2022/nov/27/brexit-worsened-shortage-nhs-doctors-eu>] 2010. óta többször is megnyirbálták az NHS költségvetését, 2010 és 2019 között az egy főre eső egészségügyi kiadások mindössze 27%-kal növekedtek (Ausztriában 32%-kal), A *British Medical Association (BMA)* elemzése szerint az ellátórendszer finanszírozási hiánya 70 milliárd EUR-t tesz ki. Az NHS Angliában 1,5 millió, Skóciában, Wales-ben és Észak-Írországból további 350.000 foglalkoztatottal rendelkezik. De az orvosi állások hat százaléka és az ápolói állások tizenegy százaléka betöltetlen. Az orvosok 30%-a és az ápolók 20%-a külföldi vagy külföldön szerezte képesítését. Többségük Indiából, Pakisztánból és Nigériából származik. 2011-ben a 66.211 orvos 20%-a származott EU-tagállamokból, arányuk 2015-ben hét százalékra esett vissza.

Heinz Brock: A francia egészségügyi rendszer

Das österreichische Gesundheitswesen (ÖKZ), 64. Jg. (2023) 10.; 17. Okt. 2023, 09:28

Forrás Internet-helye: <https://www.gesundheitswirtschaft.at/publikation/64-jg-2023-10/das-gesundheitssystem-in-frankreich-vive-la-difference/>

A francia egészségügyi rendszer nem sorolható sem a Bismarck-, sem a Beveridge típusú modellhez, esetleg mindkettőhöz egyaránt. Strukturálisan társadalombiztosításra épül. Az állami finanszírozás, az adóalapú forráskezelés és az állam erőteljes beavatkozási lehetőségei folytán azonban ez egy nemzeti egészségügyi szolgálat elveinek felel meg. A kötelező állami biztosítás csaknem a teljes lakosságra kiterjed, de jelentős költséghozzájárulásokat tartalmaz, a látássegítő eszközök, hallókészülékek és a fogászat területén pedig nem kevés kívánnivalót hagy maga után. Ezért aztán a lakosság 95%-a rendelkezik önkéntes kiegészítő biztosítással. Ezek a kiegészítő biztosítások többnyire a foglalkoztatási szerződésekbe foglaltatnak, ami az állami biztosítással együtt azt eredményezi, hogy az egészségügyi szolgáltatásokhoz fizetett privát önrészek (*out-of-pocket-payments*) az EU és az OECD tagállamai közül Franciaországban a legalacsonyabbak.

A betegek választási szabadsága az elsődleges ellátók, szakorvosok, kórházi ambulanciák és kórházak vonatkozásában csaknem korlátlan. Az általános orvosok kapuőr funkciója 2004 óta csak indirekt módon működik, miután a beutaló nélküli szakorvosi konzultációk honoráriumait csak csökkentett mértékben térítik. Az orvostársadalom teljes vállalkozási szabadsággal rendelkezik, az orvosok magán- és csoportpraxisok, egészségügyi központok és sürgősségi ambulanciák, valamint az állami és privát kórházakban működő ambuláns és fekvőbeteg osztályok között válogathatnak. A fekvőbeteg szolgáltatások tarifáit, valamint a gyógyszerek és gyógyászati eszközök árait egyaránt a minisztériumok szabják meg. Am sem az ambuláns, sem a fekvőbeteg szektorban nem szabnak meg volumenkorlátokat, ami természetesen a jövedelmi célokat követő teljesítménynyújtást ösztönzi. Az állami kórházak vonzerejének erősítése érdekében a francia kormány 2021-ben 15-20%-kal emelte a kórházi alkalmazottak fizetését és megkönnyítette az orvosok számára, hogy az állami kórházakban kiegészítő tevékenységként privát betegeket fogadjanak.

A franciák születéskor várható élettartama 82,4 év, meghaladja az európai átlagot. A rendszer személyügyi ellátottsága alacsony, ennek ellenére világviszonylatban a legdrágábbak közé tartozik. Ez négy tényezőnek tulajdonítható: Először, az ambuláns szektorban a szolgáltatások volumenkorlát nélküli térítése magas szolgáltatásvolument gerjeszt. Másodszor, a fekvőbeteg, ambuláns és elsősorban sürgősségi kórházi ellátáshoz való akadálytalan hozzáférés magas költségeket eredményez a kórházi szektor számára. Harmadszor, a gyógyszerfogyasztás mértéke példátlan, a generikumok aránya azonban alacsony, ami a biztosítók általi csaknem univerzális költségfedezetnek tulajdonítható. Negyedszer, az állami kötelező biztosítás és a kiegészítő biztosítások párhuzamosságának megvan a maga ára: az egészségügy adminisztratív költségei az Egyesült Államok után a legmagasabbak az OECD államok körében.

<i>Az egészségügyi rendszer paraméterei</i>	FR
Lakosság (millió lakos)	67,87
Születéskor várható élettartam	82,4
Egészségügyi kiadások GDP-hez viszonyított aránya (%)	11,9
Privát („out-of-pocket”) (egészségügyi összkiadások %-a)	8,9
Egy főre eső egészségügyi kiadások (USD vásárlóerő paritás)	5.251
Halálozás 100.000 lakosra	715
Megfelelő időben való kezeléssel megelőzhető halálesetek 100.000 lakosra	51
Túlsúlyosság (%)	30,9
Orvosok (1.000 lakosra)	3,18
Általános orvosok (1.000 lakosra)	1,38
Ápolók (1.000 lakosra)	8,58
Kórházi ágyak 1.000 lakosra	5,65

OECD Health Data 2023

A kormány az egészségügy minden egyes szektora vonatkozásában évente határozza meg a társadalombiztosítás (*Objectif national de dépenses d'assurance maladie*) költségvetését. Ez adminisztratív szempontból ugyan érthető, a szétforgácsolt finanszírozási módszer azonban akadályozza a szolgáltatók kooperációs készségét. A rendszer kórházközpontú, az általános orvosok alig kerülnek kontaktusba más ellátási szektorokkal, prevenció és egészségfejlesztés területén nem vállalnak szerepet. A feladatoknak más foglalkozási csoportokra való átruházását az extramurális szektorban domináns egyedi költségtérítés akadályozza, mivel ez jövedelemvesztést jelent az orvosok számára. Az orvosi személyzet létszáma az elmúlt évtizedben két szempontból is problematikus volt. Először, az általános orvosok létszáma 2012-től folyamatosan csökkent. Másodszor, erősödött az egyenlőtlen regionális eloszlás, így egyes alacsonyabb jövedelemmel rendelkező megyék mára véglegesen alulellátottakká váltak. A politika reformokkal és különböző programokkal reagált a problémákra. Miközben az előző években az egészségügyi költségvetés növekedési rátája nem érte el az OECD átlagát, 2021-ben megközelítőleg tíz százalékos költségnövekedésre került sor. 2016 óta több törvény próbálkozott a fekvőbeteg ellátások kórházi társulások keretében való koordinációjának forszírozásával és az elsődleges ellátás multidiszciplináris központokban való megerősítésével. 2020-ban került sor a „100 % Santé”-reformra, amelynek keretében sikerült kezelni a látássegítő eszközök és hallókészülékek, fogászati és pszichológiai kezelések helyzetét, azoknak bizonyos feltételek mellett a biztosítók általi finanszírozását.

A kormány az elmúlt években nagyobb jelentőséget tulajdonít az egészségügyi kutatás-fejlesztésnek. Az állami egészségkutatási intézet (*Institut national de la santé et de la recherche médicale – INSERM*) pl. európai viszonylatban a legtöbb szabadalmat nyújtja be a gyógyszersektorban.

**Heinz Brock két cikke a német egészségügyi reformról:
Lauterbach forradalma ; A forradalom elmarad?**

Das österreichische Gesundheitswesen (ÖKZ), 64. Jg. (2023) 3-4.; 13. Apr 2023
65. Jg. (2024) 3. 19. September 2024, 09:30

Forrás Internet-helye: <https://www.gesundheitswirtschaft.at/publikation/64-jg-2023-3-4/lautebachs-revolution/> ; <https://www.gesundheitswirtschaft.at/publikation/65-jg-2024-3/deutsche-krankenhausreform-revolution-abgesagt/>

Karl Lauterbach szövetségi egészségügyi miniszter reformjának bevezetését ötéves konvergenciafázis előzi meg. A részletek kidolgozásában 17 tagú szakértői tanács segítette, amelynek elnöke Tom Bschor pszichiáter.

A reform célkitűzései közé tartozik az esetátalányok rendszerének hosszútávon való visszaszorítása. Nem árt emlékeztetnünk: húsz éve, a DRG-rendszer bevezetése idején ugyanez a Lauterbach professzor volt Ulla Schmidt akkori szövetségi egészségügyi miniszter legfőbb tanácsadója. Az esetátalányok bevezetésének egyes céljait, a hosszú ápolási idők csökkentését és a kezelési folyamatok megszigorítását sikerült elérni. Az ökonomizálódás hosszútávú mellékhatásai azonban fokozódtak, a fekvőbeteg szektorban pedig nem sikerült elérni a költségsökkentést. Ezért a jövőben a szolgáltatások egyharmadát rendelkezésre állást térítő átalányokból (*Vorhaltepauschalen*), kétharmadát továbbra is esetátalányokból finanszírozzák. [Fogalommagyarázat: „*Vorhaltepauschale / Vorhaltefinanzierung / Vorhaltebudget / Vorhaltevergütung*”: A 2024-es kórházügyi reform keretében alkalmazott finanszírozás szerint a kórházak a „*szolgáltatások rendelkezésre állása*”, azok *készenlétben tartása ellenében* részesülnek térítésben, függetlenül attól, hogy ténylegesen kezelnek-e betegeket.

(<https://www.bundestag.de/presse/hib/kurzmeldungen-1009104>) - a szerk.]

A reformcsomagban az „ökonomizálódás” egy másik vetülete is megjelenik. Az elmúlt években a pénzügyi befektetők többszáz orvosi praxist és egészségügyi ellátási központot vásároltak fel és ezek piaci manipulációjával hatalmas nyereséghez jutottak. A miniszter szeretne véget vetni ennek a trendnek.

A reform egyik sarkalatos eleme a szolgáltatástervezés bevezetése a minőségbiztosítással összefüggésben. Strukturális feltételeket definiálnak három ellátási szint tekintetében, amelyeket a helyi alapbiztosítás (Level I), a regionális szerződéses és súlyponti ellátás (Level II), valamint a maximális ellátás és egyetemi klinikák (Level III) területén tételeznek. Mindegyik szinten egységes minimális feltételek és egységes standardok érvényesülnek a műszaki, építési és személyügyi ellátottság tekintetében. A jövőben részletes strukturális feltételeket szabnak meg 128 szolgáltatási csoport vonatkozásában, amelyek rögzítik az egyes kórházak kötelező szolgáltatási kínálatát. Bizonyos szolgáltatásokat már csak a magasabb szintű kórházak nyújthatnak. Minden kórház esetén szabályozzák, hogy mely szolgáltatásokat nyújthat és melyeket köteles az ellátási szerződés szerint biztosítani. Ennek oka, hogy vannak kórházak, amelyek jelenleg úgy látnak el bizonyos eseteket, mint szívinfarktus, stroke, vagy rákos megbetegedések, hogy nem rendelkeznek az ehhez szükséges személyügyi és technikai felszereltséggel.

A reformtervezet vitájának folyamata bizonyos mértékig módosított Lauterbach elképzeléseinek. A tartományok ugyanis elvetették a kórházak három szintbe sorolását. A kórházaknak azonban maradéktalanul be kell tartaniuk a strukturális minimális követelményeket, szolgáltatási spektrumukat 65 szolgáltatási csoport vonatkozásában kell meghatározniuk. Azok a kórházak, amelyeknél hiányoznak egy bizonyos szolgáltatási csoport strukturális feltételei, a jövőben nem számolhatják el ezeket a szolgáltatásokat. A minőségügyi kritériumok teljesítését, amelyek a műszaki ellátottságra és az orvosi és ápolószemélyzet képzettségére is kiterjednek, szövetségi szinten egységesen ellenőrzik. A level-mátrix helyett arra fogják kötelezni a kórházakat, hogy a kórházak transzparenciájáról szó törvény alapján hozzák nyilvánosságra strukturális és szolgáltatási adataikat.

A reform finanszírozásához 2026-tól tíz évre egy 50 milliárd EUR összegű transzformációs alapot állítanak fel, amelyet fele-fele arányban a tartományok, ill. a kötelező betegbiztosítás egészségügyi alapjának likviditási tartalékaiból fognak fedezni. A miniszter pénzügyi ösztönzőkkel próbálja ellensúlyozni a tartományok ellenállását. A mindenkori kórházi költségvetés 60%-ig terjedő rendelkezésre állást biztosító átalányokkal az orvosilag indokolatlan esetszámnövekedést szeretné megfékezni, amely csakis gazdasági célkitűzéseket követ. Másrészt kilátásba helyez 6 milliárd EUR összegű likviditási segítséget a veszélyeztetett kórházak részére, amelynek kifizetésére a törvény elfogadását követően kerülne sor. A tartományok további hatmilliárdhoz jutnak az ápolási költségvetés megelőlegezésével.

Lauterbach reformja a centralizált struktúra és a regionális felelősség kezelésének iskolapéldája. A szövetségi és Bismarck-féle hatalommegosztás és a Beveridge-féle központosított hatalmi monopólium közötti tusa most új fázisába lép. Ebben döntő szerepe lesz a rendszerváltozás sebességének. Nemcsak Lauterbach látja úgy, hogy az egészségügy számára a legnagyobb veszélyt az elévült kórházi struktúrákra való megkésett reakciók jelentik. A jövőben ugyanis ez sem személyügyi, sem pénzügyi adottságainál fogva nem lenne képes feladatainak teljesítésére.

Függelék

A német kórházügyi reform sarkalatos elemei, elfogadásának és hatályba lépésének menetrendje, szemelvények a reformfolyamat elsődleges forrásaiból

Deutsches Ärzteblatt, 2024; 121(20): A-1270 / B-1082 Digitale Ausgabe

Forrás Internet-helye:

<https://www.aerzteblatt.de/archiv/241304?rt=971bf246e981d1c3d78e945717e58e5a>

Kapcsolódó: Reinhard Busse a német egészségügyi rendszer állapotáról:

https://www.apotheken-umschau.de/gesundheitspolitik/deutsches-gesundheitssystem-ist-ziemlich-ineffizient-1130741.html?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=2024-07-30+AU+Newsletter

(Reinhard Busse, az egészségügyi menedzsment professzora (Technische Universität Berlin); a European Observatory on Health Systems and Policies társigazgatója; a Charité - Universitätsmedizin Berlin professzora)

**„A kórházi ellátás javításáról szóló törvény”
(Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) három pillére:**

- **Szolgáltatási csoportok:** A német kórházak által biztosított szolgáltatásokat a jövőben 65 orvosi szolgáltatási csoport egyikéhez rendelik hozzá. A szolgáltatási csoportokhoz szövetségi szinten egységes minőségügyi kritériumokat társítanak, amelyek meghatározzák a kórházak által fenntartandó technikai felszerelést, személyügyi ellátottságot és diszciplinát. Szolgáltatási csoportonként minimális esetszámokat is definiálnak. A betegpénztárak orvosi szolgálatainak rendszeresen ellenőrizniük kell a kritériumok betartását.
- **Rendelkezésre állás finanszírozása (Vorhaltevergütung):** A rendelkezésre állás költségvetését a kórházi térítési rendszerek intézete (*Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus*) fogja kiszámítani egy bonyolult folyamat keretében az egy-egy szövetségi tartományra jutó szolgáltatások volumenéből. A rendelkezésre álló források szolgáltatási csoportonként és szövetségi tartományonként keletkező összegének 60%-át, az általuk a referenciaidőszakban szolgáltatási csoportonként nyújtott szolgáltatásokkal arányosan elosztják a kórházak között. Ez nem tartalmazza az ápolószemélyzetre fordított költségeket. A költségvetés fennmaradó 40%-át a kórházak az eddigiekhez hasonlóan az esetátalányoknak megfelelően kapják meg.
- **Szektorok fölötti ellátó intézmények:** A szektorok fölötti – korábban I szinthe sorolt – intézmények körébe azok a fekvőbeteg intézmények tartoznak, amelyekhez ambuláns és ápolási szolgáltatások kapcsolódnak. Azt, hogy mely kórházakat alakítják át szektorok fölötti intézményekké, a tartományok döntenek. A tervek szerint ezekben háziorvosi, vagy szakképzett ápolók általi ellátást fognak biztosítani.

A törvény elfogadásának és hatályba lépésének menetrendje:

2024 október eleje: A kormánypárti frakciók megtették módosító javaslatukat.

2024. október 18. A Bundestag napirendjére tűzi és szavazásra bocsátja a törvényt.

2024. november 22.: A Bundesratban megvitatják a törvényt, de itt nem kell dönteni róla. A tartományok egyeztető bizottság közreműködését kérhetik.

2025. március 31.: A Szövetségi Egészségügyi Minisztérium előterjeszti a szolgáltatási csoportokról és minőségügyi kritériumokról szóló továbbfejlesztett végrehajtási rendeletet, amelyet a törvényhozásnak is el kell fogadnia.

2027: Két költségvetéstől semleges évet (2025 és 2026) követően 2027-ben sor kerül a rendelkezésre állási költségvetések egy részének a kórházak részére történő kifizetésére.

2029: A kórházak térítése ettől kezdődően teljes mértékben az új finanszírozási rendszer keretében történik.

Szemelvények az általános reformfolyamat elsődleges forrásaiból

Kórházügyi reformról szóló törvény (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz):

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenhaus/krankenhausreform.html>

Kérdések és válaszok a kórházi reformról:
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenhaus/krankenhausreform/faq-krankenhausreform.html> ;

Előterjesztés a kórházi törvényről:
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/Eckpunktepapier_Krankenhausreform_final.pdf ;

Az orvostudományi kutatásokról szóló törvény (Medizinforschungsgesetz):
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/M/Kabinettsbeschluss_Entwurf_eines_Medizinforschungsgesetzes.pdf ;

Egészséges szívről szóló törvény (Gesundes-Herz-Gesetz – GHG):
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/G/GHG_bf.pdf ;

Törvény a gyógyszerári honoráriumokról és a gyógyszerári rendszer strukturális reformjáról (Gesetz für eine Apothekenhonorar- und Apothekenstrukturreform; Apotheken-Reformgesetz – ApoRG):
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/A/ApoRG-Apotheken-Reformgesetz_RefE.pdf ;

Törvény a sürgősségi ellátás reformjáról (Gesetz zur Reform der Notfallversorgung):
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/N/GE_Notfallreform_Kabinett.pdf ;

A kommunális egészségügyi ellátás megerősítéséről szóló törvény (Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune – Gesundheitsversorgungstärkungsgesetz (GVSG):
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/G/GVSG_GE_Kabinett.pdf ;

Új jogszabályok és előírások az egészségügy területén 2024-ben:
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/das-aendert-sich-2024-in-gesundheit-und-pflege-pm-15-12-23.html> ;

Új jogszabályok a digitalizáció területén:
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/bundestag-verabschiedet-digitalgesetze-pm-14-12-23.html> ;

A kórházi transzparenciájáról szóló törvény (Gesetz zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz – Krankenhaustransparenzgesetz):
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/bundestag-beschliesst-krankenhaustransparenzgesetz.html> ;

Nemzeti Gyógyszeripari Stratégia (Verbesserung der Rahmenbedingungen für den Pharmabereich in Deutschland. Handlungskonzepte für den Forschungs- und Produktionsstandort)
(https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pharmastrategie/231213_Kabinett_Strategiepapier.pdf) ;

Az ápolóképzés reformja (Gesetz zur Stärkung der hochschulischen Pflegeausbildung, zu Erleichterungen bei der Anerkennung ausländischer Abschlüsse in der Pflege und zur Änderung weiterer Vorschriften – Pflegestudiumstärkungsgesetz (PflStudStG):
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/PflStudStG_GE_BReg_Kabinett_240523.pdf ;

Cannabis legalizálásáról szóló törvény (*Gesetz zum kontrollierten Umgang mit Cannabis und zur Änderung weiterer Vorschriften (Cannabisgesetz – CanG)*): https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/C/Cannabis/Gesetzentwurf_Cannabis_Kabinett.pdf ;

Összehasonlító elemzés a francia és a német egészségügyről

Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES)

Les rapports de l'IRDES, n° 590 • mars 2024 (107 p.)

Kulcsszavak: egészségügyi rendszer, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), Franciaország, Németország

Forrás Internet-helye: <https://www.strategie.gouv.fr/actualites/hcfips-comparaison-depenses-de-sante-france-allemande> ;
<https://www.irdes.fr/recherche/2024/rapport-590-comparaison-des-depenses-de-sante-en-france-et-en-allemande.html> ;
<https://www.irdes.fr/recherche/rapports/590-comparaison-des-depenses-de-sante-en-france-et-en-allemande.pdf> ;

A jelentést az **Egészséggazdasági Kutatási és Dokumentációs Központ (Institut de recherche et documentation en économie de la santé – IRDES)** készítette a **Szociális Védelem Finanszírozásának Főtanácsa (Haut Conseil du Financement de la protection sociale – HCFiPS)** megbízásából.

Az egészségügyi kiadások GDP-hez viszonyított aránya 2022-ben Németországban 12,7%, Franciaországban 12,1% volt. Az egészségügyi kiadásokat Németországban a **Közös Szövetségi Bizottság (Gemeinsamer Bundesausschuss – GBA)**, a betegpénztárak, kórházak, orvosok, pszichoterapeuták és fogorvosok közös grémiuma igazgatja. Ez a struktúra a magasabb munkavolumen miatt magasabb bevételeket biztosít a városi orvosoknak és rövidebb vizitidőkkel jár mint Franciaországban (átlagosan 8 perc, általános orvosoknál 16 perc).

Franciaországban a városokban az általános orvosok az összes orvos 56%-át, Németországban a betegpénztárakkal szerződött orvosok 36%-át teszik ki. Ahhoz, hogy az ambuláns szektorban praktizálhassanak, a német orvosoknak engedélyért kell folyamodniuk, amit a népsűrűség, az egy főre jutó orvosok száma, valamint az életkori és morbiditási struktúra alapján bírálnak el. Ez a rendszer korlátozza ugyan a túlellátást, de nem járul hozzá különösebben az alulellátás korlátozásához sem.

Mindkét országban egyre gyakoribbak a közösségi praxisok. A németországi városi praxisokban tendenciálisan jelentősen magasabb létszámban foglalkoztatnak ápolókat és nem ápolószemélyzetet. Egy-egy németországi praxisban átlagosan 4,6 technikai asszisztent, orvosasszisztent és ápolóasszisztent foglalkoztatnak.

Ez mind a magán- mind a közösségi praxisoknál érvényes átlagérték. Pontosabban, az alkalmazott asszisztensek és ápolók száma a magánpraxisoknál 3,4, a közösségi praxisoknál 8,1. Ez a személyzeti modell Németországban rövidebb vizitidőket tesz lehetővé – feleannyit mint Franciaországban – és ezzel a napi munkaidő is rövidebb lehet.

A kórházi szektor helyzete Franciaországban kedvezőbb, Németországban ugyanis az olyan problémák, mint a kórházi túlkapacitások és az ápolók ágyszámhoz viszonyított alacsony aránya aggályokat kelt a biztosított ellátás minősége és relevanciája tekintetében. Németországban az alacsony ágykihasználtság az egészségügyi intézmények fenntarthatóságát is veszélyezteti.

A német kórházi szektor az aktivitás magas volumenéről, a hosszabb kórházi ápolási időről és az ambuláns műtétek viszonylag alacsonyabb rátájáról ismert. Ezenkívül, mint azt több szakértő megállapította, észrevehetően magas a megelőzhető kórházi kezelések rátája, ami aggodalmakra ad okot a kórházi ellátás minőségével kapcsolatban.

A kórházi karrier a privát praxishoz viszonyítva mindkét országban kevésbé vonzó, ami elsősorban az alacsonyabb bérszínvonalnak tulajdonítható. Miközben a nem orvosi személyzet javadalmazása a két országban hasonló, a segédorvosoknál jelentős különbségek tapasztalhatók. Egy segédorvos átlagfizetése Franciaországban a pályafutás negyedik évében 25%-kal elmaradt az országos átlagfizetéstől, míg Németországban annál 50%-kal magasabb volt.

Heinz Brock: A holland egészségügyi rendszer

ÖKZ 63 JG. (2022) 6-7.

Forrás Internet-helye: <https://www.gesundheitswirtschaft.at/publikation/63-jg-2022-6-7/windmuehlen-sind-nicht-zum-kaempfen-da/>

A holland egészségügyi rendszer három pilléren alapul.

Az első pillér elemei: a versengő biztosítótársaságokból álló betegbiztosítási rendszer, amely lefedi a gyógyító szektort. Minden holland köteles egészségbiztosítást kötni, a biztosítótársaságok pedig kötelesek mindenkit befogadni. Az általános orvosi és szakorvosi ellátásra, gyógyszerekre, segédeszközökre, terápiás szolgáltatásokra és otthoni betegápolásra kiterjedő szolgáltatási csomagot a kormány határozza meg. Kiegészítő szolgáltatások, pl. szemüveg vagy fogászati ellátás, önkéntes biztosítással fedezhetők, amelyek Hollandiában az egészségügyi kiadások 6,8%-át teszik ki. A biztosítók megállapodhatnak az árakról és minőségi követelményekről az egészségügyi szolgáltatókkal. A biztosítottaknak, a biztosító általi első költségátvállalást megelőzően jelenleg 385 EUR önrészt kell viselniük. A szülés és a pediátriai ellátás mentesül az önrész alól. Az önrésztől eltekintve, a háztartások privát költséghozzájárulásai („*Out-of-Pocket*”-rész), az állami rendszer által viselt, nemzetközi összehasonlításban igen bőkezű fedezet folytán, igen alacsonyak. A holland egészségügyi rendszer erőteljes tényezője az elsődleges ellátás, miáltal csökken a kórházi ágyak és orvosok iránti szükséglet.

A második pillér a tartós ápolás 2015-ben megreformált társadalombiztosítási rendszere. Ebben a tekintetben a mindenkor regionálisan domináns biztosító illetékes. A hollandok különösen sokat invesztálnak a tartós ápolásba, az időskorúak és fogyatékkal élők ellátásába, valamint a pszichiátriai ellátásba.

A harmadik pillér keretében, az önkormányzatok biztosítanak adóforrásokból finanszírozott népegészségügyi feladatokat, mint az oltások, szűrési programok és az egészségfejlesztés. Jóllehet a prevencióra, mint az összes többi egészségügyi rendszerben, a pénzügyi források kisebb része jut, Hollandia erre is több pénzt fordít, mint az Európai Unió tagállamainak többsége.

A kórházak privát szervezetek non-profit vállalkozásai, amelyek egy adaptált DRG-rendszer keretében számolják el szolgáltatásaikat.

A holland elsődleges ellátási rendszer további sajátossága az ápolói hivatás kiemelt jelentősége. A szakápolók széles feladatkörrel rendelkeznek, önálló kompetenciájuk körében gyógyszerrel írhatnak fel és endoszkópos vizsgálatot végezhetnek. A tartós és bentlakásos intézményi ápolás, amelyet Hollandiában erőteljesen forszíroznak, messzemenően az ápolók felelősségi körében valósul meg. A munkával való megterheltség és a munkaerőhiány ugyan Hollandiában is aktuális téma, az elmúlt évtizedben a hivatás vonzereje az ágazatba való folyamatos beáramlást eredményezett.

Az egészségügyi rendszer paraméterei

Lakosság (millió lakos)	17,4
Az egészségügy GDP-ből való részesedése (%)	10,2
Állami kiadások (egészségügyi összkiadások %-a)	82,6
„Out-of-Pocket” (egészségügyi összkiadások %-a)	10,6
Kórházi ellátás (egészségügyi összkiadások %-a)	19
Ambuláns ellátás (egészségügyi összkiadások %-a)	25,8
Tartós ápolás (egészségügyi kiadások %-a)	28,0
Prevenció (egészségügyi összkiadások %-a)	3,3
Praktizáló orvosok (1.000 lakosra)	3,72
Praktizáló ápolók (1.000 lakosra)	10,69
Általános orvosok (1.000 lakosra)	1,72
Kórházak	568
Kórházi ágyak	53.394
Születéskor várható élettartam	81,5
Megelőzhető halálesetek (évente 100.000 lakosra)	144

OECD 2020, vagy a legfrissebb rendelkezésre álló adat.

[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*.]

Heinz Brock: Az olasz egészségügyi rendszer

Das österreichische Gesundheitswesen (ÖKZ), 63. Jg. (2022) 5.

Forrás Internet-helye:

<https://www.gesundheitswirtschaft.at/publikation/63-jg-2022-5/bella-figura/>

Az olasz egészségügyi rendszer a „Beveridge”-típus elvei szerint működik. Az 1978-ban alapított, adókból finanszírozott nemzeti egészségügyi szolgálat (***Servizio Sanitario Nazionale, SSN***) mindenki számára térítés nélkül biztosítja az egészségügyi

szolgáltatásokat. A sürgősségi ellátás teljes egészében az SSN keretében működő kórházakhoz tartozik. A sürgősségi intézményekre való összpontosítás ellenére, paradox módon úgy tűnik, hogy a pandémia első fázisában éppen ez volt a fertőzés ellenőrizhetetlen terjedésének egyik tényezője.

Nemzeti szinten az egészségügyi minisztérium kezdeményezi a sarkalatos törvényeket, meghatározza az egészségügyi szolgáltatások volumenét és elosztja a szolidaritási alapot a gazdaságilag hátrányos régiók között. A 20 olasz régióban az egészségügyi ellátás területi hatáskörben valósul meg. Helyi szinten az egészségügyi hatóságok (***Aziende Sanitarie Locali, ASL***) állami kórházak vagy akkreditált privát szolgáltatók által biztosítják az ellátást. A regionális kormányok háromévente készítenek egészségügyi tervet, amelyben rögzítik a kórházak vagy helyi egészségügyi hatóságok működésének pénzügyi kereteit. Mivel az adóforrásokat a régiók maguk szabják meg, a gazdagabb északi régiók sokkal jobb ellátást tudnak biztosítani, mint a szegényebb déliek.

Az általános orvosok és gyermekorvosok kapuőr szerepet töltenek be. A polgárok legalább 12 hónapos időtartamra háziorvost választhatnak, aki biztosítja számukra az elsődleges ellátást, a megelőzést és a szakorvoshoz való beutalást. Az általános orvosok többnyire önálló praxisokban működnek és minden bejelentett beteg után az adott régió megelőzési költségei és saját szolgálati idejük szerinti fejkvótában részesülnek. Ezenkívül bizonyos speciális szolgáltatásokat, pl. viziteket is elszámolhatnak. A gyermekorvosok szabadfoglalkozásuként vagy az SSN keretében alkalmazott családorvosként is működhetnek.

A betegek állami vagy privát szolgáltatókhoz fordulhatnak szakorvosi kezelés céljából. Ez attól függ, hogy kivárják-e míg sorra kerülnek a várólistán, ill. hajlandók-e maguk fizetni a költségeket. Az ingyenes szakorvosi ellátáshoz való hozzáféréshez családorvosi beutaló kell. A fogorvosok, nőgyógyászok és gyermekorvosok beutaló nélkül is igénybe vehetők. Az SSN nem téríti a fogászati ellátásokat. Az SSN keretében foglalkoztatott orvosok fizetést kapnak és közalkalmazotti jogviszonnyal rendelkeznek. Jogukban áll privát praxist működtetni, ahol szolgáltatásaikért honoráriumot számolhatnak el. Nem ritka, hogy a privát praxisok szerződéssel, vagy akár helyileg is az SSN intézményeiben működnek.

<i>Az egészségügyi rendszer paraméterei</i>	IT
Egészségügyi összkiadások (GDP %-a)	8,7
„Out-of-pocket” fizetések (egészségügyi összkiadások %-a)	24
Állami egészségügyi kiadások (egészségügyi összkiadások %-a)	74
Egy főre eső egészségügyi kiadások (EUR vásárlóerő paritás)	2.473
Kórházi ágyak (1.000 lakosra)	3,1
Orvosok (1.000 lakosra)	4,0
Ápolók (1.000 lakosra)	5,7
CT, MRI, PET (1.000 lakosra, évente)	173
Az elsődleges ellátással való elégedettség (1-10)	7,0

<i>Az egészségügyi rendszer paraméterei</i>	IT
Szakorvosi és kórházi ellátással való elégedettség (1-10)	6,2
48 órán belüli ellátás combnyaktörés esetén (%)	53,2
Születéskor várható élettartam	83,4
Prevenció által megelőzhető halálesetek (1.000 lakosra, évente)	107

OECD Health Data 2020

Olaszország, amely az Európai Unió harmadik legnagyobb gazdasága, átlagosan kevesebbet költ egészségügyre, mint az európai átlag. Az egészségügyre fordított források elosztása természetesen tükröződik az infrastrukturális és személyügyi paraméterekben. Az ápolószemélyzet létszáma nem éri el, az orvosoké meghaladja az európai átlagot.

Az olasz lakosságot hosszú várólisták sújtják, ami az elsődleges, szakorvosi és kórházi ellátással való alacsony elégedettségben is megmutatkozik. Az egészségügyi rendszer további indikátora, amelyet sürgősen javítani kellene, a sürgős műtétekre, többek között combnyaktörés miatti műtétre való várakozási idő. E műtétet az esetek alig több mint felénél végzik el a kórházba történő beutalást követő két napon belül, ami jóval elmarad a nemzetközileg elfogadott követelményektől.

Az egészségügyi beruházások mértéke a többi európai országhoz viszonyítva ugyancsak átlagon aluli. Számolva a lakosság elöregedésével és ezzel kapcsolatban a terápiás és ápolási szükségletek növekedésével, a körülmények belátható időn belül aligha fognak változni. Ennélfogva aztán még az is elképzelhető, hogy az Olaszországban nyaralók betegség esetén inkább légimentővel vagy gépkocsival utazzanak haza, mintsem ott kezeltethessék magukat.

Heinz Brock: A svéd egészségügyi rendszer

Das österreichische Gesundheitswesen (ÖKZ), 64. Jg. (2023) 12.; 7. Dez. 2023, 09:28

Forrás Internet-helye: <https://www.gesundheitswirtschaft.at/publikation/64-jg-2023-12/das-gesundheitssystem-in-schweden-vorbild-und-schreckgespenst/>

A svéd állami egészségügyi szolgálat finanszírozása csaknem teljes egészében adóbevételekből történik. A privát biztosítások jelentősége elenyésző, a privát költséghozzájárulások mértéke Európában a legalacsonyabbak közé tartozik. Az egészségügyi szolgáltatók szervezete és finanszírozásának biztosítása a 21 tartomány és részben a 290 település hatáskörébe tartozik. A jogi keretfeltételek megteremtése és a célzott aktivitások ösztönzését célzó pénzügyi források elosztása kormányzati szinten történik. A tartományok és települések szintjén a helyi szükségletek szerint politikai grémiumok döntenek az adóforrások egészségügyi ellátások céljaira történő elosztásáról. Ebben a tekintetben nincs fölérendelt állami tervezés, ami regionális egyenlőtlenségekhez vezet (főleg az urbánus és vidéki területek között).

A svéd nemzeti népegészségügyi hatóság (**Folkhälsomyndigheten, Public Health Agency**) politikai kezdeményezésekkel támogatja a lakosság egészségi állapotának javítását. A következő népegészségügyi stratégia és a prevenció eredményei: a dohány- és alkoholfogyasztás rátája Európában itt a legalacsonyabb és magas a

születéskor várható élettartam. A pandémia kezelése tekintetében *Anders Tegnell állami főepidemiológus* kevésbé restriktív intézkedéseket javasolt a kormánynak, mint azt más országokban tették, a magas halálozási ráta miatt azonban számos kritikával illették. A svéd betegek számára az ellátórendszerrel való első kontaktust az esetek többségében a regionális elsődleges ellátási központok (PCC) jelentik, amire telefonon, elektronikus időpontfoglalással, vagy személyes bejelentkezéssel kerül sor. Alternatívaként a nemzeti telefonos vagy online-szolgálat is igénybe vehető. Végül a privát digitális egészségügyi szolgáltatók videó-konzultációkat is felkínálnak. A digitális szolgáltatások és a direkt orvosi vizitek honoráriumai között nincs különbség. A digitális elsődleges egészségügyi szolgáltatások népszerűsége a pandémia óta folyamatosan növekedik. A svéd kormányzat, főleg 2021. óta célul tűzte az elsődleges ellátás szerepének megerősítését. Egy tipikus PCC négy-hat általános orvost, továbbá ápolókat, pszichológusokat és terapeutákat foglalkoztat.

A svéd betegek elvben szabadon választhatnak szolgáltatót. Az elsődleges ellátók kapuőri funkciója regionálisan változó. A betegeknek 2022. óta regisztrálniuk kell magukat az általuk választott PCC-nél, amit a lakosság 91%-a elfogadott. Egy-egy PCC a lakosság 92%-a számára tíz percen belül elérhető. A PCC-k bevételei regisztrált betegenként egy kockázatilag korrigált regionális átlányból és különböző kiegészítő elszámolásokból, mint szolgáltatási honoráriumokból és minőségi pótlékokból tevődnek össze.

<i>Az egészségügyi rendszer paraméterei</i>	SE
Lakosság (millió lakos)	10,45
Lakosság ≥ 65 év (%)	20,3
Születéskor várható élettartam	83,1
Napi dohányfogyasztás (lakosság %-a, > 15 év)	9,7
Éves alkoholfogyasztás (liter/fő, > 15 év)	7,6
Prevencióval megelőzhető halálesetek (100.000 lakosra)	97
Kellő időben nyújtott terápiával megelőzhető halálesetek (100.000 lakosra)	53
Egészségügyi kiadások GDP-hez viszonyított aránya (%)	10,7
Egy főre eső egészségügyi kiadások (USD vásárlóerő paritás)	6.438
Állami egészségügyi kiadások (egészségügyi összkiadások %-a)	85,8
Privát („out-of-pocket”) (egészségügyi összkiadások %-a)	13,1
Ambuláns ellátás (egészségügyi összkiadások %-a)	28,2
Tartós ápolás (egészségügyi összkiadások %-a)	25,5
Fekvőbeteg ellátás (egészségügyi összkiadások %-a)	20,9
Dologi eszközök (egészségügyi összkiadások %-a)	11,9
COVID19 elleni prevenció (egészségügyi összkiadások %-a)	3,2
Kórházi ágyak 1.000 lakosra	2,00

<i>Az egészségügyi rendszer paraméterei</i>	SE
Kórházi ápolási idő (napok átlagosan)	5,5
Orvosok (1.000 lakosra)	4,32
Általános orvosok (1.000 lakosra)	0,61
Ápolók (1.000 lakosra)	10,7

OECD Health Data 2023

A svéd egészségügyi rendszer gyengéi: az ágyszámleépítés negatív eredményekkel járt; a rendszeres túlkihasználtság megszüntetése a munkaerőhiány miatt nehézségekbe ütközik; nem áll rendelkezésre elég általános orvos, ami hosszú várakozási időkhöz vezet. A minimális várakozási időt jogszabály garantálja. PCC-nél való vizsgálatot egy nap alatt, szakorvosnál vagy műtét előtt 90 napon belül kellene biztosítani. Ezzel szemben a várakozási idők meghaladják az EU átlagát. 2021-ben a betegek 29%-ának a garantált három hónapnál hosszabb ideig kellett várakozniuk szakorvosi vizsgálatra.

Heinz Brock: A norvég egészségügyi rendszer

Das österreichische Gesundheitswesen (ÖKZ), 64. Jg. (2023) 1-2.

Forrás Internet-helye:

<https://www.gesundheitswirtschaft.at/publikation/64-jg-2023-1-2/im-land-der-fjorde/>

A pandémia Norvégiát sem kímélte, de az egészségügyi rendszer sikeresen birkózott meg a kihívással. Ennek magyarázata: az erőteljes elsődleges ellátási szektor, hatékony prevenciós programok, a digitális rendszerek alkalmazása. Norvégia a best-practice kiváló példája a hatékony egészségpolitika vonatkozásában. A pandémia sokkal gyengébb következményekkel járt mint más országokban: A fertőződési és halálozási ráták kilencszer alacsonyabbak voltak mint Európa többi részén. Norvégia egyike annak a három európai országnak, ahol a várható élettartam 2020-ban – még a 80 év fölöttiek körében is – növekedett. A halálozási ráta a pandémia második hulláma idején alacsonyabb volt mint az első idején.

A norvég egészségügyi rendszer túlnyomórészt állami struktúrákra épül. A kórházi és szakorvosi ellátást négy regionális egészségügyi hatóság biztosítja. Az elsődleges ellátást és a népegészségügyi szolgáltatásokat a területi önkormányzatok bocsátják rendelkezésre. Az államilag finanszírozott ellátási kínálat rendkívül átfogó, de a kórházi ellátásban és az ápolási otthonoknál privát önrészeket is alkalmaznak. Az „out-of-pocket”-fizetések a gyermekek, a terhes nők, a minimálnyugdíjasok számára általában évente 2.460 NOK-ra (235 EUR) korlátozódnak.

Norvégia átfogó egészségügyi ellátást biztosít polgárai számára, amely bilaterális egyezmények keretében az Európai Gazdasági Térség és Ausztrália polgárait is kiterjed. A szolgáltatásokhoz való hozzáférés kevésbé függ a betegek szociális helyzetétől, mint az EU-tagállamok átlagában. Csak a fogászati ellátás területén jelentkeznek szociális különbségekből adódó eltérések.

Az általános orvosok általában szerződésben állnak az önkormányzatokkal és többnyire csoportpraxisokban működnek. Kórházba történő beutalás és szakorvoshoz irányítás

tekintetében kapuőr szerepet töltenek be. A polgárok szabadon választhatnak kórházat és szakorvost. Kórházi kezelés esetén a szabad választás a teljes európai térségre kiterjed, utazási költségek visszatérítése nélkül.

Az elsődleges ellátási szektor dominanciája miatt a szakorvosi területeken, pl. sebészeti szakoknál orvoshiány mutatkozik. Egyes elektív beavatkozásoknál, mint szürkehályog-, csípő- és térdprotézis-műtéteknél a várólisták hosszabbak mint más európai országokban. Az egészségügyi minisztérium 2021-ben az összes intramurális kezelés tekintetében visszaállította a várakozási idő 50 napnál rövidebb garanciáját.

<i>Az egészségügyi rendszer paraméterei</i>	NO
Lakosság (millió lakos)	5,39
GDP (milliárd USD vásárlóerő paritás)	428
Egy főre eső GDP (USD vásárlóerő paritás)	79.201
Egy főre eső egészségügyi kiadások évente (USD vásárlóerő paritás)	6.582
Egészségügyi kiadások GDP-hez viszonyított aránya (%)	11,4
„Out-of-pocket” (egészségügyi összkiadások %-a)	13,9
Kórházi ágyak	18.281
Intenzív ágyak 100.000 lakosra	5,4
Orvosok száma 1.000 lakosra	5,1
Ápolók száma 1.000 lakosra	18
Születéskor várható élettartam	83,2
COVID19 miatti halálozás 1 millió lakosra (2020.03. - 2022.10)	782
Prevenció által megelőzhető halálozások (100.000 lakosra)	115

OECD Health Data 2020

Az egy főre eső egészségügyi kiadások a legmagasabbak közé tartoznak Európában, jóllehet az összkiadások GDP-hez viszonyított aránya elmarad az EU-átlagtól. Az egészségügyi kiadások 85%-át állami forrásokból és társadalombiztosítási járulékokból finanszírozzák, ami Európában a legmagasabb arány. A fennmaradó 15% a privát háztartásokra hárul („out-of-pocket”). Az egészségügyi összkiadások nagyjából 30-30%-os arányban oszlanak meg a kórházi fekvőbeteg és ambuláns ellátás, valamint a tartós ápolás között. Ez azt jelenti, hogy Európában tartós ápolásra Norvégia költ a legtöbbet. A kórházak mellett gyógyszerre és orvostechnikai eszközökre fordított költségek az EU-átlagnál alacsonyabbak, a prevencióra fordított kiadások nagyjából megfelelnek annak.

A norvég egészségügyi rendszer személyügyi ellátottsága nemzetközi összehasonlításban igen kedvező. Orvosok tekintetében az élvonalhoz tartozik, ápolók tekintetében első helyen áll. Ennek ellenére törekvések tapasztalhatók a fenyegető ápolóhiány megelőzésére. Szembetűnő adat, hogy a Norvégiában működő orvosok és ápolók körében igen magas a külföldön végzettség aránya. Az orvosok több mint 40%-a külföldi diplomával rendelkezik. Ezek fele azonban Norvégiában született, az

orvostudományi egyetemeken ugyanis a beiskolázási helyek száma korlátozott, amit sokan lengyelországi, magyarországi és szlovákiai tanulmányokkal váltanak ki.

Sissi Eigruher: Hogyan küzdött meg a dán egészségügyi rendszer a pandémiával?

Das österreichische Gesundheitswesen (ÖKZ), 62. Jg. (2021) 11.

Forrás Internet-helye: <https://www.gesundheitswirtschaft.at/publikation/62-jg-2021-11/daenische-spurensuche/>

A pandémia Dániában 2021 szeptember végéig 2.646 halálos áldozatot követelt, 1.000 lakosra 0,5 koronavírus miatti haláleset jutott (Ausztriában 1,2, Németországban 1,1); a lakosság 75%-a teljesen immunizált volt (Ausztriában 60%, Németországban 65%). Dánia valamit mindenképpen jól csinált. A pandémia halálos áldozatainak száma a népességszámhoz viszonyítva Finnországban, Norvégiában és Izlandon még Dániánál is alacsonyabb volt. Svédországban viszont 1.000 lakosra 1,4 haláleset jutott. Az **Anders Tegnell svéd főepidemiológus** által ihletett lockdown és maszkviselési kötelezettség nélküli különütasság jó gazdasági adatokkal járt, de magas halálozást eredményezett. Dánia a pandémia sikeres megfékezésének pozitív példája. **Dr. Thomas Czypionka egészségügyi közgazdász (Institut für Höhere Studien – IHS, Wien)** és **Hanne Foss Hansen (Institut for Statskundskab, Københavns Universitet)** egybehangzó következtetése szerint a dán siker titka a lakosságnak a kormányzat iránti bizalma és normakövető magatartása.

A koronavírus elleni oltási kampány 2020 december végén kezdődött és 2021 július végéig a lakosság egyharmadát, szeptember végéig 75%-át teljesen beoltották. A dán kormány gyorsan reagált a pandémiára. Az első eseteket 2020. február 27-én regisztrálták, március 11-én pedig már elrendelték az iskolák és egyes közintézmények bezárását. Ausztriában az első lockdown-t 2020. március 16-án, Nagy-Britanniában március 23-án rendelték el.

Mindezen lépéseknél Dánia előnyére vált, hogy az egészségügy digitalizációja tekintetében jelentős eredményekkel rendelkezett. Ez megkönnyítette az oltási kampány lebonyolítását, az emberek tudták, hol kell bejelentkezniük az oltás időpontjáért. A kormánynak lehetősége volt az egyes polgárokkal való elektronikus kommunikációra. A dán digitális oltási regiszter bevezetésére 2013-ban került sor.

Az eddigi sikerek ellenére mind a politikusok, mind a virológusok ódzkodnak a diadalittas kijelentésektől. **Soren Riis Paludan, a virológia professzora (Aarhus Universitet)** úgy kommentálta a korlátozások feloldását, hogy „az ajtót ugyan megnyitottuk, de azt is megmondtuk, hogy szükség esetén azt újra bezárhatjuk”.

[Lásd még: *Lakossági vizsgálat Dániában a koronavírussal való újrafertőződésről, 2021. 8. sz.*]

Heinz Brock: A finn egészségügyi rendszer

Das österreichische Gesundheitswesen (ÖKZ), Jg.63. (2022) 10.

Forrás Internet-helye: <https://www.gesundheitswirtschaft.at/publikation/63-jg-2022-10/musterland-der-digitalengesundheitsfuersorge/>

Finnország magas életszínvonallal rendelkező jóléti állam. Egymásután ötödik alkalommal a *World Happiness Report* első helyezettje. Egészségügyi rendszere kiállta a pandémia próbáját: a fertőzési ráta és a halálesetek száma a legalacsonyabb volt az Európai Unióban. Az ország a pandémia idején hibrid védekezési stratégiát alkalmazott: célzottan óvta a kockázati csoportokat és szigorú általános intézkedéseket vezetett be. A szigorú tesztelési és nyomkövető rendszer működtetése az előrehaladott digitalizáció és a lakosság információtechnológiai affinitása által vált lehetővé. 2020 novemberig a lakosok 45%-a töltötte le a nyomkövető alkalmazást.

A finn kormány 2022-ben 144 pontot tartalmazó egészségügyi reformot fogadott el. Célja egyebek között, hogy Finnország 2030-ig erősítse meg vezető szerepét a digitális egészségügy területén.

Ha a finn egészségügyi rendszer eredményei közül valamit igazán ki kell emelni, akkor az az információs és kommunikációs technológiák alkalmazása. Ezek fokozott fejlesztése 2000-ben vette kezdetét. Azóta bevezették a mind az állami, mind a privát egészségügyben alkalmazott elektronikus betegdokumentumot. Az általános orvosok és szakorvosok közötti beutalási rendszer és elektronikus konzultáció zökkenőmentesen működik. Az elektronikus recept és a személyes egészségügyi digitális adatokhoz való hozzáférés mindennapossá vált. A telekonzultációk száma 2020-ban 0,1 millióról 2,1 millióra növekedett. Az orvosok széles körben alkalmazzák a bizonyítékokon alapuló döntéstámogató rendszert. Különlegesség az egyetemi klinikák közös projektje, a „virtuális kórház”.

A finn egészségügyi rendszer célzottan épít az egészségfejlesztésre és a prevencióra. Az egészségügyi kiadások több mint négy százalékát megelőzésre fordítják. A szűrési programok és hatékony kezelések eredményeként több rákos diagnózisnál (prosztata-, mell-, petefészek-, vastagbél- és tüdőráknál) megnövekedett a túlélési ráta. Finnország 2030-ig kitűzött dohányzásmentesítésének terve menetrendszerűen halad. Az egészségügyi témák, más skandináv országokhoz hasonlóan a „*Health-in-all-Policies*” elvét követve, beépülnek minden állami döntésbe. A politika transzparenciára és választási lehetőségekre összpontosít: ezért az ellásokhoz és kezelési opciókhoz való hozzáférésre irányuló információs platformok a polgároknak nyújtott szolgáltatásként jelennek meg. A törvényhozás garantálja a betegjogokat és az ellátásokra való jogosultságot.

Az egészségügyi rendszer paraméterei

Lakosság (millió lakos)	5,5
Az egészségügy GDP-ből való részesedése (%)	9,5
Állami kiadások (egészségügyi összkiadások %-a)	79,1
„out-of-pocket” (egészségügyi összkiadások %-a)	16,4
Egy főre eső kiadások USD, vásárlóerő paritás)	4.566
Kórházi ellátás (egészségügyi összkiadások %-a)	21,6
Ambuláns ellátás (egészségügyi összkiadások %-a)	35,5
Tartós ápolás (egészségügyi kiadások %-a)	17,1
Prevenció (egészségügyi összkiadások %-a)	4,3
Gyógyszer (egészségügyi összkiadások %-a)	14,30
Praktizáló orvosok (1.000 lakosra)	3,48
Praktizáló ápolók (1.000 lakosra)	13,57
Általános orvosok (1.000 lakosra)	1,35

Kórházak	249
Kórházi ágyak (1.000 lakosra)	2,83
Egy főre eső orvoslátogatás évente	4,20
Kórházi kezelés (1.000 lakosra)	143
Születéskor várható élettartam	82
Megelőzhető halálesetek (évente 100.000 lakosra)	188
<i>OECD 2020, vagy a legfrissebb rendelkezésre álló adat.</i>	

A finn egészségügyi rendszer struktúrája decentralizált és fragmentált. Az, ami a szórványos lakosság ellátása számára hagyományosan előnynek számított, mára a rendszer hatékonysága szempontjából tehertétellé vált. A szolgáltatások szervezésének és finanszírozásának oroszlanrésze a 311 települési önkormányzatra hárul, amelyek a tervezés területén is széleskörű autonómiával rendelkeznek. Ők illetékesek az elsődleges és a szakorvosi ellátásért, amelyek működtetésére saját intézményeket hozhatnak létre. De arra is jogosultak, hogy a kommunális egészségügyi ellátást más járásoktól vagy privát szolgáltatóktól vásárolják meg. Az elektív esetek első kontaktpontjai a helyi egészségügyi központok, amelyek kapuőr-funkciót is betöltenek a szakorvoshoz irányítás vagy kórházba való beutalás tekintetében. A finn társadalombiztosítási intézet (*Kansaneläkelaitos – Kela*) minden lakos számára fedezi a gyógyszerek, privát egészségügyi szolgáltatások és a betegszállítás költségeit. Fizeti továbbá a betegszabadságot és a táppénzt.

A vállalkozások kötelesek munkahelyi egészségügyi ellátást biztosítani foglalkoztatottjaik részére, amelyet maguk, vagy egészségügyi központokkal vagy privát szolgáltatókkal kötött szerződések keretében működtethetnek. A vidéki lakosság, a keresettel nem rendelkezők és a nyugdíjasok azonban nehezebben jutnak hozzá a szolgáltatásokhoz. A szociális és egészségügyi minisztérium 2021-ben intézkedési tervet fogadott el az egyenlőtlenségek kiküszöbölésére. Előrelépés történt a kórházügy területén. A kórházi ágyak száma 2000. óta megfeleződött, de több kórház nagyobb egységekbe integráltak, 20 integrált kórházi körzet kialakítására került sor.

Függelék

Pódiumbeszélgetés a finn egészségügyi rendszerről

Deutschd Ärzteblatt, 24. Juni 2024

Forrás Internet-helye:

<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/152384/Was-Deutschland-vom-finnischen-Gesundheitssystem-lernen-koennte?rt=971bf246e981d1c3d78e945717e58e5a>

A pódiumbeszélgetés szereplői: Franziska Beckebans, a Siemens Betriebskrankenkasse (SBK) ellátási igazgatója és Sven Preusker, Finnországban élő szabadfoglalkozású publicista.

Finnországban a lakóhelyi ellátás több mozgásteret, a szektorhatárokat meghaladó rugalmas megoldásokat, a szerződések alakításának nagyobb szabadságát követel a regionális szereplők számára. A költségvetési felelősség a 2023-ban bevezetett SOTE-reform óta a régiókra hárul. [Az ún. SOTE-reform, amely 2023. január 1-én lépett

hatályba, 309 municipalitásról 22 nagyobb szereplőre (21 jóléti tartományra és Helsinkire) helyezi át az egészségügyi, szociális és mentőszolgálatokért való felelősséget. – European Commission. Finland finalises its largest-ever healthcare reform:

<file:///C:/Users/B%C3%A9la/Downloads/ESPN%20-%20Flash%20report%202022%20-%2039%20-%20FI%20-%20June%202022.pdf>]

A gyéren lakott Finnországban a népsűrűség 18 lakos/km² (Németországban 240 lakos/km²). A SOTE-reform a regionálisan szervezett rendszer bevezetésével nagyobb egységekbe tagolta az ellátást. Összességében most már 21 régió, valamint Helsinki és Åland autonóm régió illetékes az egészségügyi, szociális és mentőszolgálatok szervezéséért. A finanszírozás állami dotációkból történik, amelyek egyebek között a lakosságszámhoz és az egyes régiók betegségeihez igazodnak.

Finnországban az elsődleges ellátás területén a legfontosabb szolgáltatók az egészségügyi központok. Ezek további feladatai közé tartoznak az egészségügyi tanácsadás, az oltások, a megelőző vizsgálatok, a fogászati ellátás és a bázisdiagnosztika. A nagyobb központok ágyakkal rendelkező osztályok is rendelkezésre állnak. Ez a lehetőség a betegek megfigyelését és a krónikus betegek idejében való ellátását biztosítja.

Beckebans szerint az orvosok tehermentesítése céljából Németországban is fontos lenne bővíteni az ápolók, terapeuták és az ápolóképzés területén meghonosodott új szakirányok körében (mint *e-Nurses*, *Physician Assistants*, vagy a *VERAH/NäPa*) képesítettek hatáskörét. Preusker hozzátette, ez Finnországban már valóság, az ápolók kiemelt szerepet töltenek be az elsődleges ellátásban. [*VERAH: „Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis”* – háziiorvosi asszisztens; *NäPa: „Nicht-ärztliche Praxisassistentin”* – nem orvosi (képzettségű) praxisasszisztens]

Mint Preusker kifejtette, ezekre a képzések kizárólagosan egyetemeken kerül sor. A különböző továbbképzések keretében az ápolók elsajátítják bizonyos gyógyszerek felírásának és az orvosok által írt rendelvények meghosszabbításának módját.

A finn egészségügyi intézményekben működő ápolók fontos feladatokat vesznek át az esetmenedzsment területén, dönthetnek arról, hogy szükség van-e orvosi vizsgálatra vagy tanácsadásra. A szakirányok és szakmai csoportok közötti kooperáció multiprofesszionális teamek keretében valósul meg.

Beckebans utalt arra, hogy a német egészségügy még mindig fokozottan orvosközpontú, az orvostársadalom pedig szkeptikusan viszonyul a feladatok delegálásához. Az ellátás jövőbeli biztosításához és az orvosok tehermentesítéséhez azonban ennek változnia kell. Példaként említette, hogy Finnországban az egészségügyi központokban a triázst is átruházzák a szakképzett ápolókra.

Finnországban a digitalizáció is már régóta az egészségügyi ellátás eszköztárába tartozik. Az elektronikus receptet 2008-ban vezették be és a finn receptek már Svédországban és Észtországban is kiválthatók. Ezenkívül az elektronikus beutalási rendszer, a betegek átirányítása, a kórházból való elbocsátás, a digitális vizitek és a betegnek nyújtott speciális e-health-szolgáltatások az egészségügyi rendszer tehermentesítését szolgálják.

Az egész országra érvényes elektronikus betegdokumentumot 2010-ben vezették be Finnországban. Ez lehetővé teszi a betegek számára orvosi jelentéseik, laborleleteik,

receptjeik és más dokumentumaik letöltését. Ez összekötő kapocs az érintett szereplők és a biztosítottak között, hangsúlyozta Beckebans.

Heinz Brock: Az észti, a lett és a litván egészségügyi rendszer

Das österreichische Gesundheitswesen (ÖKZ), 64. Jg. (2023) 8-9. ; 8. Sept. 2023

Forrás Internet-helye: <https://www.gesundheitswirtschaft.at/publikation/64-jg-2023-8-9/estland-lettland-und-litauen-das-baltikum-als-versuchslabor/>

A három balti állam egészségügyi rendszerének felépítése nagyjából hasonló. Egy adóforrásokból finanszírozott központi intézmény egészségügyi szolgáltatásokat vásárol állami és privát szolgáltatóktól. A kórházak, akárcsak az elsődleges ellátási központok többnyire állami tulajdonban vannak. A szabadfoglalkozású általános orvosok és a szakorvosok viszont már privát praxisokban működnek. Az egészségügyi kiadások GDP-hez viszonyított aránya messze elmarad az EU átlagától. Az alulfinanszírozottság az orvosi ellátásokért fizetett privát költség hozzájárulás magas arányában is megmutatkozik. Észtországban az egészségügyi összkiadások egynegyedét, Lettországban és Litvániában egyharmadát a betegek viselik. Észtországban a lakosság öt százaléka nem rendelkezik egészségbiztosítással, mivel ezt foglalkoztatási viszonyhoz kötik. Lettországban az egészségügyi ellátást alkotmányos jogként mindenki számára garantálják, az állami egészségbiztosítási szolgáltatások volumene azonban korlátozott és elterjedt az önrészek alkalmazása. Ezzel szemben Litvánia átfogó szolgáltatási csomagot biztosít összes polgára számára, de a költségáthárítások itt is jelen vannak.

Érdekes különbségek mutatkoznak az egészségügyi szolgáltatók személyügyi ellátottsága területén. Az orvosi és ápolószemélyzet létszáma Észtországban és Lettországban messze elmarad az EU átlagától. Litvániában viszont az orvosok létszáma meghaladja, az ápolószemélyzeté eléri az EU átlagát. Így az ország képes jól működtetni viszonylag költséges kórházi rendszerét. Az ápolóhiány megnehezíti a szolgáltatásokhoz való hozzáférést. Az Európai Unióban átlagosan az emberek 1,7%-a szembesül hosszú várakozási idővel, az ellátóhelyektől való távolságokkal, a szükséges kezelések igénybevételeének pénzügyi akadályával. Ebben a statisztikában Észtország első helyen (15,4 %), Lettország a negyedik helyen (4,3 %) áll Európában. Litvánia jobb személyügyi ellátottsággal rendelkezik és biztosíthatja az ellátásokhoz való gyorsabb hozzáférést.

A nehézségek ellenére nem lebecsülendő a balti államok 1991-es függetlenné válása és az EU-hoz való 2004-es csatlakozása óta elért előrelépés. Észtországban a születéskor várható élettartam 2000 és 2020 között 7,5 évvel növekedett, erőteljesebben, mint az EU bármely országában. Lettország 2010. óta 75%-kal növelte egészségügyi kiadásait. Litvánia népegészségügyi kampányaival féket vetett a magas alkohol- és dohányfogyasztásnak.

A korlátozott pénzügyi lehetőségek példamutató innovációs teljesítményekre kényszerítenek. Észtország évek óta az e-health-fejlesztések éllovasa. Az észti ENHIS egészségügyi információs rendszer kivétel nélkül kiterjed minden orvosra, kórházra, gyógyszerészre, a betegdokumentumokra. [Lásd még: Jelentés a kórházak helyzetéről]

Németországban 2019-ben – Krankenhaus-Report 2019 (4. rész): Elektronikus betegdokumentumok Európában – Esettanulmány: Észtország, 2019. 14. sz.]

<i>Az egészségügyi rendszerek paraméterei</i>	EE	LV	LT
Lakosság (millió lakos)	1,33	1,88	2,81
Születéskor várható élettartam	77,2	73,1	74,2
Egészségügyi kiadások GDP-hez viszonyított aránya (%)	6,90	8,80	7,50
Egy főre eső egészségügyi kiadások (USD vásárlóerő paritás)	2.371	2.228	2.879
„Out-of-pocket” (egészségügyi összkiadások %-a)	22	27	30
Halálozás 100.000 lakosra	1.114	1.460	1.384
(Szívinfarktus)	28,9	36,9	32
(Stroke)	64,4	216,8	147,6
(Malignómák)	237,2	251,5	231,6
Gyermekehalálozás (1.000 élveszületésre)	2,2	2,7	3,1
Megelőzhető halálesetek (100.000 lakosra)	253	364	326
Orvosok (1.000 lakosra)	3,43	3,36	4,47
Ápolók (1.000 lakosra)	6,49	4,19	7,88
Kórházak	27	56	77
Kórházi ágyak (1.000 lakosra)	4,40	5,18	6,03
Kórházból való elbocsátások (1.000 lakosra)	140	152	170
Kórházi ápolási idő (napok)	7,8	8,6	7,5
CT-vizsgálatok (1.000 lakosra)	143,8	217,8	148,7
MRI-vizsgálatok (1.000 lakosra)	55,8	82,5	79,5
PET-vizsgálatok (1.000 lakosra)	1,8	0,6	1
Az ellátásokhoz való hozzáférés korlátozottsága (lakosság %-a, 2019)	15,5	4,3	1,4

Az egészségügyi adatok és statisztikák tudományos célokra való felhasználása megengedett. Ezek alapján a jövőben Big-Data-elemzések állnak majd rendelkezésre. Az ENHIS egy biztonságos országos platformon és a legmagasabb biztonsági standardokon alapul. Az e-health-stratégia megvalósításának része egy megfelelő képzési program. Az orvostudományi egyetemeken digitális egészségügyi kurzusokat tartanak, a Tallinni Műszaki Egyetem pedig „Health Care Technology”-mesterprogrammal rendelkezik. Az egészségügy digitalizációja sohasem képezte közvita tárgyát. Az e-health-szolgáltatásokat az állam központilag vezette be, az egészségügyi intézmények bevonásával.

Heinz Brock: A svájci egészségügyi rendszer

Das österreichische Gesundheitswesen (ÖKZ), Jg. 63. (2022. 3-4)

Forrás Internet-helye: <https://www.gesundheitswirtschaft.at/publikation/63-jg-2022-3-4/das-gesundheitssystem-der-schweiz-teuer-aber-gut/>

Az OECD indikátorai szerint Svájc a tagállamok egészségügyi rendszereinek éllovasai közé tartozik. Az ellátásokhoz való hozzáférés a teljes lakosság számára széleskörűen biztosított, gyakorlatilag nincsenek várólisták. Az orvosi személyzet létszáma és a kórházi ágyak tekintetében Svájc meghaladja az OECD átlagát, az ápolószemélyzet létszáma tekintetében első helyen áll. Az egészségügyi rendszer hatékonyságának további mutatója a kellő időben és hatékonyan végzett beavatkozás. Svájc a megelőzhető halálesetek tekintetében a legmagasabb értéket nyújtja az OECD-ben. A születéskor várható élettartam 84 év (ezzel Spanyolország és Japán mellett a top 3-ba tartozik az OECD-ben). A pandémia idején a túlhalálozás is alacsonyabb volt az OECD átlagánál.

Az egészségügy minőségének ára, hogy Svájcban az egészségügyre fordított költségek és az egy főre eső egészségügyi költségek GDP-hez viszonyított aránya a legmagasabb.

Finanszírozás és szervezet

Jóllehet Svájcban a polgárok általában elégséges védettséggel rendelkeznek az orvosi ellátás költségeivel szemben, a privát költségek (pl. fogászati kezelések), önrészek és költséghozzájárulások az átlagot meghaladó mértékben sújtják az alacsonyabb jövedelemmel rendelkező háztartásokat.

A svájci egészségügyi rendszer specifikuma a föderalizmus, a liberalizmus, a korporatizmus és a direkt demokrácia befolyásának keveredése. A kötelező biztosításokra, a képzésre, a szakképzett személyzet akkreditációjára, az orvostechikai eszközökre, valamint a járványügyi intézkedésekre vonatkozó jogi keretfeltételeket államszövetségi szinten szabják meg. Az egészségügy területén a felelősség súlypontja a kantonokra jut. A kórházak többsége kantonális tulajdonban van, a kórházi ellátások finanszírozásának mintegy felét a kantonok viselik. A kantonok hatáskörébe tartozik még a tartós ápolás és a sürgősségi ellátás szervezése. Az egészségpolitikának a 26 kanton közötti koordinációját a kantonális egészségügyi igazgatók konferenciája látja el.

A döntéshozatali és a finanszírozási hatáskörök erőteljesen decentráliisan oszlanak meg. A finanszírozás legfontosabb szereplői a biztosítók, amelyek mint privát nonprofit vállalkozások versenyben állnak egymással. Az egészségügyi ellátás szerződéses és jogszabályi alapjaira vonatkozó alkufolyamatra a legtöbb biztosítót egyesítő három biztosítói szövetség, mint érdekképviselő, valamint a szolgáltatói szövetségek, a szakmai szövetségek és a tarifaszövetségek között kerül sor. A svájci demokrácia karakterisztikuma a polgároknak a politikai döntéshozatalban való magasfokú részvétele. Csaknem minden egészségüggyel összefüggő törvénytervezet államszövetségi népszavazás elé kerül. Az egészségügyi ellátásokra vonatkozó számos kompetencia a kantonokhoz tartozik és sok releváns egészségügyi téma tekintetében közvetlenül a helyi lakosság dönt.

A decentralis struktúrák a kórházi területen is fennállnak, az ágyszám viszonylag alacsony, a kórházak átlagosan kisebbek. Ezzel szemben a kórházak technológiai színvonala és személyügyi ellátottsága igen magas. A politika számára egyre inkább problémát jelent, hogy a diagnosztikai eszközök túlkínálata a hatékonyság csökkenését eredményezi. A jelenleg 276 svájci kórház több mint fele privát tulajdonban van. A privát tulajdonosok azonban túlnyomórészt kisebb speciális kórházakat üzemeltetnek, így az összes kórházi ágy kétharmada állami vagy közhasznú társasági kórházakhoz tartozik. A kórházi szolgáltatások elszámolása a *SwissDRG*-rendszer szerint egységesen történik, a DRG-pontok bázisértékei azonban ismét csak kantonspecifikusak. A pénzügyi forrásokat a biztosítók és egyre inkább a kantonok bocsátják rendelkezésre.

Innovatív biztosítási modellek

Az ambuláns ellátás finanszírozása államszövetségi szinten egységes tarifamodell (*TARMED – Tarif der medizinischen Leistungen*) szerint történik. Egy-egy TARMED-pont értéke a kantonális szolgáltatói szövetségek és a biztosítótársaságok közötti alkufolyamattól függően változhat. A polgárok többsége ún. alternatív biztosítási szerződést köt. Ezeket a rendkívül változatos szerződéseket, amelyek ráadásul lokálisan is különböznek, rendszerint vagy független orvosi közösségekkel (háziiorvosi modell), vagy biztosítók által működtetett csoportpraxisokkal (HMO-modell) kötik. További alternatív biztosítási forma a *Telmed*-modell, amelynek lényege, hogy a biztosítottak újonnan fellépő egészségi problémáik esetén telefonon egy szakmailag kompetens tanácsadóhoz fordulhatnak, aki eligazítást nyújt a cselekvéshez, vagy orvoshoz, kórházhoz, terapeutához irányítja őket. A szerződések minden esetben a „kapuőrhez” való kötődéssel korlátozzák a választás szabadságát és ezért tarifakedvezményt kínálnak. Az egészségügyi közgazdászok szerint emiatt az ambuláns ellátás igénybevétele egyharmaddal csökken.

Külföldi munkavállalók számára Svájc maga az ígéret földje

A kifejezetten jó munkakörülmények erőteljes ösztönzést jelentenek a külföldi szakképzett munkaerő számára, így máris túlkínálattól lehet tartani. Ezért a kantonok jogszabály által lehetőséget kaptak arra, hogy korlátozzák a biztosítási szolgáltatások elszámolásának engedélyezését. Ezzel a lehetőséggel kevés kanton élt. A praktizáló általános orvosok körében jelentkező előregedés eleve megköveteli a külföldi orvosok bevándorlását. A bevándorolt orvosi és ápolószemélyzet létszáma egyes években meghaladta az országban képzett személyzetét. Az, hogy a svájci egészségügyi rendszer a jövőben a külföldi ápolókra hagyatkozhat-e és képes lesz-e a csaknem 6.000 szabad állás betöltésére, továbbra is kérdéses. Miközben az ápolószemélyzet létszáma nemzetközi szinten a legmagasabb.

Heinz Brock: A horvát egészségügyi rendszer

Das österreichische Gesundheitswesen (ÖKZ) 63 Jg. (2022. 12.), p. 24–26.

Forrás Internet-helye: <https://link.springer.com/article/10.1007/s43830-022-0254-4>

A horvát egészségügyi rendszer a centralizáció elvén alapul. Az egészségügyi minisztérium dönt az egészségpolitikai irányelvekről és az állami egészségügyi intézmények beruházásairól, megtervezi és értékeli az egészségügyi programokat, meghatározza az állami és privát szolgáltatók minőségügyi standardjait. Az egyetemi

klinikák állami tulajdonban vannak. Az egészségügyi központok, népegészségügyi intézmények, közgyógyszertárak szervezete azonban decentrális. Ezeket a 21 megye („*županija*”; „ispánság”) üzemelteti. És ők üzemeltetik az általános kórházakat és a speciális klinikák többségét is. Az utóbbi években privatizálták az általános orvosi praxisok és fogászati rendelők többségét. A polgárok szabadon választhatnak általános orvost és fogorvost. Az ellátáshoz való hozzáférés érdekében minden közigazgatási egységben legalább egy (Zágrábban három) elsődleges ellátási centrumot kell működtetni. A társadalombiztosítás által nyújtott összes egészségügyi szolgáltatást a horvát egészségügyi alap (*Croatian Health Insurance Fund – CHIF; Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje*; <https://hzzo.hr/en> ; <https://hzzo.hr/>) finanszírozza.

A horvát társadalombiztosítás kötelező biztosításként működik, kilépésre nincs mód. A szolgáltatási csomag átfogó és csaknem a teljes lakosságra kiterjed. A horvátországi lakosok és a három hónapnál hosszabb ideig Horvátországban élő külföldiek teljeskörű biztosítási védelemmel rendelkeznek. A munkaviszonnyal nem rendelkező közeli hozzátartozók a járulékfizetővel együttes biztosítással rendelkeznek. Önrészeket is alkalmaznak.

A gyermekek, várandós nők, a fogyatékkal élők és a 65 év fölöttiek, továbbá az oltások és a palliatív ellátásban részesülők mentesülnek az önrészfizetés alól. A társadalombiztosítás a kötelező biztosítás volumenét meghaladó kiegészítő biztosítási csomagokat is felkínál. Ezek vagy csak az önrészeket fedezik, vagy magasabb díj fejében jobb minőségű ellátásokat bocsátanak rendelkezésre.

Az egészségügyi alap bevételeinek többsége a biztosítottak járulékaiból származik. A befizetendő járulék a bruttóbér 16,5%-a (földművesek és a klérus számára 7,5%, az átlagnyugdíjat meghaladó nyugdíjasok számára 3%). Egyes csoportok, mint a fogyatékkal élők, mentesülnek a járulékfizetési kötelezettség alól. A pandémia idején és a gazdasági teljesítmény ezzel járó teljesítménycsökkenésével összefüggésben a járulékbefizetések a 2019-es 81,9%-ról 2020-ban 74,2%-ra estek vissza, amit részben állami támogatással kompenzáltak.

<i>Az egészségügyi rendszer paraméterei</i>	HR
Lakosság (millió lakos)	4,0
Az egészségügy GDP-ből való részesedése (%)	7,8
Állami kiadások (egészségügyi összkiadások %-a)	84,2
Egy főre eső kiadások (USD, vásárlóerő paritás)	2.080
Praktizáló orvosok (1.000 lakosra)	3,56
Praktizáló ápolók (1.000 lakosra)	7,08
Kórházi ágyak (1.000 lakosra)	3,54
Születéskor várható élettartam	76,8
Megelőzhető halálesetek (évente 100.000 lakosra)	296
Akut miokardiális infarktus (AMI) miatti 30 napon belüli halálozás (%)	11,6

OECD 2020, vagy a legfrissebb rendelkezésre álló adat.

Az egészségügyi kiadások mind az egy főre eső kiadások (2019: 2.168 USD), mind a GDP-hez viszonyított kiadások (2019: 6,9%) tekintetében alacsonyabbak mint az EU-ban. Az egészségügyi összkiadások 81,9%-a (2019) állami forrásokból származik, az out-of-pocket-fizetések aránya 2019-ben 11,5% volt. Az egészségügyi kiadások több mint 20%-a gyógyszerekre és gyógyászati segédeszközökre jut (EU-átlag: 13,9%).

Az orvosi és ápolószemélyzet létszáma nem éri el az európai átlagot. Különös nehézséget jelent a személyzet aránytalan területi megoszlása. Az aránytalanság a kórházi erőforrásokra is jellemző. A kórházi ágyak, elsősorban az aktív ágyak száma ugyancsak az európai átlag alatt van. A nagykészülékekkel való ellátottság, a tartós ápolás és a palliatív ellátás helyzete is kritikus. Műtétekre és diagnosztikai eljárásokra hosszasan várakozni kell. A kórházi ápolási idő 8,2 nap, jóval meghaladja az EU-átlagot. Az általános orvosok és fogorvosok honoráriumai fejkvóták, tarifafjellegű szolgáltatástérítés és minőséghez kapcsolódó bónuszok kombinációjából állnak össze. A szabadfoglalkozású szakorvosok szolgáltatásait tarifakatalógus szerint, az ambuláns kórházi ellátásokat szolgáltatások szerint, az állami kórházaknál a fekvőbeteg szolgáltatások 90%-át globális költségvetésből, 10%-át DRG-rendszer keretében számolják el.

A horvát kormány a 2021 és 2027 közötti nemzeti fejlesztési stratégia keretében ambiciózus célkitűzéseket fogalmazott meg: az ellátásokhoz való hozzáférés és ezek minőségének javítása, egy hatékony egészségügyi rendszer kiépítése. Ám az olyan fontos kulcsfontosságú indikátorok, mint a krónikus betegek kórházba való beutalása megelőzésének rátája, rávilágítanak, hogy milyen messze van Horvátország az európai színvonaltól.

Heinz Brock: A cseh egészségügyi rendszer

Das österreichische Gesundheitswesen (ÖKZ), 64.JG (2023) 5, 17. Mai 2023, 09:30

Forrás Internet-helye: <https://www.gesundheitswirtschaft.at/publikation/64-jg-2023-5/tschechische-republik-die-erben-des-dichters/>

A független Csehszlovákia megalapítását követően a társadalombiztosítás területén alkalmazott hagyományos Bismarck-rendszer fokozatosan leépült. 1938-ban már a lakosság fele rendelkezett privát egészségbiztosítással. A második világháború után bevezetett szovjet típusú centralizált állami rendszer olyannyira nem volt működőképes, hogy az 1960-as-1980-as évekre a lakosság ellátása folyamatosan rosszabbodott. Az 1989-es rendszerváltást követően elkezdődött a társadalombiztosítási önkormányzatok, egészségbiztosítási pénztárak rendszerének kiépítése és a kórházak kivételével az állami struktúrák lebontása.

Az egészségbiztosítási pénztárak egyre több szolgáltatóval kötöttek egyedi szolgáltatásokon alapuló szerződéseket, ami azonnali költségnövekedéssel járt. 1997-től az általános orvosokkal egyedi szolgáltatásokról kötött elszámolásokat átalányokkal helyettesítették, a kórházaknak pedig fix költségvetéseket biztosítottak, a szabadfoglalkozású szakorvosok számára volumenkorlátot vezettek be. A 2003-ban bevezetett reform keretében a kórházak állami tulajdonát a kórházak mintegy felénél független regionális fenntartókra, később részben részvénytársaságokra ruházták át.

Az 1990-es évek elején bevezetett társadalombiztosítási rendszer hét állami felügyelet alatt álló társadalombiztosítási társaságból áll, amelyek a szolgáltatások finanszírozói és vásárlói. A biztosítótársaságok közötti konkurencia korlátozott, a szolgáltatási csomagok csak minimális mértékben különböznek. A polgárok szabadon választhatnak biztosítót, a biztosítóknak pedig nincs lehetőségük a biztosítottak szelekciójára, mindenkit be kell fogadniuk. A kötelező biztosítás széles kínálata kiterjed az ambuláns és kórházi ellátásra, a gyógyszerekre, egyes fogászati ellátásokra, rehabilitációra, tartós ápolásra.

A privat biztosítás csekély jelentőséggel rendelkezik. Az egészségügyi szolgáltatók az egészségbiztosítási alap (*Zdravotní pojišťovna*) keretében számolják el szolgáltatásaikat, havonta előleget, a következő évben pedig végleges elszámolást kapnak a szolgáltatásokról. A kórházak és speciális központok többsége az állam, a regionális hatóságok vagy az önkormányzatok tulajdonában van. A szabadfoglalkozású orvosok többsége privat praxisokban működik. Az általános orvosok nem rendelkeznek kapuőr funkcióval.

Az egészségügyi minisztérium (*Ministerstvo zdravotnictví*) legfontosabb háttérintézményei: az állami népegészségügyi intézet (*Státní zdravotní ústav*), az egészségügyi információs és statisztikai intézet (*Ústav zdravotnických informací a statistiky*), az állami gyógyszerügyi intézet (*Státní ústav pro kontrolu léčiv*) és a regionális egészségügyi hatóságok (*Krajské hygienické stanice*).

<i>Az egészségügyi rendszer paraméterei</i>	CZ
Lakosság (millió lakos)	10,7
Egészségügyi kiadások (GDP %-a)	9,2
Évente egy főre eső egészségügyi kiadások (USD vásárlóerő paritás)	3.805
Állami egészségügyi kiadások (egészségügyi összkiadások %-a)	87,7
„Out of pocket” (egészségügyi összkiadások %-a)	11,5
Születéskor várható élettartam	77,4
Megelőzhető halálozás	277
Dohányosok (naponta >15; felnőtt lakosság %-a)	18,1
Alkohol (liter/fő; évente)	11,6
Túlsúlyosság (felnőtt lakosság %-a)	39,1
Orvosok (1.000 lakosra)	4,1
Ápolók (1.000 lakosra)	8,7
Kórházak	265
Kórházi ágyak 1.000 lakosra	6,5
Kórházból elbocsátott betegek (millió évente)	1,7

OECD Health Data

Az egészségügyi kiadások a GDP 7,8%-át teszik ki (2019). Az egy főre eső egészségügyi kiadások összege 2.362 EUR, jóval elmarad az európai átlagtól. A kiadások többségét az állam finanszírozza (2019-ben azok 82%-át, ami meghaladja a 79,7%-os EU-átlagot), ami elsősorban a kötelező biztosítás keretében valósul meg. A „gazdaságilag inaktív személyek” (diákok, nyugdíjasok, munkanélküliek) számára fizetett állami hozzájárulás most már a kötelező biztosítás bevételeinek egynegyedét teszi ki.

A születéskor várható élettartam ugyan 2020-ban 78,3 év volt (EU 80,6), ami elmarad az elmúlt tíz év európai átlagától, a kelet-európai országok körében azonban Szlovénia és Észtország után a legmagasabb. A pandémia más európai országokhoz hasonlóan a születéskor várható élettartam csökkenését okozta. A COVID19 2020 augusztus végén 30.400 halálos áldozatot követelt, ami nagyjából 80%-kal haladja meg az EU-átlagot (2.843 vs. 1.591/egymillió lakos).

Az egészségügyi minisztérium stratégiai tervet készített az egészségügyi rendszer 2030-ig való továbbfejlesztésére. Ennek célkitűzései között szerepel a lakosság egészségkompetenciájának javítása és a prevencióra való fokozottabb összpontosítás.

Sissi Eigruber: A szlovák egészségügy a pandémia idején

Das österreichische Gesundheitswesen (ÖKZ), 62.JG (2021) 12. 15. Dez 2021, 12:22

Forrás Internet-helye: <https://www.gesundheitswirtschaft.at/publikation/62-jg-2021-12/wenn-die-ampeln-trauer-tragen/>

Szlovákiában 2021 novemberében az újonnan fertőződöttek hétnapos átlagértéke 9.020 volt. Az 5,5 millió lakossal rendelkező országban ez újabb csúcsot jelentett. **Richard Kollar matematikus (Univerzita Komenského v Bratislave)** arra figyelmeztetett, hogy az elkövetkező hetekben-hónapokban lehetetlenné válhat a vírus leküzdése. Ennek oka a rendkívül alacsony átoltottság. Ebben az időpontban az EU lakosságának átlagosan 70%-a (rendszerint két oltással) be volt oltva. Szlovákiában mindössze 43%, ennél alacsonyabb Európa-szerte csak Bulgáriában és Romániában volt. **Peter Stachura (az Universitätsklinik St. Pölten főorvosa, egykori szlovák egészségügyi államtitkár)** szerint az alacsony átoltottság három fő oka: az elhibázott politika, a hírhamisítás és a szuboptimális kommunikációs kultúra.

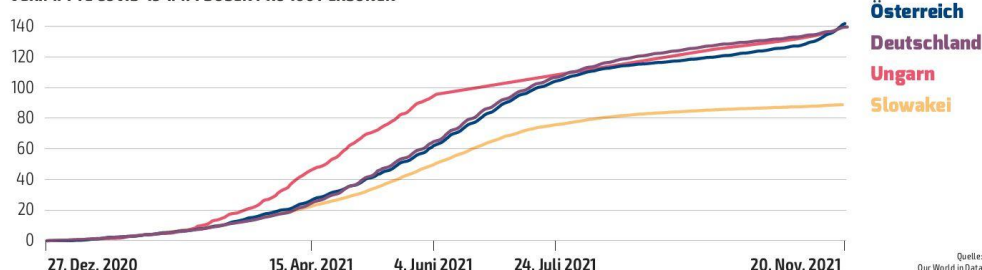
Szlovákia az ingyenes tömeges tesztelés bevezetésével figyelemreméltó lépést tett a pandémia megelőzése tekintetében. Az ingyenes tesztelés Európában elsőként 2020 novemberében vette kezdetét. Ezt decemberben a lockdown bevezetése követte. Az Európai Gyógyszerügynökség engedélyezésével nem rendelkező Szputnyik V vakcina megrendelése azonban kormányválsághoz és végül Igor Matovič miniszterelnök és Marek Krajčí egészségügyi miniszter lemondásához vezetett. 2021 augusztusában leállították a Szputnyik V alkalmazását és más, az EMA által engedélyezett vakcinákra tértek át.

Ebben az időben Szlovákiában még kevés lélegeztetőgéppel ellátott kórházi ágy állt szabadon rendelkezésre. Egyre több kórház jelentette, hogy kihasználtsága kritikus és műtéteket kell elhalasztani. Eduard Heger miniszterelnök bejelentette, hogy az oltatlanok számára teljes lockdown-t rendelnek el. Azok, akik nem rendelkeztek oltással, vagy nem gyógyultak meg, nem látogathattak rendezvényeket, lokálokat, szállodákat és bevásárlóközpontokat. Az ún. 3G-igazolással (oltott, gyógyult, tesztelt)

nem rendelkező munkavállalókat bérre vagy bérkiegészítésre való jogosultság nélkül hazaküldhették.

100 lakosra jutó beadott COVID19 elleni dózisok

VERIMPFT COVID-19-IMPFDOSEN PRO 100 PERSONEN



Heinz Brock: Az amerikai egészségügyi rendszer

Das österreichische Gesundheitswesen (ÖKZ), 63 Jg (2022) 11, 7. November 2022
09:26

Forrás Internet-helye: <https://www.gesundheitswirtschaft.at/publikation/63-jg-2022-11/land-der-begrenzten-moeglichkeiten/>

Az amerikai egészségügyi rendszer magasabb költségvetéssel rendelkezik mint a Pentagon. Az Egyesült Államok mágnesként vonzza a karrierre vágyó kutatókat és orvosokat. Kutatóintézeteiben számos áttörő innováció született, magasan képzett specialistákkal, kiváló kórházakkal rendelkezik, bizonyos betegségek gyógyítása tekintetében úttörő eredményekkel büszkélkedhet. A rendszer árnyoldalai: ez a világ legdrágább ellátórendszere, de ugyanakkor a legkevésbé hatékony, az amerikai lakosság széles tömegeinek nincs hozzáférése a szolgáltatásokhoz.

A szuboptimális hatékonyság okai a szocio-kulturális és politikai összefüggésekben keresendők. A lakosság egytizede nem rendelkezik egészségbiztosítással, ezek a polgárok pedig csak nehezen jutnak hozzá időben a megfelelő ellátáshoz. Mi több, 2010 előtt a lakosság egyhatoda nem rendelkezett biztosítással. Az „**Obamacare**“ néven elhíresült „**Patient Protection and Affordable Care Act**“ vezette be a szerény anyagi lehetőségekkel rendelkezők részére a méltányos szolgáltatásokat és szubvenciókat nyújtó kötelező biztosítást. Ennek ellenére az Egyesült Államokban a saját felelősséget továbbra is többre tartják mint a szolidaritást, miáltal az Obamát követő kormány nem vonta ugyan vissza a törvényt, de ellehetetlenítette annak alkalmazását.

Az amerikai polgárok több mint fele privát egészségbiztosítással rendelkezik, amelynek szűk 90%-át a munkaszerződés részeként a mindenkor munkáltató támogatja. E privát biztosítási szerződések szolgáltatási volumene rendkívül változó és szubsztanciális ellátási hézagokat okoznak, amelyek szükség esetén privát befizetésekkel kompenzálhatók. Az amerikaiak egyharmadát (időskorúak, fogyatékkal élők, szegények) a **Medicare** és a **Medicaid** állami biztosítók látják el. Mivel az állami biztosítók csak a 65 év fölöttiek, a fogyatékkal élők és az alacsony jövedelműek részére nyújtanak szolgáltatást, náluk „halmozódnak” a „költséges” biztosítottak. A munkaadók általi biztosításoknál viszont a fiatalabb és egészségesebb, tehát „kedvező költségű” biztosítottak koncentrálnak. Ennek eredményeként az egészségügyi ellátás

költségeinek több mint felét az állam finanszírozza, másik fele a privát biztosítókra és a privát háztartásokra hárul („out of pocket“). Nemzetközi összehasonlításban az egészségügyi ellátások állami finanszírozása jóval elmarad az OECD-államok átlagától, ám az egészségügy finanszírozásához nyújtott állami hozzájárulás 1970. óta megháromszorozódott és a védelemre fordított költségeket is meghaladja.

<i>Az egészségügyi rendszer paraméterei</i>	USA
Lakosság (millió lakos)	331,5
Egészségügyi összkiadások (GDP %-a)	18,8
Állami egészségügyi kiadások (egészségügyi összkiadások %-a)	45,0
Egy főre eső egészségügyi kiadások (USD vásárlóerő paritás)	11.859
Állami vagy privát biztosítás (lakosság %-a)	90,3
Privát biztosítás (lakosság %-a)	62,0
Praktizáló orvosok (1.000 lakosra)	2,60
Praktizáló ápolók (1.000 lakosra)	11,70
Általános orvosok (1.000 lakosra)	0,31
Kórházak	6.090
Kórházi ágyak (1.000 lakosra)	2,80
Születéskor várható élettartam	78,6
Megelőzhető halálozások (évente 100.000 lakosra)	336
Diabétisz prevalenciája	10,7

OECD Health Data 2020

Az állami és privát biztosítók különböző partnerektől vásárolnak szolgáltatásokat. Azokat a személyeket, akik valamely HMO-hoz (*Health Maintenance Organization*) való beiratkozást választják a biztosítás formájaként, a kapuórként működő háziorvos irányíthatja a megfelelő HMO-hálózathoz. A HMO-k méreteit jól illusztrálja a *Kaiser Permanente*: A vállalkozás nyolc szövetségi államban és *District of Columbia*-ban 12,6 millió embert lát el, 39 kórházat működtet, amelyekben 23.700 orvost és 65.000 ápolót foglalkoztat. 2021-ben 93,1 milliárd USD forgalommal rendelkezett. A HMO-k viszonylag alacsony díjakat alkalmaznak. Emiatt kedveltségük a PPO-k (*Preferred Provider Organization*) vagy FFS-ek (*Fee for Service*) javára csökkent, amelyeknél az általános orvos vagy szakorvos megválasztása bizonyos korlátok között szabad és lépcsőzetes önrészeket alkalmaznak.

Heinz Brock: A japán egészségügyi rendszer

Das österreichische Gesundheitswesen (ÖKZ), 64. Jg. (2023) 11.; 8. Nov. 2023, 09:26

Forrás Internet-helye: <https://www.gesundheitswirtschaft.at/publikation/64-jg-2023-11/das-japanische-gesundheitssystem-kaizen-funktioniert-ueberall/>

A japán egészségügyi rendszer teljesítőképességének legékeesebb bizonyítéka, hogy világviszonylatban Japánban a legmagasabb a születéskor várható átlagos élettartam. Ám ez nem jelenti, hogy a rendszer mentesülne a kihívásoktól: előregedő népesség, csökkenő gazdasági teljesítmény, amelyek a szolgáltatásokhoz való szélsőségesen liberális hozzáféréssel kombinálva tendenciálisan költségnövekedéshez és minőségromláshoz vezetnek. Reformok sorozatát követően most a „*Health Care 2035*” program van napirenden, amely a fenntarthatóságra, eredményminőségre és egyenlő hozzáférésre összpontosít.

Az egészségügy szektorális szegmentálódása Japánban ismeretlen fogalom. A polgárok szabadon dönthetnek arról, hogy miként jussanak hozzá az ellátáshoz: szabadfoglalkozású orvoshoz, kórházi ambulanciához fordulhatnak, anélkül, hogy ehhez beutalóra lenne szükségük. Az általános orvosok kapuőr szerepet töltenek be. A kormány ajánlása szerint mindenkinek tanácsos „háziorvost” választania, a kórházba való önbeutalásokért pótdíjat hajtanak be. Japánban az elsődleges és szakorvosi ellátás közötti megkülönböztetés sem intézményi, sem pénzügyi szinten hagyományosan nem létezik. Az elsődleges ellátást többnyire privát ambulanciák („*clinics*”) biztosítják, amelyek egy vagy több orvost, ápoló- és adminisztratív személyzetet foglalkoztatnak. Az ambuláns szakorvosi ellátás teendőit főleg kórházi ambulanciák látják el, a szabadfoglalkozásúakéval azonos tarifák szerint. Az elsődleges és kórházi ellátás szolgáltatásainak tarifáit a kormány szabja meg. A szolgáltatók kifizetése egy részletes szolgáltatási katalógus szerint történik. Privát számlák nem megengedettek. A krónikus betegek kezeléséért és az otthoni gondozásért extra honorárium jár. Az elsődleges ellátásban és kórházakban dolgozó orvosok fizetése között nincs különbség. A bérek általában magasak (havi 15.140 USD). Az ambulanciák és a kórházak elektronikusan számolnak el a biztosítókkal. A betegek a helyszínen fizetik költség hozzájárulásukat. A kórházak nagyrésze diagnózisok vagy procedúrák szerint számol el, de lehetőség nyílik a szigorúan szolgáltatások szerinti elszámolásra is.

1.000 lakosra 12,62 kórházi ágy jut. A magas ágyszám és a hosszú kórházi ápolási idő okai: az ellátáshoz való gyors hozzáférés, valamint az állami biztosítási rendszer általi messzemenő költségátvállalás, továbbá a pszichiátriai intézetekre jellemző szélsőségesen hosszú ápolási idő, ami a demens személyek magas számával függ össze. 2016-ban 8.442 kórház és 101.529 ambulancia („*clinics*”) működött. A kórházak 80%-át privát vállalkozások üzemeltetik, amelyek a menedzsment tekintetében teljesen függetlenek, csupán a beruházások tekintetében kell minimális feltételeket teljesíteniük. A szolgáltatások elszámolását viszont a kormány szabja meg.

<i>Az egészségügyi rendszer paraméterei</i>	JP
Lakosság (millió lakos)	124,31
Lakosság ≥ 65 év (%)	28,9
Születéskor várható élettartam	84,5
Egészségügyi kiadások GDP-hez viszonyított aránya (%)	11,5
Egy főre eső egészségügyi kiadások (USD vásárlóerő paritás)	5.251

<i>Az egészségügyi rendszer paraméterei</i>	JP
Privát („out-of-pocket”) (egészségügyi összkiadások %-a)	11,1
Kórházi ágyak 1.000 lakosra	12,62
Kórházi ápolási idő (napok átlagosan)	19
Kórházi ápolási idő pszichiátrián (napok átlagosan)	274
Orvosok (1.000 lakosra)	2,6
Ápolók (1.000 lakosra)	12,1

OECD Health Data 2023

1.000 lakosra 2,6 orvos jut, az orvoshiány mégsem téma. Ellenkezőleg, a kormány a képzési kapacitások szabályozásával rögzíti a praktizáló orvosok számát. Az orvostanhallgatók kétharmada állami egyetemeken tanul. A hatéves képzés tandíja állami egyetemeken mintegy 30.000 EUR, a privát egyetemeken ennek tízszerese.

Japánban több mint 1.400 üzemi egészségpénztár működik, amelyek a lakosság 59%-át lefedik. A 47 japán prefektúra mindegyike rendelkezik területi egészségpénztárral a foglalkoztatáson kívüli 75 éven aluliak számára. Az összes 75 év fölötti japán polgár automatikusan területi egészségpénztári biztosítással rendelkezik. A biztosítások fedezik a kórházi, az elsődleges ellátást, a szakorvosi szolgáltatásokat és a gyógyszerellátást. A kötelező ápolásbiztosítás fedezi a 65 év fölöttiek és a 40 év fölötti egészségkárosodottak szükségleteit, finanszírozza az otthoni ápolást, a lakás akadálymentesítését és fogyatékkal élők részére való átalakítását, a gyógyászati és segédeszközöket, a hospice- és palliatív ellátást. Az ápolásbiztosítás finanszírozása fele-fele arányban adóforrásokból és szociális szempontok szerint arányos individuális járulékokból történik, amelyeket azonos arányban a munkáltatók és a munkavállalók viselnek. A biztosítók finanszírozása adóforrásokból és járulékokból történik. A biztosítottaknak a járulékokon kívül egy 30%-os önrészt és különböző hozzájárulásokat kell fizetniük, amelyeknél szociális szempontok szerinti havi és éves maximumokat határoznak meg. Az egészségügyi szolgáltatásokért fizetett privát önrészek leírhatók az adóból.

A japán biztosítási rendszer számos szociális komponenst tartalmaz (*safety net*), az alacsony jövedelemmel rendelkező polgárok, akik 306 krónikus betegség valamelyikében szenvednek, mentesülnek az önrészfizetéstől. A privát egészségügyi kiadások számára megszabott felső határ védelmet biztosít a megfizethetetlen egészségügyi költségekkel szemben.

Függelék:

Dr. Frank Wild: Az izraeli egészségügyi rendszer

Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP), Kurzalanyse, Köln, 17. 12. 2022 (4 p.)

Forrás Internet-helye: https://www.wip-pkv.de/fileadmin/DATEN/Dokumente/WIP-Kurzanalysen/Kommentar_Das_Gesundheitssystem_Israels-das_unbekannte_Vorbild_beim_Impfen_gegen_das_Coronavirus.pdf

A Kneszet 1994-ben fogadta el a kötelező betegbiztosításról szóló törvényt. Az egészségügyi ellátást négy ún. *Health Maintenance Organization (HMO)*, a Clalit, a Leumit, a Maccabi és a Meuhedet biztosítja. Ezek kötelező, univerzális biztosítást nyújtanak a 9,4 millió izraeli lakos számára. E szervezetek közhasznú társaságként működnek, nem jogosultak nyereségszerzésre és az egészségügyi szolgáltatások kínálatával versenyben állnak egymással. A legnagyobb HMO a Clalit, amely a lakosság felének nyújt biztosítási védelmet, 1.400 háziorvosi klinikát, nyolc kórházat, gyógyszertárak, fogászati klinikák és diagnosztikai centrumok országos hálózatát működteti.

Az alapellátás, az ún. egészségügyi kosár a lakosság számára ingyenes. A jobb szolgáltatások elérése érdekében léteznek privát biztosítások is, pl. a fogászati ellátás területén, vagy gyorsabb szakorvosi vizsgálat elérésével összefüggésben.

A HMO-k nemcsak biztosítóként működnek, hanem saját szolgáltatásokat is nyújtanak, kórházakat működtetnek, ezért a lakosság csak az adott HMO-hoz kötődő orvosoknál és praxisoknál vehet igénybe szolgáltatásokat. A lakosság szabadon választhat HMO-t és negyedévente váltásra van lehetősége. A rendszer finanszírozása céljából egészségügyi adót vezettek be.

Az OECD adatai szerint az egészségügyre fordított kiadások a GDP 7,5%-át teszik ki (OECD átlag 8,8%). Az egy főre jutó GDP 42.400 USD. Izrael a *Global Competitiveness Index*-en világviszonylatban a 16. helyen áll. Az e-recept, a telemedicina, az egészségügyi adatok digitális cseréje rég bevált gyakorlat.

A születéskor várható élettartam nőknél 84,7 év, férfiaknál 81 év. A lakosság átlagéletkora 30 év. Ez a viszonylag alacsony egészségügyi kiadások magyarázata. Az ellátás a jól kiépített ambuláns szektoron alapul, miközben a (költséges) kórházak száma átlagon aluli. A kórházi ellátásban jelentős várólistákkal kell számolni, a kihasználtság aránya 96% (OECD átlag 76%). Az ugyancsak kórházi várólistáktól sújtott Nagy-Britanniában a kihasználtság 86%. A várólisták kijátszására privát kiegészítő biztosítás kötésével nyílik lehetőség. Izraelben jelenleg a lakosság több mint háromnegyede rendelkezik ilyen kiegészítő biztosítással, húsz éve még a lakosság felének sem volt.

Dr. Frank Wild

frank.wild@wip-pkv.de

Heinz Brock: Orvoshiány az OECD-országokban

ÖKZ, [65.JG \(2024\) 2](#), 14. Mai 2024, 09:28

Forrás Internet-helye: <https://www.gesundheitswirtschaft.at/publikation/65-jg-2024-2/aerztmangel-der-schwemme-folgt-die-duerre/>

Egy pillantás a nemzetközi egészségügyi statisztikákra azt mutatja, hogy az orvosi személyzet hiánya és fölöslege között nem vonható meg egy megbízható határvonal. Nyomatékosan emlékeztetnünk kell, hogy 1980 és 2005 között Németországban, Ausztriában, Kanadában és Japánban a mainál sokkal alacsonyabb orvossűrűség mellett a hivatásrend és a politika képviselői az orvosok számának fenyegető túlaradására figyelmeztettek. 2005 óta változatlan keretfeltételek között, főleg Németországban és

Ausztriában a közbeszédet az orvoshiány dominálja – miközben az orvosok száma folyamatosan növekedik.

Svájc, Norvégia, Svédország, Finnország és az Egyesült Királyság hagyományosan külföldön toborzott orvosokkal oldja meg az orvoshiányt. A külföldi orvosok aránya az Egyesült Királyságban 32%, Svájcban több mint 38%. A brit NHS előszeretettel a volt gyarmatokon (Indiában, Pakisztánban, Nigériában) toboroz, miközben Svájc magas fizetésekkel és jó munkafeltételekkel csalogatja el a német és osztrák orvosokat. Svájcban az éves nettó orvosmigráció meghaladja az orvosi egyetemek output-ját. Ausztriában az orvosok külföldre vándorlását tekintik az orvoshiány legfőbb okának. Ausztriában azonban a külföldi diplomával rendelkező orvosok aránya viszonylag alacsony: a külföldi diplomával rendelkező külföldi orvosok száma 2.762 (6,8%), a külföldi diplomával rendelkező osztrák orvosoké 4.843. Ám ha figyelembe vesszük, hogy ez a szám 1.410 osztrák diplomával rendelkező olasz (Ausztriában képzett dél-tiroli) orvost is tartalmaz, továbbá azt, hogy a 2.145 osztrák diplomával Németországban praktizáló orvos többsége német állampolgársággal is rendelkezik („numerus clausus-migránsok“), akkor az összkép már egészen másképp fest. Ez azt jelenti, hogy Ausztria sok orvost képez más országok számára, az osztrák orvosok migrációs szaldója azonban kiegyenlítődik, még ha ez ebben a formában nem különösebben pozitív fejlemény.

Az elsődleges ellátási szektor elhanyagolása és az orvosok kedvezőtlen területi megoszlása negatívan hat az egészségügyi rendszerek hatékonyságára. Tizennégy vizsgált ország közül kilencből jelezték problematikusként az általános orvosokkal való alulellátottságot. Az általános orvosok általános hiánya rendszerint a vonzó agglomerációkban való koncentrációval jár együtt. Kivételt képez Svájc és Franciaország, ahol az orvosok létszámát kevésbé tekintik problémának mint aránytalan megoszlásukat, valamint az Egyesült Államok és az Egyesült Királyság, ahol a hiány minden régióban egyforma. Japánban ugyan általános az orvoshiány, ami az orvosok rendkívül alacsony sűrűsége miatt még érthető is, de az erőteljesen egalitárius honoráriumrendszerrel fogva a regionálisan aránytalan ellátás nem jelent problémát.

Heinz Brock: A dél-koreai egészségügyi rendszer

Das Magazin für Health Professionals (ÖKZ), 20. November 2024, 09:26

Kulcsszavak: egészségügyi rendszer, Dél-Korea

Forrás Internet-helye: <https://www.gesundheitswirtschaft.at/publikation/65-jg-2024-4/suedkorea-aufruhr-im-land-der-morgenstille/>

Dél-Korea a világ technológiailag legelőrehaladottabb országai közé tartozik. A várható élettartam magas, a termékenységi ráta alacsony. A lakosság gyors ütemben öregedik. Az ország hatékony egészségügyi rendszerrel rendelkezik, amelyet a lakosság rendkívül intenzíven igénybe vesz. Jóllehet az emberek egészségi állapota nem rosszabb mint másutt, az orvos-beteg kontaktusok száma rendkívül magas. Ezzel szemben az intézmények személyügyi ellátottsága alacsony. Becslések szerint Dél-Koreában 2035-

ig több mint 27.000 orvos fog hiányozni a rendszerből. Vidéken sok helyen az ápolók állítanak ki recepteket és végeznek egyszerűbb beavatkozásokat.

Yoon Suk-yeol elnök a beiskolázási helyek évente 3.000-ről 5.000-re emelésével oldaná meg az orvoshiányt, amire az orvostársadalom szokatlan vehemenciával reagált: a 13.000 rezidens 90%-a felmondott. Dél-Koreában az orvosok nem sztrájkolhatnak, így inkább a felmondás mellett döntöttek. A fiatal orvosok kiesése miatt az egészségügyi ellátás válságos helyzetbe került, a segédorvosok teendőit szakorvosoknak kellett átvenniük, a várakozási idők meghosszabbodtak.

A dél-koreai kórházak többségét privát fenntartók működtetik és egyedi szolgáltatásokat számolnak el a nemzeti egészségbiztosítóval. DRG-alapú térítést csak hét betegségkategóriánál alkalmaznak. A privát üzemeltetők azonban hevesen tiltakoznak a DRG-modell kiterjesztése ellen. A tartós ápolás területén 17 szolgáltatási kategóriát napidíjban térítenek. A finanszírozás e formái az átlagos kórházi ápolási idő drámai meghosszabbodásával járnak.

A nemzeti egészségbiztosító, amely 2000 óta összevonta az összes biztosítót, egységes biztosítási struktúraként működik, egységes szolgáltatási csomagot és minden szolgáltató számára kötelező tarifákat ír elő. Ezek azonban nem fedezik a költségeket, miáltal a privát szolgáltatók kénytelenek a biztosítási katalógusban nem szereplő kezeléseket nyújtani. Az egyébként általánosan bevett privát önrészek mértékét, tarifán kívüli szolgáltatásoknál nem korlátozzák, így ezek a szegényebb háztartások számára elérhetetlenek.

Mivel a privát szolgáltatások jelentős bevételforrást jelentenek, sok fiatal orvos dönt pl. a plasztikai sebészet mellett, miközben a gyermekgyógyászat vagy a sürgősségi ellátás területén nincs utánpótlás. Csak Szöulban 2.000 plasztikai sebész működik, a dél-koreaiak 20%-a már alávetette magát plasztikai műtétnek. A leggyakoribb műtét a szemhéjplasztika. Ezen a területen azonban a kezelési hibák miatti panaszok száma igen magas: 15-ször magasabb mint Japánban és 566-szor magasabb mint Nagy-Britanniában.

<i>Az egészségügyi rendszer paraméterei</i>		DK
Lakosság (millió lakos)	2022	51,63
Egy főre eső GDP (USD vásárlóerő paritás)	2023	54.058
Születéskor várható élettartam	2021	83,8
Egészségügyi kiadások (GDP %-a)	2023	9,9
állami (GDP%-a)	2023	6,2
privát (GDP %-a)	2023	3,6
Egy főre eső egészségügyi kiadások (USD vásárlóerő paritás)	2023	5.006
állami (USD vásárlóerő paritás)	2023	3.164

<i>Az egészségügyi rendszer paraméterei</i>		DK
privát (USD vásárlóerő paritás)	2023	1.842
Egészségügyi kiadások finanszírozása (összkiadások %-a)		
adók	2022	17,7
kötelező biztosítás	2022	46,4
privát biztosítás	2023	6,5
privát önrészek	2023	30,3
Kórházi ágyak 1.000 lakosra	2022	12,84
Orvosok (1.000 lakosra)	2022	2,52
Ápolók és bábák (1.000 lakosra)	2022	8,91
CT (1 millió lakosra)	2022	44,45
MRI (1 millió lakosra)	2022	37,46
PET (1 millió lakosra)	2022	3,37
Orvosi konzultációk (évente/lakos)	2022	17,5

OECD Health Statistics

A reformok sokéves halogatása miatt az egészségügy súlyos helyzetbe került. Még nem volt olyan ország, ahol az egészségügyi reform a releváns szakmai csoportok bevonása nélkül sikerrel járt volna. Az orvosok egy részének rossz munkakörülményei nem javíthatók tartósan létszámemelés nélkül. A jelenlegi válsághelyzet legnagyobb tanulsága, hogy a központi egészségügyi közszolgáltatás nem engedhető át a privát piac kénye-kedvének. Minden minőségi és a szükségleteknek megfelelő egészségügyi ellátásnak megvan a maga ára. A hamis ösztönzők és a vélelmezett megtakarítások hosszútávon igencsak sokba kerülhetnek.

Heinz Brock: Az indiai egészségügyi rendszer

Das Magazin für Health Professionals (ÖKZ), 17. Februar 2025, 09:24

Forrás Internet-helye: <https://www.gesundheitswirtschaft.at/publikation/66-jg-2025-1/das-gesundheitssystem-in-indien-blick-in-eine-andere-welt/>

India gazdasági teljesítménye folyamatosan növekedik. A GDP az elmúlt három évtizedben évente több mint öt százalékkal növekedett. Ez az egészségügy fejlesztésének is kedvez. A források igazságos regionális regionális elosztása mindenesetre egyelőre megoldatlan. A gazdasági helyzet és az egészségügyi ellátás fellendülése nem járt a halálozás csökkenésével. A gyermekhalálozás változatlanul magas. A lakosság elöregedik, ami fokozza az egészségügyi ellátás iránti igényt. Jóllehet a polio és a HIV/AIDS általi betegségterhet sikerül valamelyest kontrollálni, a tuberkulózis, a malária, a dengue-láz és a chikungunya pusztítását főleg az

agglomerációkban nem sikerül megfékezni. További kihívásokat jelentenek az egészségügy számára a nem fertőző betegségek, az alultápláltság és az élelmiszermérgezések.

2004 óta több fejlesztés bevezetésére került sor. A **National Rural Health Mission (NRHM)** és a **National Health Mission (NHM)** programok a perinatális egészséget és a fertőző betegségeket vették célba. 2010 óta több adóforrás jut a nemzeti költségvetésből a szövetségi államoknak, amelyek hatáskörébe tartozik a népegészségügy és a kórházügy. A 2017-ben bevezetett nemzeti egészségügyi terv a prevencióra, az egészségfejlesztésre és az elsődleges ellátásra helyezte a hangsúlyt. Az ehhez szükséges pénzügyi feltételek biztosítása érdekében emelték az állami egészségügyi kiadások GDP-ből való részesedését (2022: 2%; 2025: 2,5%). 2022-ben Indiában 1.170.00 *Health and Wellness Center*-t (*HWCs*) létesítettek, amelyek ingyenes alapellátást biztosítanak, beleértve a diagnosztikát és a távkonzultációkat. Az intézkedések alkalmazása azonban egyes szövetségi államokban szervezeti és adminisztratív okokba ütközik. Aza adatok nehezen áttekinthetők, a kormány által rendelkezésre bocsátott pénzügyi források nem jutnak el minden esetben rendeltetésszerűen az egészségügyi szereplőkhöz.

Indiában mintegy húsz éve vezették be az adókból finanszírozott egészségbiztosítást, amelynek szolgáltatási volumene és lakossági lefedettsége az évek során szignifikánsan növekedett. A biztosítók egyre több szolgáltatást vásárolnak az állami és privát szolgáltatóktól és a lakosság egyre nagyobb része számára sikerül biztosítaniuk (főleg) kórházi ellátást. 2018 óta a *Pradhan Mantri Jan Aarogya Yojana (PM-JAY)* nemzeti biztosítási rendszer több szövetségi állam biztosítóit integrálva 500 millió ember számára nyújt éves biztosítási csomagokat háztartásonként 500.000 rúpia (5.600 EUR) értékben, a különösen nehéz szociális helyzetben élők számára pedig ingyenes szolgáltatási csomagokat biztosít.

<i>Az egészségügyi rendszer paraméterei</i>		IND
Lakosság (millió lakos)	2022	1.417,17
GDP (milliárd USD)	2024	3.889,13
Egy főre eső GDP (USD)	2024	2.697,56
Egy főre eső egészségügyi kiadások (USD vásárlóerő paritás)	2021	263,40
Egészségügyi kiadások (GDP %-a)	2021	3,30
állami (GDP%-a)	2021	1,20
privát (GDP%-a)	2021	2,10
out-of-pocket (egészségügyi kiadások %-a)	2021	49,80
Orvosok (1.000 lakosra)	2019	0,89
Ápolók (1.000 lakosra)	2018	1,55

<i>Az egészségügyi rendszer paraméterei</i>		IND
Kórházi ágyak 1.000 lakosra	2017	0,52
Születéskor várható élettartam	2022	67,70
Gyermekehalálozás (1.000 élveszülésre)	2022	25,50

A diagnosztika és a terápia területén minőségügyi standardokat előíró *Clinical Establishment Act* bevezetésére 2010-ben került sor. Ezt azonban csak a szövetségi államok kisebb része alkalmazza, mivel az egészségügyi érdekcsoportok megakadályozták hatályba lépését. A 2013-ban bevezetett gyógyszerársabályozás célja a gyártók és a betegek érdekeinek kiegyenlítése lett volna, ám a privát piacon egyre több gyógyszert vontak ki ennek hatálya alól.

A gyógyellátások többségét privát szolgáltatók biztosítják: szabadfoglalkozású orvosoknál az ellátások 70%-át, a kórházi ellátások 58%-át, a gyógyszerellátás és a diagnosztikai szolgáltatások 90%-át nyereségorientált vagy privát közhasznú szolgáltatók nyújtják. A privát (out-of-pocket), különösen a gyógyszerköltségek egy-egy háztartásnál az összes kiadás mintegy felét teszik ki.

A „nyugati” viszonyokkal szembeni eklatáns különbségek ellenére, India egészségügyi ellátásának előrehaladása mégsem elhanyagolható. A várható élettartam az elmúlt tíz év során három évvel növekedett. A népességszám és annak diverzitása eleve megköveteli az innovációt. Egy Mumbai-ban működő dinamikus startup-közösség és az *Andhra Pradesh MedTech Zone* tökéletes környezetet biztosít az orvostechikai termékfejlesztés számára. Ezek elsősorban a telemedicina és az e-learning területén dolgoznak ki innovatív megoldásokat, amelyek előmozdítják a növekvő ellátási szükségletek fedezését. Indiában virágzik az egészségturizmus, mivel a csúcshívonalú privát orvosi ellátás, amely az indiai lakosság többsége számára nem megfizethető, vonzó és mások számára viszonylag olcsó kínálatával számos beteget vonz a világ minden tájáról.

***Jelentés a kórházak gazdasági helyzetéről Németországban 2023-ban
Krankenhaus Rating Report 2025 – egységes szerkezetben***

RWI - Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung,
Institute for Healthcare Business GmbH (hcb), Bank im Bistum Essen (BIB)
RWI Pressemitteilung vom 26/06/2025

Forrás Internet-helye:

<https://www.rwi-essen.de/presse/wissenschaftskommunikation/pressemitteilungen/detail/krankenhaus-rating-report-2025-deutsche-krankenhaeuser-stehen-unter-druck-mehr-als-die-haelfte-schreibt-verluste>

Aktuális adalék: DKI Krankenhaus-Index, Düsseldorf, 18. Juni 2025, 17 p.:
https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1_DKG/1.7_Presse/1.7.1_Pressemitteilungen/2025/2025-07-01_Anlage_Krankenhaus-Index_-_Fruehjahrsumfrage_2025.pdf

A Krankenhaus Rating Report huszonegyedik kiadásának ismertetésére a „Hauptstadtkongress 2025 – Medizin und Gesundheit” keretében került sor. A jelentés 442 kórház 2023. évi és 124 kórház 2024. évi éves zárójelentéseinek kiértékelésén alapult. A felmérés összesen 888 kórházra terjedt ki.

A német kórházak gazdasági helyzete 2023-ban és az első becslések szerint 2024-ben is tovább rosszabbodott. 2024-ben a kórházak 56%-a számíthat éves veszteségre és a kamatok, adózás és értékcsökkenési leírás előtti eredmény (EBITDA) is negatív lehet. Sok kórház likviditási tartaléka is veszélyesen alacsony: A pénzügyi források sok kórháznál csak a következő két hétre, vagy annál is kevesebbre elégségesek. Az új szövetségi kormány tervezett intézkedései ugyan jó irányba mutatnak, de nem elégségesek az egészségügyi rendszer fenntartható finanszírozásához.

Status quo

- **2023-ban a kórházak 43%-a éves veszteséggel zárt** (2020-ban: 22%). Az átlagos éves eredmény 2023-ban első alkalommal esett vissza nulla alá, a bevételek mínusz 0,2%-ára.
- Ennek következtében a **fizetéseképtelenség veszélye** 2023-ban átlagosan **1,8%-ra** növekedett. A kórházak **16%-a a vörös**, 21%-a a sárga, 63%-a a zöld tartományban mozgott.
- A 2024-re vonatkozóan már rendelkezésre álló zárójelentések arra utalnak, hogy **a helyzet 2024-ben tovább rosszabbodhatott**. Az összes kórház több mint fele (56%) **negatív éves veszteséget** mutatott.
- Sok kórház **alig rendelkezik pénzügyi tartalékkal**. Az elmúlt évben a kórházak fele maximum két hétre elégséges tartalékkal rendelkezett.
- 2023-ban **a fekvőbeteg esetszám 2,4%-kal növekedett** – ami a DRG 2004-ben való bevezetése óta a legerőteljesebb növekedés. Ennek ellenére nem sikerült elérni a 2019-es év magas esetszámát. **2024-ben a fekvőbeteg**

esetszám mindössze **0,8%-kal** növekedett. Ha ehhez hozzászámítjuk a hibrid-DRG-t, amelyből első alkalommal realizáltak **300.000-et**, akkor a növekedés 2,5%.

- A tartományok azonban 2023-ban örvendetes módon 9%-kal több **beruházási forrástámogatást** bocsátottak rendelkezésre, összesen **3,9 milliárd EUR** összegben. Ez azonban továbbra sem elégséges a kórházak számára az állagmegőrzéséhez és fejlesztéshez. Ennek következménye, főleg a keleti tartományokban, a látható állagromlás. A keleti tartományok kórházai még a nyugatiak alacsonyabb szintjét sem tudják megközelíteni.
- A **privát és közhasznú társasági fenntartású kórházak** az összehasonlításban sokkal jobban jönnek ki, mint a **közzolgáltatást biztosítók**. A közzolgáltató kórházak csak a szegényebb járásokban állnak olyan jól, mint a közhasznú társaságok. Összehasonlításban a **kórházláncok** és a **közepes méretű (500-900 ágygal rendelkező) kórházak** is jobb gazdasági mutatókat érnek el – akárcsak a **speciális kórházak**.
- A kórházaknál 2023-ban ismét növekedett a **teljes munkaidőben foglalkoztatottak** száma. Ennek mértéke **2,25%** volt, 6,3%-kal több mint 2019-ben, jóllehet a fekvőbeteg esetszám 2023-ban jóval alacsonyabb volt mint 2019-ben. Ez a **termelékenység** jelentős csökkenésével járt: Az esetszámhoz viszonyítva 2023-ban a teljes munkaidős foglalkoztatottak száma csaknem 16%-kal volt több mint 2019-ben.
- A **részmunkaidősök** száma az orvosi szolgálatnál az elmúlt húsz évben csaknem **háromszorosára** növekedett – 2004-ben: 12%, 2023-ban: 33%. Szerződött orvosoknál pedig a részmunkaidősök aránya még rövidebb idő alatt **hatszorosára** növekedett: 2009-ben: 8%, 2024-ben: 48%.

Jövőkép

- A fogyasztói árak inflációjának csökkenése ellenére a **bérinfláció** továbbra is magas marad.
- A jelentés különbséget tesz egy bázis-szenárió és a „koalíciós szerződés” szenáriója között. A **bázis-szenárió** szerint az éves veszteséggel záró kórházak aránya a 2024-es 56%-ról 2030-ig 30% alá csökkenhet és ez a csökkenés a továbbiakban folytatódhat. Ez az arány 2007 és 2019 között átlagosan 25% volt.
- A „koalíciós szerződés” szenáriója figyelembe veszi az új szövetségi kormány tervezett intézkedéseit. A szerzők abból indulnak ki, hogy a kórházak 2025-ben és 2026-ban 2,5, ill. 1,5 milliárd EUR összegű egyszeri támogatásokban részesülhetnek. Az **éves veszteséggel záró kórházak** aránya így **2025-ben 23%-ra, 2026-ban 25%-ra csökkenhet**. Ezek az értékek megfelelnek a sokéves átlagnak. Mivel ezek a támogatások 2027-ben kifutnak, az éves veszteséggel záró kórházak aránya **2030-ig ismét elérheti a 34%-ot**.

Reformszükséglet

- A kórházakon kívül a **kötelező betegbiztosítás** és az **Egészségügyi Alap** is súlyos nehézségekkel küszködik. 2024-ben mindkettő csaknem 10 milliárd EUR veszteséget könyvelt el. Következésképpen jelentős mértékben emelni kell a kötelező betegbiztosítás járulékait.
- Ha semmi sem változik, a **béren kívüli munkaerőköltségek** 2035-ig a jelenlegi 42%-ról a bruttóbér több mint 50%-ára növekedhetnek.
- A legfőbb cél a **kezelések számának csökkentése**. Ehhez jobb betegirányításra lesz szükség – pl. a **háziiorvosi rendszer** segítségével, betegirányító központok és az elektronikus betegdokumentum támogatásával. Az egyszerű esetek kezelése az alapellátásra, a komplex kezelésekre a szakorvosokra hárul.
- A **reformszükséglet** különösen a **sürgősségi ellátás** és a **mentőszolgálatok** területén aktuális. A mentőszolgálatokat önálló területként kellene belefoglalni a Társadalombiztosítási Törvénykönyv Ötödik Könyvébe (*Sozialgesetzbuch – SGB V*). A sürgősségi ellátás reformjáról szóló törvénytervezet már elkészült. Egy teljesítőképese és költséghatékony egészségügyi rendszer azonban magasabb **egészségkompetenciát követel a polgároktól**. A mesterséges intelligencia és az elektronikus betegdokumentum sokat segít a rendszerben való eligazodásban és döntéshozatalban. Célszerű lenne még a betegek egészségügyi költség hozzájárulásának szociálisan igazságos formában történő rendezése.
- A jelentés a válsághelyzetekre való felkészülés összefüggésében felveti egy **speciális egészségügyi törvény** bevezetését. Honvédelmi helyzetben a **sebesültek ellátásának koordinációját** a Bundeswehr egészségügyi szolgálatára kellene bízni. Meg kellene vizsgálni, hogy mely kórházak lennének alkalmasak – Izrael és Svédország mintájára – földalatti kezeléseket biztosító létesítmények kiépítésére. Mindezek mellett szükségessé válik a kibertámadások és szabotázs elleni védőmechanizmusok bevezetése.
- A kórházak átépítésére 50 milliárd EUR áll rendelkezésre. Ám Németországban az építkezés sokáig tart – a kérelmezéstől a kivitelezésig akár tíz év is eltelhet. És ez idő alatt régi telephelyeket is működtetni kell. A személyzet toborzása így nem válik egyszerűbbé és az ellátás minősége sem lesz jobb.
- Ezért szükségessé válik egy – az LNG-terminálok építéséhez hasonló – **gyorsítótörvény** elfogadása. Az építési engedélyek szövetségi szinten hatályosak kell legyenek, az építkezések rendjét egységesíteni kell, a kérelmeket digitális formában kell bonyolítani. Ha egy kérelemről hat hónap leforgása alatt nem döntöttek, úgy az automatikusan engedélyezettnek számít (fiktív engedélyezés). A kérelmek kezelésével összefüggő bürokrácia csökkentése érdekében célszerű lenne a támogatási források átalányban való kifizetése.

- Az új kormánykoalíció már a koalíciós szerződésben bejelentette első **reformintézkedéseit**, mint a **háziiorvosi rendszer** bevezetése és a **sürgősségi ellátás reformja**. Ezeket a jelentés szerzői üdvözlendőnek, de nem elégségesnek tartják. Hiányzó elemek: a beteg önrészeinek szociális kiegyensúlyozása, valamint a kereset volumenének hosszabb időtartamú munkavégzés esetén való emelését célzó intézkedések.
- Összegezve: Az új szövetségi kormány egyes kezdeményezései ésszerűek. Ezek azonban **nem elégségesek** a béren kívüli munkaerőköltségek növekedésének feltartóztatásához. Ez egy szakértői bizottságra hárul, amelynek 2027-ig kell előterjesztenie javaslatait. De minél előbb cselekedni kell.

Kontakt:

Prof. Dr. Boris Augurzky (RWI), Boris.Augurzky@rwi-essen.de,

Tel.: +49 (0)201 81 49-203

Sabine Weiler (Kommunikation RWI), Sabine.Weiler@rwi-essen.de,

Tel.: +49 (0)201 81 49-213

Dr. Adam Pilny (hcb), Tel.: +49 (0)201 29 39 3000

[*Lásd még: Krankenhaus Rating Report, 2008. 12. sz.; 2009. 22. sz.; 2010., 29. sz.; 2011., 21. sz.; 2012. 31. sz.; 2013. 25. sz.; 2014. 29. sz., 2015. 18. sz.; 2016. 1. sz.; 2017. 25. sz.; 2018. 17. sz.; 2019. 11. sz.; 2020. 13. sz., 2021. 12. sz.; 2022. 12. sz.; 2023. III. negyedév 1-2. sz. és Archivum; 2024. III. 1-2. sz. és Archivum*]

Kapcsolódó: Deficit a Chariténál (Deutsches Ärzteblatt, 30. April 2025).

Forrás Internet-helye: <https://www.aerzteblatt.de/news/berliner-charite-schreibt-weiterhin-rote-zahlen-b9895968-b198-4ab1-a379-af6f5a7ccddb>

A **Charité – Universitätsmedizin Berlin** az elmúlt évben ismét deficittel zárt. A hiány 87,4 millió EUR-t tett ki, amely azonban alacsonyabb az azt megelőző évnél (134,5 millió EUR). 2024-ben a Charité és a *Deutsches Herzzentrum der Charité (DHZC)* együttesen több mint 143.700 fekvőbeteg és részben fekvőbeteg és 822.500 ambuláns esetet látott el. Ebből több mint 2,0 milliárd EUR bevétel keletkezett. A fekvőbeteg szektor 1,5 milliárd EUR, az ambuláns szektor 190 millió EUR bevételt hozott. Harmadik felektől 277 millió EUR bevétel folyt be.

A svájci egészségügy statisztikai zsebkönyve 2025 – egységes szerkezetben
Gesundheit – Taschenstatistik 2025 –
Bundesamt für Statistik, Neuchâtel, 2025 (36 p.)

Forrás Internet-helye:

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home.assetdetail.34027817.html>

1. A lakosság egészségi állapota

1. 1. Általános egészségi állapot és fogyatékoság

A születéskor várható élettartam tekintetében Svájc a világelsői közé tartozik. Ez 1990 és 2023 között férfiaknál 8,2 évvel, nőknél 5,0 évvel növekedett. A jó egészségi állapotban várható élettartam 71 év, férfiaknál és nőknél gyakorlatilag egyforma.

A férfiak 86%-a, a nők 84%-a jónak vagy nagyon jónak ítéli meg egészségi állapotát. Az életkor növekedésével azonban ez az arány és az általános egészségi állapot rosszabbodik. A 65 év fölöttiek körében a lakosság felét tartós egészségi problémák sújtják. 1.572.000 személy, a lakosság 22%-a a fogyatékkal élők esélyegyenlőségéről szóló törvény definíciója szerint fogyatékkal élőknek tekinthető. Ezek közül 339.000 személy a mindennapi élet aktivitásaiban erőteljesen korlátozott.

1. 2. Lelki egészség

A lakosság többségének gyakrabban vannak pozitív mint negatív érzései. 84% boldognak érzi magát, csak 3% állítja, hogy kedvetlen vagy deprimált. A lakosság 90%-a részesül elégséges szociális támogatásban az élet nehézségeinek leküzdéséhez. A lakosság 18%-a van kitéve közepes (14%) vagy magas (4%) pszichés megterhelésnek. A leggyakoribb pszichés megbetegedés a depresszió. 2022-ben a férfiak 8%-a, a nők 12%-a szenvedett közepestől súlyosig terjedő depresszióban. A legérzékenyebbek a 15 és 24 év közöttiek.

2022-ben a lakosság 8%-át kezelték pszichés megterhelés miatt, 9% legalább egy pszichotrop gyógyszert (antidepresszánt, altatót, nyugtatót) szedett. 2022-ben a 15 és 24 év közöttiek valamivel több mint 1%-a szedett a figyelem fokozására szolgáló készítményeket.

[Lásd még: *A lelki egészség helyzete Svájcban*, 2016. 35. sz.; 2018. 25. sz.; 2019. 22. sz.; 2020. 11. sz.; 2021. 5-6. sz.]

1. 3. Szív- és érrendszeri megbetegedések és diabétesz

A szív- és érrendszeri megbetegedések a hospitalizáció harmadik leggyakoribb okát és a leggyakoribb halálokat képezik. A szív- és érrendszeri megbetegedések miatti kórházba történő beutalások száma 2002 óta 20%-kal növekedett. Ez elsősorban a népesség növekedésének és elöregedésének tulajdonítható. A halálozások száma azonban ugyanezen időszakban 14%-kal csökkent. 2023-ban 19.534 személy, ezek kétharmada férfi, szenvedett miokardiális infarktust, 2.181 beteg belehalt; 22.517 személy (több mint fele férfi) szenvedett stroke-ot, 2.580 belehalt.

Magas vérnyomás. 2022-ben a lakosság 20%-a, a 75 év fölöttiek több mint fele szenvedett magas vérnyomásban. A magas koleszterinszinttel rendelkezők aránya 2022-ben 15% volt. 2022-ben a férfiak 5%-a, a nők 4%-a szenvedett diabéteszben.

1. 4. Rákos megbetegedések

2017 és 2021 között évente átlagosan 47.000 új rákos esetet diagnosztizáltak. Több mint minden ötödik személy 70-ik életévét megelőzően betegedik meg rákban. A férfiak gyakrabban érintettek mint a nők és férfiak körében a haláleset is több. A megfigyelés időszakában (1992-2020) az új megbetegedések rátája a férfiak körében 2006-ig növekedett, majd valamivel alacsonyabb szinten stabilizálódott. Az új megbetegedések rátája csökkent, nők körében 2016-ig növekedett, majd a megfigyelési időszak végén tendenciálisan csökkent. A rákos megbetegedések miatti halálozás mindkét nem körében csökken.

A leggyakoribb rákos megbetegedés férfiak körében a prosztatarák, a leggyakoribb halálokok azonban a tüdő-, hörgő és légcsőrák. Nők körében a mellrák a leggyakoribb. A tüdőrák mellett ez a leggyakoribb halálok.

2017 és 2021 között 250 (0 és 14 év közötti) gyermek betegedett meg rákban, akik közül 27 belehalt. Gyermekek körében a leggyakoribb rákos megbetegedések a leukémiák (30%) és a központi idegrendszer daganatai (24%).

1. 9. Halálokok

2023-ban 71.822 halálesetet regisztráltak, 4%-kal kevesebbet mint 2022-ben. A leggyakoribb halálokok: a szív- és érrendszeri megbetegedések és a rák (24%). A COVID19 (2%) 2020 óta első alkalommal már nem tartozik az öt leggyakoribb halálok közé.

Az első életévben a perinatális halálokok és a veleszületett rendellenességek miatti halálozás a leggyakoribb. 15 és 45 év között a balesetek és az öngyilkosság. 45 év fölött a rákos megbetegedések, 80 év fölött a szív- és érrendszeri betegségek képezik a leggyakoribb halálokokot.

2023-ban 995 személy követett el öngyilkosságot. 72%-uk férfi, 47%-uk 55 év alatti személy volt. Ugyanezen évben 1.729 személy követett el asszisztált öngyilkosságot (60%-uk nő, 91%-uk 64 év fölötti volt). Az asszisztált öngyilkosságok többsége gyógyíthatatlan, általában rákos megbetegedéssel (33%), vagy neurodegeneratív betegséggel (11%) függött össze. A 65 év fölöttiek körében az asszisztált öngyilkosság gyakoribb mint az öngyilkosság. [Lásd még: *A halálokok statisztikája Svájcban, 2013. 21. sz.; 2014. 24. sz.; 2015. 23. sz.; 2016. 25. sz.; 2019. 2. sz.; 2020. 4. sz.; 2021. 4. sz.; 2022. 6. sz.; 2023. I. 1. sz.; 2024. II. 1. sz.; 2025. II. 2. sz.*]

3. Egészségügy

3. 1. Kórházak

	2023
Kórházak	275
Ágyak	37.926
Foglalkoztatottak (teljes munkaidős státuszokban)	185.775
Kórházakban kezelt esetek	1.506.380
Hospitalizációs ráta (1.000 lakosra)	112,9
Átlagos kórházi tartózkodási idő az aktív ápolás területén (napok)	5,0
Napi átlagos költségek az aktív ápolás területén (CHF)	2.625

Források: BFS – KS, MS

© BFS 2025

2023-ban Svájcban 101 általános és 174 speciális kórház (pszichiátria, rehabilitáció stb.) működött. Ez a 275 kórház 596 telephelyen nyújtott szolgáltatásokat. A kórházak száma 2010 óta 8%-kal csökkent, miközben az ágyaké alig változott.

2023-ban a kórházak 243.000 személyt foglalkoztattak (185.775 teljes munkaidős státusz). Ez 33%-kal több mint 2010-ben volt. A teljes munkaidős foglalkoztatottak 74%-a nő. A teljes munkaidős státuszok 42%-a az ápolószemélyzetre és a szociális szolgálatokra, 15%-a orvostechikai és gyógyító terápiás személyzetre, 14%-a az orvosokra jut.

2023-ban az aktív ápolás területén az átlagos kórházi tartózkodási idő 5,0 nap, a pszichiátrián 32 nap volt. Az átlagos kórházi tartózkodási idő 2017-ig folyamatosan csökkent, azóta stabil. 2023-ban az aktív ápolás területén egy kórházi nap átlagosan 2.625 CHF-be került. Ez 62%-kal több mint 2010-ben volt. A napi átlagos költségek a fekvőbeteg pszichiátrián és a rehabilitáció/geriátria területén 2015 óta alig változtak.

2023-ban 676.190 férfi és 749.388 nő került kórházba. Ugyanebben az évben 41.504 fiú és 39.296 lány született. A betegek 23,9 millió ambuláns konzultációt vettek igénybe. A hospitalizáció leggyakoribb okai az izom- és csontrendszer megbetegedései (artrózis, ízületi bántalmak, hátfájás), második helyen a sérülések, harmadik helyen a keringési rendszer megbetegedései állnak.

3. 2. Időotthonok és ápolási otthonok

	2023
Időotthonok és ápolási otthonok	1.474
Foglalkoztatottak, teljes munkaidős státuszokban	103.355
Otthonokban lakók december 31-én	92.626
Férfiak	28.782
Nők	63.844
A december 31-én otthonokban lakók aránya a 80 év fölöttiek körében	13,5%
Átlagos tartózkodási idő (napok)	822
Egy napra eső átlagköltségek (CHF)	342
Forrás: BFS – Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) © BFS 2025	

Az 1.474 ápolási és idősápolási otthonban 2023-ban összesen 143.949 személy dolgozott, 103.355 teljes munkaidős státuszban. Ez 31%-kal több mint 2010-ben. Az ápolást végző személyzet a teljes munkaidős foglalkoztatottak 66%-át tette ki. Tíz teljes munkaidős státusz közül nyolcat nők töltenek be.

A 80 év fölötti lakosság 13%-a ápolási vagy időotthonban él. 2023-ban az ápolási és időotthonokban 162.993 személy élt, közülük egyesek csak rövidebb ideig. Ez 20%-kal több mint 2010-ben. Az ápolási és időotthonok lakóinak 66%-a nő. Az otthonokban élők háromnegyede legalább 80 éves. Az ápolási és időotthonokban 100.727 hely áll rendelkezésre. Az időotthonokban és ápolási otthonokban élők 50%-a kevesebb mint egy évig, 14%-a öt évig vagy annál hosszabb ideig tartózkodik az intézményben. Az

ápolási otthonban való átlagos tartózkodási idő két év és két hónap (822 nap). Az ápolási vagy idősotthonokban az egy főre eső napi költségek átlagosan 342 CHF-et tesznek ki.

3. 3. Otthonápolás (Spitex)

	2023
Vállalkozások száma	2.971
Foglalkoztatottak (teljes munkaidős státuszok)	29.085
Ügyfelek	464.882
Férfiak	197.274
Nők	267.608
Az otthonápolást igénybe vevők aránya a 80 év fölötti lakosság körében	37%
Évente egy ügyfélre jutó költségek (CHF)	7.199
Forrás: BFS – Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX)	© BFS 2025

2023-ban a 2.971 *Spitex* szolgálat 63.700 személyt foglalkoztatott, 29.085-öt teljes munkaidős státuszban. A *Spitex* foglalkoztatottjainak 72%-a közhasznú társasági vagy közszolgáltató vállalkozásnál működik (teljes munkaidős státuszok). A *Spitex* foglalkoztatottjainak száma 2011 óta 67%-kal növekedett. A közhasznú társasági és közszolgáltató munkaadóknál a foglalkoztatás lassabban növekedik mint más szolgáltatóknál (profitorientált vállalkozások és önálló vállalkozó ápolók).

2023-ban a *Spitex* csaknem 465.000 személy gondozását látta el. Ez az összlakosság 5%-a és a 80 év fölöttiek 39%-a. A *Spitex* szolgáltatásait igénybe vevők körében öt személy közül három nő, 42% legalább 80 éves. A lakosság 13%-a inkább szociális környezetéből vesz igénybe segítséget, mint a *Spitex*-től. Másrészt a *Spitex* gondozottjainak 59%-a hozzátartozóinak és ismerőseinek segítségét is igénybe veszi.

3. 4. Orvosok és fogorvosok

Praxisokban és ambuláns centrumokban működő orvosok (teljes munkaidős státuszok) (2022)	19.313
100.000 lakosra jutó orvosok az ambuláns szektorban (2022)	219
Fogorvosi praxisok (2022)	4.053
100.000 lakosra jutó fogorvosi praxisok (2022)	46
Források: BFS – MAS, STATENT	© BFS 2025

2022-ben az orvosi praxisokban és ambuláns központokban 26.221 orvos működött, ami 19.313 teljes munkaidős státusznak felel meg. Az orvosok 39%-a az alapellátás területén működött (általános belgyógyászat, gyermekgyógyászat, általános orvos). A 100.000 lakosra jutó ambuláns ellátást nyújtó általános orvosok száma 2022-ben 219 (teljes munkaidős státusz) volt. 100.000 lakosra 46 fogorvosi praxis jutott.

A lakosság 83%-a tizenkét hónap leforgása alatt legalább egy alkalommal fordul orvoshoz (általános vagy szakorvoshoz), 56%-a fogorvoshoz. Az orvosi kezelést igénybe vevők aránya az életkorral arányosan növekedik. Egy-egy beteg évente átlagosan 1,7 alkalommal fordul fogorvoshoz, 3,1 alkalommal orvoshoz, évente a betegek 12,2%-a vesz igénybe pszichoterápiás kezelést.

4. Költségek és finanszírozás

	2022
egészségügyi költségek (millió CHF)	91.482
ebből	
fekvőbeteg gyógyító ellátásokra	19.580
ambuláns gyógyító ellátásokra	19.248
tartós ápolásra, segítségre	18.360
egészségügyi eszközökre	14.559
egészségügyi költségek GDP-hez viszonyított aránya	11,7%
Forrás: BFS – Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (COU)	© BFS 2025

A fekvőbeteg gyógyító kezelések az egészségügyi kiadások 21,4%-át, az ambuláns gyógyító kezelések, beleértve a kórházi kezeléseket, a kiadások 21,0%-át tették ki. A tartós ápolás az időskorúak intézményi ellátására és az otthoni tartós ápolásra (*Spitex*) terjed ki. A tartós ápolásra az egészségügyi kiadások 20,1%-a jutott.

Az egészségügyi kiadások GDP-hez viszonyított aránya 1995 óta 3,1 százalékponttal növekedett, 2022-ben 11,7% volt. Ez Európában a legmagasabb értékek közé tartozik.

2022-ben az egészségügyi kiadások 60%-át a háztartások finanszírozták. Csupán a háztartások által a kötelező betegbiztosításba befizetett díjak az egészségügyi kiadások 30%-át fedezték. Az egészségügyi költségekhez nyújtott állami hozzájárulás 32%-ot tett ki. A közfinanszírozás keretében 10 CHF-ből hat CHF szolgáltatásokhoz nyújtott hozzájárulás, elsősorban a kórházak, az ápolási otthonok és a *Spitex*-szolgálatok részére. A fennmaradó összeg a biztosítók részére nyújtott szubvenció, díjkedvezmény, vagy kiegészítő szolgáltatás és a fogyatékkal élők részére nyújtott kompenzáció az időskorúak és hátramaradt hozzátartozók biztosítása és a rokkantbiztosítás keretében.

FÜGGELÉK:

A svájci lakosság egészségfelmérése. Alvászavarok 1997 és 2022 között

Bundesamt für Statistik (BFS)

BFS Aktuell, 14 Gesundheit, 03. 10. 2024 (8 p.)

Forrás Internet-helye: <https://www.bfs.admin.ch/news/de/2024-0165> ;
<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/aktuell/neue-veroeffentlichungen.assetdetail.32306008.html>

2022-ben a svájci lakosság egyharmada szenvedett alvászavarban. Ez az arány 1997-hez viszonyítva öt százalékponttal növekedett. A növekedés nőknél és 15 és 39 év közöttieknél a legmagasabb.

A lakosság egyharmada közepesen súlyos vagy kóros alvászavarban szenved (26%, ill. 7%). A nők 37%-a, a férfiak 29%-a szenved alvászavarban. Korcsoportok szerint az alvászavarban szenvedők aránya 85 év fölöttieknél 43%, 15 és 24 év közöttieknél 28%. A kóros alvászavarban szenvedők aránya a 45 és 64 év közöttiek körében 9%.

Az elmúlt 25 évben a kóros alvászavarban szenvedők aránya növekedett a legerőteljesebben (1997: 5%; 2022: 7%). Ez a növekedés a 15 és 39 év közöttiek körében a legmarkánsabb. Fiatal nők körében a kóros alvászavar gyakorisága csaknem háromszorosára növekedett: az érintettek aránya 1997-ben 3%, 2022-ben 8% volt.

A kóros alvászavarban szenvedők aránya a felsőfokú végzettséggel rendelkezők körében 1997-ben 4%, 2022-ben 7% volt. Ezzel szemben az alvászavarok a csak népiskolai és alsó középiskolai végzettséggel rendelkezők körében összességében gyakoribb mint a felső középiskolai vagy felsőfokú végzettséggel rendelkezőknél (44% vs. 33%, ill. 31%).

Az alvászavarok és a lelki egészség összefüggése: A kóros alvászavarban szenvedők körében a közepesen súlyos vagy súlyos depresszió tünetei gyakoribbak, mint az alvászavarban nem szenvedőknél (35% vs. 4%). Továbbá előbbiek gyakrabban szembesülnek magas pszichés megterheléssel (18% vs. 2%), valamint közepesen súlyos vagy általános szorongásos zavarral (25% vs. 3%).

Az alvás és a fájdalmak összefüggésének ördögi köre: A csont- és izomrendszeri megbetegedések akadályozzák a jó alvást, miközben az alvászavarok csökkentik a fájdalommal szembeni toleranciát és akadályozzák a gyógyulás folyamatát. A csont- és izomrendszeri bántalmakban szenvedő személyek gyakrabban panaszkodnak alvászavarokra, mint azok, akiknek nincsenek ilyen bántalmaik. Ez például olyan betegségeknél mutatkozik meg, mint az artritisz (53% vs. 32%), az artrózis (46% vs. 31%), vagy a hátfájás (40% vs. 27%).

***A svájci lakosság egészségfelmérése 2022. Túlsúlyosság és elhízottság –
Schweizerische Gesundheitsbefragung 2022. Übergewicht und Adipositas***

Bundesamt für Statistik (BFS)

BFS Aktuell, 14 Gesundheit, 21. 11. 2024, 8.30 (7 p.)

Forrás Internet-helye: <https://www.bfs.admin.ch/news/de/2024-0164>

Svájcban 2022-ben a 15 év fölöttiek 31%-a túlsúlyos, 12%-a elhízott volt (1992-ben: 5% elhízott, 25% túlsúlyos) 2022-ben összességében minden második férfi és minden harmadik nő túlsúlyos vagy elhízott volt: a férfiak 39%-a, a nők 23%-a túlsúlyos, a férfiak 13%-a, a nők 11%-a elhízott.

A csak népiskolai és alsó középiskolai végzettséggel rendelkezők 21%-a elhízott, 39%-a túlsúlyos. A felső középiskolai végzettséggel rendelkezők körében az elhízottak aránya 15%, a túlsúlyosaké 34%. A felsőfokú végzettséggel rendelkezők 9%-a elhízott, 30%-a túlsúlyos.

A túlsúlyosság és az elhízottság a szív- és érrendszeri betegségek, valamint a diabétesz legfontosabb kockázati tényezői. A kockázat a testtömegindex-szel arányosan növekedik: 2022-ben az elhízott személyek 40%-a, a normál testsúlyúak 12%-a szenvedett magas vérnyomásban. A magas koleszterinszint az elhízottak körében

gyakoribb mint normál testsúlyúaknál (24% vs, 10%); az elhízottak körében gyakoribb a diabétesz mint normál testsúlyúaknál (15% vs 2%).

Az elhízottság, túlsúlyosság és bizonyos krónikus betegségek közötti összefüggés: az elhízott személyek a normál testsúlyúakhoz viszonyítva gyakrabban szenvednek artrózisban (23% vs. 12%), asztmában (9% vs. 6%), alvászavarokban (10% vs. 7%).

2022-ben az elhízott személyek gyakrabban szenvedtek közepesen súlyos vagy súlyos depresszióban, mint a normál testsúlyúak (13% vs. 9%), továbbá energia- és vitalitási szintjük is alacsonyabb volt (33% vs. 39%). Az általános szorongási zavar közepesen súlyos vagy súlyos tünetei tekintetében azonban nem mutatkoztak különbségek (6%).

Brigitte Mueller, BFS, Tel.: +41 58 465 61 67,

E-Mail: brigitte.mueller@bfs.admin.ch ;

Medienstelle BFS, Tel.: +41 58 463 60 13, E-Mail: media@bfs.admin.ch

Svájci kórházstatisztika 2023 – Statistiken der Spitalbetriebe 2023

Bundesamt für Statistik (BFS)

Medienmitteilung, 26. 11. 2024, 8.30 (3 p.)

14 Gesundheit

Forrás Internet-helye: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/aktuell/neue-veroeffentlichungen.assetdetail.32768840.html>

2023-ban a svájci kórházakban 1,5 millió fekvőbeteg kezelésre és 23,9 millió ambuláns konzultációra került sor. A teljes munkaidőben foglalkoztatott kórházi személyzet létszáma 185.800 fő volt. A svájci kórházakban működő diplomás orvosok csaknem fele külföldi végzettséggel rendelkezik.

2023-ban 0,9%-kal több hospitalizációt regisztráltak mint 2022-ben (+13.411). Az ambuláns konzultációk száma viszont 2022-höz viszonyítva (24,4 millió) enyhén csökkent. Ennek oka, hogy 2022-ben 0,6 millió konzultációt kizárólagosan a pandémia idején alkalmazott tarifák szerint számoltak el.

A kórházi foglalkoztatottak száma 2023-ban az előző évhez viszonyítva 2,7%-kal, ill. 4.960 teljes munkaidős státusszal növekedett. A diplomás személyzet 45,6%-a külföldi végzettséggel rendelkezik. Az ápolószemélyzet körében ez az arány 31,9%. De 2022-höz viszonyítva a külföldi végzettséggel rendelkezők aránya mindkét esetben növekedett. A külföldi orvosok 19,3%-a német, 3,1%-a francia, 5,1%-a olasz, 16,9%-uk más országban szerzett diplomával rendelkezik. A külföldi ápolók 12,3%-a francia, 8,6%-a német, 2,0%-a olasz, 7,5%-uk más országban szerzett diplomával rendelkezik. 2023-ban a hospitalizáció leggyakoribb okai az izom-csontrendszer és a kötőszövet megbetegedései voltak (az összes eset 12,9%-a). Ez gyakorlatilag egy szinten van a sérülésekkel (12,8%). Ezeket követik a keringési rendszer megbetegedései (10,7%), a daganatok (8,9%) és a lelki zavarok (7,7%).

2023-ban a kórházak költségei 36,1 milliárd CHF-et, bevételei 35,3 milliárd CHF-et tettek ki. Ez összesítve 784 millió CHF negatív üzleti eredménynek felel meg. Ebből 743 millió CHF az általános kórházakra, 41 millió CHF a speciális kórházakra jut. 2022-ben a kórházak vesztesége 288 millió CHF-et tett ki.

Lorraine Menoud, BFS, Sektion Gesundheitsversorgung

Tel.: +41 58 465 80 67, E-mail: lorraine.menoud@bfs.admin.ch

Medienstelle BFS, Tel.: +41 58 463 60 13, E-Mail: media@bfs.admin.ch

[Lásd még: *A kórházi fekvőbeteg ellátás statisztikája Svájcban, 2016. 33. sz.; A kórházi intézmények statisztikája Svájcban 2017-ben, 2018. 25. sz.; A kórházi költségek statisztikája Svájcban 2018-ban, 2020. 1. sz.; Svájci kórházstatisztika, 2021. 2. sz.; 2022. 3. sz.; 2023. II. 1. sz.; 2024. II. 1. sz.]*

***Az egészségügy költségei és finanszírozása Svájcban 2023-ban –
Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2023***

Bundesamt für Statistik (BFS)

Medienmitteilung, 28. 4. 2025, 8.30

14 Gesundheit

Forrás Internet-helye:

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home.gnpdetail.2025-0279.html> ;

A svájci egészségügy 2023-ban 94 milliárd CHF-be került, ami 2,4%-kal több mint az előző évben. Az egészségügy finanszírozásának 60%-át direkt módon vagy betegpénztári díjak formájában a háztartások biztosítják. A Szövetségi Statisztikai Hivatal becslése szerint a költségek 2024-ben több mint 3%-kal növekedhettek.

A többek között kórházak, orvosi praxisok és ápolási otthonok által nyújtott ápolási szolgáltatások költségei 2022 és 2023 között 6,0%-kal növekedtek. Az egészségügyi termékek, gyógyszerek, terápiás készülékek költségei 3,4%-kal növekedtek. Az ápolási szolgáltatásokra és egészségügyi termékekre fordított kiadások együttesen az egészségügyi szolgáltatásokra fordított összköltségek háromnegyedét teszik ki.

2023-ban prevencióra összesen 53,5%-kal fordítottak kevesebbet, mint az előző évben. Ezekre az egészségügyi összköltségek kevesebb mint 2%-a jutott. A laborköltségek 8,9%-kal csökkentek, a radiológiai költségei 7,0%-kal, az igazgatási költségek 9,6%-kal növekedtek.

A kórházi költségek 2023-ban az összköltségek 36,3%-át tették ki, 2022 és 2023 között 4,5%-kal növekedtek. Az orvosi praxisok költségei 7,1%-kal, az ápolási otthonoké 4,6%-kal növekedtek. A költségnövekedés a *Spitex*-szolgálatoknál különösen kiugró, 7,9%-os volt, a költségek az összköltségek kevesebb mint 4%-át tették ki.

Az egészségügy legfontosabb költségviselői a privát háztartások, amelyek az egészségügyi összköltségek 21,8%-át saját zsebből, 39,5%-át indirekt járulékok,

elsősorban betegbiztosítási díjak formájában fizették. A fennmaradó összeg közfinanszírozásból, azaz a kantonok forrásaiból származik. A háztartások által viselt egészségügyi költségek 2022 és 2023 között 4,7%-kal, a kantonoké 1,9%-kal növekedett.

Jonas Tschantz, BFS, Sektion Gesundheitsversorgung,

Tel.: +41 58 465 90 97, E-Mail: jonas.tschantz@bfs.admin.ch

Medienstelle BFS, Tel.: +41 58 463 60 13, E-Mail: media@bfs.admin.ch

[Lásd még: A kórházi költségek statisztikája Svájcban 2018-ban, 2020. 1. sz.; Az egészségügy költségei és finanszírozása Svájcban, 2024. II. 2. sz.; 2024. IV. 1. sz.]

[Lásd még: A svájci egészségügy statisztikai zsebkönyve, 2013. 5. sz.; 2016. 15. sz.; 2016. 34. sz.; 2018. 5-6-7. sz. és Archívum; 2019, 11-13. sz.; és Archívum; 2020. 7-8-9-10-11. sz. és Archívum, 2021. 6-10. sz. és Archívum; 2022. 8-12. sz. és Archívum, 2024. I. 2. sz.; II. negyedév 1-2. sz. és Archívum]

ELŐJEGYZÉSI LISTA

2025. IV. 1. sz. (2025. október 6.)

Európa

- Tervek az elektronikus betegtájékoztató bevezetéséről az Európai Unióban
- Kiadások az európai egészségügyi rendszerekben (WIP PKV)
- Gyógyszertámogatási rendszerek Európában (3. rész): Dánia
- A krónikus obstruktív tüdőbetegség és az asztma helyzete a WHO Európai Régiójában
- Válsághelyzet az orvosi és ápolószemélyzet körében Európában
- Orvosi és ápolószemélyzet az Európai Unióban 2070-ig

Kórházügy

- Panaszkezelés a németországi kórházakban 2018-ban (DKI)

e-health

- Nemzetközi tapasztalatok a telemonitoring területén

Demencia

- Jelentés a demencia helyzetéről Ausztriában – *Österreichischer Demenzbericht 2025*

Szenvedélybetegségek

- Jelentés a kábítószerügy globális helyzetéről – *World Drug Report 2024*
- Jelentés a kábítószerügy helyzetéről Ausztriában 2024-ben
- *A US CDC National Center for Injury Prevention and Control* statementje a kábítószer-túladagolás előzetes adatairól 2024-re vonatkozóan
- Az aromatizált elektromos cigaretták betiltásának hatásai egyes amerikai államokban
- *European Alcohol Health Alliance*
- A dohányzásról való leszoktatás eredményei Angliában
- Az alternatív dohánytermékek kockázatai
- Mentolos cigaretta és halálozás

Onkológia

- A mellrák okozta halálozás prognózisa Európában 2025-ben
- Test-tömeg-index és a rákos megbetegedések kockázata Svédországban
- Méhnyakrák miatti halálozás a 25 év alatti nők körében az Egyesült Államokban 1992 és 2021 között
- A finompor expozíció hatása a fej-nyaki tumorok incidenciájára 2000 és 2012 között az Egyesült Államokban

Orvostörténet

- Hajóorvosok a történelemben

Infotainment

- Szakmai hibák a „Dr. House” c. tévésorozatban

*

A továbbiakban:

Európa

- Gyógyszertámogatási rendszerek Európában (4. rész): Svédország, Ausztria

Szakmai irányelvek

- Irányelvek az intenzív osztályok megterhelésének és a triázs megelőzéséről
-

Egészségügyi kiadások

- Az egészségügyi kiadások statisztikája Németországban 2021-ben
- A 300 milliárd eurós kérdés – a német egészségügy kiadásainak prognózisa 2040-ig
- Az egészségügyi alapbiztosítás költségei Svájcban 2021-ben

Finanszírozás

- Finanszírozási reformok a svájci kötelező egészségbiztosításban

Fogászat

- A BARMER biztosító jelentése a fogászati ellátások helyzetéről 2024-2025 – *BARMER Zahnreport 2024. Kieferorthopädie ; BARMER Zahnreport 2025. Füllungstherapie ;*
- A szájjegészség helyzete Svájcban 2020 és 2022 között (BFS)

A szexizmustól a szexuális zaklatásig

- Jószándékú és ellenséges szexizmus globális kontextusban. A szexizmus hatása a nők lelki és testi egészségére
- Jelentés a szexuális zaklatásokról az európai orvosok körében
- Szexizmus és szexuális erőszak a francia orvosok körében

Szociálpolitika

- Jelentés a szociális ügyek helyzetéről Németországban – *Sozialbericht 2024 (DZA)*
- Jelentés az időskorúak helyzetéről Németországban – *Neunter Altersbericht*
- Jelentés a szociális ügyek helyzetéről Svájcban 2023-ban – *Statistischer Sozialbericht Schweiz 2023*
- A svájci időskori gondoskodás modellje nemzetközi összehasonlításban
- A három pilléren alapuló svájci időskori biztosítási rendszer, mint nemzetközi reformmodell
- A svájci nyugdíjpénztárak statisztikája 2021-2022-2023 – *Pensionskassenstatistik*
- A szociális segélyek statisztikája Svájcban 2020-ban, 2022-ben és 2023-ban
- A svájci szociális biztonsági rendszerek összesített mérlege. Előzetes eredmények – *Gesamtrechnung der Sozialen Sicherheit 2023 (GRSS)*
- Folyamatok a svájci szociális biztonsági rendszerekben

Ápolás

- Mítoszok az ápolásbiztosításról

Fiatalok egészségé

- A fiatalokat érintő kockázatok az Egyesült Államokban 2021-ben (CDC)

Étrendkiegészítők

- Hat étrendkiegészítő hepatotoxikus kockázatának értékelése az amerikai felnőtt lakosság körében

Orvosok elleni agresszió

- Politikailag motivált bűncselekmények a német egészségügyben 2021-ben

Praxishírek

- Nemzetközi felmérés a háziorvosi vizitek időtartamáról
- Orvosi praxisok és alapellátás Svájcban 2018 és 2021 között

Hivatásrend

- *Medscape Physician Behavior Report 2023*
- Jelentés a rezidens orvosok helyzetéről Európában
- Jelentés az orvosnők és férfi orvosok esélyegyenlőségéről a német egészségügyben
- A nők vezetői szerepfelfogása az orvosi praxisokban
- Az egészségügyi személyzet helyzete Svájcban
- Az autonómia hét tézise az egészségügyben
- Jelentés a rezidens orvosok helyzetéről Európában
- Hangulatfelmérés a német orvosi praxisok körében
- Az orvosok statisztikája Németországban 2023-ban
- A német kórházak bürokráciaindex (DKI, 2024 július)
- A svájci egészségügyi személyzet életpályája: a pályán maradástól a pályaelhagyásig

Népegészségügy

- *European Health Interview Survey (EHIS) 2019*
- *International Health Policy Survey 2024 (Commonwealth Fund)*
- Longitudinális kohorszvizsgálat a svéd lakosság egészségi állapotáról
- Jelentés az osztrák lakosság egészségfelméréséről 2022 – *Österreichischer Gesundheitsbericht 2022*
- A svájci lakossági egészségfelmérés előzetes eredményei
- A svájci lakosság egészségfelmérése 2021-2022: lelki egészség, stressz, zaklatás, burnout
- A svájci lakosság egészségfelmérése (2022). Az egészségi állapot nemek szerinti értékelése
- A sporttevékenység szerepe az elesés megelőzésében az időskorúak körében
- Az optimális erőnléti edzés hatása a halálozás csökkentésére az időskorúak körében
- Jelentés a ritka betegségben szenvedő emberek helyzetéről Németországban 2023-ban
- Az egészséges öregedés exposzómája

Bérpolitika

- Jelentés a bérek helyzetéről Európában 2024/2025-ben
- Jelentés a minimálbérek helyzetéről Európában 2025-ben – *WSI-Mindestlohnbericht 2025*
- Az egészségügyi dolgozók keresete Németországban 2024-ben
- A betegpénztári főnökök keresete Németországban 2024-ben

Táplálkozás

- Táplálkozás, kardiovaszkuláris betegségek és halálozás a világ 80 országában
- Táplálkozáspolitikák Németországban: a *Food Environment Policy Index (Food-EPI)* értékelése
- Jelentés a táplálkozás helyzetéről Németországban – *Ernährungsreport 2023*
- Jelentés a táplálkozás helyzetéről Németországban 2022-ben (DGE)
- Kohorszvizsgálatok a táplálkozásról

Orvosképzés

- A valószínűességszámítási ismeretek jelentősége az orvosi gyakorlatban
- Balkezes sebészhallgatók oktatásának különleges igényei

Emberi erőforrás

- Az orvosi személyzet statisztikája Európában 2021-ben (*Eurostat*)
- A szakképzett munkaerő helyzete az egészségügyi és szociális foglalkozások körében Németországban 2022-ben
- Az orvosi személyzet statisztikája Németországban 2022-ben – *Ärztestatistik 2022*
- Az egészségügyi személyzet statisztikája Németországban 2022-ben
- Személyzetkiesés a német kórházaknál
- Az orvosi praxisok és ambuláns centrumok strukturális adatai Svájcban. 2021-ben minden negyedik orvos 60 éves vagy annál idősebb volt
- Felmérés a munkaerő helyzetéről az orvostechika területén (DKI)

Orvostörténet

- Orvosi képtelenségek, amelyek megváltoztatták a világot
- Galenus páciensei
- Leonardo da Vinci, az anatómus
- VIII. Henrik kórtörténete
- III. Frigyes porosz császár gyötrelmei
- Heinrich Schliemann gyötrelmei
- Esendőség és halálozás az 1919-es spanyolnátha idején
- Franz Kafka és az orvostudomány
- Frédéric Chopin kórtörténete
- A német kancellárok betegségei

Infotainment

- A középkori pórnök társasági élete. Egészségügyi ismeretterjesztés a fonóban
- Kalandtúra a bolondokházában 1800-ban
- Elvis Presley élete a reflektorfény és lelki összeomlás között
- Orvostudomány és mágia a Harry Potter-történetekben
- Európa hét legszebb gyógyszertára
- Hírességek hírhedt testrészei: Napóleon férfiassága; Hitler állkapcsa; Vincent van Gogh füle; Einstein agya; Szaddám Husszein vére; Michael Phelps felsőteste; John Fitzgerald Kennedy nyaka
- Thomas Mann 150. Egy irodalomtörténész az író orvostudományi ismereteiről