

Egészséggazdasági, egészségpolitikai és szociálpolitikai nemzetközi sajtószemle

2015. 16. sz.

Svájc:

A 2012-ben bevezetett új kórházfinanszírozási rendszer értékelése:

- Az új kórházfinanszírozási rendszer bevezetésének értékelése (*Soziale Sicherheit CHSS*)
- Az ellátórendszer költségeinek és finanszírozásának alakulása az új kórházfinanszírozás bevezetése óta (*OBSAN Rapport*)
- Az új kórházfinanszírozási rendszer hatása a kórházi szolgáltatások minőségére (*OBSAN Rapport*)

Egészségügy:

- A kórházi személyzet helyzete Svájcban 2013-ban
- Az orvosilag asszisztált mesterséges megtermékenyítés helyzete Svájcban 2013-ban; végleges adatok
- A hallókészülékek új térítési rendszerének hatása a készülékek árára
- A halálokok statisztikája Svájcban 2013-ban
- A halálozások statisztikája Svájcban
- Alvászavarok a svájci lakosság körében

A Svájci Orvostudományi Akadémia dokumentumai:

- Az orvosi titoktartás és a bejelentési kötelezettségek orvosetikai vonatkozásai. A Svájci Orvostudományi Akadémia Központi Etikai Bizottsága és a Svájci Orvosszövetség közös állásfoglalása
- Kényszerintézkedések az egészségügyben. A Svájci Orvostudományi Akadémia átdolgozott irányelveinek közvitéja

Szociálpolitika, szociális biztonság:

- A svájci szociális biztonsági rendszerek pénzügyi mérlege 2013-ban
- Jelentés a szociális ügyek helyzetéről Svájcban 2015-ben (*Statistischer Sozialbericht 2015*)

A sajtószemle az EGVE honlapján:

http://www.egve.hu/index.php?option=com_content&view=article&id=95&Itemid=119

Christian Vogt – Markus Weber:
Az új kórházfinanszírozási rendszer bevezetésének értékelése
Soziale Sicherheit CHSS 3/2015, 131-135. p.

Kulcsszavak: kórházügy, kórházfinanszírozás, Svájc

Forrás Internet-helye (a Soziale Sicherheit CHSS, 2015. 2. száma a Bundesamt für Sozialversicherungen honlapján; a folyóirat tematikus fejezetében öt cikk értékeli az új kórházfinanszírozási rendszer bevezetésének különböző vonatkozásait: költségek és finanszírozás, minőség, a kórházak reakciója, rokkantbiztosítás):

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

A betegbiztosításról szóló törvény kórházfinanszírozásra vonatkozó részének revíziója a legmélyebb és legvitatottabb beavatkozás a törvény elfogadása óta. A Szövetségi Egészségügyi Hivatal a 2012 és 2019 közötti időszakban folyamatosan megfigyeli és értékeli annak alkalmazását.

A revízió legfontosabb intézkedései:

Esetátalányokon alapuló teljesítményarányos finanszírozás:

2012. január 1. óta a kórházi szolgáltatások térítése alapvetően teljesítményarányosan, esetátalányok szerint történik, amelyek egy Svájc teljes területén egységes tarifarendszeren alapulnak. A kórházfinanszírozás revízióját megelőzően a kórházi szolgáltatások elszámolása különböző tarifarendszerek keretében történt. Másrészt, korábban nem önmagukban a szolgáltatásokat térítették, hanem a kórházak elszámolható üzemi költségeit fedezték. Az új tarifarendszerrel a kórházi szolgáltatások térítése áttekinthetőbbé, átláthatóbbá és egyben a hatékonyabb szolgáltatásnyújtásra ösztönzőbbé vált.

A kórházi szolgáltatások területén az elszámolás a *SwissDRG* tarifarendszer szerint történik, amelynek struktúráját a tarifapartnerek (szolgáltatók és biztosítók) közötti megállapodás szabályozza. A tarifastruktúra kerekén ezer különböző betegségcsoportra (*Diagnosis Related Groups, DRG*) tagolódik. Minden egyes DRG-hoz egy meghatározott költségű súly rendelődik, amelynek segítségével meghatározzák a szolgáltatások nyújtásához szükséges forrásokat. A tarifastruktúra és a költségű súlyok kiigazítására évente kerül sor. Jelenleg a *SwissDRG* 4.0 verziója érvényes.

Az értékelés előzetes eredményei:

A Szövetségi Egészségügyi Hivatal 2015 májusában közzétette vizsgálatainak előzetes eredményeit:

- A kórházi szolgáltatások költségtranszparenciája növekedett. Az egyes kórházak által nyújtott szolgáltatások összehasonlíthatóvá válnak. Ezenkívül javítani kell a

térítések kötelező betegbiztosítás által finanszírozott részének transzparenciáját is. A kantonok által viselt rész tekintetében ez kissé nehezebb feladatnak látszik.

- A kórházügy és a kötelező betegbiztosítás területén célul tűzött költségcsökkentést 2012-ben még nem sikerült elérni. A Szövetségi Egészségügyi Hivatal számításai szerint a kantonok és a kötelező betegbiztosítás által a kórházi szolgáltatások térítéseiből viselt rész arányainak rögzítésére vonatkozó átmeneti rendelkezés, valamint a kórházak ingatlanhasználati költségeinek a kötelező betegbiztosítás általi együttes finanszírozása járult hozzá ahhoz, hogy 2012-ben a kórházi költségek a kötelező betegbiztosítás terhére növekedtek. De már körvonalazódik a törvényhozó szándéka a finanszírozás terheinek újraelosztására vonatkozóan: A kantonokra nagyobb terhek hárulnak, miközben a kórházi kiegészítő biztosítások területén jelentős költségcsökkenés következik be. A kórházaknál a költségnövekedésnek több oka lehet: előfordulhat, hogy a kórházak a térítés szempontjából való megnövekedett relevanciájuk miatt pontosabban és a realitásoknak megfelelőbben dokumentálják szolgáltatásaikat és azok költségeit.
- A revízió eddig nem gyakorolt szubsztanciális hatást a kórházi ellátásokra. A törvény bevezetését megelőző aggodalmak, miszerint az új rendszer negatív hatást gyakorolna a kórházi szolgáltatások minőségére, eddig nem igazolódtak be.
- Bizonyos jelek arra utalnak, hogy a kórházak megnövekedett költségtudatossággal viselkednek és intenzívebb versenyre rendezkednek be. Úgy tűnik, hogy a revízió megerősíti a kórházügy területén már korábban is folyamatban levő fejleményeket. A kórházak folyamatoptimalizálással reagálnak a költségfeszültségre. Mindenesetre a SwissDRG bevezetésével egyidejűleg a kórházak adminisztratív terhei is megnövekedtek. 2012-ben nem nyertek megerősítést sem a tarifarendszerrel túlkódolás vagy az esetek manipulációja formájában való visszaélésekre, sem a nehezebb esetek alulellátására vagy „véres” elbocsátásokra vonatkozó aggodalmak.

A szerzők:

Christian Vogt,

Politologe, Sektion Tarife und Leistungserbringer I,

Co-Leiter des Projekts Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung,

Bundesamt für Gesundheit

E-Mail: christian.vogt@bag.admin.ch

Markus Weber,

Soziologe, Stv. Leiter der Fachstelle Evaluation und Forschung,

Co-Leiter des Projekts Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung,

Bundesamt für Gesundheit

E-Mail: markus.weber@bag.admin.ch

Dimitri Kohler et al.: Az ellátórendszer költségeinek és finanszírozásának alakulása az új kórházfinanszírozási rendszer bevezetése óta

Grundlagenstudie 2010-2012 –

Bericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel 2015,

OBSAN RAPPORT 61 (megj. 2015. 05. 18.) (76 p.)

Kulcsszavak: kórházügy, költségek, kórházfinanszírozás, Svájc

Forrás Internet-helye (francia nyelven német nyelvű összefoglalóval):

<http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/05/publikationsdatenbank.html?publicationID=6546>

Hasonló tartalmú cikk: Sonia Pellegrini – Sacha Roth: 2012 –átmeneti év a költségek és a finanszírozás tekintetében, In: Soziale Sicherheit CHSS, 2015. 3. sz., 136-140. p.

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

Összefoglalás:

A kórházi költségek növekedése 2012-ben:

- a termelési költségek a fekvőbeteg kórházi szolgáltatások területén 2011 és 2012 között 4,6%-kal növekedtek (egy évvel korábban 2,8%-kal).
- a fekvőbeteg kórházi terület összevételei mind 2011-ben, mind 2012-ben 7%-kal növekedtek.
- a kötelező betegbiztosítás fekvőbeteg kórházi szolgáltatásokra fordított kiadásai 2012-ben 9,4%-kal növekedtek (előző évben 2,6%-kal). Az ápolási otthonok és az ambuláns ellátás területén a növekedés nem volt ilyen magas.

A Szövetségi Statisztikai Hivatal 2014. május 13-i sajtóközleménye szerint az egészségügyi kiadások a kórházakban 9,8%-kal (csak a fekvőbeteg ellátás területén 9,2%-kal) növekedtek. Az OECD becslése szerint a kórházi kiadások 2012-ben 7,8%-kal növekedtek (<http://www.oecd.org/statistics>).

Költségnövekedés a kötelező betegbiztosítás területén, csökkenés a kiegészítő biztosításoknál: 2012-ben a CHF-ben kifejezett kiadások a kiegészítő betegbiztosítók kivételével minden szereplőnél növekedtek. Ennek oka egyrészt a szolgáltatások duális fix finanszírozása, amelynek során a privát kórházak által a betegbiztosításról szóló törvény szerint nyújtott szolgáltatásoknál a kanton a kiegészítő biztosító helyébe lép, másrészt a kiterjesztett szabad kórházválasztás, amelynek során orvosi indikáció nélkül és nem sürgősségi esetekben a saját

kanton területén kívül igénybe vett kórházi szolgáltatásoknál a kanton a kiegészítő biztosító helyébe lép.

Az állami és privát kórházak közeledése a fekvőbeteg ellátások finanszírozása tekintetében: A privát kórházak által nyújtott szolgáltatások finanszírozása az állami/szubvencionált kórházakéhoz közelít. A kantonok, amelyek korábban nem vettek részt a privát kórházak szolgáltatásainak finanszírozásában, 2012-ben 46%-kal járultak hozzá ezek finanszírozásához. A finanszírozás tehát a törvényhozó által megkívánt irányban alakul.

Következtetések:

Az új rendszer bevezetését követő első évben a költségek a kórházi ellátások teljes területén markánsan növekedtek. Ilyen alapvető reformok esetén a tapogatózás szakasza elkerülhetetlen, az új rendszer alkalmazásának első évében még nincsenek rendkívüli tapasztalatok. A *Tarmed* tarifarendszer bevezetésére 2004-ben került sor és az is hasonló reakciókat látszott kiváltani. A politika számára a rendszer önszabályozásra való képessége a fontos. A kérdésekre majd a 2013. évi adatok adnak választ.

A kiadások megoszlása tekintetében a törvénymódosítás a betegbiztosításról szóló törvény szerinti arány növekedéséhez és a kiegészítő biztosítók által fizetett rész csökkenéséhez vezetett. A svájci piacfelügyeleti hatóság (FINMA) 2013-ban a kórházi kiegészítő biztosítások tarifáinak ismételt felülvizsgálatával hozzájárult a semleges arányok megteremtéséhez.

A finanszírozás tekintetében megállapítható, hogy a rendszer még az átmenet szakaszában van. A fejlemények ugyan a várt irányba mutatnak, az átalakítás azonban még nem fejt ki teljes hatását. Alapjában véve a fejlemények a kórházfinanszírozás területén a transzparencia növekedése felé haladnak.

A tanulmány szerzői szerint még túl korai lenne a törvénymódosítás hatásairól nyilatkozni. Egyelőre nyitott kérdés, hogy a 2012-ben tett megfigyelések egy egyszeri helyzetet tükröznek-e, vagy egy új tendencia kezdetére utalnak. A tanulmányban vázolt helyzet 2015-ben már egészen más megvilágításban jelenik meg. A 2013. évi adatok már további jelzésekkel szolgálnak arról, hogy miképpen alakulnak a költségek az új rendszer alkalmazásának második évében.

***Dimitri Kohler et al.: Az új kórházfinanszírozás hatása
a kórházi szolgáltatások minőségére***

Hauptstudie, 1. Etappe 2008-2012

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan), Neuchâtel 2015,
OBSAN RAPPORT 62 (2015. 05. 18.) (52 p.)

Kulcsszavak: kórházügy, minőség, költségek, kórházfinanszírozás, Svájc

Forrás Internet-helye (francia nyelven, német nyelvű összefoglalóval):

<http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/05/publikationsdatenbank.html?publicationID=6547>

A tanulmány rövidített változata: Dimitri Kohler – Marcel Widmer: A DRG bevezetésének a kórházi ápolás minőségére gyakorolt hatása, In: Soziale Sicherheit CHSS, 2015. 3. sz., 141- 144. p. (<http://www.bsv.admin.ch/dokumentation/publikationen/00096/03361/index.html?lang=de>)

Összefoglalás (7-9. p.):

Eredmények:

Az elmúlt években az akutszomatikus területeken a kórházi tartózkodási idő folyamatosan csökkent. Megállapítható, hogy a reform nem gyakorolt hatást a kórházi tartózkodás időtartamára. Amennyiben figyelembe vesszük a 18-30 napon belüli rehospitalizáció valószínűségét, azt tapasztaljuk, hogy 2012. óta azoknál a kórházaknál, amelyeknél az elszámolás már azt megelőzően is esetátalányokban történt, a rehospitalizáció valószínűsége magasabb. Ez az effektus mind 18 nap, mind 30 nap után bizonyítható. Az a feltevés, miszerint ez az effektus csak a több mint 18 napot követő rehospitalizációknál következik be – mivel ezt követően az eset ismét elszámolható – nem állja meg a helyét.

A halálozási ráta a vizsgált időszakban (2008–2012. között) tendenciálisan csökkent. Jóllehet a kórházfinanszírozási reform bevezetése összességében nem váltott ki effektusokat a kórházi halálozás tekintetében, a halálozási ráta szívelégtelenség esetén szignifikánsan növekedett, szívinfarktus esetén viszont szignifikánsan csökkent.

A kórházi szolgáltatási csoportok szerinti esetszámok az elmúlt három évben kisebb ingadozásoktól eltekintve nem változtak. Az ingadozások a kódolási gyakorlatnak, vagy «természetes tényezőknek» (pl. influenza járványoknak) tulajdoníthatók.

A kórházfinanszírozási reform hatása a kórházi személyzet helyzetére: A kórházi személyzet létszáma enyhén növekedett, ez a növekedés azonban a szolgáltatások igénybevételének növekedésével párhuzamosan megy végbe (az esetek új definíciójának figyelembevételével, azaz 2012-től a 18 napon belül rehospitalizált esetek összevonásával). A személyzet képességei és képezése tekintetében sincs változás, az egy használatban levő ágyra jutó személyzet létszámának alakulása konstans. Összességében sem az orvosi, sem az ápolószemélyzet vonatkozásában nem állapítható meg, hogy erre a finanszírozási reform hatást gyakorolt volna.

Az a kérdés, hogy a kórházfinanszírozási reformmal összefüggésben végbement-e az akutszomatikus ellátásból az utógondozásba való áttevődés, nem válaszolható meg véglegesen. Megjelenik ugyan az akutszomatikus ellátásból a rehabilitációba történő áttevődés enyhe növekedése, de nehezen tisztázható, hogy ez mennyiben tulajdonítható a demográfiai folyamatoknak. A rehabilitációba áthelyezett eseteket 2012-ben átlagosan két nappal kevesebb ideig ápolták az akutszomatika területén, mint 2008-ban. A tartózkodási idő a rehabilitáció területén konstans. Az utógondozás más területein (ápolási otthonok, otthoni ápolás) is az esetszámok enyhe növekedésének tendenciája figyelhető meg, a pszichiátria kivételével, ahol az esetszám konstans. Miután a változások minden területen már a kórházfinanszírozási reform bevezetését követően bekövetkeztek, feltételezhető, hogy nem a reform specifikus effektusairól, hanem hosszabb távú fejleményekről van szó.

Következtetések:

A résztanulmány összességében azt mutatja, hogy a 2012-ben bevezetett új kórházfinanszírozás nem hozott feltűnő eredményeket a fekvőbeteg szolgáltatások minősége tekintetében. A reform hatásainak végleges megítélése még korai lenne, ehhez a bevezetés utáni egy éves megfigyelési periódus nem nyújt elégséges támpontokat.

A szerző:

Dimitri Kohler, Dr. ès sc. écon., wissenschaftlicher Projektleiter,
Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

E-Mail: dimitri.kohler@bfs.admin.ch

A kórházi személyzet helyzete Svájcban 2013-ban – Spitalpersonal 2013

Bundesamt für Statistik
BFS Aktuell , 14 Gesundheit
Neuchâtel, Juni 2015 (6 p.)

Kulcsszavak: kórházügy, emberi erőforrás, személyzet, Svájc

Forrás Internet-helye:

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.html?publicationID=6606>

2013-ban a svájci kórházaknál 233.423 személy rendelkezett határozatlan időre szóló munkaviszonnyal. A foglalkoztatás volumene 148.363 teljes munkaidős állás volt. Ez az egészségügyben foglalkoztatottak 38,9%-ának és a Svájcban foglalkoztatottak 4,2%-ának felelt meg. A kórházi személyzet 78%-át a 113 általános kórház, 22%-át a 178 speciális klinika foglalkoztatta. A kórházi szektorban foglalkoztatottak egynegyede a svájci egyetemi kórházakban összpontosult.

Foglalkoztatási viszonyok: A kórházi személyzet három fő funkcionális kategóriára tagolódik: A teljes személyzet 42%-át az ápolószemélyzet, 30%-át a műszaki, adminisztratív és kiszolgáló személyzet, 14%-14%-át pedig az orvosi-technikai és orvosi-terápiás személyzet (mentőszolgálat, fizioterápia, táplálkozási tanácsadás) teszi ki. A kórházi személyzet szolgáltatási területek szerinti megoszlása: egészségügyi ellátás 58% (orvosok, ápolók), infrastrukturális szolgálatok 26,2% (műszaki, adminisztratív és kiszolgáló személyzet), orvostechnikai és orvosi terápiás szolgálatok 14,6%, melléküzemágak 1,2%. A foglalkoztatás mértéke az orvosi-terápiás személyzetnél 73%, az ápoló- és adminisztratív személyzetnél 77%, a többi csoportnál legalább 81%. A férfiak foglalkoztatásának mértéke az összes funkcionális csoportnál magasabb a nőkénel. A műszaki szolgálatoknál, valamint az adminisztratív és kiszolgáló személyzetnél a férfiak háromnegyede teljes munkaidőben dolgozik. A közvetlenül gyógyító tevékenységet végző személyzet körében a teljes munkaidőben foglalkoztatott férfiak a férfi személyzetnek több mint a felét teszik ki.

Állampolgárság és diploma: A 2013-ban valamely kórházzal szerződéses munkaviszonyban álló 14.310 orvos 64,7%-a svájci, 23,0%-a német, 10%-a más európai országbeli állampolgársággal, 2,3%-a egyéb állampolgársággal rendelkezett. A német orvosok 10%-a svájci orvostudományi diplomával rendelkezett. A segédorvosok körében a svájci állampolgársággal rendelkezők száma már mindössze 49,2% volt. 2013-ban tíz segédorvos közül három német állampolgár volt.

2013-ban 98.093 személy dolgozott a kórházi ápolás területén. Ezek 70%-a felsőfokú, 10%-a középfokú végzettséggel rendelkezett. Az ápolószemélyzet fennmaradó 20%-a alapképzettséggel rendelkezett, vagy nem rendelkezett képzettséggel. A szakképzett ápolók 70%-a Svájcban, 9%-a Németországban, 8%-a Franciaországban szerezte diplomáját.

A kórházi személyzet alakulása 2010-2013. között: 2010 és 2013 között a teljes munkaidős állások száma 6,5%-kal a foglalkoztatottaké 6,8%-kal növekedett. A teljes munkaidős foglalkoztatás a speciális klinikákon sokkal erőteljesebb, mint az általános kórházaknál (10,0%, ill. 5,6%). A növekedés mértéke az egyes funkcionális csoportok körében: orvosi-terápiás személyzetnél 13,6%, adminisztratív személyzetnél 10,3%, orvosi és ápolószemélyzetnél 8,1%, ill. 6,3%, az orvostechikái személyzetnél nem változott.

A kórházi szektorban minden év végén mintegy 20.000 foglalkoztatott munkaviszonya szűnik meg. Ez 2010-ben a teljes személyzet 13,6%-ának, 2013-ban 12,5%-ának felelt meg. 2013-ban a kilépő személyzet legnagyobb része a szociális szolgálatokhoz (14,7%), legkisebb része az orvostechikái személyzethez (10,6%) tartozott. A kilépő személyzet átlagosan 3,7 évvel fiatalabb, mint a megmaradó foglalkoztatottak. A kilépő személyzetnek mindössze 9,2%-a volt 60 éves vagy annál idősebb.

A személyzet életkori struktúrájának elemzéséből az ápolószemélyzet enyhe elöregedésére lehet következtetni: az 50 év fölötti foglalkoztatottak az ápolószemélyzet egyre nagyobb részét teszik ki. E korcsoport aránya 2010 és 2013 között 19,9%-ról 22,7%-ra növekedett, miközben a 30 és 50 közötti ápolószemélyzeté csökkent (2010-2013: 46,6%-ról 44,2%-ra). A 30 év alatti ápolók aránya 2010 és 2013 között egyharmad volt, ami az utánpótlás biztosítására való következetes törekvésre utal.

2013-ban egy ápolói állásra 0,3 orvosi állás jutott. Ez a viszony 2010-hez viszonyítva nem változott. Enyhén változott az orvosi és az adminisztratív személyzet közötti arány (2010 és 2013 között az egy adminisztratív állásra jutó teljes munkaidős orvosi állások aránya 0,96, ill. 0,94 volt), ami a kórházakban végzett adminisztratív tevékenységek enyhe növekedésére utal.

Egyes funkcionális csoportok körében, amelyekben a nők képviselete korábban csekélyebb volt, a nők aránya növekedett: így a vezető orvosok (2010-2013 közötti növekedés: férfiaknál +23,7%, nőknél +47,3%), és a főorvosok körében (férfiaknál +6,1%, nőknél +24,3%). Ugyanez érvényes a műszaki szolgálatok és a logisztika területén. Másrészt azonban a túlsúlyban nők által dominált ápolószemélyzet körében a férfiak aránya erőteljesebben növekedett a nőkénel (férfiaknál +12,5%, nőknél +5,2%). Ezzel szemben néhány tipikus női foglalkozás, mint a szülészet, vagy a táplálkozási tanácsadás területén a férfiak aránya csökkent.

[Lásd még: *Az orvosi személyzet helyzete Svájcban 2011-ig, 2012. 45. sz.*]

***Az orvosilag asszisztált mesterséges megtermékenyítés
helyzete Svájcban 2013-ban: végleges adatok***
Bundesamt für Statistik, (BFS),
14 Gesundheit (0350-1503-50), Neuchâtel, 23.04.2015

Kulcsszavak: in vitro fertilizáció, Svájc

Forrás Internet-helye (további táblázatokkal):

http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/01/new/nip_detail.html?gnpID=2015-489

Az orvosilag asszisztált mesterséges megtermékenyítések száma enyhén csökkent: 2013-ban 6.180 pár fordult orvosilag asszisztált mesterséges megtermékenyítéshez. A kezelések egyharmadánál bekövetkezett a terhesség, összesen 1.891 szülésre került sor.

A kezelést első alkalommal igénybe vevő nők (-7%) és összességében a kezelésben részesülő nők (-2%) száma 2012-höz viszonyítva csökkent. 2013-ban a kezelésben részesülő párok 16%-a (2012-ben 18%-a) külföldi lakóhellyel rendelkezett. Az élveszülések száma 2013-ban az előző évhez viszonyítva 5%-kal csökkent.

A kezelésben részesülő nők általában idősebbek, mint a többi anya: A 2013-ban első kezelést elkezdő nők átlagéletkora 36,2 év, partnerüké 39,4 év volt. Ezek az értékek viszonylag stabilak. Svájcban a szülő nők átlagéletkora 31,6 év. A kezelés leggyakoribb oka a férfi nemzéképtelensége (39%). A párok 30%-ánál mindkét fél, 17%-ánál a nő volt nemzéképtelen. 2013-ban a párok 5%-a vett igénybe spermaadományozást.

2013-ban a kezelés a nők 36%-ánál vezetett terhességhez. Az érintett nőknél átlagosan 1,8 kezelési ciklusra került sor. Ez ciklusonként 20%-os sikert jelent. A terhességek háromnegyede szüléshez vezetett. Az orvosilag asszisztált megtermékenyítést követő szülések 15%-a ikerszülés volt (250 iker és 4 hármásiker). 2002. óta ez a legalacsonyabb ikerszülési arány.

Összesen 1.891 élveszülést regisztráltak, ezek közül 1.581 anya svájci lakóhellyel rendelkezett. Ez a Svájc területén bekövetkezett szülések 2%-a.

[*Lásd még: Az orvosilag asszisztált mesterséges megtermékenyítés helyzete Svájcban 2012-ben: végleges adatok, 2014. 13. sz.*]

Tájékoztatás:

Christoph Junker,

Bundesamt für Gesundheit, Sektion Gesundheit,

Tel.: +41 58 463 68 30,

E-Mail: christoph.junker@bfs.admin.ch

Patrick Koch – Christoph Hirter:
A hallókészülékek új térítési rendszerének hatása a készülékek árára
Soziale Sicherheit CHSS, 2/2015, 99-101. p.

Kulcsszavak: orvostechnika, hallókészülékek, Svájc

Forrás Internet-helye (a Soziale Sicherheit CHSS, 2015. 2. száma a Bundesamt für Sozialversicherungen honlapján):

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

Az államszövetség pénzügyi ellenőrzési szerve szerint a hallókészülékekre fordított direkt kiadások 2005-ben több mint 200 millió CHF-et tettek ki. A svájci biztosítók két- háromszor többet fizettek az ellátásra, mint a többi európai országban. A hátramaradt hozzátartozók nyugdíjbiztosítása és a rokkantbiztosítás hallókészülékekre fordított kiadásai 1995 és 2005 között megduplázódtak.

A költségek megfékezése érdekében 2011. július 1-től új finanszírozási rendszert vezettek be. Ettől kezdődően a rokkantbiztosítás monaurális készülék esetén 840 CHF, binaurális készülék esetén 1.650 CHF átalányt fizet a biztosítottak számára. A hátramaradt hozzátartozók nyugdíjbiztosítása minden készülékre 630 CHF átalányt fizet.

Alacsonyabb ellátási költségek, magasabb költség hozzájárulások: A tarifarendszer és az átalánydíjas rendszer értékelése szerint egy-egy készülékkel való ellátás (hallókészülék és egyéb szolgáltatás) átlagos költségei az átalánydíjas rendszerben 0,9-5,1%-kal alacsonyabbak, mint a tarifarendszerben. Ezzel szemben a hallássérültek által finanszírozandó rész magasabb. Az átlagos költség hozzájárulás már a tarifarendszerben is 1.000-3.900 CHF-fel magasabb volt. Az átalánydíjas rendszerre való áttéréssel az átlagos költség hozzájárulás növekedése az ellátás típusa szerint 15 és 87% között mozog.

A hallókészülékek ára enyhén csökkent: A különböző szempontokat figyelembe vevő regresszióanalízis szerint a hallókészülékek ára 2012-ben már 8%-kal, 2013-ban 10%-kal a tarifarendszer ára alatt volt. A rendszer megváltoztatása folytán az árak csökkentek, ami a vizsgálat időszakában folytatódott. Az ellátás a rokkantbiztosítás keretében 3%-kal kedvezőbb volt, mint a hátramaradt hozzátartozók nyugdíjbiztosítása keretében.

A szerzők:

Patrick Koch, Dr. rer. pol.,
Institut für Wirtschaftsstudien Basel (IWSB)

E-Mail: patrick.koch@iwsb.ch

Christoph Hirter, MSc B&Ec,
Institut für Wirtschaftsstudien Basel (IWSB)

E-Mail: christoph.hirter@iwsb.ch

A halálokok statisztikája Svájcban 2013-ban – Todesursachen 2013

Bundesamt für Statistik, BFS Aktuell, 14 Gesundheit

Neuchâtel, 07.07.2015

Kulcsszavak: mortalitás, halálokok, Svájc

Forrás Internet-helye:

http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/01/nip_detail.html?gnpID=2015-095

2013-ban a halálesetek száma 64.961 volt. Első életévében 320 csecsemő halálozott el. **A szív-és érrendszeri betegségek:** A halálesetek egyharmadát (21.512 eset) a szív- és érrendszeri betegségek okozták. Ez évtizedek óta a leggyakoribb halálok, aránya azonban folyamatosan csökken: 1995-ben még 41% volt, azóta tehát 8 százalékponttal csökkent. Férfiak körében a 100.000 lakosra eső halálesetek száma 318-ról 164-re, a nők körében 187-ről 109-re csökkent.

Rákos megbetegedések: 2013-ban 16.675 halálesetet regisztráltak, ami az összes haláleset 26%-a. A rákos megbetegedésekkel összefüggő halálesetek száma 1995. óta 1,5 százalékponttal növekedett. A demográfiai folyamatok figyelembevételével azonban a halálozási ráta csökkent. Férfiak körében a 100.00 lakosra eső halálesetek száma 228-ról 167-re (-27%), nők körében 133-ról 107-re (-19%) csökkent.

Tüdőrák: 2013-ban csaknem 2.000 férfi és 1200 nő halt meg tüdőrákban (a rákos megbetegedésekben elhalálozottak 18%-a, az összes haláleset 5%-a). Tüdőrák esetén a halálozási ráta: 100.000 lakosra férfiaknál 37, nőknél 19. Az utóbbi 18 év során a halálozási ráta férfiaknál 32%-kal csökkent, nőknél 47%-kal növekedett.

Az öngyilkosságok száma csökken ...

2013-ban 1.070 öngyilkosságot regisztráltak, ezek közül 786 férfi, 284 nő volt. Az öngyilkosságok száma 2009. óta konstans, 1995-höz viszonyítva 350 esettel (25%-kal) csökkent.

...az asszisztált öngyilkosságok száma növekedik

2013-ban 587 asszisztált öngyilkosságot regisztráltak, ezek közül 249 férfi, 338 nő volt. Az előző évhez viszonyítva ezek száma 79 esettel növekedett.

Tájékoztató:

Christoph Junker,
Bundesamt für Statistik, Sektion Gesundheit,
Tel.: +41 58 463 68 30,
E-Mail: Christoph.Junker@bfs.admin.ch

[Lásd még: *A halálokok statisztikája 2009-ben, 2012. 17. sz.; A halálokok statisztikája 2010-ben, 2013. 21. sz.; Halálokok Svájcban 1970 és 2009. között, 2014. 24. sz.; A halálokok statisztikája 2012-ben, 2015. 6. sz.]*

A halálozások statisztikája Svájcban – Mortalitätsstatistik

Bundesamt für Statistik, Medienmitteilung

14 Gesundheit, Nr. 0350-1504-10

Neuchâtel, 11.05.2015 (BFS)

Kulcsszavak: mortalitás, Svájc

Forrás Internet-helye (további táblázatokkal, diagramokkal) :

http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/01/new/nip_detail?gnpID=2015-651

2015 első heteiben Svájcban a vártnál több haláleset következett be. Ez a periódus egybeesik a legutóbbi influenza járvánnyal.

2015 második és tizenkettedik hete között bekövetkezett halálesetek száma 2.200 halálessel, 17%-kal volt több, mint az az előző évek adatai alapján várható lett volna. A megnövekedett halálozás csaknem kizárólagosan 65 év fölöttieket érintett. Az adat interpretációja során figyelembeveendő, hogy 2014-ben egy egész év során 65.000 haláleset következett be, 1.600 esettel kevesebb, mint amennyi várható volt.

A megnövekedett halálozás periódusa egybeesik az ugyanabban az időszakban megfigyelt influenza járványával. Az influenza járvánnyal való összefüggés szinte biztosnak számít, jóllehet a haláleseteknél az influenza csak ritkán jelenik meg mint halálok. Gyakran más tényezők is közreműködhetnek, mint a hűlés, vagy más vírusos megbetegedések. Az influenza járvány lefolyásáról a Szövetségi Egészségügyi Hivatal járványügyi tájékoztatójának a szezonális influenzáról szóló fejezetéből tájékozódhatunk.

A Szövetségi Statisztikai Hivatal a halálesetek számát tartja nyilván, a Szövetségi Egészségügyi Hivatal az influenza felügyelete és prevenciója tekintetében illetékes.

[Lásd még: *A halálokok statisztikája Svájcban 2010-ben, 2013. 21. sz.; Halálokok Svájcban 1970 és 2009. között, 2014. 24. sz.*]

Tájékoztatás:

Christoph Junker,

BFS, Sektion Gesundheit,

Tel.: +41 58 463 68 30,

E-Mail: Christoph.Junker@bfs.admin.ch

Alvászavarok a svájci lakosság körében
(Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012)

Bundesamt für Statistik
BFS Aktuell , 14 Gesundheit
Neuchâtel, Mai 2015 (4 p.)

Kulcsszavak: alvászavarok, Svájc

Forrás Internet-helye:

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.html?publicationID=6576>

A svájci lakosság egynegyede szenved alvászavarokban, 100 személy közül nyolc gyógyszereket szed, hogy aludni tudjon.

Az alvászavar a nők körében gyakoribb, mint férfiaknál (28% szemben 20%-kal). Az alvászavarok az életkorral súlyosbodnak. A 85 év fölöttiek körében kétszer olyan gyakran fordulnak elő, mint a 15 és 24 év közöttiekénél (36% szemben 19%-kal). A patológikus zavarok aránya az 55 és 64 év közöttiek körében a legmagasabb (10%).

Az alvászavarok az utóbbi 15 év során négy százalékponttal csökkentek (1997: 28%; 2012: 24%). A csökkenés mértéke a 65 év fölöttiek körében a legjelentősebb (1997: 41%; 2012: 31%).

A felmérést megelőző hét napon belül a lakosság 8%-a szedett nyugtatókat vagy altatókat. Ez az arány 1992. óta változatlan. A nők gyakrabban fogyasztanak gyógyszereket mint a férfiak (10% szemben 6%-kal). A nyugtatók és altatók szedése az életkorral arányosan növekedik és a 75-ik életév után éri el a legmagasabb értéket (23%).

A patológikus vagy közepes alvászavarban szenvedőknek csak egy része szed nyugtatókat vagy altatókat (26%, ill. 16%). Az alvászavarban nem szenvedők körében ez az arány 4%.

Az álmatlanság számos megbetegedés tünete lehet. A patológikus alvászavarban szenvedők kétharmada hátfájásban, 57%-a, nyaki, váll- és karfájdalomban, a fele fejfájásban szenved. Alvászavarral jár a magas vérnyomás: ez az patológikus alvászavarban szenvedők egynegyedét, a közepes alvászavarban szenvedők 20%-át és alvászavarban nem szenvedők 13%-át érinti.

A patológikus vagy közepes alvászavarban szenvedők 6%-a diabéteszben szenved, miközben ez az arány az alvászavarban nem szenvedőknél 4%. A patológikus vagy közepes alvászavarban szenvedők 13%-a elhízott, az alvászavarban nem szenvedőknek 9%-a. Ez a tendencia a férfiaknál kihangsúlyozottabb, mint a nőknél.

A patológikus alvászavarban szenvedők 33%-ánál közepes, vagy súlyos depresszió tünetei is jelentkeznek, közepes alvászavarnál ez az arány 13%, alvászavarban nem szenvedőknél 3%. Fordítva: a közepes vagy súlyos depresszióban szenvedők 65%-ánál patológikus vagy közepes alvászavar jelentkezik.

Az orvosi titoktartás és a bejelentési kötelezettségek orvosetikai vonatkozásai.
A Svájci Orvostudományi Akadémia Központi Etikai Bizottsága
és a Svájci Orvosszövetség közös állásfoglalása
Zentrale Ethikkommission der SAMW –
Verbindung Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH
Bern, 2015. május 29.

Kulcsszavak: orvosi titoktartás, bejelentési kötelezettség, orvosetika, Svájc

Forrás Internet-helye:

<http://www.samw.ch/de/Aktuell/News.html> News 17. 06. 2015

Az utóbbi években Svájcban több súlyos eseménnyel összefüggésben (egy börtönterapeuta meggyilkolása, a német *Germanwings* gép tragédiája, a családon belüli és gyermekek elleni erőszak különböző esetei) napirendre került az orvosi titoktartás fellazítása. A *Nemzeti Etikai Bizottság (Nationale Ethikkommission – NEK)* részletes állásfoglalást tett közzé az orvosi titoktartásnak a büntetőintézetekben való alkalmazásával kapcsolatban, amely – a bejelentés lehetőségét már tartalmazó, de a bejelentési kötelezettséget mellőző – jelenlegi rendszer fenntartását javasolta.

A Svájci Orvostudományi Akadémia Központi Etikai Bizottsága és a Svájci Orvosszövetség csatlakozott a Nemzeti Etikai Bizottság állásfoglalásához és ismételten megerősítette az alábbi alapértékeket:

Az orvosi titoktartás az orvosetika alapértéke: Az orvosi titoktartás a szakma legnemesebb vívmányai közé tartozik, amely a képzésben és a továbbképzésben is megjelenik és amelynek megsértését a törvény bünteti (BTK 321. cikk). Kivételes esetekben, a fölöttes vagy a felügyeleti szerv írásos hozzájárulásával az egészségügyi személyzet kiadhat információkat.

Az orvosi titoktartás a terápiás kapcsolat feltétele: Az orvosi kezelés, elsősorban a pszichiátria és a pszichoterápia területén időben elhúzódó folyamat, amely a beteg gondolkodásának, érzelmeinek, cselekvésének megváltoztatását célozza. Hosszútávú sikerre csak bizalomteljes, védett keretek között van kilátás. Amennyiben a beteg által megosztott bizalmas információkat harmadik személyek védelme, vagy a jogi kockázatok minimalizálása érdekében továbbadják, fennáll a beteg elzárkózásának veszélye, ami a terápia kudarcát eredményezheti.

Az orvosi titoktartás az áldozatvédelem részét alkotja: Az emberi élet és a szexuális integritás elleni bűncselekmények áldozatai részére terápiás védőövetet kell biztosítani, meg kell adni nekik a bizonyosságot, hogy az információk továbbadása miatt nem válnak ismételten áldozattá. A bejelentést és annak időpontját az orvossal közösen kell mérlegelni. A bejelentés akár kontraproduktív is lehet és a beteg retraumatizálódásához vezethet, pl. amennyiben a büntetőeljárás során a tettetést bizonyítékok hiányában felmentik. Hasonló megfontolások érvényesek a gyermekekkel és a fiatalokkal összefüggésben is.

A bejelentési kötelezettség nem szolgálja minden esetben a gyermek javát. Ezért a *Svájci Gyermekvédelmi Alapítvány (Stiftung Kinderschutz Schweiz)* is az orvos bejelentési joga mellett és a bejelentési kötelezettség ellen foglal állást.

Paul Hoff: Kényszerintézkedések az egészségügyben.
A Svájci Orvostudományi Akadémia átdolgozott irányelveinek közvitája
Schweizerische Ärztezeitung, 2015; 96(22): 773–775

Kulcsszavak: kényszerintézkedések, Svájc

Forrás Internet-helye: (a cikk és az irányelvek tervezete):

<http://www.samw.ch/de/Aktuell/News.html> News 27. 05. 2015

Az irányelvek átdolgozása a gyermekek és a felnőttek jogainak védelméről szóló új törvény (*Kindes- und Erwachsenenschutzrecht – KESR*) 2013. január 1-i kezdettel történő hatálybalépésével függ össze, amely különös hangsúlyt helyez a személyek autonómiájára. A közvita 2015 szeptemberéig tart. A tervezet teljes szövege megtalálható a Svájci Orvostudományi Akadémia honlapján (www.samw.ch/de/Ethik/Richtlinien/Richtlinien-in-Vernehmlassung.html). Az irányelvek megjelentetésére a tervek szerint még 2015-ben sor kerül.

Alapelvek: Az irányelvek a kényszer fogalmának szélesebb értelmezéséből indulnak ki. A cselekvőképességgel [a szövegben: *ítélőképességgel*] nem rendelkező személyeknél a kényszerintézkedés elkerülhetetlen, ha a veszélyeztetés intenzív kommunikáció ellenére sem hárítható el az illetővel egyetértésben. Cselekvőképes betegeknél orvosi kényszerintézkedések csak megelőzés céljából való beutalás, büntetőjogi intézkedés keretében, vagy az epidemiológiai előírások alapján alkalmazhatók. A kényszerintézkedést minden egyes esetben individuálisan kell mérlegelni, azt szakszerűen és kíméletesen kell végrehajtani, rögzíteni kell a beteg dokumentációjában.

Alkalmazási területek:

Szomatikus medicina: Az irányelvek az izgalmi állapotban és tudatzavarban levő, valamint a cselekvőképességgel nem rendelkező betegek helyzetét részletezik. Türelmes felvilágosítással és tanácsadással, alternatív kezelések felkínálásával a kényszerintézkedések gyakorisága csökkenthető. Azoknál a betegeknél, akiknél a tudatzavarok (delírium esetei) előreláthatók, ki kell méríteni a delírium megelőzésének összes lehetőségét.

Pszichés betegek: A kényszer nem a pszichiátriai kezelés normális összetevője, kényszerintézkedésekre önvészélyeztetés vagy mások jelentős veszélyeztetése esetén kerülhet sor. Különbséget kell tenni a sürgősségi helyzetek és a gondoskodásra tartósan beutaltak esetei között. A kényszerintézkedés elrendelésének döntő kritériuma nem a diagnózis, hanem az aktuális klinikai állapot. Figyelembe veendő a bizalmi személy szerepe és a rendelkező nyilatkozat.

Gyermekek és fiatalok: A felnőttekkel azonos jogokkal rendelkeznek; fontos a pszichés problémák, táplálkozási zavarok korai felismerése.

Tartós ápolás: A gyermekek és a felnőttel jogainak védelméről szóló új törvény különböző döntési mechanizmusokat ír elő: a fizikai kényszerintézkedésekről az intézmény dönthet, kényszergyógykezelés esetén viszont a képviselőre jogosult személy hozzájárulását kell kérni.

*A svájci szociális biztonsági rendszerek pénzügyi mérlege 2013-ban –
Gesamtrechnung der Sozialen Sicherheit 2013 (GRSS)*

Bundesamt für Statistik,
13 Soziale Sicherheit, Neuchâtel, Juni 2015 (4 p.)

Kulcsszavak: szociális biztonsági rendszerek, Svájc, Európa

Forrás Internet-helye:

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/13/22/publ.html?publicationID=6638>

Gesamtrechnung der sozialen Sicherheit 2012, 24. 04. 2015 (50 p.), teljes feldolgozottság:

http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/13/00/new/nip_detail.html?gnpID=2014-186

A szociális szolgáltatásokra fordított kiadások 3,9%-kal növekedtek: 1990. óta évente 3,3%-os növekedés figyelhető meg. A szociális szolgáltatások GDP-hez viszonyított aránya 2013-ban 24,2% volt. Nemzetközi összehasonlításban Svájc nem éri el az európai átlagot.

A 2013. évi eredmények Svájcban:

Az **összkiadások** szűk 170,9 milliárd CHF-et tettek ki, ezek 90%-át (153,6 milliárd CHF) szociális szolgáltatásokra, 10%-át (17 milliárd CHF) igazgatási költségekre és egyéb kiadásokra (7 milliárd CHF) fordították. A szociális szolgáltatások az előző évhez viszonyítva 3,9%-kal növekedtek (az előző évben a növekedés 4,7% volt).

Az **összbevételek** összege 197,7 milliárd CHF volt. A növekedés az előző évhez viszonyítva 3,8%, 1990-hez viszonyítva 75% volt, ami évente 2,5%-os növekedési rátának felel meg.

Ha az áremelkedések mellett a lakosságnövekedést is figyelembe vesszük a kiadások és a bevételek növekedése még jelentősebb. 1990 és 2013 között az egy lakosra jutó összkiadások évente átlagosan 2,4%-kal növekedtek. Az egy lakosra jutó szociális szolgáltatások növekedése 2,5%, a bevételeké 1,6% volt.

A GDP-hez viszonyított arány: A szociális szolgáltatásokra fordított kiadások GDP-hez viszonyított aránya 1990-ben 15% volt. Ezt követően 2004-ig folyamatosan növekedtek és elérték a 24%-ot, majd a következő években 22% és 24% között ingadoztak. 2013-ban 24,2%-kal újabb csúcst sikerült elérni. 2013-ban az összkiadások GDP-hez viszonyított aránya 26,9%, az összbevételeké 31,1% volt.

Szociális kiadások funkciók szerint: A szociális szolgáltatások több mint 80%-át az időskor, betegség/egészségügy, rokkantság funkcióira fordítják.

A kiadások megoszlása: időskorúakra 42,8%, 65,7 milliárd CHF, betegségre/egészségügyi ellátásra 29,9%, 45,9 milliárd CHF, rokkantsági szolgáltatásokra 9,5%, 14,6 milliárd CHF, munkanélküliekre 3,7%, szociális inklúzióra 2,7%, 4,1 milliárd CHF.

A szociális biztonsági rendszerek finanszírozása: A szociális biztonság bevételei 2013-ban 197,7 milliárd CHF-et tettek ki. Ezek kétharmada a munkaadók (62,9 milliárd CHF) és a társadalombiztosítási védelemben részesülő személyek (munkavállalók, önálló vállalkozók, nyugdíjasok) járulékaiból (68,4 milliárd CHF), egyharmada állami hozzájárulásból (47,6 milliárd CHF, 24,1%), vagyoni bevételekből (17,7 milliárd CHF, 8,9%) és egyéb bevételekből (1,2 milliárd CHF, 0,6%) származik.

A 2012. évi eredmények Európában:

A GDP-hez viszonyított arány: 2012-ben az EU28-akban a szociális szolgáltatások a GDP 27,4%-át tették ki, tehát mintegy 3,7 százalékponttal többet, mint Svájcban. (23,7%). A 32 országra kiterjedő összehasonlításban Svájc a 18-ik helyen áll. Az arány Törökországban 13,5%, Dániában 32,3%.

Szociális kiadások funkciók szerinti megoszlása az EU 28-akban: időskorúakra 40,6%, betegségre/egészségügyre 29,6%, családokra/gyermekre 7,8%, munkanélküliekre 5,4%.

A szociális biztonság finanszírozásának forrásai: Az állami hozzájárulások és a munkaadói járulékok az EU28-akban jóval magasabbak, mint Svájcban (2012: 41,1% és 35,3%, szemben 24,5%-kal és 29,8%-kal). A társadalombiztosítási védelemben részesülő személyek az Európai Unióban kevésbé járulnak hozzá a szociális biztonság finanszírozásához (19,9%), miközben Svájcban ez az arány 2012-ben 34,8% volt. Európában a vagyoni és egyén bevételek (3,8%) is alacsonyabbak, mint Svájcban (10,9%).

(Lásd még: *A svájci szociális biztonsági rendszerek pénzügyi mérlege 2012-ben, Előzetes adatok, 2014. 38. sz.*)

Tájékoztatás:

Bundesamt für Statistik,

Sektion Sozialanalysen,

Tel. 41-58 463 64 21,

E-mail: info.sozan@bfs.admin.ch

*Jelentés a szociális ügyek helyzetéről Svájcban 2015-ben –
Statistischer Sozialbericht Schweiz 2015*

Bundesamt für Statistik (BFS), Sektion Sozialanalysen (SOZAN)
«Statistik der Schweiz»: 13 Soziale Sicherheit
Neuchâtel 2015 (132 p.)

Kulcsszavak: szociális ügyek, egészségügy, Svájc

Forrás Internet-helye:

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.html?publicationID=6592>

3. 2. Egészség:

3. 2. 1. Szociális státusz és egészségi állapot:

Várható életkor:

A szociális státusz szerinti várható életkor adatai az 1990-ben és 2000-ben tartott népszámlálásokkal összefüggésben végzett longitudinális kutatás, a Svájci Nemzeti Kohorsz (*Swiss National Cohort – SNC*) eredményein alapulnak. 2012-ben a férfiak születéskor várható élettartama 80,5 év, a nőké 84,7 év volt. A legmagasabb és a legalacsonyabb végzettséggel rendelkező személyek közötti különbség a 30 éveseknél a legnagyobb. A különbség férfiaknál 4,6 év, nőknél 2,3 év. A várható életkor tekintetében a végzettséggel összefüggő különbségek az életkor előrehaladtával csökkennek, de fennmaradnak. Az életkor előrehaladtával a nemek közötti különbségek is kiegyenlítődnek.

Az egészségi állapot önértékelése:

A svájci lakosság többsége pozitívan értékeli egészségi állapotát. A csak kötelező iskolai végzettséggel rendelkezők ritkábban nevezik jónak vagy nagyon jónak egészségi állapotukat, mint a magasabb végzettségűek. A legmagasabb jövedelmi csoportba tartozók 90%-a, a legalacsonyabb jövedelmi csoportba tartozók 70%-a tartja (nagyon) jónak egészségi állapotát.

Egészségmagatartás és kockázati tényezők:

Elhízottság: A svájci lakosság 11%-a elhízott. A nőknél minden korcsoportban a végzettséggel összefüggésben különbségek tapasztalhatók. A különbség a 45 és 64 év közöttiek korcsoportjában a legnagyobb: a kötelező végzettséggel rendelkezők 22%-a, a felsőfokú végzettséggel rendelkezők 6%-a elhízott. A legalacsonyabb jövedelemmel rendelkező nők 19%-a, a legmagasabb jövedelemmel rendelkezők 5%-a elhízott. A különbség a férfiak körében mindkét megközelítésben sokkal mérsékeltebb.

Fizikai aktivitás: a felsőfokú végzettséggel rendelkezők háromnegyede, a kötelező végzettséggel rendelkezők 57%-a végez rendszeres testmozgást.

Egészséges táplálkozás: A felsőfokú végzettséggel rendelkezők 75%-a, a kötelező végzettséggel rendelkezők 62%-a tulajdonít jelentőséget az egészséges táplálkozásnak. A különbség a 25 és 44 év közötti férfiak (68% szemben 42%-kal) és nők (81% szemben 53%-kal) korcsoportjában a legnagyobb. A legmagasabb jövedelemmel

rendelkezők 76%-a, a legalacsonyabb jövedelemmel rendelkezők 66%-a tulajdonít jelentőséget az egészséges táplálkozásnak.

Dohányzás: A 25 és 64 év közötti személyek korcsoportjában a kötelező végzettséggel rendelkezők 37%-a, a felsőfokú végzettséggel rendelkezők 26%-a dohányzik. Férfiak körében a szociális grádiens kihangsúlyozottabb (45% szemben 29%-kal; nőknél: 31% szemben 22%-kal). A dohányzók körében ugyancsak a 25 és 64 év közötti, csak kötelező végzettséggel rendelkezők azok, akik naponta több mint 20 cigarettát szívnek el. Az elszívott cigaretták száma tekintetében az egyes jövedelmi csoportok között nincs különbség.

Az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele:

A szakirodalom is jelzi, hogy a hátrányos helyzetű személyek egészségi állapota rosszabb, az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférése nehezebb (a betegbiztosítás által nem fizetett kezelésekhöz való nehezebb hozzáférés, szakorvosok ritkább igénybevétele). Pl. fogorvosi szolgáltatások: a csak kötelező végzettséggel rendelkező 45 év fölötti férfiak és 65 év fölötti nők ritkábban mennek fogorvoshoz, mint a felsőfokú végzettséggel rendelkezők. A legnagyobb különbség a 65 év fölöttiek körében tapasztalható. Jövedelmi különbségek megközelítésében: a magasabb jövedelműek 71%-a, az alacsonyabb jövedelműek 58%-a fordult egy éven belül fogorvoshoz.

Ellátásokról pénzügyi okokból való lemondás: 2011-ben a lakosság 5%-a mondott le pénzügyi okokból legalább egy alkalommal orvosi vagy fogorvosi vizsgálatokról. Ebben a tekintetben a csak kötelező végzettségűekkel rendelkezők aránya 9%, a felsőfokú végzettségűeké kevesebb mint 4%.

5. A szociális biztonság rendszere és finanszírozása:

5. 1. A szociális biztonság rendszere:

A szociális biztonság rendszere a szubszidiaritás elvén alapul.

- Az első szint az állami alapellátás, amely kiegészíti a létfenntartás individuális biztosítását. Ez kiterjed az oktatási, egészségügyi, a jogi rendszerre és a közbiztonságra.
- A társadalombiztosítási ágazatok szintje: rokkantság, időskor, munkanélküliség. A társadalombiztosítás államszövetségi hatáskörben működik.
- Rászorultsági vizsgálatától függő szociális szolgáltatások: a kilátásba helyezett alapellátás biztosítása, az elégtelen vagy kimerült társadalombiztosítási szolgáltatások kiegészítése. Ezek is a kockázatokhoz (időskor, munkanélküliség) igazodnak, elbírálásuk azonban nem a biztosítási elv, hanem az érintettek pénzügyi szükséglete szerint történik. A kantonokban különböző mértékben áll rendelkezésre.
- A védőháló utolsó láncszemét a szociális segélyek alkotják. Ezt a lakóhely szerinti kantonok és önkormányzatok biztosítják.

A szociális biztonság állami intézményei mellett számos privát, nem nyereségorientált szervezet is működik, amelyek támogató szolgáltatásokat nyújtanak. Az állami és privát intézmények közösen támogatják a szociálisan veszélyeztetett csoportok társadalmi és gazdasági integrációját.

5. 2. A szociális biztonság pénzügyi helyzete:

A szociális biztonsági rendszerek pénzügyi helyzetének főbb ismérveit „*a szociális biztonság összesített mérlege*” (*Gesamtrechnung der Sozialen Sicherheit – GRSS*) összegzi.

2012-ben az összkiadások összege 162,9 milliárd CHF volt. Ennek kilenctizedét (147,4 milliárd CHF) a lakosság kockázataival és szükségleteivel összefüggésben nyújtott szociális szolgáltatásokra fordították. A fennmaradó egytized (15,5 milliárd CHF) igazgatási költségekre és egyéb kiadásokra szolgált.

Az összbevételek (188,9 milliárd CHF) 2012-ben meghaladták a kiadásokat.

5. 2. 1. A szociális biztonság pénzügyeinek alakulása:

1970 és 2012 között a kiadások reálértéken 32,2 milliárd CHF-ről 162,9 milliárd CHF-re növekedtek, tehát megötszörözödtek. A növekedés csak részben tulajdonítható a lakosság növekedésének, az egy főre eső kiadások növekedése csak négyszeres volt: az egy lakosra jutó kiadások összege 1970-ben 5.200 CHF, 2012-ben 20.300 CHF volt.

Az összkiadások növekedésének GDP-hez viszonyított aránya mindössze 2,4-szeres volt: 1970-ben a GDP 11,4%-a, 2012-ben 27,5%-a.

Az összbevételek GDP-hez viszonyított aránya ebben az időszakban megkétszereződött: 1970-ben 15,5%, 2012-ben 31,9% volt.

5. 2. 2. A szociális biztonsági rendszer bevételeinek struktúrája:

A finanszírozás legfontosabb forrásai: a társadalombiztosítási járulékok, állami hozzájárulások és vagyoni bevételek.

2012-ben az összbevételek kétharmada (188,9 milliárd CHF-ből 123,1 milliárd CHF) a munkaadók és a társadalombiztosítási védelemben részesülő személyek (munkavállalók, önálló vállalkozók, nyugdíjasok) járulékaiból származott. A társadalombiztosítási védelemben részesülő személyek járulékaik 1990 és 2012 között 3,7%-kal növekedtek, ami elsősorban a betegbiztosítás nettó díjainak növekedésével függ össze.

Az állami hozzájárulások az összbevételek 24,4%-át tették ki. Az államszövetség három szintje (szövetség, kantonok, önkormányzatok) által finanszírozott arány 5 százalékponttal növekedett és 2012-ben 46,1 milliárd CHF-et tett ki. E bevételek 55%-a (25,5 milliárd CHF) a kantonok és az önkormányzatok direkt adóbevételeiből, 45%-a a szövetség direkt és indirekt adóbevételeiből származott.

A vagyoni bevételek 9,8%-kal járultak hozzá a szociális biztonsági rendszerek finanszírozásához. Ezek zöme a foglalkoztatói időskori gondoskodásból származik. 1990 és 2012 között a vagyoni bevételek aránya 5 százalékponttal csökkent.

5. 2. 3. A szociális biztonsági rendszer kiadásainak struktúrája:

Az összesített mérleg metodikája szerint a szociális biztonság szolgáltatásai kilenc ún. „funkcióra” tagolódnak: betegség/egészségügyi ellátás, rokkantság, időskor, hátramaradt hozzátartozók, család/gyermek, munkanélküliség, szociális kirekesztés.

[Lásd még: *Jelentés a szociális ügyek helyzetéről Svájcban 2011-ben. A legfontosabb statisztikai adatok aktualizálása – Statistischer Sozialbericht Schweiz 2011, 2013. 47. sz.*]

ELŐJEGYZÉSI LISTA:

2015. 17. sz. (2015. aug. 3.)

Regionális különbségek az egészségügyi ellátás területén:

- Két tanulmány a regionális különbségekről az egészségügyi ellátás területén (*Wissenschaftliches Institut der AOK – WIdO*)
- Az ambuláns ellátás kórházak általi átvétele az alulellátott területeken (*Zentralinstitut der kassenärztlichen Versorgung*)
- A demenciás betegek gyógyszeres kezelése a regionális különbségek különös figyelembevételével (2009-2011) (*Zentralinstitut der kassenärztlichen Versorgung*)
- Az orvosi állások atlasza – *Ärzteatlas 2015* (*WIdO*)

Ápolás:

- Két nemzetközi hospitációs program értékelése: „ápolás és egészség”, „demencia” (*Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (iso) e.V.*)
- Jelentés az ápolás helyzetéről 2015-ben (*Pflege-Report 2015*) (*WIdO*)
- Nemzetközi munkaerő-toborzás a német ápolási ágazatban (*Bertelsmann Stiftung*)

VÁRÓLISTA:

Soziale Sicherheit, CHSS, 2015. 2. sz.:

- A svájci időskori gondoskodás reformja (*Altersvorsorge 2020*) helyzetének áttekintése
- A magas egészségügyi költségek okai a szociális segélyek területén
- Az off-label gyógyszeralkalmazás értékelése a kötelező betégbiztosítás területén
- A kórházak klasszifikációja: az intézmények összehasonlításának új algoritmus

Egyéb vegyes:

- Jelentés a kórházak helyzetéről Németországban – *Krankenhaus Rating Report 2015 (RWI)*
- A privát kórházak helyzete Németországban 2015-ben (RWI)
- Jelentés a németek egészségmagatartásáról
- Szociális státusz és egészségi állapot (*Robert-Koch-Institut*)
- Alapbiztosítás és időskori szegénység (*Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung*)
- Jelentés az antibiotikumok alkalmazásáról 2014-ben (*DAK-Forschung*)
- Az időskori biztosítás indikátorai Svájcban 2012-ben

Rövidhírek (aleatorikusan):

Praxishírek (*Arzt & Wirtschaft*)

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

Népegészségügyi rövidhírek (*Robert-Koch-Institut*)