

Egészséggazdasági, egészségpolitikai és szociálpolitikai nemzetközi sajtószemle

2016. 15. sz.

Egészséggazdaság, piac, verseny:

- A verseny szerepe az egészségügyben. Németország, Hollandia és Svájc tapasztalatai (4. rész): Svájc – versenyfeltételek és versenyterületek

Svájc:

- Az egészségügyi személyzet felmérése és a munkaerőszűkösség indikátorainak kiszámítása
- Az alapellátást nyújtó orvosok helyzete Svájcban és nemzetközi összehasonlításban – *International Health Policy Survey 2015*. A *Commonwealth Fund* felmérése
- A svájci egészségügy statisztikai zsebkönyve 2015
- Az egészségügy költségei és finanszírozása 2014-ben: előzetes adatok
- A betegbiztosítási díjak indexe 2015-ben
- Szállodai egészségturizmus Svájcban

Personalia:

- Vlad Voiculescu új román egészségügyi miniszter életrajzi elemei
- Manne Lucha Baden-Württemberg tartományi szociális és integrációs miniszter hivatalos életrajza

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

***Timo Blenk et al: A verseny szerepe az egészségügyben:
Németország, Hollandia és Svájc tapasztalatai (4. rész):
Svájc – versenyfeltételek és versenyterületek***

Friedrich-Ebert-Stiftung
WISO Diskurs, 01/2016 (36 p.)

Kulcsszavak: egészséggazdaság, piac, verseny, Svájc

Forrás Internet-helye: <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/12172.pdf>

5. 2. Versenyfeltételek

A versenyfeltételek tekintetében Svájcban számos körülmény elégséges mértékben teljesül. A szolgáltatók és biztosítók piacra lépése alapján véve lehetséges. A kantonok azonban a túlellátás megakadályozása érdekében engedélyezési moratóriummal szabályozhatják a szolgáltatók számát. A kórházaknak, ahhoz, hogy jogosultakká váljanak szolgáltatásaik biztosítókkal való elszámolására, szerepelniük kell a kórházak listáján. Ha valamely szolgáltató vagy biztosító nem képes helytállni a versenyben, csődhelyzetre kerülhet sor, ami a gyakorlatban is előfordul. A versenyszemlélet ebben a tekintetben Svájcban kihangsúlyozottabb.

Jóllehet Svájcban a biztosítottak elvben jogosultak a szabad pénztárválasztásra, az alapellátás területén számos biztosító megpróbálkozik a meg nem engedett kockázatszelekció alkalmazásával. Ehhez a nem elégséges mértékben differenciált kockázatkiegyenlítés is ösztönzést nyújt. A kockázatkiegyenlítés azonban folyamatos kiigazítási és reformfolyamatban van. Ezen a területen a reformok iránt készségesebb Szövetségi Egészségügyi Hivatal átvette az illetékességet a parlamenttől. A szerződéskötés szabadságának elve az alapellátás területén csak korlátozottan érvényesül. Alapvetően minden betegpénztárnak minden engedélyezett szolgáltatóval szerződnie kell. A *Managed Care* modellek körében azonban fennáll a szelektív szerződések és speciálisan kialakított tarifák lehetősége az orvosok és a kórházak egy részével. A svájci egészségügyben a kartelljog, különösképpen a versenyjog alkalmazására nem kerül sor.

Összességében a versenyfeltételek az egészségügy területén pregnánsabban megjelennek mint Hollandiában vagy Németországban. Svájc számára a legnagyobb kihívás a strukturális kockázatkiegyenlítés erőteljesebb differenciálásában és az ehhez szükséges empirikus adatállomány optimalizálásában áll.

5. 3. Kezelési piac

Svájcban a biztosítottakért folytatott versenyre elsősorban az ambuláns ellátás területén kerül sor jelentősebb mértékben. A betegek ügyfélként való megtartásával összefüggésben jelentősen javult a svájci orvosi praxisok szolgáltatásainak minősége. Rugalmasabbá vált az orvosi praxisok rendelési rendje (beleértve az éjjel-nappali készenlétet), szélesebb körben áll rendelkezésre

a telefonon való rendelés és a telemedicina lehetősége. A szakorvosi vizsgálatokra való várakozási idő is csökkent.

A kórházak közötti verseny ezzel szemben korlátozottabb. A betegek rendszerint a helyi kórházhoz fordulnak és elfogadják az ottani feltételeket. 2012. óta Svájcban az általános alapellátás területén a kantonhatároktól függetlenül fennáll a szabad kórházválasztás lehetősége. Ez korábban kiegészítő biztosítási termék volt. Ezt a lehetőséget azonban kevesen veszik igénybe.

2012-ben Svájcban is bevezették az esetátalányok szerinti kórházi elszámolást. A szolgáltatói oldalon megfigyelhető, hogy a betegekért folytatott verseny kínálatbővüléshez és minőségnövekedéshez vezetett. A szakorvosok egyre inkább közösségi praxisokban tömörülnek, hogy szélesebb szolgáltatási kínálatot nyújthassanak. Fokozódik az orvosok specializálódása is.

A kezelési piacon elsősorban a transzparencia tekintetében áll fenn reformszükséglet. A betegek a kórházi ellátás területén nem rendelkeznek elégséges támponttal a döntéshozatalhoz.

5. 4. Szolgáltatási piac

A verseny ezen a területen szinte kizárólagosan a *Managed Care* modellekre korlátozódik. Ebben a speciális szegmensben azonban igen dinamikus jelentkezik és ösztönzi az egészséggazdasági innovációt. A *Managed Care* piac néhány év leforgása alatt számos változáson ment keresztül és számos új biztosítási termék bevezetését eredményezte. Ilyenek a telemedicina modellek, az átküldött képek alapján való diagnózis, az individuális egészségparaméterek elektronikus felügyelete.

A verseny jelenléte a svájci egészségügyben a biztosítók és orvosszövetségek közötti konkurenciát is kiváltotta. Miközben a verseny bevezetését megelőzően az orvosi szolgáltatásokat az orvosok és a biztosítók ernyőszervezetei közötti kollektív szerződések szabályozták, ezt követően egymással versenyben álló szervezetek alakultak ki. 2013-ban három nagy biztosító, a *CSS*, a *Helsana* és a *Sanitas* kilépett a piacvezető *Santésuisse*-ből és létrehozta a *Curafutura*-t. Így különböző szövetségek versengnek a szolgáltatókkal való kollektív szerződések megvásárlásáért. Az orvosok részéről különböző szolgáltatók, szövetségek, orvoshálózatok tárgyalnak a biztosítókkal. Összességében megállapítható, hogy a versennyel megtört az orvosok és biztosítók közötti kartell.

A verseny további következménye a kiegészítő biztosítások piacának differenciálódása, mind szolgáltatói, mind biztosítói oldalon. A kórházi ellátások területén negatív következményekkel is számolnunk kell az esetátalányok bevezetésével és a svájci kórházak privatizációs folyamatával összefüggésben. A privát kórházak számára feltehetően ösztönzés keletkezik a nagyon vonzó betegek megnyerésére, akik nagyon gyorsan meggyógyulnak és hazamennek. A lassabban gyógyuló multimorbid betegeket e scenárium szerint már csak állami kórházakban fogják kezelni. A svájci egészségügyi rendszerben mielőbb ellensúlyozni kell a kétosztályú medicina veszélyét.

A svájci egészségügyben további reformszükséglet áll fenn a minőségbiztosítás tekintetében. Elsősorban a *Managed Care* területén számos modell kiváló

minőséget biztosít, ezek azonban a csupán csekély mértékben ellenőrizhető minőségügyi indikátorok miatt nem képesek elégséges mértékben érvényesülni az alacsonyabb minőséget nyújtó versenytársakkal szemben.

5. 5. Biztosítási piac

Mivel a svájci biztosítottak minden év végén válhatnak biztosítót, a biztosítási piacon erőteljes verseny megy végbe a betegpénztárak között. A múltban ennek következtében számos eredménytelen pénztárnak be kellett zárnia. A döntő jelentőségű versenyparaméter a havi biztosítási díj. A biztosítottak ebben a tekintetben észnél vannak és érdekeltek a megbiztosító iránti pénzügyi befizetéseik alacsony szinten tartásában. Biztosítási elemzők szerint egy biztosítónak a tíz legkedvezőbb biztosító közé kell tartoznia ahhoz, hogy tartósan ne veszítsen biztosítottakat. Következésképpen a biztosítók többsége fenntart egy kedvező bázistarifát, amely alacsony járulékokat és magasabb költséghozzájárulást tartalmaz. A betegpénztár kiválasztásához egyéb körülmények is hozzájárulnak: a betegpénztár szolgáltatásainak minősége, valamint az orvosi költségek gyors és komplikációmentes visszatérítése.

A betegpénztárak közötti verseny az általuk kínált *Managed Care* modellek tekintetében is végbemegy. Számos biztosított célzottan igényli a telemedicina szolgáltatásokat és az irányított ellátás egyéb formáit. Jelentőséggel rendelkeznek még az adott biztosító által az alapsomagon felül kínált kiegészítő csomagok. Mivel a biztosítók az általános alaptarifa keretében nem szerezhettek nyereséget, a verseny a kiegészítő biztosítások piacára összpontosul. Mivel a biztosítottak többsége az alaptarifa mellett ugyanazon biztosítónál köt kiegészítő biztosítást, a fennálló rendszer egy nehezen feloldható problémát hordoz. Jóllehet ez nem megengedett, egyes biztosítók megpróbálják ügyfeleik alaptarifánál szerzett adatait a kiegészítő biztosításoknál való kockázatszelekció céljára felhasználni. A kiegészítő biztosításoknál utólagos díjemelésre is lehetőség nyílik. Összességében megállapítható, hogy a verseny bevezetése a biztosítási piacon megerősítette a biztosítottak saját felelősségét és hozzájárult a termékkála differenciálódásához, pl. új tarifák, *Managed Care* modellek, kiegészítő szolgáltatások formájában. A verseny bevezetése a svájci biztosítási piacon eddig megoldatlan problémákat is szült. Egybehangzó szakértői vélemények szerint a kockázatkiegyenlítés hiányosságai egyes betegpénztáraknál kockázatszelekcióhoz vezetnek. E tendencia meghaladása csak a kockázatkiegyenlítés további differenciálásával válik lehetővé. Ezenkívül a biztosítási piacon egy koncentrációs folyamat megy végbe. Ha ez a folyamat a következő években is folytatódik, fennáll a biztosítási piac oligopolizálódásának veszélye, azaz csupán néhány nagy biztosítási vállalkozás marad talpon. A svájci egészségügy egyik további kihívása abban áll, hogy az egészséges biztosítottak kezdetben inkább kedvezőbb betegpénztárakkal szerződnek, amelyek alacsonyabb minőségű szolgáltatásokat nyújtanak, betegség esetén azonban átlépnek egy jobb minőséget nyújtó betegpénztárhoz. Ahhoz, hogy a szolidaritás elve ebben a tekintetben sem szenvedjen csorbát további reformokra lesz szükség.

Michael Lobsiger – Wolfram Kägi: Az egészségügyi személyzet felmérése és a munkaerőszűkösség indikátorainak kiszámítása

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)
Obsan Dossier 53, Neuchâtel, 3. Mai 2016 (72 p.)

Kulcsszavak: emberi erőforrás, egészségügyi személyzet, munkaerőhiány, Svájc

Forrás Internet-helye: <http://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/analyse-der-strukturhebung-und-berechnung-von-knappheitsindikatoren-zum>

3. 3. A munkaerő szűkösségének indikátorai

A tanulmány a munkaerő szűkösségének alábbi indikátorait veszi figyelembe

- az állások betöltöttségének mértéke;
- a bevándorlás rátája;
- a munkanélküliség rátája;
- a betöltetlen állások rátája

4. Összefoglalás és következtetések

A tanulmány a strukturális felmérés alapján információkat tárt fel a svájci egészségügyi személyzet állományára, struktúrájára, a pályaelhagyásra, a munkaerőhiányra vonatkozóan. Az elemzés a szűkebben értelmezett egészségügyi személyzetre, azaz az egészségügyi szektorban valamely egészségügyi foglalkozást gyakorló személyekre összpontosult.

Az elemzés az állandó svájci lakóhellyel rendelkezők mellett figyelembe vette a határmenti ingázó külföldi személyzetet is. Így a szűkebb értelemben vett egészségügyi személyzet létszáma kerekén 143.000. A határmenti ingázók száma foglalkozási csoportok szerint erőteljesen ingadozik. Miközben a nem orvosi végzettségű pszichoterapeuták aránya mindössze 0,7%, a szakképzett ápolóknál csaknem 10%-ot tesz ki.

A strukturális felmérés információkat szolgáltat a pályaelhagyásra és a munkaerőhiányra vonatkozóan is. Miközben a pályaelhagyásra vonatkozó információk viszonylag könnyen megragadhatók voltak, egyes szűkösségi indikátorok nem bizonyultak alkalmasnak az egészségügyi foglalkozások tekintetében. Ez elsősorban a státuszok betöltöttségének mértékére, a bevándorlási rátára és a betöltetlen állások rátájára érvényes. A bevándorlási ráta nem terjed ki a határmenti ingázókra, így ez az indikátor nem képezi le teljesen a külföldi munkaerőt. A betöltetlen állások rátája egyes foglalkozási csoportoknál, amelyeknél az önálló vállalkozóként működők aránya magas, ez strukturális okokból viszonylag alacsony értéket mutat. Mivel egyes foglalkozási csoportoknál magas az önálló vállalkozóként működők aránya, a betöltetlen állások aránya tendenciálisan a munkaerőhiány kevés jelét fogja tükrözni. Az alkalmazott szűkösségi indikátorokkal szembeni fenntartások ebbe az irányba hatnak: Az adott foglalkozási csoportoknál a szűkösségi indikátorok kiemelik a munkaerőhiány mértékét.

***Clémence Merçay: Az alapellátást nyújtó orvosok helyzete
Svájcban és nemzetközi összehasonlításban –
International Health Policy Survey 2015.
A Commonwealth Fund felmérése***

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)
Obsan Dossier 50, Neuchâtel, 8. Dezember 2015 (193 p.)
Obsan Bulletin, 3/2016, 29. Februar 2016 (4 p.)

Kulcsszavak: alapellátás, háziorvosok, Svájc, nemzetközi

Forrás Internet-helye (a tanulmány francia nyelven, német nyelvű összefoglalóval a Schweizerisches Gesundheitsobservatorium honlapján):

<http://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/medecins-de-premier-recours-situation-en-suisse-tendances-recentes-et-comparaison> ;

<http://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/aerztliche-grundversorgerinnen-und-grundversorger-berufliche-vor-und-nachteile>

Összefoglalás:

A 2015-ben készített felmérés az alapellátást nyújtó orvosok helyzetére irányult. Ezt a témát már a 2012-ben végzett felmérés során is megcélozták.

A kérdések öt fő témakörre tagolódtak: az alapellátást nyújtó orvosok, ill. orvosi praxisok sajátosságai, az egészségügyi rendszerhez való viszonyulás és az elégedettség, ill. elégedetlenség okai az orvosi praxistevékenységgel összefüggésben, az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés, a szolgáltatók közötti koordináció, valamint az e-health-instrumentumok alkalmazása.

A svájci szűrőpróbában 1.065 személy vett részt (2012-ben 1.025).

Eredmények:

Az alapellátást nyújtó orvosok utódlásának szabályozása

Svájcban az orvosok utódlásának helyzete különösen kritikus: A 2015-ben a szűrőpróbában résztvevő 60 éves és annál idősebb orvosok 30%-a és a 60 és 65 év közötti orvosok fele a nyugdíjkorhatár elérésével (65 év) ténylegesen nyugdíjba vonul. Az utánpótlás szabályozásának kérdése még akutabbá válik, mivel ezt a demográfiai folyamatot az alapellátást nyújtó orvosok tevékenységi profiljának átalakulása kíséri. 2012 és 2015 között a heti munkaórák csökkenése volt megfigyelhető (a heti 45 órát és annál többet dolgozó alapellátást nyújtó orvosok arányának 68,0%-ról 59,8%-ra csökkenése). A 60 éves és annál idősebb orvosoknak mindössze 20%-a rendelkezik utóddal.

Az ellátás szervezete tekintetében Svájc abban különbözik a többi országtól, hogy itt az alapellátást nyújtó orvosok többnyire egyéni praxisokban dolgoznak (a 2015-ben végzett felmérés szerint 53,9%). Ez az ismerv az idősebb orvosok körében egyértelműen domináns. A fiatalabbak körében 2012-höz viszonyítva gyors elmozdulás figyelhető meg a csoportpraxisok irányában. A csoportpraxisokban dolgozó orvosok viszonylag kis egységekben működnek (praxisonként kevesebb mint 5 teljes munkaidős állásnak megfelelő státusz).

Az orvosi praxisok kevésbé tűznek maguk elé teljesítménycélokot

Svédországtól és Hollandiától eltérően a praxisteljesítmény mérésére szolgáló betegelégedettségi kérdőíveket kevésbé alkalmazzák. Az Egyesült Királyságban az összes alapellátást nyújtó praxist bevonták a *National Health Service* teljesítménycélok szerinti térítési rendszerébe. Svájcban ugyan a fejkvóták rendszere ösztönzést tartalmazna a teljesítményfokozásra, az alapellátást nyújtó orvosok fenn tudják tartani az egyedi szolgáltatások szerinti térítési rendszert.

Az egészségügyi rendszer pozitív értékelése, növekvő aggodalmak a szolgáltatások volumene miatt

Az orvosok többsége (53,8%) úgy véli, hogy az egészségügyi rendszer csak kisebb mértékben szorul átalakításra. Ezzel együtt az alapellátást nyújtó orvosok többsége (65,3%) úgy ítéli meg, hogy az orvosi szolgáltatások minősége az elmúlt három év során nem változott.

2012-höz viszonyítva növekszik az aggodalom, hogy túl sok szolgáltatást nyújtanak a betegeknek (37,5%-ról 50,9%-ra). És fordítva, Svájc az az ország, ahol az orvosok közül a legkevesebben (2,0%) vélik úgy, hogy a betegek túl sok, vagy túl kevés szolgáltatásban részesülnek.

A saját jövedelemmel való elégedettség, de elégedetlenség a jövedelemnek a szakorvosi jövedelmekkel való összehasonlításban

Az orvosi tevékenység gyakorlásával 86,3% elégedett vagy nagyon elégedett. Tovább elégedettségi tényezők: a képzés és továbbképzés minősége (93,0%), a betegekkel való foglalkozásra rendelkezésre álló idő (67,1%).

A jövedelemmel való elégedettség 2012 és 2015 között jelentősen növekedett (az elégedettek és nagyon elégedettek aránya 56,8%-ról 71,5%-ra növekedett). Ezzel szemben elégedetlenség uralkodik, ha a jövedelemnek a szakorvosok jövedelmével való összehasonlításra kerül sor (80,4% valamennyire vagy nagyon elégedetlen).

Az adminisztratív megterhelés ugyancsak elégedetlenségre ad okot. Az alapellátást nyújtó orvosok 50,3%-a szerint a betegbiztosítókkal és az elszámolásokkal összefüggő adminisztrációra fordított idő komoly problémát jelent számukra.

A svájci alapellátást nyújtó orvosok betegei többnyire ki tudják fizetni a rájuk eső költségeket és alig kell várakozási időket elviselniük

A svájci orvosok 60,3%-a találkozott olyan betegekkel, akik nem tudják kifizetni a rájuk eső egészségügyi költségeket. Ám Hollandiával vagy az Egyesült Államokkal összehasonlítva, ahol a betegek 90%-ának vannak pénzügyi problémái, a svájci eredmény alacsonynak számít. A nemzetközi különbségek az egészségügyi rendszer finanszírozásától és az önrészek mértékétől is függenek. Svájcban ez utóbbi a választott franchise mértékétől függ. Más országokkal való összehasonlításban a svájci betegeknek kevésbé kell számolniuk várakozási időkkel, elsősorban a diagnosztikai teszteredmények kiadása, valamint a diagnózis megállapítása és a kezelés közötti idő tekintetében.

Az alapellátást nyújtó orvosok és más egészségügyi szolgáltatók közötti kommunikáció

Nemzetközi összehasonlításban a svájci alapellátást nyújtó orvosok rendelkeznek a legjobb eredményekkel az általuk szakorvoshoz küldött betegekre vonatkozó információk visszacsatolása tekintetében.

A kórházakkal való információcsere ugyancsak gyakori (81,5% mindig vagy gyakran kap információt, ha betegét sürgősségi helyzetben kezelni kell). Ezzel szemben mindössze 39,9% kapja meg 48 órán belül a szükséges információkat.

Az elektronikusan rögzített betegtörténetek elterjedtsége

Az elektronikusan rögzített betegtörténetek tekintetében Svájc az utolsó helyen áll (2012-ben: 41,1%; 2015-ben 54,2%). Ez a fiatalabb (a 45 év alattiaknál 81,9%) orvosoknál és a csoportpraxisokban működő orvosoknál (69,8%) elterjedtebb. [N. B. Ez nem azonos az elektronikus betegdokumentummal.]

Az e-health-instrumentumok elterjedtsége

Az alapellátást nyújtó orvosok 66,5%-a használ olyan technológiát, amely lehetővé teszi számára a laboreredmények elektronikus lekérdezését. Ezzel szemben mindössze 24,4%-uk képes az elektronikus gyógyszerfelírás gyógyszeres tájékoztatójára.

[N. B. „alapellátást nyújtó orvosok” az eredeti szövegben: fr. *médecines de premier recours*; n. *ärztliche Grundversorgerinnen und Grundversorger*]

[Lásd még: *Commonwealth Fund: International Health Policy Survey 2010, 2011. 18. sz.*; *A svájci egészségügy nemzetközi összehasonlításban. International Health Policy Survey 2011, 2012. 9. sz.*; *Az alapellátás helyzete Svájcban és nemzetközi összehasonlításban. International Health Policy Survey 2012. A Commonwealth Fund felmérése, 2012. 47. sz.*; *A Svájci Egészségügyi Observatórium két kiadványa a Commonwealth Fund 2014. évi felmérésének eredményeiről, 2015. 10. sz.*]

*A svájci egészségügy statisztikai zsebkönyve 2015 –
Gesundheit – Taschenstatistik 2015
Bundesamt für Statistik
14 Gesundheit, Neuchâtel 2015, 44 p.*

Kulcsszavak: egészségügyi statisztika, Svájc

Forrás Internet-helye:

[http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.html?publicatio
nID=%206866](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.html?publicatio
nID=%206866)

3. A lakosság egészségi állapota

3. 1. A lakosság általános egészségi állapota és a halálozás

A születéskor várható életkor 1990. óta férfiaknál 7, nőknél 4,4 évvel növekedett. Ez világszerte a legmagasabbak közé tartozik. A férfiak és nők jó egészségi állapotban való várható életkora nagyjából egyforma, 68 év.

A férfiak 84%-a, a nők 81%-a jónak vagy nagyon jónak ítéli meg saját egészségi állapotát. A súlyos egészségproblémákkal küszködő személyek aránya a legfiatalabbaktól a legidősebbek korcsoportjáig háromszorosára növekedett.

A leggyakoribb panaszok a hát- és keresztcsonttáji fájdalmak. Öt személy közül kettő ebben szenved.

Halálokok: Az első két életévben a leggyakoribb halálokok a veleszületett betegségek. A 16 és 34 év közöttiek korcsoportjában a balesetek és öngyilkosságok állnak az élen. 40 év fölött a leggyakoribb halálokok a rákos megbetegedések. Ezeket nagyjából a 80-ik életévtől kezdődően a szív- és érrendszeri megbetegedések váltják fel.

Az idő előtti halálozás leggyakoribb okai a rákos megbetegedések (70 év előtt): Férfiaknál az elveszített potenciális életévek 29%-a, nőknél 45%-a ezeknek tulajdonítható. Az idő előtti halálozás második leggyakoribb okai a balesetek és erőszakos hatások. A standardizált halálozási ráta 1970. óta több mint felére csökkent. Szív- és érrendszeri megbetegedéseknél 69%-kal, rákos megbetegedéseknél jó egyharmaddal csökkent.

3. 2. Szív- és érrendszeri megbetegedések és diabétesz

A szív- és érrendszeri megbetegedések a hospitalizáció harmadik leggyakoribb okát és a leggyakoribb halálokot képezik. A kórházi beutalások száma 2002. óta 16%-kal növekedett. Az emiatti halálokok száma viszont ugyanezen időszakban 9%-kal csökkent. 2013-ban 13.864 személy (kétharmada férfi) szenvedett akut miokardiális infarktust, 2009-ben ennek következtében 2.209 személy elhalálozott. 14.202 személy (több mint fele férfi) hirtelen szívhalál áldozata volt; közülük; 2.936 személy elhalálozott.

3. 6. *Lelki egészség*

A lakosság 18%-a közepes (13,4%) vagy magas (4,6%) pszichés megterhelés mellett él. A leggyakoribb pszichés megbetegedés a depresszió. 2012-ben a férfiak 6%-a, a nők 7%-a szenvedett közepes vagy súlyos depresszióban. (major depressio).

2013-ban 1.070 személy (73%-a férfi) követett el öngyilkosságot, az asszisztált öngyilkosság esetei nem számítanak ide. Az öngyilkosságok életkor szerint standardizált halálozási rátája 1995. óta kétötöddel csökkent. Az életkor előrehaladtával az öngyilkossági ráta a férfiak körében erőteljesen növekedik. Ha az öngyilkosnál kísérőbetegség is felmerül, akkor ez tíz eset közül hatnál a depresszió.

4. *Egészségügy*

4. 1. *Kórházak*

2014-ben 289 kórház nyújtott szolgáltatásokat 560 telephelyen. 2002. óta az általános kórházak száma egyharmadával, a speciális kórházaké alig (-5%) csökkent. Ugyanezen időszakban az ágyszám a speciális kórházaknál 22%-kal, az általános kórházaknál 6%-kal csökkent.

2014-ben a kórházakban 152.433 teljes munkaidős állásnak megfelelő személyzetet foglalkoztattak. Ez 27%-kal több mint 2002-ben volt. Tíz teljes munkaidős foglalkoztatott közül nyolc általános kórházakban működik. A teljes munkaidős foglalkoztatottak 71%-a nő; az orvosok körében továbbra is kisebbségben vannak (47%). A teljes munkaidős státuszok 43%-a az ápolószemélyzetre és a szociális szolgálatokra, 14%-a az orvosokra jut.

2014-ben az átlagos ápolási idő az aktív ápolás területén 5,9 nap, a pszichiátria területén 34,8 nap volt. Az átlagos kórházi tartózkodási idő 2002. óta folyamatosan csökkent.

Az átlagos egynapos kórházi költségek ugyanazon időszakban folyamatosan növekedtek. Az aktív ápolás területén a növekedés 71% volt. 2014-ben egy kórházban töltött nap átlagosan 2.105 CHF-be került.

2014-ben a hospitalizációk száma férfiaknál 637.724, nőknél 739.222 volt. A férfiak és a nők kórházi tartózkodása, leszámítva a terhesség, szülés, vagy gyermekágyasság miatti kórházi tartózkodást, nagyjából azonos gyakoriságú volt. A 74-ig életévig rendszerint több férfi kerül kórházba, utána az arány megfordul.

4. 2. *Ápolási otthonok*

2014-ben az 1.547 ápolási otthonban 89.104 teljes munkaidős állásnak megfelelő személyt foglalkoztattak. A teljes munkaidős státuszoknak megfelelő személyzet 67%-át az ápolást végző és a mindennapi életben segítséget nyújtó személyzet

tette ki. Tízből nyolc teljes munkaidős állásnak megfelelő státuszt nők töltenek be. 2014-ben az ápolási otthonokban élő 80 évesek és annál idősebbek háromnegyede nő volt, akik az ápolási otthonokban élők 75%-át tették ki.

Az ápolási otthonokban élő személyek 47%-a kevesebb mint egy évig, 14%-a öt vagy annál hosszabb ideig tartózkodik ott. Az átlagos tartózkodási idő két és fél év (925 nap). Egy ápolási otthonban töltött nap átlagosan 287 CHF-be kerül.

4. 3. Otthoni ápolás (Spitex)

2014-ben a Spitex-ben foglalkoztatottak 84%-át (teljes munkaidős státuszok) non-profit szervezet alkalmazta. Számuk 2002. óta 82%-kal növekedett.

A Spitex szolgáltatásait igénybe vevők fele (49%) 80 éves vagy annál idősebb személy. Magasabb várható életkoruknál fogva az idősebb korcsoportban a nők vannak többségben. Ezenkívül a párkapcsolatban élő nők gyakrabban látják el partnerük ápolását, mint a férfiak.

5. Költségek és finanszírozás

Egészségügyi költségek (millió CHF)	69 227
ebből kórházi kezelésekre	31 312
ambuláns kezelés	23 695
egészségügyi termékek	7 316
GDP-hez viszonyított egészségügyi költségek	10,9%

A fekvőbeteg ellátásra, amely az idősotthonokra és ápolási otthonokra is kiterjed, az egészségügyi költségek 45%-a jut. Az ambuláns ellátás, beleértve a kórházi ambuláns ellátást, az egészségügyi költségek egyharmadát teszi ki.

Az egészségügyi kiadások GDP-hez viszonyított aránya 1995. óta 2,1 százalékponttal növekedett, 2013-ban 10,9% volt.

Az egészségügyi kiadások finanszírozása finanszírozási források szerint

2013-ban a háztartások az egészségügyi kiadások 61%-át finanszírozták. Csak a háztartások által a befizetett kötelező betegbiztosítási díjak az egészségügyi kiadások 31%-át fedezték. Az állam az egészségügyi költségek 33%-át finanszírozta. Az állami finanszírozás keretében 10 CHF-ből 6 CHF-et a kantonok és az önkormányzatok kórházak, ápolási otthonok és Spitex részére nyújtott támogatása tett ki.

[Lásd még: *A svájci egészségügy zsebkönyve, 2011. 17. sz.; 2014. 15. sz.*]

Az egészségügy költségei és finanszírozása 2014-ben: előzetes adatok

Bundesamt für Statistik (BFS)

Medienmitteilung, Neuchâtel, 21. 04. 2016

14 Gesundheit, Nr. 0350-1604-20

Kulcsszavak: egészségügyi költségek, Svájc

Forrás Internet-helye:

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/medienmitteilungen.html?pressID=10827>

Az egészségügyi költségek 2014-ben összesen 71,2 milliárd CHF-et tettek ki. Ez 2,8%-kal több mint az előző évben, így nem érik el az utóbbi öt év trendjét (+3,3%). Az egészségügyi kiadások a GDP 11,1%-ára növekedtek.

A kórházaknál és otthonoknál a növekedés átlagon aluli

A növekedés mértéke a kórházaknál (+2,2%) és az otthonoknál (+2,3%) nem érte el az előző öt év átlagát (+3,6%, ill. +3,4%). Az ambuláns ellátás költségei az előző évek trendjéhez viszonyítva 4,7%-kal növekedtek (trend: 4,4%).

A kiskereskedelemben (-0,6%, trend: -0,6%) ezzel szemben a kiadások enyhén csökkentek, ami elsősorban a gyógyszerári forgalom csökkenésének (-2,3%, trend: 0,2%) tulajdonítható. A növekedési ráta a többi szolgáltatónál messzemenően megfelel az ötéves trendnek.

Az 1,9 milliárd CHF összegű többletkiadásból 77,4% (1,5 milliárd CHF) az orvosok költségnövekedésére (+0,7 Mrd.), kórházakra (+0,6 Mrd.) és otthonokra (+0,3 Mrd.) jut, amelyek együttesen az egészségügyi költségek 72,2%-át teszik ki.

A finanszírozás elsősorban az alapbiztosítás, a háztartások és az állam forrásaiból történik

Az összesen 71,2 milliárd CHF összegű egészségügyi kiadások négyötödét az előző évekhez hasonlóan a betegbiztosításról szóló törvény szerinti alapbiztosítás (36,6%), a privát háztartások (24,3%) és az állam (20,1%) forrásaiból biztosították. Az arányok 2010. óta alig változtak.

Havonta 724 CHF egészségügyi kiadásokra

Svájcban az egy lakosra eső egészségügyi költségek havonta 724 CHF-et tesznek ki, 11 CHF-fel többet, mint az előző évben. Ebből fejenként 265 CHF-et (+3) a kötelező betegbiztosítás szolgáltatásaiból 46 CHF-et (+/-0) olyan biztosításokból, mint a hátramaradt hozzátartozók nyugdíjbiztosítása, a rokkantbiztosítás és a balesetbiztosítás, 32 CHF-et (+/-0) a szociális biztonság egyéb költségviselői és a rászorultsági vizsgálat szerinti szociális szolgáltatásokból, 52 CHF-et (+/-0) kiegészítő biztosításokból fedeztek. Az állam 146 CHF-fel (+2) járult hozzá, a privát alapítványok 8 CHF-et (+1) finanszíroztak. Így a háztartásoknak még 176 CHF-et (+6%) maguknak kellett hozzátenniük a biztosítási díjakhoz, elsősorban az ápolási otthonok, fogászati kezelések, ambuláns és kórházi kezelések költségeihez.

[Lásd még: Az egészségügy költségei és finanszírozása Svájcban 2013-ban. Végleges adatok, 2015. 23. sz.; Az egészségügy költségei és azok finanszírozása Svájcban 2012-ben. Előzetes adatok, 2014. 25. sz.; A svájci egészségügy 2012. évi statisztikája – Gesundheitsstatistik 2012, 2013. 5. sz.; Egészségügyi költségek Svájcban 2011-ben, 2013. 21. sz.]

A betegbiztosítási díjak indexe 2015-ben

Bundesamt für Statistik (BFS)

Medienmitteilung, 19. 11. 2015

5. Preise, Nr. 0350-1510-80

Kulcsszavak: biztosítási díjak, Svájc

Forrás Internet-helye:

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/medienmitteilungen.html?pressID=10515>

A díjnövekedés 2014-2015-ben 0,2 százalékponttal csökkentette a rendelkezésre álló jövedelmeket.

A betegbiztosítási díjak indexe 2015-ben az előző évhez viszonyítva 2,5%-kal növekedett. Az index így 173,3 pontot ért el (bázis: 1999=100). A betegbiztosítási díjak indexéből kiszámítható a lakosság rendelkezésre álló jövedelmek alakulására gyakorolt hatás. A Szövetségi Statisztikai Hivatal modellszámításai szerint 2015-ben a díjnövekedés 0,2 százalékponttal befolyásolta a rendelkezésre álló átlagjövedelmet.

A betegbiztosítási díjak indexe mind a kötelező betegbiztosítás alapidjaira, mind a kiegészítő betegbiztosításra kiterjed. Az **alapbiztosítás díjai** 2015-ben 3,9%-kal növekedtek és az indexen 194,6 pontot értek el (bázis: 1999=100).

A **kiegészítő betegbiztosítás díjai** 2015-ben az előző évhez viszonyítva 1,6%-kal csökkentek. Az általános kórházi kiegészítő betegbiztosítás díjai 6,2%-kal csökkentek, a félprivát és a privat kórházi kiegészítő biztosítás díjai nem változtak. A kiegészítő biztosítás területén az index 127,8 pontot mutat (bázis: 1999=100).

A díjak alakulásának jövedelmekre gyakorolt hatása

A Szövetségi Statisztikai Hivatal becslése szerint a betegbiztosítási díjak növekedése 2014-ben és 2015-ben 1,2 százalékponttal befolyásolta a rendelkezésre álló átlagjövedelmet. Amennyiben ebben az időszakban a díjak nem növekedtek volna, ez a pénz a háztartási fogyasztások és megtakarítások céljait szolgálhatta volna.

Szállodai egészségturizmus Svájcban
Ärzte Zeitung online, 2016. április 6.

Kulcsszavak: egészségturizmus, wellness, Svájc

Forrás Internet-helye:

http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/igel/default.aspx?sid=908570&cm_mmc=Newsletter-Newsletter-C-20160406-IGeL ;
<https://www.seco.admin.ch/seco/de/home/Standortfoerderung/Tourismuspolitik.html>

A svájci szállodaipar felfedezte magának az egészségturizmust. Mint a *Schweiz Tourismus* idegenforgalmi hivatal bejelentette, számos kórház vette célba a jómódban élő 50 év fölöttieket („*Best Agers*”), akiknek a klasszikus wellness és a terápiás alkalmazások kombinációját kínálják.

A *Hotelleriesuisse* vállalkozói szövetség átadta az első "*Medical Wellness Hotel*" tanúsítványokat.

A szállodaipar célközönségét az egészséges emberek, tehát nem a betegek alkotják, szolgáltatásaik a prevenciót szolgálják. Ezzel világos határt óhajtanak vonni a szanatóriumok és klinikák működési filozófiájával szemben.

Néhány kitüntetett kórháznál, a *Medical Wellness*-t kiegészítendő, orvosok is a vendégek rendelkezésére állnak.

A *Medical Wellness* kínálatának jellemző elemei: egy tengeri sóval dúsított harmonizáló appenzelli gyógynövényfürdő, egy meleg gyertyaviaszos masszázs kókuszolajjal, valamint *Shiatsu*, vagy egy lazító tréning.

Más szállodák alpesi wellness-elemeket alkalmaznak, pl. a vendég egy optimálisan temperált függőágyban megélheti a súlytalanság állapotát.

Új wellness-élmény a trüffel-kezelés, amely ápolja a bőrt és jó közérzetet nyújt.

A "*Best Agers*" célcsoportnak kínálják az ún. haki-kezeléseket, amely elsősorban az intenzív mentális tevékenységet végzőkre irányul. Ez egy új, holisztikus eljárás, amely rezgések, ritmus és masszázs technikák kombinációjából áll és segíti a feszültségek, a pszichés és mentális stressz leépítését.

A svájci turizmus növekedési stratégiájának elfogadására 2010-ben került sor, amely kiemelt jelentőséget tulajdonít az egészség- és wellness-turizmusnak és a „*Best Agers*” célcsoportban rejlő potenciáloknak.

Vlad Voiculescu új román egészségügyi miniszter életrajzi elemei

Forrás Internet-helye:

<http://www.romanalibera.ro/societate/sanatate/cine-este-viitorul-ministru-al-sanatatii--vlad-voiculescu-416551> ; <http://hargitanepe.eu/uj-miniszter/>



Átvette megbízólevelét és letette az esküt Vlad Voiculescu új román egészségügyi miniszter.

33 éves

Korábban a pénzügyminiszter kabinetfőnöke volt.

Bécsben érettségizett és ott végezte közgazdaságtudományi tanulmányait (*Vienna University of Economics and Business Administration*).

A GlobalShapers @ World Economic Forum és az ASPEN Romania tagja.

Bécsben nemzetközi infrastrukturális projektek finanszírozásában vett részt. Az *Erste Group Bank AG* infrastrukturális finanszírozási igazgatóságának alelnöke, a *European Cancer Patient Coalition* alelnöke, a *European Society of Medical Oncology* betegjogi szervezet elnökségi tagja. A Romániába citosztatikumokat beszállító civil szervezet kezdeményezője. A rákos beteg gyermekeket üdültető *MagiCOMP* tábor alapítója.

Nagy zenebolond, jazzkedvelő. Szívesen hallgatja továbbá Rod Stewart, a Led Zeppelin, a The Doors, BB King, Avishai Cohen és Chopin zenéjét. Simona Halep teniszbajnok rajongója.

[N. B. A román Egészségügyi Minisztérium honlapján még nem áll rendelkezésre hivatalos életrajz.]

*Manne Lucha Baden-Württemberg tartományi
szociális és integrációs miniszter hivatalos életrajza*

Forrás Internet-helye:

<http://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/ministerium/minister-manne-lucha/>



Manfred „Manne“ Lucha 1961. március 13-án született Hart/Alz-ban.

- 1971-1976: Gymnasium Altötting
- 1976-1977: Hauptschule Garching
- 1977-1979: vegyipari tanulmányok az SKW Trostberg-nél
- 1981-ig vegyipari dolgozó
- 1981-1982: polgári szolgálatos (Evangelische Dekanats-Jugendstelle Traunstein / Jugendhaus Weingarten)
- 1983-1984: szakmai továbbképzés Lindau-ban
- 1985-1988: betegápolói képzés

- 1988-2011: ápoló, szakmai vezető (Pauline 13 e. V.-nál, Bodensee-járás szociálpszichiátriai szakszolgálatának fenntartója)
- 1992: szakközépiskolai érettségi
- 1993-1996: szociális munkás szak (Fachhochschule Ravensburg-Weingarten)
- 1996-1998: a szocioterápia bevezetését célzó szövetségi modellprojekt vezetője
- 2002-2003: szociális és egészségügyi mesterképzés (Fachhochschule Ravensburg-Weingarten)
- 2003: a szociális szolgáltatások személyes költségvetésének bevezetését célzó modellprojekt vezetője
- 2005-2006: a személyre szabott szociálpszichiátriai segítségnyújtás bevezetését célzó projekt vezetője
- 2005-2015: Bodensee járás települési önkormányzati pszichiátriai ellátási szövetségének szóvivője
- 2006-2016: a települési önkormányzati pszichiátriai ellátási szövetség szövetségi köztársasági alelnöke
- 2011. óta képviselő a Tartományi Gyűlésben
- 2016. május 12. óta tartományi szociális és integrációs miniszter

A Zöldpárt (Bündnis90/Die Grünen) tagja

Ravensburgban él. Házass, egy lánya és egy fia van.

Rendszeresen játszik mellékszerepeket a „Tetthely“ című tévésorozat konstanzi spin-off-jában.

*

Manne Lucha egészségpolitikai programja az orvosi ellátáshoz való egyenlő hozzáférésre, a vidéki ellátásra, az orvoshiány megszüntetésére összpontosít.

Forrás Internet-helye: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/67896>

ELŐJEGYZÉSI LISTA:

Komparatív tanulmányok:

- A verseny szerepe az egészségügyben: Németország, Hollandia, Svájc

Egészségügyi statisztikai évkönyvek:

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

Kábítószer:

- Jelentés a kábítószerügy helyzetéről Németországban 2015-ben – *Drogenbericht 2015*
- Az ENSZ kábítószerügyi jelentése
- A fiatalok kábítószer iránti affinitása 2015-ben (BZgA)

Kórházügy:

- A minőség, mint a döntéshozatal kritériuma a kórházügyi tervezés területén (DKI)
- Az állami finanszírozás feladatainak a járulékfizetőkre való áttevődése. Elemzés a privát betegbiztosítók szemszögéből
- Jelentés az orvostechnikai ágazat helyzetéről Németországban (BvMED, 2015.)

eHealth:

- Ellátás 2030-ban – *Versorgung 2030 – eHealth, mHealth, Telemedizin (GVG Köln)*
- A német e-Health-törvény tervezete
- eHealth Németországban. Digitalizálás és adatvédelem (FES)
- Fogyasztóvédelmi felmérés az egészségügyi adatvédelemről (TNS Emnid)
- A smartphone kórházi használata az Egyesült Királyságban
- Betegportálok mellékhatásokkal
- Hackertámadások a németországi kórházak ellen
- Tanulmány az online-gyógyszertárakról: az adatbiztonság kérdései (Sparmedo)
- Adat- és aktamegsemmisítés a kórházakban és az orvosi praxisokban
- Az egészségügyi applikációk lehetőségei és kockázatai (*CHARISMHA*)

Svájc:

- A gyógyító és prevenciós szolgáltatások költségeinek alakulása 2002 és 2012 között (*Soziale Sicherheit 2015. 6. sz.*)

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

Szociálpolitika:

- Datenreport 2016
- Jelentés a nyugdíjbiztosítás helyzetéről Németországban 2015-ben – *Rentenversicherungsbericht 2015 (BMAS)*
- Időskori biztosítás Németországban és Ausztriában (WSI Report)
- Az időskori nyugdíjazás helyzete 2000 és 2014 között (BIAJ)
- Nyugdíjperspektívák 2040 (prognos)
- Nyugdíjak és regionális tökefolyamatok (IAT)
- Csökkent keresőképesség miatti nyugdíjazás a betegápolók körében (*IAT Forschung aktuell*)
- Munkanélküliség és előrehozott nyugdíjazás az időskorúak körében Európában (*ZSR-Kompakt*)
- A csökkent keresőképesség miatti előrehozott nyugdíjazás biográfiai előzményei (*ZSR-Kompakt*)

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

Ritka betegségek:

- Ritka Betegségek Elleni Nemzeti Akcióterv (NAMSE) (Németország)
- A ritka betegségek helyzete Svájcban (*Soziale Sicherheit 2015. 4. sz.*)

Rehabilitáció:

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

Népegészségügy:

- A német kormány HIV-stratégiája 2030-ig
- Egészségi egyenlőtlenségek az időskorúak körében (*GBE Kompakt, RKI*)
- Időskorúak testi ereje (*RKI Faktenblatt*)

Rövidhírek (aleatorikusan):

Praxishírek (*Arzt & Wirtschaft*)

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

Népegészségügyi rövidhírek (*Robert-Koch-Institut*)