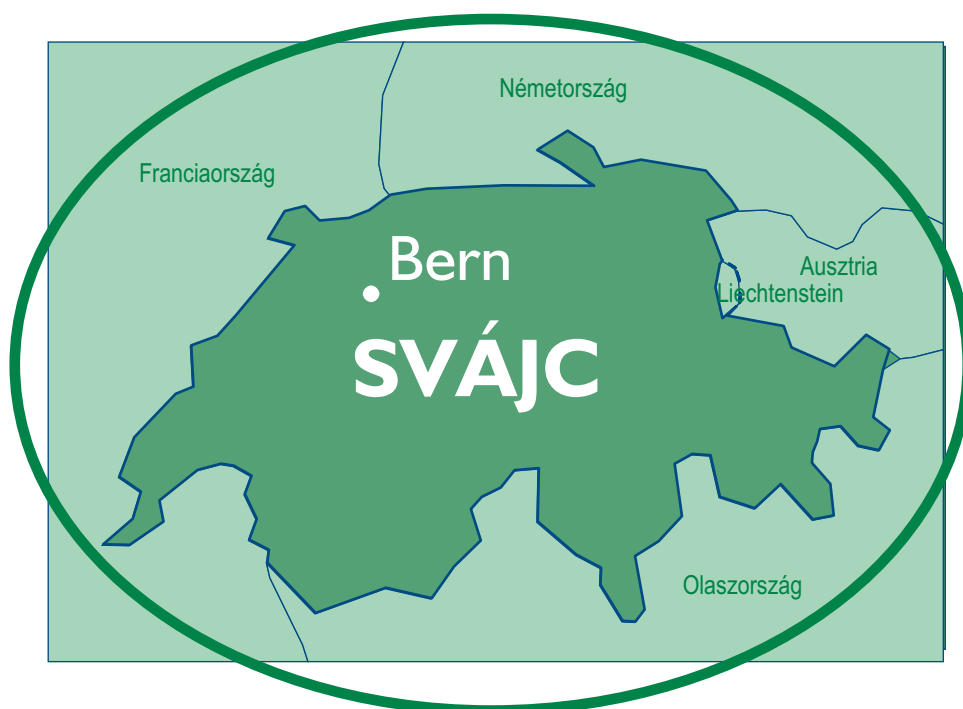


TÁJÉKOZTATÓ ORSZÁGTANULMÁNY SVÁJC EGÉSZSÉGÜGYÉRŐL



GYEMSZI

Gyógyszerészeti és Egészségügyi
Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet

Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság
Rendszerelemzési Főosztály

2013

Tartalom

Gazdasági-politikai háttér.....	2
Demográfia	2
Egészségügyi rendszer.....	3
Finanszírozás	4
Egészségügyi szolgáltatások.....	9
Egészségügyi dolgozók	10
Gyógyszerpiac.....	12
Reformok	13

Készítette:

GYEMSZI, Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság

Rendszerelemzési Főosztály

Gazdasági-politikai háttér

Svájc az OECD egyik leggazdagabb országa. Egy főre jutó GDP-je vásárlóerő paritáson 2012-ben 53,5 ezer USD¹. Svájc viszonylag gyorsan kilábalta a 2008-2009-re eszkalálódó globális pénzügyi és gazdasági világválságból, amely az országban mélységében sem volt olyan súlyos, mint számos EU tagországban. A GDP 2009-ben 1,9 százalékkal csökkent, 2010-ben 3 százalékkal, 2011-ben 1,9 százalékkal nőtt és 1 százalékos reálnövekedést mértek 2012-ben is. Nyitott gazdaságában a mikrotechnológia, biotechnológia, gyógyszeripar, bankszektor játszik jelentős szerepet. A munkanélküliség rátája 2012-ben 2,9 százalék, a fogyasztói árindex -0,7 százalék. A GDP százalékában mért államháztartási egyenleg (többlet) 2012-ben 0,3, az államadósság 2011-ben 35 százalék².

Svájc 26 kantonból álló szövetségi köztársaság. A politikai rendszert három szinten alakították ki: szövetségi, kantonális és helyi önkormányzati. A törvényhozó hatalom legfőbb szerve a kétkamarás svájci parlament, a Szövetségi Gyűlés. A Parlament két háza, a 46 tagú Svájci Államtanács (a kantonok képviselőit a kantonok közvetlenül választják) és a 200 tagú Svájci Nemzeti Tanács (képviselőit arányos képviseleti rendszerben választják). Négyévente vannak parlamenti választások, legutóbb 2012 októberében választottak képviselőket. A választások eredményeképpen a legerősebb parlamenti párt a Néppárt (SVP) 26,6 százalékos eredménnyel. Második helyen végzett a választáson a Szociáldemokrata Párt (SP) 18,7 százalékkal. A liberális szabaddemokrata párt (FDP) 15,1 százalékot, a Kereszténydemokrata Néppárt (CVP) 12,3 százalékot, a Zöldek 8,4 százalékot értek el. Az SVP-ből kivált Svájci Polgári Demokrata Párt (BDP) 5,4 százalékot ért el, a Zöld Liberálisok (GLP) pedig 5,4 százalékkal kerültek be a Parlament alsóházába. A fő végrehajtó testület a 7 tagú Szövetségi Tanács, amelyet a Szövetségi Gyűlés választ négy éves időtartamra. A svájci konföderáció elnöki tisztséget minden évben más kormánytag tölti be. Szerepe egy kormányfőéhez hasonló. 2013-tól Ueli Maurer Svájc elnöke. A svájci politikai rendszer demokratikus jogokat biztosító elemei közé tartozik a népszavazás gyakran alkalmazott intézménye.

Demográfia

2012 végén Svájc lakossága 8,037 millió fő volt, folyamatos növekedést mutat, a növekedés 2012-ben 1 százalék. A növekedés elsősorban a külföldiek bevándorlásának köszönhető. A népességen belül a külföldiek aránya 22,4 százalék, ami a legmagasabbak között van az OECD országokban. A Svájcban élő külföldiek többsége (62,4 százaléka) az EU tagországokból származik (olasz, német, portugál)³.

¹ OECD Economic Surveys: Switzerland 2013

² Statistical Data on Switzerland 2013. Federal Statistical Office February 2013., OECD StatExtracts, <http://stats.oecd.org/index.aspx>

³ Swiss Federal Statistical Office <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/en/index/themen/01/22/press.html>

Svájc lakosságára is jellemző az elöregedés, 2011-ben a 65 év felettek aránya 17 százalék volt. A születéskor várható élettartam 2011-ben a férfiak körében 80,3 év, míg a nőknél 84,7 volt (OECD összehasonlításban a legmagasabbak közötti). 2050-ig az időskori függőségi ráta (65 év feletti személyek aránya a 20 és 65 év közöttiekhez viszonyítva) 26,5 százalékról (2008) várhatóan 50,8 százalékra nő, a munkaképes korúak aránya 68 százalékról 59 százalékra csökken.

A standardizált halálozási ráta 2010-ben 577/100 ezer fő volt a férfiak, 376/100 ezer fő a nők körében. A 2010-es haláloki statisztikában a keringési rendszer megbetegedései okozta halálozás vezet (a halálokok férfiaknál és a nőknél egyaránt 31 százalékát okozta), standardizált halálozási rátája 181/100 ezer lakos volt a férfiak, 116/100 ezer lakos a nők körében. A daganatos megbetegedések a halálokok férfiaknál 31, nőknél 30 százalékkal a második helyet foglalják el (SDR férfiaknál 176/100 ezer fő, nőknél 111/100 ezer fő), harmadik helyen 6 (férfiaknál) illetve 5 százalékkal (nők) a légzőszervi megbetegedések állnak (SDR: 36 illetve 18,6). Jellemző az Alzheimer kór és a demencia okozta halálozások növekedése. A csecsemőhalandóság 2011-ben 3,8 / ezer évesülöttré számítva.⁴

Egészségügyi rendszer

A svájci egészségügyi rendszert az 1996. január 1-én hatályba lépett Szövetségi Egészségbiztosítási Törvény és a szövetségi állami berendezkedés határozzák meg. A szövetségi berendezkedés miatt egységes egészségügyi rendszerről nem lehet beszélni, az egészségügyi ellátás 26 kantonnak és félkantonnak megfelelő rendszerre tagolódik. Az egészségügyi szolgáltatás felügyeletét a kantonális egészségügyi igazgatók (miniszterek) látják el.

Az egészség-, baleset- és rokkantbiztosítás, illetve a közegészségügy szövetségi hatáskörbe (Szövetségi Belügyminisztérium) tartoznak. A szövetség kerettörvényeket dolgoz ki, melyek végrehajtása a kantonok és az önkormányzatok feladatköre. A Belügyminisztériumnak alárendelt Szövetségi Egészségügyi Hivatal felügyeleti tevékenységet végez. Legfontosabb feladatai közé tartozik: a járványügy felügyelete, a sugárvédelem és a vegyi termékek ellenőrzése, az élelmiszerbiztonság, a kábítószerrel kapcsolatos törvényhozás és annak ellenőrzése, a függőség megelőzése (alkohol, dohány, gyógyszer, illegális kábítószer), orvosi, fogorvosi, gyógyszerészeti foglalkozások ellenőrzése, paramedicinális foglalkozásokhoz kapcsolódó jogalkotás. Szövetségi feladatkörbe tartozó további felelősségi körök a tudományos és kutató tevékenységek támogatása, posztgraduális képzés, egészségügyi statisztika és adatszolgáltatás, sport aktivitások előmozdítása és a nemzetközi együttműködés.

A kantonok felelősségi köréhez tartozik az egészségügyi ellátás biztosítása. Ez magába foglalja a kórháztervezést, kantonális kórházak és otthonok építését és üzemeltetését, a kórházon kívüli betegápolást, iskolaorvosi szolgálatok, illetve a sürgősségi ellátás és mentés fenntartását, a kórházak, otthonok és klinikák felügyeletét, intézmények finanszírozását és támogatását. Feladatuk a kötelező biztosítás terén az arra rászorultak támogatása (díjcsökkentés), új orvosi praxisok és gyógyszertárak

⁴ Swiss Federal Statistical Office <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/en/index/themen/14/02/04/key/01.html>, Statistical Data on Switzerland 2013. Federal Statistical Office Swiss Federal Statistical Office
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/en/index/news/publikationen.html?publicationID=5071>

nyitásának engedélyezése, illetve a szövetséggel és a helyi önkormányzatokkal együtt a megelőzéssel és egészségfejlesztéssel kapcsolatos tevékenységek ellátása.

A helyi önkormányzatok feladatai nagyságuktól függően eltérőek, a feladatokat általában a szomszédos önkormányzatokkal közösen vagy magán szolgáltatókhoz delegáltan látják el. Feladataik között szerepel az egészségügyi ellátás biztosítása, a szövetséggel és a kantonokkal közösen végzett megelőző és egészségfejlesztő tevékenység, valamint az egészségügyi szolgálat koordinálása a szövetséggel, kantonokkal és magán szervezetekkel együttműködésben.

Svájc kötelező egészségbiztosításáról 1994-ben fogadták el az Egészségbiztosítási Törvényt (LAMal), amely 1996-tól hatályos. A LAMal értelmében az alpbiztosítás mindenki számára kötelező. A család minden felnőtt és gyermek tagja külön-külön kell, hogy biztosítva legyen. Bevándorlás vagy születés esetén az új biztosítottat három hónapon belül be kell jelenteni, amennyiben ez nem történik meg, büntetést kell fizetni. A lakosoknak fel kell iratkozniuk egy, a kantonjukban működő biztosítóhoz. Ez feljogosítja őket, hogy a kantonon belül bármely egészségügyi szolgáltatóhoz fordulhatnak, valamint igénybe vehetnek kantonon kívüli szolgáltatót is, ha megfizetik a támogatás szintbeli különbségét (a saját kantonjuknak, és annak a kantonnak, ahol az ellátást igénybe vették, eltérő lehet a szolgáltató számára nyújtott társadalombiztosítási támogatása). Minden biztosítónak fedezetet kell vállalnia minden, a kantonjában lakó állampolgárra, senkivel szemben nem tagadhatják meg a kötelező alpbiztosítási szerződés megkötését.

Finanszírozás

Egészségügyi kiadások

Az egészségügyi kiadások nagysága Svájcban 2010-ben mintegy 62,5 milliárd svájci frank, ami az előző évhez képest 2,5 százalékos növekedést jelent. 2010-ben az egészségügyi kiadások az ország GDP-jének 10,9%-át tették ki⁵. Előzetes adatok szerint 2011-ben az egészségügyi kiadások nagysága 64,6 milliárd svájci frank, a GDP 11 százalékát tették ki, 2010-hez képest 3,4 százalékkal nőttek⁶. Az egy főre jutó egészségügyi kiadás 2010-ben USD PPP-ben számolva 5276, az OECD tagországok közül az USA és Norvégia után a harmadik legmagasabb⁷.

Forrásgyűjtés

Az egészségügyi ellátás anyagi hátterének mintegy 19 százalékát biztosítja az állam, melyből igen jelentős 16,3 százalékot tesz ki a kantonok hozzájárulása. 2 százalék a helyi önkormányzatok, 0,4 százalék a szövetségi kormány hozzájárulása. Az összes kiadás kb. 46 százalékát adja a

⁵ Statistical Data on Switzerland 2013. Federal Statistical Office Swiss Federal Statistical Office
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/en/index/news/publikationen.html?publicationID=5071>

⁶ <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/en/index/news/medienmitteilungen.html?pressID=8702>

⁷ <http://stats.oecd.org/index.aspx>

társadalombiztosítás. A magán háztartások out-of-pocket befizetései igen jelentősek, 2011-ben az egészségügyi kiadások 25,8 százalékát tették ki. A magán kiegészítő biztosítások 2011-ben az egészségügyi kiadások 8,6 százalékát tették ki.

Az alapbiztosítás területén tevékenykedő biztosítótársaságokat a Szövetségi Társadalombiztosítási Hivatal tartja nyilván, a társaságoknak a hivatallal szemben elszámolási kötelezettségük van. 2011-ben a kantonokban átlagosan 59 biztosító nyújtott kötelező alapbiztosítást. 2009-ben országos szinten az öt legnagyobb biztosító piaci részesedése 43 százalék. Az orvosi diagnózisokra és kezelésekre betegség, anyasági ellátás vagy baleset esetén az alapbiztosítást nyújtó minden biztosítónak fedezetet kell vállalnia. A társaságok tevékenységük során nem törekedhetnek haszonszerzésre. Az alapbiztosítást el kell különíteni más, kiegészítő biztosításoktól.

Bizonyos mértékű szolidaritást a kortól és nemtől független egységes biztosítási díj nyújt, melyeknek mértéke azonban kantonok között és a kantonokon belül – a kantonokon belüli költségszintek, illetve a biztosítók közötti verseny függvényben – eltérő. (Három korcsoport alapján történik a díj kalkulációja: felnőttek, gyermekek és serdülők 18 éves korig, fiatal felnőttek 25 éves korig.) A biztosítási díjak függetlenek a jövedelmektől (eltérő szabályozás vonatkozik a katonákra, diplomáciai és konzuli küldöttségek tagjaira, nemzetközi szervezetek alkalmazottaira) és betegségek kockázatától. 2011-ben az országban az alapbiztosítás átlagos éves díja 3563 CHF volt a felnőttek, 2952 CHF a fiatalok és 918 CHF a gyermekek számára (átlagosan egy lakos 3005 CHF-et fizetett, a díj kantononként 4213 és 2101 CHF között változott)⁸. Bizonyos speciális biztosítási típusok lehetővé teszik az ezeket választó lakosok számára, hogy a normál fedezet feltételeihez képest korlátozott feltételekkel, alacsonyabb összegű biztosítási díjat fizessenek.

Az alacsony jövedelmű állampolgárok díjtételeinek csökkentésére a szövetségi kormány évente bizonyos összegű támogatást nyújt a kantonoknak. A szövetségi támogatás elnyeréséhez a kantonoknak is fizetniük kell egy minimális összeget. A szövetségi támogatást a kantonok között lakosaik arányában osztják el. A csökkentés kritériumait a kantonok határozzák meg, a családok által eltartott gyermekek és fiatalok biztosítási díjait azonban legalább 50 százalékkal kell mérsékelniük. 2009-ben Svájc lakosainak mintegy harmada részesült támogatásban.

A biztosítók kompenzálását tagságuk standard kockázat-profiljától való eltéréseért kockázat-kiigazító rendszer szolgálja. A biztosítási kockázat-profil a tagság kor és nem szerinti kategorizálása alapján kalkulálják. Azoknak a biztosítóknak, melyeknek tagjai körében az átlagosnál kevesebb a nő és az idős ember, egy közös pénzalapba befizetett anyagi hozzájárulással kell támogatniuk más, magasabb kockázatprofilú biztosítók tevékenységét. A pénzalapba befizetett összegeket újra elosztják a biztosítók között kockázat-profiljuk figyelembevételével, így módon a kantonok között is történnek transzferek. 2012-től egy harmadik kockázatkijárató tényező is bevezetésre került, ez az előző évben három napon túl folytatott kórházi kezelés.

⁸ Statistical Data on Switzerland 2013. Federal Statistical Office,
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/en/index/news/publikationen.html?publicationID=5071>

A lakosok minden év június és december végén válhatnak kötelező egészségbiztosítást nyújtó szolgáltatót a kantonjukon belül.

A szolgáltatáscsomagról „A Kötelező egészségbiztosítás betegség esetén nyújtott szolgáltatásairól szóló Rendelet” nyújt útmutatást. Ezek a szolgáltatások a svájci állampolgárok számára betegség, gyermekvállalás és balesetek esetén nyújtanak fedezetet. Az orvosi szolgáltatások esetén, a kötelező biztosítási fedezet egy, a diagnosztikai eljárásokat és a kezeléseket tartalmazó katalóguson alapul. A kórházi szolgáltatások fedezete többágyas kórházi elhelyezésre vonatkozik. A gyógyszerek, a komplementer medicina és a paramedikális szolgáltatások egy előre meghatározott lista szerint részesülnek fedezetben. Bizonyos megelőző és szűrővizsgálatokat és a védőoltásokat is támogatnak egy pozitív lista alapján. A fogászati ellátás abban az esetben részesül biztosítási támogatásban, ha súlyos betegséggel áll összefüggésben. 2011 óta a szemüveg-rendelésre nincs fedezet, öt alternatív medicinához kapcsolódó szolgáltatás azonban támogatott (hat éves periódusra, amikor a hatékonyságukat értékelni fogják).

A felnőtt biztosítottak a kezelési költségekhez és a gyógyszerárakhoz többféle módon járulnak hozzá. Először kifizetik az ellátás teljes költségét, mindaddig, amíg el nem érik a biztosításukban meghatározott deductible⁹ mértékét, ez a normál felnőtt biztosítási szerződésben 300 CHF. Emellett térítik az ellátás költségeinek 10 százalékát addig, amíg az így fizetett összeg felnőttek esetében eléri a 700 CHF-et, gyermekeknél a 350 CHF-et. A fekvőbeteg ellátásban napi 15 CHF co-paymentet térítendő.

A biztosítottak magasabb deductible választása és így magasabb kockázat vállalása esetén, illetve egy alternatív biztosítási forma (pl. HMO, bónuszrendszerek) választásával tovább módosíthatják díjterheiket. Svájcban az alapt biztosításban három, a normál alapt biztosítástól eltérő speciális biztosítási termék van forgalomban.

- a deductible révén, az egyének csökkentett biztosítási díjat választhatnak azzal a feltétellel, hogy a költségeket egy magasabb összegig önmaguk állják.
- a bonus-biztosítás révén azok a betegek, akiknek egy bizonyos évben nem volt támogatási igénye, a következő évben díjcsökkentésre tarthatnak igényt.
- azok, akik beleegyeznek abba, hogy csak a számukra kijelölt szolgáltatókat választják egy managed care típusú intézményben, szintén jogosulttá válnak csökkentett díj térítésére.

A biztosítási törvény életbelépése utáni időszakban a biztosítottak többsége a normál alapt biztosítást választotta, ma már a szolgáltatók korlátozott választási lehetőségét nyújtó opciót választók aránya (36,9 százalék) minimálisan megelőzi a normál biztosítási csomagot választókat (35,2 százalék), és sokan választják a magasabb deductible alkalmazását is (27,9 százalék). (A bonus biztosítást választók aránya 0,1 százalék).

⁹ deductible: a beteg a költségeket egy bizonyos szintig állja, ez a deductible összege, az ezt az összeget meghaladó költségek a biztosító fedezete alá esnek

A kötelező egészségbiztosítás keretében nyújtott biztosítási szerződések típusai

	Normál alapbiztosítás	Biztosítás választható deductible-lel	Bonus biztosítás	Biztosítás korlátozott szolgáltató-választással
A díjtétel szintje	Az alapidőket az egyes biztosítók a régiókban három lakossági kategóriai (0-18, 19-25, >26 év) szerint állapítják meg	A biztosító 50 százalékos díjcsökkentést alkalmazhat, de nem lépheti túl a választott deductible és a szokásos deductible közötti különbség 70 százalékát. Pl. ha a deductible 1000, a díjcsökkentés nem haladhatja meg a $0,70 \cdot (1000 - 300) = 490$ CHF összeget.	Éves díjcsökkentés, ha támogatási igény nem merül fel. Az első évben fizetendő díj 10 százalékkal magasabb, mint a normál alapbiztosítás díja. A továbbiakban a díjak a normál díjak 45 százalékáig csökkenhetnek 5 éven túl	A díjak a biztosító döntése szerint a normál díj 20 százalékával csökkenthetők
Költség-megosztás ⁱⁱ	Deductible: Gyermeknél: nincs Felnőtteknél: 300 CHF /év	A deductible-ekre vonatkozó választási menü: Gyermekek: CHF 100/200/300/400/500/600 Felnőttek: CHF 500/1000/1500/2000/2500	A normál alapbiztosítás szerint	A normál alapbiztosítás szerint
	Co-insurance: a szolgáltatások és termékek 10 százaléka a deductible-n felül 20 százalék az originális szerekre, ha olcsóbb generikumok is elérhetőek.	A normál alapbiztosítás szerint	A normál alapbiztosítás szerint	A normál alapbiztosítás szerint, a költségmegosztás továbbcsökkentésének vagy megszüntetésének lehetőségével
	Co-payment: a kórházi tartózkodásra naponta 15 CHF	A normál alapbiztosítás szerint	A normál alapbiztosítás szerint	A normál alapbiztosítás szerint
	Költségplafon: a co-insurance-ra fizetett összkidadások nem haladhatják meg felnőttek esetén a 700 CHF-et, gyermekek esetén a 350 CHF-et és az egy család összes gyermekére számított 1000 CHF-et	A normál alapbiztosítás szerint	A normál alapbiztosítás szerint	A normál alapbiztosítás szerint
Orvos/ Kórház választása	Az egészségbiztosító által engedélyezett szabad orvos- és kórházválasztás kantonon belül	A normál alapbiztosítás szerint	A normál alapbiztosítás szerint	Hálózatban részt vevő szolgáltatókra korlátozva.

ⁱ A maximum 3 régióra osztott kantonokban a biztosítóknak egy adott biztosítási programra azonos díjakat kell meghatározniuk.

ⁱⁱ A költségmegosztás alól mentesülnek a terhes nők, a szociális gondozásban részesülők, valamint a kiegészítő öregségi és rokkantsági járadékok kedvezményezettjei.

Forrás: OECD, 2011.

2007-ben a lakosság 77 százalékának volt legalább egyfajta kiegészítő biztosítása. Két fő típusuk a napi készpénzjuttatásra szóló biztosítás betegség, kórházi tartózkodás idejére, illetve a kötelező biztosítás által nem fedezett területekre szóló kiegészítő biztosítás. Az alapbiztosítástól eltérően a kiegészítő biztosítás terén lehetősége van a betegbiztosítóknak a kérelmek elutasítására, illetve azok feltételekhez kötött befogadására. A díjak kalkulációja a kockázatok alapján történik, amelyhez az életkort, nemet és esetenként – drágább biztosítások kötésekor – az előzetes betegségeket veszik figyelembe. A lakosság körében kedvelt volt az országos szintű kórházválasztás (38 százalék, ami 2012-től megszűnt), illetve a magán kórházi ellátás (27 százalék) biztosítása (Ehring, Köster. 2010). Kedvelt biztosítási területek még a fogpótlás, fogorvosi kezelés, komfortosabb kórházi elhelyezés egy vagy kétágyas szobában. Becslések szerint jelenleg közel 1000 különböző biztosítási termék található a piacon eltérő szolgáltatásokkal és díjakkal. 2001 óta a kiegészítő biztosítás nem nyújt fedezetet a kötelező biztosítás keretében történő költségviselésre, költségmegosztásra. A magánbiztosítást többnyire kereskedelmi biztosítók nyújtják.

A kötelező egészségbiztosítás mellett minden munkavállaló köteles a szövetségi törvények értelmében balesetbiztosítás megkötésére (munkahelyi és más jellegű balesetek következményeinek, illetve foglalkozásból eredő megbetegedések biztosítására). 1959 óta hatályos a kötelező rokkantsági biztosítás (rehabilitáció, jövedelem kiesés biztosítása). Mindkét biztosítási rendszer a társadalombiztosítás modellje alapján a munkaadók és a munkavállalók által jövedelemarányosan befizetett járulékokból kerül finanszírozásra.

Forrásallokáció

Az összes egészségügyi kiadásból szolgáltatók szerinti megoszlásban a kórházak költségeinek aránya 36 százalékot az ambuláns ellátók költségei 31 százalékot, az ápolási otthonok költségei 17,5 százalékot tettek ki 2011-ben. Egészséggel kapcsolatos termékekre 11,4 százalékot költöttek. Az adminisztratív kiadások aránya 4,8 százalék.¹⁰

Az orvosi szolgáltatások az egyes kantonokban a betegpénztári szövetség és az orvosok egyesülete között kialakított díjak (fee-for-service) szerint kerülnek kiszámlázásra a betegek részére, illetve a biztosítóktól visszatérítésre vagy közvetlen kifizetésre a szolgáltatóknak. A betegek általában közvetlenül fizetnek az ambuláns szolgáltatóknak, majd a biztosítótól a fizetésre támogatást kapnak.

A svájci kórházak finanszírozásában csaknem fele-fele arányban a biztosítók és a kantonok viselik a nyújtott szolgáltatások és beruházások költségeit. 2012-től a fekvőbeteg ellátásban bevezetésre került az esetátalányokon alapú Swiss DRG 2012 kórházfinanszírozási rendszer. A kantonoknak a kórházlistán szereplő kórházak esetében a nyújtott szolgáltatások, illetve a beruházási költségek legalább 55 százalékát kell viselniük, a biztosítók legfeljebb 45%-os arányban vállalnak részt a finanszírozásban. Az átlagon aluli járulékszinttel rendelkező kantonok a finanszírozási hányadukat 45 és 55 százalék között határozhatják meg, de 2017-ig el kell érniük az 55 százalékos szintet. A DRG csoportok meghatározása országosan történik, az aktuális árakról pedig a kantonokban állapodnak meg a szolgáltatók és a biztosítók egyesületei.

¹⁰ Swiss Federal Statistical Office. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/en/index/themen/14/05/blank/key/ueberblick.html>

Egészségügyi szolgáltatások

Alapellátás, járóbeteg-szakellátás

Az ambuláns ellátást többnyire szabadfoglalkozású (általános és szakorvosok) orvosok nyújtják, akik betegeiket részben otthonaikban is ellátják. Az ambuláns ellátás részét képezik az állami kórházak ambuláns részlegei (poliklinikák) és a magánklinikák által nyújtott ellátás. A betegek szabadon megválaszthatják orvosukat, illetve közvetlen és korlátlan hozzáférésük van a szakorvosi ellátáshoz. A választás csak olyan esetekben kerül korlátozásra, ha valaki az alapbiztosítás egy speciális fajtája (korlátozott szolgáltató választás) mellett döntött. Ez utóbbi modellben a szakellátók vagy fekvőbeteg-ellátók felkeresése – a sürgősségi esetek kivételével – csak a gatekeeper vagy a care manager beutalójával történik.

Az ambuláns ellátás területén 2010-ben az orvosok többsége (63,1 százalék) egyéni praxisban végezte tevékenységét. A nők mintegy fele és a férfiak kétharmada végzi tevékenységét egyszemélyes praxisban. Az ambuláns ellátás területén jellemző még a kétszemélyes vagy csoportpraxisban végzett tevékenység. Az egyszemélyesnél nagyobb praxisok átlagos nagysága 3,6 fő.

Svájci orvosok praxisainak szerkezete az ambuláns ellátásban 2010 (N=13550)						
	Nők	%	Férfiak	%	Összesen	%
Egyszemélyes praxis	2156	52,8	6392	67,2	8553	63,1
Kétszemélyes és csoportpraxis	1924	47,2	3073	32,4	4997	36,9
Összesen	4080	100	9470	100	13550	100

Forrás: Kraft, 2011

A kantonok és az önkormányzatok iskolaorvosi szolgálatot működtetnek, melynek keretében az állami intézményekben rendszeresen ellenőrző vizsgálatokat végeznek, az immunrendszer állapotát vizsgálják, oltási programokat nyújtanak.

A fogorvosi ellátást főként szabadfoglalkozású fogorvosok és állami fogklinikák nyújtják. A kötelező alapbiztosítás csak bizonyos ellátásokat térít, amik elsősorban sebészeti beavatkozások. Prevenációs és konzerváló szolgáltatások nem tartoznak az alapbiztosítás által nyújtott szolgáltatások körébe.

Az otthoni, ún. kórházon kívüli betegápolás az elmúlt évek során felértékelődött, így a beteg otthonában végzett ápolási szolgáltatásokat és a háztartásban nyújtott segítséget a kötelező biztosítás korlátozott formában viseli. Az ilyen jellegű ápolási szolgáltatások biztosítása az önkormányzatok feladatköréhez tartozik. Az önkormányzatok ezeket a feladatokat azonban gyakran magán szolgáltatóknak adják át. Az ápolási szolgáltatások kiépítése, a szolgáltatásokhoz való hozzáférés és az ellátottság szintje eltérő a kantonok és az önkormányzatok között.

Fekvőbeteg-ellátás

A kórházakat köztestületek, kantonok, önkormányzatok, illetve önkormányzatok szövetségei, valamint magánfenntartók üzemeltetik. A magánfenntartók lehetnek közhasznú szervezetek vagy nyereségorientált vállalkozások. Az intézmények építési és beruházási költségeit a kantonok és önkormányzatok fedezik, illetve a hiányokra garanciát vállalnak.

A biztosítási törvény kötelezi a kantonokat kórházi kapacitásuk megtervezésére, illetve egy, a tervekben előirányzott szükségletek kielégítését biztosító intézményi lista összeállítására. Csak a kórháztervben szereplő kórházak tarthatnak igényt a kötelező biztosítás térítésére. Ezen kívül a törvény előírja még egy minimális adatállomány rutinszerű gyűjtését a kórházi tevékenységekről, amivel a kantonon belüli és a többi kantonban működő intézmények által nyújtott szolgáltatások gazdaságossága válik értékelhetővé.

A kórházak és a kórházi ágyak száma csökkenő tendenciát mutat. 2011-ben összesen 299 kórház (2009: 313) működött 38 533 ágyal (2009: 39 527), 1000 lakosra 4,8 ágy jutott. Az általános kórházak száma 120 volt, ahol összesen 26 064 aktív ágyat üzemeltettek. 179 speciális klinika működött 12 469 ágyal, melyből a pszichiátria klinikák száma 49, a rehabilitációs klinikák száma 43 volt.

Az ágykihasználtság 91 százalékos, az átlagos kórházban töltött idő 9,5 nap, általános kórházakban 6,6-8,3 nap.¹¹

Egészségügyi dolgozók

A svájci Statisztikai Hivatal adatai szerint¹² 2008-ban az egészségügyi és szociális szektorban 541 824 főt foglalkoztattak, ez a foglalkoztatottak közel 14 százaléka. A szektorban foglalkoztatottak közel 30 százaléka kórházakban tevékenykedett, ápolási és szociális intézményekben 29 százaléku, ambuláns ellátásban 18 százaléku dolgozott. Az elmúlt évtizedben éves szinten a foglalkoztatottság a kórházakban 2,1, az ápolási otthonokban és szociális intézményekben 3,2 és az ambuláns területen 2 százalékkal növekedett. 2011-ben a svájci kórházakban az egészségügyi személyzet száma 141 000 fő, a kórházi orvosok és más egyetemi végzettségűek száma 20 000 fő, a kórházi ápolók száma 59 000.

Számos országhoz hasonlóan Svájcban is az orvosok számának folyamatos növekedése figyelhető meg. 2010-ben az orvosok száma 30 273 (2000: 23 138 fő). A nők aránya az orvosok között 36 százalék (Kraft, 2011). Az orvosok 1000 főre jutó aránya 3,83, 1000 főre 0,6 háziorvos jutott¹³. Az ápolói tevékenységet végzők száma 2009-ben 117 699 volt, ami ezer lakosra 10,26 nővért jelent, az arány OECD-átlag fölötti.

¹¹ [Swiss Federal Statistical Office](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/03/01/key/01.html). <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/03/01/key/01.html>

¹² Swiss Federal Statistical Office. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/03/04/key/01.html>

¹³ OECD Health Data

A háziiorvosi pálya a hosszú munkaidő, ügyelet, alacsony fizetések, illetve az elégtelen képzési és továbbképzési feltételek, valamint a kevés családdal tölthető idő miatt Svájcban sem tartozik a közkedvelt foglalkozások közé. A statisztikák szerint várhatóan 2016-ig a jelenleg praktizáló háziorvosok mintegy fele nyugdíjba vonul. Az utánpótlás elsősorban a vidéki területekről hiányzik. A háziorvosok aránya az ambuláns szektor orvosai között 1980 és 2010 között 37 százalékról 30 százalékra csökkent.

A svájci orvosok átlagéletkora 2010-ben 48,4 év. Az ambuláns területen tevékenykedő orvosok átlagosan 53, míg a fekvőbeteg szektorban 42,8 évesek. A nők átlagéletkora 2010-ben alacsonyabb (44,7 év), mint a férfiaké (50,4 év). Az ambuláns és fekvőbeteg szektor között tapasztalható korösszetételi eltérés a szakorvosi továbbképzéssel magyarázható, ami főként a fekvőbeteg-ellátás területén zajlik.

A migráció szerepe a svájci egészségügyben jelentős és növekvő. A Svájci Orvosok Szövetségének (FMH- Fédération des médecins suisses) statisztikái¹⁴ szerint a kiegészítő személyzet 39 százaléka, a szakdolgozók (nem felsőfokú végzettségű) 38 százaléka és az orvosok és más felsőfokú végzettséggel rendelkezők 35 százaléka bevándorolt egészségügyi dolgozó. A külföldi orvosok nagy része a környező EU-s tagországokból, azon belül is többségében Németországból, kisebb számban Franciaországból, Olaszországból és Ausztriából érkezik. Az Európán kívüli országokból érkezők aránya alacsony. A külföldi orvosok aránya a fekvőbeteg szektorban 30 százalékot tesz ki, míg az ambuláns ellátás területén ez az arány csupán 15 százalék. A külföldi orvosok eloszlása kantononként is eltérő. Nagyobb arányban elsősorban Svájc német részein kerül sor külföldi munkavállalók foglalkoztatására. Az orvosok között a külföldön szerzett diplomával rendelkezők aránya a pszichiáterek és pszichoterapeuták, a szülész-nőgyógyászok, az aneszteziológusok és az ortopéd-sebészek körében magasabb. (Kraft, 2011).

2003 óta a külföldi egészségügyi személyzet migrációs aránya (bevándorlók – kivándorlók) pozitív (2006 +900; 2008 + 4400; 2009 +1200). A bevándorlásból a kórházi szektor profitált a legnagyobb mértékben.

A külföldön végzett és Svájc területén munkát vállaló orvosok száma is azt támasztja alá, hogy Svájc nem fektet elég hangsúlyt az orvosképzésre, illetve a korábban visszafogott orvosi egyetemi felvételi létszámok sem voltak előrelátók. A Szövetségi Tanács jelentése szerint az éves szinten jelenleg Svájcban képzett 600-700 orvos nem elégséges a szolgáltatók jövőbeni humán erőforrás igényének kielégítéséhez. A 2008-as adatok azt mutatták, hogy a svájci egészségügyi szakemberképzés csökken, miközben a bevándorlások száma nő, a bevándorlók éves száma meghaladja az adott évben végzett orvosok, nővérek számát.

Svájc elsősorban magasan kvalifikált munkavállalókat vonz a környező országokból, százalékos viszonyításban az ápolók száma kisebb növekedést mutat.

A külföldi munkaerő bevándorlására hatással volt a 2002-ben bevezetett, külföldi és svájci orvosokra egyaránt vonatkozó rendelet, amely befagyasztotta a kötelező biztosítással szerződő önálló praxisok számát. Ennek legfőbb oka az egészségügyi költségek féken tartása, illetve az Európai Unióból Svájcba

¹⁴ Fédération des médecins suisses: <http://www.fmh.ch/>

igyekvő orvosok letelepedésének megakadályozása volt. A korlátozáson Svájc 2010-ben enyhített első ízben. A tiltás alól ekkor kikerültek a házi orvosok, majd 2012-től a korlátozást a szakorvosokra nézve is feloldották. A korábbi években az engedély kiadására szinte csak egy már meglévő praxis átvétele vagy egy alul-ellátott régióban létrehozott új praxis esetén számíthattak az itt letelepedni vágyók. (A bevándorlók elhelyezkedhettek kórházakban, ez a fenti számokból láthatóan így is történt, illetve indíthattak nem közfinanszírozott magánpraxist.) A Santésuisse Betegpénztári Egyesület az engedélyezés tiltásának feloldását követően a szabadon praktizáló külföldi szakorvosok számának növekedésével is számol. Jelenleg az ide érkező külföldi orvosoknak diplomájukat és a továbbképzésükkel kapcsolatos dokumentumaikat Bernben a MEBEKO-nál (Medizinalberufekommission) kell elfogadtatniuk, majd ezt követően a foglalkozás gyakorlására vonatkozó engedélyt az adott kantonnál kérvényezniük. Amennyiben megkapják az engedélyt, illetve regisztráltatják magukat a Santésuisse Egészségpénztári Egyesületnél letelepedhetnek és elszámolhatnak a kötelező egészségbiztosítókkal.

Gyógyszerpiac

2009-ben, Svájc lakosságának átlagos egy főre jutó gyógyszerkiadása vásárlóerő-paritáson 499 USD volt, és ezzel meghaladta az OECD 410 USD PPP/fő átlagát (OECD, 2011). A járóbetegeknek kiszolgáltatott gyógyszerek 2008-ban az egészségügyi összkiadás 10,3 százalékát tették ki. A gyógyszerkiadások több mint kétharmadát a kötelező egészségbiztosítás vagy más társadalombiztosítók fizetik (OECD 2011).

A Gyógyászati Készítmények Svájci Hatósága (Swissmedic) folytatja a gyógyszerek törzskönyvezését, és ad engedélyt a gyógyszerek és a műszerek piacra kerüléséhez. A Svájcban forgalmazott gyógyszerek többsége originális vényköteles termék. 2010-ben az ország gyógyszerforgalmának 85 százalékát tették ki vényköteles szerek. A generikumok forgalmazása – az ezekre vonatkozó differenciált co-payment bevezetésével párhuzamosan – az utóbbi időben emelkedett számottevően, és a támogatott gyógyszerek piacának 11,5 százalékát teszi ki.

A generikumok elterjedését segítő intézkedések Svájcban

A svájci hatóságok az utóbbi öt évben intézkedések egész sorát hozták a generikumok térhódításának elősegítésére.

Anyagi ösztönzők a fogyasztók számára

A svájci állampolgárok a gyógyszerköltségekhez általában 10 százalékos hozzájárulást fizetnek (miután kifizették a biztosításuk által előírt deductible összeget.) 2005-ben, ezt a hozzájárulást 20 százalékra emelték azokra az originális szerekre, melyek helyettesítésére olcsóbb generikumok álltak rendelkezésre (a hozzájárulás 933 CHF-t kitevő éves plafonösszegig fizetendő). 2006 óta, az originális szerek gyártóinak lehetőségük nyílt arra, hogy a betegek számára 10 százalékos hozzájárulás mellett tegyék elérhetővé gyógyszereiket, feltéve, ha csökkentést hajtanak végre a generikumok árával összhangban, és ez sok esetben meg is történt. 2011 júliusától a rendszer dinamikusabbá válását az segítette elő, hogy két évvel a generikum belépését követően a differenciált co-payment bevezetése

újra automatikussá vált, amint bármely helyettesíthető gyógyszer 20 százalékkal meghaladta az azonos hatóanyagot tartalmazó három legolcsóbb termék átlagárát.

A generikumok árszabályozása

A generikumoknak ahhoz, hogy megjelenhessenek a svájci piacon, az originális gyógyszer referenciaáránál alacsonyabb árral kell rendelkezniük. 2008 óta, a generikumok piaci megjelenésének ösztönzésére, árkülönbségüket az originális szerek piaci részesedésének figyelembe vételével határozzák meg. 2012-től öt piaci részesedési (forgalmi) kategóriát alkalmaznak, amely szerint a generikumok árának 10-től 60 százalékgig terjedő csökkentése a követelmény.

A gyógyszerészek ösztönzése a generikumokkal való helyettesítésre

Már egy évtizede engedélyezett a gyógyszerészek számára az originális szerek generikumokkal való helyettesítése a beteg beleegyezésével, és ha a gyógyszert rendelő orvos ezt nem ellenzi. A törvény értelmében, a gyógyszerészeknek tájékoztatniuk kell a beteg orvosát a helyettesítésről, de a gyakorlatban erre nem kerül sor, ha tudják, hogy az orvos általában beleegyezik a gyógyszer-helyettesítésbe. A gyógyszerészeknek kiegészítő díjazás jár a generikummal való helyettesítésre.

Reformok

A Szövetségi Tanács 2013 januárjában fogadta el az „Egészség2020” intézkedéscsomagot, amely a jövőbeni kihívásoknak való megfelelés és a finanszírozhatóság fenntartása érdekében a svájci egészségügyi rendszerre négy átfogó tevékenységi területet, tizenkét célt és 36 intézkedést fogalmaz meg. Az egyes intézkedéseket fokozatosan és az összes fontos szereplő bevonásával kívánják végrehajtani. A területek és a célok a következők:

Az életminőség biztosítása

- A változó körülményekhez igazodó ellátáskínálat megteremtése
- Az új kihívásoknak megfelelő egészségvédelem biztosítása
- Egészségfejlesztés és betegségmegelőzés erősítése

Az esélyegyenlőség és a saját felelősség erősítése

- Az igazságosság és a hozzáférés fokozása
- A hatékonyság növelése révén a rendszer finanszírozhatóságának biztosítása
- A biztosítottak és a betegek jogainak és lehetőségeinek javítása

Az ellátás minőségének biztosítása és növelése

- Az ellátás és a szolgáltatások minőségének növelése
- Az eHealth elterjedésének és fokozottabb alkalmazásának elősegítése
- Az egészségügyi személyzet számának és képzettségének növelése

Az egészségügyi rendszer átláthatóságának megteremtése, a szabályozás és koordináció javítása

- A rendszer egyszerűsítése és az átláthatóság megteremtése
- Az egészségpolitikai irányítás javítása
- A nemzetközi integráció fokozása

Az anyag a jelenlegi svájci rendszer erősségei közé az egészségügyi ellátáshoz való garantált hozzáférést, a kötelező egészségbiztosítás által lefedett szolgáltatások széles spektrumát, valamint a magas színvonalú ellátást sorolja. A svájci rendszernek is vannak azonban gyenge pontjai. Ezek között említhető a rendszer komplexitásából eredő korlátozott átláthatóság és a célzott vezetés hiánya. Számos eltérő – sokszor egymással ellentétes – érdek befolyásolja az egészségpolitikát is. Fontos területeken az irányítási és végrehajtási feladatok a szövetség és a kantonok között megosztottak (finanszírozás és képzés), a koordináció hiányából eredően a megoldáskeresés gyakran eredménytelen. További problémákat szülnek a statisztikai és analitikai alapok hiányosságai, a hibás ösztönzőkből eredő hatékonyságbeli problémák, valamint a jövő kihívásait figyelembe véve elégtelennek bizonyuló források a megelőzés terén.

A jelenlegi svájci rendszer elsősorban az aktív ellátásra és a fekvőbeteg területre fókuszál. A fókusz az egészségügyi szolgáltatások terén a megelőzésre, a krónikus és a palliatív betegellátására kell áthelyezni és ennek megfelelően módosítani a finanszírozás mechanizmusait is. Jelenleg a svájci szolgáltatók kevésbé koordináltan végzik tevékenységüket, nem használják ki a modern információs technológia kínálta lehetőségeket, ami a hatékonyság csökkenését és a költségek növekedését eredményezi.

Az egészségügyi és ápolási szektor folyamatosan növekvő költségeit előidéző kihívások mellé újak társulnak a jövőben, ezért egyre nagyobb az alapszolgáltatások korlátozásának és a differenciált díjak bevezetésének valószínűsége. Rendkívül fontos a szakemberek által mintegy 20 százalékosra becsült hatékonysági tartalékok (pl. többször elvégzett vizsgálatok egészségügyi informatikai folyamatok általi csökkentése) kiaknázása, amivel az alacsony jövedelmű és alsó középosztálybeli rétegek számára a rendszer finanszírozható marad.

Minőségügy

Svájcban 2006-ban készült ajánlás egy országos egészségügyi minőségértékelő rendszer felállítására. 2009-ben 30 diagnóziscsoportból kiindulva indította el a Szövetségi Egészségügyi Hivatal az esetszámok és mortalitási ráták közzétételét. Ekkor alakult meg a Kórházi és Klinikai Minőségfejlesztés Országos Társasága (ANQ) is az ország fekvőbeteg-ellátó intézményeiben folyó tevékenység minőségi indikátorainak meghatározására és a minőség mérésére. Az ANQ program számos minőségi indikátorral kapcsolatban folytat méréseket. Ilyenek az ismételt kórházi felvételek, a megismételt műtétek, a műtőkben előforduló fertőzések, az elesések, fekélyek és a betegelégedettség. Míg a kísérleti időszakban a programban való részvétel önkéntes volt, a tervek szerint a kórházi eredményekről szóló adatok gyűjtése és közzététele minden kórház számára kötelező lesz. Jelenleg Svájcban az egészségügyi adatok gyűjtése széttagolt. Az ANQ program mellett, a Szövetségi Egészségügyi Hivatal gyűjti országos szinten a fertőző betegségekre vonatkozó adatokat, és a

Szövetségi Statisztikai Hivatal foglalkozik a mortalitási adatok gyűjtésével, és folytat felmérést a lakosság egészségi állapotáról (Svájci Egészségfelmérés). Az adatgyűjtésben ezen kívül helyi szintű, valamint bizonyos szolgáltatókra vagy kantonokra korlátozódó gyakorlatok is vannak. Egy, az alapvető adatokat tartalmazó országos adatbázis elősegítené a lakosság egészségkimeneteinek és az egészségügyi szolgáltatások teljes spektrumát jellemző minőségi indikátoroknak a készítését, és ehhez elengedhetetlen lenne az adatgyűjtő hatóságok és szervezetek országos összefogása. A közelmúltban kidolgozott Svájci Országos Minőségügyi Stratégia célja egy országos rendszer felállítása az egészségügyi ellátás minőségének mérésére.

Források:

- Bundesamt für Gesundheit (BAG), <http://www.bag.admin.ch>
- Ehring, F.; Köster, A.: Die Gesundheitsreformen in den Niederlanden und in der Schweiz als Vorbild für Deutschland? https://bestellungen.pkv.de/w/files/shop_positionspapiere/pkv-doku_no29_12w.pdf
- Eidgenössisches Departement des Innern: Bericht Gesundheit2020, 2013
http://www.bag.admin.ch/gesundheit2020/index.html?lang=de&download=NHZLpZeg7t,Inp6i0NTU042i2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2YucqZ26gpJCLdIF4gWym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--
- Fédération des médecins suisses: <http://www.fmh.ch/>
- Jaccard Ruedin, H. & Widmer, M. (2010). L’immigration du personnel de santé vers la Suisse (Obsan Bulletin 4/2010). Neuchatel: Observatoire suisse de la sante. <http://www.obsan.admin.ch/>
- Kraft, Esther: FMH-Ärztestatistik 2010. 30 273 Ärztinnen und Ärzte für die Schweiz. Schweizerische Ärztezeitung. 2011;92: 12. http://www.fmh.ch/files/pdf5/FMH-rztstatistik_2010.pdf
- OECD Economic Surveys Switzerland. January 2012.
<http://www.oecd.org/dataoecd/0/19/49420000.pdf>
- OECD/WHO (2011), OECD Reviews of Health Systems: Switzerland 2011, OECD Publishing.
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264120914-en>
- Statistical Data on Switzerland 2012. Federal Statistical Office. February 2012.
- Svájci választási eredmények: http://www.swisscham.hu/hirek/svajci_hirek.html?hir_reszlet=719
- Swiss Federal Statistical Office: <http://www.bfs.admin.ch>
- The Federal Authorities of the Swiss Confederation: <http://www.admin.ch/index.html?lang=en>

Budapest, 2012. március - 2013. május