

Heinz Brock: A svájci egészségügyi rendszer
Das österreichische Gesundheitswesen (ÖKZ), Jg. 63. (2022. 3-4)

Kulcsszavak: egészségügyi rendszer, Svájc

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

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

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

Finanszírozás és szervezet

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

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

A döntéshozatali és a finanszírozási hatáskörök erőteljesen decentralisan oszlanak meg. A finanszírozás legfontosabb szereplői a biztosítók, amelyek mint privát nonprofit vállalkozások versenyben állnak egymással. Az egészségügyi ellátás szerződéses és jogszabályi alapjaira vonatkozó alkufolyamatra a legtöbb biztosítót egyesítő három biztosítói szövetség, mint érdekképviselő, valamint a szolgáltatói szövetségek, a szakmai szövetségek és a tarifaszövetségek között kerül sor. A svájci demokrácia karakterisztikuma a polgároknak a politikai döntéshozatalban való magasfokú részvétele. Csaknem minden

egészségüggyel összefüggő törvénytervezet államszövetségi népszavazás elé kerül. Az egészségügyi ellátásokra vonatkozó számos kompetencia a kantonokhoz tartozik és sok releváns egészségügyi téma tekintetében közvetlenül a helyi lakosság dönt.

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

Innovatív biztosítási modellek

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

Külföldi munkavállalók számára Svájc maga az ígéret földje

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