Egészségügyi rendszerek (Az ÖKZ cikksorozata) – egységes szerkezetben

Heinz Brock: A brit egészségügyi rendszer

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

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

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

Finanszírozás és szervezet

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

Szűkös finanszírozás melletti magas hatékonyság

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

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

Fejkvóták és a szolgáltatásokért járó honorárium

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

Az egészségügyi rendszer paraméterei	**UK**	**Év**
Lakosság (millió lakos)	67,4	2022
Az egészségügy GDP-ből való részesedése (%)	9,9 12	2019 2020
Születéskor várható élettartam	80,4	2020
Megelőzhető halálesetek (évente100.000 lakosra)	123	2019
Egy főre eső egészségügyi kiadások (USD vásárlóerő paritás)	5.019	2020
„o*ut-of-pocket*” (egészségügyi összkiadások %-a)	17,2	2020
Privát biztosítások (egészségügyi összkiadások %-a)	4,6	2020
Praktizáló orvosok (1.000 lakosra)	3,18	2021
Praktizáló ápolók (1.000 lakosra)	8,46	2020
Kórházi ágyak (1.000 lakosra)	2,4	2020

OECD Health Data 2020

Sürgősségi ellátás

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

NHS 75. Jelentés a brit állami egészségügyi szolgálat helyzetéről
King's Fund, 26 June 2023
Heinz Brock: Az NHS válsága
Das österreichische Gesundheitswesen, ÖKZ, Jg. 64 (2023) 6-7. (26-28. p.) (nyomt.)

Forrás Internet-helye: https://www.kingsfund.org.uk/publications/nhs-compare-health-care-systems-other-countries
Summary (4 p.):
https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/2023-06/how_NHS_%20compares_%20summary_2023.pdf
Report (120 p.):
https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/2023-06/How_NHS_compare_2023.pdf

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

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

Heinz Brock: A francia egészségügyi rendszer

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

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

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

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

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

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

OECD Health Data 2023

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

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

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

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

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

Karl Lauterbach szövetségi egészségügyi miniszter reformjának bevezetését ötéves konvergenciafázis előzi meg. A részletek kidolgozásában 17 tagú szakértői tanács segítette, amelynek elnöke Tom Bschor pszichiáter.
A reform célkitűzései közé tartozik az esetátalányok rendszerének hosszútávon való visszaszorítása. Nem árt emlékeztetnünk: húsz éve, a DRG-rendszer bevezetése idején ugyanez a Lauterbach professzor volt Ulla Schmidt akkori szövetségi egészségügyi miniszter legfőbb tanácsadója. Az esetátalányok bevezetésének egyes céljait, a hosszú ápolási idők csökkentését és a kezelési folyamatok megszigorítását sikerült elérni. Az ökonomizálódás hosszútávú mellékhatásai azonban fokozódtak, a fekvőbeteg szektorban pedig nem sikerült elérni a költségcsökkentést. Ezért a jövőben a szolgáltatások egyharmadát rendelkezésre állást térítő átalányokból (*Vorhaltepauschalen*), kétharmadát továbbra is esetátalányokból finanszírozzák. [***Fogalommagyarázat: „Vorhaltepauschale / Vorhaltefinanszierung / Vorhaltebudget / Vorhaltevergütung”***: A 2024-es kórházügyi reform keretében alkalmazott finanszírozás szerint a kórházak a ***„szolgáltatások rendelkezésre állása”, azok készenlétben tartása ellenében*** részesülnek térítésben, függetlenül attól, hogy ténylegesen kezelnek-e betegeket. (https://www.bundestag.de/presse/hib/kurzmeldungen-1009104) - *a szerk.*]
A reformcsomagban az „ökonomizálódás” egy másik vetülete is megjelenik. Az elmúlt években a pénzügyi befektetők többszáz orvosi praxist és egészségügyi ellátási központot vásároltak fel és ezek piaci manipulációjával hatalmas nyereséghez jutottak. A miniszter szeretne véget vetni ennek a trendnek.
A reform egyik sarkalatos eleme a szolgáltatástervezés bevezetése a minőségbiztosítással összefüggésben. Strukturális feltételeket definiálnak három ellátási szint tekintetében, amelyeket a helyi alapbiztosítás (Level I), a regionális szerződéses és súlyponti ellátás (Level II), valamint a maximális ellátás és egyetemi klinikák (Level III) területén tételeznek. Mindegyik szinten egységes minimális feltételek és egységes standardok érvényesülnek a műszaki, építési és személyügyi ellátottság tekintetében. A jövőben részletes strukturális feltételeket szabnak meg 128 szolgáltatási csoport vonatkozásában, amelyek rögzítik az egyes kórházak kötelező szolgáltatási kínálatát. Bizonyos szolgáltatásokat már csak a magasabb szintű kórházak nyújthatnak. Minden kórház esetén szabályozzák, hogy mely szolgáltatásokat nyújthat és melyeket köteles az ellátási szerződés szerint biztosítani. Ennek oka, hogy vannak kórházak, amelyek jelenleg úgy látnak el bizonyos eseteket, mint szívinfarktus, stroke, vagy rákos megbetegedések, hogy nem rendelkeznek az ehhez szükséges személyügyi és technikai felszereltséggel.

A reformtervezet vitájának folyamata bizonyos mértékig módosított Lauterbach elképzelésein. A tartományok ugyanis elvetették a kórházak három szintbe sorolását. A kórházaknak azonban maradéktalanul be kell tartaniuk a strukturális minimális követelményeket, szolgáltatási spektrumukat 65 szolgáltatási csoport vonatkozásában kell meghatározniuk. Azok a kórházak, amelyeknél hiányoznak egy bizonyos szolgáltatási csoport strukturális feltételei, a jövőben nem számolhatják el ezeket a szolgáltatásokat. A minőségügyi kritériumok teljesítését, amelyek a műszaki ellátottságra és az orvosi és ápolószemélyzet képzettségére is kiterjednek, szövetségi szinten egységesen ellenőrzik. A level-mátrix helyett arra fogják kötelezni a kórházakat, hogy a kórházak transzparenciájáról szó törvény alapján hozzák nyilvánosságra strukturális és szolgáltatási adataikat.
A reform finanszírozásához 2026-tól tíz évre egy 50 milliárd EUR összegű transzformációs alapot állítanak fel, amelyet fele-fele arányban a tartományok, ill. a kötelező betegbiztosítás egészségügyi alapjának likviditási tartalékaiból fognak fedezni. A miniszter pénzügyi ösztönzőkkel próbálja ellensúlyozni a tartományok ellenállását. A mindenkori kórházi költségvetés 60%-ig terjedő rendelkezésre állást biztosító átalányokkal az orvosilag indokolatlan esetszámnövekedést szeretné megfékezni, amely csakis gazdasági célkitűzéseket követ. Másrészt kilátásba helyez 6 milliárd EUR összegű likviditási segítséget a veszélyeztetett kórházak részére, amelynek kifizetésére a törvény elfogadását követően kerülne sor. A tartományok további hatmilliárdhoz jutnak az ápolási költségvetés megelőlegezésével.
Lauterbach reformja a centralizált struktúra és a regionális felelősség kezelésének iskolapéldája. A szövetségi és Bismarck-féle hatalommegosztás és a Beveridge-féle központosított hatalmi monopólium közötti tusa most új fázisába lép. Ebben döntő szerepe lesz a rendszerváltozás sebességének. Nemcsak Lauterbach látja úgy, hogy az egészségügy számára a legnagyobb veszélyt az elévült kórházi struktúrákra való megkésett reakciók jelentik. A jövőben ugyanis ez sem személyügyi, sem pénzügyi adottságainál fogva nem lenne képes feladatainak teljesítésére.

Függelék

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

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

Forrás Internet-helye:
https://www.aerzteblatt.de/archiv/241304?rt=971bf246e981d1c3d78e945717e58e5a
Kapcsolódó: Reinhard Busse a német egészségügyi rendszer állapotáról: https://www.apotheken-umschau.de/gesundheitspolitik/deutsches-gesundheitssystem-ist-ziemlich-uneffizient-1130741.html?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=2024-07-30+AU+Newsletter (*Reinhard Busse, az egészségügyi menedzsment professzora (Technische Universität Berlin); a European Observatory on Health Systems and Policies társigazgatója; a Charité - Universitätsmedizin Berlin professzora)*

„A kórházi ellátás javításáról szóló törvény" (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) három pillére:

- ***Szolgáltatási csoportok:*** A német kórházak által biztosított szolgáltatásokat a jövőben 65 orvosi szolgáltatási csoport egyikéhez rendelik hozzá. A szolgáltatási csoportokhoz szövetségi szinten egységes minőségügyi kritériumokat társítanak, amelyek meghatározzák a kórházak által fenntartandó technikai felszerelést, személyügyi ellátottságot és diszciplínákat. Szolgáltatási csoportonként minimális esetszámokat is definiálnak. A betegpénztárak orvosi szolgálatainak rendszeresen ellenőrizniük kell a kritériumok betartását.
- ***Rendelkezésre állás finanszírozása (Vorhaltevergütung):*** A rendelkezésre állás költségvetését a kórházi térítési rendszerek intézete (*Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus*) fogja kiszámítani egy bonyolult folyamat keretében az egy-egy szövetségi tartományra jutó szolgáltatások volumenéből. A rendelkezésre álló források szolgáltatási csoportonként és szövetségi tartományonként keletkező összegének 60%-át, az általuk a referenciaidőszakban szolgáltatási csoportonként nyújtott szolgáltatásokkal arányosan elosztják a kórházak között, Ez nem tartalmazza az ápolószemélyzetre fordított költségeket. A költségvetés fennmaradó 40%-át a kórházak az eddigiekhez hasonlóan az esetátalányoknak megfelelően kapják meg.
- ***Szektorok fölötti ellátó intézmények:*** A szektorok fölötti – korábban 1i szintbe sorolt – intézmények körébe azok a fekvőbeteg intézmények tartoznak, amelyekhez ambuláns és ápolási szolgáltatások kapcsolódnak. Azt, hogy mely kórházakat alakítják át szektorok fölötti intézményekké, a tartományok döntenek. A tervek szerint ezekben háziorvosi, vagy szakképzett ápolók általi ellátást fognak biztosítani.

A törvény elfogadásának és hatályba lépésének menetrendje:
2024 október eleje: A kormánypárti frakciók megtették módosító javaslataikat.
2024. október 18. A *Bundestag* napirendjére tűzi és szavazásra bocsátja a törvényt.
2024. november 22.: A *Bundesratban* megvitatják a törvényt, de itt nem kell dönteni róla. A tartományok egyeztető bizottság közreműködését kérhetik.
2025. március 31.: A Szövetségi Egészségügyi Minisztérium előterjeszti a szolgáltatási csoportokról és minőségügyi kritériumokról szóló továbbfejlesztett végrehajtási rendeletet, amelyet a törvényhozásnak is el kell fogadnia.
2027: Két költségvetéstől semleges évet (2025 és 2026) követően 2027-ben sor kerül a rendelkezésre állási költségvetések egy részének a kórházak részére történő kifizetésére.
2029: A kórházak térítése ettől kezdődően teljes mértékben az új finanszírozási rendszer keretében történik.

Szemelvények az általános reformfolyamat elsődleges forrásaiból
Kórházügyi reformról szóló törvény (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz):
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenhaus/krankenhausreform.html

Kérdések és válaszok a kórházügyi reformról: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenhaus/krankenhausreform/faq-krankenhausreform.html ;
Előterjesztés a kórházügyi törvényről: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/Eckpunktepapier_Krankenhausreform_final.pdf ;
Az orvostudományi kutatásokról szóló törvény (*Medizinforschungsgesetz*): https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/M/Kabinettsbeschluss_Entwurf_eines_Medizinforschungsgesetzes.pdf ;
Egészséges szívről szóló törvény (*Gesundes-Herz-Gesetz – GHG*): https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/G/GHG_bf.pdf ;
Törvény a gyógyszertári honoráriumokról és a gyógyszertári rendszer strukturális reformjáról (*Gesetz für eine Apothekenhonorar- und Apothekenstrukturreform; Apotheken-Reformgesetz – ApoRG*): https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/A/ApoRG-Apotheken-Reformgesetz_RefE.pdf ;
Törvény a sürgősségi ellátás reformjáról (*Gesetz zur Reform der Notfallversorgung*): https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/N/GE_Notfallreform_Kabinett.pdf ;
A kommunális egészségügyi ellátás megerősítéséről szóló törvény (*Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune – Gesundheitsversorgungstärkungsgesetzes (GVSG)*: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/G/GVSG_GE_Kabinett.pdf ;
Új jogszabályok és előírások az egészségügy területén 2024-ben: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/das-aendert-sich-2024-in-gesundheit-und-pflege-pm-15-12-23.html ;
Új jogszabályok a digitalizáció területén: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/bundestag-verabschiedet-digitalgesetze-pm-14-12-23.html ;
A kórházügy transzparenciájáról szóló törvény (*Gesetz zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz – Krankenhaustranzparenzgesetz*): https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/bundestag-beschliesst-krankenhaustransparenzgesetz.html ;
Nemzeti Gyógyszeripari Stratégia *(Verbesserung der Rahmenbedingungen für den Pharmabereich in Deutschland. Handlungskonzepte für den Forschungs- und Produktionsstandort)* (https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pharmastrategie/231213_Kabinett_Strategiepapier.pdf) ;
Az ápolóképzés reformja *(Gesetz zur Stärkung der hochschulischen Pflegeausbildung, zu Erleichterungen bei der Anerkennung ausländischer Abschlüsse in der Pflege und zur Änderung weiterer Vorschriften – Pflegestudiumstärkungsgesetz (PflStudStG)*: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/PflStudStG_GE_BReg_Kabinett_240523.pdf ;

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

Összehasonlító elemzés a francia és a német egészségügyről
Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES)
Les rapports de l'IRDES, n° 590 • mars 2024 (107 p.)

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

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

A jelentést az ***Egészséggazdasági Kutatási és Dokumentációs Központ (Institut de recherche et documentation en économie de la santé – IRDES)*** készítette a ***Szociális Védelem Finanszírozásának Főtanácsa (Haut Conseil du Financement de la protection sociale – HCFiPS)*** megbízásából.
Az egészségügyi kiadások GDP-hez viszonyított aránya 2022-ben Németországban 12,7%, Franciaországban 12,1% volt. Az egészségügyi kiadásokat Németországban a ***Közös Szövetségi Bizottság (Gemeinsamer Bundesausschuss – GBA)***, a betegpénztárak, kórházak, orvosok, pszichoterapeuták és fogorvosok közös grémiuma igazgatja. Ez a struktúra a magasabb munkavolumen miatt magasabb bevételeket biztosít a városi orvosoknak és rövidebb vizitidőkkel jár mint Franciaországban (átlagosan 8 perc, általános orvosoknál 16 perc).
Franciaországban a városokban az általános orvosok az összes orvos 56%-át, Németországban a betegpénztárakkal szerződött orvosok 36%-át teszik ki. Ahhoz, hogy az ambuláns szektorban praktizálhassanak, a német orvosoknak engedélyért kell folyamodniuk, amit a népsűrűség, az egy főre jutó orvosok száma, valamint az életkori és morbiditási struktúra alapján bírálnak el. Ez a rendszer korlátozza ugyan a túlellátást, de nem járul hozzá különösebben az alulellátás korlátozásához sem.
Mindkét országban egyre gyakoribbak a közösségi praxisok. A németországi városi praxisokban tendenciálisan jelentősen magasabb létszámban foglalkoztatnak ápolókat és nem ápolószemélyzetet. Egy-egy németországi praxisban átlagosan 4,6 technikai asszisztenst, orvosasszisztenst és ápolóasszisztenst foglalkoztatnak.
Ez mind a magán- mind a közösségi praxisoknál érvényes átlagérték. Pontosabban, az alkalmazott asszisztensek és ápolók száma a magánpraxisoknál 3,4, a közösségi praxisoknál 8,1. Ez a személyzeti modell Németországban rövidebb vizitidőket tesz lehetővé – feleannyit mint Franciaországban – és ezzel a napi munkaidő is rövidebb lehet.

A kórházi szektor helyzete Franciaországban kedvezőbb, Németországban ugyanis az olyan problémák, mint a kórházi túlkapacitások és az ápolók ágyszámhoz viszonyított alacsony aránya aggályokat kelt a biztosított ellátás minősége és relevanciája tekintetében. Németországban az alacsony ágykihasználtság az egészségügyi intézmények fenntarthatóságát is veszélyezteti.
A német kórházi szektor az aktivitás magas volumenéről, a hosszabb kórházi ápolási időről és az ambuláns műtétek viszonylag alacsonyabb rátájáról ismert. Ezenkívül, mint azt több szakértő megállapította, észrevehetően magas a megelőzhető kórházi kezelések rátája, ami aggodalmakra ad okot a kórházi ellátás minőségével kapcsolatban.
A kórházi karrier a privát praxishoz viszonyítva mindkét országban kevésbé vonzó, ami elsősorban az alacsonyabb bérszínvonalnak tulajdonítható. Miközben a nem orvosi személyzet javadalmazása a két országban hasonló, a segédorvosoknál jelentős különbségek tapasztalhatók. Egy segédorvos átlagfizetése Franciaországban a pályafutás negyedik évében 25%-kal elmaradt az országos átlagfizetéstől, míg Németországban annál 50%-kal magasabb volt.

Heinz Brock: A holland egészségügyi rendszer
ÖKZ 63 JG. (2022) 6-7.

Forrás Internet-helye: https://www.gesundheitswirtschaft.at/publikation/63-jg-2022-6-7/windmuehlen-sind-nicht-zum-kaempfen-da/
A holland egészségügyi rendszer három pilléren alapul.
Az első pillér elemei: a versengő biztosítótársaságokból álló betegbiztosítási rendszer, amely lefedi a gyógyító szektort. Minden holland köteles egészségbiztosítást kötni, a biztosítótársaságok pedig kötelesek mindenkit befogadni. Az általános orvosi és szakorvosi ellátásra, gyógyszerekre, segédeszközökre, terápiás szolgáltatásokra és otthoni betegápolásra kiterjedő szolgáltatási csomagot a kormány határozza meg. Kiegészítő szolgáltatások, pl. szemüveg vagy fogászati ellátás, önkéntes biztosítással fedezhetők, amelyek Hollandiában az egészségügyi kiadások 6,8%-át teszik ki. A biztosítók megállapodhatnak az árakról és minőségi követelményekről az egészségügyi szolgáltatókkal. A biztosítottaknak, a biztosító általi első költségátvállalást megelőzően jelenleg 385 EUR önrészt kell viselniük. A szülés és a pediátriai ellátás mentesül az önrész alól. Az önrésztől eltekintve, a háztartások privát költséghozzájárulásai („*Out-of-Pocket*"-rész), az állami rendszer által viselt, nemzetközi összehasonlításban igen bőkezű fedezet folytán, igen alacsonyak. A holland egészségügyi rendszer erőteljes tényezője az elsődleges ellátás, miáltal csökken a kórházi ágyak és orvosok iránti szükséglet.
A második pillér a tartós ápolás 2015-ben megreformált társadalombiztosítási rendszere. Ebben a tekintetben a mindenkor regionálisan domináns biztosító illetékes. A hollandok különösen sokat invesztálnak a tartós ápolásba, az időskorúak és fogyatékkal élők ellátásába, valamint a pszichiátriai ellátásba.
A harmadik pillér keretében, az önkormányzatok biztosítanak adóforrásokból finanszírozott népegészségügyi feladatokat, mint az oltások, szűrési programok és az egészségfejlesztés. Jóllehet a prevencióra, mint az összes többi egészségügyi rendszerben, a pénzügyi források kisebb része jut, Hollandia erre is több pénzt fordít, mint az Európai Unió tagállamainak többsége.

A kórházak privát szervezetek non-profit vállalkozásai, amelyek egy adaptált DRG-rendszer keretében számolják el szolgáltatásaikat.
A holland elsődleges ellátási rendszer további sajátossága az ápolói hivatás kiemelt jelentősége. A szakápolók széles feladatkörrel rendelkeznek, önálló kompetenciájuk körében gyógyszert írhatnak fel és endoszkópos vizsgálatot végezhetnek. A tartós és bentlakásos intézményi ápolás, amelyet Hollandiában erőteljesen forszíroznak, messzemenően az ápolók felelősségi körében valósul meg. A munkával való megterheltség és a munkaerőhiány ugyan Hollandiában is aktuális téma, az elmúlt évtizedben a hivatás vonzereje az ágazatba való folyamatos beáramlást eredményezett.

Az egészségügyi rendszer paraméterei

Lakosság (millió lakos)	17,4
Az egészségügy GDP-ből való részesedése (%)	10,2
Állami kiadások (egészségügyi összkiadások %-a)	82,6
„*Out-of-Pocket*” (egészségügyi összkiadások %-a)	10,6
Kórházi ellátás (egészségügyi összkiadások %-a)	19
Ambuláns ellátás (egészségügyi összkiadások %-a)	25,8
Tartós ápolás (egészségügyi kiadások %-a)	28,0
Prevenció (egészségügyi összkiadások %-a)	3,3
Praktizáló orvosok (1.000 lakosra)	3,72
Praktizáló ápolók (1.000 lakosra)	10,69
Általános orvosok (1.000 lakosra)	1,72
Kórházak	568
Kórházi ágyak	53.394
Születéskor várható élettartam	81,5
Megelőzhető halálesetek (évente100.000 lakosra)	144

OECD 2020, vagy a legfrissebb rendelkezésre álló adat.

[*Lásd még: A holland egészségügyi reform tanulságai, 2010. 11. sz.; A holland modell a német rendszer szemszögéből (1-2.), 2010. 36. sz.; Ambuláns orvosi ellátás Németországban, Hollandiában és Svájcban; Egységes szerkezetben 2016. 12. sz;. A verseny szerepe az egészségügyben. Németország, Svájc és Hollandia tapasztalatai (5. rész): Hollandia. A holland egészségügyi rendszer, 2016. 16. sz., Egységes szerkezetben az Archívumban is; A holland egészségbiztosítás alakulása 2006. óta. A reform hatásainak elemzése, 2018. 12-13-14-15; 17-18; Egységes szerkezetben 2018. 18. sz. és az Archívumban.*]

Heinz Brock: Az olasz egészségügyi rendszer

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

Forrás Internet-helye:
https://www.gesundheitswirtschaft.at/publikation/63-jg-2022-5/bella-figura/

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

szolgáltatásokat. A sürgősségi ellátás teljes egészében az SSN keretében működő kórházakhoz tartozik. A sürgősségi intézményekre való összpontosítás ellenére, paradox módon úgy tűnik, hogy a pandémia első fázisában éppen ez volt a fertőzés ellenőrizhetetlen terjedésének egyik tényezője.
Nemzeti szinten az egészségügyi minisztérium kezdeményezi a sarkalatos törvényeket, meghatározza az egészségügyi szolgáltatások volumenét és elosztja a szolidaritási alapot a gazdaságilag hátrányos régiók között. A 20 olasz régióban az egészségügyi ellátás területi hatáskörben valósul meg. Helyi szinten az egészségügyi hatóságok (***Aziende Sanitarie Locali, ASL***) állami kórházak vagy akkreditált privát szolgáltatók által biztosítják az ellátást. A regionális kormányok háromévente készítenek egészségügyi tervet, amelyben rögzítik a kórházak vagy helyi egészségügyi hatóságok működésének pénzügyi kereteit. Mivel az adóforrásokat a régiók maguk szabják meg, a gazdagabb északi régiók sokkal jobb ellátást tudnak biztosítani, mint a szegényebb déliek.
Az általános orvosok és gyermekorvosok kapuőr szerepet töltenek be. A polgárok legalább 12 hónapos időtartamra háziorvost választhatnak, aki biztosítja számukra az elsődleges ellátást, a megelőzést és a szakorvoshoz való beutalást. Az általános orvosok többnyire önálló praxisokban működnek és minden bejelentett beteg után az adott régió megélhetési költségei és saját szolgálati idejük szerinti fejkvótában részesülnek. Ezenkívül bizonyos speciális szolgáltatásokat, pl. viziteket is elszámolhatnak. A gyermekorvosok szabadfoglalkozásúként vagy az SSN keretében alkalmazott családorvosként is működhetnek.
A betegek állami vagy privát szolgáltatókhoz fordulhatnak szakorvosi kezelés céljából. Ez attól függ, hogy kivárják-e míg sorra kerülnek a várólistán, ill. hajlandók-e maguk fizetni a költségeket. Az ingyenes szakorvosi ellátáshoz való hozzáféréshez családorvosi beutaló kell. A fogorvosok, nőgyógyászok és gyermekorvosok beutaló nélkül is igénybe vehetők. Az SSN nem téríti a fogászati ellátásokat. Az SSN keretében foglalkoztatott orvosok fizetést kapnak és közalkalmazotti jogviszonnyal rendelkeznek. Jogukban áll privát praxist működtetni, ahol szolgáltatásaikért honoráriumot számolhatnak el. Nem ritka, hogy a privát praxisok szerződéssel, vagy akár helyileg is az SSN intézményeiben működnek.

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

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

OECD Health Data 2020

Olaszország, amely az Európai Unió harmadik legnagyobb gazdasága, átlagosan kevesebbet költ egészségügyre, mint az európai átlag. Az egészségügyre fordított források elosztása természetszerűen tükröződik az infrastrukturális és személyügyi paraméterekben. Az ápolószemélyzet létszáma nem éri el, az orvosoké meghaladja az európai átlagot.
Az olasz lakosságot hosszú várólisták sújtják, ami az elsődleges, szakorvosi és kórházi ellátással való alacsony elégedettségben is megmutatkozik. Az egészségügyi rendszer további indikátora, amelyet sürgősen javítani kellene, a sürgős műtétekre, többek között combnyaktörés miatti műtétre való várakozási idő. E műtétet az esetek alig több mint felénél végzik el a kórházba történő beutalást követő két napon belül, ami jóval elmarad a nemzetközileg elfogadott követelményektől.
Az egészségügyi beruházások mértéke a többi európai országhoz viszonyítva ugyancsak átlagon aluli. Számolva a lakosság elöregedésével és ezzel kapcsolatban a terápiás és ápolási szükségletek növekedésével, a körülmények belátható időn belül aligha fognak változni. Ennélfogva aztán még az is elképzelhető, hogy az Olaszországban nyaralók betegség esetén inkább légimentővel vagy gépkocsival utazzanak haza, mintsem ott kezeltethessék magukat.

Heinz Brock: A svéd egészségügyi rendszer

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

Forrás Internet-helye: https://www.gesundheitswirtschaft.at/publikation/64-jg-2023-12/das-gesundheitssystem-in-schweden-vorbild-und-schreckgespenst/
A svéd állami egészségügyi szolgálat finanszírozása csaknem teljes egészében adóbevételekből történik. A privát biztosítások jelentősége elenyésző, a privát költséghozzájárulások mértéke Európában a legalacsonyabbak közé tartozik. Az egészségügyi szolgáltatók szervezete és finanszírozásának biztosítása a 21 tartomány és részben a 290 település hatáskörébe tartozik. A jogi keretfeltételek megteremtése és a célzott aktivitások ösztönzését célzó pénzügyi források elosztása kormányzati szinten történik. A tartományok és települések szintjén a helyi szükségletek szerint politikai grémiumok döntenek az adóforrások egészségügyi ellátások céljaira történő elosztásáról. Ebben a tekintetben nincs fölérendelt állami tervezés, ami regionális egyenlőtlenségekhez vezet (főleg az urbánus és vidéki területek között).
A svéd nemzeti népegészségügyi hatóság (***Folkhälsomyndigheten, Public Health Agency***) politikai kezdeményezésekkel támogatja a lakosság egészségi állapotának javítását. A következetes népegészségügyi stratégia és a prevenció eredményei: a dohány- és alkoholfogyasztás rátája Európában itt a legalacsonyabb és magas a

születéskor várható élettartam. A pandémia kezelése tekintetében ***Anders Tegnell állami főepidemiológus*** kevésbé restriktív intézkedéseket javasolt a kormányzatnak, mint azt más országokban tették, a magas halálozási ráta miatt azonban számos kritikával illették.
A svéd betegek számára az ellátórendszerrel való első kontaktust az esetek többségében a regionális elsődleges ellátási központok (PCC) jelentik, amire telefonon, elektronikus időpontfoglalással, vagy személyes bejelentkezéssel kerül sor. Alternatívaként a nemzeti telefonos vagy online-szolgálat is igénybe vehető. Végül a privát digitális egészségügyi szolgáltatók videó-konzultációkat is felkínálnak. A digitális szolgáltatások és a direkt orvosi vizitek honoráriuma között nincs különbség. A digitális elsődleges egészségügyi szolgáltatások népszerűsége a pandémia óta folyamatosan növekedik. A svéd kormányzat, főleg 2021. óta célul tűzte az elsődleges ellátás szerepének megerősítését. Egy tipikus PCC négy-hat általános orvost, továbbá ápolókat, pszichológusokat és terapeutákat foglalkoztat.
A svéd betegek elvben szabadon választhatnak szolgáltatót. Az elsődleges ellátók kapuőri funkciója regionálisan változó. A betegeknek 2022. óta regisztrálniuk kell magukat az általuk választott PCC-nél, amit a lakosság 91%-a elfogadott. Egy-egy PCC a lakosság 92%-a számára tíz percen belül elérhető. A PCC-k bevételei regisztrált betegenként egy kockázatilag korrigált regionális átalányból és különböző kiegészítő elszámolásokból, mint szolgáltatási honoráriumokból és minőségi pótlékokból tevődnek össze.

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

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

OECD Health Data 2023

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

Heinz Brock: A norvég egészségügyi rendszer

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

Forrás Internet-helye:
https://www.gesundheitswirtschaft.at/publikation/64-jg-2023-1-2/im-land-der-fjorde/

A pandémia Norvégiát sem kímélte, de az egészségügyi rendszer sikeresen birkózott meg a kihívással. Ennek magyarázata: az erőteljes elsődleges ellátási szektor, hatékony prevenciós programok, a digitális rendszerek alkalmazása. Norvégia a best-practice kiváló példája a hatékony egészségpolitika vonatkozásában. A pandémia sokkal gyengébb következményekkel járt mint más országokban: A fertőződési és halálozási ráták kilencszer alacsonyabbak voltak mint Európa többi részén. Norvégia egyike annak a három európai országnak, ahol a várható élettartam 2020-ban – még a 80 év fölöttiek körében is – növekedett. A halálozási ráta a pandémia második hulláma idején alacsonyabb volt mint az első idején.
A norvég egészségügyi rendszer túlnyomórészt állami struktúrákra épül. A kórházi és szakorvosi ellátást négy regionális egészségügyi hatóság biztosítja. Az elsődleges ellátást és a népegészségügyi szolgáltatásokat a területi önkormányzatok bocsátják rendelkezésre. Az államilag finanszírozott ellátási kínálat rendkívül átfogó, de a kórházi ellátásban és az ápolási otthonoknál privát önrészeket is alkalmaznak. Az „*out-of-pocket*“-fizetések a gyermekek, a terhes nők, a minimálnyugdíjasok számára általában évente 2.460 NOK-ra (235 EUR) korlátozódnak.
Norvégia átfogó egészségügyi ellátást biztosít polgárai számára, amely bilaterális egyezmények keretében az Európai Gazdasági Térség és Ausztrália polgáraira is kiterjed. A szolgáltatásokhoz való hozzáférés kevésbé függ a betegek szociális helyzetétől, mint az EU-tagállamok átlagában. Csak a fogászati ellátás területén jelentkeznek szociális különbségekből adódó eltérések.
Az általános orvosok általában szerződésben állnak az önkormányzatokkal és többnyire csoportpraxisokban működnek. Kórházba történő beutalás és szakorvoshoz irányítás

tekintetében kapuőr szerepet töltenek be. A polgárok szabadon választhatnak kórházat és szakorvost. Kórházi kezelés esetén a szabad választás a teljes európai térségre kiterjed, utazási költségek visszatérítése nélkül.
Az elsődleges ellátási szektor dominanciája miatt a szakorvosi területeken, pl. sebészeti szakoknál orvoshiány mutatkozik. Egyes elektív beavatkozásoknál, mint szürkehályog-, csípő- és térdprotézis-műtéteknél a várólisták hosszabbak mint más európai országokban. Az egészségügyi minisztérium 2021-ben az összes intramurális kezelés tekintetében visszaállította a várakozási idő 50 napnál rövidebb garanciáját.

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

OECD Health Data 2020

Az egy főre eső egészségügyi kiadások a legmagasabbak közé tartoznak Európában, jóllehet az összkiadások GDP-hez viszonyított aránya elmarad az EU-átlagtól. Az egészségügyi kiadások 85%-át állami forrásokból és társadalombiztosítási járulékokból finanszírozzák, ami Európában a legmagasabb arány. A fennmaradó 15% a privát háztartásokra hárul („*out-of-pocket*"). Az egészségügyi összkiadások nagyjából 30-30%-os arányban oszlanak meg a kórházi fekvőbeteg és ambuláns ellátás, valamint a tartós ápolás között. Ez azt jelenti, hogy Európában tartós ápolásra Norvégia költ a legtöbbet. A kórházak mellett gyógyszerre és orvostechnikai eszközökre fordított költségek az EU-átlagnál alacsonyabbak, a prevencióra fordított kiadások nagyjából megfelelnek annak.
A norvég egészségügyi rendszer személyügyi ellátottsága nemzetközi összehasonlításban igen kedvező. Orvosok tekintetében az élvonalhoz tartozik, ápolók tekintetében első helyen áll. Ennek ellenére törekvések tapasztalhatók a fenyegető ápolóhiány megelőzésére. Szembetűnő adat, hogy a Norvégiában működő orvosok és ápolók körében igen magas a külföldön végzettek aránya. Az orvosok több mint 40%-a külföldi diplomával rendelkezik. Ezek fele azonban Norvégiában született, az

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

Sissi Eigruber: Hogyan küzdött meg a dán egészségügyi rendszer a pandémiával?
Das österreichische Gesundheitswesen (ÖKZ), 62. Jg. (2021) 11.

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

A pandémia Dániában 2021 szeptember végéig 2.646 halálos áldozatot követelt, 1.000 lakosra 0,5 koronavírus miatti haláleset jutott (Ausztriában 1,2, Németországban 1,1); a lakosság 75%-a teljesen immunizált volt (Ausztriában 60%, Németországban 65%). Dánia valamit mindenképpen jól csinált. A pandémia halálos áldozatainak száma a népességszámhoz viszonyítva Finnországban, Norvégiában és Izlandon még Dániánál is alacsonyabb volt. Svédországban viszont 1.000 lakosra 1,4 haláleset jutott. Az ***Anders Tegnell svéd főepidemiológus*** által ihletett lockdown és maszkviselési kötelezettség nélküli különutasság jó gazdasági adatokkal járt, de magas halálozást eredményezett. Dánia a pandémia sikeres megfékezésének pozitív példája. ***Dr. Thomas Czypionka egészségügyi közgazdász (Institut für Höhere Studien – IHS, Wien)*** és ***Hanne Foss Hansen (Institut for Statskundskab, Københavns Universitet)*** egybehangzó következtetése szerint a dán siker titka a lakosságnak a kormányzat iránti bizalma és normakövető magatartása.
A koronavírus elleni oltási kampány 2020 december végén kezdődött és 2021 július végéig a lakosság egyharmadát, szeptember végéig 75%-át teljesen beoltották. A dán kormány gyorsan reagált a pandémiára. Az első eseteket 2020. február 27-én regisztrálták, március 11-én pedig már elrendelték az iskolák és egyes közintézmények bezárását. Ausztriában az első lockdown-t 2020. március 16-án, Nagy-Britanniában március 23-án rendelték el.
Mindezen lépéseknél Dánia előnyére vált, hogy az egészségügy digitalizációja tekintetében jelentős eredményekkel rendelkezett. Ez megkönnyítette az oltási kampány lebonyolítását, az emberek tudták, hol kell bejelentkezniük az oltás időpontjáért. A kormánynak lehetősége volt az egyes polgárokkal való elektronikus kommunikációra. A dán digitális oltási regiszter bevezetésére 2013-ban került sor.
Az eddigi sikerek ellenére mind a politikusok, mind a virológusok ódzkodnak a diadalittas kijelentésektől. ***Soren Riis Paludan, a virológia professzora (Aarhus Universitet)*** úgy kommentálta a korlátozások feloldását, hogy „az ajtót ugyan megnyitottuk, de azt is megmondtuk, hogy szükség esetén azt újra bezárhatjuk".
[*Lásd még: Lakossági vizsgálat Dániában a koronavírussal való újrafertőződésről, 2021. 8. sz.*]

Heinz Brock: A finn egészségügyi rendszer
Das österreichische Gesundheitswesen (ÖKZ), Jg.63. (2022) 10.

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

Finnország magas életszínvonallal rendelkező jóléti állam. Egymásután ötödik alkalommal a *World Happiness Report* első helyezettje. Egészségügyi rendszere kiállta a pandémia próbáját: a fertőzési ráta és a halálesetek száma a legalacsonyabb volt az Európai Unióban. Az ország a pandémia idején hibrid védekezési stratégiát alkalmazott: célzottan óvta a kockázati csoportokat és szigorú általános intézkedéseket vezetett be. A szigorú tesztelési és nyomkövető rendszer működtetése az előrehaladott digitalizáció és a lakosság információtechnológiai affinitása által vált lehetővé. 2020 novemberig a lakosok 45%-a töltötte le a nyomkövető alkalmazást.
A finn kormány 2022-ben 144 pontot tartalmazó egészségügyi reformot fogadott el. Célja egyebek között, hogy Finnország 2030-ig erősítse meg vezető szerepét a digitális egészségügy területén.
Ha a finn egészségügyi rendszer eredményei közül valamit igazán ki kell emelni, akkor az az információs és kommunikációs technológiák alkalmazása. Ezek fokozott fejlesztése 2000-ben vette kezdetét. Azóta bevezették a mind az állami, mind a privát egészségügyben alkalmazott elektronikus betegdokumentumot. Az általános orvosok és szakorvosok közötti beutalási rendszer és elektronikus konzultáció zökkenőmentesen működik. Az elektronikus recept és a személyes egészségügyi digitális adatokhoz való hozzáférés mindennapossá vált. A telekonzultációk száma 2020-ban 0,1 millióról 2,1 millióra növekedett. Az orvosok széles körben alkalmazzák a bizonyítékokon alapuló döntéstámogató rendszert. Különlegesség az egyetemi klinikák közös projektje, a „virtuális kórház”.
A finn egészségügyi rendszer célzottan épít az egészségfejlesztésre és a prevencióra. Az egészségügyi kiadások több mint négy százalékát megelőzésre fordítják. A szűrési programok és hatékony kezelések eredményeként több rákos diagnózisnál (prosztata-, mell-, petefészek-, vastagbél- és tüdőráknál) megnövekedett a túlélési ráta. Finnország 2030-ig kitűzött dohányzásmentesítésének terve menetrendszerűen halad. Az egészségügyi témák, más skandináv országokhoz hasonlóan a „***Health-in-all-Policies***“ elvét követve, beépülnek minden állami döntésbe. A politika transzparenciára és választási lehetőségre összpontosít: ezért az ellásokhoz és kezelési opciókhoz való hozzáférésre irányuló információs platformok a polgároknak nyújtott szolgáltatásként jelennek meg. A törvényhozás garantálja a betegjogokat és az ellátásokra való jogosultságot.

Az egészségügyi rendszer paraméterei

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

Kórházak	249
Kórházi ágyak (1.000 lakosra)	2,83
Egy főre eső orvoslátogatás évente	4,20
Kórházi kezelés (1.000 lakosra)	143
Születéskor várható élettartam	82
Megelőzhető halálesetek (évente100.000 lakosra)	188

OECD 2020, vagy a legfrissebb rendelkezésre álló adat.

A finn egészségügyi rendszer struktúrája decentralizált és fragmentált. Az, ami a szórványos lakosság ellátása számára hagyományosan előnynek számított, mára a rendszer hatékonysága szempontjából tehertétellé vált. A szolgáltatások szervezésének és finanszírozásának oroszlánrésze a 311 települési önkormányzatra hárul, amelyek a tervezés területén is széleskörű autonómiával rendelkeznek. Ők illetékesek az elsődleges és a szakorvosi ellátásért, amelyek működtetésére saját intézményeket hozhatnak létre. De arra is jogosultak, hogy a kommunális egészségügyi ellátást más járásoktól vagy privát szolgáltatóktól vásárolják meg. Az elektív esetek első kontaktpontjai a helyi egészségügyi központok, amelyek kapuőr-funkciót is betöltenek a szakorvoshoz irányítás vagy kórházba való beutalás tekintetében. A finn társadalombiztosítási intézet (*Kansaneläkelaitos – Kela*) minden lakos számára fedezi a gyógyszerek, privát egészségügyi szolgáltatások és a betegszállítás költségeit. Fizeti továbbá a betegszabadságot és a táppénzt.
A vállalkozások kötelesek munkahelyi egészségügyi ellátást biztosítani foglalkoztatottjaik részére, amelyet maguk, vagy egészségügyi központokkal vagy privát szolgáltatókkal kötött szerződések keretében működtethetnek. A vidéki lakosság, a keresettel nem rendelkezők és a nyugdíjasok azonban nehezebben jutnak hozzá a szolgáltatásokhoz. A szociális és egészségügyi minisztérium 2021-ben intézkedési tervet fogadott el az egyenlőtlenségek kiküszöbölésére. Előrelépés történt a kórházügy területén. A kórházi ágyak száma 2000. óta megfeleződött, de több kórházat nagyobb egységekbe integráltak, 20 integrált kórházi körzet kialakítására került sor.

Függelék

Pódiumbeszélgetés a finn egészségügyi rendszerről
Deutschéd Ärzteblatt, 24. Juni 2024

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

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

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

hatályba, 309 municipalitásról 22 nagyobb szereplőre (21 jóléti tartományra és Helsinkire) helyezi át az egészségügyi, szociális és mentőszolgálatokért való felelősséget. – European Commission. Finland finalises its largest-ever healthcare reform:
file:///C:/Users/B%C3%A9la/Downloads/ESPN%20-%20Flash%20report%202022%20-%2039%20-%20FI%20-%20June%202022.pdf]
A gyéren lakott Finnországban a népsűrűség 18 lakos/km^2 (Németországban 240 lakos/km^2). A SOTE-reform a regionálisan szervezett rendszer bevezetésével nagyobb egységekbe tagolta az ellátást. Összességében most már 21 régió, valamint Helsinki és Åland autonóm régió illetékes az egészségügyi, szociális és mentőszolgálatok szervezéséért. A finanszírozás állami dotációkból történik, amelyek egyebek között a lakosságszámhoz és az egyes régiók betegségterhéhez igazodnak.
Finnországban az elsődleges ellátás területén a legfontosabb szolgáltatók az egészségügyi központok. Ezek további feladati közé tartoznak az egészségügyi tanácsadás, az oltások, a megelőző vizsgálatok, a fogászati ellátás és a bázisdiagnosztika. A nagyobb központok ágyakkal rendelkező osztályok is rendelkezésre állnak. Ez a lehetőség a betegek megfigyelését és a krónikus betegek idejében való ellátását biztosítja.
Beckebans szerint az orvosok tehermentesítése céljából Németországban is fontos lenne bővíteni az ápolók, terapeuták és az ápolóképzés területén meghonosodott új szakirányok körében (mint *e-Nurses*, *Physician Assistants*, vagy a *VERAH/NäPa*) képesítettek hatáskörét. Preusker hozzátette, ez Finnországban már valóság, az ápolók kiemelt szerepet töltenek be az elsődleges ellátásban. [*VERAH*: „*Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis*” – háziorvosi asszisztens; *NäPa*: „*Nicht-ärztliche Praxisassistentin*” – nem orvosi (képzettségű) praxisasszisztens]
Mint Preusker kifejtette, ezekre a képzések kizárólagosan egyetemeken kerül sor. A különböző továbbképzések keretében az ápolók elsajátítják bizonyos gyógyszerek felírásának és az orvosok által írt rendelvények meghosszabbításának módját.
A finn egészségügyi intézményekben működő ápolók fontos feladatokat vesznek át az esetmenedzsment területén, dönthetnek arról, hogy szükség van-e orvosi vizsgálatra vagy tanácsadásra. A szakirányok és szakmai csoportok közötti kooperáció multiprofesszionális teamek keretében valósul meg.
Beckebans utalt arra, hogy a német egészségügy még mindig fokozottan orvosközpontú, az orvostársadalom pedig szkeptikusan viszonyul a feladatok delegálásához. Az ellátás jövőbeli biztosításához és az orvosok tehermentesítéséhez azonban ennek változnia kell. Példaként említette, hogy Finnországban az egészségügyi központokban a triázst is átruházzák a szakképzett ápolókra.
Finnországban a digitalizáció is már régóta az egészségügyi ellátás eszköztárába tartozik. Az elektronikus receptet 2008-ban vezették be és a finn receptek már Svédországban és Észtországban is kiválthatók. Ezenkívül az elektronikus beutalási rendszer, a betegek átirányítása, a kórházból való elbocsátás, a digitális vizitek és a betegnek nyújtott speciális e-health-szolgáltatások az egészségügyi rendszer tehermentesítését szolgálják.
Az egész országra érvényes elektronikus betegdokumentumot 2010-ben vezették be Finnországban. Ez lehetővé teszi a betegek számára orvosi jelentéseik, laborleleteik,

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

Heinz Brock: Az észt, a lett és a litván egészségügyi rendszer
Das österreichische Gesundheitswesen (ÖKZ), 64. Jg. (2023) 8-9. ; 8. Sept. 2023

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

A három balti állam egészségügyi rendszerének felépítése nagyjából hasonló. Egy adóforrásokból finanszírozott központi intézmény egészségügyi szolgáltatásokat vásárol állami és privát szolgáltatóktól. A kórházak, akárcsak az elsődleges ellátási központok többnyire állami tulajdonban vannak. A szabadfoglalkozású általános orvosok és a szakorvosok viszont már privát praxisokban működnek. Az egészségügyi kiadások GDP-hez viszonyított aránya messze elmarad az EU átlagától. Az alulfinanszírozottság az orvosi ellátásokért fizetett privát költséghozzájárulások magas arányában is megmutatkozik. Észtországban az egészségügyi összkiadások egynegyedét, Lettországban és Litvániában egyharmadát a betegek viselik. Észtországban a lakosság öt százaléka nem rendelkezik egészségbiztosítással, mivel ezt foglalkoztatási viszonyhoz kötik. Lettországban az egészségügyi ellátást alkotmányos jogként mindenki számára garantálják, az állami egészségbiztosítási szolgáltatások volumene azonban korlátozott és elterjedt az önrészek alkalmazása. Ezzel szemben Litvánia átfogó szolgáltatási csomagot biztosít összes polgára számára, de a költségáthárítások itt is jelen vannak.
Érdekes különbségek mutatkoznak az egészségügyi szolgáltatók személyügyi ellátottsága területén. Az orvosi és ápolószemélyzet létszáma Észtországban és Lettországban messze elmarad az EU átlagától. Litvániában viszont az orvosok létszáma meghaladja, az ápolószemélyzeté eléri az EU átlagát. Így az ország képes jól működtetni viszonylag költséges kórházi rendszerét. Az ápolóhiány megnehezíti a szolgáltatásokhoz való hozzáférést. Az Európai Unióban átlagosan az emberek 1,7%-a szembesül hosszú várakozási időkkel, az ellátóhelyektől való távolságokkal, a szükséges kezelések igénybevételének pénzügyi akadályaival. Ebben a statisztikában Észtország első helyen (15,4 %), Lettország a negyedik helyen (4,3 %) áll Európában. Litvánia jobb személyügyi ellátottsággal rendelkezik és biztosíthatja az ellátásokhoz való gyorsabb hozzáférést.
A nehézségek ellenére nem lebecsülendő a balti államok 1991-es függetlenné válása és az EU-hoz való 2004-es csatlakozása óta elért előrelépés. Észtországban a születéskor várható élettartam 2000 és 2020 között 7,5 évvel növekedett, erőteljesebben, mint az EU bármely országában. Lettország 2010. óta 75%-kal növelte egészségügyi kiadásait. Litvánia népegészségügyi kampányaival féket vetett a magas alkohol- és dohányfogyasztásnak.
A korlátozott pénzügyi lehetőségek példamutató innovációs teljesítményekre kényszerítenek. Észtország évek óta az e-health-fejlesztések éllovasa. Az észt ENHIS egészségügyi információs rendszer kivétel nélkül kiterjed minden orvosra, kórházra, gyógyszertárra, a betegdokumentumokra. [*Lásd még: Jelentés a kórházak helyzetéről*

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

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

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

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

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

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

Finanszírozás és szervezet

Jóllehet Svájcban a polgárok általában elégséges védettséggel rendelkeznek az orvosi ellátás költségeivel szemben, a privát költségek (pl. fogászati kezelések), önrészek és költséghozzájárulások az átlagot meghaladó mértékben sújtják az alacsonyabb jövedelemmel rendelkező háztartásokat.
A svájci egészségügyi rendszer specifikuma a föderalizmus, a liberalizmus, a korporatizmus és a direkt demokrácia befolyásának keveredése. A kötelező biztosításokra, a képzésre, a szakképzett személyzet akkreditációjára, az orvostechnikai 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 decentrálisan 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 érdekképviselet, 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 – **Tar**if der **med**izinischen 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 „kapuőrhöz” való kötődéssel korlátozzák a választás szabadságát és ezért tarifakedvezményt kínálnak. Az egészségügyi közgazdászok szerint emiatt az ambuláns ellátás igénybevétele egyharmaddal csökken.

Külföldi munkavállalók számára Svájc maga az ígéret földje

A kifejezetten jó munkakörülmények erőteljes ösztönzést jelentenek a külföldi szakképzett munkaerő számára, így máris túlkínálattól lehet tartani. Ezért a kantonok jogszabály által lehetőséget kaptak arra, hogy korlátozzák a biztosítási szolgáltatások elszámolásának engedélyezését. Ezzel a lehetőséggel kevés kanton élt. A praktizáló általános orvosok körében jelentkező 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.

Heinz Brock: A horvát egészségügyi rendszer

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

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

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

klinikák állami tulajdonban vannak. Az egészségügyi központok, népegészségügyi intézmények, közgyógyszertárak szervezete azonban decentrális. Ezeket a 21 megye („*zupanija*“; „ispánság”) üzemelteti. És ők üzemeltetik az általános kórházakat és a speciális klinikák többségét is. Az utóbbi években privatizálták az általános orvosi praxisok és fogászati rendelők többségét. A polgárok szabadon választhatnak általános orvost és fogorvost. Az ellátáshoz való hozzáférés érdekében minden közigazgatási egységben legalább egy (Zágrábban három) elsődleges ellátási centrumot kell működtetni. A társadalombiztosítás által nyújtott összes egészségügyi szolgáltatást a horvát egészségügyi alap (*Croatian Health Insurance Fund – CHIF; Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje*; https://hzzo.hr/en ; https://hzzo.hr/) finanszírozza.
A horvát társadalombiztosítás kötelező biztosításként működik, kilépésre nincs mód. A szolgáltatási csomag átfogó és csaknem a teljes lakosságra kiterjed. A horvátországi lakosok és a három hónapnál hosszabb ideig Horvátországban élő külföldiek teljeskörű biztosítási védelemmel rendelkeznek. A munkaviszonnyal nem rendelkező közeli hozzátartozók a járulékfizetővel együttes biztosítással rendelkeznek. Önrészeket is alkalmaznak.
A gyermekek, várandós nők, a fogyatékkal élők és a 65 év fölöttiek, továbbá az oltások és a palliatív ellátásban részesülők mentesülnek az önrészfizetés alól. A társadalombiztosítás a kötelező biztosítás volumenét meghaladó kiegészítő biztosítási csomagokat is felkínál. Ezek vagy csak az önrészeket fedezik, vagy magasabb díj fejében jobb minőségű ellátásokat bocsátanak rendelkezésre.
Az egészségügyi alap bevételeinek többsége a biztosítottak járulékaiból származik. A befizetendő járulék a bruttóbér 16,5%-a (földművesek és a klérus számára 7,5%, az átlagnyugdíjat meghaladó nyugdíjasok számára 3%). Egyes csoportok, mint a fogyatékkal élők, mentesülnek a járulékfizetési kötelezettség alól. A pandémia idején és a gazdasági teljesítmény ezzel járó teljesítménycsökkenésével összefüggésben a járulékbefizetések a 2019-es 81,9%-ról 2020-ban 74,2%-ra estek vissza, amit részben állami támogatással kompenzáltak.

Az egészségügyi rendszer paraméterei	**HR**
Lakosság (millió lakos)	4,0
Az egészségügy GDP-ből való részesedése (%)	7,8
Állami kiadások (egészségügyi összkiadások %-a)	84,2
Egy főre eső kiadások (USD, vásárlóerő paritás)	2.080
Praktizáló orvosok (1.000 lakosra)	3,56
Praktizáló ápolók (1.000 lakosra)	7,08
Kórházi ágyak (1.000 lakosra)	3,54
Születéskor várható élettartam	76,8
Megelőzhető halálesetek (évente100.000 lakosra)	296
Akut miokardiális infarktus (AMI) miatti 30 napon belüli halálozás (%)	11,6

OECD 2020, vagy a legfrissebb rendelkezésre álló adat.

Az egészségügyi kiadások mind az egy főre eső kiadások (2019: 2.168 USD), mind a GDP-hez viszonyított kiadások (2019: 6,9%) tekintetében alacsonyabbak mint az EU-ban. Az egészségügyi összkiadások 81,9%-a (2019) állami forrásokból származik, az out-of-pocket-fizetések aránya 2019-ben 11,5% volt. Az egészségügyi kiadások több mint 20%-a gyógyszerekre és gyógyászati segédeszközökre jut (EU-átlag: 13,9%).
Az orvosi és ápolószemélyzet létszáma nem éri el az európai átlagot. Különös nehézséget jelent a személyzet aránytalan területi megoszlása. Az aránytalanság a kórházi erőforrásokra is jellemző. A kórházi ágyak, elsősorban az aktív ágyak száma ugyancsak az európai átlag alatt van. A nagykészülékekkel való ellátottság, a tartós ápolás és a palliatív ellátás helyzete is kritikus. Műtétekre és diagnosztikai eljárásokra hosszasan várakozni kell. A kórházi ápolási idő 8,2 nap, jóval meghaladja az EU-átlagot.
Az általános orvosok és fogorvosok honoráriumai fejkvóták, tarifajellegű szolgáltatástérítés és minőséghez kapcsolódó bónuszok kombinációjából állnak össze. A szabadfoglalkozású szakorvosok szolgáltatásait tarifakatalógus szerint, az ambuláns kórházi ellátásokat szolgáltatások szerint, az állami kórházaknál a fekvőbeteg szolgáltatások 90%-át globális költségvetésből, 10%-át DRG-rendszer keretében számolják el.
A horvát kormány a 2021 és 2027 közötti nemzeti fejlesztési stratégia keretében ambiciózus célkitűzéseket fogalmazott meg: az ellátásokhoz való hozzáférés és ezek minőségének javítása, egy hatékony egészségügyi rendszer kiépítése. Ám az olyan fontos kulcsfontosságú indikátorok, mint a krónikus betegek kórházba való beutalása megelőzésének rátája, rávilágítanak, hogy milyen messze van Horvátország az európai színvonaltól.

Heinz Brock: A cseh egészségügyi rendszer

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

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

A független Csehszlovákia megalapítását követően a társadalombiztosítás területén alkalmazott hagyományos Bismarck-rendszer fokozatosan leépült. 1938-ban már a lakosság fele rendelkezett privát egészségbiztosítással. A második világháború után bevezetett szovjet típusú centralizált állami rendszer olyannyira nem volt működőképes, hogy az 1960-as-1980-as évekre a lakosság ellátása folyamatosan rosszabbodott. Az 1989-es rendszerváltást követően elkezdődött a társadalombiztosítási önkormányzatok, egészségbiztosítási pénztárak rendszerének kiépítése és a kórházak kivételével az állami struktúrák lebontása.
Az egészségbiztosítási pénztárak egyre több szolgáltatóval kötöttek egyedi szolgáltatásokon alapuló szerződéseket, ami azonnali költségnövekedéssel járt. 1997-től az általános orvosokkal egyedi szolgáltatásokról kötött elszámolásokat átalányokkal helyettesítették, a kórházaknak pedig fix költségvetéseket biztosítottak, a szabadfoglalkozású szakorvosok számára volumenkorlátot vezettek be. A 2003-ban bevezetett reform keretében a kórházak állami tulajdonát a kórházak mintegy felénél független regionális fenntartókra, később részben részvénytársaságokra ruházták át.

Az 1990-es évek elején bevezetett társadalombiztosítási rendszer hét állami felügyelet alatt álló társadalombiztosítási társaságból áll, amelyek a szolgáltatások finanszírozói és vásárlói. A biztosítótársaságok közötti konkurencia korlátozott, a szolgáltatási csomagok csak minimális mértékben különböznek. A polgárok szabadon választhatnak biztosítót, a biztosítóknak pedig nincs lehetőségük a biztosítottak szelekciójára, mindenkit be kell fogadniuk. A kötelező biztosítás széles kínálata kiterjed az ambuláns és kórházi ellátásra, a gyógyszerekre, egyes fogászati ellátásokra, rehabilitációra, tartós ápolásra.
A privát biztosítás csekély jelentőséggel rendelkezik. Az egészségügyi szolgáltatók az egészségbiztosítási alap (*Zdravotní pojištovna*) keretében számolják el szolgáltatásaikat, havonta előleget, a következő évben pedig végleges elszámolást kapnak a szolgáltatásokról. A kórházak és speciális központok többsége az állam, a regionális hatóságok vagy az önkormányzatok tulajdonában van. A szabadfoglalkozású orvosok többsége privát praxisokban működik. Az általános orvosok nem rendelkeznek kapuőr funkcióval.
Az egészségügyi minisztérium (*Ministerstvo zdravotnictví*) legfontosabb háttérintézményei: az állami népegészségügyi intézet (S*tátní zdravotní ústav*), az egészségügyi információs és statisztikai intézet (*Ústav zdravotnických informací a statistiky*), az állami gyógyszerügyi intézet (*Státní ústav pro kontrolu léciv*) és a regionális egészségügyi hatóságok (*Krajské hygienické stanice*).

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

OECD Health Data

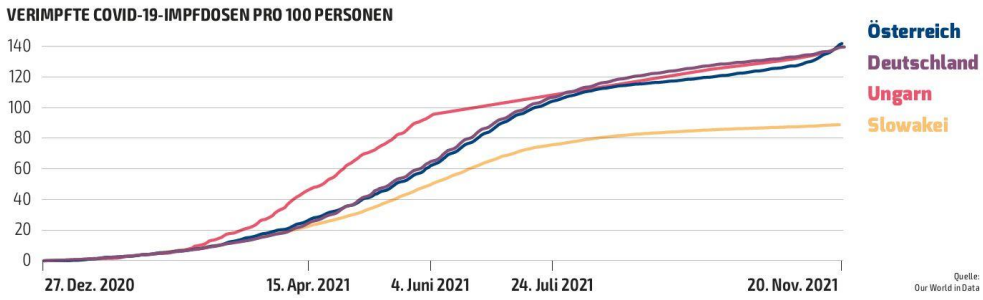
Az egészségügyi kiadások a GDP 7,8%-át teszik ki (2019). Az egy főre eső egészségügyi kiadások összege 2.362 EUR, jóval elmarad az európai átlagtól. A kiadások többségét az állam finanszírozza (2019-ben azok 82%-át, ami meghaladja a 79,7%-os EU-átlagot), ami elsősorban a kötelező biztosítás keretében valósul meg. A „gazdaságilag inaktív személyek" (diákok, nyugdíjasok, munkanélküliek) számára fizetett állami hozzájárulás most már a kötelező biztosítás bevételeinek egynegyedét teszi ki.
A születéskor várható élettartam ugyan 2020-ban 78,3 év volt (EU 80,6), ami elmarad az elmúlt tíz év európai átlagától, a kelet-európai országok körében azonban Szlovénia és Észtország után a legmagasabb. A pandémia más európai országokhoz hasonlóan a születéskor várható élettartam csökkenését okozta. A COVID19 2020 augusztus végén 30.400 halálos áldozatot követelt, ami nagyjából 80%-kal haladja meg az EU-átlagot (2.843 vs. 1.591/egymillió lakos).
Az egészségügyi minisztérium stratégiai tervet készített az egészségügyi rendszer 2030-ig való továbbfejlesztésére. Ennek célkitűzései között szerepel a lakosság egészségkompetenciájának javítása és a prevencióra való fokozottabb összpontosítás.

Sissi Eigruber: A szlovák egészségügy a pandémia idején
Das österreichische Gesundheitswesen (ÖKZ), 62.JG (2021) 12. 15. Dez 2021, 12:22

Forrás Internet-helye: https://www.gesundheitswirtschaft.at/publikation/62-jg-2021-12/wenn-die-ampeln-trauer-tragen/
Szlovákiában 2021 novemberében az újonnan fertőződöttek hétnapos átlagértéke 9.020 volt. Az 5,5 millió lakossal rendelkező országban ez újabb csúcsot jelentett. ***Richard Kollar matematikus (Univerzita Komenského v Bratislave)*** arra figyelmeztetett, hogy az elkövetkező hetekben-hónapokban lehetetlenné válhat a vírus leküzdése. Ennek oka a rendkívül alacsony átoltottság. Ebben az időpontban az EU lakosságának átlagosan 70%-a (rendszerint két oltással) be volt oltva. Szlovákiában mindössze 43%, ennél alacsonyabb Európa-szerte csak Bulgáriában ás Romániában volt. ***Peter Stachura (az Universitätsklinik St. Pölten főorvosa, egykori szlovák egészségügyi államtitkár)*** szerint az alacsony átoltottság három fő oka: az elhibázott politika, a hírhamisítás és a szuboptimális kommunikációs kultúra.
Szlovákia az ingyenes tömeges tesztelés bevezetésével figyelemreméltó lépést tett a pandémia megelőzése tekintetében. Az ingyenes tesztelés Európában elsőként 2020 novemberében vette kezdetét. Ezt decemberben a lockdown bevezetése követte. Az Európai Gyógyszerügynökség engedélyezésével nem rendelkező Szputnyik V vakcina megrendelése azonban kormányválsághoz és végül Igor Matovič miniszterelnök és Marek Krajčí egészségügyi miniszter lemondásához vezetett. 2021 augusztusában leállították a Szputnyik V alkalmazását és más, az EMA által engedélyezett vakcinákra tértek át.
Ebben az időben Szlovákiában még kevés lélegeztetőgéppel ellátott kórházi ágy állt szabadon rendelkezésre. Egyre több kórház jelentette, hogy kihasználtsága kritikus és műtéteket kell elhalasztani. Eduard Heger miniszterelnök bejelentette, hogy az oltatlanok számára teljes lockdown-t rendelnek el. Azok, akik nem rendelkeztek oltással, vagy nem gyógyultak meg, nem látogathattak rendezvényeket, lokálokat, szállodákat és bevásárlóközpontokat. Az ún. 3G-igazolással (oltott, gyógyult, tesztelt)

nem rendelkező munkavállalókat bérre vagy bérkiegészítésre való jogosultság nélkül hazaküldhették.

100 lakosra jutó beadott COVID19 elleni dózisok



Heinz Brock: Az amerikai egészségügyi rendszer

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

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

Az amerikai egészségügyi rendszer magasabb költségvetéssel rendelkezik mint a Pentagon. Az Egyesült Államok mágnesként vonzza a karrierre vágyó kutatókat és orvosokat. Kutatóintézeteiben számos áttörő innováció született, magasan képzett specialistákkal, kiváló kórházakkal rendelkezik, bizonyos betegségek gyógyítása tekintetében úttörő eredményekkel büszkélkedhet. A rendszer árnyoldalai: ez a világ legdrágább ellátórendszere, de ugyanakkor a legkevésbé hatékony, az amerikai lakosság széles tömegeinek nincs hozzáférése a szolgáltatásokhoz.
A szuboptimális hatékonyság okai a szocio-kulturális és politikai összefüggésekben keresendők. A lakosság egytizede nem rendelkezik egészségbiztosítással, ezek a polgárok pedig csak nehezen jutnak hozzá időben a megfelelő ellátáshoz. Mi több, 2010 előtt a lakosság egyhatoda nem rendelkezett biztosítással. Az „***Obamacare***“ néven elhíresült „***Patient Protection and Affordable Care Act***“ vezette be a szerény anyagi lehetőségekkel rendelkezők részére a méltányos szolgáltatásokat és szubvenciókat nyújtó kötelező biztosítást. Ennek ellenére az Egyesült Államokban a saját felelősséget továbbra is többre tartják mint a szolidaritást, miáltal az Obamát követő kormány nem vonta ugyan vissza a törvényt, de ellehetetlenítette annak alkalmazását.
Az amerikai polgárok több mint fele privát egészségbiztosítással rendelkezik, amelynek szűk 90%-át a munkaszerződés részeként a mindenkori munkáltató támogatja. E privát biztosítási szerződések szolgáltatási volumene rendkívül változó és szubsztanciális ellátási hézagokat okoznak, amelyek szükség esetén privát befizetésekkel kompenzálhatók. Az amerikaiak egyharmadát (időskorúak, fogyatékkal élők, szegények) a ***Medicare*** és a ***Medicaid*** állami biztosítók látják el. Mivel az állami biztosítók csak a 65 év fölöttiek, a fogyatékkal élők és az alacsony jövedelműek részére nyújtanak szolgáltatást, náluk „halmozódnak” a „költséges” biztosítottak. A munkaadók általi biztosításoknál viszont a fiatalabb és egészségesebb, tehát „kedvező költségű” biztosítottak koncentrálódnak. Ennek eredményeként az egészségügyi ellátás

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

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

OECD Health Data 2020

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

Heinz Brock: A japán egészségügyi rendszer
Das österreichische Gesundheitswesen (ÖKZ), 64. Jg. (2023) 11.; 8. Nov. 2023, 09:26

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

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

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

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

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

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

OECD Health Data 2023

1.000 lakosra 2,6 orvos jut, az orvoshiány mégsem téma. Ellenkezőleg, a kormány a képzési kapacitások szabályozásával rögzíti a praktizáló orvosok számát. Az orvostanhallgatók kétharmada állami egyetemeken tanul. A hatéves képzés tandíja állami egyetemeken mintegy 30.000 EUR, a privát egyetemeken ennek tízszerese.
Japánban több mint 1.400 üzemi egészségpénztár működik, amelyek a lakosság 59%-át lefedik. A 47 japán prefektúra mindegyike rendelkezik területi egészségpénztárral a foglalkoztatáson kívüli 75 éven aluliak számára. Az összes 75 év fölötti japán polgár automatikusan területi egészségpénztári biztosítással rendelkezik. A biztosítások fedezik a kórházi, az elsődleges ellátást, a szakorvosi szolgáltatásokat és a gyógyszerellátást. A kötelező ápolásbiztosítás fedezi a 65 év fölöttiek és a 40 év fölötti egészségkárosodottak szükségleteit, finanszírozza az otthoni ápolást, a lakás akadálymentesítését és fogyatékkal élők részére való átalakítását, a gyógyászati és segédeszközöket, a hospice- és palliatív ellátást. Az ápolásbiztosítás finanszírozása fele-fele arányban adóforrásokból és szociális szempontok szerint arányos individuális járulékokból történik, amelyeket azonos arányban a munkáltatók és a munkavállalók viselnek. A biztosítók finanszírozása adóforrásokból és járulékokból történik. A biztosítottaknak a járulékokon kívül egy 30%-os önrészt és különböző hozzájárulásokat kell fizetniük, amelyeknél szociális szempontok szerinti havi és éves maximumokat határoznak meg. Az egészségügyi szolgáltatásokért fizetett privát önrészek leírhatók az adóból.
A japán biztosítási rendszer számos szociális komponenst tartalmaz (*safety net*), az alacsony jövedelemmel rendelkező polgárok, akik 306 krónikus betegség valamelyikében szenvednek, mentesülnek az önrészfizetéstől. A privát egészségügyi kiadások számára megszabott felső határ védelmet biztosít a megfizethetetlen egészségügyi költségekkel szemben.

Függelék:

Dr. Frank Wild: Az izraeli egészségügyi rendszer
Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP), Kurzalanyse, Köln, 17. 12. 2022 (4 p.)

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

A Kneszet 1994-ben fogadta el a kötelező betegbiztosításról szóló törvényt. Az egészségügyi ellátást négy ún. *Health Maintenance Organization (HMO)*, a Clalit, a Leumit, a Maccabi és a Meuhedet biztosítja. Ezek kötelező, univerzális biztosítást nyújtanak a 9,4 millió izraeli lakos számára. E szervezetek közhasznú társaságként működnek, nem jogosultak nyereségszerzésre és az egészségügyi szolgáltatások kínálatával versenyben állnak egymással. A legnagyobb HMO a Clalit, amely a lakosság felének nyújt biztosítási védelmet, 1.400 háziorvosi klinikát, nyolc kórházat, gyógyszertárak, fogászati klinikák és diagnosztikai centrumok országos hálózatát működteti.
Az alapellátás, az ún. egészségügyi kosár a lakosság számára ingyenes. A jobb szolgáltatások elérése érdekében léteznek privát biztosítások is, pl. a fogászati ellátás területén, vagy gyorsabb szakorvosi vizsgálat elérésével összefüggésben.
A HMO-k nemcsak biztosítóként működnek, hanem saját szolgáltatásokat is nyújtanak, kórházakat működtetnek, ezért a lakosság csak az adott HMO-hoz kötődő orvosoknál és praxisoknál vehet igénybe szolgáltatásokat. A lakosság szabadon választhat HMO-t és negyedévente váltásra van lehetősége. A rendszer finanszírozása céljából egészségügyi adót vezettek be.
Az OECD adatai szerint az egészségügyre fordított kiadások a GDP 7,5%-át teszik ki (OECD átlag 8,8%). Az egy főre jutó GDP 42.400 USD. Izrael a *Global Competitiveness Index*-en világviszonylatban a 16. helyen áll. Az e-recept, a telemedicina, az egészségügyi adatok digitális cseréje rég bevált gyakorlat.
A születéskor várható élettartam nőknél 84,7 év, férfiaknál 81 év. A lakosság átlagéletkora 30 év. Ez a viszonylag alacsony egészségügyi kiadások magyarázata. Az ellátás a jól kiépített ambuláns szektoron alapul, miközben a (költséges) kórházak száma átlagon aluli. A kórházi ellátásban jelentős várólistákkal kell számolni, a kihasználtság aránya 96% (OECD átlag 76%). Az ugyancsak kórházi várólistáktól sújtott Nagy-Britanniában a kihasználtság 86%. A várólisták kijátszására privát kiegészítő biztosítás kötésével nyílik lehetőség. Izraelben jelenleg a lakosság több mint háromnegyede rendelkezik ilyen kiegészítő biztosítással, húsz éve még a lakosság felének sem volt.

Dr. Frank Wild
frank.wild@wip-pkv.de

Heinz Brock: Orvoshiány az OECD-országokban
ÖKZ, 65.JG (2024) 2 , 14. Mai 2024, 09:28

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

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

Ausztriában a közbeszédet az orvoshiány dominálja – miközben az orvosok száma folyamatosan növekedik.
Svájc, Norvégia, Svédország, Finnország és az Egyesült Királyság hagyományosan külföldön toborzott orvosokkal oldja meg az orvoshiányt. A külföldi orvosok aránya az Egyesült Királyságban 32%, Svájcban több mint 38%. A brit NHS előszeretettel a volt gyarmatokon (Indiában, Pakisztánban, Nigériában) toboroz, miközben Svájc magas fizetésekkel és jó munkafeltelekkel csalogatja el a német és osztrák orvosokat. Svájcban az éves nettó orvosmigráció meghaladja az orvosi egyetemek output-ját. Ausztriában az orvosok külföldre vándorlását tekintik az orvoshiány legfőbb okának. Ausztriában azonban a külföldi diplomával rendelkező orvosok aránya viszonylag alacsony: a külföldi diplomával rendelkező külföldi orvosok száma 2.762 (6,8%), a külföldi diplomával rendelkező osztrák orvosoké 4.843. Ám ha figyelembe vesszük, hogy ez a szám 1.410 osztrák diplomával rendelkező olasz (Ausztriában képzett dél-tiroli) orvost is tartalmaz, továbbá azt, hogy a 2.145 osztrák diplomával Németországban praktizáló orvos többsége német állampolgársággal is rendelkezik („numerus clausus-migránsok"), akkor az összkép már egészen másképp fest. Ez azt jelenti, hogy Ausztria sok orvost képez más országok számára, az osztrák orvosok migrációs szaldója azonban kiegyenlítődik, még ha ez ebben a formában nem különösebben pozitív fejlemény.
Az elsődleges ellátási szektor elhanyagolása és az orvosok kedvezőtlen területi megoszlása negatívan hat az egészségügyi rendszerek hatékonyságára. Tizennégy vizsgált ország közül kilencből jelezték problematikusként az általános orvosokkal való alulellátottságot. Az általános orvosok általános hiánya rendszerint a vonzó agglomerációkban való koncentrációval jár együtt. Kivételt képez Svájc és Franciaország, ahol az orvosok létszámát kevésbé tekintik problémának mint aránytalan megoszlásukat, valamint az Egyesült Államok és az Egyesült Királyság, ahol a hiány minden régióban egyforma. Japánban ugyan általános az orvoshiány, ami az orvosok rendkívül alacsony sűrűsége miatt még érthető is, de az erőteljesen egalitárius honoráriumrendszernél fogva a regionálisan aránytalan ellátás nem jelent problémát.

Heinz Brock: A dél-koreai egészségügyi rendszer
Das Magazin für Health Professionals (ÖKZ), 20. November 2024, 09:26

Kulcsszavak: egészségügyi rendszer, Dél-Korea

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

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

ig több mint 27.000 orvos fog hiányozni a rendszerből. Vidéken sok helyen az ápolók állítanak ki recepteket és végeznek egyszerűbb beavatkozásokat.
Yoon Suk-yeol elnök a beiskolázási helyek évente 3.000-ről 5.000-re emelésével oldaná meg az orvoshiányt, amire az orvostársadalom szokatlan vehemenciával reagált: a 13.000 rezidens 90%-a felmondott. Dél-Koreában az orvosok nem sztrájkolhatnak, így inkább a felmondás mellett döntöttek. A fiatal orvosok kiesése miatt az egészségügyi ellátás válságos helyzetbe került, a segédorvosok teendőit szakorvosoknak kellett átvenniük, a várakozási idők meghosszabbodtak.
A dél-koreai kórházak többségét privát fenntartók működtetik és egyedi szolgáltatásokat számolnak el a nemzeti egészségbiztosítóval. DRG-alapú térítést csak hét betegségkategóriánál alkalmaznak. A privát üzemeltetők azonban hevesen tiltakoznak a DRG-modell kiterjesztése ellen. A tartós ápolás területén 17 szolgáltatási kategóriát napidíjban térítenek. A finanszírozás e formái az átlagos kórházi ápolási idő drámai meghosszabbodásával járnak.
A nemzeti egészségbiztosító, amely 2000 óta összevonta az összes biztosítót, egységes biztosítási struktúraként működik, egységes szolgáltatási csomagot és minden szolgáltató számára kötelező tarifákat ír elő. Ezek azonban nem fedezik a költségeket, miáltal a privát szolgáltatók kénytelenek a biztosítási katalógusban nem szereplő kezeléseket nyújtani. Az egyébként általánosan bevett privát önrészek mértékét, tarifán kívüli szolgáltatásoknál nem korlátozzák, így ezek a szegényebb háztartások számára elérhetetlenek.
Mivel a privát szolgáltatások jelentős bevételforrást jelentenek, sok fiatal orvos dönt pl. a plasztikai sebészet mellett, miközben a gyermekgyógyászat vagy a sürgősségi ellátás területén nincs utánpótlás. Csak Szöulban 2.000 plasztikai sebész működik, a dél-koreaiak 20%-a már alávetette magát plasztikai műtétnek. A leggyakoribb műtét a szemhéjplasztika. Ezen a területen azonban a kezelési hibák miatti panaszok száma igen magas: 15-ször magasabb mint Japánban és 566-szor magasabb mint Nagy-Britanniában.

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

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

OECD Health Statistics

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

Heinz Brock: Az indiai egészségügyi rendszer

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

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

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

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

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

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

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

Az egészségügyi rendszer paraméterei		**IND**
Kórházi ágyak 1.000 lakosra	2017	0,52
Születéskor várható élettartam	2022	67,70
Gyermekhalálozás (1.000 élveszülésre)	2022	25,50

A diagnosztika és a terápia területén minőségügyi standardokat előíró *Clinical Establishment Act* bevezetésére 2010-ben került sor. Ezt azonban csak a szövetségi államok kisebb része alkalmazza, mivel az egészségügyi érdekcsoportok megakadályozták hatályba lépését. A 2013-ban bevezetett gyógyszerárszabályozás célja a gyártók és a betegek érdekeinek kiegyenlítése lett volna, ám a privát piacon egyre több gyógyszert vontak ki ennek hatálya alól.
A gyógyellátások többségét privát szolgáltatók biztosítják: szabadfoglalkozású orvosoknál az ellátások 70%-át, a kórházi ellátások 58%-át, a gyógyszerellátás és a diagnosztikai szolgáltatások 90%-át nyereségorientált vagy privát közhasznú szolgáltatók nyújtják. A privát (out-of-pocket), különösen a gyógyszerköltségek egy-egy háztartásnál az összes kiadás mintegy felét teszik ki.

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