

OECD-WHO-Review of Health Systems Switzerland (2011)
A Soziale Sicherheit (CHSS) tematikus száma, 2012. 2.

Margreet Duetz Schmucki:

Az OECD-WHO-Review of Health Systems Switzerland (2011) ismertetése

A WHO és az OECD első Svájcra készített közös jelentése 2006-ban jelent meg. Az akkori súlypontok: a rendszer és intézményeinek teljesítőképessége a hatékonysággal és a minőséggel összefüggésben, az egészségügyi rendszerhez való hozzáférés és a betegelégedettség. A jelentés egyes javaslatai politikai reformvitákhoz és konkrét eredményekhez, ill. projektekhez vezettek, mint pl. az elektronikus betegdosszié, a prevencióról szóló törvény és a szövetség minőségügyi stratégiája.

Didier Burkhalter miniszter öt évvel később adott megbízást a jelentés aktualizálására. Ennek kiemelt témái: a kormányzat és irányítás, az egészségügyi személyzet és a betegbiztosítás. A jelentés 2011. október 17-én jelent meg.

A jelentés legfontosabb megállapításai:

Svájc nagyon jól működő, de költséges egészségügyi rendszerrel rendelkezik. Egyes reformok, mint a kórházfinanszírozás átalakítása, még nem váltotta ki a várt hatásokat, de a költségcsökkentés lehetőségeit sem merítette ki teljesen, pl. a betegbiztosítók közötti verseny nem működik optimálisan, a duális kórházfinanszírozás miatt pedig még mindig megvannak a téves ösztönző mechanizmusok. A lakosság elégedett a szociális betegbiztosítás szolgáltatásaival, az egészségügyi költségek azonban számos háztartás számára túl magasak, egyebek között az önrészek viszonylag magas aránya miatt. Az alapellátás, de elsősorban a prevenció és az egészségfejlesztés csekély jelentőséggel rendelkezik, a korai felismerési programok (pl. mellrákszűrés) bevezetése vontatottan halad. Bizonyos foglalkozási csoportoknál már jelentkeznek a munkaerőhiány jelei, jóllehet Svájcban nemzetközi összehasonlításban az egészségügyben foglalkoztatottak száma viszonylag magas.

Az egészségügyi rendszer erőteljesen alkalmazkodik a föderális állami struktúrákhoz. A jelentés rámutat az irányítás optimalizálásának lehetőségeire. Egyebek között a szolgáltatások minősége és a költséghatékonyság területén gyenge a transzparencia.

Az egészségpolitika legfontosabb kihívásai: a krónikus megbetegedések számának növekedése és a multimorbiditás. Ezekkel kapcsolatban a jelentés ajánlásokat fogalmaz meg.

A jelentés ajánlásai:

Irányítás és adatkezelés:

Az egészségügy irányítását egy stratégiai jövőkép jegyében át kell alakítani. Az egészségpolitikai irányítás erősítése érdekében fokozni és intézményesíteni kell a

szövetség és a kantonok közötti, valamint a kantonok közötti koordinációt, elsősorban az ellátás tervezése vonatkozásában. A jelentés javasolja egy egészségügyi kerettörvény bevezetését.

Tovább kell fejleszteni az egészségügyi információs rendszert, szövetségi szinten egyeztetni kell a kötelező tervezést és standardokat. A kantonok szintjén biztosítani kell egy minimális adatbázist, amely az egészségügyi kockázatokra, az egészségügyi személyzetre, az ambuláns ellátásra és az alapellátásra, a szolgáltatások minőségére és az egészségi egyenlőtlenségekre vonatkozó indikátorokat tartalmaz.

Az információs rendszerek másik vetülete az ellátás szintjén végbemenő adatcserére vonatkozik. A jelentés ajánlásokat fogalmaz meg az elektronikus betegdossier bevezetésére vonatkozóan, amelyekben prioritásként jelenik meg a betegek egyértelmű azonosítása és a személyi számítógépen leolvasható Smart Card.

Betegbiztosítás:

A minőség, a hatékonyság és a gazdaságosság vizsgálata tekintetében sokkal rendszeresebben kell alkalmazni az egészségügyi technológiai értékelést. A költség hozzájárulási rendszereket a jobb költség hatékonyság jegyében kell kialakítani és támogatni kell az integrált ellátás modelljeit. A betegbiztosítók közötti verseny javításának lehetőségei: a szerződéskötés szabadságának fokozatos engedélyezése és a kockázatkiegyenlítés mechanizmusainak kifinomultabb formáinak alkalmazása.

A finanszírozás igazságossága tekintetében: a felügyeletnek figyelemmel kell kísérnie a magas költség hozzájárulással járó biztosítási modellek hatását az ellátási kínálatokhoz való hozzáférésre; figyelmet kell tanúsítani az alacsony jövedelmű személyeket védő mechanizmusok hatékonysága iránt; a díjcsökkentésekkel összefüggésben megvizsgálandó az igényjogosultság minimális követelményeinek meghatározása.

Az egészségügyi személyzet:

A jelentés ajánlásokat fogalmaz meg az egészségügyi személyzet tervezésére vonatkozóan. Ezek kiterjednek a szakdolgozók képzésére, az alkalmazottak bérének kiigazítására. Külföldi munkaerő toborzás esetén be kell tartani a WHO viselkedési kódexét a toborzás gyakorlatára vonatkozóan.

A jelentés javasolja az életpálya programok alkalmazását a népegészségügy területén, továbbá egy nemzeti kompetenciacentrum létrehozását.

Az országos egészségügyi foglalkoztatáspolitikai eredményeire vonatkozó jelentési rendszer alkalmazása érdekében ezen a területen is ki kell építeni egy új információs rendszert, biztosítani kell a felügyeletet és az értékelést.

Prevenció, egészségfejlesztés, az ellátás minősége:

Az első jelentéshez hasonlóan a jelenlegi is szorgalmazza, hogy az egészségpolitika tulajdonítson nagyobb jelentőséget a prevenciónak. Fontos előrelépést jelent egy szövetségi népegészségügyi és prevenciós törvény bevezetése, valamint a prevenciós intézkedések erősítése az ellátás

kontextusában. Fontos lenne a prevenció és egészségfejlesztési programok folyamatos értékelése. Ennek során nagyobb jelentőséget kellene tulajdonítani a mellrák korai felismerésének, valamint a költséghatékonyság kimutatásának, pl. a dohány- és alkoholtermékek adóztatásával.

Az ellátás és a gyógyszerkiadások gazdaságossága:

Az egészségügy gazdaságosságának javítása érdekében meg kellene vizsgálni a duális finanszírozás alternatíváit. A jelentés a monista rendszerre való átmenetet helyezi előtérbe. A DRG-k alkalmazását a kantonok kórházainak nagyobb autonómiájával kell összekapcsolni. A kórházügyi tervezést erőteljesebben a gazdaságosságra és a minőségre vonatkozó információkra kell alapozni.

Az egyedi szolgáltatások tarifái a túlellátásra irányuló tendenciát tükrözik. A jelentés ennek az ösztönzésnek a csökkentése érdekében az egyedi szolgáltatások tarifáinak más térítési módokkal való kombinációját ajánlja. Igen fontos az aktív ellátásnak a lehető legnagyobb mértékben az ambuláns területre való áthelyezése.

A további reformok során javítható a gyógyszerfelírás minősége és a gyógyszerellátás. Ez az egészségügyi technológiai értékelés alkalmazásával, valamint a generikumok kedvezőbb helyzetbe hozatalával előmozdítható.

Roswitha Koch: Az egészségügyi rendszer korrekciója

A jelentés legfontosabb ajánlásai:

A svájci egészségügyi rendszer átalakításra szorul. A jelentés helyesen állapítja meg, hogy egy nemzeti egészségpolitika kidolgozására van szükség, az egészségügyi szolgáltatások kínálatát és finanszírozását a lakosság epidemiológiai szükségletei szerint kell alakítani és még jobban a krónikus betegségekre és a polimorbiditásra kell irányítani.

Az ápolás és más egészségügyi foglalkozások területén a bachelor- és masterképzések jelentős pontenciált jelentenek. Helyes a jelentés megállapítása, miszerint egyrészt szükség van egy nemzeti szinten koordinált személyzeti tervezésre, másrészt többet kell tenni a személyzetnek a pályán való megtartásáért.

Az egészségügy finanszírozására vonatkozó ajánlások tekintetében felmerül a kérdés, hogy egy monista finanszírozás esetén szélesebb hatáskörhöz jutnak-e a nyereségorientált betegbiztosítók. A managed-care-modellekben igen nagy lehetőségek vannak. Az államszövetségi tanácsok [N. B. a parlament két háza] által 2011-ben elfogadott előterjesztésnek azonban van néhány alapvető hibája: akadályozza az interdiszciplináris ellátási modelleket és megerősíti az orvosok dominanciáját. Másrészt a managed-care-struktúrákat ösztönző tényezők inkább pénzügyi természetűek és nem elsősorban az ellátási kínálat javítására irányulnak. Az ambuláns vagy az intézményi tartós ápolás finanszírozásának megvalósítása jelenleg jól mutatja, hogy milyen nehéz az ésszerű reformok bevezetése a finanszírozás területén.

Az egyes témák részletezése:

Irányítás és adatkezelés:

A jelentés szerint javítani kell az ellátás tervezését és az egészségügy irányítását, valamint a szövetség és a kantonok közötti koordinációt. Ennek eléréséhez célszerűnek látszik egy egészségügyi kerettörvény kidolgozása, nemzeti egészségpolitika és nemzeti egészségügyi célok bevezetése. Az államszövetségi tanácsok [a parlament két háza] által jelenleg tárgyalt prevenciós törvény ennek egyik első lépése lehet. Sajnos a Kantonok Tanácsa (*Ständerat*) a Nemzeti Tanácstól (*Nationalrat*) eltérően tavaly úgy döntött, hogy nem fogadja el az előterjesztést.

Finanszírozás és purchasing:

A jelentés a svájci egészségügy finanszírozásának két különlegességét emeli ki: az „*out-of-pocket*”-fizetések magas arányát és a pénzmozgások komplexitását.

Magas privát kiadások: Újabb keletű elemzések szerint bizonyos jelek arra utalnak, hogy ezek a számok, akárcsak a kórházi kezelésekre vonatkozó adatok a svájci egészségügyi adatgyűjtési rendszer sajátosságai folytán még jobban felduzzadnak. Ennek ellenére abból indulhatunk ki, hogy a svájci lakosság szociális kiegyenlítés nélkül viszonylag magas egy főre eső hozzájárulást fizet az egészségügyi rendszerbe. A jövőbeli reformok során ezt ki kell egyenlíteni.

Komplex pénzmozgások: A komplikációkhoz vezető tényezők okai a kiegyenlítő mechanizmusokban rejlenek: díjkedvezmények, kockázatkiegyenlítés stb. A szövetségi struktúrák is áttekinthetetlenek. A települések és a kantonok szintjén a pénzügyi kompetenciákról való lemondás egyre fontosabbá válik a hatékonyság fokozása és a szükséges átalakítások finanszírozása érdekében.

Pénzügyi ösztönzők: Magasabb transzparenciával rendelkező, egyszerűbb finanszírozási struktúrákra kell törekedni. A nyereségorientált biztosítók azonban nem alkalmasak egy szociális monista finanszírozási modell megvalósítására.

Managed care: Az új ellátási modellekhez való hozzáférésnek függetlennek kell lennie a választott biztosítótól. Az összes biztosítót kötelezni kell a hálózati modellek felkínálására és a minőség biztosítására. Az orvosi és ápolási szolgáltatások racionálására nem kerülhet sor. A költséges kezelésekről való mérlegelés nélküli lemondás mindenekelőtt a krónikus betegeket és az időskorúakat sújtja.

Biztosítani kell a kórházak és az ápolási intézmények szabad megválasztását. A hálózatok keretében az ápolásra központi szerep hárul. Az ápolás, mint önálló tevékenység az érintettek saját felelősségi körében is megszervezhető, miként az „az ápolás felelősségének a betegbiztosításról szóló törvény keretében való szabályozására” irányuló parlamenti kezdeményezésben is megfogalmazódik.

Személyzetfejlesztés és együttműködés:

A személyzet helyzetének értékelése valósnak látszik. A személyzet helyzetének javításához lényeges feltétel a nemzeti adatbázis megteremtése. Cselekvésre van szükség a munkával való elégedettség és a bérszabályozás területén is. A leghatékonyabb és leggazdaságosabb intézkedés az lenne, ha az egészségügyi

dolgozókat és elsősorban az ápolószemélyzetet a jelenlegi 10-15 évnél hosszabb ideig sikerülne megtartani a pályán.

Az egészségügyi dolgozók közötti együttműködés új formáit kell kialakítani. Az egyes feladatoknak alacsonyabb képzettségű személyzetre való átruházása helyett az új feladatokat interdiszciplináris teameknek kell átvenniük. Az egyes eljárásoknak a segédszemélyzetre való delegációja és annak pénzügyi jutalmazása nem megfelelő megoldás. Jobb lenne, ha az ápolás és a kiegészítő tevékenységek területén működő személyzetre az ápolásra és a betegekre irányuló, kompetenciáiknak megfelelő feladatokat delegálnának.

Az egészségügyi személyzet nemzetközi toborzása:

A jelentés szerint az egészségügyi személyzet külföldön való toborzása nem jelent alternatívát a honi szakképzésre. A WHO globális viselkedési kódexének megfelelően Svájcnak kötelezettséget kell vállalnia az egészségügyi személyzet képzésére és a szükségletek folyamatos felmérésére. A pályaelhagyás csökkentése érdekében javítani kell a munkahelyi és az alkalmazási feltételeket.

Mindemellett a külföldi egészségügyi dolgozók részére biztosítani kell a továbbképzés és az egyenlő munkafeltételek lehetőségét. És ha már gátlástalanul toboroznak a harmadik világ országaiban, megfelelő egyezmények keretében talán Svájcnak is hozzá kellene járulni az adott egészségügyi rendszerek támogatásához. A svájci fejlesztéspolitikának nagyobb szerepet kellene vállalnia az egészségügyi együttműködésben és az adott országok egészségügyi képzésében. A fejlesztési együttműködés és az egészségügyi dolgozók területén működő 30 szervezet 2012 januárjában egy ilyen tartalmú kiáltványt intézett Svájchoz.

A képzés:

A Szövetségi Szakképzési és Technológiai Hivatal (*Bundesamt für Berufsbildung und Technologie – BBT*) stratégiái kidolgozása során nem működik együtt kellőképpen a szakmai szervezetekkel. Az OECD-WHO-jelentés ajánlásai között szerepel az ápolási és terápiás foglalkozások képzési profiljainak kidolgozása, ez azonban jelentős akadályokba ütközik. Az eredendően az ipar számára kialakított duális képzési rendszer működtetése autoriter eszközökkel történik, jóllehet az ápolószemélyzet sokéves tapasztalat birtokában is csak igen nehezen birkózik meg az egészségügyi rendszer szolgáltatási és finanszírozási mechanizmusaival. A BBT különösen az okleveles képzéseknek és a kiegészítő személyzet képzésének tulajdonít jelentőséget. Ez azonban csak korlátozottan felel meg a munkaerőpiac szükségleteinek. Tíz német nyelvű kanton munkaügyi hatóságainak megbízásából 2011-ben az AMOSA háttérintézmény elkészítette „Az álláskeresők toborzásának potenciáljai az egészségügy területén” című felmérést.

[http://www.amosa.net/webautor-data/168/AMOSA-Studie_Gesundheitswesen.pdf]

Ennek eredményei szerint az ápolás területén a munkaerőhiány elsősorban a tercier szférában, tehát a szakképzett ápolók körében áll fenn, miközben a munkanélküliség a szekunder szférában, azaz az ápolási segédszemélyzet körében viszonylag magas.

A BBT által kezdeményezett ápolóképzési terv („*Masterplan Bildung Pflege*”) végrehajtásában részt vesznek az illetékes hatóságok és az OdASanté közvetítésével a munkaadók. A projektbe azonban annak együttműködési készsége és bejelentkezése ellenére nem vonták be a 25.000 tagot számláló (80%-a nő) legitim országos szakmai szövetséget (*Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner – SBK*). A BBT illetékesei ezzel tudatosan lemondanak a szakmai párbeszédéről.

Stefan Leutwyler: Az egészségügyi rendszerben esedékes további kiigazítások - a kantonok egészségügyi igazgatóinak konferenciája (*Gesundheitsdirektorenkonferenz*) szemszögéből

A minőség és a hatékonyság integrált ellátási modellek (managed care) általi javítása:

A jelentés a *managed-care*-modellek támogatása mellett javasolja a betegségmenedzsment-programok és a kifinomultabb kockázatkiegyenlítés alkalmazását. A *managed-care*-ről szóló, jelenleg népszavazás előtt álló előterjesztés elfogadása fontos előrelépéssel kecsegtet. Az integrált ellátási modellek hozzájárulhatnak a szolgáltatások minőségének javításához és a költségnövekedés mérsékléséhez. A kantonok egészségügyi igazgatóinak konferenciája különösen támogatja egy továbbfinomított kockázatkiegyenlítés bevezetését, a morbiditásorientált kritériumok figyelembevételével ugyanis vonzóbbá teszi a biztosítást a krónikus betegek számára.

A szolgáltatások minőségének, hatékonyságának és gazdaságosságának ösztönzése:

A jelentés javasolja az egészségügyi technológiai értékelés formálisabb és szisztematikusabb alkalmazását. Svájc lépéshátrányban van a szolgáltatások minőségének transzparenciája tekintetében. A kantonok, a kórházak és a biztosítók a Nemzeti Minőségfejlesztési Egyesülés (*Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung – ANQ*) keretében dolgoznak a célszerűbb és kifejezőbb minőségügyi mérések kialakításán. Az egészségügyi igazgatók konferenciája 2009-ben a Svájci Orvosok Szövetségével (FMH) és a Svájci Orvostudományi Akadémiával (SAMW) közösen létrehozott egy országos szintű fenntartói egyesületet, a *Swiss Medical Board*-ot, amelynek középtávú célja, hogy az államszövetséggel és az egészségügyi partnerekkel együttműködésben egyeztesse és integrálja az egészségügyi technológiai értékelés stratégiáját.

A prevencióról szóló törvény:

A jelentés értékeli a jelenleg az államszövetségi tanácsok napirendjén szereplő prevenció törvényt. A kantonok támogatják a nemzeti célok meghatározását, valamint a szereplők közötti jobb koordinációt a prevenció területén. Az egészségügyi igazgatók konferenciája egyetért a jelentés azon kitételével, miszerint ezen a területen is szükség van az adatgyűjtés összehangolására és rendszeressé tételére.

A feladatok és kompetenciák megosztása a jövőbeli kihívásokkal való szembesülés során:

A svájci egészségügyi rendszert átszövik a szolgáltatásokban részesülők, a privát és állami szolgáltatók, valamint a három állami szint (államszövetség, kantonok, önkormányzatok) közötti komplex kapcsolatok. Miközben a szolgáltatásokat a jövőben is kétségkívül többségben privát szereplők bocsátják rendelkezésre, az irányítással és az egészségpolitikai kihívásokkal összefüggésben igen fontos az államszövetség, a kantonok és az önkormányzatok közötti szerep- és kompetenciamegosztás. A szövetségi államban a szubszidiaritás elve dönti el, hogy mely feladatokat mely állami szintnek kell teljesítenie. Egy társadalompolitikailag különösen jelentős és az egész lakosságot érintő területen, mint amilyen az egészségügy, a decentralis szervezet által identitásukban megerősítést nyernek az állam dekoncentrált szervezeti egységei. Ez mind a kantonok, mind az önkormányzatok szempontjából különös jelentőséggel rendelkezik. A jelentés csak mellékesen tesz említést az önkormányzatokról, holott a mindennapokban jelentős szerepet töltenek be, elsősorban a szolgáltatásoknak a krónikus betegek és a multimorbid betegek számára való biztosítása tekintetében.

A jelentés hangvétele a szövetség egészségpolitikai szerepének erősítése, a kompetenciák és a feladatellátás nagyobb centralizációja mellett szól. A kantonok szemszögéből azonban nem a feladatellátás centralizálásának erősítésére, hanem a jobb koordinációra kell törekedni. Az egészségügyi igazgatók konferenciájának álláspontja szerint inkább a konkrét területeken való reformlépéseket kellene előtérbe helyezni, nem pedig egy szövetségi szintű egészségügyi kerettörvényt.

Az egészségügyi igazgatók konferenciája az egészségügyi finanszírozás adókból és járulékokból származó arányainak fenntartását támogatja. Ez az arány az elmúlt tíz évben viszonylag konstans volt. A kantonok szerint az új kórházfinanszírozás helyes irányba való elmozdulást jelent a kórházi ellátás hatékonysága tekintetében. A kantonok számára a jelentés ajánlása a duális finanszírozásról a betegbiztosítók általi monista finanszírozásra való áttérésre vonatkozóan nem jelent megoldást. A kantonok nézőpontjából sokkal inkább a különböző típusú (pl. ambuláns/kórházi) szolgáltatásoknál alkalmazott tarifarendszerek döntő jelentőségűek, amelyek megfelelő, részben nem célzott ösztönzéseket váltanak ki a szolgáltatók körében. A szolgáltatók szemszögéből végül is közömbös, hogy ki fogja finanszírozni ezeket a tarifákat (duálisan a kantonok és a biztosítók, vagy monista formában csak a kantonok és a biztosítók).

Urs Pfenninger: [Az OECD-WHO-jelentés a betegbiztosítók szemszögéből](#)

Egészségpolitika vakrepülésben: A svájci betegbiztosítók szövetsége, a *santésuisse* teljes mértékben egyetért a jelentésben megfogalmazott következtetésekkel: a jelenlegi egészségpolitika műszerek nélküli vakrepüléshez hasonlítható. A kezelés eredményeire vonatkozó összehasonlítható adatok hiánya megnehezíti a rendszer irányítását. A szolgáltatók által nyújtott minőség

összehasonlításához több adatra lenne szükség. Sajnos az OECD-nek igaza van, amikor azt állítja, hogy a minőség érdekében tett törekvések szerények. Így például az integrált orvoshálózatokon (*managed care*) kívüli orvosok körében a minőségi körök kevésbé elterjedtek. Elég csupán bepillantani a betegbiztosításról szóló rendeletbe (*Krankenversicherungsverordnung – KVV*) és a betegbiztosítókra és a szolgáltatókra a transzparenciával kapcsolatban vonatkozó előírásokba és máris világos, milyen területeken kell cselekedni.

A kockázatkiegyenlítés finomításával megteremtődnek a betegbiztosítók közötti minőségi verseny feltételei, miként azt a managed-care-modellek bevezetése is mutatja. Az eredménynek a szolgáltatói oldalról történő mérése odavezetne, hogy a betegbiztosítók egészségfejlesztési vállalkozásokká válnának. A minőség területén folytatott verseny végül költségcsökkenést is eredményezne. A jelentés által idézett tanulmányok szerint a *managed-care* melléktermékeként megjelenő megtakarítási effektus mintegy 10%-ra becsülhető.

A biztosítási felügyelet: A *santésuisse* csatlakozik a jelentés azon kitételéhez, miszerint a Szövetségi Egészségügyi Hivatal mellett egy újabb felügyeleti hatóság felállítása a bürokrácia felesleges megduplázását jelentené. A felügyeletről szóló törvény jelenlegi szövegtervezete korántsem meggyőző: a díjak politikailag motivált megállapítása, ezek visszamenőleges hatályú visszatérítése, a díjakból történő finanszírozás, a biztosítottak választási szabadságának korlátozása, nem stabilabbá, hanem ellenkezőleg, kiszámíthatatlanná teszik a betegbiztosítást. A törvénytervezet jelenlegi formájában szűkíti a vállalkozói versenyt és az ésszerűség mértékét meghaladó beavatkozási lehetőséget biztosít a hatósági beavatkozás számára. Teret nyit a szükségtelen bürokratizálódásnak, anélkül, hogy – miként azt a jelentés megállapítja – megfelelő ellensúlyokat teremtené a szolgáltatói oldalon, amelyek erősítenék a verseny elemeit, mindenekelőtt a szelektív szerződéskötést (szerződéskötés kötelezettségének megszüntetése). Más országokhoz hasonlóan, a reformtörekvések Svájcban is nem a megfelelő szintre irányulnak: ez esetben a betegbiztosítókra.

A kantonok szerepének leépítése: A jelentés szerint a kantonok sokrétű szerepe: mint kórháztulajdonos, finanszírozó és szabályozó, érdekkonfliktusokhoz és a költségellenőrzés ösztönzésének gyengüléséhez vezet. Az ennek feloldására irányuló ajánlások: a felelőségek tisztázása egy jobb ösztönző rendszer segítségével, jobb adatgyűjtési rendszer, több transzparencia, továbbá a duális rendszerről egy olyan rendszerre való áttérés, amelyben a kantonok járulékaik egyetlen direkt kifizetőhöz kerülnek és amely nem lehet maga a kanton.

Kimondatlan nem az egységes pénztár kérdésére: Sajnos a jelentés nem foglal állást explicit módon az egységes pénztár kérdésével kapcsolatban, ám egyértelműen a versenyen alapuló rendszer továbbfejlesztését részesíti prioritásban az egybiztosítós rendszerrel szemben. A második fejezet végén szordínóban megfogalmazódik egy értékelés, amely három érvet sorol fel az egységes pénztár mellett, hatot pedig ellene. A pozitív érvek közül egy téves, egy

ellentmond magának a jelentésnek, egy pedig mérlegelésre érdemes. Az egységes pénztár ellenében felsorakoztatott hat érv:

- Megszűnne a választás szabadsága és a biztosítóváltás lehetősége.
- A monopolisztikus piaci viszonyok megbénítják az innovációt, túlszabályozott kötelező modellekhez vezetnek, amelyekben a szolgáltatók és a biztosítottak nem rendelkeznek mozgástérrel; egyebek között korlátozzák a *managed-care*-hez hasonló innovációs törekvéseket.
- Amennyiben a kialakult árak túl alacsonyak, ez alullellátáshoz és racionáláshoz vezet. A költségcsökkentésre való törekvésében az egységes pénztár beáldozná az ellátás minőségét. Azok az országok, amelyek az egységes pénztár és az egészségügy államosítása mellett döntöttek, előbb megvitatták a racionálás lehetőségét és erre az útra léptek. Az egységes pénztár óhatatlanul a szolgáltatásoknak a biztosítottaktól való megvonásához vezet, amit Lengyelország, Nagy-Britannia és Kanada példája bizonyít.
- Az új rendszerre való áttérés jelentős tranzakciós költségeket eredményezne: ezeket a *santésuisse* legalább 4,5 milliárd CHF-re becsüli. Ez a szám a keleti kantonok egészségügyi konferenciája által 2011-ben készített tanulmányon alapul, amely a rendszer átalakítása esetén az egy biztosítottra jutó költségeket 587 CHF-re értékelte. Ez a rendszerváltás nem egyéb, mint 7,7 millió biztosított egy csapásra történő biztosítóváltásának kikényszerítése.
- Az egységes pénztár jelentős népgazdasági károkat okozna, a jelentés becslése szerint a biztosítótársaságok mintegy 12.000 alkalmazottjának kellene új munkahely után néznie.
- A jelentés kétségbe vonja egy ilyen kezdeményezés politikai megvalósíthatóságát, másrészt Svájcban az egységpénztárra vonatkozóan már két népszavazást tartottak és a nép mindkét alkalommal határozott nemet mondott. (KB)

Monika Diebold: Az adatgyűjtés, adatfeldolgozás az OECD-WHO-jelentésben a Svájci Egészségügyi Obszervatórium szemszögéből

A Svájci Egészségügyi Obszervatórium a jelentés összefüggésében három kívánsággal fordul a politikai döntéshozókhöz és az adattermelőkhöz: hosszútávú és transzparens prioritások meghatározása; az ezekből levezetett statisztikai adatállomány definiálása, amely több éven keresztül változatlan marad; az állami adatgyűjtések kiépítése a prioritások körében egységes kritériumok és kapcsolódási módozatok figyelembevételével.

Jobb koordináció, kötelező standardok, minimális adatállomány: A jelentés részletes ajánlásokat tesz a nemzeti egészségügyi információs rendszerre vonatkozóan. Ezek közül legfontosabb egy minimális adatállomány meghatározása, amelyet a kantonoknak a szövetség részére szolgáltatniuk kell. Ezenkívül jobb koordinációra, egy nemzeti ütemtervre és kötelező standardokra van szükség. A jelentés a következő indikátorokra vonatkozó információgyűjtést javasolja:

- egészségügyi kockázatok;

- alapellátás;
- egészségügyi személyzet;
- kórházban történő ambuláns ellátás;
- az ambuláns ellátásban, a kórházakban és az ápolási intézményekben nyújtott szolgáltatások minősége;
- az egészségügyi szolgáltatásokra visszavezethető morbiditás és mortalitás;
- egészségi egyenlőtlenségek.

Információhiány a gyermekek és sebezhető csoportok egészségügyi kockázataira vonatkozóan: A Szövetségi Statisztikai Hivatal ötévente nagyszabású egészségügyi felmérést végez, amelynek során mintegy 20.000 felnőttet kérdeznek meg 40 perces telefonbeszélgetés keretében és írásban is. Ennek során nemzetközi szinten harmonizált kérdőívet alkalmaznak. A kérdések köre: egészségügyi kockázatok, az egészséggel kapcsolatos viselkedés, egészségi állapot, szociodemográfiai vonatkozások és környezeti befolyások. Az ápolási intézményekben ellátottak számára adaptált kérdőívet alkalmaznak. A 11 év fölötti gyermekek körében a WHO nemzetközi felmérést végez.

Mindennek ellenére a felmérések a lakosság bizonyos csoportjaihoz nem jutnak el. Ilyenek a kisebb gyermekek, vagy az ország nyelveinek egyikét sem beszélő csoportok. Így joggal állítható, hogy a jelentéstevőknek további vizsgálatokat kell végezniük. Az új felméréseknek ki kell terjedniük a 10 éven aluli gyermekekre és a lakosság különösen sebezhető csoportjaira.

Töredékes információk a nem egyetemi végzettségű egészségügyi személyzetről: Az orvosi egyetemek végzőseinek (orvosok, fogorvosok, gyógyszerészek, állatorvosok, kiropraktikerek) adatait az egészségügyi személyzet nyilvántartásában (*Medizinalberuferegister*) rögzítik. A többi egészségügyi foglalkozás nyilvántartása nem egységesen történik. A kórházakban és ápolási intézményekben dolgozó személyzetről a Szövetségi Statisztikai Hivatal teljeskörű felméréseket végez.

A kórházak és az otthonok, valamint a *Spitex* (kórházon kívüli ápolás) kivételével a személyzet nyilvántartása már körülményesebb. Jóllehet a hivatalos statisztika követi a személyzet alakulását, a kategorizálás elnagyolt. Kiszűrhető, hogy az egészségügyben mely foglalkozásokat milyen gyakran gyakorolnak és az is felmérhető, hogy egy-egy munkaadónál hány személy dolgozik. Arról viszont már nehéz lenne nyilatkozni, hogy az orvosok mely feladatokat látnak el. A Svájci Orvosok Szövetségének (FMH) statisztikája szerint a nem orvosi foglalkozásokról nem állnak rendelkezésre adatok. A fizio- és az ergoterápia területén működő önálló keresőtevékenységet végzők adatait nem dokumentálják egységesen. A helyzet az életkori struktúra és az idő előtti pályaelhagyás tekintetében is áttekinthetetlen.

Az „alapellátás-szakellátás” és a „kórházi-ambuláns” ellátás monitorozása: A svájci egészségügyet az elmúlt években a szolgáltatásoknak az alapellátásból a szakellátásba, valamint a kórházi ellátásból az ambuláns ellátásba való áttolódása jellemzi, ami az esetátalányok (*SwissDRG*) bevezetésével és az ország teljes

területére való kiterjesztésével továbbra is folytatódni fog. A kórházi ellátás területén Svájc kimerítő adatgyűjtési rendszerrel rendelkezik, ami jelentősen előmozdította az esetátalányok bevezetését. A kórházi adatgyűjtés azonban a fekvőbeteg szférára (betegekre) korlátozódik, ill. nem tesz különbséget a fekvőbeteg és az ambuláns feladatkör között (infrastruktúra, költségek, személyzet).

A kórházon kívüli ellátásokra vonatkozó adatgyűjtés helyzete még ingatagabb. Léteznek ugyan országos felmérések (Spitex-statisztikák), de nem végeznek részletes országos felméréseket az orvosok, gyógyszerészek, fizio- és ergoterapeuták kórházon kívüli tevékenységére vonatkozóan.

A nem állami adatforrások szerepe: A Svájci Egészségügyi Observatórium (*Obsan*) az adathézagok pótlására nem állami adatforrásokat is felhasznál. Ezek azonban gyakran nem reprezentatívak, megállapításaik bizonytalanok, ezért csak kényszerhelyzetben és nagy körültekintéssel vehetők figyelembe. Szakszerű és gondosan felépített adatállománnyal rendelkezik a Svájci Orvosok Szövetsége (FMH), valamint a *santésuisse* leányvállalata, a SASIS AG.

Erika Ziltener: A jelentés a svájci betegjogi szervezetek szemszögéből

A jelentés megállapításai többségükben helytállóak, a minőségbiztosításra, a transzparenciára és az adatbázis hiányosságaira vonatkozó reformjavaslatok megszívlelendők. Ám az nem nyilatkozik a betegek státusáról és intézményesített képviseléről, fogyasztóknak tekinti a betegeket.

A szükséges reformok:

Közös vízió és konkrét célkitűzések: A jelentés szerint a föderalizmust egy szövetségi szintű egészségügyi kerettörvényben kellene kifejezni. Ez mindenképpen csak köztes lépés lenne, mivel végső soron nem felelne meg az egészségügyi ellátás követelményeinek. Akadályozza az átalakulásokat és egészségi egyenlőtlenségekhez vezet, továbbá ez a legfőbb oka annak, hogy nem sikerül áttörést elérni a minőségbiztosítás reformja és az egész országra kiterjedő adatgyűjtési rendszer tekintetében. A jelentés joggal hiányolja a szilárd adatbázist.

Egyedi szolgáltatások térítése helyett integrált ellátás: A jelentés sürgős cselekvést lát szükségesnek a finanszírozás és a térítések területén. Egyrészt rendszeresen felül kell vizsgálni az alapellátás szolgáltatásainak körét, elsősorban a betegeknek több hasznot nyújtó új orvostudományi vívmányok tekintetében. Másrészt a jövő az integrált ellátásé. Mivel az egyedi szolgáltatások térítése túlellátást eredményezhet, ennek ki kell terjednie a teljes kezelési folyamatra. A hálózatokba szervezett szolgáltatók által nyújtott kezeléseknél prevenció és egészségfejlesztési intézkedésekre is ki kell terjedniük.

Az OECD tagállamaihoz viszonyítva Svájcban túl sok aktív kórház működik. Ez veszélyezteti a kórházi szolgáltatások minőségét, miközben a kisebb kórházak

nem végezhetnek olyan beavatkozásokat, amelyek tekintetében nem érik el a szükséges esetszámot. Az esetátalányok bevezetésével várható, hogy a szolgáltatások kínálata kevesebb aktív kórházra összpontosul és így hosszútávon költségcsökkenésre és a hatékonyság növekedésére kerül sor. A jelentés nem tér ki arra, hogy az esetátalányok bevezetése veszélyeztetné az ellátás minőségét és ezért nem javasolja az ez irányú felügyelet bevezetését.

A belföldi egészségügyi személyzet támogatása: Az egészségügyi személyzet biztosítása már jó ideje külföldről történik. Ez az eljárás egyre több kérdést vet fel. Egyrészt mivel Svájcban az egészségügyi személyzet aránya magasabb, mint a szomszédos országokban, másrészt mivel a szomszédos országokból elszívott munkaerőt távolabbi országokból pótolják. A jelentés szerint ez igazságtalan a származási országokkal szemben.

Etikailag kifogásolható az egészségturizmus is. Gazdag külföldi betegeket toboroznak, hogy azok beszálljanak az egészségügyi rendszer finanszírozásába.

A külföldi személyzet alkalmazása nemcsak a kórházi, hanem egyre inkább az ambuláns ellátásra is kiterjed. Egyre gyakoribb, hogy elaggott személyek ápolását, gyakran igen siralmas körülmények között külföldi nők végzik.

Országos szintű minőségbiztosítási rendszer: Eltekintve a sürgősségi ellátástól, a betegeknek széleskörű választási lehetőségeik vannak, ám a minőség tekintetében nem állnak rendelkezésre információk. A jelentésnek ez a kitétele mind a kórházi és az ambuláns ellátásra, valamint a népegészségügyre, a prevencióra és az egészségfejlesztésre érvényes. A reform ezen a területen a legsürgősebb: Svájcban nincsenek az ország egész területére kiterjedő kötelező minőségügyi és minőségbiztosítási követelmények, nem áll rendelkezésre a megfelelő adatbázis és hiányzik a transzparencia.

Eltérő ajánlások:

A verseny leépítése a betegbiztosítás területén: A jelentés életképesnek ítéli a több biztosítós rendszert és javasolja, hogy a betegbiztosítók kapjanak nagyobb hatalmat. A verseny fokozása jobban ösztönözné a biztosítottakat a biztosítóváltásra. A jelentés nem tér ki a biztosítóváltás költségkövetkezményeire. Ezzel szemben hangsúlyozza a fejkvóta rendszernek az individuális díjcsökkentéssel való tompítását.

Valójában a biztosítók sem az integrált ellátás, sem a kockázatkiegyenlítés tekintetében nem merítették ki lehetőségeiket. A biztosítók közötti verseny költségnövekedéshez és a betegek közötti egyenlőtlenségekhez vezet. A több biztosítós rendszer nem vált be és azt minél előbb egy állami betegbiztosítóval kell felváltani.

A betegek bevonása az együttes döntéshozatalba: A jelentés nem foglal állást sem a betegek jogaira, sem azoknak individuális vagy delegált együttes döntési részvételére vonatkozóan. Ez a gyakorlat nem intézményesült, nem rendelkezik finanszírozással, ezért inkább helyiérdekű és szórványos. Ezért a betegek

kívánságai sem a kellő nyomatékkaal, sem támogatással nem rendelkeznek. Az OECD tagállamaiban, mint pl. Hollandiában a betegek és képviseteik jobb helyzetben vannak.

Jacques de Haller – Anne-Geneviève Bütikofer:
A jelentés a Svájci Orvosok Szövetsége (FMH) szemszögéből

A svájci egészségügyi rendszer jó teljesítőképességű, de nagyon drága. Az egészségügyi kiadások 2009-ben a GDP 11,4%-át tették ki. Az egészségügyi kiadások növekedése évente 2%. A svájci lakosság 13,5%-át az egészségügyben foglalkoztatják.

Üdvözlendő a jelentés ajánlása egy egészségügyi stratégia kidolgozására. Ennek megvalósítása során figyelembe kell venni a teljes ellátási folyamatot és az összes biztosítót. Pozitív javaslat az egészségpolitika számára szükséges adatok és tények feltárása egy hosszútávú monitoring keretében.

Az orvosszövetség szerint a feladatoknak a szövetség és a kantonok közötti újraelosztása nem vezethet centralizációhoz. Inkább az ellátási régiók közötti verseny erősítésére és a szabad orvosválasztás megtartására kellene törekedni.

A jelentés elemzése:

Adatok, demográfia, minőség: A minőség vonatkozásában előrebocsátandó, hogy a svájci egészségügy ugyan magas költségeket okoz, maga a vita azonban nem szólhat csupán a költségekről. A svájci egészségügy teljesítménye kiváló, az orvosok nap mint nap mindent megtesznek a minőség biztosításáért, mindez azonban alig látszik. Minőségbiztosításról csak akkor beszélhetünk, ha az valóban ismertté válik és megfelel a várakozásoknak.

A jelentés hiányolja az egészségügyi szolgáltatások, a gyógyszerek és a technológiák költséghatékonysága értékelésének keretfeltételeit. Jelenleg szövetségi szinten folyamatban vannak bizonyos intézkedések a kötelező betegpénztár által finanszírozott szolgáltatások engedélyezési eljárásának transzparenciájára vonatkozóan. Megemlítendő a *Swiss Medical Board* egészségügyi technológiai értékelési tevékenysége és a *SwissHTA* projekt. Az egészségügyi technológiai értékelés ma még semmiképpen sem hasonlítható össze más országok hasonló gyakorlatával (pl. Angliáéval).

Vitathatatlan, hogy az utóbbi időben az orvostársadalom is demográfiai átalakuláson ment keresztül. Az orvosokkal való ellátottság régióként változik, 2010-ben az orvosok 35,8%-a nő volt, 2010-ben az orvostudományi egyetemeken a végzősök 61%-a nő volt. Az évente végzők száma nem elégséges az utánpótláshoz, a felvételin egy helyre négy jelentkező jut, a beiskolázási helyek számának emelése azonban nem látszik megoldásnak.

Tarifák és egészséggazdaság: Az orvosszövetség egyetért a jelentéssel, miszerint a fenntartható egészségpolitikának számokra és tényekre van szüksége. Különösen a jelenlegi finanszírozási reform összefüggésében jelentős a hosszútávú monitoring. Ennek során azonban a kórházak közötti versenyt különböző tényezők akadályozhatják és torzíthatják, pl. az elrendelt tényleges

volumenkorlátozás. Az a tény, hogy a kórházaknak igazolniuk kell, ha jó hírnevük alapján más kantonokból vonzanak betegeket és több beteget kezelnek, mint elvárják, ellentmond a versenyt ösztönző új kórházfinanszírozási törvény alap gondolatának. Másrészt előbb meg kell várni, hogy beválik-e az esetátalányokon alapuló rendszer, a *SwissDGR*. Mivel ez még különböző hiányosságoktól szenved, legalábbis az elkövetkező években az innovációk megfelelő térítése nem várható.

Az orvosszövetség csatlakozik a jelentés azon megállapításához, miszerint a különböző finanszírozási formák és források hibás ösztönzőkhöz és a verseny torzításához vezetnek a kórházi és az ambuláns szektorban. Az orvostársadalom szemszögéből nem érdektelen, hogy az esetátalányok bevezetése alkalmával eltolódásokra kerül sor a kórházi, a kórházi ambuláns, ill. a praxis-ambuláns szektorok között. Ezt a kérdéssel jelenleg a H+ kórházszövetség és az orvosszövetség által az *Universität Basel* és a *B.S.S. Volkswirtschaftliche Beratung AG* részére adott kutatási megbízás keretében vizsgálják.

Ambuláns tarifák és szerződések: Az orvosszövetség álláspontja szerint az irányított verseny hozzájárult a biztosítási védelem kiterjesztéséhez. A jelentés kritikája az integrált ellátási modellekre vonatkozóan helytálló, a javasolt intézkedések is rendben volnának, de a jelentés nem nyújt megoldást az ellátást fenyegető fragmentálódás elhárítására.

A jelentés szerint csak kevés és gyenge az ösztönző a szolgáltatók közötti versenyre a hatékonyság és a minőség területén. Az orvosszövetség ezt másképp látja. A hatékonyságot és a minőséget nem a biztosítóknak kell megítélniük. Másrészt a jelentés nem ad választ arra a kérdésre, hogy miként járulhat hozzá a szerződéskötés köteletségének megszüntetése a költségcsökkentéshez. Ha a biztosítók választhatnak a szolgáltatók közül, kétségkívül a legkedvezőbb költségeket kínáló szolgáltató mellett fognak dönteni. De mi van a minőséggel, amely egyben nyereséget jelent a beteg és garanciát a gazdaságosság számára?

A jelentés felszólítja Svájcot, hogy a szolgáltatási katalógus meghatározása során alkalmazza a költséghatékonyság kritériumait. Felmerül a kérdés, hogy miként és mely kritériumokat kell definiálni? A hatékonyság, célszerűség és gazdaságosság kritériumai közül többnyire az utóbbi kerül túlsúlyba, miközben a szolgáltatások hatékonyságát csak kezdetlegesen mutatják ki.

A jelentés ajánlásai közül a svájci egészségügy szereplői már többet kidolgoztak, ill. megvalósítottak, pl.: a szövetség minőségügyi stratégiája, az ellátás kutatása, az egészségügyi technológiai értékelés standardjainak kidolgozása.

Delphin Sordat Fornerod:

A jelentés a Szövetségi Egészségügyi Hivatal szemszögéből

A jelentés ajánlásai összhangban vannak a szövetségi tanács [a svájci kormány] által 2011. június 22-én elfogadott egészségügyi stratégiával. A svájci rendszert nem kell alapjaiban felforgatni. Az első jelentéshez hasonlóan ismét csak arról van szó, hogy folytatni kell az Államszövetségi Belügyminisztérium (Eidgenössisches Department des Innern) által elindított reformfolyamatot és

el kell mélyíteni a már folyamatban levő reformokat az egészségügy általános hatékonyságának javítása érdekében.

A jelentés öt területen fogalmaz meg ajánlásokat: stratégiai irányítás és információs rendszer, betegbiztosítás, egészségügyi személyzet, az egészség és az ellátás minősége, végül az egészségügyi ellátás és a gyógyszerkiadások gazdaságossága.

Az egészségügy stratégiai irányítása és az információs rendszer: A jelentés, akárcsak 2006-ban, egy globális szemlélet érvényesítését és egy szövetségi szintű kerettörvény bevezetését javasolja. Az ajánlás nem kérdőjelezi meg a föderális berendezkedést, hanem a szövetség és a kantonok közötti együttműködést erősítő mechanizmusok bevezetését sugalmazza.

A szövetség és a kantonok 2010-ben a Nemzeti Egészségpolitikai Dialógus keretében elindították a Nemzeti Egészségügyi Stratégia Projektet (*Projekt Nationale Gesundheitsstrategie – NGS*), amelynek célja az egészségügyi rendszer irányításának és az ehhez szükséges adatbázis javítása. Jóllehet Svájcban több jó adatbank áll rendelkezésre, eddig nem sikerült létrehozni egy átfogó egészségügyi információs rendszert, amely összekapcsolná egymással az egyes adatbankokat. Az erre irányuló törekvések folyamatban vannak, a résztvevő partnerek pedig, elsősorban a Szövetségi Egészségügyi Hivatal (*Bundesamt für Gesundheit – BAG*), a Szövetségi Statisztikai Hivatal (*Bundesamt für Statistik – BFS*), a Svájci Egészségügyi Obszervatórium (*Schweizerisches Gesundheitsobservatorium – Obsan*), valamint a Kantonok Egészségügyi Igazgatóinak Konferenciája (*Gesundheitsdirektorenkonferenz – GDK*), különböző projekteket indítottak el a Nemzeti Egészségügyi Stratégia Projekt keretében. A legsürgősebb cselekvést igénylő területek: a lakosság egészségi állapota (krónikus megbetegedések prevalenciája), az ambuláns ellátás és a szolgáltatások eredményei. Prioritást jelent a nemzeti rákregiszter bevezetése.

A betegbiztosítás: A jelentés szerint a svájci egészségügyi rendszer a világon a legdrágábbak közé tartozik (2009-ben a GDP 11,4%-a). A javaslatok olyan mechanizmusok bevezetésére irányulnak, amelyek az eszközök optimális felhasználása érdekében biztosítani tudják a szolgáltatások minőségének és költséghatékonyságának ösztönzését. Így rendszeresíteni kellene az egészségügyi technológiai értékelési eljárást és támogatni kellene az integrált ellátás modelljeit. Az ajánlások között szerepel a szolgáltatók és a biztosítók közötti szerződéskötés szabadságának fokozatos bevezetése, valamint a kockázatkiegyenlítés finomítása. A jelentés több helyen is utal a lakosság körében elsősorban a jövedelemmel összefüggésben jelentkező egészségi egyenlőtlenségekre és ezért az exponáltabb csoportok tüzetesebb megfigyelését javasolja.

A szövetségi tanács egy független Egészségügyi Technológiai Értékelési Ügynökség felállítását tervezi. A Nagy-Britanniában és Németországban is alkalmazott költség-haszon-viszony rendszeres vizsgálatának célja a források jobb felhasználása és a betegbiztosítás gazdaságosságának javítása.

A svájci parlament röviddel a jelentés megjelenését megelőzően, 2011. szeptember 30-án, elfogadta a betegbiztosításról szóló törvény reformját. Ennek célja: az integrált ellátási hálózatok, mint a *managed care* speciális formáinak támogatása. Az integrált ellátási hálózatok több szolgáltató összefogását jelentik az egészségügyi ellátás jobb koordinációja érdekében. Az integrált modelleknél a költséghozzájárulás is alacsonyabb. Az újítások között szerepel a kockázatkiegyenlítés finomítása is. A reform ellen azonban 2012. január 19-én népszavazást kezdeményeztek.

A kockázatkiegyenlítés tekintetében az életkorra és a nemre vonatkozó formulát 2012 elejétől kezdve a következő kockázati tényezővel egészítették ki: „három napot meghaladó hospitalizáció az előző évben”. A jelentés szerint ez kompromisszumos megoldás, a hosszútávú cél ugyanis a más országokban is alkalmazott morbiditáson alapuló kockázatkiegyenlítésre való áttérés lenne.

Az egészségügyi személyzet: A jelentés szerint az egészségügyi személyzettel való ellátottság Svájcban magasabb, mint az OECD többi tagállamában. A foglalkozási csoportok és régiók közötti nagy különbségek miatt azonban a jövőben elsősorban az általános orvosok körében és a tartós ápolás területén várható munkaerőhiány. A jelentés utal a nemzetközi migráció jelentőségére. 2007-ben Svájcban a bevándorolt orvosok és ápolók a svájci egészségügyi személyzet 30%-át tették ki. 2008-ban a bevándorolt orvosok száma magasabb volt, mint az orvostudományi egyetemen végzeteké. Ezzel kapcsolatban az Egészségügyi Világszervezet 2010. május 21-én elfogadta „Az egészségügyi munkaerő határokon átnyúló toborzásának viselkedési kódexét”.

A jelentés ajánlásai között szerepel az egészségügyi személyzetre vonatkozó információs rendszer kiépítése, a képzés támogatása és a rendelkezésre álló források jobb kihasználása. Jóllehet Svájcban számos állami és privát adatbank működik, eddig nehéz volt teljes áttekintést nyerni a rendszerről. A jövőbeli irányváltás előfeltétele egy országos szintű rendszeres és transzparens monitoring bevezetése. A képzés tekintetében már 2010-ben elindították az ápolóképzés tervét („*Masterplan Bildung Pflege*”), amelynek célja a képzési kapacitások bővítése, a személyzet pályán tartása, a különböző szinteken működő ápolók képzése. A szövetségi tanács 2011 novemberében közzétette az orvoshiány leküzdésére és a háziorvosi tevékenység támogatására vonatkozó jelentését. [N.B. „*Strategie gegen Ärztemangel und zur Förderung der Hausarztmedizin*” – a *Bundesamt für Gesundheit* honlapján (65 p.): <http://www.bag.admin.ch/themen/berufe/07962/index.html?lang=de>]

Az egészség és az ellátás minőségének javítása: Svájcban az egészségügyi összkiadások 2,3%-át fordítják prevencióra és egészségfejlesztésre, ami a 3,1%-os OECD-átlag alatt van. Dacára annak, hogy a legnagyobb egészségi kockázatot a nem fertőző betegségek (pl. a dohányzással és a túlsúllyal összefüggő betegségek) jelentik. A jelentés elismer bizonyos eredményeket, pl. a középületekben való dohányzás tilalmának bevezetését (2010), az egészségügyi rendszert azonban ebben a vonatkozásban továbbra is szétesőnek és kevésbé koordinátnak látja. Ebben a kérdésben a tervezett prevenció törvény jelenthet

megoldást, amely partnerségi alapon kidolgozott célkitűzések és prioritások segítségével magalapozhatja az új prevenciós stratégiát. Az ellátás minősége tekintetében 2015-ig egy saját intézet felállítását tervezik, amely majd nagyszabású felméréseket végez a szövetség megbízásából.

Az egészségügyi ellátás és a gyógyszerkiadások gazdaságossága: A jelentés üdvözli a 2006. óta bevezetett reformokat, mint pl. az esetátalányok bevezetését a kórházfinanszírozás területén és utal a kantonok kettős (finanszírozói és üzemeltetői) szerepére, valamint a kórházak igen magas számára. Ezenkívül a kórházakban támogatni kell az aktív ellátásról az ambuláns ellátásra való súlypontátelhelyezést, fejleszteni kell a különleges szükségleteket támaztó betegek (pszichiátria, tartós és palliatív ápolás) ellátását. Folytatni kell a gyógyszerek értékelésének és a generikumok alkalmazásának gyakorlatát. A kórházfinanszírozás reformjával a kórházügyi tervezéseket legalább három évvel az esetátalányok bevezetését követően, tehát 2014 végéig ki kell igazítani. A Nemzeti Egészségügyi Stratégia Projekt ezenkívül keretében egy részprojekt: „A jövőbeli finanszírozás tarifái és sarokszámai” címmel foglalkozik a finanszírozási rendszer távlati reformjaival.

Az OECD-WHO-Review of Health Systems Switzerland (2011) ajánlásai

1. Az egészségügy stratégiai irányításának javítása és az egészségügyi információs rendszer kiépítése az alábbi intézkedésekkel:

- egy átfogó szövetségi szintű egészségügyi kerettörvény kidolgozása; a különböző kormányzati szintek illetékességeinek tisztázása; az adatcsere platformjainak kialakítása;
- nemzeti szintű ütemtervek és standardok kidolgozása az egészségügyi információs rendszer és a jelentéstételi kötelezettség bevezetésével összefüggésben, minimális adatközlési kötelezettséggel a kantonok számára; az adatbankoknak és a rendszeres felméréseknek az alábbiak információkra kell kiterjedniük: egészségügyi kockázatok, egészségügyi személyzet, ambuláns ellátás, a szolgáltatások minősége, a szolgáltatásokkal összefüggő morbiditás és mortalitás, egészségi egyenlőtlenségek;
- elektronikus betegdossziék bevezetése, egyértelmű betegazonosítás és individuális, számítógépen leolvasható *smart card*-ok;
- a szövetségi és kantoni szintek közötti koordináció erősítése és intézményesítése.

2. A betegbiztosítás finanszírozási és térítési mechanizmusainak átalakítása az alábbi célkitűzésekkel:

- a minőség, a hatékonyság és a gazdaságosság és a szolgáltatások koordinációjának ösztönzése; a szolgáltatások költséghatékonyságának elemzése az egészségügyi technológiai értékelés formális és szisztematikus alkalmazásával, az integrált ellátási modellek és *managed-care*-modellek támogatása;
- a betegbiztosítók értékalapú versenyének javítása, a biztosítók és a szolgáltatók közötti szabad szerződés-kötés fokozatos engedélyezése, a

kockázatkiegyenlítési mechanizmusok finomítása a morbiditás szempontjából releváns kockázati tényezők hozzáadásával és prospektív kompenzációs számítások bevezetésével;

- a finanszírozás egyenlőségének felügyelete, elsősorban a magas költséghozzájárulásokat tartalmazó biztosítási szerződések hatásaira való tekintettel, a hátrányos szociális helyzetben levők védelmére irányuló mechanizmusok (pl. díjkedvezmények) hatékonyságának további ellenőrzése.
3. Az egészségügyi személyzet stratégiai és nemzeti tervezésének erősítése:
- az egészségügyi személyzetre, elsősorban az ápolószemélyzetre vonatkozó információs rendszer kiépítése, folyamatos felügyelet, értékelés és jelentéstétel bevezetése az egészségügyi foglalkoztatáspolitikai területén;
 - az orvostudományi egyetemek támogatása az ápolóképzési helyek növelése érdekében;
 - az igazságosság és hatékonyság kérdéseivel való szembesülés az egészségügyi személyzet nemzetközi migrációjával összefüggésben;
 - a TARMED revíziója a munkaerőhiánnyal küszködő területeken;
 - interdiszciplináris képzések és szakmai továbbképzések támogatása;
 - átfogó és fenntartható életpálya modellek kidolgozása a népegészségügy területén, egy nemzeti kompetenciacentrum megalapítása.
4. Az egészség és az egészségügyi ellátás minőségbiztosításának javítása:
- az egészségfejlesztési és betegségmegelőzési programok szisztematikus értékelése, különös tekintettel azokra a preventív népegészségügyi intézkedésekre, amelyek eddig nem álltak rendelkezésre az ország egész területén (mellrák korai felismerése), amelyeket eddig nem alkalmaztak következetesen (oltások) vagy amelyek költséghatékonysággal járnak (dohány- és alkohol megadóztatása);
 - a kórházi és ambuláns szolgáltatók általi egészségügyi jelentéstétel és adatgyűjtés a nemzeti minőségügyi indikátorok alapján.
5. Az egészségügyi ellátás és a gyógyszerkiadások gazdaságossága:
- a kantonok és a biztosítók általi eddigi duális finanszírozási rendszerről egy olyan rendszerre való átmenet mérlegelése, amelyben a kantonok járulékai egyetlen direktkifizetőhöz folynak be;
 - annak biztosítása, hogy az esetátalányok alkalmazása a kantoni kórházak nagyobb autonómiájával járjon, hogy a szolgáltatók gazdaságosságára és minőségére vonatkozó új információkat a kórháztervezésre fordítsák, hogy az esetátalányokból származó kifizetéseket egészítsék ki az alapszolgáltatások (baleseti és sürgősségi szolgálatok) biztosítása érdekében;
 - a fekvőbeteg ellátásoknak az ambuláns ellátások körébe való nagyobb mértékű átirányítása; horizontális ellátási struktúrák kialakítása az ambuláns és a fekvőbeteg ellátásban a tartós és palliatív ápolást igénylők részére.

[A Soziale Sicherheit (CHSS) 2012. 2. száma a Bundesamt für Sozialversicherung honlapján:

<http://www.bsv.admin.ch/dokumentation/publikationen/00096/03158/03176/index.html?lang=de>]

Népszavazás Svájcban a szabad orvosválasztásról
Ärzte Zeitung, 2012. június 18.

A svájci lakosság 2012. június 17-én népszavazáson döntött a managed care általánosításáról. A törvénytervezet célja az integrált ellátás kiterjesztése volt.

Országos szinten a részvétel 38%-os volt. A törvénytervezetet a szavazásra jogosult lakosok 76%-a utasította el. A parlamenttől és a szövetségi tanácstól származó törvénytervezetnél az ilyen mértékű elutasítás teljesen szokatlan. A tervezet a 26 kanton közül egyben sem kapott többséget. Az elutasítás legfőbb oka a szabad orvosválasztás korlátozásától való félelem volt. A házi orvosok támogatták, az orvosszövetségek ellenezték a törvénytervezetet.

A 36.000 taggal rendelkező Svájci Orvosszövetség (FMH) üdvözölte az eredményt. A tervezet ugyanis belekényszerítette volna a betegeket a hálózatokba és csak felár ellenében tarthatták volna meg megszokott orvosukat.

A betegbiztosítók szövetsége, a *santésuisse* szerint viszont ez az eredmény is azt bizonyítja, hogy milyen nehéz „megváltoztatni a status quo-t az egészségügyben”. Az ellenzők érve, hogy „az orvoshálózatok támogatása a szabad orvosválasztás elvesztéséhez vezetne”. Márpedig ezek szerint már a biztosítottak 40%-a a korlátozott orvosválasztás mellett döntött volna.

Alain Berset egészségügyi miniszter „elpackázott esélyről” beszél az elutasítás kapcsán. A viták során ugyanis tisztázódott, hogy a szolgáltatók közötti jobb koordináció az ellátás minőségének javításához vezet. Ez az eredmény felér egy pusztítással: így teljesen bizonytalanná válik a teljes további reformfolyamat. A népszavazás a törvénytervezet más elemeit is elsöpörte: többek között az egységes pénztár kérdését, valamint a biztosítottak által kötelezően fizetett éves önrész eltörlését.

[Ld. még: Stefan Leutwyler: *Az egészségügyi rendszerben esedékes további kiigazítások - a kantonok egészségügyi igazgatóinak konferenciája (Gesundheitsdirektorenkonferenz) szemszögéből*, 2012. 25. sz.; Delphin Sordat Fornerod: *A jelentés a Szövetségi Egészségügyi Hivatal szemszögéből*, 2012. 26. sz.]