

## Tematikus összeállítás a svájci egészségügyi stratégiáról – Gesundheit 2020

Soziale Sicherheit (CHSS), 2013. 3. sz. és 2014. 3. sz.

[*N. B.: Svájcban a Szövetségi Egészségügyi Hivatal – Bundesamt für Gesundheit (BAG) az Államszövetségi Belügyminisztérium (Eidgenössisches Département des Innern – EDI) keretében működik. A hivatal élén igazgató áll. Az egészségügyi miniszteri teendőket a belügyminiszter látja el, a címet is ő viseli. A svájci kormány hivatalos elnevezése: szövetségi tanács (Bundesrat). – a szerk.]*

Daniela Schibli: Új modellek az egészségügyi alapellátás területén

*Az új ellátási modellek* lehetőséget kínálnak az egészségügy előtt álló kihívások kezelésére, a krónikus és multumorbid betegek kezelésének optimalizálására. E modellek keretében általában különböző szakmai csoportok ugyanazon szervezet keretében való együttműködéséről van szó. Ennek célja a párhuzamosságok megelőzése és a kapcsolódási pontokon végzett munka javítása. A különböző szolgáltatók (házi orvosok, szakorvosok, szakápolók, fizioterapeuták) a betegek specifikus problémáinak ismeretében információt cserélnek és összehangolják a kezeléseket. Az interdiszciplináris együttműködés keretében újra kell gondolni az ápolás, az orvoslás és a terápia kapcsolódási pontjain való feladatmegosztást. Meg kell haladni az olyan hagyományos képzeteket, mint „nővér” vagy „doktor”, a partnerségi együttműködés érdekében le kell bontani a fennálló hierarchiákat.

*A munkakörülmények szerepe:* A fiatal orvosok ma már nem szívesen állnak éjjel-nappal a betegek rendelkezésére. Egyre nagyobb a részmunkaidő és az interprofesszionális teamben végzett munka iránti igény. A fiatalabb orvosgeneráció kevésbé hajlamos arra, hogy egyéni praxisba investáljon. Inkább az a jellemző, hogy első lépésben az alkalmazotti munkaviszony mellett döntenek és fenntartják maguknak a lehetőséget, hogy később bevásárolják magukat a praxisközösségbe.

Már ma megfigyelhető, hogy egyre nagyobb praxisközösségek vagy egészségügyi központok működnek. A betegek számára előnyös a hosszabb nyitvatartás és egy szélesebb szolgáltatási kínálat egy helyen való igénybevételenek lehetősége. A szolgáltatások integrációja a betegek számára hátrányos következményekkel is járhat: az egyes falusi praxisok közösségi praxisokkal való helyettesítése nagyobb vonzáskörrel jár, így a betegeknek többet kell utazniuk. Ennek áthidalására is kialakultak megfelelő ellátási formák: „szatellit-praxisok” vagy „filiálék”, illetve a telemedicina elterjedtebb alkalmazása.

*Ösztönző tényezők és akadályok:* Más országoktól eltérően Svájcban az új ellátási modellek nem rendelkeznek hagyománnyal. A kezdeményezés többnyire leleményes orvosoktól származik, akik részben szükséghelyzetben – a nyugdíjazáshoz közeledtével utódlást keresve – maguk indítják el a csoportpraxis létrehozásának folyamatát. Idővel új együttműködési formák és – az

egészségügyben működő nők arányának növekedésével – családbarát modellek is kialakulnak. Az új ellátási modellek rendszerint privát vállalkozások, amelyek a kantonok és az önkormányzatok támogatásában részesülnek. Részben az állam is hozzájárul a szükséglettervezéshez vagy a finanszírozáshoz, pl. biztosítja az induláshoz szükséges tőkét vagy kamatmentes kölcsönt nyújt.

Új ellátási modellek a kórházi szféra strukturális átalakulási folyamata során is kialakulnak. Az ambuláns alapellátás egy részére kórházi ambulanciákon, ill. kórházakban működő walk-in-praxisokban kerül sor. Vidéken a kórházak telephelyeinek koncentrációja miatt a kis regionális kórházak egészségügyi központokká alakulnak át, amelyek biztosítják az orvosi alapellátást.

**Szakmapolitikai dokumentum:** „*Új ellátási modellek az egészségügyi alapellátás területén*” a Kantonális Egészségügyi Igazgatók Konferenciájának honlapján (33 p.):

[http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/Aktuelles/MMtlg/BT\\_Versmod\\_pub\\_20120402\\_d.pdf](http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/Aktuelles/MMtlg/BT_Versmod_pub_20120402_d.pdf)

**Példa: Gesundheitszentrum Meiringen**

Meiringen-ben (Bern Kanton) a korábbi kórház fokozatosan alakult át egészségügyi központtá, amely a turisták ellátást biztosítja. A kanton kezdettől fogva induló tőkével támogatta az *fmi ag* kórházak együttműködését a saját rendelővel rendelkező orvosokkal és más privát partnerekkel. A központban 2013-ban egy orvosi praxisközösség, egy sebészeti ambulanciát működtető és periodikusan kardiológiai, orthopédiai és táplálkozási tanácsadást nyújtó nappali kórház, egy Spitex-szolgálat [otthoni ápolás], egy anyasági és apasági tanácsadó, valamint egy fizioterápiás praxis működik. → [www.spitalfmi.ch](http://www.spitalfmi.ch)

**Példa: Cité générations – maison de santé**

Az Onex-ben (Genf Kanton) működő *Cité Générations* több szolgáltatót közös telephelyen egyesítő egészségügyi központ, ahol ápolók, orvosok, ergo- és fizioterapeuták, pszichológusok, logopédusok állnak rendelkezésre. Különös figyelmet tulajdonítanak az egészségfejlesztésnek és a prevenciónak. A központban éjjel-nappali sürgősségi osztály és Spitex-szolgálat is működik. Lehetőség nyílik rövidebb kórházi kezelésekre is. A *Cité Génération* a kanton *eToile* elnevezésű eHealth-projektjének része, amely elektronikus betegdokumentumot alkalmaz. → [www.cite-generations.ch](http://www.cite-generations.ch)

**A szerző:**

**Daniela Schibli**, Dr. phil., projektvezető, Kantonális Egészségügyi Igazgatók Konferenciája; E-Mail: [daniela.schibli@gdk-cds.ch](mailto:daniela.schibli@gdk-cds.ch)

***A különböző egészségügyi foglalkozások közötti együttműködést befolyásoló tényezők:***

- A **multimorbiditás fokozódása**, amely az egészségügyi ellátásban terjedő specializálódás és fragmentálódás mellett csak igen körülményesen kezelhető, megköveteli az együttműködés erőteljesebben integrált és az általános orvosi ellátásra alapozó formái felé történő orientálódást.
- Az **elektronikus segédeszközök terjedése** a klinikai döntéshozatalban és az **e-Health-megoldások fejlődési potenciálja** az integrált ellátás területén.
- Az **ellátás minőségének** auditálás, tanúsítási eljárás, ellátóegységek engedélyezése, hibabejelentő rendszerek (*Critical Incidents Reporting Systems – CIRIS*) működtetése, statisztikák segítségével történő biztosítása megköveteli a munkafolyamatok megfelelő átfarmálását.
- A társadalmak és az egészségügyi rendszerek **internacionalizálódása** a külföldi orvosok és ápolók, valamint a más kultúrkörökből származó betegek számának növekedéséhez vezet.
- Az **ökonómizálódás tendenciája**: Gyakorlatilag minden kantonban átszervezések történnek a kórházi tervezés területén. Ezek gyakran kórházak bezárásával járnak és az ellátási és kezelési láncok újjászervezését feltételezik.
- Az **új szocioökonómiai determinánsok** orvosi praxisokra gyakorolt hatásának növekedése: megváltozott családszerkezet, szociális izoláció, az egészségi kompetencia csökkenése, az alternatív gyógyászati kínálat erőteljes növekedése, a prevenció (wellness) és a szépségipari kínálat (kozmetikumok, Anti-Ageing stb.) iránti érdeklődés növekedése, az ambuláns és a kórházi ellátás szférája közötti kapcsolódási pontok eltolódása, szolgáltatások áthelyeződése az esetátlányok (*Swiss-DRG*) bevezetésével összefüggésben.
- A „**Gesundheit 2020**” stratégia az orvosi alapellátás fenntarthatóságát tűzi célul és az elsődlegesen az akut esetek kezelésére orientált ellátás mellett a prevenció, a rehabilitáció és a palliatív orvoslás kiterjesztésére törekszik.
- Az egészségügyi rendszerhez való hozzáférés diverzifikálódása, elsősorban a rossz szociális helyzetben levők számára, akik egészségi problémák esetén már orvoshoz sem fordulnak.
- Az otthoni ápolásnak a hozzátartozók általi átvétele megköveteli egy megfelelő (lokális, regionális vagy ad hoc) intézményi hálózat kialakítását.
- A **betegek kompetenciájának** a terápia megválasztása vagy tervezése tekintetében való erősítése megköveteli a kommunikáció és az együttműködés új formáinak kialakítását.

***Új kihívások – új kompetenciák a szakképzés területén?***

Az alapkompentenciák meghatározására a svájci egészségügy szereplői a kanadai *CanMEDS* modelljét tartották alkalmasnak, amely minden egyes egészségügyi foglalkozáshoz hét egymást átfedő és kölcsönösen kiegészítő szerepet (metakompentenciát) rendel. Ezt a modellt az összes egészségügyi szakképzési intézmény átvette és hozzáigazította szakmai követelményeihez.

A szakmai kompetenciák tekintetében a főiskolák és szakiskolák megállapodtak a szakmai követelményekről (bachelor vagy államszövetségi diploma). A mester- és a tervezett *Advanced-Practice*-végzettségekről még egyeztetések vannak folyamatban.

***Az egészségügyi foglalkozások gyakorlásáról szóló új svájci törvény tervezete (Gesundheitsberufegesetz – GesBG) (≈ szakképzési törvény):***

A törvénytervezet a szövetségi kormány prioritásai közé tartozik és azt a *Gesundheit 2020*-ról szóló jelentés is kiemelten kezeli: «Az egyetemi és nem egyetemi szintű képzési és továbbképzési helyek keretszámának meg kell felelnie a szükségleteknek, a tananyagot pedig az integrált ellátás követelményeivel összhangban kell alakítani. (...) Középpontjában az alábbi intézkedések állnak:

Elegendő orvos és ápoló képzése a megfelelő szakirányok területén.

Az orvosi alapellátást (a háziorvosi gyógyászatot) és a különböző egészségügyi foglalkozási csoportok közötti együttműködést a képzés és továbbképzés erősítésével, a kutatás megerősítésével és a hivatás gyakorlásához szükséges kedvező feltételek megteremtésével kell támogatni.

Egy ***egészségügyi szakképzési törvény*** bevezetése.»

**A szerző:**

**Olivier-Jean Glardon**, Dr. med.vet.,

Szövetségi Egészségügyi Hivatal, az akkreditációs és minőségbiztosítási osztály vezetője

E-Mail: [Olivier-jean.glardon@bag.admin.ch](mailto:Olivier-jean.glardon@bag.admin.ch)

\*

Maria Hodel: *Az orvoshiány leküzdésének és a háziorvosi gyógyászat támogatásának stratégiája*

A szövetségi kormány 2011 szeptemberében közzétette „***Az orvoshiány leküzdésének és a háziorvosi gyógyászat támogatásának stratégiájáról szóló jelentést***”. A dokumentum a Svájci Egészségügyi Observatórium (*Schweizerisches Gesundheitsobservatorium – Obsan*) felmérésén alapult, amely évente 700 diploma kibocsátásból kiindulva (2012: 775 államszövetségi diploma) – megállapította, hogy 2030-ig az orvosi konzultációk kerekén 30%-a nem lesz biztosítható, sőt a háziorvosi ellátás tekintetében 40% lefedetlen konzultációval számol. A kormánydokumentum néhány ajánlása, mint pl. az orvosasszisztensek továbbképzési rendszerének felülvizsgálata, valamint az interdiszciplináris együttműködés erősítése, jelenleg elemzés tárgyát képezi az „orvosképzés jövője” platform keretében, illetve vizsgálatok zajlanak annak megvalósíthatóságával kapcsolatban.

***A (házi-)orvoshiány helyzete:*** A *Gesellschaft für praktische Sozialforschung (GfS)* 2009-ben végzett felmérése szerint a megkérdezett 205 kórház 65%-ának

voltak problémái az orvosok toborzása tekintetében. Legsúlyosabban a pszichiátriai kórházak érintettek. A házi orvosoknak az egyéni praxisok utódlásával kapcsolatban vannak problémáik. Sok fiatal orvos inkább a rugalmasságot igényli, kedveli a team-munkát és előszeretettel vállal részmunkaidős munkát alkalmazotti munkaviszonyban. Ezek az elképzelések egyéni praxisban nehezen megvalósíthatók. Ezekkel a fejleményekkel párhuzamosan az ambuláns kórházi szolgáltatások erőteljes leépítése megy végbe, amelyek alapján véve az ambuláns házi orvosi praxisokban is elérhetőek. A toborzás nehézségei ellenére jelenleg általános orvoshiánynak semmi jele nem észlelhető. Az orvosokkal való ellátottság az alapellátás területén is növekedett. Ezer lakosra 1,1 házi orvos jut, ami meghaladja az OECD átlagát. Egyes szakterületeken inkább strukturális problémák állnak előtérben, más területeken a gyenge nyelvismerettel rendelkező külföldi munkaerő toborzása minőségi hiányosságokhoz vezethet. Jóllehet szisztematikus ellátási hiánynak eddig nincs empirikus bizonyítéka, korántsem lehet hátradőlni: Svájc egyre nagyobb mértékben függ a külföldi végzettségű orvosoktól. A Szövetségi Egészségügyi Hivatal 2002. óta évente átlagosan 1.200 orvosi diplomát ismert el, 2012-ben pedig már 2.000-et. Ugyanabban az évben a kantonokban kibocsátott 2.200 munkavállalási engedély felét külföldön szerzett diplomák tulajdonosai számára adták ki.

**A túlellátás lehetősége:** Bizonyos szakterületeken erőteljes regionális különbségek mutatkoznak a (sebészeti vagy diagnosztikus) beavatkozások tekintetében. Ez arra utalhat, hogy a szolgáltatásokat a kínálat indukálja és ezek korántsem szükségesek. Az OECD országaihoz viszonyítva a svájci kórházakban jelentősen magasabb a személyi ellátottság és a személyzet alacsonyabb termelékenységű.

**A képzési szükséglet becslése:** A jelentés a 2009. évi becslésből kiindulva azzal számol, hogy az alapellátás területén 32.000 orvos áll rendelkezésre. A három lépésben végzett számítás során leképezték a képzés időszakától a nyugalomba vonulásig végbemenő növekedési és csökkenési folyamatokat, kiszámították az aktuális munkavolumen fenntartásához évente szükséges személyzetpótlási szükségletet, figyelembe vették a pályaelhagyás, a tanulmányok megszakítása miatti veszteségeket, valamint a nők arányának növekedése által a teljes munkaidős ekvivalensekre gyakorolt hatást.

**1. lépés:** 32.000 orvossal számolva és (28-65 év között) 37 éves szolgálati időt feltételezve az éves helyettesítési ráta 2,7%, azaz a jelenlegi egy főre jutó orvosszám biztosítása érdekében évente 864 orvosnak kell belépnie a rendszerbe.

**2. lépés:** Az 1985 és 2000 között Svájcban végzett orvosok 16%-a még sohasem vett részt továbbképzésen. A személyzetpótlási szükséglet számítása során ezeket az orvosokat a veszteséghez sorolták. Így a képzési szükséglet évente 864-ről 1.030-ra emelkedik.

**3. lépés:** 2004. óta az államszövetségi diplomák felét, 2008. óta 60%-át nők szerzik meg. A foglalkoztatott orvosnők aránya 2030-ig a jelenlegi 35%-ról 60%-ra növekedik. Mivel a nők gyakrabban dolgoznak részmunkaidőben, arányuk növekedésével az egy főre eső munkavolumen csökken. A nők

foglalkoztatásának mértékére vonatkozó elemzések szerint két férfit három nővel kell helyettesíteni. Ha a nők aránya eléri a 60%-ot, 2030-ban a rendelkezésre álló munkavolumen a jelenlegihez viszonyítva kerekén tíz százalékkal csökken, tehát a jelenlegi 32.000 orvos munkavolumenének eléréséhez 35.200 orvosra lesz szükség. Ahhoz, hogy e létszám húsz éven belül elérhető legyen, évente átlagosan 1.066 orvosnak kell belépnie a rendszerbe. Ha figyelembe vesszük a második lépésben feltételezett veszteséget, a képzési szükséglet évente 1.200-1.300-ra növekedik. Ez a jelenlegihez viszonyítva a képzési ráta 50%-os növekedését jelenti.

**Ajánlások:** A legfontosabb ajánlás minden bizonnyal az éves képzési keret 1.200-1.300-ra emelése. További ajánlások röviden:

**Numerus clausus:** Az orvostudományi tanulmányok iránt érdeklődők száma évente több mint 4.000. Még ha a képzési kapacitást az ajánlás szerint növelnék is, szelekcióra továbbra is szükség lesz. Az alkalmassági teszt növeli a tanulmányok elvégzésének esélyét. Az igen költséges képzéssel összefüggésben célzott forrásfelhasználásra van szükség, ezért a numerus clausus-t fenn kell tartani.

**A lemorzsolódás csökkentése:** Orvostudományi tanulmányaik befejezését követően a nők ritkábban vesznek részt továbbképzéseken, mint a férfiak. Ezért a nők arányának növekedésével a második lépésben számított veszteség is növekedik. A lemorzsolódás csökkentése érdekében meg kell vizsgálni az okokat és meg kell hozni a szükséges ellenintézkedéseket.

**A politikai döntéshozatali folyamat jelenlegi állapota:**

„Az orvoshiány leküzdésének és a háziorvosi gyógyászat támogatásának stratégiájáról szóló jelentés” közzététele 2011 őszén felpörgette az oktatás- és az egészségpolitika közötti párbeszédet. A képzési keretszámok emelése a politikai napirend kiemelt témája. Időközben megjelent még két jelentés és egy előterjesztés, amelyek egyebek között a megvalósíthatósággal és a költségvonatokkal foglalkoznak.

A Szövetségi Egészségügyi Hivatal (*Bundesamt für Gesundheit – BAG*) és a Svájci Egyetemek Konferenciája (*Schweizerische Universitätskonferenz – SUK*) az öt orvostudományi kar bevonásával 2012 áprilisában jelentést tett közzé, amely támogatja a szövetségi kormány ajánlását a képzési keretszámok évente 300 hellyel való emelésére vonatkozóan. Ennek többletköltségei évi 56 millió CHF-re tehetők, ami erőteljesebb pénzügyi áldozatot követel az államszövetség részéről. A „nemzeti egészségpolitikai párbeszéd” szereplői 2012 augusztusában az egészségügyi miniszter és a svájci egészségügyi igazgatók konferenciája elnökének megbízásából **kommunikét tettek közzé, amely megerősítette a szövetség és a kantonok közös akaratát a keretszámok 300 hellyel való emelésére vonatkozóan.**

- 2012 decemberében a Szövetségi Egészségügyi Hivatal, az Oktatási és Kutatási Államtitkárság, a Kantonális Egészségügyi Igazgatók Konferenciája és a Svájci Egyetemek Konferenciája közös jelentést tett közzé, amely elemezte az orvostudományi tanulmányok költségeinek kérdését, az államszövetség általi finanszírozás módozatait, megvizsgálta újabb képzési helyek megnyitásának

lehetőségét. A keretszámok bejelentett emelése a rendelkezésre álló források mellett nem realizálható, illetve további kísérő intézkedések nélkül, mint a továbbképzés rendszeresítése vagy a kínálat regionális elosztásának javítása, nem is látszik célszerűnek.

- 2013. április 9-én aláírásgyűjtés kezdődött az orvostudományi képzési helyek emelésére irányuló népi kezdeményezéshez, amelynek célja, hogy a kantonok annyi orvos képzését biztosítsák, amennyire Svájcban hosszútávon szükség van.
- A parlament 2013 júliusában ismét napirendre tűzi a **szakorvosi praxisok engedélyezésének felfüggesztését**.

**Az orvosok létszáma a svájci egészségügyben 2011-ben:**

**A Svájci Orvosok Szövetsége (Foederatio Medicorum Helveticorum – FMH) szerint:** 30.327 orvos, ezek közül 16.232 az ambuláns, 14.095 a kórházi szektorban.

**A Szövetségi Statisztikai Hivatal (Bundesamt für Statistik – BFS) kórházstatisztikája szerint:** 2011-ben a kórházakban 20.292 orvos dolgozott, ami hatezerrel több, mint az FMH orvosstatisztikájában

**A szerző:**

**Maria Hodel**, lic. phil. I, tudományos munkatárs,  
Szövetségi Egészségügyi Hivatal, egészségpolitikai igazgatóság  
E-Mail: [maria.hodel@bag.admin.ch](mailto:maria.hodel@bag.admin.ch)

\*

Brigitte Menzi – Nuria del Rey: A háziiorvosi gyógyászat fellendítése: egy cél, több út – népi kezdeményezés, ellentervezet, mesterterv

Az „**Igen a háziiorvosi gyógyászatra**” («**Ja zur Hausarztmedizin**») **népi kezdeményezést** több mint 200.000 aláírással nyújtották be 2010 áprilisában. Célja az alapellátás háziiorvosi gyógyászatra szakosodott orvosok általi biztosítása, továbbképzésük megszervezése, a háziiorvosi szolgáltatások méltányosabb térítése, a háziiorvosok kapuőri szerepének érvényesítése az egészségügyi rendszerben. A szövetségi kormány (*Bundesrat*) 2010 októberében elutasította a népi kezdeményezést és 2011 szeptemberében **direkt ellentervezettel** állt elő, 2012 elején pedig parlamenti vita kezdődött, amelynek során a parlament mindkét háza elutasította a népi kezdeményezést: a Kantonok Tanácsa (*Ständerat*), ill. a Nemzeti Tanács (*Nationalrat*) viszont a direkt ellentervezet tartalmilag egymástól eltérő szövegváltozatai mellett döntött. Jelenleg a szövegtervezetek egyeztetése van folyamatban.

**A háziiorvosi gyógyászat mesterterve:** Az alapellátás fellendítésével összefüggő jogosult elvárások felkarolása és a népi kezdeményezés visszavonásának lehetővé tétele érdekében az egészségügyi miniszter az illetékes parlamenti bizottsággal egyetértésben elindította a „háziiorvosi gyógyászat és az orvosi alapellátás mestertervét”. A kezdeményező bizottság résztvevői: a

Belügyminisztérium, a Kantonális Egészségügyi Igazgatók Konferenciája (*Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren – GDK*), a Svájci Orvosok Szövetsége (FMH), valamint a Svájci Egyetemek Konferenciája. A projektcsoportok a szakképzési törvény, az oktatás és a kutatás, valamint az ellátás és a finanszírozás területén vizsgálják a kompromisszumképes és gyorsan megvalósítható megoldásokat.

**A háziorvosi gyógyászat megjelenése az egészségügyi szakképzési törvényben:** Kézenfekvő, hogy az orvostudományi képzést szabályozó, 2006. óta hatályos egészségügyi foglalkozások gyakorlásáról szóló törvény (*Medizinalberufegesetz – MedBG*) folyamatban levő revíziója során a kezdeményezés követeléseit is felkarolják. Így az orvosi alapellátás (és súlypontjaként a háziorvoslás) bekerült az egészségügyi foglalkozások gyakorlásáról szóló törvény képzési és továbbképzési célkitűzései közé (MedBG, 8. cikk és 17. cikk). A praxisban végzett asszisztensi tevékenység, amely lehetővé teszi az orvosasszisztensek számára a háziorvosi praxisban szükséges képességek elsajátítását, megjelenik az alapellátásban működő orvosok kötelező továbbképzésében. A revideált törvénytervezet és az előterjesztés 2013 júniusában kerül[t] a szövetségi tanács, majd a parlament napirendjére.

**A háziorvosi gyógyászat helyzete az oktatás területén:** Az intézkedési terv keretében a svájci egyetemek konferenciája a 2013-2016. közötti költségvetési időszakban négymillió CHF hitelt fordít a háziorvoslás egyetemi szintű oktatási és kutatási struktúráinak kialakítására. A kutatás területén szükséges lépések feltárása a Svájci Orvostudományi Akadémiára (*Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften – SAMW*) hárul, amely 2013 végéig összeállítja az ellátáskutatás koncepcióját.

A megkérdezett szakmai társaságok elutasítják a Svájci Orvostovábbképző Intézet (*Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung – SIWF*) arra vonatkozó javaslatát, hogy a háziorvosi képzésre az általános belgyógyászati szakorvosképzés keretében kerüljön sor. Ugyancsak átgondolandó a nem orvosi végzettségű szakdolgozók, mint a praxisasszisztensek, az *Advanced Nurse Practitioners*, a babaasszonyok és a táplálkozási tanácsadók továbbképzési rendszere. A praxisasszisztensekre mind a hagyományos egyéni praxisokban, mind az új ellátási modellek (csoportpraxisok, orvoshálózatok) jelentős koordinációs feladatok hárulnak. Az egészségügyi praxiskoordinátorok szakmai profiljának kidolgozása az oktatási és kutatási államtitkárságra hárul.

**A háziorvosi gyógyászat finanszírozásának rendezése:** A háziorvosok jövedelme nagyrészt a laborszolgáltatásokért járó bevételekből, valamint a TARMED szerinti térítésekből származik. A kezdeményezők szerint azonban sem a praxislabor hatályos tarifái, sem a TARMED orvostarifái nem garantálják a háziorvosi tevékenységnek a szolgáltatásokkal arányos kiegyenlítését.

A laboranalízisek hatályos listáját annak hatályba lépése alkalmával (2009 júliusában) monitoringnak vetették alá, amelynek zárójelentését 2012. január 17-én tették közzé. A szolgáltatók szokásai nem sokat változtak. 2008-2010. között az analízisek száma 6,2 millió CHF-fel, 8,7%-kal növekedett, a forgalom azonban 73 millió CHF-fel (-5,8%), 1,27 milliárd CHF-ről 1,20 milliárd CHF-fel



csökkent. Miközben a praxislaborokban az analízisek száma 7,6%-kal, forgalma 18,5%-kal csökkent, a kórházi laboratóriumokban 26%-kal, a privát laboratóriumokban 27%-kal növekedett. A monitoring során sikerült feltárni az analízisek listájának metodikájával és struktúrájával kapcsolatos gyenge pontokat. Ezeket a jövőben a *transAL (Transformation Analyseliste)* projekt keretében próbálják szabályozni. Első lépésként külön fejezetet kell létrehozni a praxisokban végzett gyorsanalízisek számára. A tervezett lista mennyiségi és költségszerkezete jelenleg vita tárgyát képezi.

A háziorvosi gyógyászat átalakításáról szóló jelenlegi vitában felmerülő követelések: a TARMED revíziójának előrehozatala és egy elkülönített alapellátási tőkealap létrehozása, amely a háziorvosi szolgáltatásokat is tartalmazza. Ezzel kapcsolatban a helyzet javításához kereken 350 milliárd CHF összegű pénzügyi injekcióra lenne szükség. Az egészségügyi miniszter jelezte, hogy alapján véve egyetért az alapszolgáltatások felértékelésével. Ezért felszólította a tarifa revíziójáért illetékes tarifapartnereket (Svájci Orvosok Szövetsége – FMH, a betegbiztosítók szövetsége – *santé-suisse* és a H+Kórházszövetség) a megfelelő javaslatok kidolgozására. Mivel a háziorvosok helyzetének javítása nem történhet a járulékfizetők terhére, a keletkező többletköltségeket a tarifarendszer keretében kell kompenzálni.

**A szerzők:**

**Nuria del Rey**, lic. phil.hum., tudományos munkatárs, Szövetségi Egészségügyi Hivatal, egészségpolitikai osztály; E-Mail: [nuria.del-rey@bag.admin.ch](mailto:nuria.del-rey@bag.admin.ch)

**Brigitte Menzi**, lic. rer.soc., tudományos munkatárs, Szövetségi Egészségügyi Hivatal, egészségpolitikai osztály; E-Mail: [Brigitte.Menzi@bag.admin.ch](mailto:Brigitte.Menzi@bag.admin.ch)

\*

**Laila Burla: Az orvostársadalom helyzete Svájcban:  
aktuális kérdések és a jövőbeli fejlődés kérdőjelei**

Az orvosok létszámára vonatkozóan számos adatbank tartalmaz információkat: a Szövetségi Statisztikai Hivatal kórházstatisztikája, a Svájci Orvosok Szövetségének (FMH) orvosstatisztikája, a Szövetségi Egészségügyi Hivatal egészségügyi dolgozókra vonatkozó statisztikája, valamint az orvosok alapnyilvántartási számát kezelő SASIS AG regisztere. 2012-ben a szabadfoglalkozású orvosok száma 17.000 volt, a kórházi orvosokra vonatkozóan viszont a különböző adatforrásokban 14.000-20.000 orvos szerepel.

**Az orvosi pálya feminizálódása:** Az átlagos munkaterhelés a nők arányának növekedésével csökken: 2011-ben az orvostanhallgatók 57%-a hölgy volt. Az orvosnők átlagosan kereken egy nappal kevesebbet dolgoznak, mint a férfi kollegák. Ráadásul a 100%-os munkaterhelés hosszútávon már a férfiak számára is egyre kevésbé számít opciónak. Ez azt jelenti, hogy ugyanazon

munkateljesítményhez a jövőben több orvosra lesz szükség. Ez a tényező a személyi erőforrások tervezése és menedzsmentje során figyelembeveendő.

A nemek szakterületek szerinti megoszlása: az utóbbi években a nők aránya elsősorban a nőgyógyászat és az alapellátás (beleértve a gyermekgyógyászatot) területén növekedett. A nők aránya a pszichiátria területén 42%, a sebészet területén 20%.

A kórházakban vezető pozícióban levő nők aránya 2010-ben: orvosasszisztensi szinten 56%, osztályvezető főorvosi és egyéb vezető beosztásokban 20%.

**Az orvosok életkori struktúrája:** A kórházi orvosok körében az átlagéletkor 2010-ben 39 év, a szabadfoglalkozású orvosoknál 2011-ben 53 év volt. A szabadfoglalkozású orvosok életkori megoszlása a közeljövőben esedékes nyugdíjazással összefüggésben már a közbeszéd tárgyát képezi. 2011-ben már 10%-uk 65 éves vagy annál idősebb volt, további 35%-uk pedig tíz éven belül eléri a nyugdíjkorhatárt. Az idősebb orvosok aránya elsősorban az alapellátás és a pszichiátria területén magas, a fiatalabb orvosok mindkét szakterületen viszonylag alulreprezentáltak, ami valószínűsíti a jövőbeli orvoshiányt.

**A külföldi végzettségű orvosok helyzete:** Az orvoshiány már évek óta csak külföldi orvosok alkalmazásával oldható meg. 2011-ben a szabadfoglalkozású orvosok 17%-a rendelkezett külföldi diplomával – és a tendencia erősödik. A kórházi szférában működő külföldi orvosok aránya ennek a kétszerese, jóllehet a rendelkezésre álló adatok nem elég differenciáltak. A Szövetségi Migrációs Hivatal központi migrációs információs rendszere szerint az utóbbi években a bevándorló orvosok száma magasabb volt a kivándorlókénál. A migráció szaldója évente kb. ezer fő. Ily módon Svájc minden bevándorolt orvossal kereken 720.000 CHF képzési költséget takarít meg.

A külföldi toborzás indirekt módon felpörgeti a magasan képzett egészségügyi személyzetnek a legszegényebb országokból való kivándorlását. Jóllehet a szervezett toborzás elsősorban a szomszédos országokra irányul, amazok ismét csak a gyengébb gazdasági helyzetben levő (szomszédos) országokból szívják el a szakképzett munkaerőt – így dominóeffektus keletkezik. A vesztesek a dél-szaharai országok, amelyek a migrációs lánc végét alkotják.

Svájcban ezer lakosra négy orvos jut, ami világviszonylatban a legmagasabb arány, de ne feledjük, hogy ez jelentős mértékben a külföldi orvosok bevándorlásának tulajdonítható.

A Svájci Egészségügyi Obszervatórium az elkövetkező években pontosabb vizsgálatokat végez az orvosok létszámára, területi megoszlására, demográfiai helyzetére vonatkozóan, feltárja az egymásnak ellentmondó becslések okait és mindezekkel összefüggésben az egészségügyi ellátás tervezésének kérdéseit is a kutatási tevékenység napirendjére tűzi.

**A szerző: Laila Burla**, lic. rer. soc., tudományos projektvezető,  
Svájci Egészségügyi Obszervatórium; E-Mail: [laila.burla@bfs.admin.ch](mailto:laila.burla@bfs.admin.ch)

Marianne Gertsch: Transzparencia és minőség  
a pszichológia és a pszichológiai pszichoterápia területén

A pszichológiai foglalkozásokról szóló törvény (*Psychologieberufegesetz – PsyG*) 2013. április 1-én lépett hatályba. Svájcban az ambuláns ellátás területén több mint 3.000 saját praxissal rendelkező pszichológus és pszichoterapeuta szakorvos működik. Ezenkívül további szakképzettséggel rendelkező 4.000 pszichológiai pszichoterapeuta folytat saját szakmai felelőssége körében pszichoterápiai tevékenységet. A Szövetségi Statisztikai Hivatal szerint 2012-ben a pszichés problémákban szenvedő személyek egyharmada kezelte magát pszichológiai pszichoterapeutáknál. [*Fogalommagyarázat: Pszichológiai pszichoterapeuta (Psychologischer Psychotherapeut – PP) az a személy, aki pszichológiából mesterdiplomát, majd azt követően pszichoterapeuta képzettséget szerzett és elnyerte az approbációt a pszichoterapeuta tevékenység végzésére.*]

***A pszichológiai foglalkozásokról szóló törvény legfontosabb rendelkezései:***

A «pszichológus» megnevezést azok a személyek használhatják, akik felsőfokú végzettséggel rendelkeznek és mesterszintű diplomát szereztek pszichológiából. Ezt biztosítja a piaci transzparenciát és a szolgáltatások minőségét.

A pszichoterápia, a neuropszichológia, a klinikai pszichológia, az általános pszichológia, valamint a gyermekpszichológia területén a továbbképzéseket minőségi felülvizsgálatnak (akkreditációnak) vetik alá, amelynek alapján az érintettek államszövetségi szinten elismert továbbképzési címek használatára nyernek jogosultságot.

A pszichológiai pszichoterapeuták képzése és továbbképzése, valamint a hivatás gyakorlása szigorú és egységes szabályok szerint történik: a saját szakmai felelősségi körben végzett pszichoterápiai tevékenység a jövőben csak mesterdiploma vagy azonos szintű pszichológusi végzettség és államszövetségi szinten akkreditált pszichoterápiai továbbképzés birtokában végezhető.

2012-ben létrejött egy új pszichológiai szakmai bizottság (*Psychologieberufekommission – PsyKo*), amely gyakorlati kérdésekben tanácsadást nyújt a Belügyminisztérium és a szövetségi kormány részére, továbbá a külföldi diplomákat és továbbképzési címeket elismerő hatóságként működik.

**A szerző:**

**Marianne Gertsch**, lic. phil. I, projektvezető,  
Szövetségi Egészségügyi Hivatal, szakképzési osztály  
E-Mail: [marianne.gertsch@bag.admin.ch](mailto:marianne.gertsch@bag.admin.ch)

[**A Soziale Sicherheit (CHSS) 2013. 3. száma teljes egészében letölthető a Bundesamt für Sozialversicherungen honlapjáról:**

<http://www.bsv.admin.ch/dokumentation/publikationen/00096/03270/03282/index.html?lang=de> ] (KB) \*

*A svájci egészségügyi stratégia végrehajtása – Gesundheit2020  
A Soziale Sicherheit (CHSS, 2014. 3. sz.) tematikus száma*

Margreet Duetz: A svájci egészségügyi stratégia – a szövetségi kormány tervei

*A svájci egészségpolitika 2020-ig terjedő prioritásait előrevetítő „Gesundheit2020” című stratégiai dokumentum 36 konkrét intézkedést tartalmaz, amelyek összesen tizenkét célkitűzésre és négy cselekvési területre irányulnak.*

**A „Gesundheit2020” egészségügyi stratégia  
célkitűzései és intézkedései**

**Célkitűzés**

**Intézkedések**

**1. cselekvési terület: Az életminőség biztosítása**

**1.1 A kellő időben biztosított ellátási kínálatok  
ösztönzése**

Az integrált ellátás javítása;  
Az ellátás korrekciója a tartós ápolás területén;  
Az ellátáskutatás bevezetése.

**1.2 Az egészségfejlesztés kiterjesztése**

A felesleges gyógyászati sugárdózisok kiiktatása és kiegészítő egészségügyi megfigyelések bevezetése (káros anyagokkal való megterhelés, életbevágó mikrotápanyagokkal való alulellátás);  
Antibiotikumrezisztencia kontrollja és felszámolása;  
Megelőzhető fertőzések (ún. nozokomiális infekciók) csökkentése a kórházi intézményekben.

**1.3 Az egészségfejlesztés és a betegségmegelőzés  
intenzitásának fokozása**

A prevenció és a korai felismerés a nem fertőző úton terjedő betegségek területén;  
A lelki egészség támogatása, a pszichés megbetegedések megelőzésének és korai felismerésének javítása.

## **2. cselekvési terület: Az esélyegyenlőség és a saját felelősség erősítése**

### **2.1 Az igazságos finanszírozás és az ellátásokhoz való hozzáférés erősítése**

A biztosítók kockázatszelekcióra irányuló késztetésének csökkentése;

A sebezhető csoportokat, pl. migránsokat, gyermekeket, fiatalokat megcélzó programok intenzitásának fokozása;

A gazdasági teljesítőképesség figyelembevétele az egészségügyi költségekből a betegek által fizetendő rész tekintetében.

### **2.2 Az egészség és a hatékonyság növelésének a kifizethetőség szintjén tartása**

A gyógyszerek ármegállapítási rendszerének továbbfejlesztése, a generikumok alkalmazásának támogatása, a gyógyszerkiadás hibás ösztönzőinek felszámolása;

Az átalánydíjak erősítése az egyedi szolgáltatási tarifákkal szemben, valamint a létező tarifák revíziója;

A magasan specializált orvoslás koncentrációja.

### **2.3 A biztosítottak és a betegek helyzetének erősítése**

A betegek és a biztosítottak szempontjainak fokozott mértékbe való figyelembevétele az egészségpolitikai folyamatok keretében;

A biztosítottak és a betegek egészségkompetenciájának és saját felelősségének erősítése;

A betegjogok fokozott mértékben való figyelembevétele.

## **3. cselekvési terület: Az ellátás minőségének biztosítása és javítása**

### **3.1 A szolgáltatások és az ellátás minőségének ösztönzése**

A minőségügyi stratégia megvalósítása;

A nem hatékony szolgáltatások, gyógyszerek és ellátások csökkentése;

A lakosság érzékenységének erősítése a létfontosságú szervtranszplantációra váró betegek szükségleteivel szemben.

- 3.2 Az e-health szélesebb körű alkalmazása** Az e-gyógyszerezés bevezetése és aktív támogatása;  
Az elektronikus betegdokumentum bevezetése és aktív támogatása;  
A kezelési folyamatok digitális támogatása.
- 3.3 A szakképzett egészségügyi személyzet létszámának növelése** Megfelelő számú orvos és ápoló képzése a megfelelő szakirányok területén;  
Az orvosi alapellátás (név szerint a háziorvosi ellátás) és a különböző egészségügyi foglalkozásokhoz tartozó személyzet továbbképzésének összehangolása általi támogatása; kedvező keretfeltételek megteremtése a hivatás gyakorlása számára;  
Az egészségügyi foglalkozások gyakorlásáról szóló [szakképzési] törvény bevezetése.
- 4. cselekvési terület: Transzparencia megteremtése, jobb irányítás és koordináció**
- 4.1 A rendszer egyszerűsítése, a transzparencia megteremtése** A biztosításfelügyelet működésének javítása;  
Az adatállomány kiépítésének és elemzésének javítása (az ambuláns ellátás statisztikájának bevezetésével, a biztosítottak adatainak individuális szinten történő összegyűjtésével) az egészségügy hatékonyabb irányítása érdekében;  
A betegbiztosítás egyszerűsítése( (a felkínált biztosítási díjtípusok számának csökkentésével: 2013-ban Svájcban 287.000 díjtípus létezett);
- 4.2 Az egészségpolitikai irányítás javítása** A szövetség és a kantonok közötti együttműködés és egyeztetés javítása, szükség esetén az egyes feladatoknak az államszövetségi alkotmányban való rögzítése;  
Új irányítási mechanizmusok bevezetése a kórházi ambuláns ellátás területén annak érdekében, hogy a kantonok tervezhessenek, megakadályozhassák a túl-, ill. alulkínálatot, valamint hogy az adókból történő finanszírozás hosszútávon ne csökkenjen;

A tarifátárgyalások felszabadítása.

#### **4.3 A nemzetközi beágyazottság erősítése**

Egészségügyi szerződések megkötése az Európai Unióval, ill. a már megkötött szerződések végrehajtása;

Az egészségügyi külpolitika végrehajtása;

A Svájccal hasonló rendszerrel rendelkező országokkal való célzott összehasonlítás és az azokkal való szoros együttműködés.

##### **A szerző:**

**Margreet Duetz**, Dr. med., MPH,  
Leiterin der Sektion Nationale Gesundheitspolitik,  
Bundesamt für Gesundheit  
E-Mail: [margreet.duetz@bag.admin.ch](mailto:margreet.duetz@bag.admin.ch)

Verena Hanselmann: A Nemzeti Demencia-Stratégia (2014-2017) –  
Nationale Demenzstrategie 2014–2017

***A demencia költségei:***

A demencia költségei 2009-ben becslések szerint összességében 6,9 milliárd CHF-et tettek ki. Ez főleg az intézményi tartós ápolás és a közeli hozzátartozók általi ápolás költségeiből tevődik össze. Ebből az egészségügyi rendszer által viselt költségek 3,9 milliárd CHF-et értek el, ami az ebben az évben az egészségügyre fordított összköltségek 6,4%-a. A fennmaradó 3 milliárd CHF a közeli hozzátartozók részére ki nem fizetett ápolási szolgáltatások piaci értékének felel meg.

***Nemzeti Demencia-Stratégia 2014-2017:***

A stratégia célkitűzése az érintettek támogatása és életminőségének következetes figyelembevétele. Az érintettek számára betegségük teljes lefolyása során biztosítani kell a szükségleteknek és a célcsoportoknak megfelelő magas minőségű ellátást.

A stratégia keretében definiált cselekvési területek leképezik a demenciások ellátásának prioritásban részesített vonatkozásait. Országos szinten jelenleg folyamatban van a demenciával összefüggő témakörök (pl. a hozzátartozók általi ápolás, kardiovaszkuláris megbetegedések) elemzése és feldolgozása.

***A stratégia végrehajtása:***

A Nemzeti Demencia Stratégia keretében a feladatok az államszövetség, a kantonok és az önkormányzatok között oszlanak meg. További szereplők: a szolgáltatók, a szakmai csoportok és szervezetek, a betegszervezetek. A projektek többségének kezdeményezésére és konkretizálására decentralisan kerül sor, azokat az illetékes szereplők finanszírozzák. Az államszövetség és a kantonok felelőssége elsősorban a tevékenységek koordinációjában, a szereplők közötti információs és kommunikációs folyamatok koordinációjának biztosításában áll.

2014-ben a program hét prioritásként kezelt projektre összpontosul, amelyek hivatalos elindítására 2014. május 27-én került sor.

**A szerző:**

**Verena Hanselmann**, lic. phil. I,  
stv. Leiterin Sektion nationale Gesundheitspolitik,  
Projektleiterin Nationale Demenzstrategie,  
Bundesamt für Gesundheit,  
E-Mail: [verena.hanselmann@bag.admin.ch](mailto:verena.hanselmann@bag.admin.ch)

[Ezzel kapcsolatban lásd részletesebben: Svájc Nemzeti Demencia-Stratégiája 2014-2017, Bundesamt für Gesundheit (BAG) 2014. 13. sz.]



## ***A Nemzeti Demencia-Stratégia cselekvési területei, célkitűzései és projektjei:***

A szövetség, a kantonok, a szolgáltatók, a szakmai csoportok, a szakmai szervezetek és a betegszervezetek 18 projekt megvalósításában állapodtak meg:

<b><i>Cselekvési terület</i></b>	<b><i>Célkitűzés</i></b>	<b><i>A projektek tartalmi elemei</i></b>
<b>Egészségkompetencia, Információ, Partecipáció</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Az egész lakosság magasfokú érzékenységgel rendelkezik;</li> <li>• Az érintettek részvétele és átfogó tájékoztatása a betegség teljes lefolyása során erős.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A lakosság érzékenységet fokozó aktivitásoknak a valós életre, a szolidaritásra és az integrációra való irányítása;</li> <li>• A demenciás betegekkel rendszeres kapcsolatban levő szakmai csoportok érzékenységének fokozása,</li> <li>• Az érintettek individuális, tárgyyszerű és átfogó informálása és tanácsokkal való ellátása.</li> </ul>
<b>A szükségleteknek megfelelő kínálatok</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A teljes ellátási lánc keretében flexibilis, magas minőségű, a szükségleteknek megfelelő kínálatok állnak rendelkezésre;</li> <li>• A szükségleteknek megfelelő szolgáltatások finanszírozása biztosított.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnosztikai kompetenciaközpontok támogatása;</li> <li>• A szolgáltatások fokozottabb koordinációja és hálózatba szervezése;</li> <li>• Regionális tehermentesítő kínálatok kiépítése;</li> <li>• A demenciának megfelelő ellátás támogatása az aktív kórházakban,</li> <li>• A demenciának megfelelő ellátás támogatása az intézményi tartós ápolásban;</li> <li>• A szolgáltatások megfelelő térítése.</li> </ul>
<b>Minőség és szakmai kompetencia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Az etikai vonatkozások explicit figyelembevétele;</li> <li>• Az ellátás minősége a betegség teljes lefolyása során biztosított;</li> <li>• A demenciának megfelelő ellátáshoz szükséges kompetenciák erősítése mind a professzionális, mind a nem professzionális környezetben.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etikai irányelvek rögzítése az összes ellátási struktúrában;</li> <li>• Ajánlások kidolgozása az alapellátás területén a korai felismerésre, a diagnosztikára és a kezelésre vonatkozóan,</li> <li>• Az interdiszciplinaritás és az interprofesszionális támogatása,</li> <li>• Irányelvek kidolgozása a válsághelyzetek kezelésére vonatkozóan az aktív- és a tartós ápolás területén;</li> <li>• A demencia specifikus képzési és továbbképzési rendszerének kiépítése;</li> <li>• A hozzátartozók és az önkéntesek kompetenciájának erősítése.</li> </ul>
<b>Adatközlés és információcsere</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A kantonokban rendelkezésre állnak az aktuális és a jövőbeli ellátásra vonatkozó adatok;</li> <li>• A kutatás és a praxis közötti információcsere erősödik.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Az ellátás monitorizálásának tisztázása, adott esetben bevezetése;</li> <li>• Új ellátási modellek értékelése;</li> <li>• A kutatás és a praxis közötti információcsere támogatása.</li> </ul>

Aline Froidevaux: A kockázatkiegyenlítés finomítása a svájci társadalombiztosításban

*A kockázatkiegyenlítés bevezetésére 1993-ban, első alkalommal való finomítására 2012-ben került sor. A betegbiztosítók számára azonban továbbra is fennáll a kockázatszelekció csábítása. Ezért az államszövetség kormánya a Gesundheit2020 stratégia keretében elsőbbségi feladatként kezeli a kockázatkiegyenlítés finomítását.*

2013 végén a Szövetségi Egészségügyi Hivatal megbízásából, a betegbiztosításról szóló törvény kórházfinanszírozásra vonatkozó fejezetének revíziójával összefüggésben, jelentés előterjesztésére került sor a kockázatkiegyenlítés 2012-ben való finomításának hatásaira vonatkozóan. Az új indikátor bevezetése folytán javult a kockázatkiegyenlítés és erősödött a szolidaritás. A biztosítók kockázatszelekcióra irányuló késztetése csökkent.

A szövetségi kormány 2013. szeptember 20-án előterjesztéssel fordult a parlamenthez a betegbiztosításról szóló törvény módosítására, egyebek között a kockázatkiegyenlítés finomítására vonatkozóan, amely egy új indikátorral, a „gyógyszerügyi költségsoportokkal” egészíti ki a kockázatkiegyenlítés formuláját. Ennek bevezetéséig azonban még el kell végezni bizonyos előmunkálatokat. Először is módosítani kell a kockázatkiegyenlítésről szóló rendeletet (*Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung – VORA*), meg kell határozni a gyógyszerek besorolásának klasszifikációs rendszerét és a számítás módszertanát. Időt kell adni a biztosítóknak ahhoz, hogy értékelhető adatokat bocsássonak rendelkezésre, amelyek lehetővé teszik a biztosítottaknak az új, végleges morbiditási indikátor szerinti besorolását.

Ezek az adatok még nem állnak teljes mértékben és megfelelő minőségben rendelkezésre. Ezenkívül el kell még végezni a szükséges próbaüzemeket a megfelelő számításokra vonatkozóan. Ezek egyrészt a módszer kontrollját és az adatszolgáltatás menetének, másrészt a kockázatkiegyenlítés adekvát költségvetésének a biztosítók általi kialakítását szolgálják. Addig is a kockázatkiegyenlítést egy átmeneti megoldás keretében a gyógyszerköltségek morbiditási indikátorával egészítik ki.

**A szerző:**

**Aline Froidevaux**, lic. rer. oec.,

Sektion Prämien und Solvenzaufsicht,

Abteilung Versicherungsaufsicht, Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung,

Bundesamt für Gesundheit

E-Mail: [aline.froidevaux@bag.admin.ch](mailto:aline.froidevaux@bag.admin.ch)

Michael Jordi: A Kantonális Egészségügyi Igazgatók Konferenciájának álláspontja a svájci egészségügyi stratégiával kapcsolatban

*Az egészségügyi stratégia alkalmas a rendszer jövőjének megrajzolására, jóllehet csak a főcsapások irányait vázolja fel. Olvasmányos, kellőképpen rövid és több célkitűzés tekintetében már konkretizálódott. A Kantonális Egészségügyi Igazgatók Konferenciája szerint azonban a súlypontokat célzottabban kellene kijelölni.*

**Reform:** A svájci egészségügyben a változás hagyományosan körülményes. Most már jó tíz éve, hogy az egészségpolitikusok folyamatosan a betegbiztosításról szóló törvény módosításával vacakolnak. Az egészségügyi reformok kihordozását nem utolsósorban a népi kezdeményezés, de különösképpen a referendum instrumentumai késleltetik. Így bukott el mind a jövedelemfüggő finanszírozás alapján működő egységes betegpénztár, mind a piacgazdasági szervezési formák bevezetésére irányuló kezdeményezés. Az arany középút meglegeléséhez kifinomultabb eszköztárra lenne szükség. A törvényhozás szintjén mozgástér nyílik az egyébként a többség által elfogadott elektronikus betegdokumentum tekintetében. Sok minden törvényt módosítás nélkül is elintézhető. Egyes konkrét intézkedések pedig máris folyamatban vagy sínen vannak. Az egészségügyi stratégiának mindhárom szintre rá kellene mozdulnia és elegendő lenne az egyes intézkedéseket.

**Priorizálás:** A Kantonális Egészségügyi Igazgatók Konferenciája elismeri az egészségpolitikai reform szükségességét és egyetért a tizenkét célkitűzéssel. Az ezekből levezetett intézkedések priorizálásával kapcsolatban azonban észrevételei vannak. Nagyobb hangsúlyt kell helyezni a krónikus megbetegedésekre, amelyek a lakosság egyre nagyobb részét sújtják és magas költségekkel járnak. Helyes lenne tehát ezen a területen is átalakítani az ellátási struktúrákat és bevonni az érintetteket az intézkedések meghozatalának folyamatába. Ugyanez érvényes az alapellátásra vonatkozóan. Nagy a kisértés, hogy a prevenció törvény bukása után az egészségfejlesztés és a prevenció hátrébb sorolódjon. Az élet- és munkakörnyezet, a tudatos táplálkozás, az oktatás és a környezet jelentőségének ismeretében az egészségügyi alapellátást stratégiai célkitűzésként kellene kezelni. A nem fertőző úton terjedő betegségek nemzeti stratégiája tekintetében a szövetség és a kantonok helyes úton járnak.

**Hálózatba szervezés:** A vitatott stratégia egyik fő feladata a szereplők hálózatba szervezése és az intézkedések kontinuitásának biztosítása: A folyamatban levő reformokat tartalmilag és strukturálisan össze kell kapcsolni a jövőbeliekkel. Az orvosi kezelés egyes lépéseit lehetőség szerint intézményesített keretek között egységbe kell foglalni. A fennálló struktúrákat úgy kell átalakítani, hogy a szolgáltatók közötti munkamegosztás és kommunikáció célszerűen működjön.

Csak így haladható meg az orvosi ellátás költségfokozó szegmentálódása, amely a perszonalizált orvoslásból, a diagnosztika és a kezelés előrehaladásából és az ezekből következő specializálódásból adódik. Mindezeket az újonnan keletkezett metszéspontokat interprofesszionális folyamatokkal, integrált ellátási modellekkel és hálózatba szervezett információtechnológiával lehet áthidalni.

**Képzés:** Az egészségügyi személyzet képzése területén uralkodó hívószavak: a háziorvoslás mesterterve, az ápolási foglalkozások mesterterve, *Swiss School of Public Health*, a gyakorlati képzés finanszírozásának újabb módozatai, a beiskolázási helyek emelése az egészségügyi képzés területén stb. De nemcsak a támogatási intézkedéseket, hanem az irányítási intézkedéseket is tovább kell fejleszteni. A Kantonális Egészségügyi Igazgatók Konferenciája a Nemzeti Egészségpolitikai Dialógus (*Dialog Nationale Gesundheitspolitik*) és két kerekasztal megbeszélés keretében is állást foglalt az orvosi praxisok engedélyezését határozott időre korlátozó rendelkezés feloldása mellett. A helyzet rendezése során túl- és alulellátás esetén a kantonok irányító közreműködésével kell korrigálni az állapotokat. A mennyiségi kérdések mellett a szakmai kompetenciák fejlesztésére is törekedni kell, aminek a képzésben is meg kell jelennie.

**Irányítás:** Az egészségügyi stratégia számos vonatkozása tekintetében az államszövetség illetékes, de indokoltan megosztja azokat a kantonokkal. Az egészségpolitika célkitűzéseinek elérése érdekében az állami szabályozásokról folytatott egyeztetést még erőteljesebben érvényesíteni kell. Az alkotmányos feladatokkal és felelősséggel összefüggésben kifejezetten szükségszerű a szövetség általi irányítás. De az állam sem nélkülözheti az involvált szereplők támogatását és kezdeményezését. A szolgáltatók és a biztosítók támogatása nélkül minden törekvés félúton rekedne meg. A szolidáris rendszerben a lakosság is aktív szereplő, lett legyen szó biztosítottokról vagy adófizetőkről, betegekről vagy hozzátartozókról.

A stratégia értékelésének következő lépéseként pontosítani és szabályozni kell a felelőségeket, feladatokat és kompetenciákat. Egyébként fennáll a veszély, hogy túl sokat markolunk, a folyamatok pedig elszabadulnak a kontroll alól.

[N. B. *A Kantonális Egészségügyi Igazgatók Konferenciája (GDK – Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und – direktoren: <http://www.gdk-cds.ch>): a kantonok egészségügyért felelős kormánytagjainak politikai koordinációs szerve. – a szerk.*]

**A szerző:**

**Michael Jordi**, lic.rer.pol.,

Zentralsekretär Gesundheitsdirektorenkonferenz

E-Mail: [michael.jordi@gdk-cds.ch](mailto:michael.jordi@gdk-cds.ch)

Annegret Borchard – Stefan Spycher:  
A svájci egészségügyi stratégia végrehajtása

A svájci szövetségi egészségügyi stratégia kidolgozására top-down- eljárás keretében, közzétételére 2013 januárjában került sor. Végrehajtása során a top-down-eljárást elegyíteni kell a bottom-up-eljárással. A szövetség ugyanis nem valósíthat meg minden intézkedést saját hatáskörében. Az illetékességek és a kompetenciák számos szereplő között oszlanak meg. A szövetség igen sok feladatban érintett, ám a kantonok szerepe is jelentős. A stratégia végrehajtásában részt vesznek továbbá: a szolgáltatók, a szakmai szervezetek, a non-profit-szervezetek, a biztosítótársaságok, az oktatási intézmények és a profit-szervezetek.

***Az egészségügyi stratégia végrehajtásának négy instrumentuma:***

Az ésszerű feladatmegosztás érdekében a szövetségi kormány négy instrumentum alkalmazásához folyamodott: a Nemzeti Egészségpolitikai Dialógus, a Gesundheit2020 Szakértői Csoport, valamint a Gesundheit 2020 Nemzeti Konferenciák. Létrehoznak továbbá feladatkövető és irányító csoportokat, amelyekbe bekapcsolódnak a különböző szereplők.

***Nemzeti Egészségpolitikai Dialógus (Dialog Nationale Gesundheitspolitik):***

A Nemzeti Egészségpolitikai Dialógus ([www.nationalegesundheit.ch](http://www.nationalegesundheit.ch)) a kantonális egészségügyi igazgatók konferenciájának (Gesundheitsdirektorenkonferenz) és [a többek között a Szövetségi Egészségügyi Hivatal is magában foglaló – a szerk.] Államszövetségi Belügyminisztérium közötti párbeszéd közös platformja, amely már 15 éve létezik. Az involvált grémiumok évente négy alkalommal vitatják meg az aktuális témákat és egyeztetik álláspontjaikat. A dialógus keretében került sor számos projekt lanszírozására, amelyek szerepet játszanak az egészségügyi stratégia végrehajtásában (pl. eHealth, a jövőbeli orvoscépzés platformja, Nem Fertőző Betegségek Stratégiája, Nemzeti Demencia-Stratégia, Palliatív Ápolás Nemzeti Stratégiája).

***Gesundheit2020 Szakértői Csoport (Expertengruppe Gesundheit2020):***

Az egészségügyi miniszter által kirendelt szakértői csoport célja az innováció erősítése a stratégia végrehajtása során. A független szakértők feladatai: megoldások kidolgozása az egészségpolitikai problémákkal és kihívásokkal összefüggésben, a Szövetségi Egészségügyi Hivatal és a különböző szereplők által kidolgozott egészségpolitikai javaslatok tudományos alapokon történő, semleges és független értékelése. A szakértői csoport évente egy alkalommal ülésezik. Az első szakértői jelentések összeállítására a stratégia kidolgozása során került sor. A második sorozatot az integrált ellátás témájának szentelték. Ebben az évben további szakértői jelentések következnek: pl. egészségkompetencia, egészségi egyenlőtlenségek, kezelési hibák.

***Gesundheit2020 Nemzeti Konferenciák (Nationale Konferenzen Gesundheit2020):***

Az első nemzeti konferenciára 2013-ban az Államszövetségi Belügyminisztérium és a Szövetségi Egészségügyi Hivatal szervezésében került sor. Ezen 450 személy vett részt, többek között a fontos szereplők elnökei vagy igazgatói, valamint a politika képviselői. A második nemzeti konferenciára a tervek szerint 2015 januárjában kerül sor.

Az első konferencia keretében 40 asztalnál, két-két kerekasztal megbeszélést tartottak, amelyek során a résztvevőket felkérték, hogy az egészségügyi stratégia 12 célkitűzése közül nevezzen meg a számukra két legfontosabbat. A leggyakrabban felsorolt célkitűzések: a szükséges időben nyújtott ellátási kínálatok fejlesztése, a költségek alakulásának kontrollja, a minőségbiztosítás, a személyügyi ellátottság. Végül a résztvevőket felkérték, hogy nevezzen meg a stratégia végrehajtásához nyújtott konkrét hozzájárulásukat és azonosítsák az adott feladatok tekintetében a fő felelősségviselőket.

**A szerzők:**

**Annegret Borchard**, tudományos munkatárs,  
Sektion Nationale Gesundheitspolitik,  
Bundesamt für Gesundheit  
E-Mail: [annegret.borchard@bag.admin.ch](mailto:annegret.borchard@bag.admin.ch)

**Dr. Stefan Spycher**, közgazdász,  
Leiter Direktionsbereich Gesundheitspolitik,  
Vizedirektor Bundesamt für Gesundheit  
E-Mail: [stefan.spycher@bag.admin.ch](mailto:stefan.spycher@bag.admin.ch)

## Stefan Spycher: A svájci egészségügyi stratégia kritikája

### ***1. kritika: A folyamat eddig nem volt eléggé participatív:***

Az egészségügyi stratégia kidolgozására az államigazgatási szervezet keretében, szakértők bevonásával került sor. A szövetségi kormány meggyőződése szerint a nagyszabású reformprogramok csak akkor lehetnek sikeresek, ha valaki vállalja az irányítást, majd az elkövetkező években folytatandó egészségpolitikai viták során tisztázzák a részleteket. A stratégia lanszírozása alkalmával a Nemzeti Egészségpolitikai Dialógus jegyében a végrehajtás során legfontosabb partnerként emlegették a Kantonális Egészségügyi Igazgatók Konferenciáját. A stratégia végrehajtása erőteljesen participatív jellegű, a szereplők számára a konferenciákba, szakértői grémiumokba, feladatkövető és irányító csoportokba történő bevonásukkal biztosítják a megfelelő mozgásteret.

Alternatívaként lehetséges lett volna a stratégiának a különböző szereplőkkel folytatott széleskörű egyeztetési folyamat keretében való kidolgozása. Ausztriában az egészségpolitika tíz célkitűzésének meghatározása során ezt az utat követték. A szövetségi kormány eltekintett ettől a megoldástól, mivel attól tartott, hogy a szétforgácsolt egészségpolitikai érdekviszonyok miatt kevés esély van a megegyezésre. Másrészt a kormány nem szeretett volna sem elméleti vitákba bocsátkozni, sem magasröptű, de absztrakt és légváratat idéző célkitűzésekben megállapodni. Végül, a kormány szeretett volna szembenézni a teljes egészségpolitikai tényállással és nem akarta a vitát a betegbiztosítás témakörére korlátozni.

### ***2. kritika: Az egészségpolitikai rendszerek nem irányíthatók:***

Kibernetikai megközelítésben az egészségügyi rendszereket komplikáltként és komplexként írják le, amiből azt vezetik le, hogy egy ilyen rendszer alig irányítható, ebben az esetben pedig, az irányítási rendszernek is éppen olyan komplexnek kell lennie, mint maga az egészségügyi rendszer. A szövetségi kormány nem osztja ezt a nézetet. A politika és a társadalom kapitulációja lenne, ha lemondana az egészségügyi rendszer irányításáról. Mérlegelni kell a sikeres irányítás feltételeit, meg kell határozni a követendő irányt, ami az egészségügyi stratégia kijelölésével megtörtént. Másodsor, biztosítani kell a folyamatok és az eredmények transzparenciáját. Harmadszor, tisztázni kell az illetékességeket, azonosítani kell a megfelelő irányítási eszközöket. Az egészségügy irányítása során szó sem lehet centralizációról vagy államosításról. Arra kell törekedni, hogy a konkrét célkitűzéseket a mindenkor legkompetensebb szereplők, lehetőség szerint a kitűzött stratégia kereteihez igazodó, hatékony folyamatok keretében valósítsák meg. Negyedszer, a megfelelő alázatra is szükség van, mivel nem minden folyamat tervezhető, főleg nem központból. Inkább a szereplők közötti rendszeres párbeszédre van szükség a mindenkor következő lépés ésszerű egyeztetése érdekében.

### ***3. kritika: Az állami irányítás tovább már nem centralizálható:***

Az elmúlt tíz évben az egészségpolitika területén folytatott vitát az ideologikus szemlélet uralta. Egyesek a piactudasági ösztönzők erősítésében, mások az állami tervezés, vagy legalábbis illetékesség kiterjesztésében látták a problémák megoldását. Az OECD által 2010-ben készített elemzések szerint az egészségügyi rendszer teljesítménye kevésbé függ valamely típus választásától. Az OECD hat ilyen típust különböztetett meg és Svájcot Németországgal, Hollandiával és Szlovákiával azonos csoportba sorolta. Sokkal lényegesebb a rendszer fejlődőképessége és a helyi adottságokhoz való alkalmazkodása. Más szóval: bármely típus sikeres lehet, ha azt nyitottan alkalmazzák és okosan továbbfejlesztik. A szövetségi kormány semmi szükségét nem látja a rendszerről való vitának. A lényeg annak pragmatikus továbbfejlesztése. Ez pedig az egyes esetekben akár «több piacot», akár «több államot» is jelenthet.

A mellőzhető viták közé tartozik a föderalizmus szerepe az egészségügy területén. Az egészségügy a politikai rendszer egyéb elemeihez hasonlóan föderális struktúrával rendelkezik. A szövetségi kormány következtetése, hogy mind a központosított, mind a decentralizált irányításnak megvannak a maga előnyei és hátrányai. Ugyanez érvényes a piac és az állam szerepéről folytatott vita tekintetében: a helyzetnek megfelelően ajánlatos lehet a központi (pl. adatkezelés), vagy a decentralizált megoldások (pl. engedélyezés irányítása az ambuláns ellátás területén) választása. A kantonok és a szövetség közötti feladatmegosztást is esetenként és pragmatikusan kell alakítani.

### ***4. kritika: Túl sok, ill. túl kevés szó esik a költségek kérdéséről:***

A szövetségi kormány az egészségügyi stratégiában felveti, hogy szakértői becslések szerint az egészségügyi költségek húsz százaléka minőségi veszteségek nélkül megtakarítható lenne. Egyéb elemzések ezt a becslést túl magasnak tartják. A termelékenység növelésében azonban jelentős megtakarítási potenciál rejlik, amely az e-health lehetőségeinek szélesebb alkalmazásával, az új, integrált és interprofesszionális ellátási formák bevezetésével, az ambuláns ellátás volumenének a fekvőbeteg ellátás rovására való bővítésével, magasabb minőséggel (kevesebb félrekezelés és túlellátás), a hibás ösztönzők korrekciójával (individuális szolgáltatások térítése helyett több átalányban való térítés) realizálható. A prevenció és az egészségfejlesztés általában csökkentheti az egészségügy terheit.

Kritika tárgyát képezi, hogy a költségek kérdése nem jelenik meg hangsúlyosabban az egészségügyi stratégiában. A szövetségi kormány álláspontja szerint azonban a politikának nem lehet célja a költségek eltüntetése. Tartalmi célokra, pl. több egészségre kell törekedni. A költségek csak ennek melléktermékei, amelyek tekintetében azonban oda kell figyelni a kedvező költség-haszon-viszonyra.

***Egészségügyi szakképzés és költségcsökkentés:*** A lakosság előregedése a szolgáltatások iránti igény növekedéséhez vezet. Az egészségügyi személyzet iránti megnövekedett igényt azonban nem a létszám emelésével, hanem a rendelkezésre álló személyzet magasabb termelékenységével kell megoldani. A



képzési kapacitások bővítésének egy további indoka, hogy a svájci egészségügyi rendszer már most a külföldtől függ (a foglalkoztatottak 30-40%-a külföldön szerezte diplomáját). Egyéb tényezők mellett – például a külföldi bérek növekedése – a tömeges bevándorlás korlátozásáról szóló népi kezdeményezés elfogadása is megnehezítheti az eddigi gyakorlatot, amely külföldről biztosította az egészségügyi személyzet iránti igényt.

***Az egészségügyi stratégia végrehajtásának prioritásai 2013-ban és 2014-ben:***

A Szövetségi Egészségügyi Hivatal a 36 intézkedés keretében jelenleg összesen 77 részprojektet valósít meg. A [www.gesundheit2020.ch](http://www.gesundheit2020.ch) honlapon egy-egy adatlap található a projektek tartalmára, megvalósításuk állására, a további lépésekre vonatkozóan.

A szövetségi kormány 2014. március 26-án részletesen tájékozódott a stratégia végrehajtásáról. A 2013-ra meghatározott tíz prioritás közül nyolc teljesült, további két prioritás teljesítése pedig folyamatban van. Jelen év prioritásai széles skálát ölelnek fel: a betegbiztosítástól és a prevenciótól az egyes szakmai csoportok szerepének meghatározásáig.

A második Gesundheit2020 Nemzeti Konferenciára előreláthatóan 2015 elején kerül sor. Az első konferenciától eltérően ezt egy konkrét téma megvitatásának szentelik.

**A szerző:**

**Dr. Stefan Spycher**, közgazdász,  
Leiter Direktionsbereich Gesundheitspolitik,  
Vizedirektor Bundesamt für Gesundheit  
E-Mail: [stefan.spycher@bag.admin.ch](mailto:stefan.spycher@bag.admin.ch)

**[A Soziale Sicherheit (CHSS) 2014. 3. száma teljes egészében letölthető a Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) honlapjáról:**

<http://www.bsv.admin.ch/dokumentation/publikationen/00096/03319/03336/index.html?lang=de> ]