

***Jelentés a kórházak helyzetéről Németországban –
Krankenhaus-Report 2021 – egységes szerkezetben***

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) – Springer Verlag, Mai 2021

Forrás Internet-helye: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-62708-2_1

J. Klauber/J. Wasem/A. Beivers/C. Mostert (Hrsg.) Krankenhaus-Report 2021. Versorgungsketten - Der Patient im Mittelpunkt. Springer, Berlin Heidelberg. 531 Seiten; kart.; 42,79 €. ISBN 978-3-662-62707-5

1. 3. 1. Reformok egyes európai országokban

Több európai ország egészségügyi reformja célba vette a szektorok és ellátási szintek közötti jobb koordinációt és az illetékességek átrendezését. A reformok célja a szektorok és a szereplők közötti együttműködés és az ellátás minőségének javítása.

Ausztria : A 2013-ban bevezetett egészségügyi reform célja a különböző szereplők közötti koordináció és kooperáció javítása volt a szétforgácsolt rendszerben. A reform bevezette a szövetség, a tartományok és a társadalombiztosítási teherviselők közötti „célszerződések” („*Zielsteuerungsverträge*“) célorientált irányítási rendszerét. E szerződések célja egy közös, integratív ellátástervezés, valamint egy közös irányítás és finanszírozás megteremtése. Fontos törekvés volt a kórházaktól való túlzott függés felszámolása, mivel Ausztria egészségügyi rendszere szétforgácsolt, kórházi szektora viszont erőteljes volt. További célkitűzés volt az elsődleges ellátás megerősítése és a szemléletváltás, ami végül az elsődleges ellátásról szóló új törvény (*Primärversorgungsgesetz*, 2017) elfogadásához vezetett. A törvény multidiszciplináris elsődleges ellátási egységek felállításáról rendelkezett, amelyek általános orvosokból, betegápolókból és praxisasszisztensekből álló teamekből állnak, feladatuk pedig a betegirányítás és a szolgáltatások koordinációja. Az előleges ellátási egységekhez gyermekorvosok és további szakorvosok (pszichoterapeuták, szociális munkások) is tartozhatnak. Ezek ráépülhetnek a létező struktúrákra, vagy nulláról indulhatnak. Központok (multiprofessionális team egy praxis keretében), vagy hálózatok (multiprofessionális csapatmunka különböző

telephelyeken) formáját ölthetik és más szolgáltatókkal (gyógyszertárak, szakorvosok, kórházak, ápolási otthonok, iskolák, társadalombiztosítási teherviselők) kooperálhatnak.

Jóllehet a célszerződésekkel egy innovatív irányítási rendszer keletkezett, az illetékességek alkotmányjogi szétválasztása fennmaradt. Ausztriában az ambuláns ellátás területén tradicionálisan a társadalombiztosítási teherviselők, a kórházi szolgáltatások finanszírozása tekintetében pedig a szövetségi tartományok illetékesek.

Norvégia: A norvég egészségügyi rendszer részben centralizált: az állam felelős a másodlagos, az önkormányzatok az elsődleges ellátásért, a tartós ápolásért és a szociális szolgálatokért. Az utóbbi években bevezetett reformok célja a szektorok és ellátási szintek közötti koordináció javítása volt: (1) Az egészségügyi rendszer koordinációjának 2012-ben bevezetett reformja az egészségügyi ellátás önkormányzatok és kórházak közötti koordinációjára irányult, (2) a 2016-2019 közötti kórházügyi terv a kórházak közötti koordinációt vette célba, (3) „A jövő elsődleges ellátása” (2015) c. jelentés (*White Paper*) pedig elismerte az elsődleges és a másodlagos ellátás közötti koordináció javításának szükségességét.

A koordinációs reform (1) keretében az önkormányzatok hatáskört kaptak abban a tekintetben, hogy fekvőbeteg kezeléseket megelőzően és azokat követően / elő- és utógondozási szolgáltatások esetén sürgősségi ágyakat bocsássonak rendelkezésre, ami egy-egy beteg számára 72 órára korlátozódik, tartós ápolásra tehát nem használhatók. Az önkormányzatok egyben több felelősséget nyertek az ellátás koordinációja tekintetében, abban az esetben, ha szerződést kell kötniük a kórházakkal komplex ellátást igénylő betegek ellátására. A 2016-2019 közötti nemzeti egészségügyi és kórházügyi terv (2) egyik célkitűzése a kórházak regionális hálózatokba szervezésének jobb koordinációja volt.

Finnország: Az egészségügyi szolgáltatások szervezése és finanszírozása az önkormányzatok hatáskörébe tartozik. A több mint 300 önkormányzat, mint igazgatási hatóság egyben „biztosítóként” és az egészségügyi központok és kórházak működtetőjeként is megnyilvánul. Az önkormányzatok 20 kórházi körzetet képeznek, amelyek az adott körzetben levő közkórházak fenntartói. Az önkormányzatok egy-egy kórházi körzetben biztosítják a szükséges ambuláns

és fekvőbeteg szolgáltatásokat, de pályázatok útján más kórházi körzetek vagy privát kórházak szolgáltatásait is igénybe vehetik.

Finnországban több mint tíz éve folyamatban van egy vita az egészségügyi és szociális szektor reformjáról, amely átfogó területi átrendezéssel és az egészségügyi illetékességeknek az önkormányzatoktól bizonyos újonnan felállítandó régiókra történő átruházásával járna. Az egészségügyi és szociális ellátást a több mint 300 önkormányzat helyett 22 újonnan létesítendő régióknak kell majd biztosítani. A reform fontos elemei a szolgálatok erőteljesebb integrációjának támogatása és a szabad szolgáltatóválasztás bevezetése a betegek számára. A reform főlérendelt célja a szolgáltatások hatékonyságának fokozása és az egészségügyi és szociális költségek növekedésének megfékezése. A kórházi ellátás átrendezésére az aktív és a sürgősségi ellátás erőteljesebb centralizációjával a specializált szolgáltatások koncentrációjával és minimális volumenek meghatározásával kerül sor. A tervezett mélyreható változások és a politikai csatározások miatt a tervezetet 2019 márciusában, valamivel a parlamenti választások miatt visszavonták, sőt az a kormány távozásához vezetett. Az új kormány ismét napirendre tűzte a reformot. Az egészségügyi és szociális reform 2020 decemberében került ismét a parlament elé. A tervezet lényegében az egészségügyi központok integrált egészségügyi és szociális központokká alakítását tartalmazza.

1. 3. 2. Ambuláns műtétek Európában

Az ellátás minősége és az információk kontinuitásának biztosítása, a betegek választási lehetőségeinek bővítése és a folyamatosan növekvő költségek megfékezése érdekében csaknem minden európai országban kísérleteznek az egészségügyi ellátás újjászervezésével és az illetékességeknek a szektorok és szintek közötti tologatásával. A szektorok közötti átjárás javítása és a betegek koordinációs igényeinek kielégítése érdekében az utóbbi évtizedekben az európai országok többségében megreformálták a kórházi szektort és kísérletet tettek új ellátási formák bevezetésére, amelyek keretében a betegeket kórházi ambuláns kezeléseikben (ambuláns műtétek) részesítik, vagy az ellátást ambuláns egészségügyi szolgáltatók biztosítják. Az ambuláns szolgáltatások több országban helyettesítik a fekvőbeteg ellátást. Az ambuláns műtéti beavatkozások aránya az elmúlt évtizedben az európai országok többségében növekedett, de különböző mértékben. Az egynapos esetek aránya az egyes országokban változó és gyakran a kórházi ambuláns ellátásokéval korrelál. Az

egynapos műtétek bevezetésében élenjáró szerepet játszottak az északi országok, Hollandia és az Egyesült Királyság, ahol az ambuláns műtétek száma folyamatosan növekedik. Finnországban például az 1990-es évek óta törekednek az ambuláns műtéteknek a nappali kórházi szektorba való áthelyezésére. E célból több kórházban specifikus ambuláns műtéti központok és nappali kórházak keletkeztek. 2006 és 2016 között a mandulaműtétek száma 23 másik európai országhoz viszonyítva Finnországban volt a legmagasabb. Az ambulánsan végzett szürkehályog- és mandulaműtétek aránya 98,8%, ill. 86,6%, miközben 24 további európai országban 84,2%, ill. 29,2% volt. Ezekben az országokban ma már az ambuláns eljárások az összes sebészeti beavatkozás felét teszik ki, jóllehet az egyes kórházi körzetek között jelentős eltérések tapasztalhatók. Az egynapos műtéteket több nyugat- és dél-európai országban valamivel lassabban kezdték alkalmazni. Ausztriában, Németországban és több közép- és kelet-európai országban (pl. Magyarországon, Lengyelországban és Romániában) az egynapos műtétek elterjedése a beavatkozások többségénél általában sokkal lassabban ment végbe.

1. 4. Az ellátási folyamatok és az együttműködés új formái az ambuláns és fekvőbeteg ellátás területén: szolgáltatások és betegutak az európai országokban

Hollandia

Az elsődleges ellátás egy sor szolgáltatóra, házi orvosokra, fizioterapeutákra, gyógyszerészekre, pszichológusokra és szülésznőkre terjed ki. A házi orvosok, kapuóri szerepüknél fogva központi szerepet töltenek be az elsődleges ellátásban és az egészségügyi rendszerben általában. Minden állampolgár egy lakóhelye közelében működő házi orvoshoz tartozik, a sürgősségi ellátás lehetősége a házi orvos rendszeres nyitvatartási idején felül is igénybe vehető. 2016-ban a házi orvosok 82%-a kisebb (két-hat orvosra kiterjedő) praxisokban, 18%-a magánpraxisban működött.

A másodlagos ellátás azokra a formákra terjed ki, ahova az elsődleges ellátó általi beutalóra van szükség. Ezek elsősorban kórházak és pszichiátriai intézetek. A kórházak mind ambuláns, mind fekvőbeteg osztályokkal rendelkeznek, továbbá 24 órás sürgősségi osztályokat is működtetnek. Az ambuláns osztályok a kórházi tartózkodást megelőző vagy azt követő diagnózis felállítására szolgálnak. A kórházak keretében a szakorvosok 60%-a

szabadfoglalkozású. Néhány kórházban, főleg egyetemi klinikákon az összes szakorvos alkalmazotti jogviszonyban működik. Rajtuk kívül az összes gyermekorvos is ilyen jogviszonyban dolgozik.

A sürgősségi ellátás megszervezése az ambuláns és fekvőbeteg ellátás közötti fokozott együttműködés keretében valósul meg. Döntő jelentőségű az ambuláns házi orvosok szerepe, akik triázs-funkciót töltenek be a kórházaknál és ők irányítják a fekvőbeteg vagy ambuláns ellátásban részesített betegek mozgását.

Norvégia

Az elsődleges ellátás az önkormányzatok hatáskörébe tartozik. Ezek szabadon eldönthetik, hogy miként szervezik meg az ellátást, közalkalmazottként foglalkoztatják-e a házi orvosokat, vagy privát orvosokkal kötnek szerződést. A házi orvosok többsége szabadfoglalkozású, házi orvosi közösségi praxisokban működik, vagy önkormányzati megbízást teljesít. Egy tipikus praxis összetétele: két-hat orvos és a segédszemélyzet. Minden norvég köteles bejelentkezni egy házi orvoshoz, aki kapuőrként is funkcionál. Ha a házi orvos akut megbetegedés esetén sem tud időpontot adni és a rendelési időn kívül sem elérhető, a nagy és közepes méretű városokban és településeken éjjel-nappal működő ambulanciák (ún. *Legevakt*) állnak rendelkezésre.

Az ambuláns szakorvosi ellátásra poliklinikáknak nevezett ambuláns kórházi osztályokon, valamint szabadfoglalkozású, privát praxist folytató szakorvosok (pl. szülészek, belgyógyászok) közreműködésével kerül sor, akik a nemzeti egészségügyi hatósággal kötött szerződés alapján többnyire saját praxisukban dolgoznak. Ez utóbbiakra az összes ambuláns szakorvosi konzultáció 25%-a jut. Az ellátásra vidéken kommunális kórházakban kerül sor. Ezek a beteg lakóhelyén nem elérhető, de beutalót nem igénylő és a kórházi tartózkodást követően utógondozással járó szolgáltatásokat nyújtanak. Norvégiában egy sor ellátást, többek között szomatikus kezeléseket (pl. műtéteket), pszichiátriai gondozást (pl. táplálkozási zavarokat), kábítószer- és alkoholfogyasztással összefüggő kezeléseket csak ambuláns egynapos ellátás keretében biztosítanak. Szekundér rehabilitációs szolgáltatásokra, kórházakban, speciális rehabilitációs intézetekben, vagy egyéb osztályokon, mint reumatológiai vagy neurológiai osztályokon kerül sor.

Finnország

A nem sürgősségi esetek rendszerint a lakóhelyükön működő egészségügyi központokhoz fordulhatnak. Egészségügyi központon többnyire házi orvosi

praxisok értendő, amelyek belgyógyászokat, gyermekorvosokat, ápolókat és szakképzett betegápolókat (ún. *Public Health Nurses* és részben krónikus betegekre specializált ápolószemélyzetet) is foglalkoztatnak. Ezzel szemben Finnországban az orvosi praxisokban nem működnek szabadfoglalkozású orvosok. Országos szinten mintegy 150 egészségügyi központ működik, amelyek egy vagy több önkormányzat tulajdonában vannak.

A finn egészségügy különös ismérve, hogy az egészségügyi központok fekvőbeteg osztályokat is működtetnek. 2015-ben 226 ilyen osztály működött, amelyek személyi állományához betegápolók tartoznak, a vezetést pedig házi orvos, vagy geriáter szakorvos látja el. Ezekre az egységekre az összes akut fekvőbeteg eset 20-25%-a jut. Az egészségügyi központoknál egy ilyen tipikus fekvőbeteg osztály 30-60 ágygal rendelkezik. Ezeket az osztályokat már jó ideje a krónikus megbetegedésekben szenvedő idős korúak tartós ápolására használják. Az elmúlt évtized során ezek a házi orvosok által irányított intézmények a szakorvosi ellátás centralizációjával és az idősebb betegek gondozásának megváltozásával aktívabb szerepre tettek szert, pl. a rehabilitáció és egyes szakorvosi ellátások (pl. rákos betegek ellátása) területén. A speciális ambuláns ellátásra az állami kórházak ambuláns osztályain, vagy kisebb beavatkozások esetén nagyobb egészségügyi központokban kerül sor. A fekvőbeteg ellátás zömében a kórházi körzetekre hárul. Rehabilitációra, a betegek ápolási szükséglete szerint kórházakban, egészségügyi központokban, valamint asszisztált életvitelt biztosító intézményekben, vagy ambulánsan kerül sor. A multiprofessionális szemléletű elsődleges ellátási központok, a maguk széleskörű ellátási profiljával (egészségfejlesztés, prevenció, diagnózis, terápia, szociális, rehabilitációs, nevelő szolgáltatások) lehetővé teszik az integrált ellátást.

1. 5. 2. Az ellátások finanszírozása Hollandiában

Az összes szektort átfedő finanszírozás adekvát finanszírozási forrásokat, alkalmas térítési formákat, valamint az ambuláns és a fekvőbeteg szektor közötti azonos keretfeltételeket (szolgáltatás definíciója, minőségbiztosítás, egységes kódolás és dokumentáció) tesz szükségessé.

Hollandiában a szektorokat átfedő finanszírozás megoldásaként már 2015. óta alkalmazzák az ún. *bundled payments* eljárást, amely három szegmensből tevődik össze: (1) Az első egy fejkvótából és egy egyedi szolgáltatástérítésből

áll, (2) a második pedig a (többszörös) krónikus betegségek térítésének alapját képezi az integrált és multidiszciplináris ellátás keretében. Az illeszkedési felületeket mellőző ellátás érdekében a házi- és szakorvosok (4 és 150 orvos között) ún. „ellátócsoportokba („*Care Groups*“) tömörülnek. E csoportokban az irányítást és koordinációt a házi-orvosok látják el. Ebben az esetben a térítést egy diagnózisra vonatkoztatott átalány (*bundled payments*) határozza meg. Ennek meghatározására a „*Care Group*” és a betegpénztárak közötti alkufolyamatban, a „*Care Group*” tagjai közötti elosztására a teljes ellátási folyamatban való részvétellel és ráfordítással arányosan kerül sor. Az interdiszciplináris kezelés és a „*Care Group*”-oknak a második szegmens keretében való térítése által a krónikus betegek kórházba utalása jelentősen visszaesett. Ambuláns kórházi kezelések esetén a térítésre a „*Care Group*” keretében meghatározott diagnózisra vonatkoztatott átalány formájában, vagy a kórház és a szakorvos közötti megállapodás szerint kerül sor. (3) A harmadik szegmens a betegpénztárak és szolgáltatók közötti szelektív szerződésekre terjed ki, célja az innováció és az ellátás minőségének ösztönzése.

Az egyebek között a multimorbid személyek integrált ellátási programjainak finanszírozását felmérő **ICARE4EU projekt** eredményei rámutattak, hogy az innovatív ellátási modellek, amelyek potenciálisan a szektorokat átfedő ellátás ösztönzésére alkalmazhatók, (1) koordináció-, ill. kooperáció-orientált térítést (amely pl. pozitív hatást gyakorol a más szolgáltatókhoz való átirányításra), (2) nyereségeket (amelyeknél erőteljesebben középpontba kerül a kitűzött egészségi haszon) és (3) az egy bizonyos országban alkalmazott különböző térítési modellekkel kombinált komplex átalányokat (pl. költségvetések, fejkvóták, esetátalányok és egyedi ellátások térítése) tartalmazzak.

1 5. 3. A digitalizáció helyzete Észtországban, Dániában és Hollandiában

Észtország e-health-stratégiájában a jogszabályok, valamint a szolgáltatókat együttműködésre motiváló pénzügyi ösztönzők elegendnek. Az elektronikus betegdokumentum bevezetését nagyban segítette a közigazgatásban már működő digitális infrastruktúra. Ma már mind az 50 észt kórház, csaknem az összes házi-orvosi praxis és a szakorvosi praxisok több mint fele csatlakozott a rendszerhez. Ezek képesek betekinteni az elektronikus betegdokumentumba, a diagnózisok és kezelési eljárások kiegészítésére, a betegek gyógyszerelési tervének aktualizálására. Az *E-Health-System* időt és pénzt takarít meg, pl. a

vizsgálatok megkettőzésének megelőzésével. Az észtek „opt-out“-opcióval rendelkeznek, ami azt jelenti, hogy megtagadhatják az elektronikus betegdokumentum használatát; a szolgáltatók számára azonban az elektronikus betegdokumentum és az elektronikus elszámolás kötelező. [Lásd még: 2019. 14. sz.]

Dániában az elektronikus betegdokumentum és az e-recept bevezetésével már 2013-ban lendületet vett az ellátási területek integrációja. A sundhed.dk államilag finanszírozott internetes egészségügyi portál közös kommunikációs platformként szolgál az összes digitális e-health-alkalmazás számára, a betegek a platformon keresztül hozzáférnek egészségügyi betegdokumentumukhoz (*Sundhedsjournalen*), amely aktuális információkat tartalmaz kezeléseikről, valamint saját kórházi beteglapjukhoz (*e-journal*), amely a kórházi kezelésükről szóló adatokat tartalmazza. Időpontot kérhetnek a háziorvosnál, felírathatják gyógyszereiket, betekintheznek a kórházi műtéti várólistákba és minőségi értékelésekbe.

Hollandiában a „ZorgDomein“ digitális platform bevezetésére több mint 15 éve került sor. Ennek célja a háziorvosok, kórházak és másodlagos szolgáltatók integrációjának jobb koordinációja volt. A kórházak és a háziorvosok, ill. a kórházak és otthoni ápolási szolgáltatók között digitális és standardizált információcserére kerül sor. Ezt a folyamatot a *ZorgDomein* koordinálja, a háziorvosok általi betegirányítás az ún. *eReferral-System* keretében történik. Az *eReferral-System* a regisztráció megkettőződésének megelőzése és az adatbank beutalást vagy orvoslátogatást követő frissítése érdekében egy interfésszel rendelkezik a háziorvosnál vezetett elektronikus betegdokumentumhoz. Így feljavul a beteg és a szolgáltatók közötti információcsere és kommunikáció. A *ZorgDomein* segítségével a betegek gyorsabban jutnak időponthoz, kórházi beutalóhoz, a digitalizáció előmozdítja a felesleges orvoslátogatások megelőzését.

6. 3. Orvosi rehabilitáció az ágazatokra tagolt biztosítási rendszerben

A több ágazatra tagolt német társadalombiztosítási rendszerben az orvosi rehabilitáció egyidejűleg hat teherviselő: a kötelező betegbiztosítás, a kötelező nyugdíjbiztosítás, a kötelező balesetbiztosítás, a szociális kárpótlásról szóló jogszabályok (mint a háborús áldozatok gondozása), az ifjúsági segélyek

teherviselői és az integrációs segélyek teherviselői közreműködésével valósul meg.

Az egyes teherviselők között az orvosi rehabilitáció finanszírozása tekintetében nem áll fenn semmiféle egyenrangúság. Összességében a finanszírozásban a kötelező betegbiztosítás és a kötelező nyugdíjbiztosítás játszik meghatározó szerepet: A Szövetségi Statisztikai Hivatal folyó egészségügyi kiadásokról szóló kimutatásában a rehabilitációs intézetek és a gondoskodási intézetek közös tételben szerepelnek. Eszerint az ilyen intézményekre 2018-ban összesen 10,1 milliárd EUR-t költöttek. Ebből a kötelező nyugdíjbiztosításra 4,01 milliárd EUR, a kötelező betegbiztosításra 3,1 milliárd EUR, az állami költségvetésekre 1,3 milliárd EUR jutott.

A kötelező nyugdíjbiztosítás és a kötelező betegbiztosítás jogszabályban előírt célkitűzései különböznek egymástól: A kötelező nyugdíjbiztosítás keretében a rehabilitációnak az ICF (*International Classification of Functioning, Disability and Health*) kontextusában leírt célhorizont egyik szelvényéről, azaz a keresőképesség helyreállításáról, ill. elvesztésének vagy csökkenésének megelőzéséről van szó. Ebből az is következik, hogy a keresőtevékenységet végzők számára a rehabilitáció teherviselője lényegében a nyugdíjbiztosítás. Ezzel szemben a kötelező betegbiztosítás rehabilitációs célkitűzése jóval továbbmegy, szorosabban kapcsolódik a jogszabályban (Társadalombiztosítási Törvénykönyv Kilencedik Könyve – *Sozialgesetzbuch – SGB IX*) előírt általános célkitűzésekhez: a rehabilitáció célja a kötelező betegbiztosítás keretében a fogyatékosná válás megelőzése, csökkentése, rosszabbodásának és következményeinek csökkentése, beleértve az ápolásra szorultságot. Abból, hogy a kötelező betegbiztosítás a rehabilitáció tekintetében másodrangú a kötelező nyugdíjbiztosítással szemben, az következik, hogy a kötelező betegbiztosítás lényegében a keresőtevékenységet nem végző személyek rehabilitációja területén illetékes.

A nyugdíjbiztosítás keretében ugyan általában, főleg a nyugdíjfizetések tekintetében a szövetségi és regionális teherviselők között pénzügyi közösség áll fenn, a rehabilitációra fordított kiadások tekintetében azonban nem. Ezeket minden egyes teherviselőnek magának kell viselnie; erről a törvényhozó az 1990-es években az egyes teherviselőkre szabott rehabilitációs költségvetéseket vezetett be, amelyeket évente aktualizálnak. Ennek alapján az egyes

nyugdíjbiztosítási teherviselők kötelesek úgy igazgatni rehabilitációs intézkedéseiket, hogy azok ne lépjék túl a rendelkezésükre álló költségvetést. Eltérően a nyugdíjbiztosítási teherviselőktől, ahol a biztosítottak nem rendelkeznek választási lehetőséggel, a betegpénztáraknál versenyhelyzet áll fenn, mivel a kötelező betegbiztosítás tagjai betegpénztárat válthatnak. A verseny legfontosabb paramétere az egyes betegpénztárak kiegészítő járulékkulcsa. Az egyes betegpénztáraknak tehát az az érdekük, hogy a morbiditásorientált strukturális kockázatkiegyenlítés keretében viszonylag alacsony szinten tartsák az egészségügyi alaptól számukra kiutalt forrásokat.

A beteg- és nyugdíjbiztosítástól eltérően a szociális ápolásbiztosítás nem tartozik a rehabilitáció teherviselői közé. Az ápolásbiztosítás annyiban kapcsolódik a tárgyalt tematikához, hogy azok a személyek, akik akut kezelést követően ápolásra szorulttá válnak, az ápolásbiztosítás szolgáltatási körébe kerülnek. Amennyiben saját perspektívájukból ez szükségessé válik, az ápolási pénztárak kötelesek az illetékes rehabilitációs teherviselőhöz fordulni, ill. azonnal cselekvési kényszer esetén maguk biztosítani a szükséges szolgáltatásokat. A Betegbiztosítók Orvosi Szolgálata az ápolásra szorultság szakértői véleményezése során ugyancsak köteles megvizsgálni, hogy mennyiben válnak szükségessé rehabilitációs szolgáltatások, különösképpen annak érdekében, hogy ezzel megelőzzék az ápolásra szorultságot, ill. csökkentsek annak mértékét.

14. 2. Az ápolási otthonokban élők hospitalizációja

2019. 12. 31-én 726.000 időszerű (60 év fölötti) személy élt teljeskörű bentlakásos tartós ápolást biztosító ápolási intézményben. Ezek 51%-a 85 éves vagy annál idősebb volt. 44%-uk a 4. és 5. ápolási fokozatba tartozott, tehát önállóságuk a legsúlyosabb mértékben károsodott. Az ápolási otthonokban élők több mint kétharmada demensnek számított.

2018-ban az ápolási otthonokban élők 21%-át negyedévente átlagosan legalább egy alkalommal kórházban kezelték. Minden negyedik kórházi eset (26%) ápolásra szoruló személy volt. Kórházi tartózkodásuk időtartama (kilenc nap) majdnem kétszer annyi volt, mint az ápolásra nem szorulóké (öt nap). Az ápolási otthonokban élő (60 év fölötti) személyek kórházi kezelésének leggyakoribb indikációi: kardiovaszkuláris betegségek, kiszáradás, tüdőgyulladás és combnyaktörés.

Az ápolási otthonokban élő személyek hospitalizációjára leggyakrabban a teljes mértékű bentlakásos tartós ápolás kezdeti időszakában, ill. valamivel haláluk előtt kerül sor. A hospitalizációk rátája az utolsó életévben meredeken növekedik: ebben az időszakban az ápolási otthonokban élők 74,3%-a legalább egy alkalommal kórházba kerül.

14. 3. Fókusz: Az ápolásban otthonokban élők elesés miatti hospitalizációja

14. 3. 1. Az elesés és az elesés kockázatát fokozó gyógyszeres kezelés az ápolási otthonokban

Az ápolási otthonokban egy-egy ápolásra szoruló személyre évente több mint két elesés jut. Egy aktuális szisztematikus vizsgálat szerint az időskorúak körében a csípőközeli törés kockázata kétszer akkora, mint azoknál, akik nem szorulnak ápolásra. A személyhez kötődő kockázatok (pl. kognitív korlátozottság) és környezeti veszélyforrások (pl. botlást okozó akadályok) mellett bizonyított, hogy bizonyos gyógyszerek (ún. *fall-risk-increasing drugs* – *FRIDs*) is növelik az elesés kockázatát. Ezek közé tartoznak az antidepresszánsok és az antipszichotikumok. A kutatások jelenlegi állása szerint a hipnotikumok/szedatívumok, benzodiazepinek, opioidok és antepileptikumok is növelik az elesés kockázatát. A ***Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)*** szerint a többszörös gyógyszerelés is kockázati tényezőnek tekintendő.

15. A kórházi személyzet fluktuációja

15. 3. Eredmények

2014 és 2016 között nagyjából minden harmadik (32%) társadalombiztosításra köteles munkaviszony kezdetét vette vagy befejeződött. Ez az érték megerősíti az *Institut der deutschen Wirtschaft Köln* (2016) ugyanezen időszakban mért eredményeit. A személyzet fluktuációja a szolgáltatási szektorban (36%) valamivel magasabb volt mint a gazdaság egészében. Ezzel szemben a személyzet fluktuációja az egészségügyben, mint a szolgáltatási szektor egyik szegmensében, jóval alacsonyabb. Az egészségügyben minden negyedik társadalombiztosításra köteles munkaviszony kezdetét vette vagy befejeződött. Ha pedig csak a kórházügyi piacot tekintjük, a váltások gyakorisága még

alacsonyabb (17%). A kórházi személyzet fluktuációja tehát jóval alacsonyabb mint más ágazatokban.

A *Wido* adatai lehetővé teszik a fluktuáció időbeli alakulásának követését. A társadalombiztosításra köteles foglalkoztatottak száma Németországban egy évtized leforgása alatt 16%-kal növekedett. Ez a növekedés a 2008/2009-es pénzügyi és gazdasági válságot követő fellendülést és a tömeges munkanélküliség meghaladását tükrözi. Érdekes módon a foglalkoztatás fellendülése a német kórházaknál éppen olyan magas volt mint a gazdaság egészében (13%-kal több társadalombiztosításra köteles munkaviszony). A társadalombiztosításra köteles munkaviszonyban foglalkoztatott orvosok száma 34%-kal, az ápolószemélyzeté 11%-kal növekedett. A személyzet fluktuációja egészen más képet mutat: Miközben a fluktuáció rátája a gazdaság egészében alig változott (enyhe, egy százalékos csökkenés), a kórházi személyzet körében a munkahelyváltás 9%-kal növekedett. Annak ellenére, hogy a foglalkoztatás fellendítése a kórházaknál a gazdaság egészével összehasonlítható volt, a munkahelyi fluktuáció a kórházaknál az elmúlt években jelentősen megnövekedett.

A munkaerő fluktuációjának okai: Az okok között első helyen az ápolószemélyzet helyzetének kieleződése áll. Az adatokból azonban az derül ki, hogy a fluktuáció az orvosi személyzetnél magasabb mint az ápolóknál. Nagyjából minden negyedik társadalombiztosításra köteles jogviszonyban működő orvos évente vált munkahelyet. Ehhez feltehetően hozzájárulnak a segédorvosok foglalkoztatási viszonyának kezdete és lezárása, az adatokból azonban egyelőre nem lehet végleges következtetéseket levonni. Az ápolószemélyzet körében nagyjából minden hatodik személy vált évente állást. Mindenesetre feltűnő, hogy a fluktuáció rátája a két foglalkozási csoportnál ellentétes irányban mozog. Az orvosi személyzet fluktuációja a gazdaság egészének trendje mentén csökken. Az ápolás területén viszont a felbontott vagy megkötött társadalombiztosításra köteles foglalkoztatási viszonyok száma ugyanezen időszakban 100 társadalombiztosításra köteles foglalkoztatottra 14-ről 17-re növekedett, ami 19%-os viszonylagos növekedésnek felel meg. A kórházi személyzet megfigyelhető fluktuációja tehát teljes mértékben az ápolószemélyzetnek tulajdonítható. A kórházi személyzet további csoportjaira, a funkcionális szolgálatra, az orvostechnikai és igazgatási személyzetre

vonatkozóan különösebb megállapításokra nincs lehetőség, mivel ezeket a területeket az elmúlt évtizedekben a tevékenységek erőteljes kiszervezése jellemezte. A kórházak személyi és dologi költségeihez viszonyítva a kiszervezés aránya 2010 és 2017 között 3,9%-ról 5,1%-ra növekedett.

Aktuális kapcsolódó:

A szövetségi kormány válasza (19/32364) a *Die Linke* parlamenti interpellációjára a kórházak számára vonatkozóan: A Szövetségi Statisztikai Hivatal adatai szerint 2019-ben 1.914 kórház működött, amelyek közül 1.576 általános, 338 egyéb kórház volt. 545 intézmény állami, 724 privát fenntartóval rendelkezett. Jóllehet a privát kórházak voltak többségben, az állami kórházak több ágygal (235.767 vs. 95.601) és magasabb létszámú személyzettel (655.001 vs. 186.057) rendelkeztek.

A helyzet 1991. óta sokat változott. Akkoriban azonban a Szövetségi Statisztikai Hivatal csak az általános kórházakról végzett adatgyűjtést. 1991-ben 996 állami kórház működött, amelyek 367.198 ágygal és 614.250 alkalmazottal rendelkeztek. Ezzel szemben a 330 privát kórház 24.002 ágygal és 29.172 alkalmazottal rendelkezett. 1991-ben tehát a kórházak 14,8%-a, 2019-ben 37,8%-a működött privát fenntartásban. Az állami intézmények száma 46%-ról 28,5%-ra csökkent. A közhasznú társaságként működő kórházak aránya 39,1%-ról 33,7%-ra csökkent.

[<https://dserver.bundestag.de/btd/19/323/1932364.pdf>]

[*Lásd még: Az orvosok statisztikája Németországban – Ärztestatistik; A szövetségi kormány válasza az AfD interpellációjára a kórházak számára vonatkozóan, 2021. 17. sz.*]

16. A pandémia hatása a kórházi szolgáltatásokra 2020-ban

Kórházfinanszírozás a pandémia idején

A gazdasági nehézségek áthidalása érdekében a kezelési kapacitások felszabadítása fejében a kórházak pénzügyi kompenzációban részesültek. Kezdetben minden kórház számára minden szabadon tartott ágyért naponta 560 EUR járt. Ezt később módosították és az ellátási terület, szolgáltatás típusa (teljeskörű, részben fekvőbeteg) és méret (különböző casemix-osztályok) szerint differenciálták. November közepe óta a lokális fertőzöttség és a szabad

intenzív kapacitások függvényében csak bizonyos kórházakat köteleznek kezelési kapacitások felszabadítására. A kórházakat kezdettől fogva bevonták a kiterjesztett sürgősségi ellátásba. Év végén minden kórház jogosult egy éves zárókompenzációra, amely kiegyenlíti a pandémia okozta bevételkieséseket.

A fekvőbeteg ellátási folyamatok átalakulása

A pandémia erőteljesen megváltoztatta az ellátási folyamatokat. 2020-ban az előző évhez viszonyítva a fekvőbeteg felvételek száma jelentősen csökkent, mégpedig a pandémia első hulláma idején (március-május) erőteljesebben mint a második hullámban (október-december). Ez a szolgáltatási spektrumnak a súlyosabb esetek irányában való eltolódását eredményezte. A csökkenés műtéti beavatkozásoknál alacsonyabb volt mint más szolgáltatásoknál. Az esetszám kiválasztott sürgős eseteknél is alacsonyabb volt. Végül a csökkenés a többnyire halasztható kezeléseknél még erőteljesebb volt, amelyeknél a nyári hónapokban nem jelentkeztek utólagos effektusok. A COVID-19 súlyosságát a magas halálozási ráta, a hosszú ápolási idő és lélegeztetési idő bizonyítja.

Kórházpolitikai krónika

A 2020-as év egészségpolitikai Agendája mindenki számára meglepő volt. Év elején még mindenki a digitalizáció és a minőségügy kirobbanó előretörésére számított. Az ország feszülten figyelte a kormánykoalíció belüli egészségpolitikai diskurzust is, miután Prof. Karl Lauterbach [*Személyéről lásd: 2021. 24. sz.*] hátralépett és átadta a frakcióvezetői teendőket Bärbel Bas betegpénztári üzemgazdásznak [*Személyéről lásd: 2021. 22. sz.*]. Ám az SPD egészségpolitikai arca továbbra is Lauterbach maradt, aki egyszerű képviselőként továbbépítette egészségpolitikai befolyását és ismertségét. Jens Spahn szövetségi egészségügyi miniszter szerepjátéka is megváltozott: míg korábban „politikacsinálóként”, „havonta új törvénnyel állt elő”, válságmenedzserré nyergelt át.

A szakképzett ápolók hiányának csökkentése érdekében 2019 októberében létrejött az „egészségügyi és ápolási munkaerőügynökség” (*Deutsche Fachkräfteagentur für Gesundheits- und Pflegeberufe*), amely segít a munkaadóknak a munkaerőtoborzásban.

Az orvosokat és ápolókat érintő agresszió megfékezése érdekében Jens Spahn egészségügyi és Christine Lambrecht szövetségi igazságügyi miniszter 2019 decemberben megszigorította a kórházi dolgozók elleni erőszak miatti büntetéseket.

A végéhez közeledő választási ciklusban tipikus gyakorlattá vált, hogy csaknem minden törvénytervezethez egyéb kísérő szabályozások sokasága társult. Ilyen volt a „kórházak jövőjéről szóló törvény” (*Krankenhauszukunfts-gesetz – KHZG*), a kórházi dolgozókat megillető koronavírus-pótlékkal, a beteg gyermekek gondozásáért járó betegpénzzel, az ápolási otthonok és az ápoló hozzátartozók tehermentesítésével.

A szeptemberi szövetségi választási időszakot továbbra is a pandémia kihívásai fogják jellemezni. Ami jól előrelátható, hogy a szerződött orvosok, gyógyászati eszköz szolgáltatók, rehabilitációs intézetek és kórházak számára nyújtott védőernyő, valamint Jens Spahn igencsak költséges törvényalkotása megviseli majd a kötelező betegbiztosítás pénzügyi tartalékait. A 2021-ben előrelátható 16 milliárd EUR pénzügyi hiány csak a betegpénztárak tartalékainak megdézsmálásával, a kiegészítő járulék és az adókedvezmények emelésével egyenlíthető ki. A biztosítottak járulékterhelése meghaladta a politikailag még elfogadható 40%-ot.

[Lásd még: *Jelentés a kórházak helyzetéről Németországban – Krankenhaus-Report: 2006. 48. sz.; 2009. 17. sz., 2010. 11. sz., 2012. 6. sz.; 2014. 5. sz.; 2016. 8. sz.; 2018. 8-9. sz., 2019. 9., 11., 14., 17-18., 21. 2020. 1. sz.*]