

***Jelentés a kórházak helyzetéről Németországban – Krankenhaus-Report 2021 (1. rész):
Ellátási folyamatok nemzetközi összehasonlításban***

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

Kulcsszavak: kórházügy, egészséggazdaság, gazdasági helyzet, Ausztria, Norvégia, Finnország

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 struktúrára, vagy nulláról indulhatnak. Központok (multiprofesszionális team egy praxis keretében), vagy hálózatok (multiprofesszionális 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 előleges 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 bocsássanak 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 biztosítania. 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.