

***Jelentés a kórházak helyzetéről Németországban – Krankenhaus-Report 2021 (4. rész):  
Ellátási folyamatok nemzetközi összehasonlításban***

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

**Kulcsszavak:** kórházügy, irányítás, finanszírozás, Hollandia

**Forrás Internet-helye:** [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-62708-2\\_1](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-62708-2_1)

### ***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 kezeléseket 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) tartalmazznak.