

# Válogatás a HealthOnLine cikkeiből

2011/6 - Különszám

## Német és francia példák az integrált egészségügyi ellátásra és az egészségügy regionális szervezésére



**GYEMSZI**

Gyógyszerészeti és Egészségügyi  
Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet

Informatikai és  
Rendszerelmzési  
Főigazgatóság



<http://www.eski.hu/hol>

2011. július 15.

## Német és francia példák az integrált egészségügyi ellátásra és az egészségügy regionális szervezésére

### Tartalom

Az integrált ellátás példái Németországban.....	2
A német disease management programok legfontosabb jellemzői .....	6
A populációorientált és indikációkon átívelő integrált ellátás németországi helyzete .....	7
Az egészségügyi ellátás regionális szervezése Franciaországban .....	16
Regionális Egészségügyi Hatóságok .....	16
Teljesítményértékelés .....	18
Betegutak szervezése .....	20

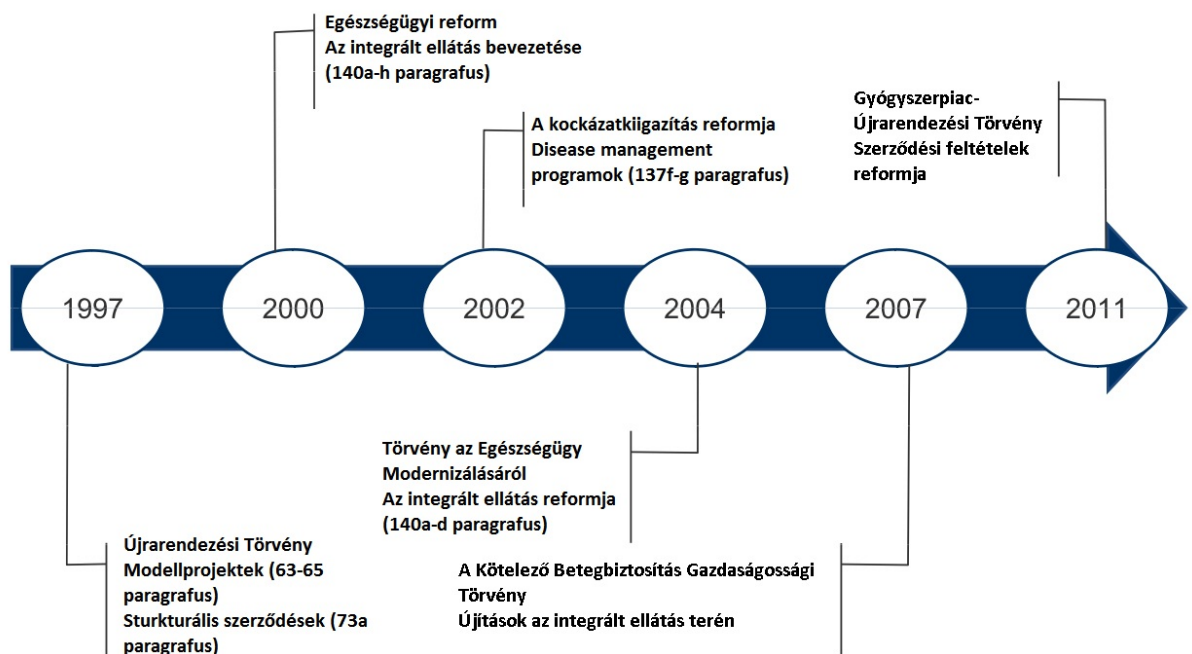
---

## Az integrált ellátás példái Németországban

A német egészségügyben a máig jelentkező problémák jelentős része a felelőség nélküli fragmentált ellátás, a szolgáltatók (a minőségi motiváció nélküli többlétszolgáltatás díjazása, szektorokra tervezettek a költségek) és pénztárak (versenyre való ösztönzés a legkedvezőbb egészségbiztosítási járulék terén és nem a kínált legjobb szolgáltatásért, a hosszabb távú beruházások támogatásának hiánya) számára nyújtott gazdasági ösztönzők együttes eredménye.

Ezért a szektorokon átívelő ellátás megvalósítása és a verseny fokozása érdekében a német törvényhozás már a 90-es évek óta számos olyan szabályozást vezetett be, melyek a pénztáraknak és a szolgáltatóknak lehetővé teszik a hagyományos keretrendszerben nyújtott ellátástól való eltérést.

### 1. ábra az integrált ellátást támogató egészségpolitikai lépések Németországban



Forrás: Gersch, M., 2011

A német rendszerben az ún. különleges ellátási formák managed care elemeket tartalmaznak (az amerikai managed care koncepció bizonyos elemeire is hagyatkozva, de ügyelve arra, hogy az ott jelentkező negatív hatások - pl. rizikóselekción - ne érvényesülhessenek) és támogatják a szelektív szerződéskötés lehetőségét. A különleges ellátási formák minden esetben eltérnek a kollektív szerződésen alapuló normál ellátási formától egy vagy több managed care jellegű elem révén. A német egészségügyben a következők tartoznak az ún. különleges ellátási formák körébe:

## Rendszerelemzési Főosztály

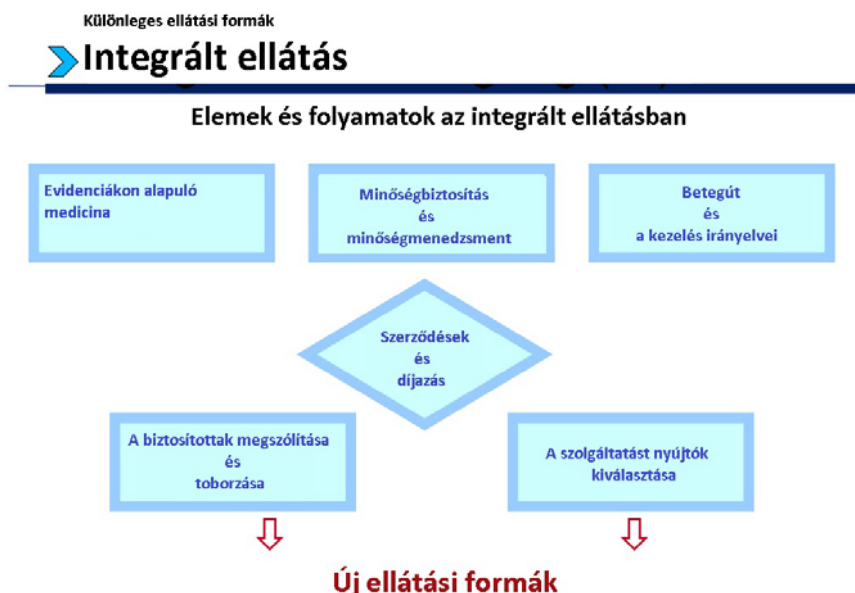
---

- Strukturális szerződések: a szerződéses orvosi ellátás különleges formája, amelynek célja egy új ellátói struktúra létrehozása innovatív díjazási modellekkel.
- Modellprojektek: lehetőség a pénztárak részére, időben korlátozott szerződések megkötésére egyes orvosokkal, csoportpraxisokkal vagy pénztári orvosok egyesületeivel.
- Házi orvosközpontú ellátás: a betegpénztárak számára kötelezően előírt egyedi szerződések megkötése magasan kvalifikált házi orvosokkal, akik kapuőri szerepet töltenek be a rendszeren belül.
- Különleges ambuláns ellátás: lehetőség a pénztárak részére, a pénztári orvosok egyesületeinek bevonása nélkül speciális ellátási szerződések megkötésére egyes szolgáltatókkal az ambuláns területen.
- Integrált ellátási formák: szektorokon átívelő szolgáltatásnyújtás megvalósítása az egészségügyben több potenciális szereplővel együttműködésben, amelynek célja az egységes, valamint gazdaságos és hatékony szolgáltatásnyújtás megvalósítása.
- Strukturált kezelési programok (disease management programok): indikáció vonatkozású, szektorokon átívelő kezelési programok kiválasztott krónikus betegségek kezelésére (diabetes melitus 1 és 2, mellrák, koronáriás szívbetegségek, asztma, krónikus obstruktív tüdőbetegségek)

A szektorokon átívelő ellátás feltételeinek a fenti ellátási formák egy része felel meg, ezek a modellprojektek, az integrált ellátási formák és a strukturált kezelési programok. A Német Egészségügyi Minisztérium szakértői tanácsának 2009-es szakvéleménye (Sachverständigenrat, 2009) szerint a megkötött szerződések jelentős részénél (50 százalék felett) csak részlegesen jelenik meg a szektorokon átívelő jelleg és alacsony a populációorientáltság, azaz a legtöbb szerződés csupán egy adott indikáció gyógyítására és nem egy adott régióban élő populáció teljes ellátására fókuszál. A tíz évvel korábbi helyzethez képest azonban ezek a változtatások már számos új, innovatív ellátási forma bevezetését, a pénztárak és a szolgáltatók közötti szelektív szerződéskötés rendszerének meghonosodását eredményezték. Teljesen integrált ellátás, adott populációra vonatkoztatva, illetve a szolgáltatók szektorokon átívelő tevékenysége főként a jövőbe mutató regionális projektek keretében valósul meg (lásd *Gesundes Kinzigtal* projekt).

A szektorokon átívelő ellátás hatékonyabb és gazdaságosabb ellátás megvalósítását eredményezheti, de a szektorokon átívelő jelleg és az integráció megvalósulásának alapvető feltétele az ellátás szereplői által alkalmazott koordinációs és kooperációs gyakorlat. A német integrált ellátási modell általános elemeit és folyamatait az alábbi ábra szemlélteti.

## 2. ábra az integrált ellátási modell elemei Németországban



Forrás: Straub, Klemm, 2010-2011

A különleges ellátási formák során a szerződéses partnerek kombinációit és az integrált szerződések számának alakulását a Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung – a német kórházak minőségbiztosítását monitorozó szervezet – 2009-es jelentése mutatja be (BQS, 2009). Az ezzel kapcsolatos adatokat az alábbi táblázat szemlélteti.

### 1. táblázat Integrált szerződések számokban

Különleges ellátási formák

### Integrált ellátás

Szerződéses partnerek kombinációi (szolgáltatói oldal) - kumulált értékek

	2004	2005	2006	2007	2008
Kórházak	345	663	846	1.005	1.001
Saját praxist fenntartó orvosok/kórházak	219	587	832	1.168	1.182
Saját praxist fenntartó orvosok	319	622	703	723	714
Rehabilitáció/kórház	220	547	1.193	1.724	1.932
Rehabilitáció/saját praxist fenntartó orvos/kórház	71	151	187	183	182
Rehabilitáció/saját praxist fenntartó orvos	104	210	176	182	180
Egyéb	199	674	938	1.089	1.216

Szerződéses partnerek kombinációi (tulajdonosi oldal) - kumulált értékek

	2004	2005	2006	2007	2008
Pénztár által kötött szerződés	671	1.500	2.098	2.468	2.514
Kórház által kötött szerződés	806	1.954	2.777	3.606	3.893

Forrás: BQS, 2009

Németországban a 2004-es reform foglalkozott a szektorokon átívelő ellátási formák szélesebb körben való elterjedésének megindításával a pénztárak és szolgáltatók közvetlen szerződés kötése (a továbbiakban a pénztári orvosok egyesületeinek beleegyezése nem volt a korábbiakhoz hasonlóan feltétel), illetve a kockázatiigazítás 2002-es reformjából kibontakozó disease management (DMP) programokhoz kapcsolódó finanszírozás kedvezőbbé tételé révén.

2003-tól kiemelten támogatták azokat a pénztárakat, amelyekben a betegek valamelyik disease-management-programba beiratkoztak, ez a díjazás a kockázatiigazítás rendszeréből került finanszírozásra. Ennek megfelelően a programban részt nem vevő betegek után járó átlagos díjazás éves szinten átlagosan 2005 euró körül alakult 2008-ban, míg programba beiratkozott betegek után a díjazás diabetes mellitus 2-es típus esetében 4841 euró, mellráknál 8809 euró, diabétesz 1-es típus 5945 euró, koronáriás szívbetegség 4719 euró, asztma 2830 euró, krónikus obstruktív légúti megbetegedés esetében 2830 euró volt átlagosan. (Természetesen a kockázatiigazítás kor, nem és egyéb tényezők alapján is változott, a fenti összegek csupán átlagosnak tekinthetők.)

2008 végéig a pénztárak a Pénztári Orvosok Egyesületének térítendő összdíjazásból és az egyes kórházaknak fizetendő számlák díjából (egynapos és fekvőbeteg ellátás) egy százalék kedvezményt is kaptak, amennyiben azt DMP szerződések elősegítésére fordították. 2004-ben még csupán 300 disease management programhoz kötődő szerződést tartottak nyilván, a finanszírozás kedvezőbbé válása után 2005-ben a szerződések száma már 1000 körülire növekedett, 2007-ben pedig 3489 szerződést regisztrált a BQS monitorozó intézet. 2009 végén mintegy 5,5 millió disease management programba feliratkozott beteg, 40 ezer programban résztvevő orvos volt Németországban. Az új Egészségügyi Alap megalakulásakor és a morbiditás alapú kockázatiigazítási rendszer 2009. januári bevezetésekor a disease management programok finanszírozása megváltozott. A pénztárak a korábbi díjazástól eltérően a DMP betegek után már átalánydíjat kaptak, ami a 2009-2010 közötti időszakban 180 euró, 2011-től 168 euró évente. Az átalányt a Kötelező Betegpénztárak Csúcscsovétsége határozza meg. Habár a 2010-es statisztikák szerint a programban résztvevők száma ezt követően tovább emelkedett és ekkor már 6,4 millió feliratkozott beteg szerepelt a nyilvántartásban (2,6 millió beteg AOK programokban vett részt, ezen belül 1,6 millió a diabetes mellitus 2-es típusú programban), a szerződések száma a finanszírozás változása miatt ekkor már csökkent.

A disease management programok fejlesztése egységes orvosi elvek alapján történik, amelyeket törvényerejű rendeletek és az Egészségügyi Minisztériumi valamint a Közös Szövetségi Bizottság ajánlásai tartalmaznak. A Közös Szövetségi Bizottságon belül a szektorokon átívelő ellátásért felelős albizottság foglalmazza meg a disease management programokkal szembeni elvárásokat, illetve rendszeres időközönként aktualizálja azokat. A szektorokon átívelő ellátásért felelős albizottság 9 tagból áll. 6 tagot delegálhatnak a kötelező betegbiztosítók, 3 tagot a Pénztári Orvosok Szövetségi Egyesülete és 3 tagot a Német Kórház társaság, illetve egy betegjogi képviselő is részt vesz a munkában. Szükség esetén sor kerülhet orvosszakértői csoportok bevonására, valamint a Közös Szövetségi Bizottság a disease management programokkal kapcsolatos tudományos kutatómunkák vagy értékelések során felmerülő kérdések esetén bevonhatja a Német Minőség és Gazdaságossági Intézetet (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen).

A disease management program mindenkor koordinátora a beteg által választott, szerződéssel rendelkező szolgáltató (házi orvos, szakorvos), aki a beteggel közösen meghatározza a személyre szabott kezelés folyamatát, terápiás célokat. A választott orvos hangolja össze az ellátást a kezelésbe bekapcsolódó további szolgáltatókkal (szakorvosok, kórházak), ami elkerülhetővé teszi a kettős vizsgálatok, többszöri kezelése elvégzését. A koordináló orvos praxisa végzi a betegek oktatását. A

DMP nem módosítja a szabad orvosválasztást, a betegek a disease management programon belül bármikor választhatnak egy új koordináló orvost anélkül, hogy a programot el kellene hagyniuk. Az amerikai modelltől abban is különbözik a német ellátás, hogy itt nem a biztosító vagy egy arra specializálódott társaság koordinálja a beteg ellátását.

### **A német disease management programok legfontosabb jellemzői**

1. Evidenciákon alapuló irányelvek alapján végzett kezelés, individuális terápiás célok meghatározása az orvos és beteg által közösen, rendszeres ellenőrző vizsgálatok, a beteg aktív részvétele, szabályozott koordináció a szolgáltatói szektorban.
2. Minőségbiztosítási intézkedések: egyedi feedback az orvosok részére a programmal kapcsolatos tevékenységek fontosabb adataival, emlékeztetőrendszer az elmaradt és soron következő dokumentációs kötelezettségekről.
3. A programokba való feliratkozás meghatározott előfeltételekhez kötött, a program időtartama meghatározott.
4. A szolgáltatók és a biztosítottak oktatása.
5. Szövetségi szinten egységes dokumentációs rendszer.
6. Hatékonyság értékelése és költségbecslés.

Jelenleg a diabétesz 1-es (bevezetés 2005) és 2-es típusára (bevezetés 2003), a mellrákra (bevezetés 2003), a koronáriás szívbetegségekre (bevezetés 2004) (2010-ben ezt a krónikus szívelégtelenség modullal egészítették ki), az asztmára (bevezetés 2006), a krónikus obstruktív légúti megbetegedésre (bevezetés 2006) van elérhető program. A magas vérnyomás a diabetes és koronáriás szívbetegség programok részévé vált. Mivel új programok indításánál elsődleges szempont a multimorbiditás erőteljesebb figyelembe vétele, a német döntéshozók szerint egyelőre nincs szükség további indikáció alapú programokra.

A disease management programok eredményességéről az általános helyi betegpénztárak megbízásából több tanulmány készült.

Az Universitätsklinikum Heidelberg (ELSID-Studie, 2005) kutatásban 20 625 AOK cukorbeteg és 519 praxis vett részt Sachsen-Anhalt és Rheinland-Pfalz tartományokból. A DMP betegcsoportba olyan betegek tartoztak, akik 2005 első felében legalább egy javaslatot kaptak antidiabetikus medikációra és az 50 éves kort már betöltötték. A kontrollcsoportba olyan normál ellátásban résztvevő biztosítottak kerültek, akik az antidiabetikus medikációs nyomkövetés rutinadatai alapján 2005 első felében kerültek beazonosításra és szintén 50 év felettiak voltak. A tanulmány eredményei azt mutatják, hogy a programban résztvevő betegek halálozási aránya, életminőséggel kapcsolatos mutatói kedvezőbben alakultak a kontrollcsoportnál tapasztaltaknál. Főként a multimorbid betegek profitálnak a programban való részvételből, a programban résztvevő betegek ellátásának költségei összességében alacsonyabbak, és a betegek elégedettebbek a kezelésükkel. A programban résztvevők esetében a tanulmány során a halálozással és életminőséggel kapcsolatos kedvező mutatók a kutatók szerint elsősorban a rendszeres vizsgálati időpontokkal, a terápiás célok előzetes, együttes kitűzésével, a betegek és az orvosok részére szervezett oktatásokkal magyarázhatóak.

A kutatás másodlagos célkitűzése volt az, hogy összehasonlítsa az általános DMP cukorbeteg programokat és az ún. „optimalizált” DMP ellátást. Az ún. optimalizált DMP programok néhány főbb jellemzője:

- speciális szakmai kollégiumon való részvétel lehetősége az orvosok számára,
- kiegészítő információk az orvosok részére a kezeléssel kapcsolatban,
- feedback a felírt gyógyszerekről,
- továbbképzésen való részvételi lehetőség a szakasszisztensek számára.

Az elemzés szerint az optimális DMP programban résztvevő praxisok mintegy 35 százaléka a DMP-hez kapcsolódó feladatok terén sikeresen módosította a felelősségi köröket. A felelőségek újradefiniálása a praxison belül megerősítette a szakasszisztensek szerepét. Nyilvánvalóvá vált az is, hogy több idő és személyes erőforrás kell, hogy rendelkezésre álljon ahhoz, hogy a DMP a praxison belül hatékonyan működtethető és a praxis gyakorlatába integrálható legyen.

A Wissenschaftliches Institut der Niedergelassenen Diabetologen 38 diabetológiai súlyponti praxisban 925 beteg adatainak kiértékelésével készített tanulmányt (Hübbernet et al., 2010) a koordinációval és az információcserével kapcsolatban. A szakorvoshoz beutalt betegek első konzultációit 4 héten át monitorozták. A tanulmány eredménye azt mutatja, hogy a háziorvostól beutalt DMP résztvevőkkel kapcsolatos információk kedvezőbbek voltak a szakorvosi kezelés meghatározására, mint a normál ellátásból érkező betegek adatai. A DMP résztvevők esetében például 63 százalékban állt rendelkezésre laboreredmény, a normál betegek esetében ez az arány csupán 44 százalék volt. A tanulmány összességében azt mutatja, hogy a DMP során a koordináló orvostól származó információ alaposabb és hatékonyabb volt a megfelelő ellátás meghatározása szempontjából.

## **A populációorientált és indikációkon átívelő<sup>1</sup> integrált ellátás németországi helyzete**

A Német Egészségügyi Minisztérium szakértői tanácsának 2009-ben publikált, 2008-as felmérése (Sachverständigenrat, 2009) keretében összességében 102 populációorientált és indikációkon átívelő szerződést jelentettek be a pénztárak, a plauzibilitás vizsgálat után ezek száma 81-re csökkent. A bejelentett szerződések többsége kombinált integrált ellátási szerződés (55 modell), a második nagy csoporthoz a háziorvosi szerződések tartoztak (26 modell). A pénztárak adatai szerint populáció vonatkozású ellátási szerződéssel kapcsolatban összességében 88 545 háziorvosi<sup>2</sup> és 3983 szakorvosi regisztrációt tartanak nyilván és csaknem négy millió (háziorvosközpontú szerződés: 2 330 536 biztosított, kombinált szerződés: 1 651 057 biztosított) a beiratkozott biztosítottak száma. A Pénztárak oldaláról közelítve a populációorientált szerződéseket a beiratkozott betegek száma a kombinált szerződéses modellekben többségében 101 és 10 000 közötti, egy pénztárhoz tartozó háziorvosközpontú szerződéses modellekben (egy modellben több orvos dolgozhat) 34,1 százaléka esetén 1 és 1000, 29,5 százaléka esetén 10 001 és 100 000 közötti a biztosítottak aránya. Mindkét

---

<sup>1</sup> Ez tulajdonképpen az indikáció és populáció vonatkozású menedzsment ötvözése, ami magába foglalja a betegek aktív részvételét és tájékoztatását, a case managementet, kezelési irányelvek meglétét és feedback jelentéseket, valamint a telemonitoringot (guided care modell alapján).

<sup>2</sup> 2008-ban a háziorvosok száma mintegy 58 000, azaz egy háziorvos átlagosan 1,5 populáció vonatkozású szerződésben vett részt

szerveződéses formában vannak már 100 000 feletti biztosított részvétellel bíró modellek (kombinációs szerveződés: prosper-Netz der Knappschaft).

### **AOK-Baden-Württemberg speciális háziiorvosközpontú modellje**

A modellben a szerveződéses partnerek az AOK-Baden-Württemberg, a Hausärztliche Vertragsgesellschaft eG és a Medivertbund Dienstleistungsgesellschaft-GmbH. Ez a szerveződés a pénztári egyesületekkel megkötött szerveződésektől különösen a díjazásban és a IT megoldások alkalmazása terén különbözik. A 2008-as felméréskor az AOK Baden-Württemberg háziiorvosközpontú modellje volt az egyetlen olyan populációorientált és indikációkon átívelő modell, amelyben a szolgáltatók szinte az összes ambuláns ellátásért átalánydíjat kaptak. Az euróalapú átalánydíj a hagyományos szolgáltatás szerinti díjazásnál vonzóbb alternatívának mutatkozott a szerveződéses partnerek körében. Az átalánydíj három additív alkotórészből tevődik össze:

- Egy találkozások számától független átalány, ami 65 euró évente és beiratkozott biztosítottanként; függetlenül attól kifizetésre kerül, hogy a biztosított a háziiorvos szolgáltatását igénybe vette. Az átalány főként a minimálisan szükséges műszerezettséget hivatott biztosítani.
- Egy találkozások számától független negyedévenkénti 40 eurós kezelési átalány, ami a teljes háziiorvosi ellátást kell, hogy fedezze, amennyiben egy beiratkozott biztosított egy negyedévben a háziiorvos szolgáltatását igénybe veszi.
- Egy találkozások számától független krónikus betegek kezeléséért kapott negyedévenkénti 25 eurós átalány.

A modellben résztvevő háziiorvosok bizonyos végzettségek megszerzéséért pótlékot kapnak (szonográfia, pszichoszomatika). E modell keretében első ízben került sor krónikus betegek magasán kvalifikált szakalkalmazottak által történő ellátásáért pótdíj térítésére (krónikus betegek esetén a pótdíj 25 euró/negyedév és további 5 euró magasán kvalifikált és tanúsítvánnyal rendelkező szakalkalmazott általi speciális case management feladatok átvállalásáért a krónikus betegek ellátása során). A szerveződéskötés egy további követelménye volt, hogy a programban résztvevő háziiorvos internethez csatlakoztatott számítógéppel rendelkezzen és azon a szerveződés szerint meghatározott szoftvert futtasson, ami többek között lehetővé tette az elektronikus betegdokumentációt. Az előírt szoftver biztosította, hogy a szolgáltatásokkal kapcsolatos elszámolás az AOK-val kizárólagosan elektronikus úton történhessen, illetve a gyógyszeres terápia meghatározása szintén egy olyan speciális szoftver segítségével történjen, ami figyelembe vette az AOK által megkötött, gyógyszerekkel kapcsolatos kedvezményes szerveződések. A gyógyszeres modulban a gyógyszerreklámzás tiltott volt.

### **Gesundes Kinzigtal modell**

A projekt a Szövetségi Oktatási és Kutatási Minisztérium „A jövő egészségügyi régiói” címet viselő pályázatának keretében indult el. A minisztérium a pályázattal 20 egészségügyi régiót kívánt támogatni. Azok a projektek, melyek alakulása kedvező, a későbbiekben további mintegy 10 millió eurós támogatásra válnak jogosulttá.

E régiós vonatkozású projektek alapötlete a normál ellátással szemben elérhető többlethaszon elvén alapul, amit a szolgáltatók és a menedzsment társaság integrált adatmenedzsmenttel társított optimálisabb prevenció és betegségmenedzsment révén kíván megvalósítani.

A Kinzigtal projekt 2006-ban indult, 9 éves időtartamra tervezve. A modell az AOK Baden-Württemberg és a Gesundes-Kinzigtal GmbH menedzsmenttársaság közötti integrált szerződésen alapszik (időközben az LKK Baden-Württemberg is szerződéses partnerré vált). A Gesundes-Kinzigtal GmbH menedzsmenttársaság tagjai a házi orvosokból, szakorvosokból, pszichoterapeutákból és kórházi orvosokból álló Medizinisches Qualitätsnetz Ärzteinitiative Kinzigtal (66,6 százalék részesedés) és egy integrált ellátásra specializált hamburgi tanácsadó társaság az Optimedis AG. A modellben az AOK Baden-Württemberg adatai szerint 22 házi orvos, 20 szakorvos vesz részt (ez a régió orvosainak mintegy 55 százaléka), valamint

Az ellátási modell számos sajátosságot mutat. A modellben több szektor (házi orvosi, szakorvosi, kórházi, ápolási, rehabilitációs, gyógyító ellátás, pszichoterápia, gyógyszertárak, szociális és kommunális szolgálatok) is részt vesz, illetve a modellben részt vevő biztosítottak szabad szolgáltató választása nem került korlátozásra. A társaság a biztosítottaknak nem alkalmaz finansziális ösztönzőket a modellben való részvételhez, hanem a nyújtott szolgáltatások minőségével igyekszik megnyerni őket.

A projekt fő céljai közé tartozik az ambuláns és fekvőbeteg szektorokon belül és a szektorok között a szolgáltatók hatékonyabb kommunikációjának megteremtése; a morbiditás csökkentése prevenció révén - elsősorban a krónikus betegek körében-; átfogó case management a választott orvos által (házi orvos, szakorvos) és a beteg optimális bevonása a kezelési folyamatba; a fiatal orvosok számára kedvező feltételek megteremtése révén a régióbeli ellátás folyamatosságának biztosítása. A projekt számos alprogramot indított: pl. prevenció programok, köztük a kóros elhízással küzdő gyermekek családja részére táplálkozással és mozgással kapcsolatos programok, a metabolikus szindróma felismerését célzó program vagy a dohányzásról való leszokást elősegítő program. A Gesundes-Kinzigtal GmbH menedzsmenttársaság modellje azon kevés program közé tartozik, amelyek a biztosítottak számára tanácsadó testületet és ombudsmant tartanak fenn.

A modell eredményességét tapasztalt orvosi praxishálózat (MQNK, Medizinische Qualitätsnetz – Ärzteinitiative Kinzigtal), illetve az orvosok, kórházak, gyógyszerészek és további szolgáltatók közötti szoros kooperáció és hatékony kommunikáció adja.

A szerződés megkötésekor (2006.01.31.) az első 20 hónapban a finanszírozást a Pénztári Orvosok Egyesületének térítendő összdíjazásból és az egyes kórházaknak fizetendő számlák díjából kapott egy százalékos kedvezmény is támogatta. Ezt követően egy ún. megtakarítási szerződés lépett életbe, amely 8 éves időtartamra vonatkozólag eredményfüggő díjazást ír elő. A szerződés értelmében a menedzsmenttársaság átvállalja a postai irányítószám szerint definiált régióban a hozzá tartozó biztosítottak egészségügyi ellátásszervezésének felelősségét (ez nem jelenti automatikusan azt, hogy a menedzsmenttársaság orvosai látják el a betegeket), ez konkrétan 32000 AOK/LKK biztosítottat jelent a vonzáskörzetben élő összesen 60045 lakos közül.

A finanszírozás kiegyensúlyozott, a klasszikus díjazásból (a pénztári orvosok egyesülete) és a menedzsmenttársaság által nyújtott célzott kiegészítő díjazásból áll. A szolgáltatók esetében a finanszírozás rövidtávon egyedi szolgáltatások szerinti díjazással történik, ami részben szintén eredményfüggő. Hosszútávon ehhez hozzáadódik az elért megtakarításokból és a szerződés negyedik évében egy eredményfüggő bonuszból származó kiegészítő díjazás. A szerződés minden indikációra, az összes szolgáltatóra és az összes AOK/LKK betegre vonatkozik a régióban. A Kinzigtal a szerződésben a régió krónikus betegeinek kiszűrésére vállalkozik, belőlük lesznek a beiratkozott betegek, akik aztán a Kinzigtal szervezésében a modell saját orvosainak házi orvosi ellátásában részesülnek. (A beiratkozott és be nem iratkozott betegek közötti különbség az, hogy a be nem

iratkozott betegek háziorvosi ellátását nem a Gesundes Kinzigtal orvosai végzik). A Kinzigtal a hozzá beiratkozott betegeket is két csoportba sorolja aszerint, hogy a beteg telemonitoring programban részt vesz-e. A menedzsmenttársaság nyeresége a referenciaköltség és a biztosítottak ellátásához szükséges tényleges költségek közötti pozitív mérlegből keletkezik. A keletkezett megtakarítás a Gesundes Kinzigtal GmbH és a pénztárak között fix kulcs alapján kerül felosztásra. Az elért bevétel minden partner (szolgáltatók, menedzsmenttársaság és pénztárak) szempontjából függ az elért megtakarításoktól, ami megfelelően erős motivációt biztosít a szereplők optimálisabb kooperációjához.

Mivel a megtakarítás csak utólag számítható, ezért addig a társaság és a pénztárak közös kockázatot vállalnak (a szolgáltatóknak nincs kockázata), az AOK a várható nyereségrészt előfinanszírozza. Amennyiben a menedzsmenttársaság a meghatározott célkitűzéseket nem képes realizálni, azaz nem tud megtakarítást elérni, a társaságnak visszafizetési kötelezettsége támad a két pénztár részére.

Megtakarítás a társaság számára elsősorban három területen érhető el:

- az egyes ellátási szektorok közötti és az egyes ellátási szektorokon belüli szolgáltatók hatékonyabb kooperációja,
- főként a krónikus betegek körében végzett célzott prevenciók szolgáltatásoknak köszönhető morbiditás csökkenése,
- kedvezőbb feltételek megteremtése a termékek beszerzése (pl. gyógyszerek) révén.

A 2007. július elsején lezárult kedvezményes finanszírozású időszakban mintegy négy millió eurót fordítottak a menedzsment, a minőségbiztosítás, a monitoring és az elvárt kiegészítő szolgáltatások bevezetésére (kiegészítő díjazás a nyújtott koordinációs, helyettesítő/prevenciók stb. szolgáltatásokért). A Gesundes Kinzigtal GmbH azóta az elért megtakarításokból és a kiegészítésként kapott projektpénzekből (például a Bundesministerium für Bildung und Forschung által kiírt Gesundheitregion der Zukunft pályázat keretében elnyert 100 000 euró), valamint az ellátáskutatással kapcsolatos tanulmányokra utalt összegekből finanszírozza magát, eredményes módon. A projekt indulásakor immateriális „befektetésnek” tekinthető az orvosok és a menedzsmenttársaság know-how-ja az ellátási és menedzsment folyamatok optimalizálása, illetve a költségcsökkentő szerződések megkötése (gyógyszerkedvezmények és/vagy eredményfüggő díjazás) révén.

A tulajdonképpen eredmény tehát a Kinzigtal projekthez tartozó betegek optimálisabb és így csökkenő ellátási költségeiből adódó megtakarításból generálódik. Ez azonban nem meglepő, hiszen általánosan igaz az, hogy a biztosítottak 20 százaléka generálja a költségek 80 százalékát. A Kinzigtal projekt esetén is így van ez, ahol modellrégióban a lakosok 22 százaléka krónikus beteg. Itt 2006-ban a biztosítottak 20 százaléka okozta a költségek 86 százalékát, azaz optimálisabb ellátással jelentős megtakarítások érhetőek el (külön szűrték a programban való részvételre alkalmas betegeket).

A régióbeli biztosítottak esetén elért megtakarítás 2006 második felében és 2007 első felében a várt költségekhez képest 2,08 százalék volt. 2007 második felében, az AOK Baden-Württemberg és a Gesundes Kinzigtal GmbH közötti megtakarítási szerződés indulásakor, a várható költségekhez képest már 3,38 százalék csökkenést sikerült realizálni. A 2010-es jelentés szerint a megtakarítás 2008-ban már 4,82 százalékra növekedett. (Gesundes Kinzigtal Jahresbericht, 2010.) A 2008-as adatok elemzése megmutatta azt is, hogy a Gesundes Kinzigtal integrált ellátási modell segítségével a pénztárak pozitív bevételi mutatói mellett lehetőség nyílik a régióban az egészségügyi ellátás további javítására. A megtakarítások a régióban élő 32 000 biztosítottra vonatkoznak, az említett időszakban (2007.12.31.)

csupán 1900 beiratkozott beteget tartottak nyilván (az összes biztosított 6 százaléka). (2011-ben már 7400 volt a beiratkozott biztosítottak száma.) A programba iratkozott krónikus betegek betegségterhei átlag felettiek voltak, kifejezetten nekik ajánlották a beiratkozást is), így a kezelés optimalizálásának valós hatékonysága még ennél is magasabb.

A projektben résztvevő betegek mortalitási mutatói szintén igen kedvezően alakultak a kontrollcsoport mutatóihoz képest. A 254 AGIL programban (aktív egészségfejlesztés időskorban program) résztvevő közül a 2006 harmadik negyedév és a 2008 második negyedév közötti időszakban csak egy biztosított szorult ápolásra, a kontrollcsoport esetén 281, mintegy 3,5 százalék. A halálozási mutatók szerint az AGIL résztvevők közül senki nem halt meg az említett időszakban, a kontrollcsoport esetében viszont 190 halálesetet regisztráltak (2 százalék). Ezek az eredmények azért is meglepőek, mivel a morbiditás az AGIL résztvevők esetében jóval magasabb volt.

A modellben a prevenció kiemelt fontossága miatt – amitől elsősorban a krónikus betegek betegségterheinek csökkenését várják – a rendszer beindítása után pénzügyi eredményeket csupán középtávon (3-4 év) vártak. Azonban két és fél évvel a rendszer elindítását követően a 2006-2008 közötti pénzügyi eredmények elemzése már a fenti pozitív eredményt mutatta.

A szolgáltatókat bizonyos szolgáltatásokért külön díjazják. A modellben résztvevők alapdíjazása azonban továbbra is az egyes szektorok szabályait követi. A modellben résztvevő biztosítottaknak nyújtott speciális szolgáltatások közé tartozik egy általános egészségügyi felülvizsgálat, ami a beiratkozást követő három hónapon belül megtörténik, és kétévente megismétlésre kerül. E vizsgálat alapján határozza meg a kezelő orvos/pszichoterapeuta és a beteg közösen a prevenciós és terápiás célkitűzéseket. Az integrált rendszerben a gazdasági érdek azt diktálja, hogy pontosan azokat és annyit szolgáltasson az egészségügyi szolgáltató, amennyi hosszú távon a hatékony ellátáshoz és az optimális egészségi állapot eléréséhez szükséges.

A betegek számára a projektben való részvétel esetén megmarad a szabad orvosválasztás. A háziorvos folyamatosan figyelemmel kíséri a beteg egészségi állapotának változását és a nyújtott szolgáltatásokat, éves taggyűléseken vehetnek részt a biztosítottak, részt vehetnek a betegtanács megválasztásában, betegombudsmanhoz fordulhatnak esetleges panaszok esetén, illetve a beiratkozás után egy teljes egészségügyi felülvizsgálaton vesznek részt, ahol megtörténik a rizikók meghatározása és lehetséges célmegállapodások születnek, valamint a beteg számára javallott programokat meghatározza az orvos. A régió lakossága részére információs rendezvényeket szerveznek (előadás, kiscsoportos foglalkozás keretében személyes tanácsadás, ajánlások történnek például mozgással vagy táplálkozással kapcsolatban). Kidolgozásra került egy öt lépcsős koncepció a lakosság egészségmagatartásának hatékonyabb megváltoztatására.

A projektben résztvevő kórházak számára biztosított az önálló praxist fenntartó háziorvosokkal és szakorvosokkal való optimálisabb együttműködés, ami lehetővé teszi a szolgáltatási spektrum optimálisabb tervezését a szükségletekhez és a beutalások rendszere hosszú távon szintén optimálisabban tervezhető. A kórházak a rendszerben a beutaláskor elektronikus úton kézhez kapják a beteg korábbi leleteit, amivel idő takarítható meg az adatok bevitele során és csökken az adminisztrációs teher.

#### Monitoring

A projekt monitorozását az EKIV (Evaluations-Koordinierungstelle Integrierte Versorgung Gesundes Knzigtal) végzi tudományos szervezetek és társaságok bevonásával, székhelye a Medizinische

Soziologie der Universität Freiburg. Az értékelésre fordított keretösszeg egymillió euró. A monitorozás során különös figyelmet fordítanak az orvosi eredmények minőségére, betegelégedettségre és a modellben résztvevő orvosok elégedettségére. Központi kérdések:

- milyen minőségjavulás érhető el,
- milyen erős lehet a betegek bevonása,
- mely eredményindikátorokkal mérhető valid módon a betegek egészségének alakulása az önálló praxisokban,
- átültethető-e a program a normál ellátásba,
- minőségcsökkenés nélkül gazdaságosabban működtethető a rendszer a normál ellátásénál,
- a szolgáltatók kommunikációja és kooperációja tovább javítható-e.

A célzott egészségmenedzsmenttől a társaság három szinten várt változást. Rövidtávú hatásként számítottak a beszerzések (gyógyszerekkel kapcsolatos kedvezmények) optimálisabbá válására, a DMP beiratkozások növekvő számára, a vényfelírások és a beutalások menedzselésének javulására. Középtávon a másodlagos prevenció hatásaival, a kórházi beutalások csökkenésével, az állapotromlások bekövetkezésének kitolódásával és az ellátás töredezettségének csökkenésével számoltak. Hosszú távon a prevenció általánossá válása, a krónikus betegek incidenciájának csökkenése a várt hatás. A menedzsment tevékenység nagy hangsúlyt fektetett bizonyos krónikus betegségek prevalenciájának és incidenciájának monitorozására.

### **„Prosper” hálózatok**

A bányászok biztosítója (ún. Knappschaft, ami később már a vasutas és tengerész szakmákat is biztosítja) 1999-ben indította útjára Bottropban az első populációs szintű és indikációkon átívelő integrált ellátási modellt Németországban, a modellt Prosper modellnek nevezte el. A „prosper” modell a világosan definiált regionális vonatkozásával tűnik ki, amelyen belül a résztvevő szolgáltatás nyújtók ellátási teamként működnek együtt. Az önálló praxist fenntartó orvosok és kórházi orvosok munkacsoportokban és hálózati konferenciákon egyeztetnek kollégáikkal, amit a hálózatmenedzsment szervez.

A bányászok biztosítójánál biztosítottak átlagon felüli életkora és az ezzel összefüggő multimorbiditás miatti költségnyomás nagyobb, az általános ellátás során fennálló koordinációs hiányosságok jelentősebbek voltak, mint a többi betegpénztár esetében. A bányászati tradíciókból eredő szolidaritás azonban megkönnyítette az integrált ellátáshoz való csatlakozást. A társaság sajátossága, hogy egyben beteg-, nyugdíj- és ápolási biztosítást is nyújt a bányászok, vasutasok és tengerészek részére. Több kórházat és rehabilitációs klinikát, valamint szociális gondozó szolgálatot is üzemeltet, illetve a társaság orvosai számára a pénztári orvosok egyesületeként is működik.

A modellhez induláskor 36 900 személy csatlakozott Bottrop régiójában, illetve 52 orvos és egy kórház végezte az ellátást a modell keretében. Az időközben kialakult ún. „prosper” hálózatok már azonban négy régióban is jelen vannak: Gelsenkirchen/Gladbach, Recklinghausen, Saarland és Lausitz. Később a régiókban a hálózatokhoz a bányászati rendszeren kívüli szerződéses orvosok és kórházak is csatlakoztak. Jelenleg 738 háziorvos, 555 szakorvos tevékenykedik a hálózatokban, a beiratkozott biztosítottak száma 170 000.

A „prosper” modellbe az ambuláns házi- és szakorvosi ellátás, fekvőbeteg ellátás és a rehabilitáció került integrálásra. A biztosítottak szabadon iratkozhatnak be a modellbe, ilyen esetben elengedik a vizitdíjat. Kötelezően választandó egy háziorvos, aki kapuőri szerepet tölt be. Egy három éves pilotaprojekt keretében került bevezetésre az elektronikus betegakta, ami már a későbbi országos szintű egészségügyi kártya követelményeinek is megfelel.

A hálózat finanszírozása a *Gesundes-Kinzig* modell finanszírozásához hasonlóan történik. A szolgáltatók finanszírozása elsősorban a szektor általános finanszírozását követi. A hálózatban a morbiditással kiigazított összehasonlítási alapul szolgáló populációval szembeni megtakarítások egy része a szolgáltatók között kerül szétosztásra, a többit a biztosító kapja. A biztosító saját közlése szerint a szektorokon belüli és szektorok közötti szervezettebb kooperációnak köszönhetően a költségeket átlagosan tíz százalékkal sikerült leszorítani a normál ellátáshoz viszonyítva.

### **A szektorokon átívelő jellegű kórházi ápolási tevékenységgel kapcsolatos modellprojektek**

Az integrált ellátáson belül az ápolási tevékenység jelentősége a demográfiai mutatók romlásával egyre növekszik. Az itt bemutatásra kerülő két modell példája annak, hogyan törekednek a német kórházak az ápolói tevékenység fejlesztésével a szektorok integritásának növelésére, illetve a kórházi ellátás hatékonyságának, minőségének, gazdaságosságának javítására a kórházi ápolói tevékenység vonzóbbá tételére a fiatal munkatársak és a meglévő személyzet számára.

*Klinikum Lüdenscheid* (1726 foglalkoztatott, 904 ágy, 34742 fekvőbeteg és 97436 ambuláns eset jellemezte az intézményt 2009-es adatok szerint)

2005-ben vette kezdetét az ápolásvezetés irányításával a „költségcsökkentés és bevételnövelés” nevű projekt. Az esetmenedzsment fokozatos bevezetésére két szinten került sor: beteg- és rendszerszinten. A projekt fontos célkitűzése volt a lehető legjobb betegirányítás megvalósítása ellenőrzött forrásfelhasználás mellett. Az esetmenedzsment bevezetése betegszinten a kooperációra kész osztályokon valósult meg. Az ápolási szükséglet, tervezés, végrehajtás és értékelés az esetmenedzsmentre vonatkozó szakértői standard alapján történt, valamint megtörtént az utókezelésre szoruló betegek részére készülő jelentések rendszerének bevezetése is. A rögzített felelősségi körök és kapcsolattartók a szolgáltatási folyamat során erősebb átláthatóságot eredményeztek, a módszertani útmutatások gyorsították a feladatok elvégzését.

Az osztályokon az esetmenedzserek tehermentesítették az orvosokat és az ápolókat. Az esetmenedzserek feladatai közé tartozott többek között a vizíteken való részvétel, a kórházban töltött idő monitorozása, a megnövekedett ellátási hiányosságokat felmutató betegekkel kapcsolatos adminisztrációs feladatok elvégzése, az ápoláshoz szükséges gyógyászati segédeszközök beszerzése, az idősek otthonában vagy ápolási otthonokban történő helyfoglalás és nem utolsósorban a betegekkel történő beszélgetések lefolytatása. Az esetmenedzser munkája révén az orvos-beteg (és a hozzátartozók) közötti információcsere hatékonyabbá vált.

Kidolgozásra kerültek standardizált szervezeti folyamatok rögzített felelősségi körökkel és kapcsolattartókkal. Nem az esetmenedzser döntési hatáskörébe tartozott a kórházi elbocsátás lehetséges dátumának meghatározása, viszont a lehetséges további ellátással kapcsolatban konzultációt folytatott az orvossal, illetve a beteg és a hozzátartozók bevonásával született döntés a kívánt további kórházon kívüli ellátással kapcsolatban.

Rendszerszinten sor került az önálló praxissal rendelkező orvosokkal (alapellátást és szakellátást nyújtó orvosi praxisok), ambuláns és fekvőbeteg utókezelést végzőkkel történő együttműködés intézményesítésére a szektorokon átívelő ellátás érdekében. Ennek megfelelően az önálló praxissal rendelkező orvosok a fekvőbeteg kezelés előtt tájékoztatják a fokozott kezelést vagy utógondozást igénylő betegekről a többi szolgáltatót. Az esetmenedzserek egy-két nappal a kórházból történő elbocsátást megelőzően már értesítik a további kezelést végzőket a beteg státuszáról (szükséges ápolási eszközök, rehabilitációs intézkedések), az értesítés tartalmazza a beteg kezelőorvosának elérhetőségeit is a hatékonyabb kooperáció megvalósulása érdekében. Az idősek otthonai a megállapodás szerint előzetesen jelzik a kórház részére a megüresedéseket.

*Kliniken Maria Hilf Mönchengladbach* (761 foglalkoztatott, 766 ágy, 30 740 fekvőbeteg és 152 000 ambuláns eset évente 2008-as adatok szerint)

A projekt 2007-ben indult. A kórházban öt új munkacsoportot alakítottak ki, illetve újjászervezték a feladatokat. A projekt beindulása óta a szolgáltatási területen 77 (heti hét nap munkavégzéssel), adminisztratív területen 66 (heti 5-6 nap munkavégzéssel) új állás jött létre.

A létrejött új munkacsoportok főbb jellemzői:

- osztályos koordinátorok: az osztályos koordinátorok irányítják a különböző munkacsoportokat, akik az ápolás, a szolgáltatás és a titkársági feladatkörök esetében vezetői szerepet látnak el. Főbb feladatok: a munkacsoportok szolgálati beosztásának elkészítése és a személyi szükségletek biztosítása, a helyettesítések szervezése, az ágybeosztás elkészítése, az esetmenedzsment bevezetése az osztályon, valamint az osztályos folyamatok zökkenőmentes biztosítása, továbbá a viziteken és átadásokon való részvétel.

- adminisztráció/titkárság: egészségügyi szakdolgozók által betölthető állás. Adminisztratív feladatokat lát el (betegek/hozzátartozók fogadása, informálása), telefon, fax, elektronikus levelek és az időpont egyeztetés koordinációja, továbbá a vizsgálatok elvégzésére szóló megbízások elkészítése, az előkészített ápolással összefüggő mellékdinózisok kódolása. A továbbképzés folyamatos és kötelező jellegű, például a kórházi információs rendszer, telefonkezelés, iratkezelés terén.

- szolgáltatói munkacsoport: a hotelszolgáltatásokkal kapcsolatos összes tevékenység ellátása. Ide tartozik például a mobil betegek esetén az ágyak áthúzása, a betegek környezetének tisztán tartása, a szolgáltatói munkacsoport felelős továbbá az osztályon a rend és tisztaság biztosításáért. A központi feladatok közé tartozik az étkeztetés koordinálása (napi vagy egyéni étrend összeállítása, kávéfőzés, szendvicsek készítése és az ételek felszolgálása), illetve esetenként az ápolói kompetenciát nem igénylő betegek számára az ételek elfogyasztásának elősegítése is. Itt is jellemző a folyamatos és kötelező továbbképzés a higiénia, kórházi konyha és a viselkedési formák terén.

- ápolói munkacsoport: a klasszikus ápolói tevékenységek mellett delegálható orvosi feladatokat is ellátnak. Ilyen például a vérvétel, vénás kanul behelyezése, gyomorszondázás, súlyos sérült esetén a kötözés cseréje, gyógyszerek beadása (injekciók is), amelyek képzéseken elsajátíthatóak (az osztály orvosai vagy a képzést már elvégzett ápolók évente ismétlőkurszusokat tartanak). A tevékenységre való alkalmasságot igazolni kell a csoportba való átvételkor, amit a személyi aktához csatolnak.

- orvosok: feladataik közé tartozik a szervezeti egységhez tartozó betegek diagnózisának felállítása és a szükséges terápia meghatározása. A nem delegálható feladatok (például felvételtörli vizsgálat, anamnézis, diagnosztikai vizsgálatok elrendelése és a terápia meghatározása) elvégzése, a

betegdokumentáció vezetése, továbbá az orvosok felelnek még a betegút betartásáért, az áthelyezésekért és a kórházból történő elbocsátásokért, a diagnózisok és a DRG-k kódolásáért.

**Felhasznált források:**

- AOK: Leuchtturmprojekt Gesundes Kinzigtal zeigt erste Erfolge, <http://www.aok.de/baden-wuerttemberg/presse/leuchtturmprojekt-gesundes-kinzigtal-72462.php>
- Bundesgeschäftstelle Qualitätssicherung gGmbH: Entwicklung der integrierten Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 2004 – 2008, Bericht gemäß §140d SGB V auf der Grundlage der Meldungen von Verträgen zur integrierten Versorgung, 2009
- ELSID-Studie (Evaluation of a Large Scale Implementation of Disease Management Programmes) 2005. <http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/dmp/evaluation/elsid/index.html>
- Evert Jan van Lente: Erfahrungen mit strukturierten Behandlungsprogrammen (DMPs) in Deutschland (55-83) In: Günster/Klose/Schmacke (Hrsg.): Versorgungs-Report 2011, Schwerpunkt: Chronische Erkrankungen, Schattauer
- Gesundes Kinzigtal: <http://www.gesundes-kinzigtal.de/>
- Gersch, M. : Quo Vadis IV? - Monitoring Integrierte Versorgung Ergebnisse einer Vollerhebung zu den besonderen Versorgungsformen bei Gesetzlichen Krankenversicherungen, DGIV Hauptstadtkongress-Gespräch, 12. Mai 2011
- Hübbernet et al, 2010: Diabetes Stoffw Herz; 19:2S5-2S9 Wissenschaftliches Institut der Niedergelassenen Diabetologen: [http://www.windiab.com/files/sd\\_originalie\\_huebbernet.pdf](http://www.windiab.com/files/sd_originalie_huebbernet.pdf)
- Prosper Netz der Knappschaft: <http://www.prosper-netz.de/prosper-Saar.35.0.html>
- Pflege-krankenhaus.de: Wegweisende Modelle zur Weiterentwicklung der Pflege im Krankenhaus: <http://www.pflege-krankenhaus.de/>
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, [www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Uebersicht/GA2009-LF.pdf](http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Uebersicht/GA2009-LF.pdf)
- Straub, Klemm: Besondere Versorgungsformen, Universität Bayreuth, Lehrstuhl Volkswirtschaftslehre III, Wintersemester 2010 – 2011

## Az egészségügyi ellátás regionális szervezése Franciaországban

### Regionális Egészségügyi Hatóságok

A 2009. július 21-én hozott francia kórháztörvény 118. cikkelye rendelkezett az egészségügyi reform alapját képező Regionális Egészségügyi Hatóságok (Agences Régionales de Santé – ARS) felállításáról. 2010. április 1-jén 26 regionális egészségügyi hatóságot állítottak fel Franciaországban azzal a céllal, hogy új területi struktúra kialakításával, egyenlő hozzáférést biztosítsanak az egészségügyi szolgáltatásokhoz az egész lakosság számára.

Az ARS-ek regionális szinten egyesítik az állam és az egészségbiztosítás erőforrásait. Egyetlen szervezetben összpontosítanak több, az egészségpolitikai irányításban részt vevő térségi és megyei szervezetet: az egészségügy és a szociális ügyek regionális és megyei irányítását, a regionális kórházi hatóságokat, a regionális népegészségügyi csoportosulásokat, az egészségpénztárak regionális egyesületeit, a kórházi hatóságok és az egészségbiztosítás tevékenységét összekötő, regionális feladatokat teljesítő szervezeteket (MRS) és az egészségbiztosítás kórházfinanszírozásban is részt vevő regionális szervezeteit. Az ARS-ek megalakulása előtt az MRS-ek feladata volt a preventív, diagnosztikai és gyógyító tevékenységek regionális szintű összehangolása, valamint a fekvő- és a járóbeteg-ellátást nyújtó hálózatok fejlesztése (pl. telemedicina révén) az egészségbiztosítás által teljesített finanszírozás mellett.

Az ARS-ek igazgatását főigazgató látja el, az irányításban az ARS felügyeleti tanácsa is részt vesz. Az ARS főigazgatója dönt az egészségügyi és az egészségügyi-szociális intézmények akkreditációjáról és tevékenység szerinti finanszírozásukról a felügyeleti tanács jóváhagyása mellett. A felügyeleti tanács elnöki tisztét a térség prefektusa látja el.

A tanács 24 tagból áll az alábbiak szerint:

- az állam képviselőjében 3 fő
- egészségbiztosítás szakszervezeti képviselője 10 fő
- a térségi közösségekből 4 fő
- az egészségügyi, a szociális és az egészségügyi-szociális ellátásban részesülők képviselőjében 3 fő
- kvalifikált személyek 4 fő
- a személyzet képviselői konzultatív szerepkörben.

Minden ARS mellett áll:

- egy, az egészségügyet és az autonómiát felügyelő regionális tanácstestület, amely részt vesz a térség egészségpolitikájának kidolgozásában,
- két egészségpolitikai koordinációs bizottság a prevenció, iskola- és munkaegészségügy, anya- és csecsemővédelem, valamint az egészségügyi-szociális tevékenység képviselőjében.

Az ARS célja, hogy egyedüli regionális összekötőként egyszerűsített eljárásokat tegyen lehetővé az egészségügyi szakemberek számára (pl. pénztártartást fenn az orvosok letelepedésének

---

## Rendszerelemzési Főosztály

---

támogatására), egyenlő hozzáférést biztosítson az ellátáshoz, és jobb együttműködést alakítson ki a szakemberek, az egészségügyi intézmények és az egészségügyi-szociális intézmények között. Az ARS hatáskörébe tartozik a népegészségügyi tevékenység irányítása mellett az ellátás-szervezés. A népegészségügy feladata a betegségmegelőzés, a népegészségügyi problémákkal (pl. obesitas) szembeni kampányok, az egészségmegőrzés, az epidemiológiai felügyelet, stb. Az ellátás-szervezés az egészségügyi szakemberek és az egészségügyi és az egészségügyi-szociális intézmények tevékenységét határozza meg.

Az ARS stratégiáját a regionális egészségügyi projekt tartalmazza. A regionális hatóságok már felállításukkor elkezdték projektjeik kidolgozását, és ennek végső határideje 2011 vége. A regionális projekt a következőkből áll:

- Regionális Egészségügyi Stratégiai Terv, mely meghatározza a régió egészségügyi prioritásait és a következő időszakra vonatkozó célkitűzéseket, kijelöli az egészségügyi térségeket,
- regionális rendezési tervek (a prevenció, az ellátásszervezés és az egészségügyi-szociális területen),
- különböző rendszerszintű akciótervek és programok (a kockázatkezelés regionális programja, a Preventív és a Gyógyító Ellátáshoz való Hozzáférés Regionális Programja, telemedicina program, térségi egészségügyi programok).

A kórháztörvény értelmében, az ARS-ek jelölik ki az ellátási területeket a népegészségügy, a gyógyító tevékenység, az egészségügyi intézmények és az egészségügyi-szociális gondozás számára. Az ARS-ek 108 területet jelöltek ki, ami jelentős csökkenést jelentett a 159 területi egységet tartalmazó előző felosztáshoz képest. Egy területhez 374 ezertől 605 ezerig terjedő lakosságszám jut. A területek lakosságszámot figyelembe vevő újrafelosztása az ellátás homogénebbé tételét szolgálta. A területek kijelölésénél fontos szempont volt a lakosság területi megoszlása, a szolgáltatások elérhetősége és az ellátás integrációja. A Hospitalizáció Információs Szolgáltató Hivatala interaktív térképeket készített az ARS-ek számára a belgyógyászat, sebészet és szülészeti, follow-up és rehabilitáció, valamint a lakóhely szerinti hospitalizáció területeiről.

Az ARS-ek az államtól és az egészségbiztosítástól kapják anyagi támogatásukat a Társadalombiztosítás Finanszírozására vonatkozó Törvény alapján, de e mellett önkéntes támogatást is kaphatnak a helyi közösségektől. Költségvetésük négy részre oszlik: a személyzeti, a működési, a beruházási és az ügyviteli kiadásokra. A költségvetést a felügyeleti tanács tagjainak két-harmados többséggel kell elfogadniuk, ennek hiányában a költségvetés jóváhagyása miniszteri hatáskörbe tartozik. Felállításuk költségeit 67 millió euró összegben három évre tervezték, ehhez a kötelező biztosításban részt vevő egészségbiztosítóknak 28 millió euróval kellett hozzájárulniuk. A társadalombiztosítás 2011-es finanszírozására vonatkozó törvénytervezete az ARS dotációját az irányítási feladatok ellátására 151 millió euróban, a betegségmegelőzésre pedig 40 millió euróban állapította meg. Az ARS-ek szabadon dönthetnek a számukra nyújtott erőforrások odaítéléséről. Az ARS-ek 1693 munkatárssal rendelkeznek.

Az egészségügy ellátás szervezésében regionális és interregionális együttműködésekre törekednek a következő célokkal:

- az ellátás hozzáférhetőségének biztosítása a fokozatosság fenntartásával, (pl. a lakosságszám közeli szolgáltatások általános orvosok, ápolónők révén való biztosítása),

## Rendszerelemzési Főosztály

---

- a legkomplexebb ellátást nyújtó intézmények korlátozott számban való kijelölése a térségben,
- a kórházi ellátás alternatív formáinak kialakítása (lakóhelyen történő hospitalizáció, járóbeteg-ellátás keretében történő sebészeti ellátás),
- a magas színvonalú műszerezettség meghatározott helyekre való összpontosítása.

A tervek szerint a nagyobb intézményeknek folyamatosan kell biztosítaniuk a telekonzultációk lehetőségét a kisebb intézmények orvosai számára, és ily módon elkerülhetővé válik a betegek intézmények közötti – sok esetben indokolatlan – utalása.

Az intézmények közötti együttműködést térségi kórházközösségek segítik. A térségi kórházközösségek az állami kórházak közötti együttműködés jogi formái, a bennük való részvétel önkéntes. Az állami és a magán intézmények közötti együttműködés is önkéntesen történik. Közöttük együttműködési csoportosulás jöhet létre.

Az Egészségügyi és az Egészségügyi-Szociális Intézmények Tevékenységét támogató Országos Hivatal (Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) az ARS-ek segítségével nyújt útmutatást az intézmények számára a jó gyakorlat követéséhez szervezési, szervezeti, informatikai, beszerzési kérdésekben. Az egészségügyi intézmények teljesítményének alakulását az ARS-ek kísérik figyelemmel.

Az ANAP 2011-es munkatervében többek között az alábbiak szerepelnek:

- az ARS-ek támogatása a térségi egészségügyi és egészségügyi-szociális ellátás átszervezésére irányuló törekvésekben,
- az egészségügyi-szociális szektoron belüli, illetve az egészségügyi és az egészségügyi-szociális szektor közötti innovációt segítő tapasztalatok meghatározása és értékelése,
- az egészségügyi hálózat különböző elemeinek területi szervezése,
- a kísérleti projektek operatív támogatása,
- a teljesítménymutatók képzése az egészségügyi-szociális szektorban,
- a munkahelyteremtés területi tervezése szakágak szerint
- a teljesítmény új tematikáinak feltárása: az orvosok és az egészségügyi szakdolgozók munkaidejének szervezése az egészségügyi intézményekben,
- a betegszállítás területi szervezése.

### Teljesítményértékelés

Az ARS és az ANAP az egészségügyi intézményekkel együttesen alakítják ki az intézmények teljesítményértékelésre vonatkozó projektjeit. A projektek célja az intézmények szervezetének áttekintése a teljesítmény javítása érdekében. Ehhez figyelembe veszik: a betegek ellátásának minőségét, a munkakörülmények szakembereket vonzó és megtartó jellegét, valamint az operatív és pénzügyi teljesítményt. A projektek három évig tartanak, és ez alatt szoros együttműködés áll fenn az ANAP, az ARS és az egészségügyi intézmény között, melyek közös tevékenységük során először elemzik az intézmény működését és teljesítményét, majd írásba foglalják a teendőket, és végül

## Rendszerelemzési Főosztály

---

háromoldalú szerződést kötnek a teljesítmény javítására irányuló és az ANAP, az ARS és az intézmény által előkészített akcióterv elindítására.

2010-ben 30 intézmény vett részt ebben a folyamatban. Célkitűzéseik között szerepelt:

- a legjellemzőbb beavatkozások (pl. térd-arthroscopia, foghúzás, szürkehályog-eltávolítás stb.) 85 százalékának az ambuláns sebészeti ellátás keretében való ellátása,
- a műtők 75 százalékos kihasználtságának elérése,
- maximum egyhónapos határidő a konzultációs időpontokra,
- a sürgősségi ellátást igénylő betegek 80 százalékának négy órán belüli ellátása a sürgősségi osztályon,
- az MRI 80 százalékos kihasználtságának biztosítása,
- minimum 80 százalékos elégedettségi arány elérése a betegek körében,
- az önfinanszírozás arányának fokozása.

2010-ben, az ANAP 14 francia régióban folytatott benchmarking kampányt az MRI scannerrel rendelkező képalkotó részlegek tevékenységével kapcsolatban. A kampány egy 28 napos időszakon át 326 scanner-rel és 191 MRI-vel végzett összes (250 ezer) vizsgálatra vonatkozott. A benchmarking-ot a képalkotó eljárások munkacsoportjai, az ARS-ek és a radiológusok képviselői együttműködésben végezték. A benchmarking céljai a következők voltak:

- országos szinten: felmérni az MRI és scanner alkalmazások főbb tendenciáit,
- regionális szinten: objektív adatokra alapozva segíteni az ARS-ek képalkotási eljárásokkal kapcsolatos regionális intézkedéseit,
- intézményi szinten: értékeléseket végezni a különböző szervezetek tevékenységéről, illetve erőfeszítéseket tenni színvonaluk emelésére.

A vizsgált indikátorok a teljesítmény különböző dimenzióit jellemzik: a szolgáltatás színvonalát (az időpontok betartását) és a képalkotó részleg tevékenységének hatékonyságát (a berendezések kihasználtságát).

A teljesítményértékelést szolgálja az ANAP koordinációjával kidolgozott HospiDiag módszer is, mely lehetővé teszi a kórházak teljesítményének összehasonlítását. A HospiDiag az intézmények azonosító kártyáján szereplő 75 információnak és 67 teljesítménymutatónak az együtteséből áll.

A módszer technikai eleme az intézményekkel kapcsolatos azonosító kártya, mely az intézményekre vonatkozóan 75 adatot tartalmaz, jellemzi az intézmény tevékenységét (betegfelvételek száma az alapvető osztályokon, szülések száma, sürgősségi ellátás felvételi száma, jellemző beavatkozások száma), orvosi műszerekkel való felszereltség (scannerek, MRI stb.), ágykapacitás, humán erőforrás (orvosok, sebészek, teljes személyi állomány) pénzügyek (bevételek, kiadások, adósságállomány). Az azonosító kártya adatai segítségével az intézmények tevékenységük, méretük stb. alapján kategóriákba, viszonylag homogén csoportokba sorolhatók.

A 67 teljesítménymutató az elemzés tengelyét képező öt összetevőn alapul. A mutatók területeire néhány példa:

- tevékenység – daganatok ellátása, ambuláns sebészet, agykihasználtság stb.
-

## Rendszerelemzési Főosztály

---

- minőség – nozokomiális fertőzésekkel szembeni tevékenység, műtőbeli tevékenység szervezése, sürgősségi betegellátás stb.
- szervezet (folyamat) – orvostechikai eszközök alkalmazása, ambuláns ellátás szervezése stb.
- humán erőforrás – hiányzások, munkaidő, munkaerő stabilitás stb....
- pénzügyek – eladósodottság szintje, állóeszköz gazdálkodás stb.

Minden terület konkrét indikátorokat tartalmaz.

A teljesítménymutatók segítségével lehetővé válik az intézmények régió és kategórián belüli, illetve tevékenység szerinti összehasonlítása. Az egészségügy minden szolgáltatójának – a tevékenység szerinti finanszírozást alkalmazó, több mint ezer állami és magán intézménynek - országos, regionális és helyi szinten egyaránt – rendelkezésére álló HospiDiag lehetőséget teremt a kórházak irányításával kapcsolatos tapasztalatcserére. A szolgáltatók közötti szerződéskötéseket előzetes elemzésekkel segíti elő. A HospiDiag gyakorlati alkalmazására – az ARS-ek véleményezését követően – 2011-ben kerülhet sor.

### Betegutak szervezése

A betegutak szervezésének problémáját az idősök ellátása jelzi leginkább, mivel ez a terület az egészségügyi és egészségügyi-szociális szektor számos résztvevőjének közreműködését igényli. A betegellátásban fontos szerepet szánunk az egészségháznak. A több szakterületet átfogó egészségházakat fel fogják szerezni a telemedicina alkalmazását lehetővé tevő eszközökkel, melyek - a tervek szerint - segítséget nyújtanak a betegek follow-up-jához. A betegek egészségi állapotának az elsődleges ellátást nyújtó egészségházból való nyomon követéséhez alapvetően szükséges, hogy a beteg kezelőorvosa könnyen és rendszeresen kapcsolatba tudjon lépni a magánpraxisban szakellátást folytató vagy a kórházakban dolgozó kollégáival. Ezt teszik lehetővé a telekonzultációk a kezelőorvos és a szakorvosok között.

Minden krónikus betegség esetén van olyan állandó indikátor (pl. asztma esetén spirometriai mutató) melynek figyelemmel kísérése segíti a már hospitalizációt is igénylő komplikációk elkerülését. Ezeknek az indikátoroknak a nyomon követése az orvosok és egészségügyi dolgozók közös tevékenységére alapuló ellátást nyújtó egészségügyi központokból – a telemedicina révén válik lehetővé.

2010-ben, az ANAP három ARS-t választott ki az idős emberek betegútjainak követésére és az idősök ellátásának értékelésére. Ez a helyzetértékelés a kiindulópontja a kiválasztott ARS-ek 2011-ben készített akciótervének. A tervek szerint új, több szolgáltatót nyújtó szervezeti keretek kiépítésére és többféle szolgáltató együttműködésére kerül sor. Mindehhez az ANAP egyelőre útmutató kézikönyvvel, a továbbiakban pedig online tájékoztatással kíván segítséget nyújtani.

### Felhasznált források:

- ANAP <http://www.unassi.fr/telecharger/evenements/01022010161240822plaquette-de-l-anap-prefiguration1.pdf>
- ANAP: Présentation de l'outil HospiDiag [http://www.anap.fr/fileadmin/user\\_upload/06-presse/Dossiers\\_de\\_presse/Presentation\\_Hospi\\_Diag.pdf](http://www.anap.fr/fileadmin/user_upload/06-presse/Dossiers_de_presse/Presentation_Hospi_Diag.pdf)

## Rendszerelemzési Főosztály

---

- ARS: <http://www.ars.sante.fr>
- CAILLAVET-BACHELLEZ, Viviane: Le parcours de soins du patient: un dispositif fédérateur pour les Communautés Hospitalières de Territoire  
<http://ressources.ensp.fr/memoires/2010/ds/bachellez.pdf>
- CARREZ, Gilles: Rapport fait au nom de la Commission des Finances, de l'Économie Générale et du Contrôle Budgétaire sur le Projet de loi de finances pour (n° 2824)  
<http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/budget/plf2011/b2857-tiii-a39.pdf>
- Hospi Diag : outil de suivi de la performance des hôpitaux. France Qualité Publique  
[http://www.qualite-publique.org/Hospi-Diag-outil-de-suivi-de-la.html?id\\_rubrique=60](http://www.qualite-publique.org/Hospi-Diag-outil-de-suivi-de-la.html?id_rubrique=60)
- HospiDiag, Agence Régionale de Santé de Picardie <http://www.ars.picardie.sante.fr/Hospi-Diag.100715.0.html>
- La performance pour répondre aux besoins de santé. Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux, 2011.  
[http://www.anap.fr/fileadmin/user\\_upload/01-ANAP/programme\\_travail/Plaquette\\_ANAP\\_2011.pdf](http://www.anap.fr/fileadmin/user_upload/01-ANAP/programme_travail/Plaquette_ANAP_2011.pdf)
- Le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS)  
[http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/Home\\_Page/PSRS\\_290311.pdf](http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/Home_Page/PSRS_290311.pdf)
- Le réseau des 26 agences régionales de santé voit le jour. Portail du Gouvernement. 2010. 04.06. <http://www.gouvernement.fr/gouvernement/le-reseau-des-26-agences-regionales-de-sante-voit-le-jour>
- Les ARS un an après. Agence régionale de santé, 2011.03.  
[http://cediasbibli.org/opac/doc\\_num.php?explnum\\_id=1019](http://cediasbibli.org/opac/doc_num.php?explnum_id=1019)
- Les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens, Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité, Ministère du logement et de la ville, Direction Générale de l'Action Sociale  
[http://www.solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/Presentation\\_CPOM.pdf](http://www.solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/Presentation_CPOM.pdf)
- Les schémas régionaux d'organisation des soins (SROS). Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, 2011.03.18. <http://www.sante.gouv.fr/les-schemas-regionaux-d-organisation-des-soins-sros.html>
- PIERRE SIMON : "COMMENT DEVELOPPER LA TELEMEDECINE ? OU?" Agence des Systemes d'Information Partagés de Santé, 2010.09.17. <http://esante.gouv.fr/dossiers/pierre-simon-comment-developper-la-telemedecine-ou>
- Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 <http://www.senat.fr/rap/a10-090/a10-09063.html>

Összeállította : GYEMSZI Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság  
Rendszerelemzési Főosztály

---