
A betegút-szervezés nemzetközi tapasztalatai

Készítette:



Budapest, 2011. április - július

Tartalom

Vezetői összefoglaló.....	3
Fogalmi elhatárolások	4
Példák	5
Az integrációs modellek értékelése, tanulságok.....	9
A betegút szervezés nemzetközi példái	11
USA.....	11
Egyesült Királyság.....	16
Írország	22
Németország.....	26
Franciaország	39
Források.....	44
Melléklet.....	48

Vezetői összefoglaló

Az egészségügyi ellátás szervezésének és finanszírozásának optimális módszereire irányuló kutatások, a jó példák gyakorlatba történő átültetése évtizedek óta központi témája a fejlett országok egészségpolitikájának. Az egészségügyi kiadások gyors növekedése különleges hangsúlyt ad az ellátórendszer hatékony működtetésének. A minőség dimenziói között előtérbe kerül az ellátás koordinációja, folyamatossága, ezekkel összefüggésben az egyes ellátási szintek integrációja. Az egészségügyi rendszerek integrált jellegének fontossága a WHO számos dokumentumában is megjelenik. Az 1998-ban elfogadott Health 21 dokumentum (Health 21, 1999) az egészségfejlesztés, a betegségmegelőzés, diagnosztizálás, gyógyítás, a rehabilitáció és az ápolás integrált megközelítése mellett foglal állást, az egészségnyereség javítása, a méltányosság és a költséghatékonyság érdekében az egészségügyi szektor nagyobb fokú integráltságát jelöli meg elérendő célként. A fragmentált egészségügyi szolgáltatások és ellátó rendszerek strukturális és funkcionális integrációja a lakosság epidemiológiai szükségleteire kell, hogy épüljön. Ezek a szükségletek képezik az alapját a prioritások meghatározásának, a tervezésnek és a szolgáltatások nyújtásának.

A lakossági egészségügyi szükségletek között a krónikus betegek ellátása foglalja el a vezető helyet. A krónikus betegségek Európában a megbetegedések és halálozások vezető okai közé tartoznak. A WHO statisztikái szerint 2002-ben a fejlett országokban a halálozások 87 százalékát a krónikus betegségek okozták. A WHO krónikus betegségeknek nevezi a hosszan tartó, lassú javulást mutató betegségeket. Hagyományosan a szív-és érrendszeri betegségeket, a cukorbetegséget, az asztmát, a krónikus obstruktív légzőszervi betegséget (COPD) sorolták a krónikus betegségek kategóriájába. A túlélési esélyek javulásával, és a tartósan fennálló jellegük miatt ma már a krónikus betegségek között tartják számon a daganatos betegséget, az AIDS-t, a mentális betegségeket (pl. depresszió, skizofrénia, demencia), valamint több rokkantsághoz vezető okot, mint a látáskárosodás, izületi kopás stb. A krónikus betegségek gazdaságra gyakorolt hatása közül egyértelmű bizonyítékok tanúsítják pl. a munkaerőpiacra ható negatív következményeket. Makrogazdasági szempontból a krónikus betegségek gazdasági növekedést csökkentő hatása emelhető ki. Suhrcke et al., 2008 betegség költségekre irányuló kutatásai szerint a krónikus betegségek és azok kockázati tényezőinek költségei az országok GDP-jére 0,02 százaléktól 6,77 százalékig terjedő hatást gyakorolhatnak. A fejlett országokban a kardiovaszkuláris betegségek mortalitásában bekövetkező 1 százalékos növekedés az 1 főre jutó jövedelmet a növekedést követő 5 évben 0,1 százalékkal csökkenti.

A WHO European Observatory on Health Systems and Policies 2010-ben publikált tanulmánya (Busse et al., 2010) a krónikus betegek (egészségügyi) ellátásában megfigyelhető új stratégiákkal és az ellátás előtt álló kihívásokkal foglalkozik. A krónikus betegségek közös jellemzője a tartós, komplex, különböző szakemberek között koordinált egészségügyi ellátásra, szociális ellátásra való igény. Ezzel szemben az egészségügyi ellátás inkább az akut esetek ellátására strukturált.

Fogalmi elhatárolások

A betegutak koordinációjára, az integrált ellátásra, a menedzselt ellátás körülírására számos definíció született (Gleave, 2009, pp. 10-11; Suter, 2007. pp. 108-123), amely mind különböző aspektusát emeli ki az együttműködésnek. Az alapvető formák egy többdimenziós skála segítségével is leírhatóak. Az egyik skála az együttműködés fokát jelzi (lásd még Ramsay és Fulop, 2008 p. 11), míg a másik az együttműködő szervezeteket, ellátási területeket, szinteket mutatja. A harmadik skála a bevont célcsoportot tartalmazza. Egyik skála sem kizárólagos, a működés során több elem is megjelenhet egyszerre.

Az együttműködés fokozatai:

1. Input szintű integráció (pl. közös beszerzés)
2. Kiegészítő funkciók integrációja (pl. gazdálkodás, tervezés, HR)
3. Betegút-koordináció
4. Integrált finanszírozás
5. Együttműködő ellátók
6. Klinikai integráció
7. Szervezeti integráció
 - Közös tulajdonos
 - Szerződéses kapcsolatok

Együttműködő szervezetek, ellátási szintek (zárójelben: **Megeőzés, Gyógyítás, Rehabilitáció**):

1. Egészségfejlesztés (M)
2. Szűrések (M)
3. Diagnosztika (M)
4. Alapellátás (GY, M, R)
5. Járóbeteg szakellátás (GY)
6. Aktív fekvőbeteg ellátás (GY)
7. Krónikus fekvőbeteg ellátás (GY, R)
8. Ápolás (R)
9. Szociális jellegű tevékenységek (R, M)

Bevont célcsoport kiterjedtsége:

1. Teljes populáció
2. Életkori elhatárolás

3. Betegség-alapú elhatárolás

4. Földrajzi alapú elhatárolás

Más megközelítésben is ugyanezeket a dimenziókat érintjük. Az ellátás koordinációja értelmezhető a koordinált ellátásra irányuló programok, technikák mentén, ezek közül a betegség menedzsment programokat (disease management program, DMP) és a többféle betegséggel, problémával terhelt, többnyire magas költségű ellátást igénylő betegekre koncentráló eset menedzsmentet (case management) emeljük ki. A koordinációt támogatják az ellátási szinteket összekötő vertikális együttműködések, funkcionális és szervezeti integrációk (szakellátásból, szociális ellátásból átemelt feladatkörököt is tartalmazó alapellátási csoportpraxisok, poliklinikák, egészségügyi központok). A koordinált ellátás szervezésére több ország szakosodott intézményeket alkalmaz, ezek eredete az amerikai egészségfenntartó szervezetekre (Health Maintenance Organization, HMO) vezethető vissza. Az együttműködés fenti fokozatain a különböző ellátási szintek különböző célcsoportokra irányult koordinációja valósul meg.

Boon et al., 2004 az egészségügyi ellátásban a koordináció szintjét illetően 7 típust azonosított. A koordinációt nélkülözi a szigorúan egyszemélyes praxis. A skála másik végén a különböző szakmák (gyógyítás, rehabilitáció, prevenció) teljes integrációja található. Köztük helyezkedik el a paralell praxis, ahol az orvosok egymástól függetlenül dolgoznak, a konzultatív praxis, ahol esetenként informálisan megosztják egymással a betegekkel kapcsolatos információkat, a koordinált praxis, ahol betegségekhez kötődik a betegadatok cseréje és formális rendszerben zajlik a terápia. Következő szint a multidiszciplináris team, ami formalizáltabb, több taggal bír, gyakran vezetővel, világos struktúrával. Az utolsó kettő az interdiszciplináris team, ahol csoportdöntés születik, rendszeres személyes megbeszéléseken és az integratív praxis, a döntéshozás, a betegcentrikus ellátás tökéletesen összekapcsolt folyamatban zajlik.

Példák

A krónikus betegek ellátásának koordinált formái a **betegség menedzsment programok**. A betegség menedzsment a betegség teljes klinikai időszakára alatt koordinálja az ellátást. Az ellátás tudományos bizonyítékokon alapul, és a beteget aktívan bevonja a folyamatba. A betegség menedzsment az egészségügyi beavatkozások és a kommunikáció koordinációjának szisztematikus megközelítése.

A betegség menedzsment programok legfontosabb elemei:

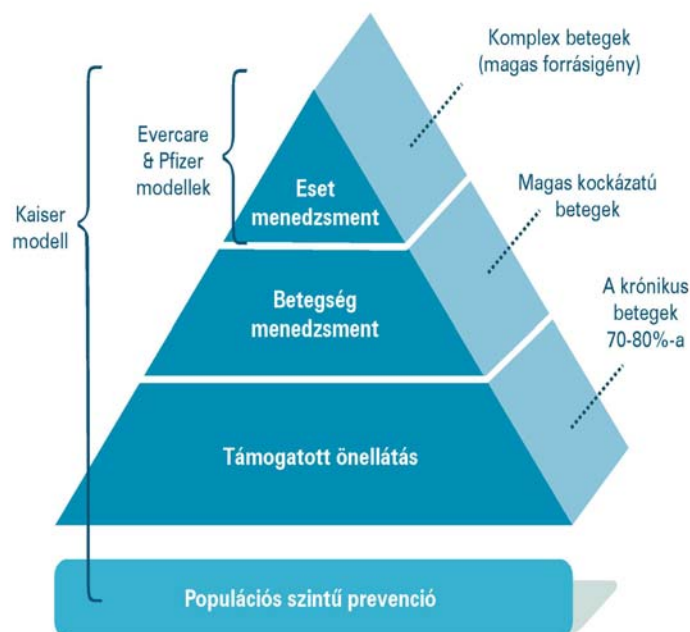
- Átfogó, a betegség teljes időszakára kiterjedő multidiszciplináris ellátás,
- Integrált, folyamatos ellátás, az egyes elemek koordinációja révén,
- Lakossági orientáció (betegorientáció),
- Aktív beteg-menedzsment eszközök (egészségügyi oktatás, megerősítés, öngondoskodás).
- Bizonyítékokon alapuló irányelvek, protokollok, szabályozott betegutak,
- Információs technológia, rendszer szintű megoldások,
- Folyamatos minőségjavulás.

Ez az ellátási forma eredetileg az USA-ban alakult ki, később több európai ország is átvette. Németországban 2002-től folyamatosan vezették be a diabétesz 1 és 2 típusainak, az

asztmának/COPD-nek, a koronáriás szívbetegségnek, a krónikus szívelégtelenségnek valamint a mellráknak az ellátásában. 2010-ben már 6,4 millió fő vett részt a programokban. A részvételt anyagi ösztönzők is segítik. 2009-ig a DMP-ben való részvételt korrekciós tényezőként vették figyelembe a biztosítóknak juttatott források kockázatkülgazításában. 2009-től a kockázatkülgazításba beépítették a morbiditás (80, főként krónikus betegség) jellemzőit, a betegség-menedzsment program betegei után a továbbiakban átalányt kapnak a pénztárak, 2010-ben betegenként havi 14 euró nagyságrendben. Svédországban a koordinált ellátást ellátási láncnak hívják, az ellátásért felelős megyei hatóságok főként a diabéteszben, demenciában, reumás betegségekben szenvedők számára szerveznek ellátási láncokat.

Míg a betegség menedzsment programok egyes krónikus megbetegedésekre koncentrálnak, az összetett problémák ellátására szolgálnak a szociális szférát nagyobb mértékben bevonó olyan integrált ellátási modellek, mint az **eset menedzsment**. Az USA integrált ellátási modelljeinek (Evercare modell, Kaiser Triangle) összefüggéseit szemlélteti az alábbi ábra. A modellek később megjelentek az angol NHS-ben és elterjedtek Európa több országában is.

1. ábra Az integrált ellátás területei



Forrás: Kaiser Update, March 2005, Improving care for people with long-term conditions. NHS, 2006

A Kaiser Permanente HMO ellátási háromszöge a koordinált krónikus ellátás három szintjét szemlélteti, amelyek alapját a lakossági szintű prevenció és egészségfejlesztés képezi:

- Az önellátás, öngondoskodás támogatása az alacsony komplikációs és hospitalizációs kockázatú krónikus betegek számára,
- Betegség menedzsment azon magas kockázatú betegeknek, akik rendszeres rutin felügyeletet igényelnek,

- Eset-menedzsment a komplex szükségletekkel jellemezhető betegeknek, akik a nem tervezett szakellátás erőteljesen intenzív felhasználói.

Az eset menedzsmentet megvalósító Evercare programot 1987-ben fejlesztették ki az USA-ban. A program olyan idős emberekre koncentrál, akik több egészségügyi és szociális problémával terheltek, fragmentált epizódikus ellátást kapnak, és gyakran kerülnek megelőzhető módon kórházba, ellátásuk magas költségekkel jár. (Angliában a kilenc alapellátási trösztben 2003-ban indult kísérletben kórházi felvételi statisztikák alapján olyan 65 év felettiakat választottak, akik több mint kétszer kerültek egy év alatt nem tervezett módon kórházba.) Ellátásukkal, és az ellátás koordinációjával az USA-ban jól képzett nurse practitioner, az Egyesült Királyságban advanced practice nurse, community matron foglalkozik (házi orvos mentorálása mellett). A program eredményei az USA-ban és Angliában is nagyobb fokú betegelégedettséget és alacsonyabb költségeket jeleztek. (Assessment of the Evercare Programme in England, 2005.) Az Evercare modell angliai kipróbálása után az eset menedzsment a krónikus betegek ellátásának részévé vált, és minden PCT feladataiban szerepel. 2005-től a PCT-k már Patients At Risk of Re-hospitalisation (PARR) esetkereső szoftverrel azonosítják azokat a betegeket, akiknél nagy a kockázata, hogy sürgősségi felvétellel kerülnek vissza a kórházba. Az integrált ellátás modelljét tesztelték Spanyolország több régiójában (Valencia), bevezették Németországban (az integrált ellátásra szóló szerződések az ellátás legalább két különböző részében tartalmaznak szereplőket, vagy interdiszciplináris együttműködéseket).

A program szintű koordinált egészségügyi ellátásban nem feledkezhetünk meg a prevencióról sem. A kutatások a prevencióban is a különféle beavatkozások együttesén alapuló széles spektrumú megközelítéseket tartják leginkább hatékonynak. Az Egyesült Királyság és Kanada pl. integrált megközelítést alkalmaz, a népegészségügyi és egészségfejlesztési tevékenységet a betegségmenedzsmenttel és az önellátás, öngondoskodás támogatásával kapcsolja össze. Új-Zéland diabétesz prevenció programja is a sikeres többszintű megközelítés példája. (A program 10 területet határozott meg a cselekvésre, köztük a viselkedés befolyásolása társadalmi marketing segítségével, egészséget és aktív életstílust támogató várostervezés, gyermekjóléti szolgáltatások fejlesztése, iskolákkal, élelmiszeriparral történő együttműködések, a hátrányos helyzetű családok egészséges választásainak támogatása stb., mindegyikben speciális célokkal, és mértékekkel, különböző szektorok - helyi önkormányzatok, élelmiszeripar, kulturális csoportok, iskolák, sportklubok, állami és magán intézmények - együttműködésével.) Bár reménykeltő példák találhatók a világban, az ellátási folyamatba integrált prevenció mégsem nevezhető fejlettnak a legtöbb országban, több odafigyelést és jelentősebb forrásokat igényel a helyzet megváltoztatása.

Az egészségügyi (alap)ellátásban nemzetközi tendenciaként figyelhető meg a **csoportpraxisok** elterjedése. A csoportpraxist sokkal inkább beteg-orientáltak, költséghatékonyak tartják, mint az egy személyes praxisokat. Kanadában pl. az egészségügyi reform fontos része volt olyan modellek kialakítása, ahol az orvosok nővérekkel, szociális munkásokkal, pszichológusokkal, dietetikusokkal, szülésznőkkel és fizioterápiás szakemberekkel dolgoznak együtt. Németországban az általános orvosokat, szakorvosokat és más egészségügyi dolgozókat foglalkoztató **poliklinikákat** 2004-től vezetik be újra (a kelet-német területen korábban jellemző gyakorlat volt). A poliklinikák terjedése figyelhető meg az angol NHS-ben is. Hasonló funkciót töltenek be a finn egészségügyi központok is. Több olyan országban, ahol erős az alapellátás (Egyesült Királyság, Skandinávia, Hollandia) számos krónikus betegség (magas vérnyomás, diabétesz, allergia/aszma/COPD stb.) menedzselése a **nővérek által vezetett klinikák** hatáskörébe kerül. Ennek gazdasági okai vannak, de ugyanakkor új karrier lehetőség is jelentenek a nővérek számára. Európában az egészségügyi ellátók számos különböző

hálózata jött létre. Franciaországban az 1996-os Juppé reform a helyi ambuláns szolgáltatók hálózatának létrejöttét ösztönözte és az ambuláns és a kórházi ellátás közötti kapcsolatot javította. Hasonló kezdeményezések figyelhetők meg Hollandiában a 90-es évektől, főként olyan betegekre fókuszálva, akik nem képesek teljesen önálló életre, így számukra az aktív kórházi ellátás és az alternatív megoldások közötti kapcsolatot menedzselni szükséges (transmural care).

Az ellátás szervezés, menedzselt ellátás (managed care) területi és/vagy országos szintű intézményrendszerének példái az USA-ból eredő egészségfenntartó szervezetek (**Health Maintenance Organization, HMO**), amelyek biztosítási védelmet, másrészt egészségügyi ellátást nyújtanak ügyfeleiknek, a saját hálózatukon belüli viszonylag merev betegút szabályozással. A betegek igényei azonban sokszor nagyobb választási szabadságról szólnak. Az USA-ban is kialakultak az erre lehetőséget adó újfajta szervezetek, köztük az Előnyben Részesített Ellátó Szervezet (**Preferred Provider Organization, PPO**) nyújtja a legnagyobb választási szabadságot a betegek részére, jóllehet magasabb biztosítási díj fejében. Angliában több fokozaton keresztül alakult ki az alapellátási trösztök rendszere (**Primary Care Trust, PCT**), Írországból a **Health Service Executive, HSE**, Franciaországban a Regionális Egészségügyi Hatóságok (**Agences Régionales de Santé, ARS**). Ezen szervezetek legfontosabb feladata a területükön történő egészségügyi ellátás szervezése, több helyen a szociális ellátással történő koordináció megvalósítása, a megfelelő ellátás biztosításhoz a szükségletekre épülő kapacitástervezés, többségükben a szolgáltatásvásárlás, a nyújtott szolgáltatások minőségének folyamatos monitorozása.

A krónikus betegek ellátása változásokat hozott az egészségügyben dolgozók feladataiban, kompetenciáinak, felelősségüknek a megosztásában. Megjelentek olyan új feladatkörök, esetenként új szakképzések, amelyek az ellátás koordinációját, a beteg ellátórendszerben való megfelelő navigációját támogatják. Bár a betegek ellátórendszerben történő irányításában az orvosok játszik a kulcsszerepet, szükség van a tevékenységek koordinációjában meglévő felkészültségük javítására, illetve tevékenységük koordinációra szakosodott szakképzett munkatársakkal történő támogatására. Új szakma a **nurse practitioner, advanced practice nurse**, aki egyetemi végzettséggel hagyományos nővéri feladatokat is ellát, ugyanakkor végez korábban az orvosok munkakörébe tartozó feladatokat is, mint pl. egyes gyógyszerek felírása, kevésbé komplex kezelések, a betegek ellátásának koordinálása stb. Ez a képzettség megtalálható az Egyesült Királyság, Hollandia, az USA, Kanada stb. egészségügyi rendszereiben. Németország **community nurse, közösségi nővér** elnevezéssel hozott létre a nurse practitioner-hez hasonló foglalkozást. A közösségi nővérek e-egészségügyi eszközökkel támogatva otthoni alapellátást végeznek. Elsősorban a falusi területeken segítik a krónikus betegek alapellátáshoz való hozzáférését, de tehermentesítik az orvosokat más tevékenységükben is. Új kategória a **liaison nurse, összekötő nővér** is, több európai ország alkalmazza. Kórházi elbocsátás utáni utókezelést, COPD betegek légzőszervi rehabilitációját, gyógyszerhasználat, compliance felülvizsgálatát, betegoktatást, a betegek szolgáltatók közötti navigálását végzik. A kapuőr alapellátó rendszerekben jól működhet pl. a szakellátás feletti, háziorvosi feladatként jelentkező kontroll, de sokszor tisztázatlan a háziorvos szerepe a kapun történő átjutás után, vagyis akkor, amikor a beteg kikerül a háziorvosi rendszerből és bekerül a szakellátásba. A háziorvos kapuőr szerepe jobban illik az aktív, gyógyító ellátáshoz, míg a krónikus betegek egészségügyi és szociális rendszereken keresztül történő navigálása inkább az **esetmenedzserek, case manager-ek, közösségi felügyelők, community matron-ok** feladata. Az esetmenedzser a krónikus betegek, a komplex szociális és egészségügyi szükségletekkel jellemezhető betegek ellátását koordinálja. Feladatai közé tartozik a páciens szükségleteinek meghatározása, ellátási tervek készítése, a megfelelő ellátás megtalálásában

való segítségnyújtás, az ellátás minőségének figyelemmel kísérése, a beteggel és a családjával való kapcsolattartás. Angliában ezt a feladatkört gyógyszerészek és szociális munkások is betölthetik. (2004-től a gyógyszerészeknek lehetőségük van ismételt receptek felírására, a gyógyszerelés és a compliance áttekintésére stb.) A **family caregiver, családgondozó** a krónikus betegek ellenőrzésében, kezelésében, a betegség menedzselésében játszik szerepet különösen olyan betegségek esetében, mint pl. a demencia, szívbetegségek, depresszió stb. Helyük van az egészségügy intézményi környezetében, pl. a kórházakban is, valamint hatásos tevékenységet végezhetnek az otthoni egészségügyi ellátási modellekben.

Az integrációs modellek értékelése, tanulságok

Az ellátás új, koordinált modelljeinek hatásosságáról, költséghatékonyságáról a hosszabb idejű tapasztalatok miatt több amerikai értékelés olvasható és kevés a populációs szintű európai elemzés. A DMP modellekkel kapcsolatban nagyobb betegelégedettségről, az ellátási folyamat javulásáról szólnak bizonyítékok.

Gleave, 2009 összefoglalója szerint – melyet az angol NHS-nek készített – az alábbi tanulságok vonhatóak le az Egyesült Államok integrált ellátási rendszereinek eddigi működéséből:

- Erős **orvos-szakmai irányítás** (clinical leadership) és megalapozott, **kipróbált menedzsment folyamatok** szükségesek,
- Fontos az integrált ellátás nyújtását támogató **kultúra**. Ezt nem az elszámoltatási, ellenőrzési rendszereken keresztül érik elsősorban el, hanem a munkatársak megfelelő kiválasztásával és képzésével, az integrált ellátás fontosságának, hasznosságának hangsúlyozásával. Ez partnerséget és közös felelősségvállalást is eredményez a vizsgált példákban,
- Az integrált ellátás megszervezéséért **felelős szervezet és annak felelősségi körének egyértelmű kijelölése**,
- A **finanszírozásnak** figyelembe kell venni az egyes szereplők kockázatait. Két kockázat-kezelési megközelítést alkalmaznak az Egyesült Államokban. Az egyik a kockázat-minimalizálás, amelyet közös tulajdonlással létrehozott hálózattal érnek el, a másik pedig a kockázat-megosztás, amely a szerződéses kapcsolatokkal kialakított hálózat esetén érvényesül. Kezeleni kell a más forrásból érkező finanszírozási és egyéb ösztönzők hatását az integrált ellátásra. A pay-for-performance (P4P, teljesítményalapú finanszírozás) tapasztalatai nem egyértelműek a szakirodalomban, de vannak arra utaló jelek, hogy egyes támogató P4P rendszerek pozitívan hatnak a koordinációs tevékenységekre,
- Lényeges a pénzügyi **kontrolling rendszerek** naprakészsége és pontossága, hogy azonosítható legyen a költségek alakulása és helye a betegút során,
- Elengedhetetlen az **információs technológiák** alkalmazása. Ezen belül is a legfontosabb a koordinációt támogató rendszerek kiépítése. Ezek alkalmazása az egészségügyi dolgozók munkáját is támogatja. Az integrált ellátók informatikai rendszerei ezen felül a biztosított tagok számára is nyújtanak szolgáltatásokat. Ezek a saját betegút-követéstől, az egészséges életmódhoz szükséges információkon át, az online foglalásig és tanácsadásig terjednek. A rendszereket ezen felül teljesítmény-mérésre is használják.

Suter, 2007 a sikeres integrált ellátás létrehozásához tíz ajánlást fogalmaz meg:

- **Átfogó ellátás a teljes ellátási folyamatban:** egészségügyi és szociális ellátók együttműködése, több hozzáférési pont, hangsúly a megelőzésen,
- **Betegközpontúság:** fókusz a betegek szükségletein, beteg-részvétel a folyamatban, populációs alapú szükségletfelmérés,
- **Földrajzi alapú lefedettség és számontartás:** az elérhetőség maximalizálása, az ellátási duplikációk minimalizálása, felelősség a földrajzi alapon ellátandó populációért, a betegek joga, hogy máshol is keressenek ellátást. Egyesült Államokbeli tanulmányok alapján az integrált ellátásba bevonható populáció minimuma 1 millió fő.
- **Standardizált ellátás többszakmás munkacsoportokkal:** bizonyíték-alapú protokollok és irányelvek, hogy az ellátás bárhol, bármikor, bárki számára standard módon történjen, a csoporton belüli szerepek és felelősségi körök egyértelmű megfogalmazása,
- **Teljesítmény menedzsment:** a minőség, a folyamatos fejlődés, az integráció iránti elkötelezettség, és a kitűzött célok mérése, monitorozása, az ellátás díjazásának a klinikai eredményességhez kötése,
- **Információs rendszerek:** fejlett IT rendszerek az ellátási elemek rögzítésére, követésére és jelentések készítésére, a kommunikációt és az információáramlást támogató, hatékony rendszerek, a klinikai és pénzügyi információk összekötése,
- **Szervezeti kultúra és irányítás:** szervezett támogatás és szervezeti elkötelezettség az integráció mellett, a megfelelő – integrációpárti - kultúra kialakítására és megtartására képes vezetők,
- **Orvosok bevonása:** ők a kulcsszereplői az integrált ellátásnak, így meggyőzésük és bevonásuk a tervezési és megvalósítási folyamatokba elsődleges fontosságú,
- **Irányítási struktúra:** erős, koncentrált, sokszínű irányító csapat, amelyben az összes lényeges érintett megjelenik, az ellátási szintek és helyek közötti koordináció támogatása,
- **Pénzügyek:** az ellátási szintek és helyek közötti igazságos elosztást biztosító finanszírozás, a többszakmás csapatmunkát és az egészségfejlesztést támogató finanszírozás, a fenntartható változashoz elegendő forrás.

A **koordináció** (amelynek az egészségügyi rendszerek egészét jellemző hiánya ma a krónikus betegek ellátásának legfőbb akadálya) javítására irányuló reformoknak jól előkészítettnek kell lenniük és **erős politikai akaratot igényelnek**. Pontosan kell rögzíteniük az érintett személyek és csoportok felelősségét, a helyi autonómiát és a központi hatóságok szerepét. Finnországban pl. lassan 10 éve folyik a vita arról, hogy meg kell szüntetni az alapellátás és a szakellátás elkülönülését, és az egészségügyi ellátást a maga egészében, sőt növekvő meggyőződéssel a szociális ellátással együtt kell kezelni. Ez a megközelítés az ellátórendszer szerkezetébe (és a mögötte lévő közigazgatási területek meglévő kompetenciáiba) történő beavatkozással is jár, amelynek részleteiről szóló megegyezésre mindeddig nem tudtak eljutni.

A betegút szervezés nemzetközi példái

USA

Az USA-ban az Obama reform előtti időszak szabályozása alapján a rászorultak (szegények, idősek, gyermekek) részére az állam által szervezett ellátás (MEDICARE, MEDICAID, SCHIP), a lakosság zöme számára pedig piaci körülmények között szervezett ellátás állt rendelkezésre. Az egészségügyi szolgáltatások finanszírozásának alapját a magán egészségbiztosítók rendszere képezte (ez a reform után is így marad). Már rövidebb ideje a Medicare és Medicaid program 1965-ös bevezetése után az egészségügyi kiadások erősen emelkedtek, és ezt a trendet a költségek ellenőrzése sem tudta megállítani. Az 1980-as évek elején nyilvánvalóvá vált, hogy új szervezeti finanszírozási megoldásokra van szükség, és ez vezetett a managed care (szervezett/irányított betegellátás) kialakításához.

A managed care gyökerei az 1930-as évekre nyúlnak vissza. Az előre rögzített (pre-paid) díj fejében történő szervezett („menedzselte”) ellátás gyökereit Sidney Garfield orvos rakta le Kalifornia államban a Los Angeles Aqueduct építői számára, s ezzel megteremtette a Permanente Medicine biztosítótársaság alapjait. A Permanente Health Plans 1945-ben nyílt meg a lakosság szélesebb rétegei számára. Jelenleg Kaiser Permanente (KP) néven működik 8,6 milliós taglétszámmal. Az utóbbi években a KP, mint egy költséghatékony, jó minőségű integrált ellátást nyújtó, sikeres modell, több európai ország egészségpolitikájának került az érdeklődési körébe. Eredményeit jól tükrözi, hogy az NHS ellátásával összehasonlítva a KP alacsonyabb kórházi felvételi rátákkal, alacsonyabb kórházi tartózkodási idővel, harmadnyi aktív kórházi ágy-nap mutatóval dolgozik. (Strandberg-Larsen, 2010.)

A managed care betegellátás többféle működési formában is megjelenik. Közös tulajdonságuk, hogy átalány-díj ellenében a szervező által szabályozott módon, saját, vagy szerződött ellátókon keresztül biztosítják az ellátást, és ez a beteg választási szabadságának valamilyen korlátozását jelenti. A managed care fogalma az egészségügyi ellátás teljesítményét javító stratégiákkal és szervezetekkel fonódott össze. A 90-es évek eleje óta a managed care az amerikai egészségügy domináns ellátási formájává fejlődött.

Health Maintenance Organization (HMO)

A managed care intézményi formái közül a legelterjedtebb a Health Maintenance Organization. Ezek az ún. egészségfenntartó szervezetek egyrészt betegbiztosítási védelmet, másrészt egészségügyi ellátást nyújtanak ügyfeleiknek. A meghatározott díjat általában a munkáltatók fizetik. Kezdetben a szolgáltatások jobbra az alapellátáshoz és a járóbeteg-szakellátáshoz kapcsolódtak, később ez kiterjedt a fekvőbeteg ellátásra is. A modell eredeti formájában a betegek csak a hálózatban résztvevő ellátókat vehették igénybe (orvosok, klinikák, kórházak, kiegészítő szolgáltatások). Az HMO szerződhet független orvoscsoportokat, akik fejkvóta alapú elszámolási módszerrel dolgoznak (capitation), vagy rendelkezhetnek saját alkalmazottakkal, akik kizárólag az adott HMO betegeit látják el önálló létesítményeikben. A betegellátás irányítását a beteg által szabadon választott háziorvos végzi, aki az ellátás kiinduló pontját jelenti. A háziorvos érdekelt abban, hogy megőrizze páciense egészségi állapotát, és minimálisra csökkentse az ehhez szükséges szolgáltatások igénybevételét

Az HMO-k előnye a hagyományos biztosítási vállalatokkal szemben az, hogy kettős funkciójuk révén

az ellátási költségeket viszonylag alacsony szinten tarthatják. A HMO-k és a hasonló managed care szervezetek térhódítását az amerikai egészségügyi piacon az alacsony költségszint indokolja. Ahhoz, hogy kedvező legyen a kínálat, a HMO-k többféle eszközt alkalmaznak. Különböző ellátási csomagokat kínálnak, különböző árakon. Egy régió gondosan kiválasztott orvosaival és kórházaival kötnek szerződéseket, amelyek garantálják a biztosítottak teljes ellátását, de korlátozzák az orvos, illetve a kórház szabad választását. A beteg számára nincs szabad orvosválasztás, illetve csak térítés ellenében. Minden területen minőség- és költség-hatékonyság ellenőrzést végeznek és az orvosokat a megtakarítások alapján premizálják.

Céljaik elérésére a managed care szervezetek különböző ösztönzőket és technikákat alkalmaznak, amelyek három csoportba sorolhatók. (A gyakorlatban ezekkel a technikákkal egymást átfedve találkozhatunk.)

- Pénzügyi ösztönzők
- A klinikai tevékenység menedzselésének technikái
- Betegközpontú technikák

Pénzügyi ösztönzőket mind szervezeti, mind a managed care szervezetekben dolgozó egyéni orvosok szintjén alkalmaznak. Az ösztönzők között megtalálható a fejkvóta, a bónuszok, büntetések és fizetés-visszatartások és a pénzügyi kockázatmegosztás olyan szervezetekben, ahol az orvosok résztulajdonosok is.

A klinikai tevékenység menedzselésére vonatkozó technikák között az ellátások igénybevételének felülvizsgálata és menedzselése, az orvosi vagy praxis profilalkotás (adatmonitoring, kimenetek áttekintése, esetvizsgálatok, normáknak való megfelelés vizsgálata), a betegségmenedzsment (integrált ellátási csomagok a betegség teljes spektrumában), klinikai irányelvek szerepelnek.

A betegközpontú technikák között megtalálható a kapuőrző funkció, az esetmenedzsment (hasonlít a kapuőrzésre abban az értelemben, hogy a betegnek vagy ügyfélnek egy pontja van a rendszerbe történő belépésre, abban különbözik, hogy az esetmenedzser nem feltétlenül az ellátást nyújtó személy. Az esetmenedzserek a beteg szükségleteinek felméréseivel kezdik meg munkájukat, orvosi és szociális szempontokat figyelembe véve, mint pl. jövedelmi szint, szociális támogatás.), a sorban állás és várakoztatás, az elsődleges prevenció, az öngondoskodás támogatása.

Az HMO-k kezdeti merevebb szabályai az idők során sokat változtak, és mára a managed care szervezetek, HMO-k több típusa alakult ki:

- Staff Model – az HMO saját orvosokat alkalmaz, akiket maga részesít fix fizetésben. A kórházi szolgáltatásokért külső kórházakkal szerződik, vagy nagyobb HMO esetén saját kórházzal működik. Ebben a modellben az HMO ellátásszervező és ellátó is egyben.
- Group Model – az HMO egy vagy több fejkvóta alapján praktizáló csoportot alkalmaz. Az ellátásszervező és ellátó funkció szétválik, de a kettő szorosan együttműködik és gyakran egyetlen egészségügyi ellátó szervezetnek tekintik őket (ismert példa a Kaiser Family Foundation).
- Mixed Model – a vegyes modellben az HMO különböző szerződési kapcsolatba lép különböző ellátó szervezetekkel vagy hálózatokkal, némelyik szerződés lehet kizárólagos.
- Network Model – az HMO nagyobb ellátócsoportokkal lép kapcsolatba, akik szolgáltatásokat nyújtanak biztosítottjai számára. Az ellátásszervező és ellátó funkció szétválik, vagyis az HMO

nem birtokolja vagy ellenőrzi ezeket a csoportokat és nem is lép kizárólagos szerződésbe velük. A hálózatban fennálló többszörös kapcsolódások következtében a menedzsment struktúrák szétszórta.

- Independent Practice Associations Model (IPA) (Önálló Praxis Szövetségek) vagy más néven Physician/Hospital Organizations (PHO) (Orvos/Kórház Szervezetek) – önálló háziorvosokból és szakorvosokból álló hálózat. Az IPA-val szerződésben álló orvosok saját rendelőkben praktizálnak fejkvóta elszámolás szerint. A szakellátást az IPA hálózatban belül működő szakorvosok végzik, akik HMO-kal állnak szerződésben. A résztvevő orvosok egyszerre több HMO-hoz is tartozhatnak, emellett esetleg folytathatnak hagyományos fee-for-service praxist is.

A 90-es években a munkavállalók a választható orvosok és a szolgáltatások szélesebb körét kezdték követelni az HMO-tól. Az HMO-k nem zárhatták ki tovább a költségesebb kórházakat és orvosokat sem a hálózatukból. Az HMO-k mellett mára számos egyéb szervezeti-működési forma megjelent, mint például a Preferred Provider Organization (PPO), a Point-of-service (POS) vagy az Exclusive Provider Organization (EPO) stb.

Preferred Provider Organization (PPO) (Előnyben Részesített Ellátó Szervezet)

Orvosokból és kórházakból álló hálózat, amely kedvezményes áron nyújt szolgáltatásokat a vele szerződésben álló biztosítótársaságoknak. Az árkedvezmény ösztönzően hat a betegforgalom megnövekedésére, amiben a biztosító is érdekeltté válik. A managed care rendszeren belül a PPO-k nyújtják a legnagyobb választási szabadságot a betegek részére, bár a biztosítási díjszabás valamivel magasabb, mint az HMO esetében és az ellátás sem annyira összehangolt. A PPO biztosítás esetén egy harmadik fél – általában egy biztosítótársaság, egy nagy munkaadó, a kormány vagy egy egészségügyi ellátó – szerződésbe lép a kiválasztott kórházakkal vagy orvosokkal, akik aztán az előnyben részesített ellátói listát képezik, fee-for-service finanszírozással.

Point of Service (POS) (Szolgáltató Pontok)

A POS managed care szervezetek hibrid modellt képviselnek a nyitottabb HMO-k és a kapuőr szereppel működő PPO-k között. Ezek a szervezetek megadják a választási lehetőséget a hálózatban kívül történő ellátásra is, és megjelölik azokat a pontokat, ahol ez igénybe vehető. Rugalmassága mellett hátránya a POS biztosításnak, hogy többre kerül a betegnek, mint a szűkebb értelemben vett HMO tagság, amely meghatározza a választható orvosok körét. A betegnek bizonyos százalékban hozzá kell járulnia a kezelés költségeihez.

1997-ben az Egyesült Államokban a teljes lakosság fele, a munkavállalók háromnegyede tartozott managed care egészségbiztosítási szervezetekbe, mára ez az arány valamelyest csökkent. Azonban még a hagyományos, tételes elszámolással működő (fee-for-service) biztosítási társaságok is integráltak bizonyos managed care elemeket a költségtudatos ügyfelek igényeinek kielégítése érdekében: kapitációs ráták, rendelhető gyógyszerek listája (formularies), kapuőrök orvosok (gatekeepers), igénybevételi vizsgálatok (utilization reviews).

Managed Care tagság 2010-ben:

Health Maintenance Organization (HMO)	66,21 millió
Preferred Provider Organization (PPO)	53,20 millió

Point of Service (POS)	8,87 millió
High Deductible Health Plan (HDHP) ¹	7,09 millió
Összesen	135,37 millió

Biztosítási díjak növekedése 2010-ben:

HMO	10,3%
PPO	11,1%
POS	10,9%
High Deductible Health Plans	10,3%
Összesen	10,0%

Forrás: Managed Care Fact Sheets <http://www.mcareol.com/factshts/factnati.htm>

Az HMO-k fejlesztése drágulásukhoz is vezetett. Míg 2001-ben az éves árkülönbség az HMO és a PPO biztosítási forma között munkavállalóként 400 \$ volt, (az HMO javára), 2009-ben az HMO tagok átlagban 1466 dollár éves biztosítási díjat fizettek, míg a PPO tagok 2003 dollárt, vagyis az árkülönbség több mint 500 dollárra nőtt.

Kaiser Permanente (KP)

A KP összefoglaló Kaiser Permanente (2010, 2011a, 2011b), Feachem, Shekri és White (2002) és Strandberg-Larsen et al. (2010) alapján készült.

A szervezet kilenc államban (California, Colorado, Georgia, Hawaii, Maryland, Ohio, Oregon, Virginia, Washington State) és District of Columbia-ban működik, 8,6 millió embert biztosít (ebből 6,5 milliót Kaliforniában), 35 kórházat és 454 „medical office”-t (a kvázi házi orvosoknak helyet adó intézmények) üzemeltet, 15 000 orvost és 164 000 egyéb alkalmazottat foglalkoztat. A korlátozott számú saját kórház mellett a KP hosszú távú szerződésekkel biztosítja az ellátást. Amerikai mértékkel mérve a KP biztosítottainak legnagyobb része a közép és- alsó-középosztályhoz tartozik.

A KP minden régióban (egy államban több ellátási régió, így alszervezet is működik) három alszervezetből áll össze:

- Permanente Medical Group – profitorientált vállalkozás. Az orvosok ennek a cégnek az alkalmazottai. Az orvoscsoport kizárólag a hozzájuk tartozó betegekkel foglalkoznak.
- Kaiser Foundation Health Plan,
- Kaiser Foundation Hospitals – utóbbi két regionális alapítványnak egy közös, régiókon átívelő igazgatótanácsa és menedzsmentje van.

A Health Plan értékesíti és kezeli a biztosítási csomagokat, míg a másik két szervezet az ellátásokat nyújtja.

¹ Magas fix önrésszel egybekötött, fogyasztók által irányított biztosítás

Az új belépők választanak maguknak egy hozzájuk közel eső orvost, aki lehet háziorvos, gyerekorvos, belgyógyász vagy szülész-nőgyógyász. Lehetőség van nővérek, illetve orvos-asszisztensek választására is, akik szintén jogosultak alapvető ellátások nyújtására. Ez a személy lesz a biztosított „személyes orvosa”. Ő felel a hozzá tartozó betegek egészség-megőrzésért, illetve betegség esetén a betegút-koordinációért. A Kaiser azt tanácsolja, hogy az orvos székhelye a leggyakrabban látogatott ellátóhelyen legyen. Személyes orvost bármikor válthat a biztosított. A beutalókat a szakellátásba is ez az orvos adja, ha szükségesnek ítéli. Nem kell beutaló a szülész-nőgyógyászatra, pszichiátriára és a szenvedélybetegségeket kezelő központokba. Betegség esetén elképzelhető, hogy csak telefonos konzultációra adnak lehetőséget. A telefonos tanácsadást képzett nővér vagy a saját orvos nyújtja, aki adott esetben a további teendőkről is dönt. A személyes orvosok 5-40 fős csoportokban praktizálnak, ahol az épületben többnyire megtalálhatóak az alapvető diagnosztikai eszközök és néhány esetben komplexebb szakellátást is képesek nyújtani. Ezek az intézmények sokszor este és hétvégén is nyitva tartanak, így a betegek nem a – drágább – sürgősségi ellátórendszert veszik igénybe.

Egyes krónikus betegségeket (koszorúér-betegség, szívelégtelenség, krónikus fájdalom, asztma, diabétesz) külön ellátási-szervezési programmal kezelnek, amennyiben a beteget alkalmasnak találják rá. Az alkalmasságnak része az életmódváltásban való együttműködés. A rehabilitációra vagy ápolásra szoruló betegek a KP-hez szerződéseken keresztül kapcsolódó ápolási intézményekben kerülnek ellátásra.

A KP ettől függetlenül is nagy hangsúlyt fektet a biztosítottak saját felelősségvállalására. Ehhez mind online, mind telefonos, mind személyes tanácsokat is ad. A személyes és telefonos tanácsokat egyrészt a kiválasztott orvos, másrészt egy telefonos ügyfélszolgálat nyújtja, amelyben képzett nővérek foglalkoznak az ügyfelekkel. Az ügyfelek kérésére személyes egészséges-életmód tervet is készítenek.

A gyógyszerek utánpótlása teljesen automatizált, a megfelelő azonosítók birtokában telefonon, online és postai úton is kérhető, és a gyógyszert postázzák. Ezen felül a hagyományos gyógyszerári utánpótlás lehetősége is megmarad. A KP csak a saját gyógyszertáraiból szolgáltat ki támogatott gyógyszert és csak a saját orvosai által kiállított receptre.

Amennyiben sürgető (urgent), de nem sürgősségi (emergency) probléma merül fel olyankor, amikor a beteg közelében nincs KP ellátóhely, akkor – ha a kezelés elmaradása esetén egészségkárosodás lépne fel – a biztosítás fedezi a kiadásokat. Sürgősségi ellátás során a stabil állapotba hozást fedezi a biztosítás, ám bármilyen további kezelést előzetesen engedélyeztetni kell.

A biztosítás integrált részét képezi a KP online felülete, ahol a biztosított minden hozzá kapcsolódó információhoz hozzáfér (pl.: laboreredmények), tanácsot kap, időpontot foglalhat, gyógyszert rendelhet.

A szervezetnek egyrészt saját minőségbiztosítási programja van, amelyet a Quality Oversight Committee (QOC) állít össze és értékeli. A QOC ajánlásokat is megfogalmaz, illetve beszámol az igazgatótanácsnak. A KP több külső értékelő szervezethez (National Committee for Quality Assurance, Healthcare Effectiveness Data and Information Set, Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems, The Joint Commission, California Hospital Assessment and Reporting Taskforce, National Business Coalition on Health's eValue8™, The Leapfrog Group) is csatlakozott, így azok rendszeresen monitorozzák a minőséget, hatékonyságot és megbízhatóságot.

Az USA egészségügyi ellátásában a betegút-koordinációs tevékenység kiemelt területei az egyes krónikus betegségek. Az alábbi integrált egészségügyi szervezetekről szóló rövid példák Gleave (2009) összefoglalójában találhatóak.

Geisinger System Pennsylvania

A három aktív kórházzal és nagyjából 800 orvossal dolgozó szervezet elsősorban vidéki területeket lát el. Kínálnak biztosítást is, melynek 215 000 tagja van, de ezen betegek az ellátási események mindössze 30%-át adják.

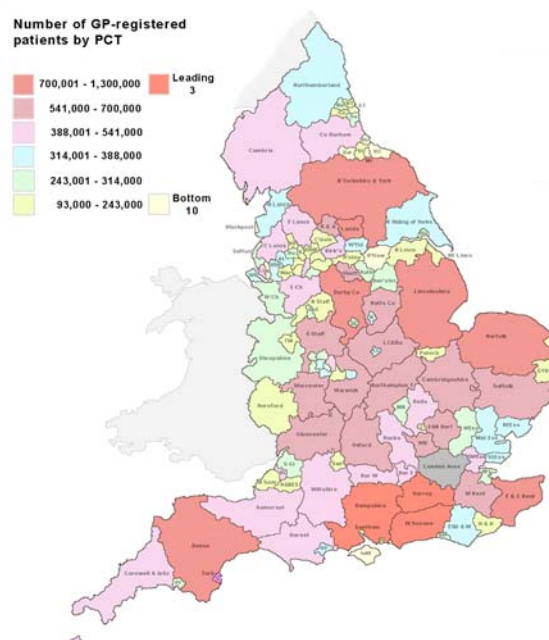
Health Partners Minnesota

A 750 000 biztosított taggal és 700 orvossal, valamint egy nagy oktatókórházzal rendelkező szervezet szintén kiterjedt szerződéses kapcsolatokkal (kórházakkal, orvoscsoportokkal, egyéb belső (nem szerződéses viszonyban lévő) ellátókkal) biztosítja az ellátást. Az ellátók máshonnan jövő betegeket is ellátnak. Az ellátást egy tagság-alapú non-profit társaság szervezi, ahol a tagok a biztosítással rendelkező polgárok. A menedzsmentet is ők választják meg.

Egyesült Királyság

Az alapellátási trösztök (Primary Care Trusts, PCTs) olyan állami egészségügyi hatóságok Angliában, amelyek az NHS szolgáltatások tervezését, finanszírozását és koordinálását végzik. Jelenleg 152 tröszt fedi le Anglia teljes területét. A PCT-k felelősek a helyi lakosságnak nyújtott egészségügyi szolgáltatások vásárlásáért (commissioning), így a fekvőbeteg szolgáltatásokat is ők rendelik az NHS kórházi trösztöktől. Területileg a PCT-k 70 százaléka egybeesik a szociális ellátásért felelős helyhatóságokkal, ami megkönnyíti a közös tervezést. Egy PCT-re 93 ezertől 1,3 millióig terjedő lakos jut.

2. ábra PCT-k Angliában



Forrás: http://www.healthcaremaps-online.co.uk/html/pct_population.html

Angliában az ellátásszervezés reformja 1991-ben indult a Fundholding (alapkezelő) rendszer bevezetésével. Ebben a rendszerben a házi orvos az alapellátáson kívül egyéb szolgáltatásokra is kapott pénzügyi támogatást, az összegeket a házi orvos kezelte. Így lehetőség nyílt arra, hogy a kórházakkal történő szerződéskötés alapján különböző vizsgálatokra küldje betegeit, járóbeteg-szakellátást kérjen, kezelje a ráeső gyógyszerár támogatási keret egy részét. Az elért megtakarításokat a praxis fejlesztésére használhatta fel. Ez a rendszer a házi orvosok tevékenységének, betegirányító funkciójának erősítését jelentette. Az ellátásszervezés új formája a Primary Care Groups (PCG) rendszer volt, amely 1999 áprilisától működött. Ezek az alapellátási csoportok az egy területhez tartozó házi orvosokat fogták össze, akiknek kötelező volt a részvétel. Az ellátásszervezők a szolgáltatások teljes körét megvásárolhatták betegeik számára. A korábbi szerveződésekhez képest jóval nagyobb, 50-250 ezer fő közötti lakosság szám tartozott egy szervezőhöz. A forrásallokáció általános fejkvóta alapján történt.

A PCG-k végső fejlődési stádiumát a 2000-ben létrejövő alapellátási trösztök (Primary Care Trust, PCT) jelentik. A PCT-knek gondoskodniuk kell arról, hogy elég házi orvos álljon rendelkezésre a lakosság ellátásához, biztosítani kell más egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférést (kórház, járóbeteg ellátás, szűrés, sürgősségi ellátás stb.). A PCT-k a minisztériumtól származó egészségügyi költségvetés kb. 80 százalékát ellenőrzik, amely lehetőséget ad a minőség javítására, a szolgáltatások integrációjára, az egyenlőtlenségek csökkentésére, az egészség javítására. A PCT-k maguk határozzák meg prioritásaikat az Egészségügyi Minisztérium és az országban működő tíz Stratégiai Egészségügyi Hatóság (SHA) általános célkitűzéseibe. (A Stratégiai Egészségügyi Hatóságok az Egészségügyi Minisztérium regionális felügyeleti szervei, amelyek a régiók NHS tevékenységét és így az alapellátási trösztöket is irányítják.)

A PCT-k döntenek arról, hogyan használják fel az NHS forrásokat és milyen egészségügyi szolgáltatásokat nyújtsanak helyi szinten. A szolgáltatásokat vagy maguk nyújtják közvetlenül, vagy szerződést kötnek különböző egészségügyi ellátókkal (NHS, nonprofit, magán). A legtöbb PCT-nek vannak közvetlen közösségi szolgáltatásai, pl. körzeti ápolás, védőnői szolgálat és betegség megelőzés. Néhány tröszt mentális egészségügyi szolgáltatásokat is nyújt, esetleg közösségi kórházakat, járóbeteg központokat vagy más intézményeket működtet. A PCT-k a legtöbb szolgáltatást külső szervezetektől rendelik, köztük a házi orvosoktól, fogorvosoktól, NHS kórházi trösztöktől, nonprofit szervezetektől, magánellátóktól.

Egy új szolgáltatás bevezetésekor vagy a meglévő szolgáltatások jelentős módosításakor a PCT versenypályázaton keresztül választja ki az ellátót. A szolgáltatások működésbe lépése után a PCT felelőssége az ellátóval kötött szerződés menedzselése, ami magában foglalja a minőség monitorozását, a standardok betartatását és alacsony betegelégedettség esetén a szükséges beavatkozást.

Az alapellátási trösztök hatékonyabb működésük érdekében fejlesztik a belső kommunikációt és az információ áramlását. Az 1. melléklet tartalmazza az East Lancashire PCT által előterjesztett javaslatot egy újonnan létesítendő System Intelligence Directorate nevű igazgatóság szerkezetére és működésére. Az igazgatóságban helyet kapnának olyan részlegek, amelyek a kutatás, az igényelemzés, az ellátó elemzés és az egészségügyi piacelemzés feladatait végeznék.

A 2010. májusi parlamenti választásokat követően a konzervatívok és a szabaddemokraták alkottak koalíciós kormányt David Cameron miniszterelnök vezetésével. A kormány által 2010. július 12-én közzétett fehérkönyv (Equity and excellence: liberating the NHS) az angliai NHS jövőképét és hosszú

távú céljait vázolja fel. A dokumentum az egészségügyi szolgálat eddigi legnagyobb átszervezését vetíti előre. A reformintézkedések megszüntetnék az alapellátási trösztöket és a stratégiai egészségügyi hatóságokat, és a PCT-k 80 milliárd fontos költségvetését a házi orvosoknak adnák át. A tervezet szerint 2013-ban 500 GP konzorcium feladata lesz az NHS szolgáltatások rendelése/vásárlása. A társadalmi viták hatására a 2013-s határidő kikerült a tervezetből.

Case management (eset-menedzsment) a PCT-kben

A krónikus betegségben szenvedő emberek ellátása a betegség előrehaladásával egyre bonyolultabbá válik. Sebezhetőségük kiteszi őket a váratlan kórházi felvétel vagy a hosszú távú hospitalizáció kockázatának. Állapotukon intenzív és személyre szabott case management javíthat, ami csökkentheti a sürgősségi felvételek számát is. A case management a 2000-es évek közepétől beépült a PCT-k mindennapos gyakorlatába.

A krónikus betegségekre irányuló stratégia részeként az Egészségügyi Minisztérium megbízta a King's Fund kutatóintézetet egy a PCT-k által használandó szoftver eszköz kidolgozására, amely képes azonosítani azokat a betegeket, akiknél nagy a kockázat, hogy visszakerülnek a kórházba sürgősségi felvétel útján. A Patients At Risk of Re-hospitalisation (PARR) nevű esetkereső eszköz 2005 szeptemberétől áll rendelkezésre országosan. Miután a PCT-k azonosították a magas kockázatú betegeket (Very High Intensity Users), felajánlják számukra a case management szerint történő proaktív és koordinált ellátás lehetőségét, kapcsolódva a közösségi környezetben nyújtott ellátással. Ezen betegek számára az ellátást egy case manager vezeti, aki általában egy „közösségi felügyelő” (community matron).

Érdemes még említést tenni a betegút szervezésben az ún. „speciális érdeklődésű orvosok” (Practitioners with Special Interests, PwSI) szerepéről. A PwSI orvosok, köztük házi orvosok is vannak, klinikai területeken szereznek továbbképzés segítségével kompetenciákat és így olyan eljárásokat is végezhetnek, amelyeket hagyományosan az akut vagy kórházi szektorban teljesítettek. Az Audit Commission kormányzati ellenőrző szervezet 2004-ben készült tanulmánya (Audit Commission, 2004) az alapellátástól a járóbeteg ellátásig terjedő betegutakat, azon belül is a járóbeteg szakellátás alternatíváját jelentő olyan újfajta betegutakat vizsgálta, melyekben pl. a „speciális érdeklődésű orvosok” közösségi szektoron belül állítanak fel alternatív diagnózisokat és végeznek kezeléseket. Az Audit Commission vizsgálata szerint a legtöbb PCT rendelkezik irányelvekkel arra vonatkozóan, hogy mikor utalhassanak egy beteget egy PwSI-hoz.

Az PCT-k ellátásszervezési és szolgáltatás vásárlási tevékenységét egy konkrét tröszt ismertetésével mutatjuk be.

Kensington and Chelsea PCT

A Londonban működő 31 PCT közül a Kensington and Chelsea PCT fedi le a város legsűrűbben lakott kerületét, 170 ezer lakossal 12 km² területen. Kensington and Chelsea a leggazdagabb kerület Londonban, lakosságának egészsége országosan a legjobb. A Kensington and Chelsea PCT az NHS London nevű Stratégiai Egészségügyi Hatóság alá tartozik. A PCT kb. 100 főből álló személyzettel működik, vezetését a vezérigazgató, kerületi igazgató, pénzügyi igazgató, aktív szolgáltatás vásárlási igazgató, stratégiai és innovációs igazgató, népegészségügyi igazgató, elnök, alelnök, könyvvizsgáló elnök és a Clinical Executive Committee elnöke alkotja.

A PCT jó pénzügyi helyzetben van, és az elmúlt három évben többletet is produkált. Költségvetése a 2009/10 pénzügyi évre 337,4 millió font volt, a realizált többlet 3,5 millió font. A fejlesztési kiadások összege 16,1 millió font volt, ennek legnagyobb részét az új St. Charles Hospital közösségi kórház befejezése tette ki. Ebben az intézményben különböző szolgáltatások érhetők el, mint sürgősségi ellátás, diagnosztika, krónikus betegség menedzsment, dialízis.

A szolgáltatás vásárlás tekintetében a Kensington and Chelsea PCT két célkitűzést jelöl ki:

- A lakosság egészségének javítása,
- A lakosságnak nyújtott egészségügyi ellátás javítása.

Ezeket három eszköz révén kívánja megvalósítani:

- A szolgáltatás vásárlás nem az egészségügyre összpontosít, hanem arra, hogy az emberek egészségesek maradjanak,
- A szolgáltatás vásárlás meghatározott betegutak mentén történik, azonban elmozdul az aktív ellátástól az alapellátás és közösségi ellátás felé,
- Az egészségügyi és a szociális ellátás integrálása egy több összetevős, „poly” rendszerű ellátó modellen keresztül (polysystems),

A helyi prioritások meghatározásában a "londoni egészségügyi utak" (Healthcare for London pathways) nyolc elemére összpontosítanak: anyaság és újszülöttek, tervezett ellátás, aktív ellátás, gyermekek és fiatalok, egészségben maradás, mentális egészségügy, krónikus betegségek, élet végi egészség.

Monitoring

A PCT-ben működő klinikai ellenőrző bizottság (Clinical Executive Committee, CEC) háziorvosokból, gyógyszerészekből, fogorvosokból, terapeutákból, ápolókból és a szociális ellátás szakembereiből áll, akik alapos ismerettel rendelkeznek a helyi lakosságot és szükségleteit illetően. A CEC biztosítja, hogy a PCT által vásárolt szolgáltatások jó minőségűek és klinikailag hatásosak legyenek. A CEC szorosan együttműködik a Practice-based Commissioning konzorciummal. A PBC Consortium GP-kből álló csoport, amely PCT-ekkel és kórházi szakemberekkel működik együtt a minőségi szolgáltatások tervezése és vásárlása céljából.

A PCT figyelemmel kíséri a helyi lakosság egészségi állapotát és egészségügyi igényeit is. A Joint Strategic Needs Assessment (JSNA) nevű igényfelmérés azonosítja a lakosság egészségügyi és szociális szükségleteit és vizsgálja ezek kielégítésének mértékét. A betegek véleményét és tapasztalatait a teljesítmény meghatározó mutatójának tekintik, a szolgáltatások javítása érdekében ezeket rendszeresen vizsgálják (betegfelmérések, Patient Advice and Liaison Service, beérkezett panaszok).

Alapellátási stratégia

A PCT 2008-ban tette közzé alapellátási stratégiáját, amelyben olyan egészségügyi szolgálat jövőképét vetíti fel, amely képes alkalmazkodni a 21. század igényeihez. A jövőkép az alapellátást helyezi az egészségügyi ellátás középpontjába. Az alapellátási stratégia és a kapcsolódó szolgáltatás

vásárlási tevékenységek eszközei a poliklinikák (polyclinics, polysystems) lesznek. Ezek a rendszerek szélesebb körű szolgáltatásokat nyújtanak a jelenlegi alapellátásnál, és tartalmaznak bonyolultabb műszeres diagnosztikát, krónikus betegség menedzsmentet, járóbeteg szakellátást, integrált egészségügyi és szociális ellátást. A Kensington and Chelsea PCT két poliklinika kialakításán dolgozik: egyik a kerület északi részén a St. Charles Hospital központjával, a másik pedig délen, hálózati jelleggel.

Az északi St. Charles Community Hospital poliklinikaként működik a közelben levő GP-k számára. A 2010-ben megnyílt létesítmény 74 ezer lakost szolgál ki, 20 GP praxist, 15 közösségi gyógyszertárat és 9 fogorvost foglal magába. Mivel a kerület szegényebb és rosszabb egészségi állapotú népessége az északi részben lakik, ezért igyekeztek a szolgáltatások minél szélesebb skáláját megvalósítani. A St. Charles Hospital a következő szolgáltatásokat nyújtja:

- krónikus betegségek ellátása,
- röntgen, ultrahang, EKG, vérvétel,
- rutin közösségi szolgáltatások,
- orvosi kivizsgáló egység idősek számára,
- mentális egészségügyi szolgáltatások,
- vesedialízis,
- sürgősségi központ és ügyeleti ellátás.

A sürgősségi központ a hét minden napján 8-20 óráig van nyitva. A Single Point of Access nevű ügyeleti ellátás háziorvosi és ápolói szolgáltatásokat nyújt ügyeleti időben, és sikeresen működik együtt a londoni mentőszolgálattal az alapellátási esetek sürgősségi osztályokról történő átirányításában. A fenti központi szolgáltatások kialakítása után a St. Charles Hospital fejlesztésének következő fázisa széles körű szociális és jóléti szolgáltatásokra irányul.

A kerület déli részén 2010-ben kezdődött egy hálózat kiépítése, amely három átmeneti központra és a már meglévő nagyobb háziorvosi praxisokra épül. A hálózat kb. 100 ezer lakost szolgál ki 23 GP praxissal, 23 közösségi gyógyszertárral és 11 fogorvossal. A három központ a következő:

Az Earl's Court Health Centre egy új GP által vezetett központ az alábbi szolgáltatásokkal:

- szexuális egészség,
- HIV, mint krónikus betegség,
- fogászat,
- sürgősségi központ,
- diagnosztikai szolgáltatások,
- ügyeleti ellátáson keresztül történő beutalás,
- önkéntes szervezetek fiataloknak nyújtott szolgáltatásokkal,
- közösségi mentális egészségügy.

A második, GP által vezetett sürgősségi központ a Chelsea and Westminster NHS Foundation Trust

nevű alapítványi trösztön keresztül rendel sürgősségi szolgáltatásokat. A központ sikeres működéséhez elengedhetetlen a betegutak megváltoztatása az akut oldalon, hogy a kórház sürgősségi osztályán megjelenő betegeket a GP sürgősségi központba irányítsák. Felmérések szerint a Chelsea and Westminster sürgősségi osztályán megjelenő betegek 70 százaléka háziorvosi környezetben is ellátható. A központban elérhetők a kórházban is rendelkezésre álló diagnosztikai vizsgálatok. Emellett vásárolnak szolgáltatásokat még a közösségi ápolás és az idősek ellátása terén is.

A World's End Health Centre egy a PCT tulajdonában levő egészségközpont, amely hagyományos GP és közösségi szolgáltatásokat nyújt a kerület déli részén élő legszegényebb lakosok számára. Bár az egészségközpont szolgáltatásai alapján jók, azonban nem tükrözik a több összetevős, „poly” rendszerekben való gondolkodást. Ezért egy megvalósíthatósági tanulmány alapján fogják megvizsgálni, hogyan érhetné el a központ a teljes potenciálját.

A PCT által vásárolt hagyományos szolgáltatások

Háziorvosi ellátás

A Kensington and Chelsea PCT 43 háziorvosi praxist működtet, ennek 43 százaléka egyszemélyes praxis, 30 százaléka két tagból álló praxis, 27 százaléka három tagból álló praxis.

Kórházi ellátás

A kerület lakosait a három kilométeres rádiuszon belül elhelyezkedő öt NHS kórházi tröszt szolgálja. Ezen felül a PCT még kilenc kórházzal szerződik aktív ellátásra, ebből öt szakellátó központ. Az összes helyi kórház nyújt valamilyen szakellátást terciális ellátó központként. A szakellátó szolgáltatások gyakran túlnőnek a kerület határain és kiterjednek egész Londonra, megrendelésüket a PCT mellett a London Specialist Commissioning Group is végezheti.

Mentális egészségügy

Az aktív mentális egészségügyi szolgáltatások legfőbb nyújtója a Central North West London Foundation Trust, amely öt PCT-t fed le Észak-Nyugat-Londonban és a mentális egészségügyi szolgáltatás vásárlás költségvetésének kétharmadát teszi ki. Létezik még egy kisebb volumenű szerződés a West London Mental Health Trust nevű intézménnyel.

Aktív kórházakon kívüli ellátás

A PCT céljának tekinti, hogy a lehető leghosszabb ideig tartsa az embereket egészségben. Jelenleg az ellátás nagy része aktív kórházakban történik, és mivel ezek nem a legmegfelelőbb helyek a minőségi és hatékony ellátás nyújtására, a PCT tervbe vette az alapellátás és a közösségi ellátás felé való elmozdulást. Ezt integrált egészségügyi rendszerek létrehozásával kívánják elérni (polysystems), amelyek az egészségügyi ellátás jelentős részét fogják nyújtani. A kórházon kívüli egészségügyi és szociális ellátást jelenleg számos szervezet végzi, gyakran a helyhatóságokkal partnerségben.

Közösségi szolgáltatások

A kerület lakosai számára a legtöbb közösségi szolgáltatást a London Community Healthcare nyújtja, amely 2009-ben jött létre a Westminster, Kensington and Chelsea és a Hammersmith and Fulham PCT-k közösségi szolgáltatásainak fúziója révén. A helyi szinten rendelkezésre álló közösségi szolgáltatásokkal lehetővé válik az ambuláns ellátás és a krónikus betegség menedzsment leválasztása a hagyományos kórházi környezettől. Jelenleg 26 szerződés van érvényben, mely számos területet fed

le a gyermekeknek nyújtott szolgáltatásoktól a közösségi ápolásig. A Kensington and Chelsea PCT néha más helyi PCT-vel együtt vásárol közösségi szolgáltatásokat a skálagazdagság előnyeinek kihasználására (gyógyászati segédeszközök, elektromos kerekes székek, gyermekek palliatív ellátása).

Fogászat

Jelenleg 23 NHS fogorvossal van szerződés. A minőség javítása és a kapacitás növelése érdekében egy kétszemélyes és egy háromszemélyes rendelő nyitását tervezik, emellett szerződésbe lépnek még két szolgáltatóval.

Teljesítmény-értékelés

Az egészségügyi szolgáltatások értékelését végző Care Quality Commission két fő indikátor szerint méri a teljesítményt: szolgáltatások minősége és pénzügyi menedzsment. 2009/10-ben a PCT mindkét indikátorban „jó” osztályzatot kapott. A várakozási idők és a szolgáltatásokhoz való hozzáférés 13 célkitűzéséből a PCT 12-t teljesített. Az egész NHS céljait érintő NHS's National Priorities 23 célkitűzéséből 17-et teljesített. A PCT teljesítményének monitorozása teljesítmény indikátorok alapján történik, ezek közt megemlíthetők a National Indicators és a Vital Signs nevű országos indikátorok, valamint a Local Area Agreement, amelyet a kerülettel (Royal Borough of Kensington and Chelsea) együtt mérnek negyedévenként. A PCT jól teljesít a legtöbb országos szintű mutató alapján.

Írország

2005-ben Írországban kezdetét vette az egészségügyi ellátás megszervezésének reformja, az alapellátás, fekvőbeteg-ellátás és számos szociális ellátás egységes szervezetbe, az Egészségügyi Szolgáltatások Hivatalába (Health Service Executive, HSE) történő tömörítésével. Ezt megelőzően tíz, egymástól független regionális egészségügyi testület volt felelős az ellátásszervezésért Írországban, amelyekben a politikusok erőteljesen felülreprezentáltak voltak. A reformokat egyes politikai erők és a média is bírálta, ennek ellenére az Egészségügyi Szolgáltatások Hivatala jelentősen fejlesztette az ellátás-szervezést. A várólisták nagymértékben csökkentek, és több beteg férhetett hozzá a jó minőségű ellátáshoz. A kórházi ellátás minősége és biztonsága is fejlődött.

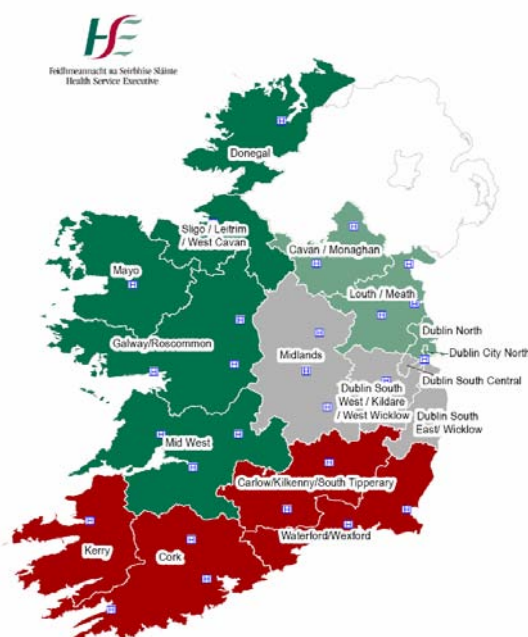
Az Egészségügyi Szolgáltatások Hivatalát a kormány finanszírozza évi 15 milliárd euróval, az Egészségügyi és Gyermekügyi Minisztériummal kötött szerződésen keresztül. A vezérigazgató személyesen felelős a költségvetés túllépéséért. Brendan Drumm, az Egészségügyi Szolgáltatások Hivatalának első vezérigazgatója egy vele készített interjúban (Frontline lessons in health care transformation, 2010) elmondta, hogy 2005-ben szembesülnie kellett az egészségügyi rendszer alulfinanszírozottságával, a megfelelő teljesítmény-mérések hiányával. A látszat azt mutatta, hogy az egészségügyi dolgozók túlterheltek, az alulteljesítés problémája nem volt látható, a várólisták rendkívül hosszúak voltak. Minden problémáért az erőforrások hiányát okolták. A politikusok és egészségügyi szakemberek azzal érveltek, hogy a várólisták felszámolásához 3000 további akut fekvőbeteg ágy kialakítására lenne szükség (25 százalékos növekedés), ami azonban további 1,5-2 milliárd eurós tőkeköltséget jelenteni, és az extra munkaerő költsége is 1 milliárd euró lenne éves szinten. Ugyanakkor figyelembe véve a lakosság átlagos korösszetételét, Írországban a lakosságszámra vetített ágyak száma nemzetközi összehasonlításban már így is magas. Ezért először is meg kellett győzni az orvosokat arról, hogy az egészségügynek nemcsak újabb pénzforrások bevonására van szüksége, hanem sokkal mélyebb szintű változtatásokra, az egészségügyi szolgáltatások megszervezésének

radikális átalakítására.

Az átalakítást azzal kezdték, hogy megfigyelték a betegutakat. Egy idős betegnek például, aki egyszerre többféle egészségügyi problémával is küzd, számos egészségügyi és szociális szolgáltatást is igénybe kell vennie (pl. háziorvos, pszichiáter, szociális munkás, közösségi ápolónő), de ezek az egészségügyi szakemberek általában egymástól függetlenül dolgoznak, és nem kommunikálnak egymással. A közösségi alapú szakembereknek pedig nincsenek formális kapcsolataik a helyi kórházi orvosokkal. Ezért a betegnek magának kell koordinálnia az ellátását. Felismerték, hogy ahhoz, hogy a betegek igényeit ki tudják elégíteni, multidiszciplináris alapellátó csoportokat kell kialakítani a közösségekben, és újjáalakítani a kórházi szolgáltatásokat úgy, hogy az ellátást a leghatékonyabb intézményekben tudják biztosítani. Az összes ellátást úgy kell integrálni, hogy a betegek zökkenőmentes ellátása biztosított legyen. Az alapellátó csoportokat 8000-10 000 fő ellátására szervezték meg. Jelenleg 300 alapellátó csoport működik, amely a lakosság több mint felének igényeit szolgálja ki. A cél az volt, hogy az alapfokú egészségügyi szolgáltatásokat közelebb hozzák a betegek otthonaihoz, javítva az ellátás minőségét, értékét, az ellátáshoz való hozzáférést és a kényelmet. Országos szinten összekapcsolták a kórházi és közösségi szolgáltatások menedzsmentjét, és jelenleg 18 integrált ellátási terület van (négy régióban), amelyek helyi szinten működtetik a közös menedzsmentet. Ezek az integrált ellátási területek egy menedzseren keresztül egyesítik az összes helyi alapellátó csoportot és más közösségi szolgáltatásokat, valamint legalább egy másodlagos ellátást biztosító kórházat a kórház vonzáskörzetében. Az integrált ellátási területen az összes egészségügyi szakember felelős a teljesítményéért.

3. ábra Az ír HSE régiói és területei

Area Management Structures



Forrás: www.hse.ie

A házi orvosok egyéni praxisokban dolgoznak, ezért hosszú ideig eltarthat, amíg sikerül mindegyiket alapellátó csoportokba tömöríteni. Ehhez pénzügyi ösztönzőt alkalmaztak: public-private partnership keretében felajánlották a házi orvosoknak, hogy hozzanak létre helyi alapellátó központokat. Azt remélik, hogy 2013-ra sikerül elérni a kitűzött célt: az 500 alapellátó csoport megalakulását. Írországban mintegy 50 aktív kórház működik. A kórházak újjászervezésben az első lépés az volt, hogy számos komplex ellátást a kisebb kórházakból nagyobb kórházakba utaltak át. A kórházak vezetőinek nagy szerepük volt a változásokban, segítettek meggyőzni a politikusokat, a közvéleményt, valamint a médiát a reformok szükségességéről.

A kórházak teljesítményének mérésére a várakozási időt alkalmazták, a nap-esetszám arányokat, az ellátott új járóbetegek számát, a személyzet létszámát, valamint a case-mixet, mind a sürgősségi, mind az elektív sebészet esetében. A közösségi ellátásnál az oltottsági arányt, valamint az új családok mentális egészségügyi csoportok általi felkeresését vizsgálták minden hónapban. Az információt egy HealthStat nevű program elemzi. A területi menedzserekkel és kórházi vezetőkkel rendszeresen megvitatták az eredményeket. A területi menedzserek és a kórházi vezetők egyaránt felelősek olyan akciótervek kidolgozásáért, amelyek az alulteljesített területek fejlesztésére irányulnak. A HealthStat azt is lehetővé teszi, hogy közvetlenül összehasonlítható legyen a teljesítmény az egész ország területén. Az eredményeket havonta teszik közzé a HealthStat weboldalán a lakosság számára.

A reformok egyik fő akadályá az volt, hogy az állami szektorban nehezebb változást generálni, mivel az ott dolgozók állása általában biztosított, és az alulteljesítésnek gyakran nincsenek konzekvenciái. A másik fő nehézséget az jelentette, hogy a közvéleményt is nehéz volt meggyőzni a változások szükségességéről. Amíg a lakosság nem vonja felelősségre a szolgáltatókat a hosszú várólisták, illetve az egészségügyi ellátás alulteljesítése miatt, nem igényel jobb ellátást, addig nehéz reformokat generálni a rendszerben. A jövőben az egyik fő kérdés a rosszul teljesítő intézmények helyzetének megoldása, azaz lehetővé tegyék-e, hogy egyes kórházakban megszüntessék a rosszul működő szolgáltatásokat, vagy magát a kórházat is bezárják. Brendan Drumm szerint a fenntartható egészségügyi rendszerhez versenyre van szükség az intézmények között. A másik fő kérdés, hogy az állam a szolgáltatásoknak továbbra is ilyen széles körét finanszírozza-e, vagy döntést hozzanak egy szűkebb ellátási kosár mellett. Az új rendszer főbb eredményeiként Brendan Drumm azt említette elsősorban, hogy sikerült bizonyítani, hogy az egészségügyben nemcsak pótlólagos források bevonásával lehet nagyobb hatékonyságot elérni. A közösségi alapon dolgozó szakembereket sikerült új típusú munkavégzés irányába elmozdítani. A kórházi szolgáltatásokat sikerült hatékonyabb formában újjászervezni. Az Egészségügyi Szolgáltatások Hivatala pedig az utóbbi három évben 1 milliárd euróval csökkentette költségeit.

A HSE szervezete és funkciói

Az Egészségügyi Szolgáltatások Hivatalának az a feladata, hogy az összes állami egészségügyi szolgáltatást koordinálja. Élén a vezérigazgató áll. 67 000 közvetlen dolgozója van, és további 35 000 alkalmazott, akik a szervezet által finanszírozott ügynökségeken dolgoznak. Szervezeti egységei közé tartoznak a következők:

- *HSE tanács*: tagjait az Egészség- és Gyermekügyi Miniszter nevezi ki. Havonta ülésezik, illetve amilyen gyakran szükséges.
 - o A Minőség- és Kockázat Hivatalt a Tanács Hivatalának részeként hozták létre 2006-

ban. Elsődleges feladata a minőség- és kockázatmenedzsment keretének kidolgozása a szervezetben belül. Ez magában foglalja a standardizált politikák kidolgozását, valamint kockázati regiszter kialakítását és működtetését, és időszerű és pontos információk biztosítását a Tanácsnak, a Menedzsment Csoportnak és a Kockázati Bizottságnak.

- Az *Integrált Ellátások Igazgatósága* menedzsel minden kórházi és közösségi állami egészségügyi ellátást. Élén a Teljesítmény és Pénzügyi Menedzsment Országos Igazgató, illetve az Újjászervezési Igazgató áll. Az egészségügyi és szociális ellátások megszervezése 4 régióra bontva valósul meg: Dublin Mid Leinster, Dublin Észak-kelet, Dublin Dél és Dublin Nyugat, és mindegyik élén regionális működési igazgató áll. A négy regionális működési igazgató kezeli a szolgáltatások finanszírozását számos nem állami ügynökségen keresztül. Országos szinten Országos Igazgatóhelyettesek vagy Országos Vezetők felelősek a szolgáltatások megtervezéséért, monitorozásáért és értékeléséért, valamint az ellátásokra vonatkozó standardok és a legjobb gyakorlat kidolgozásáért. Az Egészségügyi Szolgáltatások Hivatalának 4 működési régióját 4-5 területre osztják. Minden területnek saját menedzsere van, aki az összes állami egészségügyi szolgáltatásért felelős a saját működési területén. A területi menedzserek a regionális működési igazgatóknak tesznek jelentést. Az egyes területek minden egészségügyi szolgáltatást magukban foglalnak, zökkenőmentes egészségügyi ellátást biztosítva ezáltal az adott területen élőknek:
 - o Aktív kórházi ellátás
 - o Alapellátásba tartozó szolgáltatások (házi orvos, ügyeletes orvos, állami egészségügyi nővér, közösségi paramedicinális szolgáltatások, logopédus stb.)
 - o Mentális egészségügyi szolgáltatások
 - o Gyermek-egészségügyi ellátás
 - o Rokkantsági ellátás
 - o Társadalmi befogadás
 - o Idősellátás/Otthonápolás
 - o Fogászati ellátás
 - o Számos juttatás, beleértve a Kiegészítő Jóléti Támogatást, az Otthoni Ellátás Támogatását, a Vaksági Jóléti Támogatást, a Mobilitási Támogatást.
- A *Testületi Tervezési és Testületi Teljesítmény Igazgatóság* felelős az integrált tervezési funkcióért, az üzleti intelligencia egységért, valamint a működési teljesítmény-méréséért és az arról való jelentéstételért. A tervezés a menedzsment folyamat részét képezi, létfontosságú a szükségletek beazonosítása, a speciális célok kitűzése, valamint a célok megvalósítása szempontjából. A 2004-es Egészségügyi Törvény értelmében az Egészségügyi Szolgáltatások Hivatalának 3 évente formális stratégiai tervet kell kidolgozni, amelyet Testületi Tervnek hívnak. A jelenlegi terv 2008-2011-es időszakra vonatkozik, és a 2011-re elérendő célkitűzéseket fogalmazza meg. A Szolgáltatási/Üzleti tervezés a Testületi Terv megvalósíthatóság szempontjából történő éves lebontása. Az éves Szolgáltatási Terveket a Nemzeti Szolgáltatási

Tervek tartalmazzák. A Teljesítmény-monitoring lényeges eleme a tervezési ciklusnak. Lehetővé teszi az elért eredmények összehasonlítását a kitűzött célokkal, és kitűzi a testületi és éves tervek kiindulópontját. A szervezet havonta ad ki teljesítmény-jelentéseket. A szervezet működteti a teljesítmény-információs és fejlesztési rendszert, a Healthstat-ot. A Healthstat átfogó adatbankként funkcionál az ír állami egészségügyi szolgáltatások havi teljesítmény adataival kapcsolatban. Az eredmények elérhetőek a Healthstat honlapján keresztül.

- A *Pénzügyi Igazgatóság* fő célkitűzése, hogy stratégiai és operatív pénzügyi támogatást biztosítson, és tanácsot adjon a jó minőségű, integrált egészségügyi és szociális ellátás biztosításához. A pénzügyi csoport feladata a szervezet pénzügyeinek kezelése, az elszámoltathatóság, valamint az ár-érték arány biztosítása, és a standardizált Pénzügyi Menedzsment keret kidolgozása.
- A *Klinikai Programok és Stratégiák Igazgatósága* Klinikai Stratégiát és Programokat dolgoz ki a betegellátás fejlesztésére és standardizálására, azáltal, hogy összegyűjti a klinikai irányelveket, és lehetővé teszi az innovatív megoldások megosztását. A kidolgozott Nemzeti Klinikai Programok az alábbi célkitűzéseken alapulnak:
 - o Az ellátás minőségének fejlesztése,
 - o Az összes szolgáltatáshoz való hozzáférés fejlesztése,
 - o A költség-hatékonyság fejlesztése.

A HSE további egységei között található:

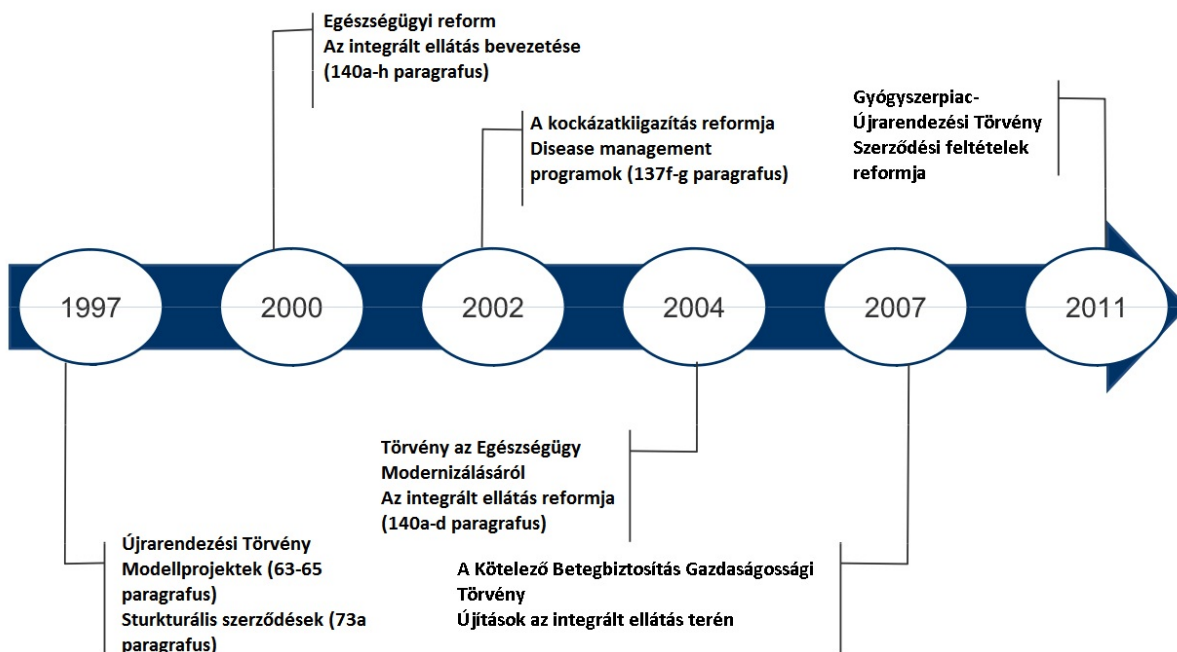
- Humán Erőforrások Igazgatóság
- Kommunikációs Igazgatóság
- Nemzeti Rák Kontroll Program Igazgatóság
- Kereskedelmi és Támogató Szolgáltatások Igazgatóság (ingatlanok, jog, beszerzés, szerződések, info-kommunikációs technológia)

Németország

A német egészségügyben a máig jelentkező problémák jelentős része a felelősség 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.

4. 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:

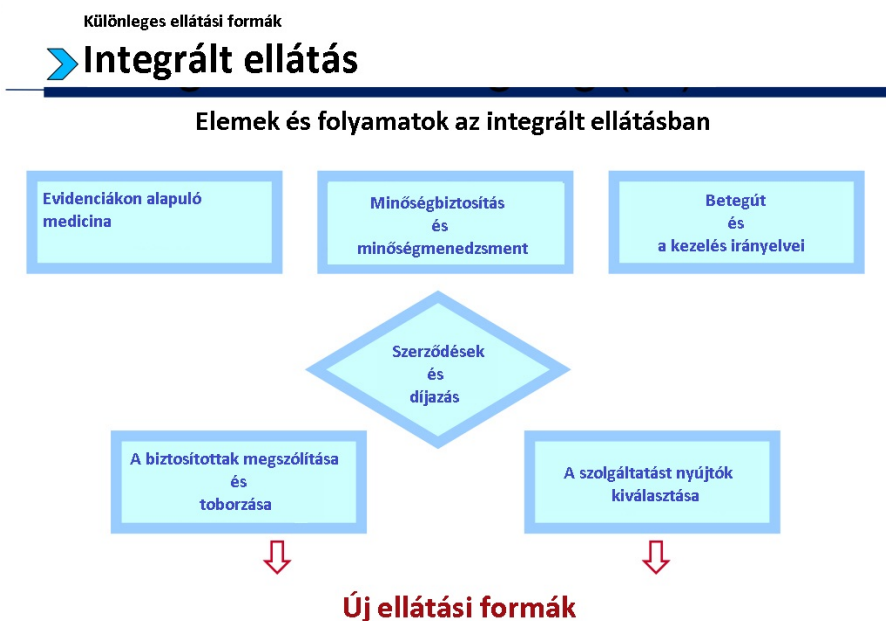
- Strukturális szerződések: a szerződéses orvosi ellátás különleges formája, amelynek célja egy új ellátói struktúra létrehozása innovatív díjazási modellekkel.
- Modellprojektek: lehetőség a pénztárak részére, időben korlátozott szerződések megkötésére egyes orvosokkal, csoportpraxisokkal vagy pénztári orvosok egyesületeivel.
- Háziorvosközpontú ellátás: a betegpénztárak számára kötelezően előírt egyedi szerződések megkötése magasan kvalifikált háziorvosokkal, 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, betegség menedzsment 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.

5. 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 szerződéskötése (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 szívbetegek 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 kockázatkülgazítási 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 Csúcsszövetsége 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 fogalmazza 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 Kórházársaság, 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 (betegség menedzsment) programok legfontosabb jellemzői

5. 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.
6. Minőségbiztosítási intézkedések: egyedi visszacsatolás az orvosok részére a programmal kapcsolatos tevékenységek fontosabb adataival, emlékeztetőrendszer az elmaradt és soron következő dokumentációs kötelezettségekről.
7. A programokba való feliratkozás meghatározott előfeltételekhez kötött, a program időtartama meghatározott.

8. A szolgáltatók és a biztosítottak oktatása.
9. Szövetségi szinten egységes dokumentációs rendszer.
10. Hatékonyság értékelése és költségbecslés.

Jelenleg a diabétesz 1-es (bevezetés 2005) és 2-es típusára (bevezetés 2003), a mellrákra (bevezetés 2003), a koronáriás szívbetegségre (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 felettiiek 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 átívelő² 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 háziorvosi³ 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 szerződéses formában vannak már 100 000 feletti biztosítottal bíró modellek (kombinációs szerződés: prosper-Netz der Knappschaft).

AOK-Baden-Württemberg speciális háziorvosközpontú modellje

A modellben a szerződéses partnerek az AOK-Baden-Württemberg, a Hausärztliche Vertragsgesellschaft eG és a Mediverbund Dienstleistungsgesellschaft-GmbH. Ez a szerződés a pénztári egyesületekkel megkötött szerződésektől különösen a díjazásban és a IT megoldások alkalmazása terén különbözik. A 2008-as felméréskor az AOK Baden-Württemberg háziorvosközpontú 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 szerződéses partnerek körében. Az átalánydíj három additív alkotórészből tevődik össze:

- Egy találkozások számától független átalány, ami 65 euró évente és beiratkozott biztosítottanként; függetlenül attól a kifizetésre kerül, hogy a biztosított a háziorvos

² 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).

³ 2008-ban a háziorvosok száma mintegy 58 000, azaz egy háziorvos átlagosan 1,5 populáció vonatkozású szerződésben vett részt.

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 házi orvos szolgáltatását igénybe veszi.
- Egy találkozások számától független krónikus betegek kezeléséért kapott negyedévenkénti 25 eurós átalány.

A modellben résztvevő házi orvosok 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 átvállalásért a krónikus betegek ellátása során). A szerződéskötés egy további követelménye volt, hogy a programban résztvevő házi orvos internethez csatlakoztatott számítógéppel rendelkezzen és azon a szerződés 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 szerződéseket. A gyógyszeres modulban a gyógyszerreklámozás 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 díjazásából 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 bonuszról 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 házi orvosi 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 (gyógyszerkedvezményes 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 díjazták. 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 prevenció 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 házi orvos 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 házi orvosokkal 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 pilótaprojekt keretében került bevezetésre az elektronikus betegakta, ami már a későbbi országos szintű egészségügyi kártya követelményeinek is megfelel.

A hálózat finanszírozása a Gesundes-Kinzigtal 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 esetenedzsmet fokozatos bevezetésére két szinten került sor: beteg- és rendszerszinten. A projekt fontos célkitűzése volt a lehető legjobb betegirányítás megvalósítása ellenőrzött forrásfelhasználás mellett. Az esetenedzsmet bevezetése betegszinten a kooperációra kész osztályokon valósult meg. Az ápolási szükséglet, tervezés, végrehajtás és értékelés az esetenedzsmetre 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 esetenedzserek tehermentesítették az orvosokat és az ápolókat. Az esetenedzserek feladatai közé tartozott többek között a viziteken 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 esetenedzser munkája révén az orvos-beteg (és a hozzátartozók) közötti információcsere hatékonyabbá vált.

Kidolgozásra kerültek standardizált szervezeti folyamatok rögzített felelősségi körökkel és kapcsolattartókkal. Nem az esetenedzser 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 esetenedzserek 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 ismétlőkursusokat 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 felvételi 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 dinózisok és a DRG-k kódolásáért.

Franciaország

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 kórházügyi hatóságokat, a regionális népegészségügyi csoportosulásokat, az egészségpénztárak regionális egyesületeit, a kórházügyi 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 képviselőiben 3 fő
- egészségbiztosítás szakszervezeti képviselője 10 fő
- a térségi közösségekből 4 fő
- az egészségügyi, a szociális és az egészségügyi-szociális ellátásban részesülők képviselőiben 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 képviselőiben.

Az ARS célja, hogy egyedüli regionális összekötőként egyszerűsített eljárásokat tegyen lehetővé az egészségügyi szakemberek számára (pl. pénztárat tart fenn az orvosok letelepedésének 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 kórház törvény 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 szülészet, 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 lakossághoz közeli szolgáltatások általános orvosok, ápolónők révén való biztosítása),
- 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 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 képképző 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 képképző 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 képképzési 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 képképző 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, ágykihasználtság stb.
- 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 szolgáltatást nyújtó szervezeti keretek kiépítésére és többféle szolgáltató együttműködésére kerül sor. Mindehhez az ANAP egyelőre útmutató kézikönyvvel, a továbbiakban pedig online tájékoztatással kíván segítséget nyújtani.

Források

About primary care trusts

<http://www.nhsconfed.org/Networks/PrimaryCareTrust/AboutThePrimaryCareTrustNetwork/Pages/About-the-Primary-Care-Trust.aspx>

Allgemeine Ortskrankenkassen: <http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/dmp/index.html>

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

AOK: Leuchtturmprojekt Gesundes Kinzigtal zeigt erste Erfolge, <http://www.aok.de/baden-wuerttemberg/presse/leuchtturmprojekt-gesundes-kinzigtal-72462.php>

ARS: <http://www.ars.sante.fr>

Assessment of the Evercare Programme in England 2003-2004, January 2005. UnitedHealth Europe

Audit Commission, 2004: Quicker treatment closer to home – Primary care trusts' success in redesigning care pathways. London

Boon H et al., 2004. From parallel practice to integrative health care: A conceptual framework. BMC Health Services Research, 4:15.

Bundesgeschäftsstelle 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

Bundesversicherungsamt:

http://www.bundesversicherungsamt.de/cln_048/nn_1046648/DE/DMP/dmp_node.html?_nnn=true

Busse, Reinhard; Blümel, Miriam; Scheller-Kreinsen, David; Zentner, Annette, 2010: Tackling chronic disease in Europe. World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies

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>

Case management http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Longtermconditions/DH_4130655

Communautés Hospitalières de Territoire <http://droit-finances.commentcamarche.net/legifrance/65-code-de-la-sante-publique/548934/communautes-hospitalieres-de-territoire>

Compare And Contrast Between PPO, POS, PFFS, MEP, HMO, EPO and DMO

<http://www.ppocoverage.com/2009/10/compare-and-contrast-between-ppo-pos-pffs-mep-hmo-epo-and-dmo-drawbacks-and-benefits/>

Debbie Singh, 2008: How can chronic disease management programmes operate across care settings and providers? World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, policy brief. <http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i0697.pdf>

Delnoij, Diana et al, 2003: Building integrated health systems in central and eastern Europe. An analysis of WHO and World Bank views and their relevance to health systems in transition. European Journal of Public health 2003; 13; 240-245

Department of Health (UK) <http://www.dh.gov.uk>

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

Feachem, R.G.A., Sekhri, N.K. & White, K.L., 2002. Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. BMJ : British Medical Journal, 324(7330), o.135-143.

Frontline lessons in health care transformation, 2010: An interview with Brendan Drumm, MD. In:

McKinsey Quarterly - Healthcare payor and provider practice,

Gersch, M.: Quo Vadis IV? - Monitoring Integrierte Versorgung Ergebnisse einer Vollerhebung zu den besonderen Versorgungsformen bei Gesetzlichen Krankenversicherungen, DGIV Hauptstadtkongress-Gespräch, 12. Mai 2011

Gesundes Kinzigtal: <http://www.gesundes-kinzigtal.de/>

Gleave, R., 2009. *Across the Pond – lessons from the US on integrated healthcare* T. N. Trust, ed. http://www.nuffieldtrust.org.uk/members/download.aspx?f=%2fecomms%2ffiles%2fAcross_the_pond_210109.pdf

Grone, Oliver; Garcia-Barbero, Mila, 2001: Integrated care. A position paper of the WHO European office for integrated health care services. *International Journal of Integrated Care* – Vol. 1, 1 June 2001 – ISSN 1568-4156 – <http://www.ijic.org/>

Health 21, The health for all policy framework for the WHO European region, Copenhagen, 1999. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/109759/EHFA5-E.pdf

Health Service Executive: <http://www.hse.ie/eng/>

HMOs Beat PPOs on Cost, Customer Support and Billing Services

<http://pressroom.consumerreports.org/pressroom/2009/08/consumer-reports-survey-hmos-beat-ppos-on-cost-customer-support-and-billing-services.html>

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

HospiDiag, Agence Régionale de Santé de Picardie <http://www.ars.picardie.sante.fr/Hospi-Diag.100715.0.html>

Hübbenet et al, 2010: Diabetes Stoffw Herz; 19:2S5-2S9 Wissenschaftliches Institut der Niedergelassenen Diabetologen: http://www.windiab.com/files/sd_originalie_huebbenet.pdf

Improving care for people with long-term conditions, 2006. A review of UK and international frameworks. NHS Institute for Innovation and Improvement.

Kaiser Family Foundation <http://www.kff.org>

Kaiser Permanente. 2010. Your Guidebook to Kaiser Permanente Services , Sacramento 2010-2011. https://members.kaiserpermanente.org/kpweb/pdf/cal/guidebook_sacramento.pdf

Kaiser Permanente. 2011a. Measuring care and service quality.
https://members.kaiserpermanente.org/kpweb/quality/navlinkpage.do?cfe_number=122&segment=members&nav_top_order=200®ion=MRN

Kaiser Permanente. 2011b. Fast facts about Kaiser Permanente.
<http://xnet.kp.org/newscenter/aboutkp/fastfacts.html>

Kensington and Chelsea PCT <http://www.kensingtonandchelsea.nhs.uk>

KORA-Studie zeigt, 2009: Qualität der Versorgung durch DMP verbessert: <http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/dmp/evaluation/kora/index.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/Plaque 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

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

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

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>

List of PCTs <http://www.nhs.uk/servicedirectories/pages/primarycaretrustlisting.aspx>

Managed Care Fact Sheets <http://www.mcareol.com/factshts/mcolfact.htm>

Pflege-krankenhaus.de: Wegweisende Modelle zur Weiterentwicklung der Pflege im Krankenhaus: <http://www.pflege-krankenhaus.de/>

Pierre Simon : "Comment développer 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>

Prosper Netz der Knappschaft: <http://www.prosper-netz.de/prosper-Saar.35.0.html>

Ramsey, Angus és Naomi Fulop. 2008. The Evidence Base for Integrated Care . NIHR King's Patient Safety and Service Quality Research Centre, Kings College London

Robinson, Ray; Steiner, Andrea 1998: Managed health care: US evidence and lessons for the National Health Service. Open University Press.

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

Strandberg-Larsen, M. et al., 2010. Is the Kaiser Permanente model superior in terms of clinical integration?: a comparative study of Kaiser Permanente, Northern California and the Danish healthcare system. BMC Health Services Research, 10(1), o.91.

Straub, Klemm: Besondere Versorgungsformen, Universität Bayreuth, Lehrstuhl Volkswirtschaftslehre III, Wintersemester 2010 – 2011

Suhrcke M, Fahey DK, McKee M, 2008. Economic aspects of chronic disease and chronic disease management. In: Nolte E, McKee M (eds). Caring for people with chronic conditions: A health system perspective. Maidenhead, Open University Press:43–63

Suhrcke M, Urban D. 2006. Are cardiovascular diseases bad for economic growth? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

Suter, Esther et al. 2007. Health Systems Integration – Definitions, Processes and Impact: A Research Synthesis. Calgary Health Region.

http://www.calgaryhealthregion.ca/hswru/documents/reports/HEALTH%20SYSTEMS%20INTEGRATION_2007.pdf

Melléklet

Egyesült Királyság East Lancashire - System Intelligence Directorate terve

Az Egyesült Királyság East Lancashire területén működő alapellátási tröszt (East Lancashire PCT) 2010. februári dokumentumában felvázolja az újonnan létesítendő System Intelligence Directorate igazgatóság szerkezetét és működését. A dokumentum támogatni kívánja az új munkakörökre és munkaköri leírásokra irányuló döntéshozást, és azok kapcsolódását a jelenlegi munkakörökhöz. Mivel a dokumentum belső használatra készült és számos specifikus részleg- és munkaköri megnevezést tartalmaz, ezeket fordítás nélkül, eredeti formájukban hagytuk.

A szervezeti diagramot a Strategic Sourcing Document (SSD) felhasználásával készítették a jelen és a várható feladatok alapján. Az új szerkezet várhatóan a minőség javulását fogja eredményezni az intézményen belül végrehajtott fejlesztés és együttműködés révén, emellett pénzügyi megtakarítások is elérhetőek lesznek.

A System Intelligence Directorate javasolt feladatait a Strategic Sourcing Document, valamint az ELPHRIC (East Lancashire Public Health Resource and Intelligence Centre), az R&D menedzser, a Choose and Book elemző csoport és a PCIU (Primary Care Informatics Unit) teljesítmény elemző csoport jelenlegi feladatai alapján határozták meg. Az együttműködés és outsourcing lehetőségét tekintetbe vették a folyamatban. Pénzügyi okokból a feladatokkal külső szolgáltatókat is megbízhatnak, mint a CBS (Commissioning Business Service). A Directorate létrehozásával jelentős minőségi javulás várható rövid és hosszú távon egyaránt. A Directorate-on belüli kommunikáció folyamatosabb információáramlást és együttműködést fog biztosítani a jelen helyzethez képest. A teljesítmény információ és elemzési funkció professzionális szintre emelésével javulni fog a minőség (pl. szakszerűbb, tapasztaltabb és készségesebb szolgáltatás).

Átmenet a jelen struktúrából a tervezett struktúrába

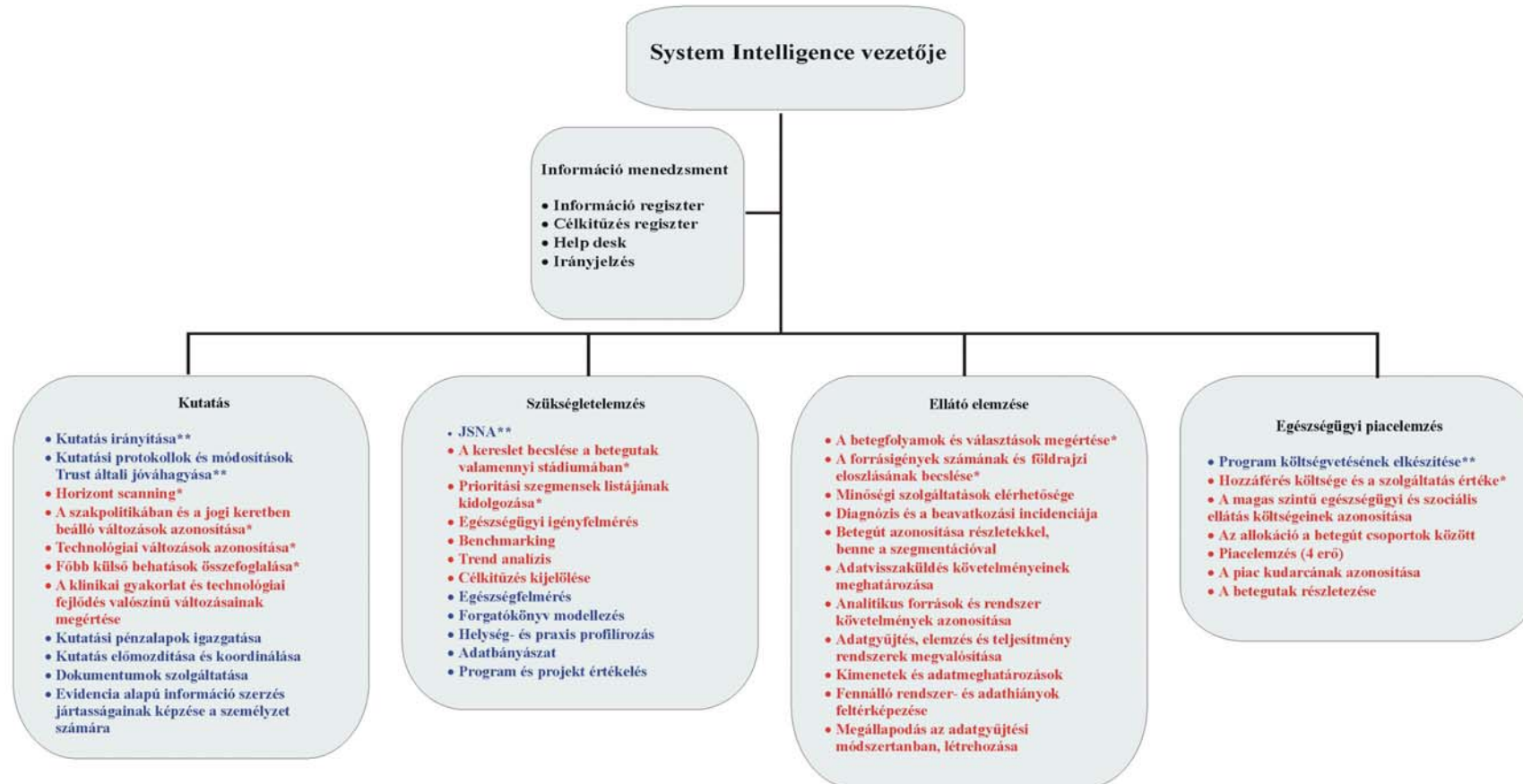
- A jelenlegi könyvtárból létre jön a Research & Knowledge osztály, amely az R&D és a NICE menedzsment funkciókkal szélesedik ki.
- A jelenlegi ELPHRIC elemző csoportból létre jön a szükségletelemzési csoport, amely részben a Public Health & Prescribing Team (PCIU Performance Analysis részleg) nevű csoporttal

szélesedik ki.

- A jelenlegi Choose & Book Analyst Team csoportból jön létre az ellátás elemző csoport, amelyet a Returns and/or Contract Monitoring & PBC Team (PCIU Performance Analysis részleg) bővít ki.
- Egészség-gazdaságtani csoport létrehozása a Finance Directorate megfelelő személyzetéből és más munkatársakból.
- Információ menedzsment – betölthető a jelenlegi ideiglenes információ menedzser által vagy más munkatárs átképzésével.
- Adminisztratív támogatás a meglévő adminisztratív személyzet felhasználásával érhető el.

4. ábra A System Intelligence Directorate működési diagramja

Piros: a Strategic Sourcing Document-ben a System Intelligence-hez kijelölt alapvető funkciók (*-gal jelölve)
 Kék: máshonnan jövő alapvető funkciók (**-gal jelölve)



Forrás: Peter Lobmayer (Head of ELPHRIC): Working document of tasks and structure of the System Intelligence Directorate at East Lancashire PCT. Draft, Version 3.0, 23rd of February 2010