

# TÁJÉKOZTATÓ ORSZÁGTANULMÁNY AUSZTRIA EGÉSZSÉGÜGYÉRŐL

---



**GYEMSZI**

Gyógyszerészeti és Egészségügyi  
Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet

---

Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság  
Rendszerelemzési Főosztály

2014. október

## Tartalom

Gazdasági–politikai környezet .....	2
Demográfia .....	2
Az egészségügyi rendszer általános jellemzői.....	2
Finanszírozás .....	3
Egészségügyi szolgáltatások.....	7
Egészségügyi dolgozók .....	12
Minőségügy .....	12
e-egészségügy .....	13
Egészségügyi reformok .....	14
Források .....	16

## **Gazdasági-politikai környezet**

Az osztrák gazdaság 2013-ban az előző évhez viszonyítva 0,4 százalékkal növekedett. A válság hatása 2009-ben volt a legerősebb, amikor a GDP 3,8 százalékkal csökkent. Az egy főre jutó GDP 2013-ban 32 200 EUR PPP. Ausztriában a gazdasági válság hatásait ellensúlyozó válságkezelő intézkedések eredményesnek bizonyultak. A GDP-arányos államháztartási hiány 2013-ban a GDP 1,5 százaléka, a bruttó államadósság a GDP százalékában 74,5. 2013-ban a fogyasztói árak 2,1 százalékkal növekedtek, a munkanélküliek aránya 5 százalék körül alakult. (Eurostat)

Ausztria államformája szövetségi köztársaság, kilenc tartomány alkotja. Az államfő a szövetségi elnök, az állampolgárok közvetlenül választják, mandátuma hat évre szól, és egyszer választható újra. 2004 áprilisa óta a szociáldemokrata Heinz Fischer tölti be ezt a tisztséget. Az osztrák törvényhozó hatalom, a Szövetségi Gyűlés kétkamarás testület, a Nemzeti Tanácsból és a Szövetségi Tanácsból áll. A 183 képviselőből álló Nemzeti Tanács fogadja el a szövetségi törvényeket. A föderalizmust megtestesítő Szövetségi Tanács 62 tagját lakosságuk arányában a tartományok delegálják. A szövetségi kormány élén a szövetségi kancellár áll, a kormány dönt a parlament elé kerülő javaslatokról. A legutóbbi választás 2013 szeptemberében volt, ekkor ismét nagykoalíció jött létre az Osztrák Szociáldemokrata Párt és az Osztrák Néppárt között, jelenleg ők kormányoznak Werner Faymann szövetségi kancellár vezetésével.

## **Demográfia**

Ausztria népessége 2013-ban 8,45 millió fő volt. A születési arányszám a '70-es évektől csökken, 2010-ben az 1000 főre jutó élveszületések száma 9,4. A halálozási arány az 1970-es évektől folyamatosan csökkenő tendenciájú. 2010-ben az 1000 főre jutó halálozási ráta 9,2. 1989-ig a természetes szaporodás mutatója negatív előjelű volt. A halálozási arány csökkenésének tulajdoníthatóan a lakosságfogyás megszűnt, 1990-től a természetes szaporodás kedvezőbb irányt vett.

Ausztriára is jellemző a népesség elöregedése. A fiatalabb korcsoportok aránya csökken, a 65 év feletiek a lakosság 17,7 százalékát teszik ki. A születéskor várható átlagos élettartam nőknél és férfiaknál egyaránt növekvő (2010: nők 83,16 év, férfiak 77,78 év). A csecsemőhalálozás 2010-ben 3,9 ezrelék volt 1000 élveszületettre, a termékenységi ráta 1,44.

A vezető halálokok a kardiovaszkuláris megbetegedések, melyek aránya 2010-ben 43 százalék. A halálokok között második helyen szerepelnek 25,6 százalékos aránnyal a daganatos betegségek. A 40 és 70 év közöttiek esetében a halálesetek zöméért a daganatos megbetegedések felelősek. Ebben a korcsoportban a leggyakoribb halálok férfiak esetében a tüdőrák, a nyirok és vérképző szövetek, a hasnyálmirigy és a vastagbélrák, a nők körében a mellrák, tüdőrák és hasnyálmirigyrák. Az összes halálozáshoz viszonyítva 2010-ben a légzőszervi megbetegedések aránya 5,5 százalék körüli, az emésztőszervi megbetegedéseké 4 százalék, az egyéb halálesetek aránya 16,5 százalék, a nem természetes halálesetek (sérülések és mérgezések) aránya 5,4 százalék (Statistik Austria 2012).

## **Az egészségügyi rendszer általános jellemzői**

A társadalombiztosításon alapuló egészségügyi rendszerben a hatáskörök megoszlanak a szövetségi kormány és a kilenc tartományi hatóság között. A kormány felelős az egészségügyi ellátásért a törvényben rögzített kivételek mellett. A legfontosabb kivétel a kórházi szektor, ahol a kormány

felelőssége az alaptörvényre terjed ki, amely alkalmazása a tartományok hatásköre. Szövetségi feladat a kórházi szektor egészségügyi szakmai felügyelete, ellenőrzése. Az egészségügy irányítását a Szövetségi Egészségügyi Minisztérium látja el.

A társadalombiztosítás magában foglalja a betegbiztosítás, balesetbiztosítás és nyugdíjbiztosítás szolgáltatásait és a munkanélküliek ellátását. Az ausztriai társadalombiztosításnak a XIX. század második felében létrejött rendszere kezdettől fogva az önkormányzatiság elve alapján szerveződik: a biztosítottak és a munkaadók képviselői végzik a társadalombiztosítással kapcsolatos ügyek intézését az állam felügyelete mellett. A társadalombiztosítás alapelvei a szolidaritás, a kötelező jelleg, nem létezik kockázati mérlegelés, a társadalombiztosítás nem nyereségorientált.

2011-ben a betegbiztosítás a népesség 99,9 százalékára terjedt ki. 2000-től néhány foglalkozási kategória tagjai, mint pl. az orvosok, gyógyszerészek, ügyvédek stb. kiléphetnek a kötelező biztosításból, ha ezt választják, magánbiztosítást kell kötniük.

Az országban 22 társadalombiztosító közül 19 biztosító foglalkozik betegbiztosítással (2014), közülük három biztosító balesetbiztosítást és nyugdíjbiztosítást is kínál. Egy biztosító balesetbiztosításra, kettő nyugdíjbiztosításra szakosodott. A biztosítók területi alapon, illetve foglalkozási csoportonként szerveződnek. A biztosítók között nincs verseny, a lakosok biztosítójukat nem választhatják meg szabadon. A törvény által előírtak szerint a lakos foglalkozás vagy lakóhely szerint kerül besorolásra a biztosítóhoz.

## Finanszírozás

### Egészségügyi kiadások

2012-ben az egészségügyi kiadások az ország GDP-jének 11,5 százalékát tették ki (2009: 11,2 százalék). Az egy főre jutó egészségügyi kiadás 2012-ben 5065 USD PPP. (WHO HFA)

### Forrásgyűjtés

2012-ben az összes egészségügyi kiadás 77,2 százaléka állami kiadás volt (az összes kiadás 44,6 százaléka társadalombiztosításból származik, 32,6 százaléka kormányzati, tartományi kormányzati kiadás), és 22,8 százalékát adták a magánkiadások (OECD statistics). A kötelező biztosítás finanszírozása főként társadalombiztosítási járulékokból történik. A járulékokat törvény határozza meg, a fizetendő járulék mértéke a jövedelemtől függ. 2008-tól minden foglalkozási csoport számára egységes alapjárulék került bevezetésre, amely ma is érvényes. A betegbiztosítási járulék együttes mértéke a bruttó kereset 7,65 százaléka, a munkaadó és munkavállaló közötti megoszlásának aránya az egyes foglalkozási csoportokban eltérő<sup>1</sup>. A járulékalap felső határa alkalmazásban állók esetén havi 4230 euró (2012). 2008-tól az önfoglalkoztatók és a mezőgazdászok is 7,65 százalékos járulékot térítenek.

2013-ban a betegbiztosítás összbevétele 15,894 milliárd euró volt, 2012-höz viszonyítva 3,4 százalékkal nőtt. A betegbiztosítás összkiadása 15,676 milliárd euró, 2012-höz viszonyítva itt 3,2 százalékos növekedés figyelhető meg. 2013-ban az osztrák betegbiztosítók az évet 0,218 milliárd

---

<sup>1</sup> Alkalmazottak (munkáltató 3,83, munkavállaló 3,82 százalék), fizikai állományú dolgozók (munkáltató 3,7, munkavállaló 3,95 százalék), köztisztviselők (munkáltató 3,55, munkavállaló 4,10 százalék).

eurós, azaz 1,4 százalékos többlettel zárták. A betegbiztosítás 2013. évi bevételeinek és kiadásainak alakulását egyes szolgáltatási tételek szerinti bontásban a következő tábla szemlélteti.

Az osztrák betegbiztosítás 2013. évi eredményei		
Megnevezés	Milliárd euró	Az összes bevétel százalékában
Bevételek összesen	15,894	100
<i>Biztosítottak járulékai</i>	13,200	83
Tőkehozam	0,051	0,3
Receptdíjak	0,396	2,5
Állami költségvetési hozzájárulás	1,279	8,1
Kockázatkiiigazítási alapból származó pénzeszközök	0,265	1,7
Egyéb bevételek	0,703	4,4
Kiadások összesen	15,676	98,6
<i>Biztosítási szolgáltatások költségei összesen</i>	14,715	92,6
Ebből:		
- orvosi tevékenység	3,856	24,3
- gyógyszerek	3,031	19,1
- gyógyászati segédeszközök	0,246	1,5
- fogászati kezelés és fogpótlás	0,894	5,6
- kórházi ellátás	4,525	28,5
- otthoni egészségügyi ellátás	0,018	0,1
- táppénz	0,626	3,9
- anyasági szolgáltatás	0,599	3,8
- egészségügyi rehabilitáció	0,379	2,4
- betegségmegelőzés, az egészségi állapot megszilárdítása	0,084	0,5
- betegségek korai felismerése és egészségfejlesztés	0,163	1,0
- utazási és szállítási költségek	0,216	1,4
- egyéb szolgáltatások	0,078	0,5
<i>Egyéb költségek és azok megoszlása</i>		
- adminisztrációs költségek	0,441	2,8
- kockázatkiiigazítási alapba történő utalások	0,157	1,0
- amortizáció	0,088	0,5
- egyéb kiadások	0,275	1,7
<b>Egyenleg</b>	<b>+0,218</b>	<b>+1,4</b>

Forrás: Hauptverband

---

A kötelező betegbiztosítás az alábbi szolgáltatásokat kínálja:

- Általános és szakorvos által nyújtott egészségügyi ellátás a járóbeteg-ellátás keretében, beleértve a fizioterápiát, foglalkozás-egészségügyet, beszédterápiát, pszichoterápiát, klinikai pszichológusok által nyújtott diagnosztikai szolgáltatásokat, masszőrök szolgáltatásait,
- Gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök,
- Fogászati kezelés és fogászati protézis,
- Kórházi ellátás,
- Otthoni ápolás,
- Táppénz,
- Anyasági juttatások,
- Orvosi rehabilitáció,
- Egészségvédelem és betegségmegelőzés (gyógyfürdő),
- Korai betegség felismerés, szűrés, egészségfejlesztés,
- Utazási kiadások.

Mindezekből a szolgáltatásokból a biztosító által finanszírozott rész változó, a finanszírozás kiegészül az adóból származó bevételekkel, a lakossági önrészfizetéssel és a magánbiztosítók finanszírozásával.

Az adóból történő finanszírozás jellemző területe a kórházi szektor, az aktív ellátás és a tartós ápolás, a krónikus ellátás, aránya e területek finanszírozásában 40 százalék körüli. A tartományok, mint a kórházak tulajdonosai finanszírozzák a fejlesztéseket, beruházásokat, fenntartást, de a szövetségi kormánnyal együtt, megállapodás alapján hozzájárulnak a működési költségekhez is. Az oktatókórházak a szövetségi kormánytól a kutatási és oktatási kiadásaik finanszírozására kapnak működési költség-kiegészítést.

A magánfinanszírozás nagyobbik része (2012-ben az összes kiadás 16,7 százaléka, a magánkiadások 73 százaléka) out-of-pocket kifizetés, amely a járóbeteg ellátásban részben az e-card éves költsége, egyes biztosítóknál százalékban kifejezett kezelési hozzájárulás (közalkalmazottakat, vállalkozókat tömörítő biztosítók esetében 20 százalék, vasutasok és bányászok biztosítói esetében 14 százalék). Szintén a járóbeteg ellátásban a nem szerződött orvos felkeresése esetében a szerződött orvosra jellemző díj 80 százalékát téríti a biztosító, a fennmaradó összeget a beteg viseli.

Önrész fizetendő a kórházi ellátásban napidíj formájában és a hozzátartozó családtagok ellátásánál 10 százalékos mértékben. Rehabilitáció és prevenció célú ellátás esetében (pl. gyógyfürdő) szintén napidíjat kell fizetni. A kórházi költség-hozzájárulás díját a betegek a kórházban az ott nyújtott ellátásért (elszállásolás, ételmezés stb.) térítik. A hozzájárulás mértéke 2012-ben 11,21 euró/nap (csökkentett díj: 8,83 euró). A díjat évente maximum 28 napig kell téríteni. A kórházi költség-hozzájárulás mértéke a területi betegbiztosítóknál biztosítottak hozzátartozói számára magasabb, napi 18,20 euró. A díj éves szinten az ő esetükben is maximálisan 28 napig térítendő. Gyermek kórházi kezelése esetén a kísérőszemély elszállásolásának kórházi költsége a 3 évesnél idősebb gyermek életkora szerint napi 12,69-42,35 euró összegű. Az ételmezésért a kísérő személy részéről a kórházban térítendő további 16,72 euró díj. A díjak éves szinten maximum 14 napig kerülnek felszámolásra és az ÁFA-t nem tartalmazzák. Gyógyszerekért receptdíjat (5,4 euró/2014), gyógyászati segédeszközökért százalékos díjat számolnak fel (10 százalék). A betegek többfajta önrészfizetés alól szociális rászorultság, krónikus betegség, terhesség esetén mentesülnek.

---

A magánbiztosításra kifizetett összegek 2012-ben a magánkiadások 20 százalékát tették ki. Önkéntes magánbiztosítással a lakosság harmada rendelkezik, legnagyobb arányban a jobb kórházi elhelyezés külön felszámított költségeit finanszírozza, valamint napi juttatást nyújt a kórházi tartózkodás idejére.

## **Forrásallokáció**

Az egészségügyi szolgáltatók finanszírozását többszereplős modell jellemzi. A kórházon kívüli ellátás szereplői a társadalombiztosítókkal szerződnek, az Osztrák Társadalombiztosítás Főszövetsége és az orvosi kamarák tartományi szervezetei a kereteket tárgyalásokon határozzák meg. Az ambuláns ellátás orvosai vegyes finanszírozásban részesülnek, az alapszolgáltatások fix díja mellett szolgáltatásonkénti díjat kapnak.

2011-ben a szabadfoglalkozású orvosok közel fele nem szerződéses orvoscént praktizált. Az osztrák biztosítottak számára lehetőség nyílik nem szerződéses orvos/választott csoportpraxis felkeresésére. Ezekben az esetekben a kötelező betegbiztosítás a szerződéses keretek között rögzített honorárium 80 százalékát téríti meg. A gyakorlatban a beteg a teljes összeget téríti, majd a biztosítójához benyújtott eredeti számla ellenében történik számára a visszatérítés. A honorárium fennmaradó részét a betegek direkt módon önrész térítésével vagy kiegészítő biztosítással fedezhetik. Magánorvos választására a háziorvosi ellátás és a szakellátás keretében nyílik lehetőség. Olyan szolgáltatások, amiket egy hasonló szerződéses orvos sem számolhatna el, a választott orvos esetén sem kerülhetnek térítésre.

A kórházak finanszírozása részben tartományi alapokon (9 alap működik) keresztül történik, amelyek a társadalombiztosítás forrásain kívül szövetségi, tartományi és helyi önkormányzati pénzeszközöket is tartalmaznak. A biztosítók által az állami kórházak és az ellátásban résztvevő magánkórházak részére nyújtott finanszírozást a szövetségi kormány és a tartományok között kötött megállapodások szabályozzák.

Az állami kiadások (társadalombiztosítás; szövetségi, tartományi, helyi önkormányzati adóbevételek megállapodásban rögzített meghatározott hányada) a kórházak bevételeinek mintegy 50 százalékát képezik, az intézmények a tartományi alapon keresztül teljesítményelvű kórház-finanszírozási rendszer alapján (LKF) jutnak hozzá ezekhez a forrásokhoz. A kórházak költségvetésének fennmaradó 50 százalékából 40 százalék a tulajdonosok hozzájárulása (beruházási és fenntartási költségek), 10 százalék a magánbiztosítás vagy önrész. Ezek az összegek közvetlenül a kórházakhoz kerülnek. A finanszírozási rendszerben a helyi autonómia következtében tartományonként jellemzőek a különbségek.

Speciális szabályozás vonatkozik az osztrák kiemelt osztályok finanszírozására, amelyet a tartományok maguk alakítanak ki. Az ún. kiemelt osztályon lévő betegek után a kötelező biztosítás fizeti a kórházi szolgáltatás LKF díját. A „hotelkomponens” és a „választott orvost”, valamint az esetlegesen felszámolt további díjakat a beteg kiegészítő biztosítása finanszírozhatja. A szabályozás a „kiemelt osztályok” létrehozásával kapcsolatban rögzíti, hogy a kiemelt osztályok számára meghatározott ágyak száma nem haladhatja meg az ágyak egynegyedét. Az egyetemi klinikák és klinikai osztályok vezetői a kiemelt osztályok betegeivel és olyan további személyekkel, akik ambuláns ellátása saját költségen történik, egy speciális honoráriumról történő megállapodást köthetnek, amennyiben ezek a betegek saját kérésükre a klinika vezetője vagy a klinikai osztály vezetője általi személyes ellátást kérik. A magánbetegekből befolyó díjak felosztásáról az osztrák intézményekben a vezető főorvosok döntenek. Általában a bevételek hotelkomponensért járó díja (10 százalék) az intézményt illeti. A fennmaradó összeg 60 százaléka a vezető főorvosé, 40 százaléka az alárendelt orvosoké.

## Egészségügyi szolgáltatások

### Alapellátás, járóbeteg-szakellátás

Ausztriában ambuláns ellátást elsősorban az önálló praxisukban háziorvosként vagy szakorvosként tevékenykedő, társadalombiztosítással szerződő vagy nem szerződő magánorvosok, mellettük szakrendelők, egészségügyi központok, kórházi ambulanciák és 2010-től csoportpraxisok (nem terjedt el ez a gyakorlat) nyújtanak a betegek részére. A kapuőri funkció nem elterjedt, a betegek szabadon megválaszthatják az őket ellátó orvost, ami egyaránt vonatkozik a háziorvosokra és a szakorvosokra.

Az osztrák alap- és szakellátás nehezen különíthető el egymástól, az alapellátás területén a normál rendelési időn kívül a kórházi ambulanciákra és bizonyos mértékig az egészségügyi központokra is fontos feladat hárul, ami elsősorban az önálló orvosi praxisok kedvezőtlen nyitvatartási rendjével függ össze.

**2014. június 30-án a szövetség, a tartományok és a társadalombiztosítás koncepciót fogadtak el az osztrák alapellátás továbbfejlesztéséről, a fejlesztés jogi kereteinek kidolgozását 2014 végéig, a kísérleti projektek beindítását 2015-16 során tervezik. A koncepcióban célként fogalmazták meg az alapellátás, azon belül a háziorvosok kapuőri szerepének megerősítését, a betegek alapellátás iránti bizalmának és kötődésének fokozását.**

**A koncepció alapja egy háziorvos köré szerveződő alapellátó team, amit térben „egy fedél alatt”, vagy a betegkör lakóhelyéhez közeli telephelyeken együttműködő ellátók közös hálózataként lehet elképzelni. A helyi feltételekhez jobban igazodó, szabadon meghatározható szervezeti formában működő teameknek egy központi alapellátó teamből és a teammel szoros kapcsolatban álló, kiegészítő kompetenciákat (pl. gyermekek és fiatalok, idősek ellátása, gyógyszermenedzsment) biztosító egészségügyi és szociális szolgáltatásokat nyújtó szakemberekből kell állnia. A központi alapellátó teamnek minimálisan egy háziorvos, egy diplomás ápoló és egy asszisztens a tagja. A kiegészítő kompetenciákat az orvos vezetése mellett alkalmazotti vagy szabadfoglalkozású státuszban tevékenykedő szakemberek (pl. dietetikus, fizioterapeuta, logopédus) bevonásával kívánják biztosítani, de az egyes teameknek partneri kapcsolatban kell állniuk további szakemberekkel és intézményekkel (pl. gyógyszerár, kórház, ápolási intézmény) is. Az alapellátó teameken belül fontos a szoros és rendszeres kapcsolattartás például csoportos megbeszélések vagy esetmegbeszélések formájában. Az új alapellátási hálózatok a betegségek gyógyítása mellett egészségfejlesztéssel és megelőzéssel, a betegek ellátásának koordinálásával, az ellátás folyamatosságának biztosításával, közegészségügyi feladatokkal is foglalkoznak, valamint képzési helyszíneként is funkcionálnak. Hosszú távú cél egy olyan hálózatba tömörített, térben és időben könnyen hozzáférhető, a lakosság részéről egyenlő feltételekkel igénybe vehető modern osztrák alapellátási rendszer kialakítása, amelyben a szolgáltatók között megvalósuló koordináció és együttműködés révén fokozódik az orvosi, ápolási és terápiás ellátás hatékonysága és eredményessége, az optimálisabb betegmenedzsmentnek köszönhetően csökken az indokolatlan várakozási idő és a multi-professzionális szolgáltatási spektrum révén elkerülhető a betegek rendszerben történő felesleges mozgása. A koncepció szerint az alapellátás finanszírozásnak a jövőben egy fix és egy szolgáltatások szerinti hányadból, illetve meghatározott célok teljesítése esetén bónusz kifizetésekkel (P4P) kell állnia. (BMG, 2014)**



## Fekvőbeteg-ellátás

A kórházi ellátás kereteit a Szövetségi Kórház törvény szabályozza. Minden tartomány és a főváros saját kórház törvényt ad ki. A lakosság fekvőbeteg-ellátásáért túlnyomórészt a tartományi hatóságok felelősek. 2013-ban összesen 278 kórház és 64 825 kórházi ágy volt az országban. Az intézmények 55 százaléka állami, 45 százaléka magán tulajdonban volt. Az ágyak mintegy 70 százaléka állami, a magán nonprofit tulajdon aránya 16 százalék, a for-profit tulajdon aránya 14 százalék körül alakult.

A kórházak és ágyak számának megoszlása fenntartók szerint (2013.)		
Fenntartó	Kórházak száma	Ágyszám
Szövetség	7	425
Tartományok, tartományi társaságok	94	35369
Önkormányzatok	11	3107
Társadalombiztosítás, szociális gondozó szövetségek	9	1217
Baleset- és nyugdíjbiztosítási intézmény	33	4911
Egyház	38	10444
Egyesületek, alapítványok	7	733
Magán társaságok	79	8619
<b>Összesen</b>	<b>278</b>	<b>64825</b>

Forrás: Hauptverband

A fekvőbeteg-intézmények között általános ellátást és szakellátást nyújtó intézmények találhatók. 2013-ban aktív fekvőbeteg ellátást 172 intézményben nyújtottak összesen 50 098 ágyon. 124 intézményben 42 083 ágygal nyújtottak aktív általános ellátást. Az aktív általános ellátást nyújtó intézmények között 58 alap-, 32 kibővített és 8 maximális ellátást nyújtó intézmény, valamint 26 szanatórium található. Aktív szakellátást 40 szakkórház és 8 szanatórium nyújtott 8 015 ágygal. Nem aktív speciális ellátást Ausztria szerinte 106 intézményben 14 727 ágyon nyújtottak. A kórházak között 5 prevenció (416 ágy), 74 rehabilitációs (10 308 ágy) és 27 hosszú távú ellátást nyújtó intézmény (4003 ágy) volt található.

A kórházak átalakítása korábban kórháztervek és nagyberendezésekre vonatkozó tervek alapján, ma a 2012-es Osztrák Egészségügyi Strukturális Terv (Österreichischer Strukturplan Gesundheit) szerint történik, amelyben meghatározzák a szükséges osztályokat, ágyakat, orvostechnikai nagyberendezéseket a szövetségi kormány és a tartományok közös megállapodása alapján.

Az ágyellátottság eloszlásában az egyes tartományok között egyenlőtlenségek tapasztalhatóak. 2011-ben országosan 10 ezer lakosra 76,8 kórházi ágy jutott (WHO HFA). Az utóbbi években a kórházak és az ágyak számában növekedés figyelhető meg, ami az aktív szakellátást, valamint jelentősebb mértékben a rehabilitációs és hosszú távú ellátást nyújtó intézmények számának növekedésével magyarázható. A kórházak üzemeltetése többnyire gazdasági társaságok (Kórházüzemeltető Korlátolt Felelősségű Társaságok formájában) vagy kórházakból alakult szövetségek formájában történik. Az elmúlt évtizedben ez a koncepció a kórház-átalakítás legfontosabb modelljévé vált, a 9 tartományból 7 hozott létre üzemeltető társaságokat.

### **A bécsi kórházak 2030-ig tartó modernizációjának koncepciója**

**Ausztriában jelenleg zajlik a bécsi kórházak modernizációja. A Bécsi Kórházszövetség tervei szerint 2030-ig a Bécsi Általános Kórház mellett 6 nagy központi kórházszervezetbe integrálják a fővárosiak ellátását, melyek az Északi Kórház, a Ferenc József Kórház, a Duna Kórház, a Rudolf-**

***Alapítvány Kórház, a Hietzing Kórház és a hozzá tartozó Rózsadomb Neurológia Rehabilitációs Centrum, valamint a Wilhelm Kórház. A strukturális optimalizáció célja, hogy a kórházakat megfelelő infrastruktúrájú, szélesebb körű ellátást nyújtó intézményi szervezetbe szervezzék. Számos ápolási és innovatív lakóotthon is kialakításra került.***

Legnagyobb beruházás az Északi Kórház kialakítása, amely 2010-ben kezdődött. A 2015-2016-ra elkészülő Északi Kórház lesz a tervek szerint Ausztria legmodernebb kórháza, éves szinten 40 ezer fekvőbeteg és 250 ezer ambuláns beteg ellátására lesz alkalmas. A 785 ágyas intézményben csak saját WC-vel és zuhanyzóval ellátott egy- és kétágyas szobák lesznek. A komplexumba integrálják a Hietzingi Kórház kardiológiai és szívsebészeti részlegét, az Otto-Wagner-Kórház pszichiátriáját, pulmonológiájának egyes részeit, mellkas sebészetét, a Gersthof Ortopédiai Kórházat, a Semmelweis Női Klinikát, a Florinsdorfi Kórházat és a Szófia Kórház fizikális medicina és rehabilitációs intézetét.

A Gottfried von Preyer Gyermekkórház és a régi Ferenc József Kórház összevonásából szintén 2010-ben kezdődött meg a 939 ágyas új Ferenc József Kórház kialakítása. A 2011-2015 közötti időszakban az Anya-Gyermek és Sebészeti Központ építése zajlik, ahol 11 különböző részleg (nőgyógyászat és szülészet, urológia, fül-orr-gégészet, vérbankkal ellátott pediátriai labor stb.) kap majd helyet.

A Hietzing Kórház és a hozzá tartozó Rózsadomb Neurológia Rehabilitációs Centrum modernizációja a reumatikus és diabetes, továbbá a neurológiai és ortopédiai betegek gyógyítására fókuszál. A 882 ágyat magába foglaló új Hietzing kórház egynapos és egy hetes ellátásokat is nyújt szemészeti, urológiai és nőgyógyászati területeken.

A Rudolf-Alapítvány Kórház modernizációjára 2011-2013 között került sor. Az új déli épületrészben az ambulanciák, egy pszichiátriai részleg, irodák mellett a tetőn helikopter leszálló is helyet kialakítottak. A kórház elsősorban a pajzsmirigy betegségek, szemészeti megbetegedések és a cukorbetegség ellátására fókuszál.

A Wilhelm Kórház 2024-ig tartó modernizációjára két lépésben kerül sor. A projekt első szakaszában az irodákat és az üzemeltetési épületeket alakítják ki, második lépésben a központi klinikát. A modernizáció során a kórház elavult pavilon struktúráját modern központosított szerkezetűvé alakítják. A tervek között szerepel két regionális pszichiátriai részleg integrálása és egy gyermek és ifjúsági pszichiátria kialakítása. Az intézmény súlyponti ellátásként az érsebészetre fókuszál.

## **Rehabilitáció és hosszú távú ellátás**

Az osztrák baleset-, nyugdíj- és betegbiztosító által nyújtott rehabilitációs ellátások orvosi, foglalkozási és szociális programokat (pl. lakás átalakítás) foglalnak magukba az egészség helyreállítása, megőrzése és megerősítése érdekében. A rehabilitációs ellátások célja az egészség és a munkaképesség visszanyerésének oly mértékű támogatása, hogy az érintett személy újra képes legyen a munka világába és a közösségi életbe is beilleszkedni. Az orvosi rehabilitáció keretében elsősorban a kórházakban rehabilitációs céllal történő elhelyezések, gyógyfürdő szolgáltatások, protézisek, ortopédiai és egyéb segédeszközök, valamint az azok használatával kapcsolatos képzések tartoznak. (Hofmacher, 2013)

2013-ban az osztrák rehabilitációs kiadások összesen 1422 millió eurót tettek ki, melyből a nyugdíj- és baleset biztosítás kiadásai 1043 millió, az orvosi rehabilitációs kiadások pedig 379 millió eurót értek el. (HÖS, 2014). A biztosítók a rehabilitációs szolgáltatásokat napi átalánydíj térítésével és a költségek bizonyos szintig történő átvállalásával finanszírozzák. A betegek jövedelmüktől függő önrészt térítenek, a rászorulókat az önrész fizetés alól mentesülhetnek. (HÖS, 2014).

A fekvőbeteg orvosi rehabilitáció elsősorban a rehabilitációs központokban történő elhelyezéseket, a gyógyító eljárásokat, gyógyászati és egyéb segédeszközöket tartalmaz. A megelőzéssel kapcsolatos rehabilitációt nem korlátozzák, az üdülőházakban és gyógyfürdőkben történő tartózkodás időtartamát viszont igen. Ambuláns jellegű szolgáltatásokat kórházi ambulanciák, ambulatóriumok és szabadfoglalkozású orvosi praxisok nyújtanak. Ezek korlátozott volta miatt az orvosi rehabilitációs szolgáltatásokat főként rehabilitációs központokban fekvőbeteg formában nyújtják. (HÖS, 2014) Az osztrák ápolásbiztosítást szövetségi és tartományi ápolási díjról szóló törvényekkel szabályozzák. Ápolásra szorultság esetén két támogatási forma ismert, ezek az ápolási díj és a szociális segély. Az ápolási díj ápolási szükséglet szerint jár, a szociális segélyt a páciens anyagi helyzete alapján folyósítják. (Hofmacher, 2013)

Az ápolási díj az ápolás iránti szükséglet függvényében meghatározott hét fokozatú skála szerint havi 154,2 és 1655,8 euró, feltétele, hogy az ellátás iránti igény várhatóan legalább hat hónap és legalább havi hatvan óra. .

Az ápolásra szorulókat ellátását családtagok, mobil szolgálatok, ápolási otthonok és 24 órás otthonápolási szolgálatok végzik. A rászorulókat jelentős részét a családtagok látják el. Intézménybe való felvétel előfeltétel az, hogy a havi ápolási szükséglet meghaladja a 120 órát. 2010-ben az ápolási otthonokban 75 038 férőhely volt, a 75 éves vagy a feletti 1000 lakosokra vetített ágyszám 112. (Hofmacher, 2013)

## Népegészségügy

A népegészségügyi rendszer irányítása a szövetségi, tartományi és helyi szintek között oszlik meg. A feladatok ellátása során a tartományi legfelső hatóság, illetve a tartományi népegészségügyi igazgatóságok vállalnak jelentősebb szerepet. Fő tevékenységei a lakosság egészségi állapotának javítása, az egészségfejlesztés és betegségmegelőzés, az immunizálás, fertőzőbetegségek leküzdése, az élelmiszer-biztonság és kórházhigiénie szakfelügyelet és a régiókon átívelő válságkezelés. (Hofmacher, 2013)

Az egészségfejlesztés legfőbb szereplői a Szövetségi Egészségügyi Minisztérium, a Fonds Gesundes Österreich (FGÖ), a Társadalombiztosítás, AGES (Osztrák Egészségügyi és Élelmiszerbiztonsági Ügynökség), civil társaságok, egyházi és kutatóintézetek (pl. Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research), valamint az Üzemi Egészségfejlesztés Hálózata. Az FGÖ téma-specifikus (testmozgás, táplálkozás, mentális egészség) és célcsoport-specifikus (gyermekek és fiatalok az iskolán kívül; nők, kis- és középvállalkozásoknál foglalkoztatottak; idősek) programokat szervez. (Hofmacher, 2013)

A Szövetségi Egészségügyi Minisztérium, a Szövetségi Művészeti, Kulturális és Oktatási Minisztérium, valamint az osztrák Társadalombiztosítás Főszövetségének együttműködésében „egészséges iskolák” néven zajlik az osztrák iskolai egészségfejlesztési projekt, melynek fő célja egészségtudatos gondolkodás és cselekvés megalapozása, a gyermekek és serdülők körében egészségesebb életér kialakítása, egészséges étkeztetés biztosítása, az egészségtudatosság fokozása. (<http://www.gesundeschule.at>). A 2011-ben megjelent gyermek-egészségügyi stratégia (BMG, Kindergesundheitsstrategie, 2011), kidolgozása során első alkalommal mérték fel a gyermekek és fiatalok eltérő szükségleteit és mutattak rá a fejlesztendő területekre.

A társadalombiztosítás strukturált kezelési programokra, munkahelyi egészségfejlesztésre, a dohányzás csökkentését és az arról való leszokást elősegítő programokra, az idős emberekre és a hosszú távú ápolást igénylőkre fókuszál. (Hofmacher, 2013)

A nemdohányzók védelme érdekében a dohányzásról szóló törvény módosításával 2005-től nyilvános helyeken általános dohányzási és messzemenő reklámozási tilalom vette kezdetét. (Hofmacher, 2013) 2008-tól a dohányzási tilalmat vendéglátó-ipari egységekre is kiterjesztették és a törvény be nem tartását büntetésekkel szankcionálják. A leszokás támogatása érdekében 2006-ban létrehoztak egy telefonvonalat és honlapot (<http://www.rauchfrei.at/>), mely gyorsan lehívható információkat biztosít a dohányzásról leszokni vágyók számára.

A megelőző programok sorából az osztrák anya-gyermek-igazolvány emelhető ki, amely a terhesség ideje alatt az anya és magzata egészségét monitorozza, a gyermek világra jöttét követően annak egészséges fejlődését védi és felügyeli öt éves korig. 2011-ben az eredeti programot oltásokkal, a terhesség és a szoptatás időszakában ajánlatos táplálkozással, valamint az anyatejről történő leválasztást követő táplálással kapcsolatos információkkal bővítették. (BMG, Mutter-Kind-Pass) Az anya-gyermek-igazolványon kívül számos igazolvány kiadásához kötődő program ismert (fogytékával élők igazolványa, allergiások igazolványa, oltási igazolvány, diabetes igazolvány, anesztézia igazolvány). 18 éves kor felett évente egyszer, átfogó megelőző vizsgálatokat végeznek. A vizsgálatok a két leggyakoribb halálokra (szív-és érrendszeri; illetve daganatos megbetegedések: méhnyakrák, mellrák, vastagbélrák) fókuszálnak, további célterületek ezen kívül az anyagcsere betegségek (pl. diabetes mellitus), szenvedélybetegségek, paradontális megbetegedések és az idős korban előforduló betegségek. Meghatározott kockázatú lakosok számára behívó e-mail rendszert is kialakítottak, amelyet ingyenesen hívható telefonos rendszerrel bővítettek (<http://www.sozialversicherung.at>).

Az AGES 2010-ben kezdte meg a táplálkozással kapcsolatos országos akcióterv kidolgozását, melyhez kapcsolódóan számos intézkedést dolgoztak ki a várandós nők, gyermekek, fiatalok és idősek táplálkozásával kapcsolatban. 2013-ban egy országos szintű mozgással kapcsolatos akcióterv is készült ([www.ages.at](http://www.ages.at)).

## Gyógyszerek

A gyógyszerek engedélyezését a BMGF alá rendelt AGES PharmaMed Austria végzi. A minisztérium határozza meg a társadalombiztosító által térített készítmények listáját (EKO) és a pozitív listára kerülő készítmények támogatás alapjául szolgáló árát az EU-s átlagárak alapján. Az átlagár meghatározásához a készítménynek legalább két EU- tagországban kell forgalomban lennie, ennek hiányában a készítményt az ahhoz legközelebb álló termék árával hasonlítják össze. A gyártónak az Osztrák Társadalombiztosító felügyelete alá tartozó HEK-hez (Gyógyszerértékelő Bizottság) kell kérvényt benyújtania, a bizottság a terméket az EKO megfelelő csoportjába sorolja be. A befogadáshoz a készítménynek gazdaságossági kritériumoknak is meg kell felelnie. Az engedélyezett vényköteles készítmény költségeit a biztosítók fizetik. A biztosítottaknak a receptdíj költségét kell téríteniük. A támogatott gyógyszerek jegyzékében (2011: 4218 készítmény) a készítmények három csoportba kerülnek besorolásra:

- első csoport (zöld színnel jelölt): előzetes felírási engedélyhez nem kötött készítmények csoportja,
- második csoport (sárga színnel jelölt): azon termékek kerültek ebbe a csoportba (a felíráshoz főorvosi engedélyezés szükséges, mennyiségi ellenőrzés), amelyeknek jelentős járulékos haszna van, de orvosi vagy gyógyszer-gazdaságossági okokból nem sorolhatóak az első csoporthoz,

- a harmadik csoport (vörös színnel jelölt): a piacon újonnan megjelent készítmények csoportja, a kategóriában a készítmények maximum 36 hónapig szerepelhetnek (a felíráshoz főorvosi engedélyezés szükséges, mennyiségi ellenőrzés). 2011 elején 109 készítmény tartozott ide.

Bizonyos esetekben a nem támogatott készítmények csoportjából is támogathatók készítmények, ha nem áll rendelkezésre azonos értékű, azzal helyettesíthető készítmény és annak felírása főorvosi engedéllyel történt.

2010 januárjában 1276 állami gyógyszerár és 924 házi orvos által fenntartott patika volt az országban.

## Egészségügyi dolgozók

2011. december 31-én Ausztriában 43 693 orvost tartottak nyilván. Az orvosok mintegy fele a kórházi szektorban tevékenykedett. A százezer főre jutó orvosok száma 500 körül alakul. 2011-ben 19 502 szakorvos (az összes orvos 45 százaléka), 12 857 általános orvos (29 százaléka), 4 418 fogorvos (10 százaléka) tevékenykedett az országban, 6916 fő képzésben vett részt. 19449 orvos szabadfoglalkozású orvosként végezte tevékenységét, akik között a megbízottsítással szerződők aránya 54 százalék. Alkalmazotti státuszban – ami elsősorban a kórházban dolgozó orvosokra jellemző – 28 762 orvos dolgozott. Az orvos ellátottságban jelentős különbségek vannak az egyes tartományok között.

2011-ben az osztrák kórházakban az orvosokon kívül további 85 449 fő dolgozott, melyből az ápolók száma 70 056 fő volt, 100 ezer főre kb. 800 ápoló jutott. (BMG, Zahlen-Daten-Fakten, 2013)

Az országban nem lehet általánosságban orvoshiányról beszélni, bár bizonyos régiókban és szakmákon belül (gyermek és ifjúsági pszichiátria) ez megfigyelhető. Ennek ellensúlyozására posztgraduális képzések indultak. Az orvosok (főként házi orvosok) relatív magas átlagéletkora az elkövetkező 10-15 évben – figyelembe véve a nyugdíjazásokat, a lakosság elöregedését és az ezzel párhuzamosan növekvő egészségügyi szükségleteket – várhatóan itt is problémákhoz vezet. További gond a német nyelvterületekre történő migráció erősödése és ezzel együtt az orvosok utánpótlásának növekvő bizonytalansága. Ennek kezelésére folyamatban van a jövőbeni szükségletek felmérése és cselekvési tervek kidolgozása. Az ápolók számában már jelenleg is hiány mutatkozik, ami elsősorban a kevésbé attraktív pályára és a képzési kapacitások hiányára vezethető vissza. (Rezar, P)

## Minőségügy

2004 decemberében fogadták el az Egészségügyi Minőségbiztosítási Törvényt, amely lehetőséget teremtett országos szinten egységes előírások kidolgozására és alkalmazására. Az országos minőségbiztosítási rendszer fejlesztése a Szövetségi Egészségügyi Minőségbiztosítási Intézetét vezetésével zajlik. Jelenleg öt elektronikus minőség regiszter (szívsebészet, pacemaker, ICD és loop rekorder, csípőprotézis és stroke területeken) működik, illetve létrehozták a minőségbiztosítási jelentésekhez kapcsolódó minőség platformot is. Az értékelések eredményéről a szolgáltatókat is tájékoztatják.

A minőség platform adatbázis létrehozásának célja országos szintű áttekintés biztosítása az aktív kórházak és fekvőbeteg rehabilitációs intézmények minőséggel kapcsolatos munkájáról. A platform két adatbázisból épül fel. A struktúra adatbázis adott intézmény struktúrájával és eszközeivel (minőségi stratégia, minőségi modell, betegfelmérések, panaszkezelés, kockázatmenedzsment, fejlesztési folyamatok stb.) kapcsolatos információkat tartalmazza, az ott tárolt adatok csak adott intézmény, illetve

annak fenntartója számára érhetőek el. A kötelezően jelentett adatok alapján első ízben 2012-ben publikálták az összes osztrák aktív kórház és rehabilitációs intézmény minőségügyi rendszerével kapcsolatos jelentést. A futó és lezárt projekteket tartalmazó második adatbázis az ágazat szereplői számára szabadon elérhető (<http://www.goeg.at>).

Az Egészségügyi Minőségbiztosítási Törvényt 2013-ban módosították. Bizonyos szolgáltatások díjazása azóta lényeges minőségi standardok (pl. betegbiztonság) betartásához kötött, továbbá az egészségügyi szolgáltatóknak kötelező jelleggel részt kell venniük az országos szintű A-IQI (Austrian Inpatient Quality Indicators) eredményminőség mérésben. A kórházak eredményminőségét rutinadatokból mérő A-IQI projekt 2011-ben a Szövetségi Egészségügyi Bizottság felügyelete mellett indult. A projekt irányítását a kilenc tartományi egészségügyi alap, a magánkórházak finanszírozási alapjának, a társadalombiztosítás főszövetségének és a szövetségi egészségügyi minisztériumnak a képviselőiből kialakított csoport végzi. A csoport feladata az országos indikátorok meghatározása, azok továbbfejlesztése, új indikátorok létrehozása, valamint azokban a kórházakban, ahol az adatok a statisztikai megbízhatósági (konfidencia) intervallumon kívül esnek, egy külső szakértő által elvégzendő peer review elrendelése. (BMG, A-IQI)

## e-egészségügy

Az elektronikus egészségügyi kártya 2005-ben történő bevezetése teremtette meg az országos szintű e-egészségügyi rendszer alapját. Az elektronikus egészségügyi kártya legfontosabb funkciói között a jogosultság ellenőrzés és a társadalombiztosítási rendszerben dolgozók közötti igazgatási folyamatok támogatása tartoznak (pl. elszámolások, táppénzzel kapcsolatos jelentések, elektronikus beutalások).

Az elektronikus egészségügyi kártyára épülő infrastruktúrához kapcsolódóan Ausztria több éve konzekvens módon fejleszt egy országos lefedettséget biztosító elektronikus egészségügyi rendszert (ELGA). Az osztrák ELGA rendszer egy olyan szervezeteken átívelő információs rendszernek tekinthető, amely a beteg beleegyezését követően a kezelésben résztvevő egészségügyi szolgáltatók számára a kezeléshez kapcsolódó releváns egészségügyi információk elérését teszi lehetővé időtől és helytől függetlenül. Jogi alapját egy 2013 elején bevezetett törvény képezi, amelyben a jogosultsággal, adatvédelemmel és adatbiztonsággal kapcsolatos legfontosabb sarokpontokat rögzítették.

Az ELGA rendszerben az egészségügyi szolgáltatókat a már meglévő hálózatokon keresztül kapcsolják össze. Az adatok tárolása decentralizált módon történik, tehát azok megmaradnak az egészségügyi szolgáltatók elsődleges rendszereiben. Az ELGA információs rendszerének egyik központi eleme egy olyan dokumentumregiszter, amelyben az egyes betegekhez kapcsolódóan listázásra kerülnek a szolgáltatóknál rendelkezésre álló dokumentumok. Az orvosok feladata a beteg további kezelése szempontjából releváns dokumentumok és információk kiválogatása, illetve a rendszer számára elérhetővé tétele. További központi technikai elemek a szolgáltatók és a betegek nyilvántartásai, amelyek a biztonságos azonosítást és a jogosultsággal kapcsolatos ellenőrzéseket teszik lehetővé. Az egészségügyi adatokhoz való hozzáférés kétkulcsos technológiára épül (beteg egészségügyi kártyája/ egészségügyi szolgáltató kártyája). A kezelésben érintett egészségügyi szolgáltatók - orvosok, fogorvosok, klinikák, ápolási intézmények, gyógyszertárak - adott kezelés kapcsán korlátozott időre szóló hozzáférési jogosultságot kaphatnak a kezeléssel kapcsolatos releváns információkhoz, ami maximálisan 28 napig terjedhet.

A betegek adataikat egy biztonságos hozzáférést lehetővé tevő elektronikus portálon (ELGA lakossági portál) keresztül érhetik el. A betegek dönthetnek arról, hogy az egészségügyi szolgáltatók milyen

feltételekkel férhessenek hozzá személyes egészségügyi adataikhoz. Az ELGA rendszerében való részvétel a biztosítottak számára önkéntes. A lakossági portál 2014-től biztosít lehetőséget a rendszerből való kimaradás elektronikus úton történő bejelentésére. A szolgáltatók számára a rendszerben való részvétel kötelező. Az adatcsere folyamatokban nemzetközi IHE (Integrating the Healthcare Enterprise) profilok kerülnek alkalmazásra. Az alkalmazott dokumentumok a CDA (Clinical Document Architecture) szabványt követik, ami az egészségügyi adatok cseréjére, megosztására, visszakeresésére és integrációjára vonatkozó HL7 szabványon alapul (<http://www.elga.gv.at>).

A kórházakban és ápolási intézményekben 2015-től, az orvosi praxisokban és gyógyszerárakban, ambulatóriumokban 2016-tól, magán kórházakban 2017-től, fogorvosi praxisokban 2022-től alkalmazzák majd az e-medikációs rendszert. Az osztrák e-medikáció lényege, hogy egy személyes „gyógyszerszámlán” minden felírt vagy gyógyszerárban recept nélkül kiváltott gyógyszert eltárolnak, és a betegek gyógyszerelésével kapcsolatos adatok az orvosok, gyógyszerészek és kórházak számára a rendszerből az e-card segítségével online lehívhatóak. Az alkalmazás kísérleti projektje 2011-ben Bécsben, Felső-Ausztriában és Tirolban zajlott (<http://www.chipkarte.at>).

Az elmúlt években jelentős erőfeszítéseket tettek az ágazatban az elektronikus kommunikáció kiépítésére az ellátás (vizsgálatok, labor, műtétek), a tájékoztatás és megelőzés (online szolgáltatások, weboldalak, iskolaorvos, táplálkozási tanácsadás) és az adminisztráció területén. Bár az információs és kommunikációs technológiákkal való ellátottság az osztrák egészségügyben jónak minősíthető, az ambuláns szektorban jellemző heterogenitás miatt további jövőbeni fejlesztések szükségesek. A kórházakban alkalmazott ICT viszonylag egységes, széles körben alkalmazzák a kórházi információs rendszert, a radiológiai információs rendszert és a digitális képparchiválási és kommunikációs rendszert.

Az egészségügyi informatikai rendszerek interszektorális integrációja azonban elmaradott, ezen a területen az elektronikus egészségügyi kártya és az ELGA rendszer bevezetése jelentős előrelépésnek tekinthető. (Hoffmarcher, 2013)

## **Egészségügyi reformok**

Az egészségügyi reformintézkedések kidolgozása és bevezetése 1988 óta folyamatos. Általános célkitűzés a kiadások növekedésének csökkentése, az ellátás minőségének és hatékonyságának javítása, az egységes tervezés, koordináció és finanszírozás kialakítása.

A szövetségi Egészségügyi Bizottság 2010 végén hagyta jóvá az osztrák egészségügyi keretterv harmadik változatát Osztrák Egészségügyi Strukturális Terv 2010 (ÖSG 2010) néven, ami a korábbi tervezés egy 2020-ig érvényes, részletes tervezési horizonttal kibővített változata, jelenleg 2012-ben aktualizált változata van érvényben.

A mindenkori terv tartalmazza a kórházak által nyújtandó szolgáltatáskínálatára és kapacitástervezésére, illetve a nagy értékű orvostechnikai berendezésekre vonatkozó tartományi szintű keretterveket, valamint az aktualizált normatívákat a kórházakra, ambuláns és rehabilitációs területekre.

Az ÖSG célkitűzése, hogy a kórházak régiókon átívelő egészségügyi ellátását előirányozva hozzájáruljon a helyi szükségleteknek való jobb megfeleléshez és a hatékonyság növeléséhez. A régiókon átívelő referencia-kórházakhoz kerültek delegálásra a komplex, magas minőségű ellátások, a kis, lakóhely közeli kórházak végzik az alapszintű ellátásokat és a sürgősségi ellátást, valamint utalják tovább a betegeket a megfelelő szakellátóhoz utókezelésre. A hatékonyság növelése érdekében a tervezés során a kórházakban megjelenő újabb szervezeti formák is bekerültek a tervezésbe. Ennek



megfelelően az egynapos vagy egyhetes klinikákon a meglévő kapacitásokat például már több szakmai részleg együttesen használja.

Ausztriára is jellemző a szakorvosi ellátás, az egyéni praxisok és a kórházak által nyújtott szakorvosi ellátások esetenkénti párhuzamossága. Az egyéni praxisok gyakran hiányos felszereltségük miatt képtelenek a betegek teljes ellátására. Gondot jelent a beutalások magas száma, illetve a nagyszámú szükségtelenül és párhuzamosan nyújtott szolgáltatás. 2010-től a szövetségi törvények ezért különös hangsúlyt fektettek az ambuláns ellátás erősítésére és lehetővé vált a csoportpraxisok létrehozása.

2010-ben sikeres reformlépésnek bizonyult a betegbiztosítók korábbi évekre jellemző deficitjének fokozatos leépítése és a biztosítók bevonásának megkezdése a kiadásnövekedés mérséklésébe. A pénztárak jelenleg is a konszolidációs programnak megfelelő pályán mozognak, ami alapján a központi költségvetésből 2010-ben 100 millió euró, a 2011-2014 között időszakban évi 40 millió eurós támogatást kapnak.

***A szövetség, tartományok és a társadalombiztosítás közötti hathatósabb együttműködés érdekében 2013. június 30-án több évre szóló szerződést írtak alá, amely az ambuláns és fekvőbeteg szektorok hatékony és koordinált működését célozza. Ausztria egészségügye szervezésében és finanszírozásában a szerződés mérföldkőnek tekinthető. A szövetségi kormány, a tartományi kormányok és a társadalombiztosítók egymással együttműködve határozzák meg, menedzselik és ellenőrzik az ellátási célokat és a pénzügyi kereteket. A megállapodás főbb tartalmi elemei:***

- Az interdiszciplinális betegellátás erősítése és a betegek ellátásának javítása érdekében tartományonként legalább két multiprofessionális és/vagy interdiszciplinális ellátási forma (pl. csoportpraxis) kialakítása.
- A betegek ellátáshoz való hozzáféréseinek javítása érdekében sor kerül az alapellátás átszervezésére.
- A kórházi fekvőbeteg-ellátás csökkentése érdekében fokozzák az egynapos ellátás keretében igénybe vehető szolgáltatásokat.
- Egységes minőségi standardok kerülnek bevezetése a betegfelvétel, a betegek elbocsátása és a preoperatív diagnosztika esetében, hogy a költségigényes fekvőbeteg kórházi ellátások csak a valóban szükséges esetekben és szükséges ideig történjenek meg.
- Célkitűzés a fekvőbeteg és ambuláns szektorokban szövetségi szinten egységes minőségmenedzsment rendszer bevezetése és az eredményminőség összehangolt mérésének kialakítása, illetve az eredményminőség rendszeres és szektorokon átívelő jelentési rendszerének kidolgozása.
- Cél a fekvőbeteg és ambuláns szektorokban a diagnosztikai és teljesítménydokumentáció egységesítése. Az egységes dokumentáció fontos feltétele az integrált egészségügyi ellátásnak, amely révén javítható a krónikus betegek ellátása.
- A megfelelő szolgáltató megválasztásának megkönnyítése érdekében telefonos és web-alapú tanácsadási szolgáltatás két lépésben történő bevezetése.

A pénzügyi célok az egészségügy 1990 utáni állami kiadásainak növekedését tekintik kiindulási alapként. 1990 óta évente átlagosan 5,2 százalékkal nőttek az állami egészségügyi kiadások. ***Az elfogadott terv az állami egészségügyi kiadások növekedésének fokozatos összehangolását fogalmazza meg a GDP közép távon előre jelzett növekedésével (aktuálisan ez 3,6 százalék) 2016-ig.***



## Források

- AGES: <http://www.ages.at/>
- Bundeskammer für Arbeiter und Angestellte: <http://www.arbeiterkammer.at>
- Bundesministerium für Gesundheit: <http://www.bmg.gv.at/>
- Bundesministerium für Gesundheit: A-IQI - Bundesweit einheitliche Ergebnisqualitätsmessung aus Routinedaten/ Austrian Inpatient Quality Indicators  
[http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem\\_Qualitaetsicherung/Ergebnisqualitaetsmessung/](http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetsicherung/Ergebnisqualitaetsmessung/)
- BMG, 2014 - Bundesministerium für Gesundheit: Bund, Länder und Sozialversicherung einig über neues Konzept zur Primärversorgung - Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt, 2014.07.01.  
[http://www.bmg.gv.at/home/Startseite/aktuelle\\_Meldungen/Primaerversorgung\\_in\\_Oesterreich\\_neu](http://www.bmg.gv.at/home/Startseite/aktuelle_Meldungen/Primaerversorgung_in_Oesterreich_neu)
- Bundesministerium für Gesundheit: Impfplan Österreich, 2014
- Bundesministerium für Gesundheit: Kindergesundheitsdialog, 2011  
<http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/0/1/7/CH1351/CMS1383063130231/kindergesundheitsdialog.pdf>
- Bundesministerium für Gesundheit: Kindergesundheitsstrategie, 2011  
[http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/3/8/9/CH1351/CMS1383063427315/kindergesundheitsstrategie\\_2011.pdf](http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/3/8/9/CH1351/CMS1383063427315/kindergesundheitsstrategie_2011.pdf)
- Bundesministerium für Gesundheit: Krankenanstalten in Österreich 2008:  
<http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/standard.html?channel=CH0786&doc=CMS1039007503101>
- Bundesministerium für Gesundheit: Krankenanstalten in Zahlen, 2014:  
<http://www.kaz.bmg.gv.at/ressourcen-inanspruchnahme/krankenanstalten.html>
- Bundesministerium für Gesundheit: Mutter-Kind-Pass  
[http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Praevention/Eltern\\_und\\_Kind/Mutter\\_Kind\\_Pass#f1](http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Praevention/Eltern_und_Kind/Mutter_Kind_Pass#f1)
- Bundesministerium für Gesundheit Nationaler Aktionsplan zur Antibiotikaresistenz, 2013
- Bundesministerium für Gesundheit: Österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG) 2012
- Bundesministerium für Gesundheit: Das österreichische Gesundheitssystem: Zahlen - Daten - Fakten, 2013
- Dorda W. et al: Evaluierung Pilotprojekt e-Medikation, 2012
- E-card: <http://www.chipkarte.at>
- ELGA: <http://www.elga.gv.at/>
- <http://www.chipkarte.at/> Fidler, Armin H. et al, Incorporation of public hospitals: A "silver bullet" against overcapacity, managerial bottlenecks and resource constraints? Case studies from Austria and Estonia. World Bank Group,

- 
- Gesunde Schule: [www.gesundeschule.at](http://www.gesundeschule.at)
  - Gesundheit Österreich GmbH: <http://www.goeg.at/>
  - Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherung: <http://www.sozialversicherung.at>
  - Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherung:  
<http://www.bva.at/portal27/portal/bvportal/content/contentWindow?contentid=10008.596116&action=b&cacheability=PAGE&version=1407331485>
  - Hofmayer M., Quentgen W.: Austria, Health system review, Health Systems in Transition 2013;15(7):1-292.
  - Medical Tribune: Start in drei Pilotregionen. E-Medikation: Jetzt geht's los. In: Medical Tribune, 43. Jahrgang, Nr. 13/2011
  - OECD Health Data 2012 <http://www.oecd.org/>
  - Österreichische Ärztekammer: <http://www.aek.or.at/>
  - Rauchfrei Telefon: <http://rauchfrei.at/>
  - Republik Österreich Parlament:  
[http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXIV/II\\_01936/index.shtml](http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXIV/II_01936/index.shtml)
  - Rezar, P: Sustainability of quality and accessibility of healthcare in the economic crises, Meeting of Health Ministers from the Central European Region Bratislava, 19-20 January 2012
  - Statistik Austria: <http://www.statistik.at>
  - Wiener Krankenanstaltenverbund: Wiener Spitalskonzept 2030  
<http://www.wienkav.at/kav/ZeigeText.asp?id=39937>