

Kulcsszavak: ambuláns ellátás, Németország, Hollandia, Svájc

Forrás Internet-helye:

<http://www.wip-pkv.de/publikationsbeitraege/studien-details/studien-ansicht/detail/studien-uid/151.html>

2. Az orvosi ellátás keretfeltételei (6-13. p.):

2. 1. Politikai rendszer, demográfiai viszonyok, gazdasági helyzet:

Mindhárom ország jogállami, pluralista demokratikus berendezkedéssel rendelkezik. Németország és Svájc föderális állam, Hollandia decentralis egységes állam. A 12 holland provincia csak igazgatási és végrehajtási feladatokat lát el. Ezzel szemben a 16 német szövetségi tartomány saját alkotmánnyal, kormánnyal, törvényhozási kompetenciákkal rendelkezik. A 26 svájci kanton hasonlóképpen. Svájcban azonban a föderális princípium kihangsúlyozottabb, a kantonok saját adóautonómiával rendelkeznek. A svájci rendszer sajátossága a direkt demokrácia, a népi kezdeményezések és referendumok jelentősége.

Az egy főre eső nominális GDP Svájcban 2014-ben 64.600 EUR volt, így Luxemburg és Norvégia után a harmadik legerősebb gazdasággal rendelkezett Európában. Hollandia a hetedik (39.300 EUR/fő), Németország a tizenkettedik (35.400 EUR/fő) helyen állt.

A lakosság átlagéletkora Németországban 45,6 év, Hollandiában és Svájcban 42 év. A 65 év fölötti lakosság aránya Németországban 21%, Hollandiában 17,3%, Svájcban 17,6%.

2. 2. Betegbiztosítási rendszer:

Mindhárom országban törvény szabályozza a betegbiztosítás kötelező megkötését. A betegbiztosítás teherviselői a különböző betegpénztárak, amelyek szabadon választhatók és versenyben állnak egymással. A szolgáltatások volumene ugyan eltérő, az alapellátást azonban mindhárom országban biztosítják. A német és a holland betegbiztosítás finanszírozása a biztosítottak és munkaadók jövedelemfüggő járulékaiból történik. Svájcban létezik egy jövedelemtől független fejkvóta, amelyet csak a biztosítottak fizetnek. Németország specifikuma a privát és kötelező betegbiztosításra tagolt duális rendszer. 2014-ben a privát betegbiztosítóknál biztosítottak összlakossághoz viszonyított aránya 11% volt. Hollandia és Svájc egészségügyi rendszere ezzel szemben a teljes lakosság számára egységes kollektív finanszírozási elveken alapul. A privát betegbiztosítás ott csak kiegészítő jelleggel működik, amelynek célja az állami egészségügyi rendszer keretében jelenlévő korlátozások (pl. fogászati kezelés) áthidalása.

Németország:

A kötelező betegbiztosítás szervezeti struktúráját, szolgáltatási kereteit és finanszírozását a Társadalombiztosítási Törvénykönyv Ötödik Könyve (*Sozialgesetzbuch – SGB V*) szabályozza. A kötelező betegbiztosítás fölötti illetékességet a szövetség, ill. a Szövetségi Egészségügyi Minisztérium gyakorolja. A szövetségi tartományok kompetenciája a kórházi ellátásokra és a népegészségügyi szolgálatra terjed ki. Az orvosi ellátás keretfeltételeit a törvényhozás szabályozza. Ennek részleteit az orvosok és a betegpénztárak közös önkormányzata dolgozza ki. Az önkormányzat legfontosabb szerve a Közös Szövetségi Bizottság (*Gemeinsamer Bundesausschuss – G-BA*), amelynek fő feladata az ellátás tartalmának irányelvek keretében történő meghatározása, valamint annak eldöntése, hogy a kötelező betegbiztosítás mely szolgáltatásokat finanszíroz.

A Társadalombiztosítási Törvénykönyv Ötödik Könyve a kötelező betegbiztosítás keretében a természetbeni ellátás elvének alkalmazását írja elő. Ez azt jelenti, hogy a biztosítottak anélkül részesülnek orvosi ellátásban, hogy ezért előzetesen fizetniük kellene. A szolgáltatók közvetlenül a betegpénztárakkal, ill. a Betegpénztári Orvosok Egyesüléseivel számolnak el. Ettől eltérően a biztosítottaknak jogában áll a költségtérítés elvének alkalmazását kérelmezni betegpénztáruknál.

A privát betegbiztosítás szabályait a biztosítási szerződésekről szóló törvény (*Versicherungsvertragsgesetz – VVG*) és a biztosítási felügyeletről szóló törvény (*Versicherungsaufsichtsgesetz – VAG*) szabályozza. Mindezek mellett az általános üzleti feltételek és a privát betegbiztosítási társaságok általános biztosítási feltételei alkalmazandók.

A privát betegbiztosítás területén a kötelező betegbiztosítástól eltérően a költségtérítés elve alkalmazandó. Ez azt jelenti, hogy a szolgáltatók számláit a biztosítottaknak kell kifizetniük, amelyek visszatérítését saját privát biztosító társaságuknál kell kérelmezniük.

Hollandia:

Az egészségügyi ellátást a betegbiztosításról szóló törvény (*Zorgverzekeringswet – Zvw*) szabályozza. Az egyéb és rendkívüli kockázatok biztosítására nem az előbbi, hanem a különleges betegségköltségekről szóló általános törvény (*Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten – AWBZ*) keretében kerül sor. A betegbiztosítás keretfeltételeit, mint annak struktúrája és szervezete, Hollandiában is az állam határozza meg. Ebben a tekintetben a Népegészségügyi, Népjóléti és Sportügyi Minisztérium (*Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport – VWS*) illetékes. A szolgáltatási katalógus volumenét azonban ugyancsak maga az állam szabja meg.

Az alapsomag tartalma és volumene tekintetében az egészségügyi miniszter igénybe veszi a „*Zorginstituut Nederland*” tanácsadását. A végleges döntést azonban maga a miniszter hozza meg. A betegbiztosítók az elszámolás módozata gyanánt mind természetbeni ellátási szerződéseket (*naturapolis*), mind költségtérítéses szerződéseket (*restitutiepolis*) felkínálnak, de ezek kombinációjára is lehetőség nyílik (*combinatiepolis*). Az elszámolásra közvetlenül az orvos és a betegpénztár között kerül sor.

Svájc:

A svájci betegbiztosítás működését a betegbiztosításról szóló szövetségi törvény (*Bundesgesetz über die Krankenversicherung – KVG*) szabályozza. A szövetségi berendezkedés az egészségügy területén is tükröződik, a kantonális kormányok kulcsfontosságú szerepet töltenek be az egészségügyi szolgáltatások biztosítása és kifizetése tekintetében. Az egészségügy politikai irányítása és kontrollja tekintetében a felelősség megoszlik a kantonok és a szövetség között. A kantonális szinten hozott döntések csak csekély különbségeket eredményeztek a 26 kanton egészségügyi rendszerei között. A betegbiztosítás szolgáltatási csomagja azonban minden biztosított számára szövetségi szinten egységes. Az egészségügy területén a illetékes szerv az Államszövetségi Belügyminisztérium (*Eidgenössisches Departement des Innern – EDI*) keretében működő Szövetségi Egészségügyi Hivatal (*Bundesamt für Gesundheit – BAG*).

Az elszámolás alapvetően a költségtérítés (*tiers garant*) rendszerében történik, amely a betegbiztosításról szóló törvény keretében domináns rendszerként jelenik meg. A betegbiztosításról szóló törvény szerint az egészségügyi szolgáltatásokért járó orvosi honorárium kifizetése a betegre tartozik. Ezért a kezelést követően az orvos személyesen a betegnek küldi el a számlát, aki aztán elszámolja azt betegpénztárával. Amennyiben azonban a betegbiztosító a szerződésben direkt kifizetésben állapodott meg, az orvos közvetlenül a biztosító részére küldi a számlát, amely átutalja a követelt összeget (*tiers payant*). A svájci biztosítottaknak nincs választásuk az elszámolás módozatára vonatkozóan, mivel alapvetően a költségtérítés elve érvényesül, a természetbeni ellátásra vonatkozó döntést a szolgáltatók és a biztosítók egymás között hozzák meg.

A betegbiztosítási rendszerek jellemzői:

	<i>Németország</i>	<i>Hollandia</i>	<i>Svájc</i>
Betegbiztosítási kötelezettség	Igen	Igen	Igen
Betegbiztosítási rendszer hivatalos elnevezése	Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)	Zorgverzekerung	Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)
Szubsztitútív privát betegbiztosítás	Igen, a lakosság 11%-a számára	Nincs	Nincs
Betegbiztosítással rendelkezők aránya	99,8%	99,8%	100%
Irányadó jogszabályok	Sozialgesetzbuch – SGB V.	Zorgverzekeringswet (Zvw)	Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)

Illetékes hatóság	Bundesministerium für Gesundheit	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)	Bundesamt für Gesundheit
Betegbiztosítási teherviselők	123 betegpénztár	47 betegpénztár	59 betegpénztár
Betegbiztosítás többségi finanszírozása	Jövedelemfüggő járulékok	Jövedelemfüggő járulékok	Jövedelemtől független fejkvóta
Költség-átvállalás elve	Alapvetően természetbeni ellátás; költségtérítés önkéntesen kérelmezhető	A biztosítottak választhatnak a természetbeni ellátás és a költségtérítés között	Alapvetően költségtérítés; a biztosító és az orvos megállapodhat a természetbeni ellátásról
Szabad pénztár-választás	Igen, ha a betegpénztár a foglalkoztatási vagy lakóhelyen működik	Igen	Igen, ha a betegpénztár a lakóhely szerinti kantonban működik
Az állami betegbiztosítási szolgáltatások meghatározása	Országos szinten az összes biztosított számára	Országos szinten az összes biztosított számára	Országos szinten az összes biztosított számára
Önálló ápolásbiztosítás	Igen (SGB XI)	Igen (AWBZ)	Nincs (a betegbiztosításról szóló törvény keretében)

3. Az ambuláns orvosi ellátás áttekintése:

3. 1. Az orvosi hivatás gyakorlásának engedélyezése és a költségfenntartókhöz fűződő viszony:

Németország:

Az orvosi hivatás gyakorlásához approbációra (állami engedélyezésre) van szükség, amelyet az illetékes tartományi hatóság bocsát ki. Az approbáció előfeltétele az orvostudományi tanulmányok elvégzése. A kötelező betegbiztosítással rendelkező betegek ambuláns ellátásának a kötelező betegbiztosítással való elszámolásához szerződött [betegpénztári] orvosként való engedélyezésre van szükség. Ez ugyancsak egy sikeres szakorvosi vizsgát feltételez. A szerződött orvos az engedélyezés elnyerésével a betegpénztárának székhelye szerint illetékes Betegpénztári Orvosi Egyesülés (*Kassenärztliche Vereinigung – KV*) tagjává, az engedélyezéséből származó szolgáltatási volumen nyújtására jogosulttá és kötelessé válik. Németországban a Betegpénztári Orvosi Egyesületek kötelesek garantálni a kötelező betegbiztosítás tagjai javára az ambuláns orvosi ellátást (ellátási kötelezettség). Azt, hogy valamely régióban (ill. tervezési területen) hány szabad orvosi állás van, a Társadalombiztosítási Törvénykönyv Ötödik Könyvében (*Sozialgesetzbuch – SGB V*) előírt

szükséglettervezés szabályozza. A kötelező betegbiztosítás terhére elszámolható orvosi szolgáltatások alapja az „egységes értékelési skála” (*Einheitlicher Bewertungsmaßstab – EBM*). A szerződött orvosi szolgáltatásoknak ez a díjszabása szövetségi szinten érvényes és definiálja az elszámolható szerződött orvosi szolgáltatások tartalmát, amely háziorvosi, szakorvosi és közösen elszámolható szolgáltatásokra tagolódik. A díjszabást a Betegpénztári Orvosok Egyesülése és a kötelező betegbiztosítás ernyőszervezete (*GKV-Spitzenverband*) közösen alakítja ki, majd arról a „Értékelő Bizottságban” (*Bewertungsausschuss*) jön létre a megállapodás.

Az orvosok privát orvosként is praxist nyithatnak. A szerződött orvosoktól eltérően, a privát orvosokat nem köti betegpénztárral való szerződés, de csak privát betegbiztosítással rendelkező betegeket, vagy készpénzben fizető betegpénztári betegeket kezelhetnek. Mivel Németországban a lakosság 90%-a kötelező betegbiztosítással rendelkezik, a privát praxisok aránya viszonylag alacsony. 2011-ben a saját praxisában ambuláns ellátást nyújtó 124.000 orvos 98%-a szerződött orvosként és mindössze 2%-a kizárólagosan privát orvosként folytatta tevékenységét.

A privát betegeknek nyújtott szolgáltatások elszámolása az orvosok díjszabásának rendje (*Gebührenordnung für Ärzte – GOÄ*) szerint történik, amely rögzíti a privát orvosi szolgáltatások elszámolható díjait. A díjszabások rendjét a szövetségi kormány bocsátja ki a Szövetségi Tanács (*Bundesrat*) hozzájárulásával. A privát orvosok és a szerződött orvosok elszámolása között jelentős különbség, hogy az orvosok díjszabásának rendje szerint nyújtott szolgáltatások ára átlagosan magasabb. 2013-ban az ambuláns ellátás területén a privát biztosítással rendelkező betegek kezeléséből származó többletbevétel meghaladta az 5 milliárd EUR-t.

Hollandia:

Az orvosi hivatás gyakorlásához az adott szakmai szövetség engedélye és az egészségügyi tevékenységek gyakorlásáról szóló törvény (*Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg – BIG*) szerinti regisztráció szükséges. Minden egyes szakorvosi szövetség saját engedélyezési eljárással rendelkezik. Hollandiában az ambuláns ellátásért való ellátási kötelezettség a betegbiztosítókra hárul. A betegpénztárak terhére való elszámolás érdekében az orvosoknak szerződést kell kötniük a betegpénztárakkal. Az ambuláns ellátás területén ez elsősorban a háziorvosokat érinti, mivel a szakorvosok csak kórházakban működnek. A németországi kötelező betegbiztosítástól eltérően Hollandiában nem kerül sor szakmai szövetségek szerinti ártárgyalásokra, mivel a holland egészségügyi rendszer a versenytörvény hatálya alá tartozik. A Betegpénztári Orvosok Egyesüléséhez hasonló szervezet nem létezik. A háziorvosok csaknem kivétel nélkül a Holland Háziorvosok Szövetségének (*Landelijke Huisartsen Vereniging – LHV*) tagjai. A fenti versenyjogi okokból kifolyólag a háziorvosi szövetség nem rendelkezik kompetenciával a szerződések területén.

A standard- vagy keretszerződésekről szóló tárgyalásokra a betegbiztosítók és a regionális háziorvosi szövetségek (*huisartsenkringen*), a Holland Háziorvosok Szövetségének képviselői, valamint a kijelölt intézmények munkaközösségeinek képviselői között kerül sor. Az egyszerűség kedvéért az egyes háziorvosi szövetségek csak a regionálisan domináns betegbiztosítóval folytatnak tárgyalásokat. A többi biztosító csatlakozik ehhez a szerződéshez. A háziorvosok által maximálisan

elszámolható díjak a Holland Házi orvosok Szövetsége, a megbiztosítók szövetsége (*Zorgverzekeraars Nederland*) és az egészségügyi minisztérium közötti tárgyalások eredményeként alakulnak ki.

A maximális díjtételeket a tárgyalások sikeres lezárását követően a holland egészségügyi hatóság (*Nederlandse Zorgautoriteit – NZa*) határozza meg. Ezt követően a házi orvosoknak személyesen kell csatlakozniuk a szerződésekhöz. Ezenkívül lehetőség van még az egyes házi orvosok és a megbiztosítók közötti szelektív szerződésekre.

Ha az orvos nem csatlakozik a megbiztosító szerződéséhez, továbbra is kezelhet betegeket, ám ezek részére számlát kell kiállítania. A szerződéssel nem rendelkező orvosok, akik a költségterítést választották, magasabb honoráriumot számolhatnak fel betegeiknek. Ezt azonban a megbiztosító már nem téríti meg a „tisztességes piaci árhoz” hasonlóan a megbiztosítottaknak. Egyes házi orvosi kezelésekre (pl. kisebb sebészeti beavatkozásokra, vagy kompressziós terápia alkalmazására lábszárfekély esetén) betegpénztári szerződés nélkül egyáltalán nincs lehetőség. A betegek elsősorban ellátási szerződéssel rendelkező orvosokat keresnek fel – elsősorban mivel a természetbeni szolgáltatás választása esetén csak szerződött orvosok vehetők igénybe. A házi orvos szerződés nélkül bevétele 20%-át teszi kockára.

Svájc:

Az orvosi tevékenység gyakorlásának engedélyezési eljárását az egészségügyi tevékenységekről szóló törvény (*Medizinalberufegesetz – MedBG*) szabályozza. Az engedélyezési eljárás a kantonok hatáskörébe tartozik. Az engedély kibocsátásának előfeltétele az államszövetségi orvosi diploma, valamint államszövetségi továbbképzés során szerzett titulus.

A megbiztosításról szóló törvény nem tartalmaz formális eljárást a kötelező megbiztosítás terhére folytatott tevékenység engedélyezésére vonatkozóan. Ez azt jelenti, hogy a vállalkozás szabadsága egyet jelent a betegpénztári engedélyezéssel. A svájci orvosokat azonban több mint tíz éve engedélyezési stop sújtja. Az új praxisok engedélyezési eljárását 2002-ben függesztették fel. Ennek oka a költségrobbanástól, valamint a Svájc és az EU közötti bilaterális egyezményrel összefüggésben keletkező orvosbeáramlástól való félelem volt. Az engedélyezési stop betartása tekintetében a kantonok illetékesek. Az eredetileg három évre tervezett intézkedést 2011 végéig több alkalommal meghosszabbították, majd a svájci parlament 2013 júliusától újabb hároméves engedélyezési stopról döntött.

A Svájcban alkalmazott orvosi honoráriumok egy egységes tarifarendszeren (TARMED) alapulnak, amely ugyancsak pontértékekre épül. Az orvosi szolgáltatásokért járó pontértékek kialakítására a kantonális megbiztosítási szövetségek és a szolgáltatók közötti alku keretében kerül sor, miáltal a kantonok közötti árkülönbségek keletkezhetnek. Azoknak az orvosoknak, akik a kötelező megbiztosítás keretében ambuláns szolgáltatásokat akarnak nyújtani (a megbiztosításról szóló törvény szerinti elszámolás érdekében), csatlakozniuk kell a TARMED-hez. Belépési szándékáról az orvos a Svájci Orvosszövetségbe (*Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte – Foederatio Medicorum Helveticorum – FMH*) való belépésével egyidejűleg is nyilatkozhat. Ha valamely orvos nem hajlandó a megbiztosításról szóló törvény szerint elszámolni, bejelentheti az illetékes hatóságnál

a szerződéseken kívüli működését. Ebben az esetben többé nem vonatkoznak rá a szerződéses tarifák és maga alakíthatja honoráriumát. A betegpénztárak azonban nem vállalhatják át a „szerződések körén kívül működő orvos” („*Ausstandsarzt*“) által nyújtott kezelés költségeit. A szerződéseken kívüli státusz azt jelenti, hogy az orvos nem jogosult a kötelező betegbiztosítás terhére való szolgáltatások nyújtására.

A szerződések körén kívül működő orvos csak magánjogi alapon számolhat el betegeivel. Hollandiától eltérően, Svájcban mégis kialakult a privát kiegészítő biztosítások piaca, amely a szerződések körén kívül működő orvosokkal biztosítja a – rendszerint sokkal költségesebb – kezeléseket.

Az orvosi ellátás biztosításáért a kantonok felelősek. Amennyiben a szolgáltatók kiesése miatt a biztosítottak ellátása nem valósul meg a törvény keretein belül, a kanton kormányzatának kell gondoskodnia a szolgáltatások teljesítéséről.

3.2. Alapellátás és szakellátás:

Németország:

Németországban az ambuláns orvosi ellátást kizárólag saját rendelővel rendelkező („letelepedett”) házi orvosok és szakorvosok biztosítják. Rendszerint ők jelentik az első láncszemet az orvos-beteg kapcsolatban, idejük túlnyomó részét diagnosztikai és terápiás eljárásokra fordítják, gyógyszereket, gyógyászati és segédeszközöket írnak fel, szükség esetén kórházba utalják a beteget. Az orvosok a gyógyszer törvény (*Arzneimittelgesetz – AMG*) szerint nem adhatnak ki gyógyszereket, mivel ez a gyógyszertárak kiváltsága. Kivételt képeznek az oltóanyagok.

A házi orvosi ellátást általában általános orvosi, belgyógyászati és gyermekgyógyászati szakvizsgával rendelkező orvosok látják el. A 2014-ben az ambuláns szektorban működő 147.948 orvos 25%-a (37.258) általános orvos volt.

Németországban 33 szakorvosi terület létezik. A szakorvosi ellátásra lakóhelyhez közeli ambuláns ellátásként vagy kórházi fekvőbeteg ellátásként kerül sor. Ebből keletkeznek, a német egészségügyi rendszer sajátos ismérveként, a „megduplázott szakorvosi ellátási betegutak”. A fekvőbeteg és az ambuláns szektor merev szétválasztásának egyik eredménye az erőteljesen differenciált szakorvosi ellátás az ambuláns szektorban.

Ambuláns orvosi ellátásra nemcsak orvosi praxisokban kerül sor, hanem egészségügyi ellátási központokban is (*Medizinische Versorgungszentren – MVZ*). Az egészségügyi ellátási központok több szakterületre kiterjedő, orvosok által irányított intézmények, amelyek legalább két különböző szakorvosi végzettséggel vagy szakmai megnevezéssel rendelkező szakorvos strukturált együttműködése keretében nyújtanak interdiszciplináris ellátást. A saját rendelővel rendelkező orvosokhoz hasonlóan az egészségügyi ellátási központok rendszeresen részt vesznek a kötelező betegbiztosítás keretében nyújtott ambuláns szerződött orvosi ellátásban és (kevés kivétellel) a szolgáltatás nyújtásának ugyanazon szabályai alá tartoznak. Az egészségügyi ellátási központokban működő orvosok 85%-a alkalmazotti viszonyban működik. Egy-egy egészségügyi ellátási központban átlagosan négy-öt orvos működik, többnyire házi orvosok, belgyógyászok és sebészek. Németországban 2014 végén 2.073 egészségügyi ellátási központ rendelkezett működési engedéllyel, amelyek 13.465 orvost foglalkoztattak.

Németországban kiterjedt vendégorvosi rendszer működik. A vendégorvosok saját rendelővel rendelkező szerződött betegpénztári orvosok, akik a kórházakban az ott rendelkezésre álló szolgálatok, berendezések és eszközök igénybevételével fekvőbeteg vagy részben fekvőbeteg kezeléseket nyújthatnak. 2014-ben a vendégorvosok száma kerekén 5.324 volt.

Hollandia:

A betegeket elsősorban saját rendelővel rendelkező házi orvosok (*huisarts*) részesítik ambuláns ellátásban. A házi orvosi gyógyászat (*huisartsgeneeskunde*) Hollandiában az orvoscépzést követő önálló továbbképzési irány. Németországtól eltérően Hollandiában a gyógyszer törvény alapján a megfelelő jogosultságokkal rendelkező orvosok gyógyszer is kiadhatnak. A házi orvosi szolgáltatások spektruma szélesebb mint Németországban: az általános tanácsadástól a terhességi tanácsadáson keresztül a kisebb műtéti beavatkozásokig terjed. Az is bevett szokás, hogy a házi orvosok (általában telefonon) tanácsot kérnek a szakorvosoktól a betegek kezelésére vonatkozóan. Hollandiában 2014 januárjában 8.812 házi orvos működött.

A szakorvosok (*medisch specialist*) csaknem kizárólagosan (és többnyire szabadfoglalkozásúként) kórházakban dolgoznak, ahol mind ambuláns betegeket, mind fekvő beteget kezelnek. Felhasználói szerződésük van a kórházzal, amelynek alapján a betegek kezelése során igénybe vehetik a kórház berendezéseit. A betegek többségét azonban a kórházhoz tartozó poliklinikán kezelik. Hollandiában 28 szakorvosi irány létezik és 22.585 regisztrált szakorvos működik.

A kórházi szakorvosi ellátáson kívül Hollandiában önálló szakorvosi központok (*zelfstandig behandelcentrum – ZBC*) is működnek. Egy önálló szakorvosi központ két vagy több szakorvos partnerségében áll. A biztosítók csak bizonyos feltételek mellett (orvosi szükségességben) vállalják át az ilyen központok szolgáltatásainak térítését. Az ilyen önálló szakorvosi központokban rendszerint tervezhető (nem akut), nem komplex kezeléseket nyújtanak, amelyek nem igénylik a beteg fekvőbetegként való felvételét (elsősorban az ortopédia, szemészet, bőrgyógyászat területén). 2012-ben Hollandiában több mint 300 önálló szakorvosi központ működött. Az önálló szakorvosi központok elterjedésével a várakozási idők problematikája Hollandiában jelentősen könnyebbedett.

Svájc:

A házi orvosi és a szakorvosi ellátás közötti különbség Svájcban és Németországban hasonló. A Svájcban működő házi orvosok elsősorban általános orvosi, belgyógyászati és gyermekgyógyászati szakvizsgával rendelkező orvosok. A 2014-ben az ambuláns szektorban működő 17.804 orvos 33%-a (5.945) általános orvos volt. A szakorvosok Németországhoz hasonlóan nemcsak kórházakban, hanem saját praxisukban is folytatnak tevékenységet. Svájcban 44 szakorvosi cím létezik.

A németországi egészségügyi ellátási központokhoz hasonlóan, a svájci egészségügyi központok rendeltetése a különböző gyógyító intézmények hálózatba szervezése. Az egészségügyi központok orvosi csoportpraxisok, amelyekben házi orvosok, szakorvosok és más egészségügyi dolgozók működnek. Ezenkívül különböző szolgáltatásokat nyújtanak, röntgen-, EKG-, ultrahang- és laborvizsgálatokat végeznek.

A svájci orvosok a hollandokhoz hasonlóan jogosultak gyógyszerek direkt kiadására és elszámolására („öndiszpenzáció”). Ez kantonként eltérő. 2013-ban több mint 5.900 praktizáló orvos rendelkezett házi gyógyszerterárral. Ez a praktizáló orvosok kerekén 40%-a.

4. 2. Házi orvosi modellek és szabad orvosválasztás

Németország

Németországban a betegek a kötelező betegbiztosítás keretében szabadon választhatnak kezelőorvost (házi-, vagy szakorvost). Ennek feltétele, hogy az orvos részt vegyen a szerződött orvosi ellátás, azaz rendelkezzen működési engedéllyel. A privát betegbiztosítás területén viszont a szabad orvosválasztásnak nincsenek korlátai, hacsak az individuális tarifátáblázat nem tartalmaz ettől eltérő eljárást.

A betegek közvetlenül (tehát házi orvosi beutaló nélkül) saját rendelővel rendelkező szakorvoshoz fordulhatnak. A szakorvoshoz való direkt hozzáférés a német egészségügyi rendszer jelentős ismérve. A Szövetségi Egészségügyi Minisztérium felfogása szerint azonban az első kapcsolódási pontot a házi orvos jelenti, aki a kezelés teljes folyamata során koordináló szerepet tölt be. A Társadalombiztosítási Törvénykönyv Ötödik Könyve (SGB V) explicit felszólítást tartalmaz a betegek részére a házi orvos megválasztására, másrészt a jogszabály szerint a betegpénztárak kötelesek „házi orvosi központú ellátást (*hausarztzentrierte Versorgung – HzV*) felkínálni biztosítottjaik részére. A házi orvosválasztás, ill. a „házi orvosi központú ellátásban” való részvétel azonban önkéntes alapon történik. A betegpénztáraknak nem áll módjában előírni biztosítottjaik számára a házi orvosválasztást. Németországban 2014 végén a kötelező betegbiztosítás tagjainak mindössze 5%-a vett részt „házi orvosi központú ellátásban”.

Hollandia

Hollandiában minden biztosított rendelkezik házi orvosnál való regisztrációval. A házi orvos „kapuőr” szerepet tölt be az egészségügyi rendszerben, azaz egyedül dönt a szakorvosi vagy kórházi ellátásról. A speciális szakorvosi központokban való vizsgálatához is házi orvosi beutalóra van szükség. Házi orvosi beutaló nélkül csak fizio-/mozgásterapeutáknál, logopédusoknál, ergoterapeutáknál, podológusoknál, dietetikusoknál, dentálhigiénikusoknál és bőrgyógyászoknál nincs szükség. A beutalónak nincs lejárata, tehát mindaddig, amíg a beteg szakorvosi ellátásban részesül nincs szükség új beutalóra.

Svájc

A biztosítottak szabadon választhatnak az engedélyezett orvosok közül. A betegpénztárak azonban legfeljebb a biztosított lakó- vagy munkahelye szerinti tarifák mértékében vállalják a költségeket. Ha a beteg komolyabb indok nélkül lakóhelyétől távolabbi helyre utazik ambuláns kezelésre, ki kell fizetnie a kezelés helye és lakóhelye közötti tarifakülönbséget. Ez azt jelenti, hogy komoly pénzügyi ösztönzésben részesül a lakóhely vagy a munkahely környezetén kívüli orvosok felkeresésének mellőzésére. Ez gyakorlatilag korlátozza a szabad orvosválasztást.

Svájcban a háziiorvosi vagy gyermekorvosi kezelések 90%-ára beutaló vagy előzetes vizsgálat nélkül kerül sor.

Állandó háziorvos választása nem kötelező. Németországtól eltérően a háziorvosi modellek már évek óta elfogadottak. A háziorvosi hálózat szabadfoglalkozású általános orvosok regionális összefogásában áll. A biztosítottak egy ilyen orvost választhatnak háziorvosnak és ezzel lemondanak a szabad orvosválasztásról. Ez azzal a kötelezettséggel jár, hogy első alkalommal mindig az adott háziorvost keresik fel. 2013-ban a svájci felnőtt lakosság több mint 34%-a vett részt háziorvosi modellekben.

4. 3. Várakozási idők, várólisták

Az OECD-országok különbözőképpen kezelik a várakozási idők kérdését. Egyes országokban transzparens várólistákat vezetnek, hivatalosan rögzítik a várakozási időket és nyilvánosságra hozzák az adatokat (pl. Hollandiában). Más országok vezetnek ugyan hivatalos várólistát, az adatokat viszont nem teszik közzé, az országok egy része pedig egyáltalán nem vezet várólistát és nem tesz közzé adatokat (pl. Németország és Svájc).

A helyzet értékeléséhez különböző lakossági felmérések hívhatók segítségül. A leggyakrabban idézett és az OECD egészségügyi statisztikája által is figyelembe vett felmérés a *Commonwealth Fund*-tól származik.

A 2013-ban készített felmérés az alapellátásra irányult. A megkérdezett németek 76%-a úgy válaszolt, hogy amikor legutóbb orvosi segítségre volt szüksége, már ugyanazon van a következő napon időpontot kapott az orvosnál. Németország ebben a tekintetben a résztvevő országok között az első helyre került. Hollandia 63%-kal a harmadik helyen állt. Arra a kérdésre, hogy: „Ha rendelési időben telefonon kérdéssel fordul orvosához, milyen gyakran kap még aznap visszajelzést?“, a németek 90%-a válaszolta, hogy mindig/gyakran. Ebben a tekintetben Németország első, Hollandia 84%-kal második, Svájc 82%-kal harmadik helyen állt.

A szakorvosi vizsgálatra való várakozási idők a három országban viszonylag rövidek. Svájc első helyen áll: a betegek 80%-ának négy hétnél rövidebb ideig kell várakozniuk. A hollandok 75%-ának, a németek 72%-ának kell négy hétnél rövidebb ideig várakoznia. Az eredmény tekintetében figyelembeveendő, hogy Hollandiában igen szigorú kapuóri rendszer működik, a háziorvosok kevesebb beteget küldenek szakorvoshoz. Németországban ellenben a betegek közvetlenül háziorvoshoz fordulhatnak, ennek tükrében pedig a németországi várakozási idők igen alacsonyaknak tekintendők.

4. 4. Önrészek

Németország

A kötelező betegbiztosítás keretében egyébként szokványos önrészeket háziorvosi vagy szakorvosi vizsgálat esetén nem kell befizetni. Mióta a negyedévenként 10 EUR összegű vizitdíjat 2013-ban megszüntették, a szolgáltatások térítésmentesek. A privát betegbiztosítás keretében a biztosítottaknak a tarifától függő önrészeket kell viselniük.

Hollandia

Hollandiában egy szolgáltatásuktól független kötelező önrész alkalmazására kerül sor. Ennek összege 2015-ben minden 18 év fölötti személy részére évente 375 EUR volt. A biztosítottaknak járulékmegtakarítás céljából lehetőségük van az önrész 10, 200, 300, 400 és maximum 500 EUR-ral való önkéntes emelésére. Az önrészfizetés nem terjed ki a háziorvosi ellátásra.

Svájc

Németországtól eltérően a betegek az egészségügyi szolgáltatások viszonylag nagy részét finanszírozzák saját zsebből. Az orvoslátogatások tekintetében nem áll fenn explicit fizetési kötelezettség, viszont létezik egy szolgáltatásuktól független hozzájárulás (franchise), amelyet százalékos önrészekkel kombinálnak. A franchise összege évente egyszer fizetendő 300 CHF (kb. 276 EUR). Díjmegtakarítás céljából ez önkéntesen 2.500 CHF-re (2.301 EUR) emelhető. Ha a franchise kimerül, a költségeket önrészekből kell kiegyenlíteni. Ez évente a maximum 700 CHF-ig (kb. 645 EUR) terjedő költségek 10%-át teszi ki. Az éves franchise (legalább 300 EUR) plusz önrész (maximum 700 EUR) felső határa tehát mintegy 1.000 CHF (kb. 921 EUR). A biztosítottak tehát előbb 1.000 CHF-et kell kifizetnie, még mielőtt a betegbiztosító fizetne. A biztosított a franchise emelésével maximum 3.200 CHF-re (2.946 EUR) növelheti ezt az összeget.

Az ambuláns orvosi ellátáshoz való hozzáférés

	Németország	Hollandia	Svájc
100.000 lakosra jutó háziorvosok száma (2013)	64	41	73
A háziorvosok regionális megoszlása 100.000 lakosonként	60-70 (bázis: szövetségi tartományok)	40-44 (bázis: provinciák)	63-79 (bázis: nagyrégiók)
Szakorvoshoz való direkt hozzáférés	Igen (háziorvosi modell melletti döntés önkéntes)	Nem, háziorvosok kapuőri szerepe	Igen (háziorvosi modell melletti döntés önkéntes)
Szabad háziorvos- vagy szakorvos-választás	Igen	Igen	Igen
Önrész a házi-orvosnál	Nincs	Nincs	Franchise: évente 300 CHF; 10% költséghozzájárulás; franchise 700 CHF-ig túlléphető
Önrész a szak-orvosnál	Nincs	Évente 375 EUR költséghozzájárulás	lásd fent

5. Az ambuláns orvosi ellátás költségei és igénybevétele

Az ambuláns ellátás költségeire vonatkozó adatok az Eurostat adatbankjából származnak. Az árszínvonal figyelembevételével az ambuláns ellátásra fordított egy főre eső költségek Svájcban 736 EUR-t (vásárlóerő standard), 30%-kal magasabbak, mint Németországban (569 EUR; vásárlóerő standard). A kiadások Hollandiában 304 EUR-t tesznek ki, 47%-kal alacsonyabbak, mint Svájcban. Figyelembeveendő, hogy az egészségügyi kiadások az életkortól függenek, márpedig az Eurostat statisztikája nem tartalmaz életkor szerinti standardizálást. A svájci és a holland lakosság fiatalabb a németországinál. Feltételezve, hogy az egészségügyi kiadások Svájcban és Hollandiában magasabbak lennének, e két ország lakossági profilja a németországinak felelne meg. Ily módon a svájci egészségügyi kiadások a németországihoz viszonyítva tendenciálisan megnövekednének, a hollandiai kiadások viszont a németországiakhoz képest csökkennének.

2012-ben az ambuláns praxisokban és központokban nyújtott orvosi kezelésekre Svájcban az egészségügyi összkiadások 17,3%-a, Németországban 16,1%-a, Hollandiában 8,0%-a jutott. Az alacsony hollandiai arány és az alacsony kiadások két tényezőnek tulajdoníthatók: Az ambuláns orvosi ellátásra fordított kiadások nem tartalmazzák a szakorvosokra fordított kiadásokat, mivel ezek az orvosok csaknem kizárólagosan kórházakban dolgoznak. Másrészt a statisztika nem tartalmazza a nem orvosi képzettségű egészségügyi személyzetre fordított kiadásokat. A viszonylag magas svájci kiadásoknál figyelembeveendő, hogy az összeg a magas privat önrészeket is tartalmazza.

Az orvos-beteg-kontaktusok száma 2012-ben: Németországban 10, Hollandiában 6, Svájcban 4. Egyértelmű, hogy a németek járnak leggyakrabban orvoshoz. Az orvos-beteg-kontaktusok magas számát a Barmer GEK évente megjelenő *Arztreport*-ja is megerősíti. A szerzők extrapolációja szerint 2013-ban az orvos-beteg-kontaktusok száma 14,3 volt, bár e magas érték tekintetében is jelentős alulbecsléssel számolnak.

Költségek és igénybevétele

	<i>Németország</i>	<i>Hollandia</i>	<i>Svájc</i>
Ambuláns orvosi szolgáltatásokra fordított egy főre eső kiadások (2012)	569 EUR (vásárlóerő standard)	304 EUR) (vásárlóerő standard)	736 EUR (vásárlóerő standard)
Ambuláns orvosi szolgáltatásokra fordított kiadások egészségügyi összkiadásokhoz viszonyított aránya (2012)	16,1%	8,0%	17,3%
Orvos-beteg-kontaktusok (2012)	9,7	6,2	3,9

[Lásd még: *EGVE Nemzetközi sajtószemle Archívumban is.*]