

---

# Járóbeteg szakellátás az EU tagországokban (szervezeti formák és finanszírozás)

Készítette:



2012. november

---

## Tartalom

Vezetői összefoglaló .....	3
Szervezet .....	3
Finanszírozás .....	4
Kapacitás standardok .....	9
Néhány országról részletesebben .....	10
Ausztria .....	10
Csehország.....	11
Dánia.....	12
Egyesült Királyság (Anglia).....	12
Észtország .....	14
Finnország .....	14
Franciaország.....	15
Hollandia .....	18
Lengyelország .....	18
Németország .....	19
Svédország.....	21
Melléklet.....	22
1. melléklet: A járóbeteg ellátás finanszírozása .....	22
2. melléklet: Kapacitás tervezés a német járóbeteg szakellátásban .....	22
3. melléklet: Kapacitás tervezés a szlovák járóbeteg szakellátásban .....	25
4. melléklet: A közfinanszírozott járóbeteg-szakellátás szervezeti és finanszírozási formái az EU tagországokban .....	27
Források.....	35

## Vezetői összefoglaló

A járóbeteg szakellátás működésének pontos leírása a járóbeteg szakellátás szervezetének az ellátórendszer alacsonyabb (alapellátás) és magasabb (kórházi fekvőbeteg ellátás) szintjeitől helyenként nehezen elkülöníthető jellege miatt nehéz feladat, nem véletlen, hogy ebben a megközelítésben (járóbeteg – ambuláns - szakellátás) szakirodalmi források is alig állnak rendelkezésre.

A járóbeteg szakellátás több országban részben beépül az alapellátásba, részben erős hálózati kapcsolatban az *általában vett járóbeteg ellátás* alatt jelenik meg. Ezekben az országokban a *járóbeteg ellátás mellett a fekvőbeteg ellátás* a másik ellátási kategória. Ez jellemző pl. azokra az országokra, ahol az alapellátás szolgáltatói nem egyéni háziorvosok, hanem pl. egészségügyi központok (Finnország, Spanyolország), a háziorvos mellett több szakma is jelen lehet (pl. nőgyógyász). Más okból, de hasonló a járó és fekvőbeteg ellátás szerinti megközelítés a német rendszerben, ahol az alapellátás kategóriája értelmezhető nehezen, hiszen a járóbeteg ellátást nyújtó önálló praxisokban dolgozó általános- és szakorvosok közül szakorvos is választható állandó kezelőorvosnak (háziorvosnak).

Másutt a járóbeteg szakellátást a *szakellátás* kategóriájában a kórházi ellátás részeként veszik számba, ezzel külön ellátási szintként ott sem definiálják (pl. Egyesült Királyság). Itt az *alapellátás és a szakellátás* az ellátás két elkülönülő szintje (Primary Care Trusts egyéni és csoportpraxisban dolgozó alapellátást nyújtó háziorvosokkal, NHS Hospital Trusts járó- és fekvőbeteg szakellátást nyújtó kórházakkal).

Az ellátórendszer egyre nagyobb figyelmet magáénak tudható területe a járóbeteg ellátás. Az ambuláns ellátás teljesítményének javítása akkor, amikor egyre több szolgáltatás nyújtása válik lehetővé ambuláns formában, minden ország egészségpolitikájának prioritása. A költséges fekvőbeteg ellátás helyett a betegek járóbeteg ellátásban történő gyógyítása nem utolsósorban a forráshiányos egészségügy finanszírozási terheit mérsékli, forrásokat szabadít fel a betegségek súlyosbodásának megelőzésére, kedvező hatást gyakorolhat a betegek tapasztalatára, elégedettségére. Mind több országban fordítanak figyelmet a kórházi újrafelvételek visszaszorítására (pl. finanszírozási korlátok alkalmazásával), a hatékony ambuláns ellátásban kezelhető betegségek kórházi felvételeinek (Ambulatory-Care-Sensitive Admissions értékelése) elkerülésére. Az ambuláns ellátásra-érzékeny betegségek kórházi felvételi rátái pl. az alapellátás minőségének mérőszámaként is használatosak. Mindez a járóbeteg ellátók szerepének, felelősségének felértékelődését kell, hogy jelentse a betegek ellátásában. Az ellátás egyre komplexebbé válik, csak a szolgáltatók (alapellátás, járóbeteg szakellátás, adott esetben kórházi fekvőbeteg ellátás) koordinált tevékenységével biztosítható hatékony ellátás. A koordinált ellátást több országban új szervezeti modellek és finanszírozási technikák támogatják.

### **Szervezet**

A járóbeteg szakellátás (vizsgált országokban) előforduló szervezeti formái a kórházi járóbeteg részleg vagy kórházhoz integrált járóbeteg rendelő, járóbeteg klinika, az önálló praxisban (ritkábban csoportpraxisban) dolgozó szakorvos és az önálló rendelőintézet, amely

lehet több szakmát képviselő poliklinika, vagy egy szakmára specializálódó járóbeteg központ. Az országok nagyobbik részében több forma egyidejűleg biztosítja az ellátást. A magánorvosok önálló rendeléseivel azonban az egészségügy szolgáltatásvásárló szervezetei nem mindenütt kötnek szerződést, és ennek következtében nem részesülnek közfinanszírozásban (vagy a nem szerződött magánszolgáltatóknál igénybevett ellátások csökkentett közfinanszírozást kapnak). **A járóbeteg szakellátás leggyakoribb szervezeti formája a kórházhoz integrált járóbeteg szakellátás, ez jellemzi Angliát, Írországot, Finnországot, Svédországot, Spanyolországot és Hollandiát, de más formák dominanciája mellett jelen van a többi országban is. A magánorvosok önálló rendelései nyújtják a járóbeteg szakellátás többségét pl. Ausztriában, Németországban, Franciaországban, Csehországban, Szlovákiában. Önálló poliklinikák jellemzik Lengyelországot, és megtalálhatók Kelet-Közép Európa többi országában is, sőt nőtt a számuk Ausztriában, Németországban is.**

**A kórházi és kórházhoz integrált járóbeteg szakellátás többségében az adóból finanszírozott egészségügyi rendszerekben a meghatározó, a biztosítás alapú rendszerek többségében a magán szakorvosok rendelései dominálnak, a különböző szervezeti megoldások együttes jelenléte mellett.**

Az ellátás koordinációját segítik a több ellátón átívelő irányított betegutak programjai (betegség menedzsment programok, DMP) pl. Németországban, Ausztriában, az integrált betegút modellek pl. Angliában stb.

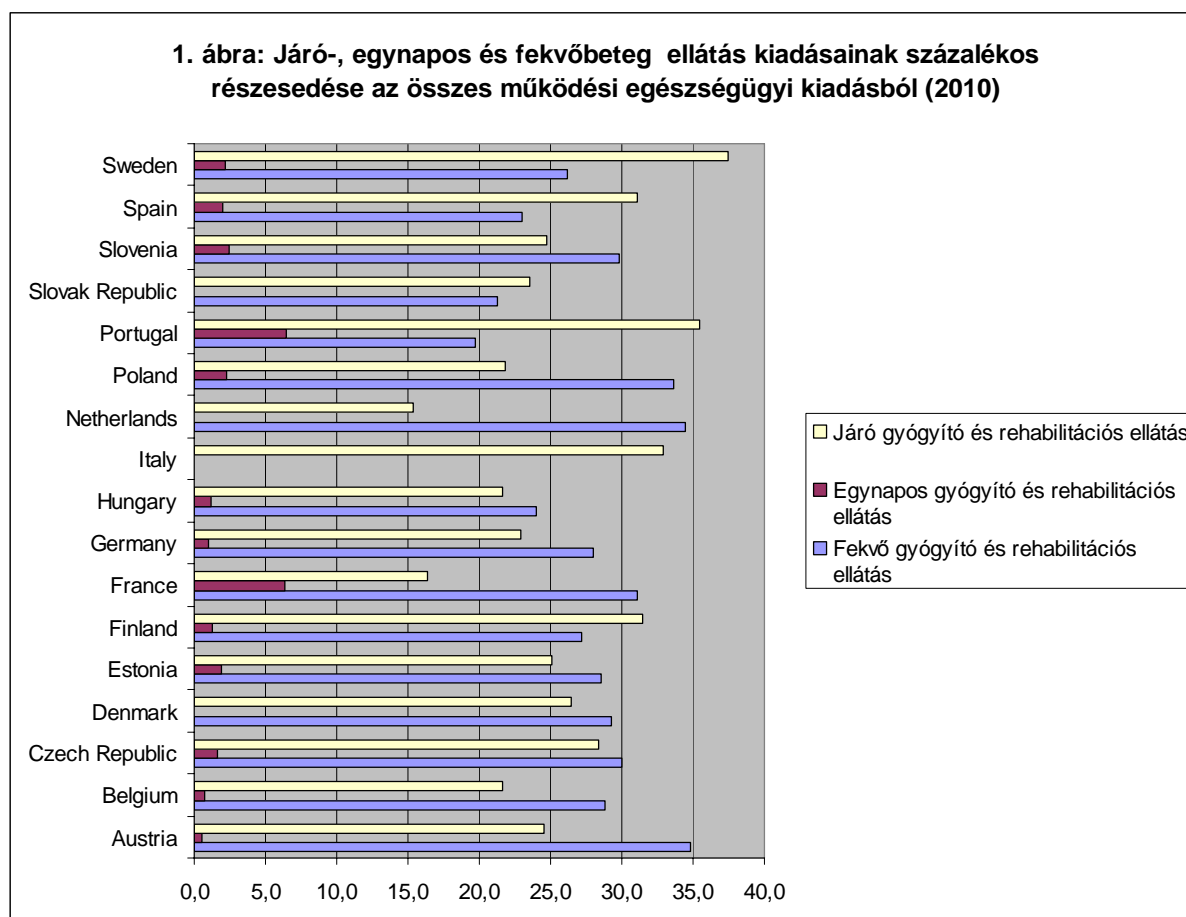
## **Finanszírozás**

Európában a járóbeteg szakellátás finanszírozásának elterjedt formája a szolgáltatás szerinti díjazás. A kórházi ellátás kereteiben nyújtott járóbeteg szakellátás finanszírozására néhány ország (pl. Anglia, Svédország, Hollandia, Dánia) használ DRG-alapú prospektív fizetési formákat, a járóbeteg ellátásra kialakított kategóriákkal. Vannak finanszírozási kísérletek, amelyek a jelenlegi töredezett ellátó rendszerben és finanszírozási környezetben az ellátók ösztönzését kívánják szolgálni a betegellátás koordinálására. Ezek közé tartozik pl. Hollandiában az epizód alapú fizetés (csomagolt fizetés, bundled payment) alkalmazása, amely fix összegű térítést jelent az összes szolgáltatásért, amelyben a beteg az ellátás teljes epizódja alatt részesült. Hasonló a német DMP programok költségátalány szerinti finanszírozása. A DRG-típusú esetátalány létrehozását a járóbeteg beavatkozások számára, és egy erőteljes eredménymutatókból álló rendszer kialakítását szakértői műhelyek a jövő hasznos feladatainak tartják.

A járóbeteg szakellátás más szintektől nehezen elkülöníthető jellege magyarázhatja azt is, hogy az egészségügyi finanszírozásról szóló nemzetközi statisztikák sem tartalmaznak önálló, járóbeteg szakellátási kategóriát, hanem tágabb megközelítésben a járóbeteg ellátást vizsgálják. A járóbeteg ellátás két fontos területe az alapellátás és a járóbeteg szakellátás. A nemzetközi statisztikák közül az OECD statisztikai alkalmasak arra, hogy a járóbeteg ellátás kategóriáinak finanszírozásába némi betekintést nyerjünk, jóllehet a járóbeteg ellátás további bontása az országok egy részében úgy tűnik nem annyira a szervezeti különbségeket tükrözi, inkább a statisztikai számbavételi módszerek eltéréseit képezi le.

## A járóbeteg ellátásra fordított kiadások aránya az fekvőbeteg ellátáshoz viszonyítva

A járóbeteg szakellátás kiadásainak vizsgálata előtt érdemes megnézni, milyen magának a járóbeteg ellátásnak a súlya az egyes országok egészségügyi finanszírozásában. Bár ez a kategória tartalmazza az alapellátást is, mégis az előbbieken tárgyaltak (az ellátási szintek részbeni összekapcsolódása) miatt pontosabb képet ad az egyes országok egészségügyi kiadásainak szolgáltatói szintek szerinti felhasználásáról.



Forrás: <http://stats.oecd.org/>

Az OECD országok közül az adatot szolgáltató országok körében a járóbeteg ellátás kiadásai az egészségügy összes működési költségéhez viszonyítva a holland 15,4 százaléktól a svéd 37,4 százalékig terjednek, átlagosan 25,9 százalékot tesznek ki. (Magyarország 21,7 százalékos adatával az átlag alatt helyezkedik el.)

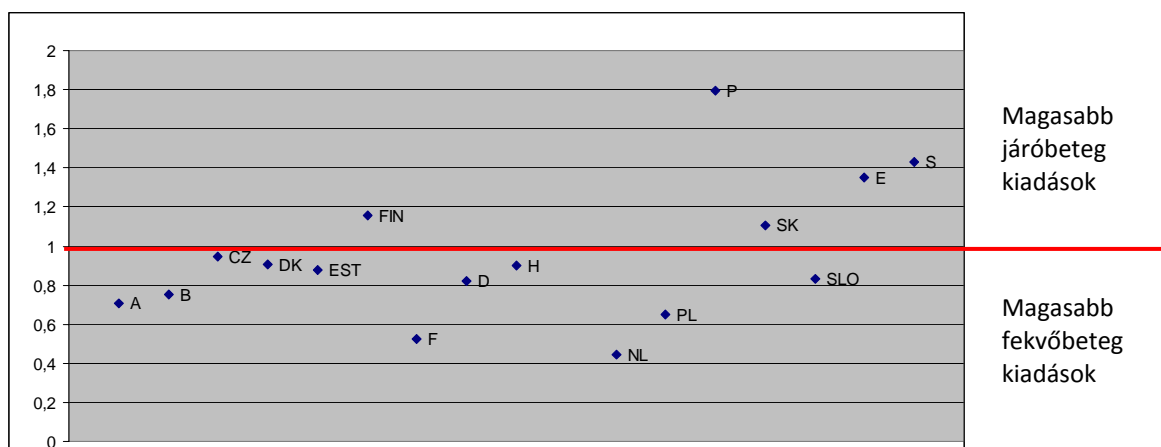
A járóbeteg ellátás kiadásai meghaladják a fekvőbeteg ellátás kiadásait Portugáliában (a járó és a fekvő kiadások hányadosa 1,79), Svédországban (1,43), Spanyolországban (1,35), Finnországban (1,16) és Szlovákiában (1,11).

A járóbeteg ellátás kiadásai jóval a fekvőbeteg ellátás kiadásai alatt maradnak Hollandiában (hányadosuk 0,45) és Franciaországban (0,53). Franciaországnál azonban meg kell jegyezni, hogy magas az egynapos ellátások aránya, bár annak figyelembe vételével is kevesebb a járóbeteg ellátásra jutó finanszírozás, mint a fekvőbeteg ellátásra fordított kiadás (0,73).

**Megfigyelhető, hogy Szlovákia kivételével a járóbeteg ellátásra a fekvőbeteg ellátásnál többet fordító országok mindegyike adóból finanszírozott állami egészségügyi rendszert működtet, a helyi és regionális önkormányzatok erőteljes felelősségével a betegek kórházon kívüli ellátásában. Ezekben az országokban az alapellátás egészségügyi központokban történik, a járóbeteg szakellátás egyes funkcióit az alapellátás nyújtja.**

**A járóbeteg ellátásra arányaiban kisebb finanszírozási hányadot fordító országok Dánia kivételével kötelező társadalombiztosítás alapú egészségügyi rendszerrel jellemezhetők, sok egyszemélyes általános- és/vagy szakorvosi praxissal. (2. ábra)**

**2. ábra: Járó és fekvőbeteg kiadások hányadosa**



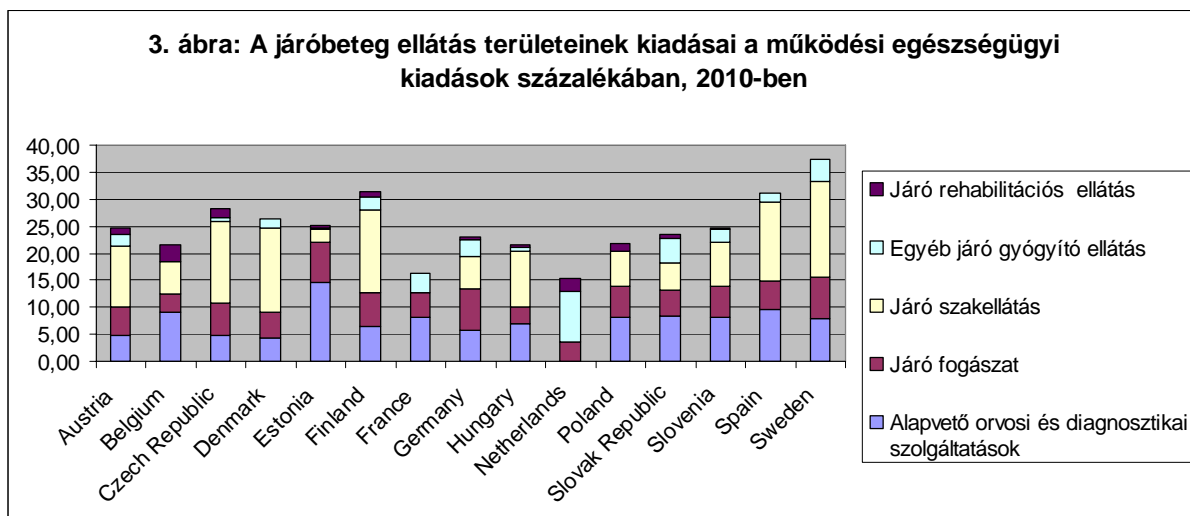
Forrás: <http://stats.oecd.org/>

### A járóbeteg ellátásra fordított kiadások megoszlása a járóbeteg ellátás területei között

Az OECD definíciói szerint a járóbeteg ellátás:

- alapvető orvosi, diagnosztikai szolgáltatásokból (rutin vizsgálatok, gyógyszerfelírás, tanácsadás, injekciók, oltások beadása, mindez bonyolult orvostechnika nélkül, lehetőség szerint elkülönülve a szakorvosi szolgáltatásoktól),
- fogászati járóbeteg ellátásból,
- szakellátásból (szakorvosi járóbeteg ellátás, kivéve az alap diagnosztikát, fogászatot, beleértve a mentális és addiktológiai terület járóbetegeinek nyújtott szolgáltatásait),
- egyéb, a fentiekbe nem sorolt járóbeteg ellátásból és
- járóbetegek rehabilitációs ellátásából áll.

Ezen kategóriákból – természetesen csak közelítve az első az alapellátás, a harmadik a járóbeteg szakellátás finanszírozási adatait tartalmazhatja. (Ismét utalni kell arra, hogy nem minden ország különíti el így a járóbeteg ellátás kiadásait. Pl. Hollandia a fogászat, az egyéb járóbeteg és a járó rehabilitáció kategóriákat használja.)



Forrás: <http://stats.oecd.org/>

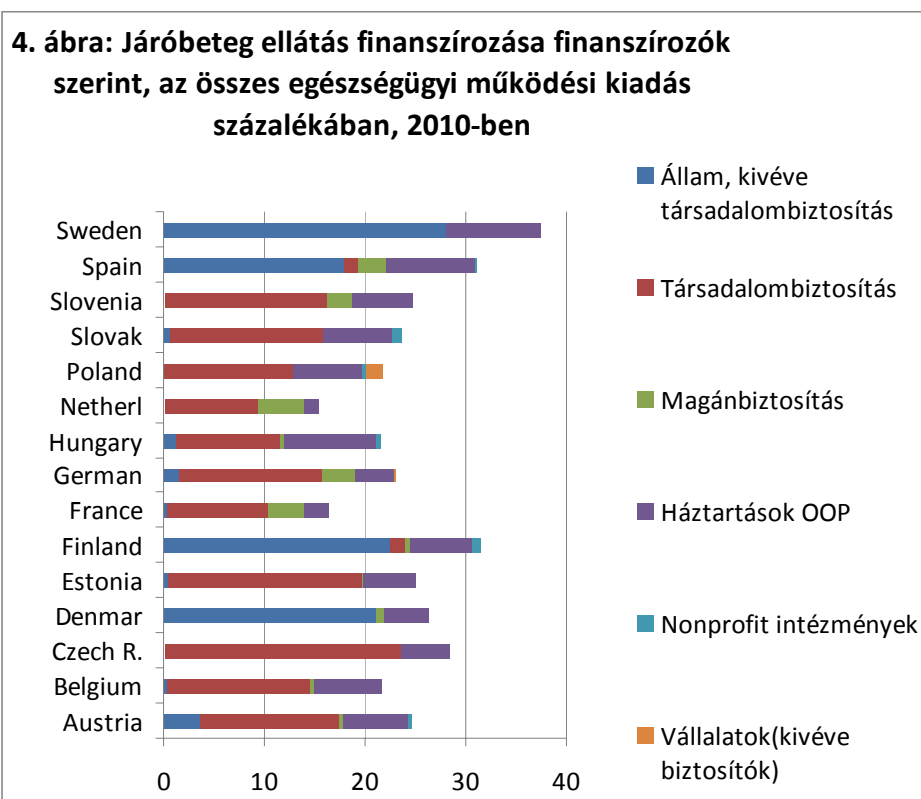
Az adatok ismeretében több országban nem lehet következtetéseket levonni az alapellátás és a járó szakellátás viszonyáról, mert máshova sorolják ugyanazon járóbeteg ellátás finanszírozását, ha funkció szempontjából közelítik, és ha a szolgáltató szempontjából nézik. (Pl. Észtországban extrém magas a járóbeteg ellátás kiadásában az alapvető szolgáltatások aránya és nagyon alacsony a szakorvosi szolgáltatásoké. Észt statisztikát vizsgálva<sup>1</sup> ugyanezen adat található a kiadások funkció szerinti bontásában, viszont szolgáltatók szerint a beazonosítható járóbeteg szakellátók nagyobb összeg fölött diszponálnak.)

Az észt adat figyelmen kívül hagyásával az alap járó szolgáltatások és a járó szakellátás (1. és 3. kategória) hányadosa átlagosan 0,8.

Néhány országnál, ahol a járóbeteg ellátásra fordított kiadások meghaladták a fekvőbeteg ellátás kiadásait, a járóbeteg szakellátás kiadásai is kevéssel meghaladják a fekvőbeteg ellátás kiadásainak felét, (pl. Svédország, Spanyolország, Finnország), míg Lengyelországban, Belgiumban, Németországban, Szlovákiában a járóbeteg szakellátás kiadásai a fekvőbeteg ellátás kiadásainak 20 százaléka körül mozognak. Átlagosan járóbeteg szakellátásra a fekvőbeteg ellátás kiadásainak 37 százalékát használják az országok (az átlagot a nem értelmezhető eltérések rontják.)

<sup>1</sup><http://pxweb.tai.ee/esf/pxweb2008/Dialog/SaveShow.asp>

## A járóbeteg ellátás finanszírozása a finanszírozás forrásai szerint



Forrás: <http://stats.oecd.org/>

A járóbeteg ellátás (gyógyító és rehabilitáció) kiadásait többségében (megyei, helyi) adóból finanszírozzák az egyébként is adóalapú finanszírozással működő egészségügyi rendszereket fenntartó országokban (Dánia, Finnország, Spanyolország, Svédország) és zömében társadalombiztosításból az általánosan kötelező társadalombiztosítási rendszerekkel rendelkező országokban (Ausztria, Belgium, Franciaország, Németország, Hollandia és Közép-Kelet Európa országai). A háztartások OOP kiadásainak aránya átlagosan 23 százalék, az adatot jelentő országok közül legmagasabb Magyarországon (42%), legalacsonyabb Hollandiában, ahol a lakosság helyett elterjedt kiegészítő magánbiztosításuk fizet számos szolgáltatást (amit a közfinanszírozáson kívül igénybe vesznek).

A magánbiztosításból történő járóbeteg ellátás finanszírozás összességében 5 százalék körüli, Hollandiában (30%), Franciaországban (23%) számottevő, Kelet Európa országaiban elhanyagolható.

A finanszírozási adatokat az [1. melléklet](#) táblázatának munkafüzetei tartalmazzák.



## **Kapacitás standardok**

***A járóbeteg szakellátás kapacitás standardjaira Németországban és Szlovákiában találtunk példát. Mindkét országban a járóbeteg szakorvosok lakosságszámra vetített arányát határozták meg.*** (Mindkét országban az önálló rendelőkben dolgozó, biztosítókkal szerződött magánorvosok nyújtják az ambuláns szakellátás zömét.) Az arányszámok meghatározása Németországban régiótípusonként, azokon belül népsűrűség szerinti település típusonként történt, 14 orvoscsoportba ([2. melléklet](#)). A tervezési rendszer átalakítása jelenleg van folyamatban. Az új rendszer 21 orvosszakra vonatkozik majd, nagyobb lehetőséget kíván adni a szükségletek területi különbségeinek figyelembevételére és a demográfiai, morbiditási eltérések tervezésbe történő beépítésére. Szlovákiában 2004-ben, majd 2008-ban kormányrendeletben szabályozták a minimális hálózatot, amely a járóbeteg ellátásban a lakosokra jutó járóbeteg ellátók állásainak számát definiálta a nőgyógyászok és a fogorvosok esetében járásonként, a többi szakorvosnál megyénként. Szlovákiában a minimális hálózat járóbeteg szakorvosi álláshelyei nem veszik figyelembe a lakosság specifikus egészségügyi szükségleteit (morbiditási viszonyokat stb.)([3. melléklet](#)).

## Néhány országról részletesebben

Az országokról szóló összefoglaló táblázat a [4. mellékletben](#) olvasható.

### **Ausztria**

Az osztrák lakosság ambuláns ellátásának java részét szabadfoglalkozású, önálló praxist működtető magánorvosok, illetve 2010-től csoportpraxisokban dolgozó orvosok és egyéb egészségügyi dolgozók végzik. 2010 augusztusától hatályos az ambuláns egészségügyi ellátást megerősítő törvény, mely szerint az önálló praxist fenntartó orvosok az eddigi közkereseti társaságok mellett kft-ként működő csoportpraxisokat is létrehozhatnak. A csoportpraxisok minimum kettő, maximum hat orvostól (azonos vagy különböző szakirány) és orvosonként maximum öt szakdolgozóból állhatnak. A megkötések nem vonatkoznak a radiológiára, laborra, patológiára és fizikális medicinára. A pénztárral való szerződés feltétele a hosszabb és rugalmasabb rendelési idő - 2 orvos esetén heti 30 óra, 3 orvos esetén heti 40 óra, valamint az eltérő szakirányok esetén a pénztárak esetátalányainak (az esetátalány tartalma pl. cukorbetegség, veseelégtelenség, magas vérnyomás esetén új diagnózis felállítása, és az ahhoz a diagnózishoz tartozó szolgáltatások ellentételezése) elfogadása. Mind az önálló praxist fenntartó orvosok, mind a csoportpraxisok számára kötelező a felelősségbiztosítás. Az alapítás feltétele az elektronikus dokumentációs rendszer bevezetése is. 2010-ben az Ausztriában önálló praxist fenntartó általános orvosok száma 6428, a szakorvosok száma 9309, a fogorvosok száma 3525.

Az orvosok két kategóriába sorolhatóak aszerint, hogy szerződésben állnak-e a társadalombiztosítással vagy sem. A betegek szabadon választhatják meg orvosukat, vonatkozik ez az általános orvosokra és a szakorvosokra egyaránt, valamint a szerződéses és nem szerződéses orvosokra is (nem szerződéses orvos felkeresése esetén a beteg a szerződéses orvos díjának megfelelő térítés 80 százalékát veheti igénybe). A szerződéses orvosok a megkötött szerződésük alapján kötelesek a kötelező betegbiztosítottak ellátására. A szerződéssel nem rendelkező orvosokra nem vonatkozik ellátási kötelezettség.

Az önálló praxist működtető orvosok az alapszolgáltatások fix díja mellett, szolgáltatások szerinti díjat kapnak. A csoportpraxisok esetén a pénztárak nem az egyes orvosokkal, hanem a praxisokkal kötnek szerződést. Azonos szakirányú orvosokból álló csoportpraxisoknál a díjazás átalánydíj vagy egyedi szolgáltatások szerint történik. Eltérő szakirányú orvosokból álló csoportpraxisoknál átalánydíjon alapuló finanszírozást alkalmaznak.

Az osztrák járóbetegek szakellátásában az önálló és csoportpraxisukban tevékenykedő orvosok mellett részt vesznek még:

- ambulatóriumok,
- kórházi ambulanciák,
- kórházon kívüli, terápiás, pszichológiai és pszicho-szociális ellátást nyújtok,
- mobil szolgálatok: nem-orvosi egészségügyi szakemberek által nyújtott járóbeteg-ellátási forma (pl. szülésznők, gyógytornászok, logopédusok).

Jelenleg mintegy 800 ambulatórium üzemel az országban közel 10 ezres szakembergárdával, melyek közül az orvosok száma 2600 fő. Az orvosok között a szakorvosok aránya mintegy 50 százalék. A nem orvosi foglalkozások esetén az orvos-technikai szolgálat és ápolói tevékenységi körök jelennek meg leggyakrabban. A tulajdonviszony tekintetében a magán tulajdonviszony (Kft.) a legjellemzőbb. Az állami és részben állami tulajdonosok esetében elsősorban a társadalombiztosítók, illetve városok, önkormányzatok és tartományok a fenntartók. A társadalombiztosítók az ambulatóriumok 17 százalékát működtetik, ami közel 130 létesítményt jelent, ahol a szegmensben foglalkoztatottak 25 százaléka (2300 fő) tevékenykedik. Ezek közül 100 ambulatórium közel 2000 foglalkoztatottal a területi betegpénztárak tulajdonában van. A nagyobb, 60 főt foglalkoztató ambulatóriumok száma 17, ezek közül hét szintén a területi betegpénztárak tulajdonába tartozik. Általánosságban igaz, hogy egy tulajdonos egy telephelyet tart fenn, 20 esetben jellemző a két, 11 esetben 3-4 telephely, amelyek földrajzilag egymáshoz közel esnek. A járóbeteg-szakellátáson belül ezek az intézmények a kórház és orvosi praxis kombinációjának tekinthetők. Az osztrák jog értelmezésében mégis kórháznak minősülnek és ennek megfelelően például orvosokat alkalmazhatnak, kisebb operatív beavatkozásokat végezhetnek. Nem kötelező azonban számukra egynapos ellátás vagy sürgősségi ellátás nyújtása.

Az ambuláns ellátás egy másik fontos részét adják a kórházi járóbeteg-osztályok, melyek pénzügyileg és szervezetileg a fekvőbeteg ellátás területéhez tartoznak. A kórházi járóbeteg-osztályok állami és magán non-profit aktív kórházak által fenntartott ambuláns ellátási formát jelölnek, amelyek alapvetően sürgősségi ellátásra és elsősegélynyújtásra, illetve a fekvőbetegek ellátásához kapcsolódó elő- és utógondozásra specializálódott létesítmények. Elvégeznek azonban olyan esetekben is vizsgálatokat vagy kezeléseket, amikor a beteg lakóhelyéhez viszonyítva nem áll ésszerű távolságon belül vagy elégséges számban ellátó rendelkezésre. Finanszírozásuk a tartományi alapokból történik globális költségvetés szerint, átalánydíj formájában.

A lakosok évente 10 euró díjat fizetnek az e-card szolgáltatásért, illetve önrész vállalás kíséri a gyógyfürdő szolgáltatások, a rehabilitációs szolgáltatások igénybevételét.

## **Csehország**

A járóbeteg-szakellátást főként magánorvosok végzik független magánpraxisban (egyéni vagy csoportpraxis), vagy állami, önkormányzati tulajdonban levő önálló rendelőkben, rendelőintézetekben. A járóbeteg ellátást nyújtó szakorvosok 2010-ben mintegy 189 rendelőintézetben és 6806 önálló szakorvosi rendelőben dolgoztak. (ÚZIS, 2011). Emellett a kórházak járóbeteg részlegei is nyújtanak ambuláns szakellátást. A járóbeteg szakellátást pontrendszer szerint, szolgáltatás alapú díjazással finanszírozzák mind a nem kórházi, mind a kórházi járóbeteg szakellátásban.

A betegek beutaló nélkül fordulhatnak szakorvoshoz, gyakran keresik fel a szakorvost az alapellátás kikerülésével olyan esetekben is, amikor elegendő lenne háziorvoshoz fordulni.

A co-paymentet (cseh elnevezés szerint egészségügyi regulációs díjakat) 2008. január 1-től vezették be. 2012. január 1-től vizitdíj a járóbeteg szakellátásban 30 korona. A díjfizetési plafon évente 2500 cseh korona a 18 év alattiak és a nyugdíjasok számára, ill. 5000 korona a többi lakos számára (ebbe a kórházi napidíj nem tartozik bele).

## **Dánia**

Dánia járóbeteg-szakellátását az ország régióival szerződésben álló magán szakorvosok és a kórházakhoz tartozó ambuláns ellátást nyújtó részlegek (outpatient clinics) biztosítják. A szakorvosok nagyobb része teljes munkaidőben folytatja magánpraxisát, kisebb részük részidőben, kórházi tevékenysége mellett. Helyenként engedélyezett a heti három órában, kórházi környezetben folytatott magánpraxis is, de ez a gyakorlat egyre korlátozottabb. A kórházak ambuláns részlegei gyakran a hospitalizáció előtti és utáni diagnosztikai tevékenységet látják el, illetve ilyen jellegű kezeléseket nyújtanak.

A kórházakon kívül dolgozó szakorvosok önálló vállalkozók, és a régiókkal kötött megállapodások értelmében szolgáltatásonkénti díjazásban részesülnek. Kis számban léteznek független, a régióval nem szerződött magánpraxisok is, ezek díjazása teljes egészében a közvetlen kifizetéseken alapul.

A dán case-mix rendszer két osztályozási rendszerből áll: a DRG-rendszerből (DRG) a fekvőbetegek számára és a Dán Ambuláns Csoportosítási Rendszerből (DAGS) az ambuláns betegek számára. A kórházi járóbeteg-ellátás finanszírozására DAGS-rátákat alkalmaznak.

A lakosság a szolgáltatások igénybevétele szempontjából két szektorba tartozik. Az 1-es szektorba tartozó lakosok számára kötelező a háziorvos-választás, viszont ők mentesülnek a co-payment alól. A 2-es szektorba tartozó betegek nagyobb választási szabadságot élveznek, de ezért co-payment fizetésére kötelezettek.

## **Egyesült Királyság (Anglia)**

Angliában az egészségügy irányításában és az egészségügyi szolgáltatások koordinálásában központi szerepet tölt be az Országos Egészségügyi Szolgálat (National Health Service, NHS). A járóbeteg szakellátást főképpen a kórházak szakrendelőiben nyújtják háziorvosi beutalót követően. A kórházak NHS trösztökbe szerveződve működnek, amelyek az ellátás szervezéséért felelős alapellátási trösztökkel (PCT-kkel) lépnek szerződésbe a lakosoknak nyújtott szolgáltatásokért. Az NHS szervezési elvei közé tartozik, hogy a PCT-k szabadon köthetnek szerződéseket különböző szolgáltatókkal, és a feltételekről, bizonyos keretek között ők állapodnak meg egymással.

A kórházi trösztök helyszíne lehet egy vagy több kórház. A háziorvosokkal ellentétben az NHS szakorvosok alkalmazotti státuszban vannak, és fix fizetésben részesülnek. A kórházi trösztök elnyerhetik a nagyobb önállósággal bíró NHS alapítványi tröszt státuszt. Jelenleg 170 akut tröszt és 129 alapítványi tröszt működik Angliában. Az akut NHS trösztök a sürgősségi ellátás mellett az elektív ellátás legtöbb szakterületén nyújtanak szolgáltatásokat. Vannak köztük egy szakterületre koncentráló kórházak, amelyek gyakran regionális vagy országos központok a specializáltabb ellátásra. Az akut trösztök a kórházon kívül is nyújthatnak járóbeteg szolgáltatásokat szakrendelőkön keresztül (health centres, outreach clinics).

A szakrendelői vagy helyi kórházi (community) ellátási szint a jelenleg folyó átalakítások előtt a PCT-k saját felelősségi körébe tartozott. 2009-ig maguk biztosították ezeket a szolgáltatásokat. Három évvel ezelőtt lehetőséget kaptak arra, hogy más szolgáltatókat vonjanak be az ellátásba, amely a megoldások széles spektrumát teszi lehetővé. Egyes helyeken továbbra is megvan a PCT-k szolgáltató ága, amely azonban ritkán alkalmaz önálló

orvosi személyzetet: leggyakrabban valamelyik kórházi tröszt alkalmazott orvosait veszi igénybe. De lehetséges az is, hogy önálló community trösztök alakuljanak, amelyek egyedül vagy akár egy kórházi tröszttel közösen is pályázhatnak a feladat ellátására. Végül léteznek magán-szolgáltatók (pl. a Virgin Healthcare). 2013-tól a népegészségügy átkerül az önkormányzatokhoz. A PCT-k eredendő feladatai közül megmaradó szakrendelői ellátást az örökükbe lépő klinikai szolgáltatásvásárló csoportok (CCG-k) szervezik majd, alapvetően a fent leírt szerkezetek valamelyikében.

A 2010/11-es pénzügyi évben (2010. április – 2011. március) az összes járóbeteg-megjelenés mindössze 3,37 százaléka (2 368 440 megjelenés) volt a PCT-k saját ellátó ágához köthető. Többségüket a kórházi trösztök végezték, vagy az általuk fenntartott szakrendelőkből, vagy a kórházak saját járóbeteg-rendelésein.

Történnék intézkedések annak érdekében, hogy a betegeket az akut kórházon kívülre mozdítsák és az ellátást lehetőleg a betegekhez közel nyújtsák. Az elmozdulás egyik formája, hogy ugyanazt a munkát máshol végzik, pl. a járóbeteg utánkövetését nem a kórház, hanem GP vagy ápoló végzi pl. a beteg otthonában vagy otthonához közeli helyen (krónikus betegek szorosabb monitorozása a sürgősségi felvétel megakadályozása érdekében). A házi orvosok és szakorvosok közötti feladatmegosztást célzó stratégiák is ezt a célt szolgálják (integrált ellátás, „specialist outreach services”).

A szakellátás a házi orvosi praxisban is szerepet kap, pl. diagnosztikai szolgáltatások, kisebb műtétek, akut és krónikus betegek ellátása, terhesség-gondozás, perinatális ellátás. Megemlíthetők az ún. „speciális érdeklődésű orvosok” (Practitioners with Special Interests), akik továbbképzés révén klinikai területeken szereznek kompetenciákat és így olyan eljárásokat is végezhetnek, amelyeket hagyományosan az akut vagy kórházi szektorban teljesítettek. Az alapellátás részét képezi a fogászat, a szemészet, a közösségi szolgáltatások (pl. rehabilitáció, körzeti ápolói szolgálat, fizioterápia), az esti órákban és a hétvégeken működő walk-in rendelők.

A várólisták megszüntetése érdekében 2002-ben az NHS Plan nevű reformterv részeként bejelentették az ISTC Programot, miszerint az NHS szerződést köthet magánszektorbeli központokkal (Independent Sector Treatment Centres). A központok azon kapacitások betöltésére hivatottak, amelyeket a meglévő NHS ellátók nem tudnak kielégíteni (műtétek, képalkotó eljárások, diagnosztikai eljárások stb.). A magánellátóknak eleget kell tenniük az NHS által megkövetelt klinikai elvárásoknak és színvonalnak. 2010-ben 35 ilyen központ működött az országban.

A közfinanszírozású NHS és ISTC szakellátás mellett létezik egy kisméretű magánszektor is, amelyet magánbiztosításból vagy közvetlen fizetésből térítenek. A magánszektor többnyire akut elektív ellátást nyújt. A lakosság kb. 12 százaléka rendelkezik önkéntes magánbiztosítással. Léteznek még magántulajdonban levő poliklinikák is, amelyek házi orvosokból és szakorvosból állnak, és integrált ellátást vagy kényelmesebb szolgáltatásokat nyújtanak a betegeknek. A poliklinikák 2008-10-ig jelentősen gyarapodtak, azonban a kormányváltás után az új egészségügyi miniszter fékezte terjedésüket.

Az NHS finanszírozása többnyire az állam adóbevételeiből történik. Az állami egészségügyi ellátásban nincs önrészfizetés, leszámítva a fogászati ellátást és a gyógyszerek recept díját. A járóbeteg ellátásban az akut kórházakban bevezetett teljesítmény szerinti fizetési rendszert (Payment by Results, PbR) használják. A PbR esetátalány alapú díjszabási rendszer, melyben

a kórházaknak nyújtott térítés közvetlen kapcsolatban áll az ellátott betegek számával és összetételével. A PbR célja, hogy átláthatóvá tegye az NHS pénzügyi folyamatait. A díjszabás lefedi a fekvőbeteg ellátást, az egynapos sebészetet, a járóbeteg és a sürgősségi/baleseti ellátást. A szolgáltatásokon átívelő egységes árazást a DRG-szerű HRG (Healthcare Resource Groups) teszi lehetővé, ami a klinikailag hasonló kezelések standard csoportjait képezi. A PCT-k mindazonáltal indokolt esetben köthetnek a PbR-től eltérő feltételek – pl. fejkvóta-alapú díjazás – mellett is szerződést egy-egy szolgáltatóval.

A szakellátásban a várakozási idő maximum 18 hét lehet. Kivételt képeznek a rákbetegségek és a mellkasi fájdalmakat ellátó gyors elérhetőségű klinikák (RACPC), ahol a várakozási idő két hét. A „Choose and Book” elektronikus előjegyzési rendszeren jelentkező betegek várakozási ideje 24 óra sürgős beutalással, 48 óra általános beutalással.

A szakellátás földrajzi eloszlása Angliában is rendkívül változatos, és nincs központi elvárás arra vonatkozóan, hogy mekkora lehet az elérési idő a betegek számára.

## **Észtország**

Az ambuláns szakellátást egészségügyi központok, kórházak járóbeteg részlegei és önállóan praktizáló szakorvosok biztosítják. A szakorvosi ellátás szolgáltatóinak többsége magán. Az állami és magán szolgáltatók egyaránt szerződhetnek az Észt Egészségbiztosítási Alappal.

Az Észt Egészségbiztosítással szerződésben álló járóbeteg szolgáltatók finanszírozása leggyakrabban szolgáltatás alapú díjazással történik. A járóbeteg ellátásban co-paymentet kell fizetni, amely az Észt Egészségbiztosítási Alappal szerződésben álló szolgáltatóknál 3,20 euróig terjedhet. A díjfizetés alól mentesülnek a terhes nők, a 2 év alatti gyermekek, valamint az azonnali kórházi kezelést igénylő betegek.

A járóbeteg szakellátás igénybevételéhez háziorvosi beutaló szükséges. A beutaló nélkül igénybevett járóbeteg ellátást az észti egészségbiztosítás nem téríti meg. Nem szükséges beutaló a pszichiátria, nőgyógyászat, bőrgyógyászat, szemészet, fogászat, tüdőgyógyászat (a tuberkulózis esetében), fertőzésgondozás (a HIV/AIDS esetében), sebészet vagy ortopédia (traumatológia esetében).

A járóbeteg vizitekre vonatkozó maximális várakozási időt 2009 márciusában négy hétről hat hétre növelték. 2011-ben a járóbeteg ellátásban az átlagos várakozási idő 25 nap volt.

## **Finnország**

Finnországban a szakellátás biztosítása az önkormányzati tulajdonban lévő kórházi körzetek felelőssége. A járóbeteg szakellátás elsősorban a kórházak járóbeteg részlegein történik, kisebb részben pedig az alapellátó egészségügyi központokban (a szakellátó járóbeteg viziteknek mintegy 10 százalékát biztosítják). Emellett magán orvosi praxisok is biztosítanak járóbeteg szakellátást.

A járóbeteg szakellátás igénybevételéhez beutalóra van szükség (a beutaló származhat az egészségügyi központban dolgozó alapellátó orvostól, magán orvostól, vagy a foglalkozás-egészségügyben dolgozó orvostól).

A kórházi körzeteket a tagönkormányzatok menedzselik és finanszírozzák. Mindegyik helyi önkormányzatnak kötelezően csatlakoznia kell valamely kórházi körzethez. A kórházi körzetekhez változó számú (6-58) önkormányzat csatlakozik. Összesen 21 kórházi körzet van Finnországban. Minden körzetnek van egy központi kórháza, és egyes körzetekben egy kisebb helyi kórház is működik, amelyek biztosítják a járó- és fekvőbeteg-ellátást a területükön élő lakosság számára. Összesen mintegy 70 állami kórház működik Finnországban.

A kórházi körzetek és önkormányzatok évente különböző szerződéses vagy tárgyalási mechanizmusokon keresztül határozzák meg a volumenre vonatkozó célkitűzéseket, valamint a kifizetéseket. A tervezett volumenek és költségek egyaránt az előző évin alapulnak. Formálisan egy tanács dönt a költségvetésről, amelynek tagjait az egyes önkormányzatok választják. A tanács jóváhagyja a pénzügyi beszámolókat (mint pl. kifizetési módszerek, valamint a kifizetések árai) is, és dönt a főbb befektetésekről. A kifizetési módszerek körzetenként eltérőek lehetnek. Az árazási trend fokozatosan toldott el az esetalapú finanszírozás felé. Jelenleg 21 körzetből 13 DRG-alapú finanszírozást alkalmaz. A DRG-k alkalmazásának elvei és szabályai jelentősen változnak a kórházi körzetek között, mivel nincsenek országos irányelvek. A DRG-kat a járóbeteg ellátásban is alkalmazzák.

A járóbeteg ellátásban co-paymentet kell fizetni, amelynek mértéke azonban körzetenként eltérő lehet. A Helsinki City Egészségügyi Központban például 2012. január 1-től a járóbeteg ellátás díja 27,5 euró. A kezeléssorozat esetében 7,5 euró az ellátás díja vizitenként, és ezt a díjat maximum 45 vizit esetében lehet felszámolni egy kalendáriumi évben. 2010-ben az önrész plafonja 636 euró, ami után térítésmentessé válnak az egészségügyi szolgáltatások (kivéve a rövid távú kórházi ellátás). A 18 éven aluliak nem fizetnek a járóbeteg ellátásért.

A magán járóbeteg ellátás igénybevétele a nőgyógyászat és a szemészet terén a leggyakoribb. A szerződött magán praxisok által biztosított járóbeteg szakellátást is részben megtéríti az Országos Társadalombiztosítás, a kormány által meghatározott alaplát maximum 60 százalékáig (a magánszolgáltatók kiszabhatnak az alaplátnál magasabb árat is). (Az Országos Társadalombiztosítás összességében véve a magánszolgáltatók díjainak átlagosan egyharmadát téríti meg).

## **Franciaország**

Franciaországban a járóbeteg szakellátás, a kórházak ilyen irányú tevékenysége mellett, tradicionálisan az önálló, vállalkozó orvosok érdekeltségi körébe tartozik. Az összes francia orvos kb. fele vállalkozó formában praktizál.

A vállalkozó orvosok többnyire egyéni rendelőkben praktizálnak. Lehetnek általános orvosok vagy szakorvosok. 2011-ben a vállalkozó orvosok összes díjazása 19,2 milliárd euróval az összes közvetlen egészségügyi költség mintegy 10,7 százalékára rúgott Franciaországban. A kórházakhoz kötődő járóbeteg-ellátással együtt ez az összeg 45,7 milliárd euróra (25,4 százalék) nő (ez nagyjából megegyezik az OECD statisztikában szereplő hányaddal.).

A vállalkozó orvosok és nővérek díjazása az általuk elvégzett beavatkozások függvényében történik. A különféle elvégezhető beavatkozásokat egy lista (Classification Commune des Actes Médicaux – CCAM) tartalmazza, ezekhez az illető orvos szakmai képzettségének megfelelően egy szorzó rendelhető, melyet végül egy évről évre az orvosi szervezetek és a



társadalombiztosító közötti megállapodásban rögzített díjtétellel kell megszorozni, így adva az illető orvos díjazását.

A francia orvosok két szektorra osztva végzik tevékenységüket az ország egész területén. Az 1-es szektorban önálló vállalkozóként praktizáló szakorvosok által a betegeknek felszámítható díjtételeket többségében az országos keretszerződés határozza meg. A 2-es szektor orvosai, az elismert szaktekintélyek (kb. a vállalkozó orvosok ¼-e), ugyanezeket a tarifákat alapul véve, mind ez ideig szabadon határozhatták meg konzultációs tarifáikat, de az új szabályozás – egy 2012. október 26-án született megállapodás – szerint a társadalombiztosítási tarifa 2,5-szeres túllépése (70 eurós küszöbértéken túl) eljárást von maga után.

A szakorvosi díjtételt a betegnek kell megelőlegeznie. A társadalombiztosító átlagosan a házi- és szakorvosi konzultációk költségeinek az 1-es szektorban 70 százalékát, a két szektor átlagában pedig 62-63 százalékát téríti meg. A fennmaradó részt – elsősorban a 2-es szektorban alkalmazott díjtúllépéseket - a kiegészítő biztosítók (kb. 22 százalék), illetve maguk a betegek állják.

Az egyes szakmákban megszerezhető jövedelmek között jelentős különbségek lehetnek. Ennek oka elsősorban az, hogy a gépesített beavatkozások díjtételei általában magasabbak a puszta konzultációkénál, ezért van az, hogy a jövedelmi skála két végén egyrésről a radiológusok, másrésről a bőrgyógyászok állnak. De a különbségeket tovább erősíti a díjtúllépések rendszere a 2-es szektorban, illetve természetesen az egyénileg elvégezhető és elvégzett beavatkozások volumene.

A nemzetközi tendenciáknak és a kórházi felvételek általános rövidülésének megfelelően, az utóbbi időben Franciaországban is jellemző, hogy a kórházak egyre nagyobb arányú tevékenysége folyik egynapos sebészet vagy járóbeteg-ellátás keretében. 2010-ben 26 millió felvételtől majdnem 14 millió volt ilyen jellegű. Ezeknek az ellátásoknak azonban csak 44 százaléka az akut jellegű, 40 százalékban pszichiátriai, 18 százalékban pedig rehabilitációs jellegű járóbeteg-ellátásról van szó.

A francia kórházak három nagy csoportja különíthető el: az állami kórházak (az ágyak mintegy 60 százaléka), illetve a for-profit és non-profit magánkórházak csoportjai. Jellemzően az utóbbiakban található nagyobb arányban ambuláns akut ellátás, míg a közkórházak ambuláns felvételei meghatározó részben pszichiátriai jellegűek.

A kórházak finanszírozása 2007 óta legnagyobb részben DRG-alapon történik (Tarification à l'activité – T2A). Ugyanakkor egyes ellátások, pl. a pszichiátria prospektív költségvetés alapján finanszírozott (Dotation globale), továbbá a közfunkciók ellátásában részt vevő – eredendően állami, de 2009 óta részben magán - kórházak részére rendelkezésre áll egy, a Regionális Egészségügyi Hatóságok által folyósított keret az ügyeleti szolgálatra, népegészségügyi feladatokban való részvételre, illetve kutatási-oktatási célokra (MERRI-MIGAC). Az állami és non-profit intézmények ezen kívül magasabb T2A-díjtételeket számolhatnak el, kompenzációként az általában kedvezőtlenebb case-mixük miatt.

Mindezen túlmenően a kórházi orvosok is végeznek vállalkozó társaikhoz hasonló járóbeteg-szakrendelést. A T2A-rendszerben finanszírozott akut ellátást végző magánklinikák esetében ez a klinikától jogilag független vállalkozó orvosi tevékenységnek minősül, és így az orvos közvetlenül veszi fel érte a díjazást a betegről – ugyanazon feltételek mellett, mint a fent



tárgyalt esetekben. Az állami és non-profit intézményekben az orvosok fizetésért végzett feladatkörébe tartozik e szolgáltatások nyújtása is. Az intézményeket a társadalombiztosító a CCAM alapján fizeti.

A magánpraxisok és a kórházi környezetben végzett ellátás között az utóbbi időszakban törekszenek kialakítani egy új szintet, melyet az egészségházak és egészségügyi központok (maisons de santé, ill. centres de santé) névvel illetnek.

A kettő közti fő különbség az, hogy míg az egészségházak önálló vállalkozó orvosok közös praxisából alakulnak ki (jellemzően egyesületi formában, esetleg valamilyen gazdasági társaság egyidejű alapítása mellett), addig az egészségügyi központok önálló jogi személyiséggel rendelkező intézmények, amelyekkel orvosaik alkalmazotti viszonyban állnak. A 2010-2013-as időszakban a kormány 250 egészségház létrehozását tervezte, 2012 januárjában 235 egészségház működött az országban. Jelenleg mintegy 450 egészségház projektje van folyamatban.

Az egészségházak több évre szóló célkitűzéseikről és eszközeikről a Regionális Egészségügyi Hatóságokkal (Agences régionales de santé – ARS) kötnek szerződést, és ennek alapján kapják finanszírozásukat e hatóságoktól. Feladataik közé tartozik a folyamatos egészségügyi ellátás megteremtése (ügyelet ellátása), egyes népegészségügyi feladatok (pl. szűrések) ellátása, továbbá paramedikális szolgáltatások (pl. kinezioterápia, fizioterápia) nyújtása. Ezekről a Regionális Egészségügyi Hatóságnak elküldött ellátási terv rendelkezik, és ezek alapján az egészségházak a Hatóságtól, a vállalkozó orvosok számára megszabott tevékenység alapú társadalombiztosítási díjazáson túlmenően, rögzített összegű finanszírozást kaphatnak egy külön a hasonló célokra létrehozott alapból (Fonds d'intervention sur la qualité et la coordination des soins – FIQCS). A helyi és területi önkormányzatok is hozzájárulhatnak finanszírozásukhoz. Az egészségházak személyi állománya jelenleg 2650 egészségügyi szakemberből áll, közülük 750 orvos, közülük is a többség háziorvos. Ez tehát jelenleg csak nagyon kis részét teszi ki a járóbeteg-szakellátásnak.

Egészségügyi központokat non-profit társaság, önkormányzat vagy egészségügyi intézmény (kórház) alapíthat. Feladataik hasonlóak az egészségházakéihoz, és szintén elsősorban általános orvosi ellátást nyújtanak.

A vállalkozó orvosok és a kórházak területi elhelyezkedése egyaránt egyenlőtlen Franciaországban. Előbbiek tekintetében a társadalombiztosító különleges opciók bevezetésével próbál kedvezőbb eloszlást elérni: a ritkán ellátott régiókban működő vagy ott helyettesítő, illetve az egészségházakat létrehozó orvosok számára emelt térítési díjakat biztosítanak.

A kórházi ellátásban a földrajzi eloszlás tervezésének eszköze a Regionális Egészségügyi Hatóságok által elkészített, és széles körű konzultáción nyugvó ötéves Regionális Ellátási Terv (Schéma régional d'organisation des soins – SROS). A SROS, amely három generációja (1994-1999, 2000-2005 és 2006-2011) során egyre szélesebb területen és egyre mélyülő jelleggel tartalmazta a kínálat-szervezés céljait, a minisztérium, a társadalombiztosító és a nemzeti statisztikai hivatal által gyűjtött ellátási adatokból kiindulva szükséglet-alapú tervezést kíván megvalósítani. A harmadik generációban már kifejezett cél a vállalkozó orvosok tevékenységének szervezése is, a kórházi ellátással összhangban. Országos szintű irányszámok a járóbeteg-ellátás elérési idejére vonatkozóan ugyanakkor nincsenek.

## **Hollandia**

Az egész lakosságot lefedő kötelező magánbiztosításon alapuló holland egészségügyi rendszerben a járóbeteg-ellátás többnyire a kórházak ambuláns osztályain történik. A kórházak többsége non-profit, magántulajdonú.

A kórházak minden szakellátásának (a járóbeteg ellátás is) finanszírozása teljesítmény alapú és a DRG típusú DBC fizetési rendszeren alapul (diagnózis kezelés kombinációk). A kórházi szakorvosok független vállalkozók, akik szerződéses viszonyban állnak a kórházzal (kivéve azokat az orvosokat, akik egyetemi kórházakban, pszichiátriai klinikákon vagy rehabilitációs központokban dolgoznak, ők alkalmazottak). 2007-től kezdődően kísérletezés történik a „csomagolt fizetés” (bundled payment) mechanizmusával, hogy az ellátás javítása érdekében együttműködésre ösztönözzék a különböző járóbeteg környezetben működő ellátókat. A kísérletek három specifikus betegpopulációban indultak el: diabetes, krónikus obstruktív tüdőbetegség és vaszkuláris kockázat menedzsment. A csomagolt fizetésbe foglalt szolgáltatásokról országos szinten hoztak döntést, amely minőség indikátorokat is tartalmazott. A kísérletek értékelése alapján javulás mutatkozott az ellátási folyamatban, de még túl korai következtetéseket levonni az ellátás minőségére vagy költségeire gyakorolt hatásról.

Hollandiában a szakellátást befolyásolja az a tényező, hogy házi orvosok erőteljes kapuőr funkciót töltenek be és jelentős részt vállalnak a szakellátásban. Az összes járóbeteg vizit kétharmadát az alapellátás képezi. A házi orvosok kezelik a gyakoribb betegségeket, gondozzák a krónikus betegeket és pszichoszociális problémák megoldásában is részt vállalnak. Bonyolultabb szakellátásban csak azok a betegek részesülnek, akik speciális szakértelmet és orvostechnikai eszközöket igényelnek. A legtöbbször a sebészetre utalják be a betegeket. Beutalás igen ritka az olyan elterjedt betegségekre, mint hipertónia, alsó háttáji fájdalom és felső légúti megbetegedés.

A kórházi szakrendelők mellett az utóbbi időben létrejöttek multidiszciplináris járóbeteg klinikák és független ellátóközpontok. A multidiszciplináris járóbeteg klinikák nappali diagnosztikai szolgáltatásokat és szakorvosi konzultációkat nyújtanak több szakterület orvosainak bevonásával. A multidiszciplináris járóbeteg klinikák a kórházak kötelékébe tartoznak, így térítésük a DBC fizetési rendszeren alapul. A független ellátó központok kórházaktól független magánintézmények, amelyek egy bizonyos ellátásra specializálódnak (pl. szürkehályog műtét, visszeres véna műtét). A központok olyan nem akut ellátást nyújtanak, amelyhez a betegeknek nem szükséges a kórházba befeküdni. A díjszabás a biztosítók és az ellátók közötti szabad megállapodás alapján történik. A független központokban történő ellátás 20 százalékkal olcsóbb, mint a kórházakban. 2009-ben 198 ilyen központ működött Hollandiában.

## **Lengyelország**

Lengyelország egészségügyi rendszere országos egészségbiztosításon alapul. A járóbeteg szakellátást városi területeken önálló egészségügyi intézményekként működő szakorvosi rendelőintézetek vagy egyéni vállalkozó szakorvosok nyújtják, a szakorvosi rendelők nagy része magántulajdonban van. A járóbeteg szakellátás 90 százalék fölötti része szakorvosi rendelőintézetekben történik, a többi vállalkozó szakorvosok egyéni és csoport praxisában. A

járóbeteg ellátásban 2009-ben összesen 16 252 rendelőintézet működött közfinanszírozás alatt, ebből 2 967 állami és 13 285 magánintézmény.

A háziorvosi beutalót követően a betegek szabadon választhatnak az Egészségbiztosítási Pénztárral szerződésben álló ellátóval. Bizonyos területeken (pl. nőgyógyászat, sürgősségi ellátás) vagy betegségek esetén (pl. TBC, HIV) nincs szükség beutalóra a szakorvosi rendelésre. Az állami szektorban a fogászati ellátás igen korlátozott és költségmegosztással jár, a magasabb szintű eljárások csak a magán szektorban állnak rendelkezésre.

A járóbeteg szakellátás finanszírozása az egészségbiztosítóval kötött szerződés alapján szolgáltatásokon alapuló díjazás szerint történik. A krónikus betegségben szenvedő betegek járóbeteg ellátását fejkvóta-szerű térítéssel illetik. A járóbeteg szakellátásban nem létezik önrész, bár a szolgáltatások gyakran informális fizetésekkel érhetőek el vagy gyorsíthatók fel.

## **Németország**

Németországban 2011 végén a lakosság járóbeteg-ellátását 142,8 ezer orvos látta el. A kötelező betegbiztosítással szerződött orvosok száma 121,7 ezer fő. A szerződéses orvosok 46,4 százaléka választott orvosként (háziorként szakorvos is választható) nyújtott ambuláns ellátást. Az ambuláns szektoron belül alkalmazottként tevékenykedő orvosok száma 2011-ben 17,9 ezer fő volt.

A német egészségügyi rendszer egyik sajátossága, hogy az ambuláns orvosi ellátást többnyire szabadfoglalkozású, önálló praxisukban (2010 III. negyedévében összesen 70855 orvos tevékenykedett ebben a formában) vagy ritkábban csoportpraxisban (2010 III. negyedévében 49 200 orvos, átlagos csoportpraxis méret 2-3 orvos/praxis) tevékenykedő kötelező betegbiztosítással szerződött orvosok nyújtják. Létező forma még a praxisközösség (a csoportpraxisok és praxisközösségek közötti fő különbség, hogy a csoportpraxisok közösen számolnak el a pénztári egyesületekkel, míg a praxisközösségek egyéni elszámolást folytatnak, azonban a személyzetet, helyiségeket és az eszközöket közösen használják). Az egyéni praxisokkal szemben a kooperációs lehetőségek terén a csoportpraxis és a praxisközösségek bizonyos előnyökkel bírnak, az integrációs szintjük azonban a legtöbb esetben alacsony. Több régióban alakultak ki a szabadfoglalkozású orvosok együttműködésével ún. praxishálózatok, amelyek a hálózaton belüli egységes kommunikációt és kooperációt, a minőség és gazdaságosság javulását célozzák, valamint a betegpénztárakkal külön megállapodásokat kötnek a hálózaton belüli szolgáltatások díjazására és a megtakarítások felosztására. A kormány felismerte a praxishálózatok jelentőségét a lakóhely közeli ellátás területén, így lehetővé tette a 2012-es változtatásokkal a különböző szakirányú végzettségű szerződéses orvosok egyesülését, valamint a pénztári orvosok egyesületeinek lehetősége nyílik ezen szervezeti formák pénzügyi támogatására.

Az orvos/praxis biztosítóval történő szerződésének alapfeltétele a pénztári orvosok egyesületeinek orvosi regiszterébe történő bejegyzés, valamint az engedélyezési bizottsághoz benyújtott kérelem pozitív elbírálása, amely a szakképzettségen kívül az adott régiót érintő ellátási szükséglettől válik függővé. (Az ellátási szükségletre vonatkozó tervezést a pénztári orvosok egyesületei és a betegpénztárak egyesületei végzik a Közös Szövetségi Bizottság által felállított szükségleti tervezéshez igazodva. Az engedélyezési eljárás vonatkozik a 2004-től bevezetett ambuláns egészségügyi ellátó központokra is.)

A 2004-es egészségügyi reformnak köszönhetően az ambuláns ellátás területén előtérbe került az ambuláns egészségügyi ellátó központok fejlesztése. A fejlesztés indoka az volt, hogy a különböző szakterületeken dolgozó orvosok összehangoltabban végezhetik munkájukat, amiből mind a betegeknek, mind az orvosoknak előnyei származnak. Elkerülhetővé válnak a költséges, többször elvégzett vizsgálatok; lehetőség nyílik az egyes kezelések, a felírt gyógyszerek egymással való jobb összehangolására, a költséges orvosi berendezések és felszerelések közösségi szintű használatára, csökken a praxisalapítás pénzügyi rizikója, az igazgatási feladatokat a létesítmény vezetése veszi át, így az orvosoknak több ideje marad a betegekre, a betegek időt takarítanak meg a rövidülő betegutak révén. A 2011-es statisztikák szerint számuk 1730-ra növekedett Németországban. A német egészségügyi ellátó központokban jelenleg 9434 orvos tevékenykedik. Az alkalmazotti státuszban levők száma 8114, szerződéses orvosként 1320 fő végzi tevékenységét a centrumokban. Egy centrumban átlagosan 5,5 orvos végez munkát. A központok legnagyobb arányban orvosok (42,3 százalék), illetve kórházak (37,5 százalék) tulajdonában vannak. Jellemzően Kft. és polgárjogi társaság formában működnek.

A német betegeknek szabad választása van a társadalombiztosítással szerződött orvosok és intézmények között.

A kórház és az ambuláns ellátás ötvöződéseként a szerződéses orvosok mintegy 5 százalékának (6000 fő) jogosultsága van arra, hogy betegeit a kórházban kezelje. Ez a befektető orvosi tevékenység különösen olyan kisműtéti szakterületeket érint, ahol a kórházak olyan kevés esetet vesznek fel, hogy csak szükség esetén, például hetente 1-2 alkalommal végeztetnek operációt a befektető orvosokkal. Az összes többi szerződéses orvos beutalja a betegét kórházi kezelésre, majd a kórházi kezelést követően ambulánsan kezeli tovább a beteget. Az utókezelést szintén az önálló praxist fenntartó sebész végzi, nem pedig a kórházi orvos. A kötelező biztosítás terhére ambuláns ellátást végző befektető orvosok tevékenységüket csak az illetékes pénztári orvosok egyesületének külön engedélyével végezhetik.

Németországban a magasabb szintű egészségügyi ellátás biztosítása céljából 2012-től az ellátási struktúra átalakításáról szóló törvény megnyitotta a kórházakat az ambuláns orvosi ellátás továbbfejlesztése érdekében, ami együtt jár az ún. speciális ambuláns szakorvosi ellátási szint kialakításával. A speciális szakorvosi ambuláns-ellátást mind a kórházak, mind a magasan képzett szerződéses orvosok nyújthatják. A kórházak ilyen jellegű ellátást csak szakorvosi beutalásra nyújthatnak, és csak abban az esetben, ha kooperációs szerződést kötöttek az önálló praxissal rendelkező orvossal. Az új ambuláns ellátási szinten a ritka vagy súlyos lefolyású betegségek, mint a rák, HIV/AIDS, mukoviszcidózis vagy sclerosis multiplex ellátása zajlik. A szolgáltatás nyújtásának egyedüli feltétele a Közös Szövetségi Tanács által meghatározandó minőségi követelményeknek való megfelelés. A koncepció megvalósulásához szükséges a tartományok és önkormányzatok nagyobb fokú bevonása az ellátástervezésbe. Az új modell különösképpen a differenciált, szektorokon átívelő ellátás fejlesztésének és követelményeinek igyekszik megfelelni. Célja az ambuláns sürgősségi ellátás, a kórházak, valamint az önálló orvosi praxisok kooperációs lehetőségeinek további javítása. Az új ellátási szint szolgáltatásainak finanszírozása egyedi szolgáltatások szerinti fix árakon és mennyiségi korlátozás nélkül történik. Az ezzel kapcsolatos irányelveket a Közös Szövetségi Tanács 2012 végéig kell, hogy meghatározza.

Az ambuláns szektor díjazásának alapjául szolgáló jegyzék az elszámolható szolgáltatások egységes jegyzéke (Einheitliche Bewertungsmaßstab vagy EBM), amely minden nyújtható szolgáltatást (egyedi szolgáltatások, átalánydíjak, amit a szerződéses orvosok vagy pszichoterapeuták a kötelező biztosítás terhére elszámolhatnak) és az azért járó pontértéket (német pontrendszer) tartalmazza. Az elszámolható szolgáltatások egységes jegyzékét a Pénztári Orvosok Szövetségi Egyesülete és a Betegpénztárak Csúciszervei közösen határozzák meg. Az összdíjazás a pénztári orvosok egyesületeinél a lakóhely szerinti betegpénztári tagok és családtagjaik után járó morbiditás alapú részből és az egyedi szolgáltatáskért járó részből tevődik össze.

Németországban a betegek által fizetendő vizitdíj mértéke az ambuláns ellátásban jelenleg 10 euró/negyedév az első konzultáció vagy beutaló nélküli orvosfelkeresés esetén. A gyógykezelést kiegészítő kezelések (masszázs, fürdőkezelések, fizioterápia) esetén a betegek hozzájárulása 10 százalékos és előírt kezelésként 10 euró. 2013-tól a vizitdíj megszűnik.

## **Svédország**

Svédországban a járóbeteg-szakellátás a kórházak járóbeteg rendelésein keresztül történik. A kórházak többsége a megyei tanácsok tulajdonában van. Összesen hat magánkórház van Svédországban, amelyek közül három nonprofit alapon működik, és Stockholm megyei tanácsával szerződéses viszonyban áll (minden évben egy meghatározott számú beteget látnak el, akik ellátását a megyei tanács finanszírozza). A három profitorientált kórház működését teljes mértékben a megyei tanácsok finanszírozzák, szerződéses alapon.

A megyei tanácsok felelősek az egészségügyi ellátás megszervezéséért és finanszírozásáért saját területükön belül. A megyei tanácsok maguk döntenek az ellátók finanszírozásának módjáról, ezért a finanszírozási módszerek megyénként eltérőek lehetnek.

A kórházak esetében a szolgáltatásvásárló szervezetek a kórházi szolgáltatókkal megtárgyalják a finanszírozási és tevékenységi szerződéseket, amelyek gyakran fix prospektív esetalapú finanszírozáson (DRG) alapulnak, melyet esetlegesen kiegészítenek ár- vagy volumenplafonnal és minőségi komponensekkel. A DRG-k és egyéb osztályozási rendszerek alkalmazása megyei tanácsonként eltérő. A járóbeteg-ellátásban 30 százalék a DRG finanszírozás aránya, de a betegek 80 százaléka esetében alkalmazzák a DRG-t egyéb célokra (elemzési célból, az eset-összetétel kalkulálására). Néhány megyei tanács bevezette a teljesítmény alapú díjazás egyes elemeit is. A szakellátásban van co-payment, amelynek mértékét az egyes megyei tanácsok határozzák meg. 2011-ben a szakorvosi konzultáció díja 230 és 320 svéd korona között mozgott (25-35 euró). A co-paymentre vonatkozóan éves plafont is megállapítottak: egy beteg egy éven belül legfeljebb 1100 svéd koronát (122 euró) fizethet egészségügyi ellátásért. A legtöbb megyében a 20 év alattiak mentesülnek a co-payment fizetéstől.

## Melléklet

### **1. melléklet: A járóbeteg ellátás finanszírozása**



jarobeteg\_ellatas\  
kiadasok.xls

A fájl mellékletként is csatolva van pdf dokumentumban.

### **2. melléklet: Kapacitás tervezés a német járóbeteg szakellátásban**

Németországban az orvosszükséglet megállapítására vonatkozó irányelveket a Közös Szövetségi Bizottság dolgozza ki. Az irányelvek alapján a pénztári orvosok egyesületei, a biztosítók szövetségei közös együttműködésben elkészítik a szerződéses orvosok által nyújtott ellátás biztosításához szükséges tervet. A jelenleg még érvényes tervezésben a következő szakmai csoportok részére határoztak meg régióként arányszámokat: aneszteziológus, szemész, sebész, nőgyógyász, fül-orr-gégész, bőrgyógyász, szakorvosi ellátásban résztvevő belgyógyász, gyermekorvos, ideggyógyász, ortopéd orvos, pszichoterapeuta, radiológus, urológus, háziorvos.

Az ellátási struktúra átalakításáról szóló 2012. évi törvény a lakosság területeken átívelő ambuláns orvosi ellátásának biztosítás céljából egy új, rugalmasabb szükséglettervezést határozott meg, amivel a törvényhozó az egyre növekvő orvoshiányra és a demográfiai változásokra kívánt reagálni. A kapacitástervezés új irányelveit 2013. január 1-ig a Szövetségi Közös Bizottság dolgozza ki, majd a régiók azt saját arculatuk szerint tovább finomíthatják. A tervezés alapjául egy a Pénztári Orvosok Szövetségi Egyesülete által előterjesztett koncepció szolgál, amit a Közös Szövetségi Bizottság a betegpénztárak képviselőivel, a Pénztári Orvosok Szövetségi Egyesületével, a Német Kórház Társasággal, a tartományokkal és a betegek képviselőivel vitat meg.

Az új tervezés kiindulópontjából a következők szolgálnak:

- a szövetségi szinten egységes tervezés a biztosítottak számára lakóhelytől és szociális státuszuktól függetlenül azonosan jó hozzáférést kell, hogy biztosítson az ambuláns orvosi ellátáshoz,
- az önálló praxissal bíró orvosoknak és pszichoterapeutáknak nagyobb tervezési biztonsága legyen,
- a szükséglet tervezés rendszere legyen egyszerűbb és rugalmasabb,
- az ellátási adatokat (morbiditás, korösszetétel) nagyobb mértékben vegyék figyelembe,
- a lehető legnagyobb regionális mozgástér biztosítása a helyi problémákra történő optimálisabb reagálás érdekében.



Az új tervezés központi elemei:

### **A szükséglet csoportok átszervezése**

A jelenleg még érvényes tervezés 14 orvoscsoportot különböztet meg. Az 1000 főnél kisebb orvoscsoportok nem kerültek be a tervezésbe és jelenleg bárhol letelepedhetnek. Az új javaslat szerint minden szakirány, tehát a kisebbek is (radiológus, patológus, labor orvos) bekerülnek a tervezésbe. 21 csoport kerül kialakításra, amelyhez az összes orvos és pszichoterapeuta tartozik. Az egyes szakirányok tervezésének finomítása (pl. belgyógyászat) regionális szinten történik.

### **A tervezési területek átszervezése**

Németország jelenleg 395 tervezési területe van osztva. Ezek a területek általában a járásoknak és a járási jogú városoknak felelnek meg. A járások azonban a háziiorvosi terület tervezése szempontjából gyakran túl nagyok, a szakorvosi tervezés szempontjából túl kicsik. Az új koncepció szerint a területek nem igazodnának a városok és önkormányzatok határaihoz, hanem az egyes szakmacsoportoknak megfelelően eltérőek lesznek. A tervezési terület nagysága a specializáltság foka és a betegek általi igénybevétel gyakorisága szerint alakulna. Alapvető szabály lesz, hogy minél specializáltabb egy ellátási terület, annál nagyobb lesz a tervezési terület. E koncepció négy területet határoz meg, amelyek a következő ellátási szintekhez igazodnak:

- lakóhely közeli háziiorvosi ellátás: a háziiorvosi ellátás tervezése kistérségi szinten valósul meg. A jelenlegi 395 helyett 4000 tervezési területet hoznak létre, amelyek a helyi önkormányzatokhoz igazodnának. A szükségletek figyelembe vétele mellett regionális szinten dönthetnének az egyes területek további tagolásáról vagy azok összevonásáról.
- lakóhely közeli szakellátás: az új koncepcióban a szakorvosi ellátási tervezése a járásokhoz és járási jogú városokhoz igazodik. A tervezés során figyelembe kell venni, hogy az agglomerációs területeken az ingázó lakosság gyakran a környező településekről is igénybe veszi a szakorvosi ellátást.
- speciális szakterületek I. és II. (nukleáris medicina, patológia) tervezése szempontjából 96 területet vesznek figyelembe (ami megegyezik a pénztári orvosok egyesületeinek regionális felosztásával) .

Az új tervezés szerint a demográfiai változásokat is figyelembe kell majd venni a szükséges orvosok számának meghatározása során (ez 2011-től részben már megtörtént, az idősebb lakosok magasabb ellátási szükséglete egy demográfiai faktor révén épül be az arányszám kalkulációjába. Pl. ha adott régióban a 60 év feletti aránya sokkal magasabb, mint más területeken, több szemész stb. alapíthat praxist.) Az arányszámok meghatározása olyan adott nap mért adatok szerint történik, amikor az ellátás megfelelőként definiálható.

**Ambuláns szakorvosi arányszámok (orvosonkénti lakosok) területek szerint az aktuálisan még érvényes kapacitás tervezésben**

Területi beorolás	Aneszteziológus	Szemész	Sebész	Nőgyógyász	Fül-orr-gégész	Bőrgyógyász	Szakorvosi ellátásban résztvevő belgyógyász	Gyermekorvos	Ideggyógyász	Ortopéd orvos	Pszichoterapeuta	Radiológus	Urológus	Háziorvos
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. típusba tartozó régiók														
központi városok	25958	13177	24469	12276	6916	16884	20812	14188	12864	13242	2577	25533	26641	1585
sűrűn lakott körzetek	60689	20840	37406	30563	11222	28605	40046	17221	30212	22693	8129	61890	49814	1872
normál körzetek	71726	23298	44367	33541	12236	33790	42167	23192	34947	26854	10139	83643	49536	1767
vidéki körzetek	114062	23195	48046	34388	13589	35403	51742	24460	40767	30575	15692	67265	53812	1752
2. típusba tartozó régiók														
központi városok	18383	11017	21008	9574	6711	16419	16996	12860	11909	13009	3203	24333	26017	1565
normál övezetek	63546	22154	46649	31071	12525	34822	41069	20399	28883	26358	8389	82413	52604	1659
vidéki területek	117612	25778	62036	44868	14701	42129	55894	27809	47439	34214	16615	156813	69695	1629
3. Vidéki régiók														
vidéki városok	53399	19639	44650	23148	10930	28859	35586	20489	30339	20313	10338	60678	43026	1490
vidéki körzetek	137442	25196	48592	31876	13697	37794	60026	26505	46384	31398	23106	136058	55159	1474
4. Egyéb régió														
Ruhrvidék	58218	20440	34591	24396	10686	25334	35736	19986	31373	22578	8743	51392	37215	2134



Forrás:

- Közös Szövetségi Bizottság: Bedarfsplanungs-Richtlinie: <http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/4/>
- Pénztári orvosok Szövetségi Egyesülete: <http://www.kbv.de>
- Deutsches Ärzteblatt: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/118121>
- Juristischer informationsdienst: Vergütung ambulanter Krankenhausleitungen: [http://dejure.org/gesetze/SGB\\_V/120.html](http://dejure.org/gesetze/SGB_V/120.html)

### **3. melléklet: Kapacitás tervezés a szlovák járóbeteg szakellátásban**

Szlovákiában az egészségügyi ellátás szolgáltatóinak minimális hálózata az 571/2004. sz. kormányrendelet szerint az ország egyes megyéi területén elérhető szolgáltatók minimális irányszámát jelenti, amely a járóbeteg-ellátásban az egészségügyi gyakorlatot folytató, az adott szakterületen működő dolgozók állásainak (orvosi, ápolónő) minimális száma, heti munkaidőre átszámítva. Egy orvosi munkahely (állás): az adott szakterületen működő orvos munkaidőalapjából heti 40 óra, veszélyeztetett munkahely esetén heti 38 óra. Egy ápolónői munkahely (állás): az adott szakterületen működő ápolónő munkaidőalapjából heti 40 óra, veszélyeztetett munkahely esetén heti 38 óra. A minimális hálózat szabályozását egy 2008 végén kiadott új kormányrendelet (640/2008 Z. z.) módosította, amely 2009-ben lépett érvénybe. Az ambuláns nőgyógyászok és fogorvosok számát járásonként, a többi ambuláns szakorvosét megyénként határozták meg.

**Az ambuláns szakorvosi állások minimális száma szakterületek szerint Szlovákia egészére**

Szakterület	Ambuláns szakorvosi állások száma
Nőgyógyászat	693,6
Fogászat	2059,4
Fájdalom terápia	13,5
Angiológia	18,0
Fogszabályozás	100,0
Sebészet, beleértve a gyermeksebészetet is	253,4
Érsebészet	9,7
Bőrgyógyászat (felnőtt- és gyermek)	223,7
Diabetológia, anyagcsere és táplálkozási zavarok	114,5
Endokrinológia (felnőtt és gyermek)	80,9
Foniátria	16,7
Fizioterápia, balneológia és orvosi rehabilitáció	126,7
Gasztroenterológia (felnőtt és gyermek)	108,4
Geriátria	22,2

Szakterület	Ambuláns szakorvosi állások száma
Hematológia és vérátömlesztés	53,4
Infektológia, trópusi medicina	35,0
Szívsebészet	9,0
Kardiológia (felnőtt és gyermek)	170,4
Klinikai immunológia és allergológia	134,8
Klinikai logopédia	118,5
Klinikai onkológia	92,1
Klinikai pszichológia	160,0
Klinikai munkaegészségügy és klinikai toxikológia	13,5
Orvosi genetika	11,9
Pedagógiai terápia	8,0
Szájsebészet	9,7
Kábítószer-függőség	14,6
Nefrológia	30,7
Idegsebészet	14,5
Neurológia (felnőtt és gyermek)	256,1
Nukleáris medicina	3,0
Szemészet	292,2
Ortopédia (felnőtt és gyermek)	159,0
Ortopédiai protetika	6,0
Fül-orr-gégészet (felnőtt és gyermek)	203,2
Gyermekgyógyászat	38,1
Plasztikai sebészet	15,1
Pulmonológia és TBC orvoslás (felnőtt és gyermek)	134,8
Felnőtt-, gyermek- és gerontopszichiátria	262,6
Sugárterápia	23,1
Reumatológia (felnőtt és gyermek)	66,9
Baleseti sebészet	31,3
Urológia (felnőtt és gyermek)	114,3
Belgyógyászat	330,5

Forrás:

- Predpis č. 640/2008 Z. z.Nariadenie vlády Slovenskej republiky o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. 2008.  
<http://www.zakonypreludi.sk/zz/2008-640#f6736839>

#### 4. melléklet: A közfinanszírozott járóbeteg-szakellátás szervezeti és finanszírozási formái az EU tagországokban<sup>2</sup>

Ország	Szervezeti formák a járóbeteg szakellátásban	Integráció más ellátási szinttel (alapellátás, fekvőbeteg ellátás)	A járóbeteg szolgáltató finanszírozásának technikája	Co-payment mértéke a járóbeteg szakellátásban
<b>Ausztria</b>	A járóbeteg-szakellátást főként magánorvosok végzik egyéni vagy csoportpraxisban. Járóbeteg-szakellátást nyújt még az országban működő mintegy 800 magán vagy pénztári, önkormányzati stb. tulajdonban lévő ambulatórium, valamint a kórházak járóbeteg osztályai.	Disease management jellegű, integrált ellátást nyújtó programok léteznek. Részben kórházzal integrált járóbeteg szakellátás.	Az önálló praxist működtető orvosok az alapszolgáltatások fix díja mellett, szolgáltatások szerinti díjat kapnak. A csoportpraxisok esetén a pénztárak a praxisokkal kötnek szerződést. Azonos szakirányú orvosokból álló csoportpraxisoknál a díjazás átalánydíj vagy egyedi szolgáltatások szerint történik. eltérő szakirányú orvosokból álló csoportpraxisoknál átalánydíjon alapuló finanszírozást alkalmaznak. A kórházak járóbeteg osztályait a tartományi alapokból globális költségvetés szerint, átalánydíj formájában finanszírozzák.	A lakosok évente 10 euró díjat fizetnek az e-card szolgáltatásért, illetve önrész vállalás kíséri a gyógyfürdő szolgáltatások, a rehabilitációs szolgáltatások igénybevételét.
<b>Belgium</b>	A járóbeteg-szakellátás magánrendelőkből, bizonyos szakterületekre (pl. kardiológiai, endokrinológiai stb.) specializálódó magán egészségügyi központokban és nonprofit magán és állami kórházakban történik	A szakorvosok alapellátási feladatokat is teljesítenek. Részben kórházzal integrált járóbeteg szakellátás.	Szolgáltatás szerinti díjazás a magánrendelőkből, az egészségügyi központokban és a kórházakban.	40 százalék

<sup>2</sup> Az országok listája nem teljeskörű

Ország	Szervezeti formák a járóbeteg szakellátásban	Integráció más ellátási szinttel (alapellátás, fekvőbeteg ellátás)	A járóbeteg szolgáltató finanszírozásának technikája	Co-payment mértéke a járóbeteg szakellátásban
<b>Bulgária</b>	A járóbeteg szakellátást egyéni és csoportpraxisok, orvosi és fogorvosi központok, diagnosztikai-konzultációs központok, és önálló orvos-diagnosztikai vagy orvostechnikai laboratóriumok biztosítják. A járóbeteg szakellátók zöme szerződésben áll az Országos Egészségbiztosítási Alappal, többsége magántulajdonban van.		A járóbeteg szakellátást és a laboratóriumi szolgáltatásokat szolgáltatás szerinti díjazással finanszírozzák.	A járóbeteg ellátás vizitdíja a havi átlagkereset 1 százalékát teszi ki. A vizitdíj alól mentesülnek a gyermekek, a terhes nők, a munkanélküliek, az egy meghatározott jövedelmi küszöb alatt élők, a krónikus betegek és egyéb hátrányos helyzetű csoportok.
<b>Csehország</b>	A járóbeteg-szakellátást főként magánorvosok végzik egyéni vagy csoportpraxisban, vagy állami, önkormányzati tulajdonban levő önálló rendelőkben, rendelőintézetekben. Emellett a kórházak járóbeteg részlegei is nyújtanak ambuláns szakellátást.	Részben kórházzal integrált járóbeteg szakellátás.	A járóbeteg szakellátást pontrendszer szerint, szolgáltatás alapú díjazással finanszírozzák mind a nem kórházi, mind a kórházi járóbeteg szakellátásban.	A vizitdíj a járóbeteg szakellátásban 30 korona. A díjfizetési plafon évente 2500 cseh korona a 18 év alattiak és a nyugdíjasok számára, ill. 5000 korona a többi lakos számára (ebbe a kórházi napidíj nem tartozik bele).
<b>Dánia</b>	A járóbeteg-szakellátást magánrendelőjükben dolgozó szakorvosok és a régiók tulajdonában álló kórházak ambulanciái nyújtják.	Részben kórházzal integrált járóbeteg szakellátás.	A szakorvosok szolgáltatás szerinti díjazást kapnak. Az állami kórházakban a globális költségvetésen alapuló finanszírozást egyre inkább felváltja a DRG-rendszer. A kórházi járóbeteg-ellátás finanszírozására a DRG Dán Ambuláns Csoportosítási Rendszerének díjtételeit alkalmazzák.	A 2-es csoportba tartozó betegek vagy önkéntes biztosítójuk a szolgáltatásokért közvetlen kifizetést teljesítenek. A szerződéses díjtételek feletti összeget kell megtérítenie a 2-es csoportba tartozó betegeknél.

Ország	Szervezeti formák a járóbeteg szakellátásban	Integráció más ellátási szinttel (alapellátás, fekvőbeteg ellátás)	A járóbeteg szolgáltató finanszírozásának technikája	Co-payment mértéke a járóbeteg szakellátásban
<b>Egyesült Királyság (Anglia)</b>	Többnyire az NHS kórházi trösztök járóbeteg szakrendelői nyújtják az ellátást.	Kórházzal integrált járóbeteg szakellátás. A szakellátás a háziorvosi praxisban is szerepet kap, pl. diagnosztikai szolgáltatások, kisebb műtétek.	Esetátalány (DRG-szerű HRG)	Nincs önrészfizetés (kivéve a fogászati ellátást).
<b>Észtország</b>	Az ambuláns szakellátást egészségügyi központok, kórházak járóbeteg részlegei és önállóan praktizáló szakorvosok biztosítják. A szakorvosi ellátás szolgáltatóinak többsége magán.	Részben kórházzal integrált járóbeteg szakellátás.	Az állami és magán szolgáltatók egyaránt szerződhetnek az Észt Egészségbiztosítási Alappal. Az egészségbiztosítással szerződésben álló járóbeteg szolgáltatók finanszírozása leggyakrabban szolgáltatás alapú díjazással történik.	A járóbeteg ellátásban a vizitdíj mértéke 3,20 euróig terjedhet. A díjfizetés alól mentesülnek a terhes nők, a 2 év alatti gyermekek, valamint az azonnali kórházi kezelést igénylő betegek.
<b>Finnország</b>	A járóbeteg szakellátás elsősorban az önkormányzati kórházak járóbeteg részlegein történik, kisebb részben a szintén önkormányzati alapellátó egészségügyi központokban. Emellett magán orvosi praxisok is biztosítanak járóbeteg szakellátást.	Kórházzal integrált járóbeteg szakellátás.	A kórházi körzeteket a tagönkormányzatok menedzselik és finanszírozzák. A kifizetési módszerek körzetenként eltérőek lehetnek. Jelenleg 21 körzetből 13 DRG-alapú finanszírozást alkalmaz.	A járóbeteg ellátásban a co-payment mértéke körzetenként eltérő lehet. Pl. a Helsinki City Egészségügyi Központban 2012. január 1-től a járóbeteg ellátás díja 27,5 euró. A kezeléssorozat esetében 7,5 euró az ellátás díja vizitenként, és ezt a díjat maximum 45 vizit esetében lehet felszámolni egy kalendáriumi évben. 2010-ben az önrész plafonja 636 euró. A 18 éven aluliak nem fizetnek a járóbeteg ellátásért.

Ország	Szervezeti formák a járóbeteg szakellátásban	Integráció más ellátási szinttel (alapellátás, fekvőbeteg ellátás)	A járóbeteg szolgáltató finanszírozásának technikája	Co-payment mértéke a járóbeteg szakellátásban
<b>Franciaország</b>	Magán szakorvosok és főként for-profit és non-profit magánkórházak járóbeteg szakrendelései.	Részben kórházzal integrált járóbeteg szakellátás. Az utóbbi időben létrejövő egészségházak és egészségügyi központok az alapellátás mellett kismértékben végeznek szakellátási feladatokat is.	Szolgáltatás szerinti díjazás	Egy eurós átalánydíj plusz magánbiztosítás fizetheti a szakorvosi konzultációk díjának átlagosan 37-38 százalékát (az 1. és 2. szektor orvosainak átlagában)
<b>Görögország</b>	A járóbeteg szakellátást elsősorban az Állami Egészségügyi Szolgálat (ESY) kórházai, egyéb nem ESY kórházak és magán kórházak járóbeteg részlegei biztosítják.	Kórházzal integrált járóbeteg szakellátás.	Az állami kórházak fix költségvetés alapján működnek. A diagnosztikai tesztek szolgáltatás szerinti díjazzal finanszírozzák. A DRG-t is alkalmazzák néhány esetben, használatának kiterjesztését is tervezik. A magánkórházak járóbeteg szolgáltatásait szolgáltatás szerinti díjazzal finanszírozzák.	Az Állami Egészségügyi Szolgálat (ESY) kórházak járóbeteg részlegein a vizit díja 3 euró. Ezt egyes társadalombiztosítási alapok kizárólag sürgősségi esetben megtérítik. A Mezőgazdasági Biztosító tagjai, valamint a gazdaságilag inaktívak mentesülnek a díjfizetés alól.
<b>Hollandia</b>	Non-profit magánkórházak ambuláns osztályai nyújtják	Kórházzal integrált járóbeteg szakellátás. A házi orvosok jelentős mértékben nyújtanak definitív ellátást.	Esetátalány (DRG-szerű DBC)	Nincs önrészfizetés
<b>Írország</b>	Állami és nonprofit kórházak ambuláns osztályai nyújtják	Kórházzal integrált járóbeteg szakellátás.	Esetátalány (DRG-alapú Casemix)	A járóbeteg ellátás házi orvosi beutalóval térítésmentes, házi orvosi beutaló nélkül önrészfizetéssel jár (kivéve az alacsony jövedelműeket)

Ország	Szervezeti formák a járóbeteg szakellátásban	Integráció más ellátási szinttel (alapellátás, fekvőbeteg ellátás)	A járóbeteg szolgáltató finanszírozásának technikája	Co-payment mértéke a járóbeteg szakellátásban
Lengyelország	Városi területeken önálló egészségügyi intézményekként szakorvosi rendelőintézetek működnek, a járóbeteg szakellátás 90 százalék fölötti része ott történik, a többi vállalkozó szakorvosok egyéni és csoport praxisában. A szakrendelők nagy része magántulajdonban van (2 967 állami és 13 285 magán intézmény)		Szolgáltatás szerinti díjazás Krónikus betegek: fejkvóta	Nincs önrészfizetés (de informális fizetés elterjedt)
Lettország	Az ambuláns szakellátást a következő intézmények biztosítják: Szakorvosi (főként önálló) praxisok, Állami vagy magántulajdonú kórházak. Állami ügynökségek: pl. Tuberkulózis és Tüdőbetegségek Központ, fertőzőes Megbetegedések Központ, amelyek az Egészségügyi Minisztérium alá tartoznak. A helyi önkormányzatok tulajdonában lévő vagy magán egészségügyi központok.	Részben kórházzal integrált járóbeteg szakellátás.	A járóbeteg szakellátók az egyes betegsépezidók után átalánydíjas finanszírozásban részesülnek. Minden egyes járóbeteg szakterületre kiszámolják a szakterület-specifikus epizód rátát. Ha a szakorvos költséges eljárást végez, akkor minden egyes epizódért további speciális díjat kap.	A szakorvossal történő konzultáció által fizetett önrész 3 lett lat. Az ambuláns ellátásban, illetve egynapos sebészet keretében végrehajtott műtétek díja szintén 3 lett lat. Az egynapos ellátásban igénybevett kezelés díja 5 lett lat.

Ország	Szervezeti formák a járóbeteg szakellátásban	Integráció más ellátási szinttel (alapellátás, fekvőbeteg ellátás)	A járóbeteg szolgáltató finanszírozásának technikája	Co-payment mértéke a járóbeteg szakellátásban
Németország	Ambuláns orvosi szakellátást többnyire szabadfoglalkozású, önálló praxisban vagy ritkábban csoportpraxisban tevékenykedő kötelező betegebiztosítással szerződött orvosok nyújtanak. 2004-től jellemző az ambuláns egészségügyi ellátó központok fejlesztése, melyek száma 2011-ben 1730-ra növekedett. 2012-től a kórházakban egy ambuláns speciális szakorvosi ellátási szint kialakítása van folyamatban.	Disease management programok, integrált ellátási formák léteznek. A befektető orvosi tevékenység a járó és fekvőbeteg szakellátást köti össze.	Az orvosok és a kórházi járóbeteg ellátás díjazása egy alapszolgáltatásokért járó morbiditás alapú részből és egy egyedi szolgáltatásokért járó részből tevődik össze. Az ambuláns speciális szakorvosi ellátási szint szolgáltatásainak finanszírozása egyedi szolgáltatások szerinti fix áron történik.	2013-tól megszűnik a vizitdíj (Jelenleg: 10 euró/negyedév első konzultáció vagy beutaló nélküli felkeresés esetén). A gyógykezelést kiegészítő kezelések (masszázs, fürdőkezelések, fizioterápia) esetén a betegek hozzájárulása 10 százalékos és előírt kezelésenként 10 euró. Léteznek mentességek (pl. gyermekek és fiatalok 18 éves korig stb.).
Olaszország	A járóbeteg szakellátást az ASL-ek (azienda sanitaria locale, helyi egészségügyi vállalatok), illetve az egészségügyi szolgálattal szerződött állami vagy magán tulajdonban lévő kórházak ambulanciái nyújtják.	Kórházakba integrálódott járóbeteg szakrendelések.	Szolgáltatások szerinti díjazás	2011-ben a szakorvosi konzultáció díja kb. 10 euró.
Portugália	Járóbeteg-szakellátást a magánorvosi szakrendelők, alapellátó központok és a kórházak nyújtanak. Az alapellátó központok az Állami Egészségügyi Szolgálat szervezeti egységei. A szakorvosi konzultációk mintegy 60 százaléka a magánszektor keretében zajlik .	Az alapellátó központokban szakorvosok is dolgoznak, bár ez nem terjedt el. Részben kórházzal integrált járóbeteg szakellátás.	Eset-átalány (DRG) a kórházakban, az alapellátó részlegek teljesítmény alapú finanszírozásban részesülnek.	Felhasználói díjak voltak a kórházak járóbeteg-ellátásban nyújtott konzultációira, de ezeket eltörölték.



Ország	Szervezeti formák a járóbeteg szakellátásban	Integráció más ellátási szinttel (alapellátás, fekvőbeteg ellátás)	A járóbeteg szolgáltató finanszírozásának technikája	Co-payment mértéke a járóbeteg szakellátásban
<b>Románia</b>	<p>Kórházakhoz integrált járóbeteg szakrendelések (2011-ben 434 kórházban),                      Önálló poliklinikák, diagnosztikai központok, rendelőintézetek (2011-ben 483)                      Önálló szakorvosi praxisok (2011-ben 9468)</p> <p>A kórházak és a hozzájuk integrált ambuláns szakellátás 80 százaléka állami, 20 százaléka magántulajdonú.                      A poliklinikák 5 százaléka állami, 95 százaléka magán, lehet szerződésük a társadalombiztosítással.                      Az önálló rendelőben dolgozó szakorvosok 88 százaléka magán, lehet szerződésük a társadalombiztosítással.</p>	<p>Kórházakhoz integrált járóbeteg szakrendelések (434 helyen),                      Alapellátással közös rendelők (190 helyen).</p>	<p>Szolgáltatás szerinti finanszírozás</p>	<p>A járóbeteg szakellátás tervezett vizitdíjának bevezetése 2012 őszén elhalasztva.</p>
<b>Spanyolország</b>	<p>Járóbeteg-szakellátást az állami tulajdonú kórházakhoz kapcsolódó poliklinikák nyújtanak.</p>	<p>Kórházzal integrált járóbeteg szakellátás .</p>	<p>DRG-szerű ellátási egységek</p>	<p>Nincs co-payment</p>

Ország	Szervezeti formák a járóbeteg szakellátásban	Integráció más ellátási szinttel (alapellátás, fekvőbeteg ellátás)	A járóbeteg szolgáltató finanszírozásának technikája	Co-payment mértéke a járóbeteg szakellátásban
<b>Svédország</b>	A járóbeteg-szakellátás a többségében megyei tanácsok tulajdonában lévő kórházak járóbeteg rendelésein keresztül történik.	Kórházzal integrált járóbeteg szakellátás.	A finanszírozási módszerek megyénként eltérőek lehetnek. A finanszírozás gyakran fix prospektív esetalapú finanszírozás (DRG) melyet esetlegesen kiegészítenek ár- vagy volumenplafonnal és minőségi komponensekkel. A járóbeteg-ellátásban 30 százalék a DRG finanszírozás aránya.	2011-ben a szakorvosi konzultáció díja 230 és 320 svéd korona között mozgott (25-35 euró). Egy beteg egy éven belül legfeljebb 1100 svéd koronát (122 euró) fizethet egészségügyi ellátásért. A legtöbb megyében a 20 év alattiak mentesülnek a co-payment fizetéstől.
<b>Szlovákia</b>	A járóbeteg-szakellátást magán szakrendelőjükben dolgozó orvosok és az állami és magán kórházakhoz tartozó rendelőintézetek nyújtják.	Részben kórházzal integrált járóbeteg szakellátás.	A járóbeteg szakellátás szolgáltatásokon alapuló pontrendszer szerint részesül díjazásban.	A co-paymentet eltörölték.
<b>Szlovénia</b>	Többnyire állami kórházak járóbeteg részlegei és poliklinikák	Kórházzal integrált járóbeteg szakellátás.	Szolgáltatás szerinti díjazás	

## Források

OECD Health data: <http://stats.oecd.org/>

Anita Charlesworth, Alisha Davies and Jennifer Dixon: Reforming payment for health care in Europe to achieve better value. KPMG, August 2012.

<http://www.kpmg.no/arch/img/9826485.pdf>

Melissa McCain: Ambulatory Care of the Future. The Chartis Group. May 2011.

### *Ausztria*

Szövetségi Egészségügyi Minisztérium: <http://www.bmgf.gv.at>

Rechnungshof: Finanzierung und Kosten von Leistungen in Spitalsambulanzen und Ordinationen: <http://www.rechnungshof.gv.at/berichte/ansicht/detail/finanzierung-und-kosten-von-leistungen-in-spitalsambulanzen-und-ordinationen-3.html>

### *Belgium*

Health Systems in Transition, Belgium, 2010. WHO:

[http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0014/120425/E94245.PDF](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0014/120425/E94245.PDF)

### *Csehország*

ÚZIS: Czech Health Statistics Yearbook 2010. 2011. november

<http://www.uzis.cz/en/catalogue/czech-health-statistics-yearbook>

Health Systems in Transition, Czech Republic, 2009. WHO:

[http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0010/97633/E92968.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0010/97633/E92968.pdf)

### *Dánia*

Health Systems in Transition, Denmark, 2012. WHO:

[http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0004/160519/e96442.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/160519/e96442.pdf)

### *Észtország*

Health Statistics and Health Research Database, Estonia

<http://pxweb.tai.ee/esf/pxweb2008/Dialog/SaveShow.asp>

Health Systems in Transition, Estonia, 2008. WHO:

[http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0011/80687/E91372.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0011/80687/E91372.pdf)

### *Finnország*

Health Systems in Transition Finland, 2008. WHO:

[http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0007/80692/E91937.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0007/80692/E91937.pdf)

Helsinki City Egészségügyi Központ

<http://www.hel.fi/hki/terke/en/Patient+Fees/Table+of+patient+fees%202012>

### *Lettország*

Health Systems in Transition, Latvia, 2008. WHO:

[http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0003/95124/E91375.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/95124/E91375.pdf)

### *Franciaország*

Le panorama des établissements de santé, DREES 2012.

<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/etabsante2012.pdf>

### *Egyesült Királyság*

Health Systems in Transition, England, 2011. WHO:

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/135148/e94836.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/135148/e94836.pdf)

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

NHS Choices <http://www.nhs.uk>

### *Hollandia*

Health Systems in Transition, Netherlands, 2010. WHO:

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/85391/E93667.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/85391/E93667.pdf)

Brabers, Anne E.M. et al.: The dutch health insurance system: mostly competition on price rather than quality of care. Eurohealth - Vol.18, No.1, 2012.

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0005/162959/Eurohealth\\_Vol-18\\_No-1\\_web.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/162959/Eurohealth_Vol-18_No-1_web.pdf)

### *Írország*

Health Systems in Transition, Ireland, 2009. WHO:

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/85306/E92928.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/85306/E92928.pdf)

### *Lengyelország*

Health Systems in Transition, Poland, 2011. WHO:

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0018/163053/e96443.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/163053/e96443.pdf)

Health and Health Care in 2010 - Central Statistical Office

[http://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/zo\\_zdrowie\\_i\\_ochrona\\_zdrowia\\_w\\_2010.pdf](http://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/zo_zdrowie_i_ochrona_zdrowia_w_2010.pdf)

### *Németország*

Szövetségi Egészségügyi Minisztérium: <http://www.bmg.bund.de>

The Commonwealth Fund: International Profiles of Health Care Systems: Australia, Canada, Denmark, England, France, Germany, Italy, Japan, the Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, Switzerland, and the United States, 2011

[http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2011/Nov/1562\\_Squires\\_Intl\\_Profiles\\_2011\\_11\\_10.pdf](http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2011/Nov/1562_Squires_Intl_Profiles_2011_11_10.pdf)

Közös Szövetségi Bizottság: Bedarfsplanungs-Richtlinie: <http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/4/>

Pénztári orvosok Szövetségi Egyesülete: <http://www.kbv.de>

Deutsches Ärzteblatt: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/118121>

Juristischer informationsdienst: Vergütung ambulanter Krankenhausleitungen:

[http://dejure.org/gesetze/SGB\\_V/120.html](http://dejure.org/gesetze/SGB_V/120.html)

*Olaszország*

Health Systems in Transition, Italy, 2009. WHO:

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/87225/E93666.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/87225/E93666.pdf)

*Portugália*

Health Systems in Transition, Portugal, 2011. WHO:

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0019/150463/e95712.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/150463/e95712.pdf)

*Románia*

Románia: Activitatea unităților sanitare, 2012.

<http://www.insse.ro/cms/files/publicatii/san2011.pdf>

Romania in figures, 2012 National Institute of Statistics,

[http://www.insse.ro/cms/files/publicatii/Romania%20in%20figures\\_2012.pdf](http://www.insse.ro/cms/files/publicatii/Romania%20in%20figures_2012.pdf)

*Spanyolország*

Health Systems in Transition, Spain. 2010. WHO: <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/partners/observatory/health-systems-in-transition-hit-series/countries/spain-hit-2010>

*Svédország*

Health Systems in Transition, Sweden, 2012. WHO:

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/164096/e96455.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/164096/e96455.pdf)

*Szlovákia*

Predpis č. 640/2008 Z. z. Nariadenie vlády Slovenskej republiky o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. 2008. <http://www.zakonypreludi.sk/zz/2008-640#f6736839>

*Szlovénia*

Health Systems in Transition, Slovenia 2009. WHO:

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/96367/E92607.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/96367/E92607.pdf)