

Szolgáltatáskatalógus, az alap szolgáltatáscsomag meghatározása néhány EU tagország egészségügyében



Egészségügyi Rendszertudományi Iroda
2005. július

Általános megfontolások

A kötelező –szolidaritás elvű, a társadalmi igazságosságot megvalósító– egészség-biztosítási/ellátórendszerek a világon mindenütt fenntarthatósági problémákkal küzdenek, hiszen mind a szükségletek, mind az alkalmazható technológiák dinamikusan növekednek, ugyanakkor a gazdaságilag aktív és inaktív lakosság arányának eltolódása forrás-szűkülést okoz. Ez rákényszeríti a kormányokat, hogy a kötelező társadalombiztosítás alapján, illetve az állami egészségügyi szolgálatok által nyújtott egészségügyi szolgáltatások körét, eljárásrendjét, illetve a vállalt kockázatokat pontosabban határozzák meg, és ez a meghatározás általában valamilyen szűkítést jelent.

Ugyanakkor a „csomag” meghatározásának nincs egységes gyakorlata: mind a tartalma, mind a meghatározás technikája, illetve részletessége országonként igen eltérő. Ennek megfelelően:

- ▶ Helyenként a meghatározás elvi kereteket tartalmaz:
„célszerű szolgáltatások, amelyek eleget tesznek a szükségesség és gazdaságosság elvének” (pl. Németország).
- ▶ Másutt tevékenységeket, időnként diagnózishoz kötött szolgáltatási csoportokat nevesítenek tág kategóriákba foglalva:
pl.: fertőző betegségek diagnosztizálása és kezelése, munkahelyi balesetek, foglalkozási ártalmak, diabetes, sclerosis multiplex és psoriasis kezelése és rehabilitációja (Szlovénia).
- ▶ Az országok harmadik csoportjában BNO kódok szerinti lista összeállítására törekednek (Szlovákia).

Az a következtetés első körben is levonható, hogy egy egységes, az összes lehetséges ellátásokat felsoroló tevékenység-katalógus (OENO kódállomány jellegű lista) egyik országban sem létezik, sokkal inkább jellemző egy probléma-katalógus, ami biztosítási terminológiával élve a biztosított káreseményeket, és nem az elhárításukra szolgáló technikákat tartalmazza. Pontosabban: azt kívánják meghatározni, hogy az egyes „biztosított” káresemények esetében milyen kárelhárítási/kárenyhítési eljárásokat fizet a biztosító, és milyen feltételek mellett.

A második következtetés, ami levonandó, hogy ha egyes országban létezik is egy katalógus jellegű tevékenység-lista (pl. Németországban a Einheitlicher Bewertungsmaßstab elnevezésű katalógus), ez önmagában nem alkalmas a biztosított jogosultságainak az integrált publikálására, mert csak egyéb törvényekkel (jogosultság, jogviszonytervezés stb.) összeolvasva határozza meg a konkrét jogosultságot.

Tételes felsorolásból áll *teljes* katalógus - amely az indikációkat és a hozzájuk kapcsolódó beavatkozásokat tartalmazza a korlátozásokkal kiegészítve - a szándék szintjéről a kimunkálás folyamatába került projektként Szlovákiában létezik, ismereteink szerint igényként még Lengyelországban, Németországban, az Egyesült Királyságban merült fel. Másutt az egészségpolitika a kötelező biztosításból fedezett, illetve az állam által garantált szolgáltatásokat illetően prioritásokat, irányadó elveket (orvosilag indokolt, hatásos, költséghatékony, bizonyított stb), szolgáltatási köröket (alapellátás, akut esetekben járó- és fekvőbeteg ellátás, fertőző betegek gyógyítása stb.) határozott meg, illetve sok esetben negatív listák vannak érvényben.

A finanszírozott szolgáltatások megismerésére iránymutató lehet - az egyes országok egészségügyi hatóságai által kidolgozott - orvosi tevékenységek elismerését, elszámolását segítő kód és díjtétel listák tartalma. E listák valóban tételes felsorolások, ezek alapján számolnak el a szolgáltatók a biztosítókkal (pl. Németországban a szerződéses orvosok esetében az - Einheitlicher Bewertungsmaßstab – Egységes értékelési rendszerben található meg a kötelező biztosítás alapján alkalmazható diagnosztikus és

terápiás módszerek rövid leírása és az ezen diagnosztikus és terápiás módszerekért járó díjazás is pontok formájában). Ausztriában a szolgáltatáscsomag tartalma iránti érdeklődésünkre a kórház-finanszírozásban alkalmazott LKF- teljesítményorientált elszámolás alapjául szolgáló kódrendszert küldték el (szerkezetének ismertetése a mellékletben található), az 1997 óta alkalmazott lista rendszeresen frissített.

Mivel azonban a finanszírozott szolgáltatások nem univerzálisan érvényesek országokon belül sem, nyújtásuk különböző feltételek, eljárásrendek által befolyásolt, a díjtétel-listák orientáló jellegűek, s nem adnak egyértelmű útmutatást a finanszírozott szolgáltatáscsomag tartalmára, vagyis arra, kinek, milyen feltételekkel, milyen helyzetekben, milyen szolgáltatás jár a kötelező biztosítás alapján.

A kötelező társadalombiztosítás által fedezett szolgáltatások egy-egy ország viszonylatában különbözhetnek az **igénybevevők anyagi helyzete** alapján. Pl. Írországban a finanszírozott egészségügyi ellátás két kedvezményezett kategória szerint módosul: az I. kategória (70 év feletti és bizonyos jövedelmi küszöb alattiak) számára nincs önrészfizetés, a többi lakos számára (II. kategória) a háziorvosi ellátás plafonérték mellett fizetendő. Az állami kórházak szolgáltatásai csak az I. kategória számára teljesen ingyenesek, a II. kategória (magasabb jövedelműek) az ingyenes kórházi kezelés mellett alkalmanként 45 EUR-t fizetnek a járóbeteg ellátásért, és napi ugyanilyen összeget a kórházi ellátásért. A fizetésnek itt is éves küszöbértéke van.

A fedezett szolgáltatások az **igénybevevők életkora** szerint is módosulhatnak: jellemzően a fogászati kezelésekre igaz ez, amely számos országban 18 éves kor alatt ingyenes.

A fedezett szolgáltatások változhatnak az **igénybevevők „egészségi” állapota** szerint is. Pl. a terhes nők, krónikus betegek, fogyatékkal élők jogosultsága többnyire tágabb az általánosnál.

Előfordulhat, hogy a finanszírozott szolgáltatást (pontosabban, a térítésmentességet) **pozitív egészségmagatartáshoz** kötik: pl. szűrővizsgálaton való részvétel esetén ingyenes kezelés vagy bonusz (Szlovákia, Németország, Magyarország: fogászat).

Az országok többségében a szakorvosi, kórházi ellátás beutalóhoz, **eljárásrendhez** kötött. Az anélkül igénybevett szolgáltatást nem fedezi, vagy az általánostól eltérő mértékben fedezi a kötelező biztosítás.

Az alapszolgáltatások nem feltétlenül ingyenesek, több országban önrészfizetés mellett vehetők igénybe. Az önrészek mértéke és kötelezettsége a gyakorlat szerint jövedelmi helyzethez, életkorhoz, egészségi állapothoz kötött. Ugyancsak a lakosságot terhelhetik azok a díjfizetések, amelyek a kötelező biztosítás által fedezett egészségügyi szolgáltatások melletti kapcsolódó szolgáltatásokra fizetendők (pl. kórházi tartózkodás idejére a szálláshoz, étkezéshez kapcsolt napidíj, járóbeteg ellátásban vizitdíj stb.).

Összefoglalva tehát a szolgáltatási csomag tételes és precíz, mindenre kiterjedő, egyetlen könyvbe foglalt meghatározása a gyakorlat szintjén mindenütt inkább elképzelés, és idea, mint működő valóság. A szolgáltatási csomag meghatározása egy többtengelyű mátrix tereként rajzolódik ki, és ennek a bonyolult alakzatnak a síkban való kiterítése és tételes leírása irreális elvárás.

A valóságban ezen mátrix egyes oldalainak a pontosítása, a csomópontok kijelölése a reális feladat.

Az ellátási csomag meghatározásának ismert tengelyei:

- ▶ A jogosultak körének tisztázása (kinek jár, milyen esetben, milyen életkorokban és élethelyzetekben – pl. anyaság, nyugdíjas státusz stb., egészségi állapotban – társult betegségek, fogyatékoság stb.)
- ▶ Az egészségbiztosítás által kezelni kívánt kockázatok azonosítása
 - ▶ Kezelni kívánt káresemények („betegségek”, állapotok, amelyek esetében ellátás jár)
 - ▶ Felvállalt kockázati okok (milyen okból bekövetkezett károsodás esetén az egészségbiztosító a végső finanszírozó?)
- ▶ Az egyes azonosított és vállalt kockázatok esetében nyújtott szolgáltatások
 - ▶ Garantált eljárások/technológiák
 - ▶ Fakultatív módon választható eljárások, technológiák
 - ▶ Együttesen nem nyújtható eljárások (egymást kizáró szolgáltatások)
- ▶ Eljárásrend
 - ▶ Beutalás kötelezettsége, szabad orvos- vagy intézményválasztás
 - ▶ Az ellátás helye (egészségügyi intézményben, otthon, külföldön)
 - ▶ Ellátások száma, gyakorisága (pl. szűrővizsgálat gyakorisága)
 - ▶ Térítési feltételek (co-payment)
 - ▶ Elvárható körülmények
- ▶ Egyéb korrekciós tényezők:
 - ▶ A beteg szociális helyzete
 - ▶ A beteg egészségmagatartása (pl. profilaxisban való részvétel)
 - ▶ A beteg lakóhelye (egészségi állapotot befolyásoló környezeti ártalmak kockázata stb.)

A magyar helyzet

Magyarországon közhely szintű megállapítás, hogy nem definiált a szolgáltatási csomag. A megállapítás valóban közhely szintű, azaz tartalmaz némi igazságot, de valójában túlzó általánosítás.

Magyarországon az a kérdés, hogy milyen esetben, milyen eljárásrendben milyen ellátás jár a biztosítottak (azaz mi az ellátási csomag?) elég jól szabályozott, és főleg ennek meghatározásához minden jogi eszközzel, felhatalmazással rendelkezünk.

Valójában három probléma van, ami miatt úgy érezzük, hogy nagy a szabályozatlanság:

1. Valóban nem kellő részletességgel, egyértelműséggel és egyenszilárdsággal vannak meghatározva az egyes nyújtandó szolgáltatások, és azok elvárt szakmai tartalma.
2. A szabályrendszer bonyolult, eltérő szintű, és igen eltérő környezetből, nehezen szedhető össze a szükséges információ, amelyek egy része nem is jogszabály (egészségbiztosítási törvények és vhr-jei, minimumfeltételek, de akár „szabálykönyv”, vagy szakmai kollégium által kiadott klinikai irányelvek stb.).
3. Nem megfelelően élünk a felhatalmazásokkal, és ami a fontosabb: a meglévő szabályok (beutalási rend, irányelvek stb.) betartása is igen esetleges, nem eléggé számonkért, így joggal terjed a szabályozatlanság érzete.

Mit lehet/kell tenni?

Ebben a helyzetben az alábbi feladatok vázolhatók fel.

1. A finanszírozott ellátások katalógusának feltétele lenne az engedélyezett orvosi eljárások katalógusa.
Mielőtt bárki félreértene: tudom, hogy létezik az OENO, de az a gyakorlatban a finanszírozott ellátások katalógusa, és nem tartalmaz egy csomó regisztrációs információt (indikáció, alkalmazási feltétel, stb.). Ahogy a gyógyszerek esetében elválnak az engedélyezési/regisztrációs folyamat a támogatási - döntési procedúrától, ugyanezen az elven kell az egészségügyi gyógy-ellátások életciklusát is megszervezni.

Az engedélyezési folyamatot egy regisztrációs folyamatnak kellene követnie, a gyógyszer-törzskönyv analógiájára itt is kellene egy regisztrációnak működni, amely rögzíti:

- ▶ az eljárás leírását, tartalmát,
- ▶ az alkalmazás engedélyezett indikációit,
- ▶ az alkalmazás szükséges személyi és tárgyi feltételeit, amelyek alapján a működési engedély kiadható.

Ez után jöhet csak a vita (és független eljárás) arról, hogy ezt az eljárást a társadalombiztosítás támogatja-e, és milyen mértékben.

Az engedélyezett eljárások katalógusát az OENO regiszter és a minimumfeltételek felhasználásával fel kellene állítani, és ezt az ESKI örömmel vállalja.

2. Élni kellene a jogszabály adta lehetőségekkel: az egyes kritikus területeken (ahol érdemi eltérés lehet a szakmai és finanszírozási protokollok között), ki kell adni az ún. vizsgálati-terápiás eljárási rendeket.
3. Pontosítani kell a „szabálykönyvet” és jogszabály szintűvé kell emelni.
4. Tovább kell folytatni a megkezdett irányelv-fejlesztési munkát, és meg kell teremteni a közvetlen kapcsolatot az irányelvek, a minimumfeltételek és a szabálykönyv között.
5. A fentiek alapján a három alapidokumentum (engedélyezett eljárások katalógusa, minimumfeltételekről szóló jogszabály és a szabálykönyv) egybeszerkesztésével meg lehet próbálni egy olyan „szolgáltatási katalógus” kiadását, amely az OENO kódok és a HBCs mentén megpróbálja egyberendezni a szakmai és eljárásjogi szabályokat.
Ez látványos előrelépés, felmutatható produktum lenne, bár korlátait ismerjük, hiszen ez a lista alapvetően a járóbeteg szakellátásban és a fekvőbeteg-ellátásban nyújtandó orvosi szolgáltatásokat, és az ahhoz társuló egyéb ellátásokat, eljárásrendet és elvárható körülményeket tudja rögzíteni

Országokénti példák

NÉMETORSZÁG

Németországban elviekben az ún. GKV-Leistungskatalog alatt a kötelező betegbiztosítás által nyújtott szolgáltatások összességét értik. Valódi katalógus azonban lista formájában nincs. A szolgáltatások katalógusa a Társadalombiztosítás V. (SGB V.) törvénykönyvében csupán mint jogi keret definiált. A törvény kimondja, hogy a biztosítottaknak joguk van orvosi, fogorvosi, pszichoterápiás kezelésre, gyógyszerekkel, kötszerekkel, gyógyászati segédeszközökkel való ellátásra, otthonápolásra, kórházi ápolásra, valamint rehabilitációs és egyéb szolgáltatások igénybevételére. A szolgáltatásoknak minden esetben elégségesnek, célszerűnek és gazdaságosnak kell lenniük ill. a szükségesnél nem lehetnek nagyobb mértékűek.

A Gemeinsamer Bundesausschuss (Országos Szövetségi Tanács) konkretizálja az ehhez szükséges keretfeltételeket. Az egyes szolgáltatási területeken irányelveket dolgoznak ki, melyek az érintett betegbiztosítók, szolgáltatást nyújtók és biztosítottak részére kötelező érvényűek.

A katalógus körül azonban viták vannak. Két példa erre: nem biztosított az akupunkturás kezelés, de mégis gyakran kísérleti projektek keretében (három indikáció esetén: krónikus fejfájás, lumbágó ill. osteoarthritis esetén) térítik a biztosítók. A 2004-es reform óta a fogamzásgátló készítmények kikerültek a katalógusból, kivéve 20 éves korig bizonyos felírás köteles hormonális ill. egyéb mechanikus fogamzásgátlókat.

Az orvosok egy része szükségtelennek tartja a katalógus bővítését. Véleményük szerint a GKV-nak csupán egy ún. alapellátásra (Basisversorgung) kellene szorítkoznia. Arra a kérdésre viszont nehéz válaszolni, hogy mely szolgáltatások kerüljenek ki a katalógusból. A Fritz Beske Intézet (Kiel) végez egy erre vonatkozó felmérést. A kötelező betegbiztosítók pénzügyi helyzete ugyanis – a reform ellenére – rosszabbodik. Ezért felmerült a kérdés, hogy mit finanszírozhat, ill. mit kell finanszíroznia a kötelező betegbiztosításnak a jövőben. Ahhoz, hogy ez a vitás kérdés megoldható legyen konkrét javaslatokra lesz szükség a szolgáltatások katalógusának megreformálásához, azonban ilyen konkrét javaslatok ma még nincsenek. A Fritz Beske Intézet ezért 2005/2006 végére készít egy ilyen javaslatot elő. A javaslat kidolgozásához minden elérhető forrást felhasználnak. A „Deutsches Ärzteblatt” (2004/39) ill. „Arzt und Krankenhaus” ezzel a témával kapcsolatban végzett olvasói felméréseinek eredménye (1083 orvos vett részt 31 szakterületről) a források között megadott linkeken elérhető.

Arra a kérdésre, hogy mely szolgáltatások kerüljenek ki a katalógusból a legtöbben a következő választ adták: gyógykúrák, masszázs, fogamzásgátlók, akupunktúra, homeopátia, balesetek és sportbalesetek kezelése.

Arra a kérdésre pedig, hogy mely szolgáltatások kerüljenek be a katalógusba a legtöbben a következő választ adták: a gyermekekre és az ifjúságra vonatkozó preventív intézkedések, rák és egyéb szűrővizsgálatok, akupunktúra és homeopátia.

A szerződéses orvosoknál igénybevett kötelező egészségbiztosítás keretében nyújtott szolgáltatások az elismert diagnosztikus és terápiás módszerekre alapulnak, amelyek az Egységes értékelési (elszámolási) rendszerben (Einheitlicher Bewertungsmaßstab –, ami a fejpénz rendszer alapját képezi) találhatóak. Itt megtalálható az alkalmazható diagnosztikus és terápiás módszerek rövid leírása illetve az ezen diagnosztikus és terápiás módszerekért járó díjazás is pontok formájában, amit az ún. Bewertungsausschuss (értékelő bizottság) dolgoz ki, amely a teljesen különböző vizsgálatok ill. kezelések értékének összehasonlíthatóságát szolgálja. Az ebben a katalógusban feltüntetett szolgáltatásokért az orvos nem kérhet a kötelező egészségbiztosítás keretében biztosítottaktól önrészfizetést, nem állíthat ki nekik magánorvosi számlát (hacsak ezt a beteg külön írásos formában nem kérte). Magánorvosi számlát csak akkor állíthat ki a szerződéses orvos a kötelező betegbiztosításnál biztosított betegek számára, ha a nyújtott szolgáltatások a betegbiztosítók

szolgáltatási kötelezettségén kívül esnek (nem tesz eleget a szükségesség ill. gazdaságosság elvének vagy a diagnosztikus és terápiás módszer alkalmazása orvosilag nincs elismerve) és az orvos erről a beteget részletesen tájékoztatja, aki ennek ellenére igénybe kívánja venni az adott szolgáltatást.

Egyedi esetekben, annak tisztázása érdekében, hogy egy bizonyos orvosi szolgáltatás a kötelező egészségbiztosítás keretében a kötelezően nyújtandó szolgáltatások körébe tartozik-e, a biztosítottak a betegbiztosítójukhoz fordulhatnak tanácsért.

Létezik még egy ún. negatív lista (IGEL-Liste – Individuális egészségügyi szolgáltatások listája), ahol azok a szolgáltatások találhatóak, melyeket nem térít a kötelező egészségbiztosítás.

Forrás:

Bundesministerium für Gesundheit und Soziales

<http://www.kbv.de/publikationen/764.htm>

<http://www.medizin.de/gesundheitsdeutsch/778.htm>

<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/bild.asp?id=11289>

<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/bild.asp?id=11290>

<http://www.die-gesundheitsreform.de/glossar/leistungskatalog.html>

<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikeldruck.asp?id=46333>

Az alábbiakban szemléltetésként Einheitlicher Bewertungsmaßstab-ból mutatunk be szemelvényeket példa jelleggel.

Egységes teljesítmény-értékelési rendszer - Németország

Németországban ezt a dokumentumot lehet egyfajta szolgáltatási katalógusnak felfogni, de mint a címe is mutatja a megközelítés biztosító, és nem biztosított-központú. Leginkább a mi szabálykönyvünknek felel meg, azaz az elszámolás feltételeit és értékét határozza meg.

A másik lényeges megjegyzés: a katalógus csak a járóbeteg szakellátásban használatos ellátásokat tartalmazza, a fekvő-betegellátás tevékenységeit nem.

A dokumentum tartalomjegyzéke:

Bevezetés

I. Általános rendelkezések

II. Szakmai csoportokon átívelő általános szolgáltatások

1. Általános szolgáltatások
 - 1.1. A szerződéses orvos rendkívüli igénybevétele a beteg részéről
 - 1.2. Szolgáltatások sürgősségi esetekben, a szervezett sürgősségi orvosi ellátás
 - 1.3. Általános szolgáltatások meghatalmazott orvosok, kórházak ill. intézmények részére
 - 1.4. Beteglátogatás, vizit, a házi betegápolás ellenőrzése, adminisztrációs díj, ott töltött idő
 - 1.5. Ambuláns, szakklinikai ellátás és utógondozás
 - 1.6. Írásos közlemény, szakvélemény
 - 1.7. Egészségügyi és prevenció vizsgálatok, anyasági ellátás, születésszabályozás, terhesség-megszakítás (korábban egyéb segítség)
 - 1.8. Drogfüggőségben szenvedők helyettesítő kezelése
2. **Általános diagnosztikai és terápiás szolgáltatások**

III.a Háziorvosi ellátás

III.b Szakorvosi ellátás

IV. Szakmai csoportokon átívelő speciális szolgáltatások

30. Speciális ellátási területek
31. Szolgáltatások ambuláns ill. fekvőbeteg ellátás keretében végzett operációk esetén (Belegarzt), konzervatív ortopédiai-sebészeti szolgáltatások
32. Laboratóriumi medicina, molekuláris genetika, molekuláris patológia
33. Ultrahangos vizsgálat
34. Diagnosztikai és intervencionális radiológia, computertomográfia, mágneses rezonancia képalkotás
35. Szolgáltatások a pszichoterápiás irányelvek szerint

V. Költségátalányok (BMÄ és E-GO)

- 40 Költségátalányok (BMÄ és E-GO)

VI. Mellékletek

1. Nem elszámolható, a csomagokban tartalmazott szolgáltatások
2. Műtéti eljárások hozzárendelése (OPS-301) a 31. fejezethez
3. Adatok a szerződéses orvos által nyújtott szolgáltatások elvégzéséhez szükséges időráfordításról a Társadalombiztosítási Törvénykönyv 87. paragrafusának, 2. bekezdésének, 1. sora szerint a Társadalombiztosítási Törvénykönyv 106a paragrafusának 2. bekezdésével kapcsolatban.

Példák:

▶ **02100 – Infúzió**

Leírás: Infúzió

Kötelező szolgáltatás tartalom: Infúzió, intravénás, és/vagy a csontvelőbe, beömlőnyílás segítségével (port-rendszer), intraartériás, időtartam: legalább 10 perc

Elszámolásból kizárás:

- egyazon kezelés alkalmával:

[01220](#) - újraélesztés

[01221](#) - lélegeztetés

[01222](#) - defibrilláció

[01510](#) - szakklinikai felügyelet 2 óra vagy több

[01511](#) - szakklinikai felügyelet 4 óra vagy több

[01512](#) - szakklinikai felügyelet 6 óra vagy több

[01520](#) - diagnosztikai koronális angiográfia utáni megfigyelés

[01521](#) - terápiás koronális angiográfia utáni megfigyelés

[01530](#) - diagnosztikai angiográfia utáni megfigyelés

[01531](#) - terápiás angiográfia utáni megfigyelés

[01856](#) - sterilizáció esetén alkalmazott narkózis

[01913](#) - abruptio esetén alkalmazott narkózis

[02120](#) - citosztatikus pumpa programozás

[02330](#) - artériából való vérvétel

[02331](#) - intraarteriális injekció

[06331](#) - fluoreszcens angiográfia

[06332](#) - fotodinamikus terápia verteporfinnal (PDT)

[13310](#) - intermittáló fibrinolitikus terápia és/vagy prosztanoidterápia

[13311](#) - artériás vagy vénás trombózis szervi fibrinolitikus terápia (Belegarzt: betegét kórházban látogató és ott kezelő orvos) esetén

- [31820](#) - helyi érzéstelenítés a koponya központon
- [31821](#) - érzéstelenítés vagy rövid narkózis 1
- [31822](#) - érzéstelenítés vagy rövid narkózis 2
- [31823](#) - érzéstelenítés vagy rövid narkózis 3
- [31824](#) - érzéstelenítés vagy rövid narkózis 4
- [31825](#) - érzéstelenítés vagy rövid narkózis 5
- [31826](#) - érzéstelenítés vagy rövid narkózis 6
- [31827](#) - érzéstelenítés vagy rövid narkózis 7
- [31828](#) - támogatás az érzéstelenítéssel kapcsolatos szolgáltatások esetén 31821-31827
- [31830](#) - analgesia phacoemulsification
- [31831](#) - analgesia phacoemulsification II.

Fejezetek

- 5 aneszteziológiai szolgáltatások
- 34 Diagnosztikai és intervencionális radiológia, computertomográfia, mágneses rezonancia képalkotás

- a kezelés napján

[31800](#): helyi érzéstelenítés

[31801](#): helyi érzéstelenítés orvos által

- a kezelt esetben:

[13550](#): kardiológiai-diagnosztikai komplexum

[26330](#): extrakorponális ultrahangos vesekőzúzás

[34291](#): koronális angiográfia

Jelentési kötelezettség: nincs

Értékelés: összesen 155 pont

▶ **30110 Allergológia diagnosztika**

Leírás: allergológia-diagnosztikai komplexum késői (kontakt-) allergia (IV típus)

Diagnosztizálásához és/vagy kizárásához

Kötelező szolgáltatási tartalom:

- speciális allergológiai anamnézis
- epikután teszt
- a helyi bőrreakció ellenőrzése

Fakultatív szolgáltatási tartalom:

- bőrfunkciós teszt (alkáliás rezisztencia vizsgálat, nitrazinsárga-teszt)
- ROAT teszt (ismételt nyílt expozíciós teszt)
- okklúzió

Elszámolható: egyszer a megbetegedés jelentkezésekor

Elszámolásból kizártak a következő szolgáltatások (a kezelés alkalmával):

[03340](#), [04340](#), [13250](#), [13258](#), [30111](#)

Jelentési kötelezettség: igen

Értékelés: összesen 1720 pont

▶ **33000 A szem szonográfias vizsgálata**

Leírás: a szem ultrahangos vizsgálata

Kötelező szolgáltatási tartalom:

- a szem ultrahangos vizsgálata

- a szemüreg ultrahangos vizsgálata

Fakultatív szolgáltatási tartalom:

- a környező terület ultrahangos vizsgálata
- a másik szem ultrahangos vizsgálata
- a másik szemüreg ultrahangos vizsgálata

Elszámolható: kezelésenként

Elszámolásból kizártak a következő szolgáltatások (a kezelés napján):

[31630](#), [31631](#), [31632](#), [31633](#), [31634](#), [31635](#), [31636](#), [31637](#), [31682](#), [31683](#), [31684](#), [31685](#), [31686](#), [31687](#), [31688](#), [31689](#), [31695](#), [31696](#), [31697](#), [31698](#), [31699](#), [31700](#), [31701](#), [31702](#)

Jelentési kötelezettség: igen

Értékelés: összesen: 285 pont

► **09315 Bronchoszkópia**

Leírás: Bronchoszkópia

Kötelező szolgáltatási tartalom:

- Bronchoszkópia
- a beteg tájékoztatása a vizsgálatról, a lehetséges terápiás intézkedésekről az adott ülésen belül, elég idővel a beavatkozás előtt
- a beavatkozás előtt információ az előkészületi intézkedések menetéről és a lehetséges szedálásról és/vagy előzetes gyógyszerezés
- utólagos megfigyelés és ápolás
- felületi anesztézia
- a vitális paraméterek és a vér oxigénszintjének ellenőrzése

Fakultatív szolgáltatási tartalom:

- szedálásról és/vagy előzetes gyógyszerezés
- szövetmintavétel
- szövetminta-vizsgálat

Elszámolásból kizártak a következő szolgáltatások (egyazon kezelés alkalmával):

[02300](#), [02301](#), [02302](#), [02340](#), [02341](#), [02343](#), [02360](#), [09360](#), [09361](#), [09362](#)

Jelentési kötelezettség: igen

Értékelés: összesen: 2735 pont

► **01510 Szakklínikai ápolás 2 óránál hosszabb ideig**

Kötelező szolgáltatási tartalom:

- cachexiális betegek megfigyelése és ellátása (előrehaladott malignoma, AIDS) a praxisban vagy szakklínikán a V. Társadalombiztosítási Törvénykönyv (115 paragrafus, 2. bekezdés) szerint katéterrendszerrel végzett parenterális intravaszkuláris kezelés
- és/vagy
- enterálisan táplálható cachexiális betegek figyelése és ellátása a praxisban vagy szakklínikán a V. Társadalombiztosítási Törvénykönyv (115 paragrafus, 2. bekezdés) szerint gyomorszonda vagy gasztrosztómia útján.
- és/vagy olyan betegek megfigyelése és ellátása, akiknél intravénás táplálás folyik, a mintavétel napján, a 08541 szolgáltatás szerint.

Fakultatív szolgáltatási tartalom:

- infúzió

Elszámolásból kizártak a következő szolgáltatások (egyazon kezelés alkalmával):

[01511](#), [01512](#), [01520](#), [01521](#), [01530](#), [01531](#), [01857](#), [01910](#), [01911](#), [01914](#), [02100](#), [02101](#), [13610](#), [13611](#), [13612](#), [13620](#), [13621](#), [32247](#), [34502](#)

Jelentési kötelezettség: nem

Értékelés: összesen 1405 pont

▶ **02500 Inhalációs terápia porlasztóval**

Leírás: Inhalációs terápia

Kötelező szolgáltatási tartalom:

- intermittáló túlnyomásos lélegeztetés
- és/vagy
- inhalációs alveoláris eszközök segítségével (pl. ultrahangos porlasztás)

Elszámolható: kezelésenként

Elszámolásból kizártak a következő szolgáltatások (egyazon kezelés alkalmával): [02501](#)

Jelentési kötelezettség: nem

Értékelés: összesen 40 pont

▶ **02511 Elektroterápia**

Leírás: elektroterápia rövid ill. közepes frekvenciájú áram felhasználásával

Kötelező szolgáltatási tartalom:

- galvanizáció
- és/vagy
- ingeráram kezelés
- és/vagy
- neofarád-küszöbáram terápia
- és/vagy
- iontoforézis kezelés
- és/vagy
- amplitúdó-modulált középfrekvenciás kezelés
- és/vagy
- küszöbáram kezelés
- és/vagy
- interferenciaáram kezelés

Elszámolható: kezelésenként

Megjegyzés: a 02511-es szolgáltatás maximum nyolc alkalommal számolható el

Elszámolásból kizártak a következő szolgáltatások (egyazon kezelés alkalmával): [07310](#), [07311](#), [18310](#), [18311](#)

Jelentési kötelezettség: nem

Értékelés: összesen 30 pont

▶ **02520 Újszülött photo-terápia**

Leírás: újszülött photo-terápia

Elszámolható: naponta

Jelentési kötelezettség: nem

Értékelés: összesen 275 pont

▶ **01410 Beteg felkeresése otthonában**

Leírás: beteg felkeresése otthonában a megbetegedés miatt

Elszámolásból kizártak a következő szolgáltatások (egyazon kezelés alkalmával): [01100](#), [01101](#), [01102](#), [01411](#), [01412](#), [01414](#), [01721](#), [05230](#)

Jelentési kötelezettség: nem

Értékelés: összesen 400 pont

▶ **01420 Az otthonápolás ellenőrzése**

Leírás: az elrendelt otthonápolás koordinációja és az ápolás szükségességének vizsgálata a Német Szövetségi Tanács irányelve szerint.

Kötelező szolgáltatási tartalom:

- az ápolószemélyzet eligazítása
- az otthonápolás intézkedéseinek felülvizsgálata

Fakultatív szolgáltatási tartalom:

- koordinációs beszélgetés folytatása az ápolószeméllyzettel

Elszámolható: egyszer a kezelés során

Megjegyzés: az otthonápolás elszámolásának előfeltétele az illetékes betegbiztosító engedélye és a 12 mintának (otthonápolás elrendelése) való megfelelés

Jelentési kötelezettség: nem

Értékelés: összesen 250 pont

SZLOVÁKIA

Az általános egészségbiztosításból fedezett egészségügyi ellátás mértékéről szóló 2004-es törvény a szlovák reform kulcskérdése, mivel meghatározza azokat a betegségcsoportokat, amelyek gyógyítása közfinanszírozással történik, valamint meghatározza azoknak a betegségeknek a körét és prioritását, amelyek gyógyításáért fizetni kell. Az alap-szolgáltatáscsomag nem állandó, a technológiai fejlődés, a betegség-struktúra és a lakossági vásárlóerő függvényében változik. A Betegségek Nemzetközi Osztályozása (BNO) 10. revíziója szerinti körülbelül 11 ezer betegségből leválogatták azt a 6600-6700 betegséget, melynek gyógyítása a kötelező egészségbiztosítás keretében ingyenes (ezeket a reformtörvény közel 200 oldalas mellékleteként közzétették) – ezt nevezik Prioritási listának. A többi 3300-3400 betegség co-paymentjének mértékét kormányrendeletben fogják közzétenni 2006 őszén, s az 2007. január 1-től lesz hatályos. E kormányrendeletet előkészítése az Egészségügyi Minisztérium feladata, melyet tanácsadó testületként az úgynevezett kategorizációs bizottság segít. Bár a kategorizációs bizottság hivatalosan csak tanácsadó, vagyis javaslatától a Minisztérium eltérhet, de létrehozását és összetételét törvény írja elő (az egészségbiztosítókat képviselő öt személy mellett hárman az orvosi kamarát, hárman a minisztériumot képviselik). A bizottság munkája sokkal összetettebb, mint pusztán egy százalékos co-payment kulcs megadása. Törvény előírása szerint, a betegség „komolysága” mellett a beteg életkorára és az indikációra is tekintettel lenni (a több lehetséges indikáció közül melyik áll fenn). És ismerni kell a betegség gyógyításának költségeit, hogy a co-paymentet szociálisan elviselhető alacsony szinten tartsák.

A Prioritási lista összeállításának fő szempontja az volt, hogy a „drága, de ritkább” betegségek gyógyítása továbbra is ingyenes maradjon. Az egyik foratókönyv szerint (melyet maga az egészségügyi miniszter adott elő) ingyenes marad a betegségek esetszám szerint kétötödének gyógyítása, mely az össz-gyógyítási költség kétharmadát tette ki. A betegségek esetszám szerint háromötöde után, mely az össz-gyógyítási költség egyharmadát tette ki – lesz co-payment, mértéke körülbelül 30%-os. Fontos hangsúlyozni azt is, hogy mindez nem csökkenti az egészségügyi közkiadásokat (azt – a magyar gyakorlattól eltérően – szigorúan a járulékkulcsok határozzák meg), csupán az egészségbiztosítók forrásaira nehezedő keresleti nyomást csökkenti. A co-paymentet a beteg a szolgáltatóknak fizeti.

Az alapcsomag részének tekinthetők a prevenciós és/vagy szűrővizsgálatok, amelyek ingyenesek maradnak, de csak meghatározott számban (ezeket igen hossza részletezi törvény és melléklete). A prevenció a fogorvosi ellátás esetén kapcsolódik össze a kezelési költséggel: aki volt prevenciós vizsgálaton, az a következő évben nem fizet a fogkezelésért.

Ingyenes marad a betegségek diagnosztizálása, még a co-payment köteles betegségek diagnosztizálásáért sem kell fizetni.

A kormány által 2004. december 15-én jóváhagyott ideiglenes jegyzékben jelenleg 40 olyan betegség szerepel, amelyeknél már 2005 januárjától kell fizetniük a betegeknek. Nagyrészt olyan diagnózisokról van azonban szó, amelyeknél a betegek előzőleg is fizettek hozzájárulást (pl. plasztikai műtét, hivatalos célra történő vizsgálatok stb.). Ily módon a törvény egyelőre a betegeknek sokkal nagyobb megterhelést nem jelent.

Egyidejűleg az egészségügyi ellátásról szóló törvény rendelkezik olyan katalógus létrehozásáról, amely tartalmazza minden betegség megelőzéséhez, diagnosztizálásához, gyógyításához, a szövődmények elkerüléséhez szükséges eljárásokat (kezeléseket, kivizsgálásokat. A katalógus összeállítása a katalógizációs bizottság feladata, amely az Egészségügyi Minisztérium tanácsadó szerve. (A bizottság 11 tagból áll, 3-3 tagot a minisztérium és az egészségbiztosítók, 5 tagot pedig a szakmai szervezetek -

4 főt a Szlovák Orvosi Kamara, 1 fő nem állandó képviselőt pedig egyes szakterületek - delegálnak.) A katalogizáló bizottságnak szakterületi munkacsoportjai vannak (szám szerint 45), amelynek elnöke a nem állandó tag, mint képviselő.

A bizottság már megalakult. A szakterületek egymást követik a munkában. Az első ülésen Zajac miniszter ismertette a katalógus összeállításának elveit.

A katalogizálási bizottság első komplett egyeztetett katalógusának kiadását 2006 őszére tervezik. A Szlovák Orvosi Kamara is elkészítette saját katalógus-változatát, és az Egészségügyi Minisztérium készséget mutat az együttműködésre ebben az ügyben.

A kategorizálási bizottság (amely a fedezetek mértékét határozza meg) azoknak az anyagoknak alapján kezd munkához, amelyeket a katalogizáló bizottság összeállított. Tevékenysége tehát a katalógusokhoz képest késleltetve kezdődik, amikor van már alapanyag.

Már mindkét bizottság szervezeti szabályzatát jóváhagyták, amelyek a minisztérium közlönyében is megjelentek. Tartalmazzák a feladatot, a finanszírozást (a minisztérium a finanszírozó), az ülések összehívásának rendjét stb. A minisztériumi weboldalon indult egy speciális oldal, amelyhez a két bizottság fér hozzá és kommunikálni tud egymással.

Összefoglalva, **Szlovákiában két katalógus készül.** Elsőként egy olyan, amely leírja a betegség megelőzéséhez, diagnosztizálásához, gyógyításához szükséges eljárásokat. Ebből kezd dolgozni a másik bizottság, amely mellérendeli - BNO kód szerint azonosítva - a fedezet mértékét.

A szlovák reform során erőteljesen hangsúlyozták, hogy megkülönböztetendő az egészségügyi ellátás és az egészségügyi ellátással kapcsolatos szolgáltatások. Így például a kórházi szállást és étkezést nem tekintik az egészségügyi ellátás (nem az alapsomag) részének, az ezért fizetendő napi 50 szlovák korona az egészségügyi ellátással kapcsolatos szolgáltatás (nem teljes) ellenértéke. A vizitdíjak pro forma információs költségek, a betegszállítás pedig csak nagyon szűken az egészségügyi ellátás része (például a vesedialízisre utazás és vissza), főszabályként nem, s kilométerenként 2 szlovák korona fizetendő érte.

Krónikus és elmebetegek, veszélyeztetett terhes nők és 6 év alatti gyerekek esetén nincs co-payment.

Forrás: <http://www.health.gov.sk>

Szemelvények – példák -Szlovákia

Prioritás-lista és co-payment köteles szolgáltatások listája Szlovákiában

Az 577/2004 sz. - Az általános egészségbiztosításból fedezett egészségügyi ellátás mértékéről szóló törvény 3. sz. melléklete - példa

A prioritási csoportba tartozó betegségek jegyzéke (minta)

BNO 10 kód	A fő diagnózis megnevezése	A betegség-diagnózis megnevezése
C00	Az ajak rosszindulatú daganata	
C.00.0	Az ajak rosszindulatú daganata	Felső ajak, külső felszín
C.00.1	Az ajak rosszindulatú daganata	Alsó ajak külső felszín
C.00.2	Az ajak rosszindulatú daganata	Ajak, k.m.n.
C.00.3	Az ajak rosszindulatú daganata	Felső ajak, belső felszín
C.00.4	Az ajak rosszindulatú daganata	Alsó ajak, belső felszín
C.00.5	Az ajak rosszindulatú daganata	Ajak, nem meghatározott belső felszín
C.00.6	Az ajak rosszindulatú daganata	Ajakzug
C.00.8	Az ajak rosszindulatú daganata	Az ajak átfedő elváltozása
C.00.9	Az ajak rosszindulatú daganata	Ajak, k.m.n.
C01	A nyelvgyök rosszindulatú daganata	
C02	A nyelv egyéb és nem meghatározott részeinek rosszindulatú daganata	
C02.0	A nyelv egyéb és nem meghatározott részeinek rosszindulatú daganata	A nyelv háti felszíne
C02.1	A nyelv egyéb és nem meghatározott részeinek rosszindulatú daganata	A nyelv széle
C02.2	A nyelv egyéb és nem meghatározott részeinek rosszindulatú daganata	A nyelv alsó felszíne
C02.3	A nyelv egyéb és nem meghatározott részeinek rosszindulatú daganata	A nyelv első kétharmada, nem meghatározás része
C02.4	A nyelv egyéb és nem meghatározott részeinek rosszindulatú daganata	Nyelvmandula
C02.8	A nyelv egyéb és nem meghatározott részeinek rosszindulatú daganata	A nyelv átfedő elváltozása
C02.9	A nyelv egyéb és nem meghatározott részeinek rosszindulatú daganata	Nyelv, k.m.n.
C03	A fogíny rosszindulatú daganata	
C03.0	A fogíny rosszindulatú daganata	Felső fogíny
C03.1	A fogíny rosszindulatú daganata	Alsó fogíny
C03.9	A fogíny rosszindulatú daganata	Fogíny, k.m.n.

A BNO X. főcsoportjának megjelenése a prioritás listán

X. Főcsoport				
J00-J99 A légzőrendszer betegségei				
Kód	BETEGSÉGEK	Hiányzik/Rajta van a Prioritási listáról/listán	Listán lévő betegségek	Listáról hiányzó
J00-J06	Heveny felső légúti fertőzések		4	18
J00	Heveny orr-garatgyulladás (meghűlés)			1
J01	Heveny melléküreg-gyulladás			7
J02	Heveny garatgyulladás			3
J03	Heveny mandulagyulladás	J03.9 Heveny mandulagyulladás, k.m.n. hiányzik a listáról	2	1
J04	Heveny gége és légcsőgyulladás			3
J05	Heveny obstruktív laryngitis (croup) és epiglottitis		2	
J06	Felső légúti fertőzések több és nem meghatározott helyen			3
J10-J18	Influenza és tüdőgyulladás		24	11
J10	Identifikált influenzavírus okozta influenza			3
J11	Influenza, vírus nem identifikált			3
J12	Vírusos tüdőgyulladás m.n.o.			5
J13	Streptococcus pneumoniae okozta tüdőgyulladás		1	
J14	Haemophilus influenzae okozta tüdőgyulladás		1	
J15	Bakteriális tüdőgyulladás, m.n.o.		10	
J16	Egyéb fertőző organizmusok okozta tüdőgyulladás m.n.o.		2	
J17*	Tüdőgyulladás, máshol osztályozott betegségekben		5	
J18	Tüdőgyulladás, kórokozó nem meghatározott		5	
J20-J22	Egyéb heveny alsó légúti fertőzések		4	10
J20	Heveny hörghurut			10
J21	Heveny bronchiolitis		3	
J22	Nem meghatározott alsó légúti fertőzés		1	
J30-J39	A felső légutak egyéb betegségei		27	20
J30	Vasomotorikus és allergiás rhinitis		5	

J31	Idült rhinitis, nasopharyngitis és pharyngitis			3
J32	Idült melléküreg-gyulladás		7	
J33	Orrpolypus		4	
J34	Az orr és orr-melléküregek egyéb rendellenességei	J34.1 Orrüregek cystája és mucoceléje rajta a listán	1	4
J35	A garat és orrmandulák idült betegségei			6
J36	Mandula körüli tályog		1	
J37	Idült laryngitis és laryngotracheitis		2	
J38	A hangszalagok és gége máshová nem osztályozott betegségei	Hiányzik a listáról: J38.1 A hangszalag és gége polypusa J38.2 A hangszalagok csomói J38.3 A hangszalagok egyéb betegségei J38.7 A gége egyéb betegségei	4	4
J39	A felső légutak egyéb betegségei	Hiányzik a listáról: J39.2 A garat egyéb betegségei J39.8 A felső légutak egyéb meghatározott betegségei J39.9 A felső légutak betegségei, k.m.n.	3	3
J40-J47	Idült alsó légúti betegségek		17	3
J40	Bronchitis, nem hevenynek vagy idültnek meghatározva			1
J41	Egyszerű és mucopurulens idült bronchitis	Hiányzik a listáról: J41.0 Egyszerű idült bronchitis	2	1
J42	Nem meghatározott idült bronchitis			1
J43	Emphysema		5	
J44	Egyéb idült, obstruktív tüdőbetegség		4	
J45	Asthma		4	
J46	Status asthmaticus		1	
J47	Bronchiectasia		1	
J60-J70	Külső tényezők okozta tüdőbetegségek		40	4
J60	Szénbányászok pneumoconiosis		1	
J61	Asbest és egyéb ásványi rostok okozta pneumoconiosis		1	
J62	Kvarctartalmú por okozta pneumoconiosis		2	
J63	Pneumoconiosis egyéb szervetlen poroktól		7	
J64	Nem meghatározott pneumoconiosis		1	
J65	Gümőkorrrel társult pneumoconiosis		1	
J66	Meghatározott szerves por okozta légúti betegség			4
J67	Túlérzékenységi (allergiás) pneumonia szerves portól		10	

J68	Légzőszervi állapotok vegyszerek, gázok, füstök és gőzök belégzésétől		7	
J69	Pneumonia szilárd anyagoktól és folyadékoktól		3	
J70	Légzőszervi állapotok egyéb külső ágensektől		7	
J80-J84	Egyéb, légzőrendszeri betegségek, amelyek főként a szövetközi állományt érintik		7	0
J80	Felnőttkori légzési distressz szindróma		1	
J81	Tüdővizényő		1	
J82	Pulmonalis eosinophilia, m.n.o.		1	
J84	Egyéb intersticiális tüdőbetegségek		4	
J85-J86	Az alsó légutak gennyesedése és elhalásos elváltozásai		8	0
J85	Tüdő- és gátortályog		4	
J86	Gennymell (empyema thoracis)		4	
J90-J94	A mellhártya egyéb betegségei		11	2
J90	Mellüregi folyadékképződés, m.n.o.		1	
J91*	Mellüregi folyadékképződés máshol osztályozott állapotokban		1	
J92	Pleurális callus		2	
J93	Légmell		4	
J94	Egyéb légmelli állapotok	Hiányzik a listáról: J94.1 Fibrothorax J94.9 Mellüregi állapot, k.m.n.	3	2
J95-J99	A légzőrendszer egyéb betegségei		18	5
J95	Beavatkozást követő légzési rendellenességek, m.n.o.		8	
J96	Légzési elégtelenség, m.n.o.		3	
J98	Egyéb légzési rendellenességek	Hiányzik a listáról: J98.5 A mediastinum máshová nem osztályozott betegségei J98.9 Légzési rendellenesség, k.m.n.	7	2
J99*	Légzési rendellenességek egyéb, máshová osztályozott betegségekben			3
			160	73

A 777/2004. Kormányrendelet 1. melléklete

Betegségek jegyzéke, amelyek esetén a szolgáltatásokat részben vagy egyáltalán nem térítik az egészségbiztosításból

BNO 10 kód	A betegség megnevezése	Az egészség-biztosító térítése	A biztosított hozzájárulása	Indikáció korlátozás
004	Egészségügyi terhesség-megszakítás	0%	100%	2. mell.
005	Vetélés egyéb okból	0%	100%	2. mell.
006	Vetélés, k.m.n.	0%	100%	2. mell.
Z30.2	Sterilizálás	0%	100%	2. mell.
Z31.1	Mesterséges megtermékenyítés	0%	100%	2. mell.
Z31.2	Fertilisatio in vitro	0%	100%	2. mell.
Z31.3	Megtermékenyítés elősegítése	0%	100%	2. mell.
Y90	Alkoholos befolyásoltság meghatározása az alkoholszint alapján			
Y90.0	Véralkohol-szint 20 mg/100 ml alatt	0%	100%	
Y90.1	20-39 mg/100 ml véralkohol-szint	0%	100%	
Y90.2	40-59 mg/100 ml véralkohol-szint	0%	100%	
Y90.3	60-79 mg/100 ml véralkohol-szint	0%	100%	
Y90.4	80-99 mg/100 ml véralkohol-szint	0%	100%	
Y90.5	100-119 mg/100ml véralkohol-szint	0%	100%	
Y90.6	120-199 mg/100ml véralkohol-szint	0%	100%	
Y90.7	200-239 mg/100 ml véralkohol-szint	0%	100%	
Y90.8	240 mg/100 ml vagy feletti véralkohol-szint	0%	100%	
Y90.9	Alkohol jelenléte a vérben, szint nincs meghatározva	0%	100%	
Y91	Alkoholos befolyásoltság meghatározása az intoxicatio mérve alapján	0%	100%	
Y90.0	Enyhe fokú alkohol mérgezés	0%	100%	
Y91.1	Közepes fokú alkohol mérgezés	0%	100%	
Y91.2	Súlyos alkohol mérgezés	0%	100%	
Y91.3	Nagyon súlyos alkohol mérgezés	0%	100%	
Y91.9	Alkoholos befolyásoltság, k.m.n.	0%	100%	
Z02	Vizsgálat és megjegyzés adminisztratív okokból	0%	100%	
Z02.0	Vizsgálat oktatási intézményi felvételhez	0%	100%	
Z02.1	Vizsgálat: munkahelyi alkalmazás előtt	0%	100%	
Z02.2	Vizsgálat: bentlakásos intézményi felvételhez	0%	100%	
Z02.3	Vizsgálat: sorozás	0%	100%	
Z02.4	Vizsgálat: vezetői jogosítványhoz	0%	100%	
Z02.5	Vizsgálat: sportorvosi	0%	100%	
Z02.6	Vizsgálat: biztosítási szerződéshez	0%	100%	
Z02.7	Vizsgálat: orvosi igazolás kiadása végett	0%	100%	
Z02.8	Vizsgálat: adminisztratív célú egyéb	0%	100%	
Z02.9	Vizsgálat: k.m.n. adminisztratív célból	0%	100%	
Z04.0	Vizsgálat: alkohol és gyógyszer vérszint	0%	100%	
Z31.0	Tuba vagy vasa deferens plasztika előzetes sterilizálás után	0%	100%	

Táblázat folytatása

BNO 10 kód	A betegség megnevezése	Az egészség-biztosító térítése	A biztosított hozzájárulása	Indikáció korlátozás
Z41	Egyéb, nem az egészségi állapot kezelése céljából végzett eljárások			
Z41.1	Szépészeti műtét elfogadhatatlan megjelenés miatt	0%	100%	
Z41.2	Körülmetélés	0%	100%	
Z41.3	Füllyukasztás	0%	100%	
Z41.8	Eljárások az egészségi állapot helyreállításától független célból	0%	100%	
Z41.9	Eljárás nem egészségügyi okból, k.m.n.	0%	100%	
Z50.4	Pszichoterápia	0%	100%	
Z54.3	Lábadozás pszichoterápia után	0%	100%	
K00	A fogfejlődés és áttörés rendellenességei			
K00.0	Foghiány	100%	0%	2. mell.
K00.1	Számfeletti fogak	100%	0%	2. mell.
K00.2	A fogak nagysági és alaki rendellenességei	100%	0%	2. mell.
K00.3	Foltos fogak	100%	0%	2. mell.
K00.4	A fogfejlődés zavarai	100%	0%	2. mell.
K00.5	A fogak örökletes szerkezeti rendellenességei m.n.o.	100%	0%	2. mell.
K00.6	A fogáttörés rendellenességei	100%	0%	2.mell.
K00.7	Fogzási szindróma	100%	0%	2. mell.

SZLOVÉNIA

Szlovéniában a kötelező egészségbiztosítás által nyújtott fedezet körét és mértékét az Egészségügyi Ellátással és az Egészségbiztosítással kapcsolatos Törvény határozza meg. A lakosság számára nyújtott szolgáltatások részletes taglalása a HIIS (Országos Egészségbiztosító Intézet) által a kötelező biztosításra vonatkozóan elfogadott és áttekintett speciális rendeleteknél található. A törvény és a rendelkezések meghatározzák azokat a jogokat, melyek a biztosítási járulékot fizető állampolgárokat megilletik.

A kötelező egészségbiztosítás keretében a biztosítottak természetbeni és pénzbeli juttatásra egyaránt jogosultak. Az első csoportba az egészségügyi ellátás különböző szintjein nyújtott szolgáltatások tartoznak, ideértve a gyógyszereket és a gyógyászati segédeszközöket is, a másodikba az olyan pénzbeli juttatások, mint a 30 napon túli munkakiesésre nyújtott táppénz és a fekvőbeteg-ellátásra való beutalás során felmerülő utazási költségek térítése. A kötelező biztosítás teljes egészében fedez bizonyos alapvető szolgáltatásokat, ezen kívül más szolgáltatások meghatározott százalékát.

A kötelező egészségbiztosítás az alábbi szolgáltatások költségeinek 100%-át fedezi:

- ▶ a gyermekeknek és serdülőkorúaknak nyújtott minden egészségügyi szolgáltatás, a gyermekek, iskoláskorúak, mentális vagy fizikális fejlődési zavarban szenvedő fiatalok diagnosztizálása, kezelése és rehabilitációja iskolalátogatásuk ideje alatt,
- ▶ a családtervezéssel, fogamzásgátlással, terhességgel vagy gyermekszüléssel összefüggő egészségügyi szolgáltatások,
- ▶ a fertőző betegségek, beleértve a HIV-fertőzést is, megelőzésére, diagnosztizálására és kezelésére irányuló programok szolgáltatásai,
- ▶ a munkahelyi balesetek, foglalkozási ártalmak, daganatos megbetegedések, muscularis és neuromuscularis megbetegedések, elmebetegségek, epilepszia, hemofília, paraplegia, tetraplegia és cerebralis bénulás, előrehaladott diabetes, sclerosis multiplex és psoriasis kezelése és rehabilitációja,
- ▶ szervadományozással és szerv- és szövetátültetéssel kapcsolatos szolgáltatások, sürgősségi ellátás és mentőszállítás, otthoni vizitek, a beteg otthonában vagy szociális intézményben történő kezelés vagy nővéri ápolás hosszú távú ápolás esetén is.

Míg egyes speciális csoportok és betegek a kötelező egészségbiztosítás teljes térítésében részesülnek, addig más szolgáltatásokat csak bizonyos meghatározott arányban fedez a biztosító: ezek a szolgáltatások 5-50%-os arányban részfizetési hozzájárulást igényelnek.

A kötelező egészségbiztosítás az alábbi szolgáltatások költségeinek legalább 95%-át fedezi:

- ▶ a szervátültetéssel kapcsolatos szolgáltatások és az ilyen esetekben szükséges speciális sebészi beavatkozások,
- ▶ külföldön végzett gyógykezelés,
- ▶ az intenzív terápiával, radioterápiával, dialízissel kapcsolatos szolgáltatások és más sürgős, speciális diagnosztikus, terápiás és rehabilitációs tevékenységek (co-payment max. 5%),

A kötelező egészségbiztosítás az alábbi szolgáltatások költségeinek legalább 85%-át fedezi:

- ▶ terméketlenség kezelése vagy mesterséges megtermékenyítés, sterilizáció és a terhesség művi befejezése,
- ▶ speciális sebészeti ellátás,
- ▶ a kórházi vagy gyógyfürdői kezelés nem orvosi része a folyamatos kórházi kezelés keretében, kivéve a nem munkahelyi sérülések eseteit,

- ▶ a fogak és a szájüreg betegségeinek kezelése,
- ▶ speciális ortopédiai, fogszabályozási segédeszközök, hallókészülékek, stb. (co-payment max. 15 %).

A kötelező egészségbiztosítás az alábbi szolgáltatás költségeinek legalább 75%-át fedezi:

- ▶ a pozitív listán szereplő gyógyszerek
- ▶ kórházi vagy fürdőkezelés nem munkahelyi sérülések esetén (co-payment max. 25%)

A kötelező egészségbiztosítás az alábbi szolgáltatások költségeinek legfeljebb 60%-át fedezi:

- ▶ nem sürgősségi mentőszállítás,
- ▶ gyógyfürdői kezelés, amennyiben nem kórházi kezelés folytatásaként veszik igénybe (co-payment min. 40%).

A kötelező egészségbiztosítás az alábbi szolgáltatások költségeinek legfeljebb 50%-át fedezi:

- ▶ felnőttek fogászati protézise,
- ▶ felnőttek optikai segédeszközei,
- ▶ az átmeneti listán szereplő gyógyszerek (co-payment min. 50%).

A fennmaradó összeget vagy közvetlen térítésként, vagy kiegészítő biztosítása révén fizetheti a biztosított. A co-payment bevezetése és a fürdőkezelések csökkentése ellenére is, rendkívül kiterjedtnek tűnik az egészségügyi szolgáltatások köre. A szolgáltatási csomagot nem korlátozták alapvető szolgáltatásokra, és nem határoztak meg kor és jövedelem szerinti prioritásokat.

Forrás:

Law on healthcare and healthcare insurance, Republika Slovenija

LETTORSZÁG

Lettországban a kötelező társadalombiztosításból fedezett szolgáltatásokat, az alap szolgáltatáscsomagot 1999-ben határozták meg először, 2004-ben felülvizsgálták, jogszabályban rögzítették. A biztosító finanszírozza az alap szolgáltatáscsomagot és bizonyos központi programokat. A lakosok az ezekbe tartozó szolgáltatásokra is esetenként hozzájárulást fizetnek. Az alapcsomagban nem fedezett szolgáltatásokat a beteg maga fizeti vagy magánbiztosítást köt rá. Az alapcsomag az államilag finanszírozott szolgáltatásokat tételesen nem sorolja fel, viszont definiálja a nem finanszírozott ellátásokat (negatív csomag).

2005-ben már tapasztalható néhány olyan elem a szabályozásban, amely a pozitív csomag meghatározására is irányul (finanszírozott laboratóriumi tesztek stb.)

Az alapcsomag tartalmazza a sürgősségi ellátást, akut és krónikus betegségek gyógyítását, a szexuális úton terjedő és fertőző betegségek megelőzését és kezelését, az anyasági ellátást, az immunizációs programokat, meghatározott csoportok számára az ingyenes gyógyszereket.

A fogászati ellátás csak 18 éves kor alatt része a csomagnak. A gazdasági helyzet javulásával a csomag bővíthet. Jelenleg inkább évről évre szűkül.

1999-ig állami programokon keresztül finanszíroztak bizonyos szolgáltatásokat, amelyekből 1999-ben néhány az alapcsomag részévé vált:

- ▶ Fertőző betegségek diagnózisa és kezelése,
- ▶ TBC és krónikus tüdőbetegségek diagnózisa és kezelése
- ▶ Pszichiátriai ellátás
- ▶ Onkológia és hematológia
- ▶ Anya- és gyermekegészségügyi ellátás
- ▶ Katasztrófa medicina
- ▶ AIDS

Nem fedezi a biztosító az alábbi szolgáltatásokat:

- ▶ A biztosítóval nem szerződött szolgáltatónál igénybe vett ellátás
- ▶ Tervezett műtétek a keretek kimerülése után
- ▶ Orvosi vizsgálatok, és ellátás (beleértve a krónikus betegeket is) ha az nem orvosi rendelőre történik (fekvőbeteg ellátás, szakellátás beutaló nélkül)
- ▶ Rutin fogászati ellátás (kivéve a 18 év alatti lakosokat és a sorkatonákat)
- ▶ Klinikai vagy szociális indikáció nélküli abortusz
- ▶ Anonim orvosi ellátás (kivéve a HIV és szifilisz fertőzések meghatározására irányuló vizsgálatokat)
- ▶ Szexológiai célú orvosi ellátás
- ▶ Alkoholizmus és narkotikumok okozta detoxikáció
- ▶ Kozmetikai és plasztikai sebészet
- ▶ Homeopátiás ellátás és alternatív medicina

Forrás:

www.voava.lv.

<http://www.euro.who.int/document/e72467.pdf>

<http://www.vm.gov.lv/>

FRANCIAORSZÁG

Franciaországban a CCAM az Orvosi Tevékenységek Általános Osztályozása 2005. március 31-én lépett életbe. A CCAM az orvosi tevékenységek kodifikált jegyzéke, melyet az állami és a magánszektor orvosai egyaránt alkalmaznak. A lista a szolgáltatások díjtételeinek alapja mind a magánorvosi gyakorlatban, mind a kórházi szolgáltatások viszonylatában (4. sz. melléklet).

1999 óta, Franciaország állandó lakosai átfogó egészségügyi fedezetet élveznek, ez a lakosság 99,9%-ának nyújt védelmet. A Teljeskörű Egészségügyi Fedezet (couverture médicale universelle = CMU) az egészségügyi ellátáshoz való egyenlő hozzáférés céljait szolgálja azzal, hogy állampolgári jogon nyújt lehetőséget a kötelező biztosításra. Azoknak, akiknek a jövedelme nem ér el egy bizonyos szintet, nem kell járulékot fizetniük.

A kiegészítő CMU a maximum 562 € (2 személy esetén 843 €, 3 személy esetén 1012 €, 4 személy esetén 1180 € stb.) jövedelemmel rendelkezők számára nyújt fedezetet. Az ilyen módon biztosítottaknak nem kell megelőlegezniük kezelési költségeiket, fedezetük 100%-os.

Ez az intézkedés az orvosi konzultációk, a kórházi kezelések és a kórházi átalány 100%-os fedezetét nyújtja. A magánorvosok nem számíthatnak fel a társadalombiztosítás tarifáinál magasabb árakat. A megelőzés, az immunizálás és a szűrővizsgálatok ingyenesek. Ugyanígy térítésmentes a 15-18 éves fiatalok fogászati ellátása. A hosszú távú ápolás és a különösen költséges szolgáltatások finanszírozását az állam vállalja át. Szintén térítésmentes ellátásban részesülnek a terhes anyák terhességük utolsó 4 hónapjában. Teljes térítésmentesség jár a rokkantnyugdíjasok és a katonai nyugdíjasok számára.

A CMU-re a fiatalok 16 éves korukig a szüleik révén jogosultak. 16 éves koruktól saját jogon részesülnek biztosítási fedezetben, illetve továbbtanulás vagy krónikus betegség esetén a korhatár 20 éves korra tolódik ki.

A CMU reformterveiben nem a szolgáltatásokból indul ki, hanem ezek alkalmazásának módozataiból. Meg akarja szüntetni a jogosultságot korlátozó határértékeket, és jövedelemtől függő degresszív juttatásokat kíván bevezetni. Kedvezményezettjeit arra kívánja ösztönözni, hogy a CMU mellett a kölcsönös biztosítók szolgáltatásait vegyék igénybe és ne az állami biztosításhoz forduljanak.

Franciaországban a Magasszintű Egészségügyi Bizottság-HCSP számos kritériumot sorol fel az egészségügyi alapsomag kialakításához. Így az alapsomagba tartozó szolgáltatások meghatározásánál figyelembe kell venni az alapvető szükségletek mellett a földrajzi, szociális, kulturális vonatkozásokat, a gazdasági kritériumokat pedig a fedezet előzetes értékelése alapján kell meghatározni.

Franciaországban napirenden van az alapsomag tartalmának újradefiniálása a HCSP irányítása alatt.

A 2005. június 17-én elfogadott határozatok szerint előreláthatólag szeptembertől térnek át az Orvosi Tevékenységek Általános Osztályozásának második verziójára (CCAM V2) a CCAM és a régi nomenklatúrát képviselő NGAP együttes alkalmazásának átmeneti időszaka után. A CCAM V2 bevezetését eredetileg májusra, majd júliusra tervezték, hivatalos alkalmazását egyelőre még tárgyalások előzik meg.

A CCAM V2-osztályozásnak a „Journal Officiel”-ben, hivatalos közleményként való megjelentetését magas szintű fórumokon zajló engedélyezési eljárás vezeti be. Az engedélyezési eljárásban részt vevő hatóságok a Tevékenységek és Szolgáltatások Hierarchizálását végző Bizottság, a Magas szintű

Egészségügyi Hatóság, a Kiegészítő Egészségbiztosítók Országos Uniója és a felügyeletet gyakorló minisztérium.

Minthogy felmerült az inkompatibilitás a tevékenységek gyakorlata és anyagi vonzatainak megállapítása között, a tárgyaló felek egyöntetűen állást foglalnak a CCAM általános előírásaiban lefektetett szabályok tiszteletben tartása mellett, jóllehet nem zárják ki az egészségbiztosítás által átmeneti jelleggel végzett tesztelő vizsgálatokat.

2006 első felében a patológia tárgykörét is fel akarják venni az új CCAM-ba.

Forrás:

http://www.previade.fr/previade/html/home/dossier_sante/lexique.html#CCAM

http://www.crij.org/mp/docu_mp.nsf/0/5612e8b019a0fbf28125653700585c24?OpenDocument

http://www.codage.ext.cnamts.fr/codif/ccam/index_presentation.php?p_site=AMELI

<http://www.quotimed.com/dossierweb/index.cfm?fuseaction=viewarticle&DartIdx=220167>

Francia példa: Az Orvosi Tevékenységek Általános Osztályozása

Franciaországban a CCAM az Orvosi Tevékenységek Általános Osztályozása egy kodifikált jegyzék, mely a szolgáltatások díjtételeinek alapja.

A CCAM a következő kritériumok révén szolgál kiindulási alapul a kereséshez:

Kódok szerint

A pontos kód alapján a keresett tevékenységgel kapcsolatos információk azonnal hozzáférhetőek.

Egyéb kritériumok alapján

Ez az opció a fejezetcímekben vagy a tevékenységekkel kapcsolatos feljegyzésekben, leírásokban feltüntetett kulcsszó alapján végzett kereséssel vezet a kérdéses tevékenységhez. Egy vagy két kulcsszót lehet egyszerre használni, pl. echographia és véna, ezzel minden, a két szóval együttesen jellemezhető tevékenységet el lehet érni. A Journal Officiel-ben a tevékenységgel kapcsolatban megjelent rendeletek dátuma szerint is nyerhető információ.

Fejezetek szerint

A CCAM osztályozás az egészségügy logikáját követi, és nem szakágak, hanem szervrendszerek szerint oszlik meg. 19 fejezetből áll:

1-16 fejezet: a központi és a perifériás idegrendszer, a szem és környéke, fül, keringési rendszer, immun- és vérképzőrendszer, emésztőrendszer, húgy- és ivarrendszer, termékenységgel, terhességgel kapcsolatos vizsgálatok és az újszülöttek vizsgálata, endokrinológia és anyagcsere-folyamatok, a fej, a nyak és a törzs, a felső végtagok, az alsó végtagok csont-, ízület- és izomrendszere, ugyanez topográfiai megjelölés nélkül, a bőrtakaró és az emlő betegségei;

17. fejezet: tevékenységek topográfiai megjelölés nélkül,

18. fejezet: az eljárásokat kiegészítő anesztézia és más kiegészítő tevékenységek,

19. fejezet: adaptációk az átmeneti CCAM-ra.

Az első 17 fejezet mindegyike két részből áll:

- diagnosztikai tevékenységek először szervrendszerek, majd szervek szerint,
- orvosi tevékenységek szervek, majd eljárások szerint.

A tevékenység adatlapja tartalmazza a tevékenység leírását (fejezet, kód, leírás, feljegyzés).

Példák

Fejezet szerinti keresés: 19. fejezet: adaptációk az átmeneti CCAM-ra, 19.1 fejezet: átalányok és tevékenységek, 19.1.2. kardiológia

YYYY001 kardiológiai átalány első szint

A tevékenység leírása:

Egy vagy két beteg folyamatosan monitorozott orvosi felügyelete és kezelése EKG-követéssel oszcilloszkóppal és kardio-frekvencia méréssel. A tevékenység magában foglalja a szokásos EKG-vizsgálatokat, a reanimációt és a folyamatos vagy ismételt vérnyomásmérést, választható technikával, dokumentálva vagy anélkül.

Továbbá esetlegesen kódolandó: külső elektrosokk az alkalmazások számától függetlenül – szívkatéter behelyezése vagy cseréje elektroszisztolés stimulációhoz, szívkatéter behelyezése a jobboldali üregekben történő vérnyomásméréshez.

Díjtételek: Betegenként, 24 óránként és orvosonként: maximum hét napra számíthatóak fel. A költségek térítés alá esnek.

Egységár: 26,88 EUR

19.1.8 pneumologia

YYYY006

A tevékenység leírása:

Farmakodinamikai ágensekre vagy allergénekkal való provokálásra adott reakciók mennyiségi értékelése a reakció küszöbértékének figyelembevételével

Megjegyzés: nem számlázható a légzésfunkció pletizmográffal történő mérése esetén.

Téríthető tevékenység. A küszöbértékre vonatkozó szabályok szerint mentességet élvez, de számlázástól nem mentesít.

Egységár: 42,24 EUR

Két példa a faszervezetben való elhelyezésre:

1. Központi, perifériás és autonóm idegrendszer
 - 1.1-Idegrendszerre vonatkozó diagnosztikai tevékenységek
 - i. – Az idegrendszer elektrofiziológiai vizsgálatai
 - 1.1.1.1 – Electromyographia (EMG)

Kód: AHQB032

Leírás: 3-6 harántizom, elektródával felszerelt túvel végzett electromyographiája nyugalmi állapotban és terhelés mellett, mérve a mozgás levezetésének sebességét és 2-4 ideg izomreakciójának mértékét, felszíni elektródával kiváltott proximális levezetések és az ingerlevezetés gyorsaságának, illetve 2-4 ideg esetleges ingerválaszának mérése nélkül.

A tevékenységgel kapcsolatos megjegyzés: elektrofiziológiai vizsgálat a karpális csatorna központi idegének érintettsége esetén

A vizsgálathoz az alapképzésen kívül speciális ismeretek szükségesek.

A tevékenység téríthető.

Egységár: 121,53 EUR.

1. Központi, perifériás és autonóm idegrendszer
 - 1.5-A koponya és a gerinc idegeinek kezelési eljárásai
 - 1.5.5-A törzs idegeinek kezelési eljárásai
 - 1.5.5.1-A törzs falában lévő idegek kezelési eljárásai

Kód: AHLB010

Leírás: Infiltráció a törzs falában lévő ideg gyógykezelésére ingerkövetéssel

A tevékenység téríthető.

Egységár: 25,79 EUR.

EGYESÜLT KIRÁLYSÁG

Az NHS az alapelvei közül elsőként említi, hogy mindenki számára univerzális fedezetet kíván nyújtani, mely orvosi szükségleten és nem fizetőképességen nyugszik. Az egészségügy egy alapvető emberi jog, így a magán rendszerektől eltérően az NHS nem zár ki embereket egészségi állapotuk vagy pénzügyi helyzetük miatt. Ellentétben azokkal az országokkal, ahol a magán- vagy társadalom biztosítás által fedezett egészségügyi szolgáltatások terjedelme világosan ki van fejtve, az Egyesült Királyságban az NHS nem ír elő egy határozott szolgáltatási listát. Általános szinten az 1977-es törvény hárít bizonyos felelősséget az egészségügyi államtitkára a kórházi és közösségi egészségügyi ellátás tekintetében. Pl. kötelező az állami iskolákba járó tanulók számára a rendszeres orvosi vizsgálat, ezen felül az államtitkár széles diszkrécióval rendelkezik. A tágabb egészségügyi ellátás nyújtása azonban nem az államtitkár, hanem az egészségügyi hatóságok hatáskörébe tartozik. Ugyanakkor az egészségügyi hatóságok elsődlegesen azt tartják felelőségüknek, hogy a körzetükben elfogadható szintű szolgáltatást teremtsenek a helyi lakosok számára. Itt úgyszintén homályos marad, hogy miből áll az „elfogadható szintű szolgáltatás”. A háziorvosok esetében a szerződés annyit köt ki, hogy kötelesek „az összes szükséges és megfelelő szolgáltatást nyújtani, melyeket a háziorvosok rendszerint nyújtanak”.

A gyógyszerek esetében az NHS juttatásainak terjedelme már explicitebb mint más területeken. Az 1985-ben bevezetett Selected List Scheme korlátozó lista az NHS vényköteles gyógyszereiről. Az 1992-es NHS szabályozás kibocsátott egy gyógyszer listát, melyeket NHS orvosok nem írhatnak fel, vagy gyógyszereket, melyeket bizonyos típusú betegeknek vagy betegségekre nem írhatnak fel. Emellett az Egészségügyi Minisztérium úgy próbálja még befolyásolni a vényfelírás tevékenységét, hogy periodikusan kibocsát összehasonlító ártáblázatokkal ellátott pamfleteteket.

Az Egyesült Királyságban az alapcsomag meghatározását úgy kísérik meg, hogy a kizárandó kezelések listájára összpontosítanak (pl. termékenységi kezelés, tetoválás eltávolítása, kozmetikai műtét, nemi átoperálás). Értékrendtől függően más javaslatok kizárnák az alapcsomag juttatásai közül még a tanácsadást, rutin szűrési programokat, egészségfejlesztést, elhízás és impotencia elleni gyógyszereket, és mindezt a magán szektoron keresztül tennék elérhetővé.

A brit orvosi kamara (BMA) szerint az egészségügy számára rendelkezésre álló források és a betegek igényei közt fennálló szakadékot egy explicit alapszolgáltatás (core service) meghatározásával lehetne áthidalni. Megmaradna a központosított finanszírozott közszolgáltatás, de korlátozva lenne egy szigorúan körülhatárolt lényeges szolgáltatási magra. Ez lehetővé tenné az egészségügyi költségek állami komponensének visszafogását, miközben megengedné, hogy más szolgáltatások magán alapon működjenek. Bár az NHS továbbra is univerzális fedezetet nyújtana, nem lépne fel az átfogó szolgáltatás nyújtásának igényével.

Forrás:

NHS Core Principles

<http://www.nhs.uk/England/AboutTheNhs/CorePrinciples.cmsx>

Health Care Systems in Transition, United Kingdom 1999

http://www.who.dk/observatory/hits/20020524_2

The healthcare funding review

[http://www.bma.org.uk/ap.nsf/650f3eec0dfb990fca25692100069854/80256b140033ce0780256b50004e1cf4/\\$FILE/healthcare%20funding.pdf](http://www.bma.org.uk/ap.nsf/650f3eec0dfb990fca25692100069854/80256b140033ce0780256b50004e1cf4/$FILE/healthcare%20funding.pdf)

HOLLANDIA

Hollandiában az egészségügyi rendszer három szinten működik. Az első szint az egész lakosságnak járó kötelező biztosítás a kivételes orvosi költségek fedezésére és a költséges krónikus ellátásra. Ezt a kivételes orvosi költségekről szóló törvény (AWBZ) szabályozza. A standard egészségügyi magánbiztosítások által finanszírozott orvosi költségeket az egészségbiztosításhoz való hozzáférésről szóló törvény (WTZ) szabályozza. Az egészségügyi rendszer harmadik szintje az önkéntes magán egészségbiztosítás.

AWBZ – azon az elven működik, hogy az emberek, ameddig csak lehet az otthonukban éljenek attól függetlenül, hogy otthon vagy intézményben kapnak ellátást.

A kivételes orvosi költségekről szóló törvény előírja az egészségügyi ellátás alapformáit, további szabályzatok pedig részletezik az AWBZ törvény szerinti jogosultságot. A juttatások terjedelme többször változott az 1990-es évek folyamán, 2003. április 1-től a jogosultságot nem kategóriák, hanem funkciók szerint határozzák meg. Ez a változás az AWBZ fokozatos modernizálási folyamatának részét képezi. A piac keresleti oldalát már nem egyszerűen a kormány irányítja, hanem egyre inkább a kereslet indukálja. Egyre kevésbé irányul a figyelem az ellátás kínálatára, mint inkább az arra jogosult ügyfelek szükségleteire. Ez a megváltozott szemlélet várhatóan megteremti a feltételeket a testre szabott ellátás és a szélesebb körű termékek nyújtására. Hét különválasztható ellátási funkciót határoztak meg:

1. Otthoni segítség: takarítás, tisztítás, otthoni növénygondozás, ételkészítés.
2. Személyes gondozás: segítségnyújtás a zuhanyozás, fürdés, öltözködés, borotválkozás, illemhely használat, evés és ivás tevékenységeiben.
3. Ápolás: sebkötözés, gyógyszer beadás, injekció beadás, tanácsadás a betegséggel való megbirkózásban, öninjekciózás bemutatása.
4. Támogató útmutatás: az ügyfél segítése a nap megszervezésében és a jobb életvezetésben, nappali ellátás, nappali tevékenység, az ügyfél segítése saját háztartása rendben tartásában.
5. Aktiváló útmutatás: beszélgetés az ügyféllel, hogy módosítsa viselkedését, vagy új magatartásformákat tanuljon, ha ilyen problémák felmerülnek.
6. Kezelés: egy betegséggel kapcsolatos ellátás, pl. egy stroke utáni rehabilitáció.
7. Elszállásolás.

Az AWBZ törvény által nyújtott jogosultságok mellett bizonyos körülmények között a biztosított személyek igényt tarthatnak a kormány pénzügyi adománya által fizetett kezelésre és szolgáltatásokra is. Ezen szolgáltatások nyújtásának alapját az országos biztosítási finanszírozási törvény (WV) írja elő. Az adományra való jogosultsághoz bizonyos kritériumoknak meg kell felelni, mint pl. hogy a szolgáltatás orvosilag javasolt-e és mennyi a kezelések száma. A pénzügyi adomány rendszer által fizetett szolgáltatások és kezelések típusai:

- ▶ gyermekszálló szellemi fogyatékosok számára
- ▶ egyénre szabott ellátás szellemi fogyatékosok számára
- ▶ abortusz klinikák
- ▶ prenatalis és perinatális tesztek a vércsoport és nemibetegség megállapítására
- ▶ független elszállásolás felügyelettel
- ▶ tanácsadás súlyos halláskárosult gyermekekkel élő családok számára
- ▶ országos influenza megelőző program

WTZ

A standard egészségügyi magánbiztosítások által finanszírozott orvosi költségeket szabályozó, az egészségbiztosításhoz való hozzáférésről szóló törvény jogi alapot nyújt a biztosított személyek által igénybe vehető orvosi ellátásra és természetbeni juttatásokra ad jogosultságot. A juttatások terjedelme

többször változott az 1990-es évek folyamán, jelenleg a következő ellátások és szolgáltatások állnak rendelkezésre:

- ▶ Orvosi és sebészeti ellátás
- ▶ Szülészeti ellátás
- ▶ Fogászati ellátás
- ▶ Gyógyszer termékek
- ▶ Kórházi felvétel
- ▶ Gyógyászati segédeszközök
- ▶ Közlekedés
- ▶ Anyasági gondozás
- ▶ Hallásgondozás
- ▶ Genetikai tesztelés
- ▶ Művesekezelés
- ▶ Krónikus légzési problémákban szenvedő betegek ellátása
- ▶ Rehabilitáció
- ▶ Trombózis megelőzési szolgáltatás

2006. január 1-től a kormány egy új egészségbiztosítási rendszer bevezetését tervezi Hollandia valamennyi lakosa számára. Az új törvény kötelezővé teszi az egészségbiztosítás kötését minden lakos számára. A rendszert magánbiztosítók működtetik majd, akik kötelesek lesznek minden lakost elfogadni egy adott területen. A biztosított egy egységesen meghatározott névleges díjat fizet a magánbiztosítónak. Az új egészségbiztosítás egy egészségügyi alapsomagból áll, mely alapvető gyógyító ellátást nyújt.

A kivételes orvosi költségek rendszer gyógyító ellátásra vonatkozó elemei 2006-ig átkerülnek az új standard csomagba. A biztosított jogosultságait funkció szerint írják majd le, így az egészségbiztosítók egy olyan eszközhöz jutnak, amivel az egészségügyi ellátást hatékonyabban megszervezhetik. A parlament dönti majd el, hogy mi kerül a csomagba és hogy milyen feltételek mellett lesznek az emberek jogosultak egy ellátásra vagy szolgáltatásra. Az egészségbiztosítók eldönthetik, hogy hol és ki által történik az ellátás szolgáltatása.

Forrás:

Health Care Systems in Transition, Netherlands 2004

http://www.who.dk/observatory/hits/20041022_3

Health insurance system

Ministry of Health, Welfare and Sport, Netherlands

<http://www.minvws.nl/en/themes/health-insurance-system/default.asp>

SPANYOLORSZÁG

A spanyol lakosok közel 100 %-a kötelező társadalombiztosítás által biztosított. 1995 előtt a kötelező társadalombiztosítás által fedezett szolgáltatások nem voltak meghatározva. Ez egyenlőtlenségekhez, a költségek kontrollálhatatlan növekedéséhez vezetett. 1995-ben királyi rendeletben határozták meg az állami egészségügyi szolgálat által fedezett szolgáltatások körét. A szabályozás célja az volt, hogy explicit listba foglalják a mindenki számára elérhető szolgáltatásokat, valamint szabályozzák az új szolgáltatások és technológiák bevezetését, biztosítva, hogy azok megfeleljenek a hatékonyság, hatásosság, biztonság, minőség követelményeinek.

A nyújtott szolgáltatások köre az alábbi:

- ▶ Alapellátás – általános orvosi és gyermekorvosi szolgáltatások rendelőben és a beteg otthonában, prevenció, egészségfejlesztés és rehabilitáció.
- ▶ Szakorvosi ellátás – tartalmazza a járó- és fekvőbeteg ellátást minden akut esetben.
- ▶ Gyógyszerek – általában 40% önrésszel, krónikus betegeknek számos gyógyszerre az önrész alacsonyabb. Egyes lakossági csoportoknál nincs önrész (pl. rokkantak, foglalkozási megbetegedésben szenvedők stb.)
- ▶ Kiegészítő juttatások – pl. gyógyászati segédeszközök, szállítás, diéta, otthoni oxigén terápia, gyerekek esetében hallókészülékek stb. E körben nincs önrészfizetés, kivéve bizonyos ortopédiai termékeket, protéziseket.

Az egészségügyi szolgáltatáscsomag nem tartalmaz szociális ellátást.

A csomagból kizárt: a pszichoanalízis, a hipnózis a szexuális identitás megváltoztatása (ez a homoszexuális mozgalmak hatására változóban van, bekerülhet a csomagba), a gyógyfürdők, a nem betegségekhez, balesetekhez kötődő plasztikai sebészet, a fogászat, bizonyos eseteket, helyzeteket kivéve (a gyermekek számára fogászat a csomag része).

Más szolgáltatásokra a kizárás feltételei a következők:

- ▶ Tudományos bizonyítékok, biztonság, klinikai hatásosság stb. hiánya,
- ▶ Annak bizonyíthatatlansága, hogy a szolgáltatás hozzájárul az élet meghosszabbításához, a gyógyuláshoz, a fájdalom csökkentéséhez stb,
- ▶ A tevékenység a szabadidőhöz, sporthoz, kikapcsolódáshoz, szépészethez tartozik.

Az új technológiák hatásosság és hatékonyság szempontjából technológiai eljárás értékelésnek vannak alávetve.

1999-ben pilot módon több új technológia került bevezetésre a finanszírozott szolgáltatáscsomagba: pl. az epilepszia sebészeti kezelése, a Parkinson kór nem gyógyszeres kezelése.

A gyógyszerek esetében a negatív lista 1993 óta létezik.

Forrás:

<http://www.euro.who.int/document/e70504.pdf>

Melléklet

Teljesítményorientált kórház-finanszírozás 2005. – Ausztria (Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung)

A dokumentum tartalomjegyzéke:

Előszó

Gyakorlati tanácsok a szolgáltatáskatalógus használatához

A szolgáltatás dátumának kötelező feltüntetése

Az operáció definíciója a szolgáltatások dokumentációjához

Kiválasztott operatív szolgáltatások

- | | |
|-------|---|
| I. | Koponya, agy, gerinc, gerincvelő, perifériás idegek |
| II. | Szem, orbita |
| III. | Fül, orr, szájüreg, garat, arc, arckoponya, nyak |
| IV. | Bronchitisz, tüdő, mediasztinum, thoraxfal, emlő |
| V. | Szív, artéria, véna, lymphrendszer |
| VI. | Endokrin mirigyek |
| VII. | Nyelőcső, rekeszizom, abdominalisfal, hasüreg |
| VIII. | Vese, húgyvezeték, férfi nemi szervek |
| IX. | Női nemi szervek, szülészet |
| X. | Csontváz, lágyék, bőr |
| XI. | Transzplantációs sebészet (szaruhártya és csontozat is) |
| XII. | Nem tartományialap-releváns szolgáltatások |

Kiválasztott nem operatív szolgáltatások

- | | |
|---------|---|
| XIII. | Sugárdiagnosztika és sugárterápia |
| XIV. | Coputer-tomográfia és mágneses rezonancia vizsgálat |
| XV. | Nukleármedicinális diagnosztika és terápia |
| XVI. | Endoszkópia |
| XVII. | Kardiológiai diagnosztika és terápia |
| XVIII. | Dialízis kezelések |
| XIX. | Nagy ráfordítást igénylő diagnosztikai és terápiás módszerek |
| XX. | Nagy ráfordítást igénylő farmakoterápia |
| XXI. | Neonatólogiai/pediátriai sürgősségi szolgáltatások |
| XXII. | Elvonókúra |
| XXIII. | Akut szívrohamkezelés |
| XXIV. | Gyermek és ifjúsági pszichiátria |
| XXV. | Pszichiátriai, pszichoterápiás, pszichoszomatikus diagnosztika és terápia |
| XXVI. | Kezelések a fél-fekvőbeteg-ellátás területén (nappali kórház) |
| XXVII. | Kemoterápia |
| XXVIII. | A sürgősségi ellátás dokumentációs rendszere |

A továbbiakban az egyes fejezetek alatt a területbe sorolható tevékenységek, és a tevékenységhez tartozó négyjegyű kód található (pl. 1012: Plasztikai és rekonstruktív beavatkozások a koponyán, egyidejű autogén csontkivétel, 1056: Operáció mélyen elhelyezkedő vérzéseknél -a talamuszban bekövetkező vérzések - és a vénás véredények vérzéseinél stb.) A kódolás részletes leírása az orvosi dokumentációs kézikönyvben található (pl. hogyan kódolandó egy bizonyos nyújtott szolgáltatás, milyen esetekben és gyakorisággal lehet azt kódolni.)