
Háziorvosok finanszírozása az EU tagországokban



Egészségügyi Rendszertudományi Iroda

2008. április

Háziorvosok finanszírozása az EU tagországokban

A háziorvosok finanszírozásában az EU tagországokban a fejkvóta mellett több helyen megjelenik a konkrét teljesítmény díjazása, a tételes elszámolás, az egyes szolgáltatásokért vagy jellemzőkért nyújtott kiegészítő díjazás. Néhány országban (Franciaország, Belgium, Luxemburg) hivatalosan rögzített díjtételek szerint jár honorárium, ami összekapcsolódik a beteg általi közvetlen fizetéssel, amit a biztosító később részlegesen térít a páciensnek. Dániában a háziorvosok vegyes díjazásban részesülnek, mely 30%-ban a hozzájuk feliratkozott betegek negyedévente számított fejkvótáján, 70%-ban a szolgáltatások szerinti díjtételeken alapul. Hasonló kiegészítések jellemzik az Egyesült Királyság, Hollandia stb fejkvótás háziorvos finanszírozását.

Az alábbiakban a finanszírozás néhány példáját mutatjuk be.

Dánia

Dániában az orvosok kb. 23%-a működik háziorvosként, akik az adott régiótól kapják fizetésüket. A háziorvosok vegyes díjazásban részesülnek, mely 30%-ban a hozzájuk feliratkozott betegek (kockázatiigazítás nélküli) fejkvótáján, 70%-ban a szolgáltatások szerinti díjtételeken alapul. A kapott díjából a háziorvos a praxissal, rendelővel (épület) és a személyzettel kapcsolatos minden költségét fedezi. Miután a háziorvosok a régióktól kapják a jövedelmeiket, a díjtételekben az általános orvosok szervezete és a régiók egyeznek meg. Hasonlóan ők állapotodnak meg a régióként praktizáló háziorvosok számáról is. (2003-ban 1480 és 1651 közötti lakos jutott egy háziorvosra.) A vegyes díjazás célja olyan ösztönzők megteremtése a háziorvosok számára, amelyek alapján törekednek a definitív ellátásra ahelyett, hogy továbbutalnák a betegeket. Ugyanakkor ezzel a módszerrel teremtik meg annak a gazdasági biztonságát, hogy az egyébként külön díjakkal nem finanszírozott általános szolgáltatások is térítettek legyenek. A fee-for-service mechanizmussal a háziorvosok produktivitását kívánják növelni, a kapitációval pedig a főlösleges ellátás nyújtását kívánják megelőzni.

A fee-for-service fizetések a konzultációk, vizsgálatok, műtétek stb. száma szerint történnek, melyek tartalmazzák még a normál rendelési időn kívüli rendelések, telefonos konzultációk és otthoni vizitek speciális díjait. Az orvosok és a régiók közötti szerződéseket a régiók prioritásai is befolyásolják. A háziorvosok viszonylag magas díjakban részesülnek a megelőzés terén folytatott tevékenységben, mely hosszabb konzultációkra ösztönzi őket, így szélesebb egészségmegőrző magatartásra is összpontosíthatnak, mint dohányzás, táplálkozás és súlykontroll. Az emelt díj bevezetése előtt azok a háziorvosok, akik többlet időt töltöttek az ilyen témák tárgyalására, „büntetve” voltak azon háziorvosokhoz képest, akik a betegek gyors vizsgálatával elintézték a vizitet.

Forrás:

Health Systems in Transition, Denmark 2007

<http://www.euro.who.int/Document/E91190.pdf>

Egyesült Királyság

Az egészségügyi alapellátásban a háziorvos igen fontos helyt foglal el. A lakosság 99%-a re-gisztrált a háziorvosoknál, akik a nap 24 órájában teszik hozzáférhetővé a megelőző, diagnosztikai és gyógyító

ellátást. Az NHS-en belül a betegek orvoshoz fordulásainak kb. 90%-a a házi orvosokra esik. A betegek elvileg szabadon választhatnak orvost, mivel azonban a választásnak igazodnia kell a területi beosztáshoz, be kell jelentkezniük egy házi orvos körzetébe és minimum 6 hónapig ennél az orvosnál kell maradniuk. Az általános orvosok szerepét erősíti, hogy kapuőr funkciót töltenek be, csak az ő beutalójukkal vehető igénybe a kórházi, illetve a szakorvosi ellátás. Így megsűrűsödik a költséges vagy korlátozottan hozzáférhető ellátásokat.

Az alapellátást házi orvosi trösztök (PCT-k) nyújtják. A PCT-k a minisztériumtól származó egészségügyi költségvetés kb. 3/4-ét ellenőrzik, amely lehetőséget ad a minőség javítására, a szolgáltatások integrációjára, az egyenlőtlenségek csökkentésére, az egészség javítására. A házi orvosok önálló vállalkozó orvosok, akik az NHS-től részesülnek fizetésben a következők szerint:

- ▶ Praxis térítések – juttatások a praxis felállítására és fenntartására
- ▶ Fejkvóta – az orvosnál regisztrált betegek száma szerint fizetett éves díj
- ▶ "Out of hours" díj – este 17 óra után, hétfőn és ünnepnapokon történő rendelés
- ▶ Éjszakai ügyelet
- ▶ Védőoltások nyújtása
- ▶ Méhnyak szövetevizsgálat
- ▶ Fogamzásgátlás szolgáltatások
- ▶ Egészségfejlesztés
- ▶ Krónikus betegség menedzsment programok működtetése
- ▶ Anyasági orvosi szolgáltatások
- ▶ Sürgősségi kezelések
- ▶ Telefonos tanácsadás
- ▶ Kisebbségi műtétek

Forrás:

REVISED FEES AND ALLOWANCES 2003-2004

NATIONAL HEALTH SERVICE - GENERAL MEDICAL SERVICES

http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4066381.pdf

Payment by Results

<http://www.dh.gov.uk/en/Managingyourorganisation/Financeandplanning/NHSFinancialReforms/index.htm>

Hollandia

Az alapellátást többnyire házi orvosok nyújtják, akik kapuőr funkciót töltenek be és a rendszer meghatározó szereplői. A házi orvosok kezelik a gyakoribb betegségeket, gondozzák a krónikus betegeket és pszichoszociális problémák megoldásában is részt vállalnak. Az orvos-beteg találkozások 6%-ában történik csak szakorvosi beutalás. Az alapellátási rendszerben minden betegnek be kell jelentkeznie egy házi orvosnál, a szakorvosi és kórházi beutalás is csak rajta keresztül történhet. A kapuőrzés hatását jól illusztrálja az alacsony beutalási arány, mivel a panaszok nagy részét a házi orvos látja el. Az összes járóbeteg vizit kétharmadát az alapellátás képezi. Egy házi orvosra átlagosan 2300

beteg jut. A házi orvosok független és többnyire egyéni praxisokban működnek, bár a csoportpraxisok száma egyre emelkedik. Vidéken néhány GP saját gyógyszerterápiát is működtet.

2006. január 1-től, az új biztosítási rendszer bevezetése óta a házi orvosi kifizetések is módosultak. A változás az Egészségügyi Minisztérium és a Holland Egészségbiztosítók Szövetségének megállapodása értelmében jött létre. Az új házi orvosi térítési rendszert a vegyes fejkvóta és fee-for-service jellemzi. A fejkvóta díj évi 52 euró (65 év feletti betegeknek és szegény környezetben élőknek magasabb), a konzultációs díj pedig esetenként 9 euró. A fejkvóta díjat negyedévenként fizetik. Az alap fejkvóta díj felett három többletjuttatási modul létezik, amit az illetékes biztosító beleegyezésével lehet felszámítani. Ezek a következők:

- ▶ A lakosság jellemzőire vonatkozó kompenzáció – maximum 1,50 euró betegenként
- ▶ Praxistámogatás – maximum 1,50 euró betegenként
- ▶ Modernizáció és innováció (a központi egészségpolitikai célkitűzések megvalósítására)

Emellett fee-for-service tarifák is léteznek rövid (19 percig) és hosszú (20 perc fölött) konzultációra (9 és 18 euró), rövid és hosszú vizitre (13,50 és 22,50 euró), telefonos konzultációra (4,50 euró), ismételt receptfelírássra (4,50 euró), e-mail konzultációra (4,50 euró). A házi orvos extra díjakat számolhat fel bizonyos szolgáltatásokra, mint méhnyak kenet, prenatális, natális és posztnatális ellátás. Külön térítési rendszer áll fenn az esti, éjszakai és hétvégi rendelésre.

Forrás:

An Optimal remuneration system for General Practitioners

<http://www.nza.nl/7113/29720/Paper - An Optimal remunera1.pdf>

Németország

Az ambuláns ellátás területén a szerződéses orvosok a Pénztári Orvosok Egyesületeivel számolnak el. A Pénztári Orvosok Egyesületei a betegpénztáraktól kapják meg az egy bizonyos régióban működő orvosok összdíjazását. Ez az összdíjazás általában biztosított tagonként vagy biztosítottanként fejkvóta alapú elszámolás alapján kerül meghatározásra, mely összegből az adott régióban nyújtott összes szolgáltatást fedezni kell. A Pénztári Orvosok Egyesületei és a betegpénztárak közötti szerződéseket szövetségi kerettarifák szerződéses és globális szerződéses által szabályozzák. A szerződéses orvosok díjazását a Pénztári Orvosok Egyesületei biztosítják.

Amennyiben a beteg kezelése a természetbeni elv alapján kerül elszámolásra, az orvos által nyújtott szolgáltatást a szövetségi szinten egységes EBM-ben (Einheitlicher Bewertungsmaßstab – az ún. elszámolható szolgáltatások katalógusa, mely 2005-ben EBM2000plus néven javított kiadásban jelent meg) meghatározott pontértékek (ún. német pontrendszer), illetve tartományi szinten a pénztáranként meghatározott orvosi juttatások elosztási rendszere szerint számolják el.

A pontérték (2009-től) a reformtervezet értelmében valós euró értéket fejezne ki, ami azonban nem fix összeget takarna, mivel függene az egy adott régióban nyújtott összes szolgáltatás és az azt nyújtó szerződéses orvosok egymáshoz viszonyított arányától. A szerződéses orvosok honoráriumuk az adott negyedévben nyújtott szolgáltatásokért kapott pontok összegéből és a Pénztári Orvosok Egyesületei által meghatározott pontértékből kerül kiszámításra. Az új rendszerben az elszámolás során a

házi orvosok és szakorvosok számára eltérő kritériumok lépnek érvénybe, tekintettel a nyújtott szolgáltatások eltérő voltára. További bevételi forrást jelentenek az orvosok számára a betegpénztárakkal vagy Pénztári Orvosok Egyesületeivel kötött közvetlen szerződések. Ilyen esetekben a betegpénztárak vagy a Pénztári Orvosok Egyesületei a szolgáltatóknak a kollektív szerződésen kívüli ellátást közvetlen módon díjazzák. Ez vonatkozik például a 2004-es reform keretében bevezetett vagy kibővített ellátási formákra (házi orvosi modell, disease management programok). A pénztáraknak és orvosoknak lehetőségük lesz ilyen szerződéseket egyedül vagy kooperáló partnerekkel közösen megkötni. Szerződéses partner lehet menedzsment társaság is, ahogy az jelenleg az integrált ellátás esetében lehetséges. Ezen kívül az orvosok további bevételre tesznek szert a költségtérítéssel rendszerben résztvevő betegek ellátása révén. Ilyenkor a betegek a nyújtott orvosi szolgáltatásokat közvetlenül számolják el az őket kezelő orvossal vagy más szolgáltatóval az orvosok, illetve fogorvosok díjszabása alapján.

A magán elszámolású orvos a GOÄ/GOZ hivatalos díjszabásban meghatározott összegek esetén maximálisan 3,5-szeres szorzót használhat.

2004 óta a betegpénztáraknak lehetősége van közvetlenül a szolgáltatást nyújtókkal szerződni. Ilyen esetben a betegpénztár – a Pénztári Orvosok Egyesületének bekapcsolódása nélkül – a szolgáltatást nyújtót közvetlen módon díjazza. Ezek a szerződések a verseny fokozását szolgálják.

2004 januárjától a biztosítottak számára orvosonként, ill. fogorvosonként negyedévente 10 EUR vizitdíj térítése kötelező. Nem kerül sor ismételt negyedéves díjfizetésre abban az esetben, ha a beteget az egyik orvostól másikkhoz irányították ill. védőoltások, megelőző és kontrollvizsgálatok esetén sem kell a díjat téríteni. A gyógykezelést kiegészítő további kezeléseket (masszázs, fürdőkezelések, fizioterápia) a betegek hozzájárulása 10%-os és előírt kezelésként 10 EUR. Az önrészfizetés alól mentességet élveznek a gyermekek és a fiatalok 18 éves korig, a 2%-os (1% krónikus betegek esetén) mentességi határt elérők (éves bruttó jövedelem 2%-a). A felnőttek körében méltányossági okokra való hivatkozás esetén a 2004-es változások óta nem adható mentesség. Prevenációs vizsgálatokon való részvétel ill. az ún. bonusz-modell keretében kínált programok igénybevétele esetén a betegpénztárak önrészfizetési kedvezményt adhatnak.

Változások a házi orvosi finanszírozás rendszerében 2008-tól

Az EBM-ben a házi orvosok finanszírozására vonatkozó fejezet egészét újrastrukturálták, ami egy sor változást eredményezett. Általánosságban elmondható, hogy a házi orvosok finanszírozási rendszere a 2008-tól érvényes szabályozásnak köszönhetően leegyszerűsödött, azaz az új általánódíjas rendszernek köszönhetően jelentősen kevesebb a feltüntetendő elszámolási tétel. Az új rendszernek köszönhetően mintegy 13%-kal nőtt a házi orvosok pontszámennyisége, bevezetésre került a finanszírozás bizonyos elszámolt mennyiség feletti csökkentése (2%-os elvonás).

A biztosítottak után járó összetett általánódíj bevezetése

Az eddigi összetett ellátási díj (ez tartalmazta többek között: anamnézis, injekció beadása, vérvétel, vérnyomásmérés, gyógyszerekkel és azok mellékhatásaival kapcsolatos felvilágosítás stb.) helyébe lépett a biztosítottak után járó összetett általánódíj. A korábbi felosztással megegyezően az általánódíjak szintén három korcsoport szerint (0-5 éves: 1000 pont, 6-59 éves: 900 pont, 60 év felett: 1020 pont) kerültek differenciálásra. A biztosítottak után járó összetett általánódíj tartalmazza a házi orvosi ellátás keretében egy adott elszámolási idő alatt (ez Németországban negyedév) általában nyújtott összes szolgáltatást, beleértve a koordinációs, dokumentációs szolgáltatásokat, tanácsadást és felvilágosítást, teljes felülvizsgálatot, klinikai-neurológiai és allergológiai alapdiagnosztikát, labor alapdíjat, házi orvosi alapdíjat, készenléti általánódíjat stb.

A korábbi konzultációs díj (amely az adott negyedévben történő második ill. minden további látogatás alkalmával volt elszámolható és tartalmazta az összetett ellátási díj összes alapszolgáltatását, 50 pont) az új EBM-ben már szintén nem található meg külön tételként és így el sem számolható adott negyedévben történő további orvos-beteg találkozók alkalmával, hanem ez a tételt is a biztosítottak után járó összetett átalány részét képezi. Kivételt képez ez alól a másik orvoshoz történő utalás, amikor is a megbízott orvos elszámolhat konzultációs átalánnyként 50 pontot. További olyan szolgáltatások, melyek a biztosítottak után járó összetett átalánydíj helyett (nem mellett) elszámolhatóak: recept ismételt kiállítás 35 pont, telefonos tanácsadás (beteg által kezdeményezett kapcsolatfelvétel) 60 pont, átalánydíj (480 pont) előre nem látható igénybevétel esetén (19-07 óra között, szombaton, vasárnap, ünnepnapokon, december 24-én és december 31-én).

A nyújtott ellátásnak megfelelő biztosítottak után járó összetett átalánydíj a három korcsoport, valamint az igénybevétel módja szerint kerül kiválasztásra (közvetlen, helyettesítés/háziorvosi beutalás, váratlan). Az elszámolás terén új, hogy a biztosítottak után járó átalány a felére csökken helyettesítés és más azonos szakterületen tevékenykedő háziorvoshoz történő utalás esetén, azaz korcsoportok szerint az orvos 500/450/535 pontot számolhat el.

A háziorvosok körében bevezetett pótlékok

▶ *Krónikus betegek ellátása esetén*

A krónikus betegek ellátása esetén 495 pont pótdíj számolható fel.

A szolgáltatás kötelezően előírt tartalma: legalább 2 orvos-beteg találkozás, egyik esetben kuratív-ambuláns kezelés. Olyan esetben, ha a közölt diagnózis valószínűtlen 5% levonás történik.

▶ *Magas minőségű szolgáltatások nyújtása esetén*

2008.01. 1-től minőségi pótlék (20 pont, amely negyedévente betegenként egyszer számolható el) jár a pszichoszomatika terén megszerzett kiegészítő végzettségért.

2008.07. 1-ig készül el a további magas minőségű szolgáltatások nyújtásáért járó minőségi pótlékok rendszere a szolgáltatások nyújtásához szükséges technikai és épületre vonatkozó speciális feltételek megteremtéséért a szonográfia, proktoszkópia/rektoszkópia, hosszú távú EKG, hosszú távú vérnyomásmérés, spirometria/spirográfia, ergometria, tympanometria esetében, továbbá a kiroterapeuta képzettségért.

Kiemelten támogatott egyedileg elszámolható szolgáltatások

- ▶ Háziorvosi geriátriai alapértékelés (370 pont)
- ▶ Hosszú távú EKG számítógépes kiértékelése (260 pont)
- ▶ Tesztek demencia gyanúja esetén (55 pont)
- ▶ Terheléses EKG (565 pont)
- ▶ Hosszú távú (min. 18 órás) EKG készítése (190 pont)
- ▶ Hosszú távú vérnyomásmérés (220 pont)
- ▶ Spirográfiai vizsgálat (170 pont)
- ▶ Proktoszkópiai/rektoszkópiai vizsgálatok (240 pont)
- ▶ Polipeltávolítás (160 pont)
- ▶ Tájékoztató audiometriai vizsgálat, előzetesen elvégzett és dokumentált hallásvizsgálat után (250 pont)

Forrás:

Kassenärztliche Bundesvereinigung: <http://www.kbv.de/8170.html>

Franciaország

Franciaországban a vállalkozó orvosok fizetése az esetek többségében az ellátás igénybevételekor közvetlenül a páciens részéről történik. A kötelező egészségbiztosítás a beteg számára későbbi időpontban nyújt visszatérítést, és ez a visszatérítés csak részleges. A vállalkozó orvosok bruttó bevétele így a nyújtott szolgáltatásokért kapott teljes összegnek megfelelő mértékű, függ a szolgáltatások számától, típusától és árától. Adózás előtti nettó bevételül a bruttó bevételek szakmai költségekkel csökkentett összege. A vállalkozó orvosok nem maguk állapíthatják meg a szolgáltatások díjtételeit, ezeket szerződésben rögzítik. Mértékükről az egészségbiztosítók és a szakmai szakszervezetek állapodnak meg. Az egyes tevékenységek csoportokba soroltak, a csoportokat betűk jelzik. Pl. c, cs, cpsy betűkkel jelzett a rendelőben történő konzultáció, v, vs, vpsy a beteg otthonában történő felkeresése, kc a szakorvos, sebész által végzett beavatkozás, z radiológia, b labor stb. Azonos betűjelzésű csoportokba azonos természetű tevékenységek tartoznak. A csoportok euróban kifejezett értéket kapnak, amelyek egy - a tevékenység csoporton belüli relatív fontosságát jelző - együtthatóval közösen az adott tevékenység hivatalos tarifáját eredményezik. Ez alól csak azok az orvosok mentesülnek, akiknek joguk van a hivatalos díjakat meghaladó díjak érvényesítésére. (2. szektor orvosai – elismert szaktekintélyek). A 2. szektor orvosai viszont nem élhetnek néhány szociális és pénzügyi kedvezménnyel, amely a szerződéses orvosok számára nyitott. A 2. szektor orvosainak igénybevételekor a beteg számára a társadalombiztosítás visszatérítése az 1. szektor tarifái alapján, vagy az alatt történik.

A legfrissebb díjtételeket tekintve Franciaországban a háziorvosi konzultáció díjtétele 22 EUR. 2007-ben 1 EUR-os emelésben az egészségbiztosítás és az orvos-szakszervezetek állapodtak meg. A háziorvosok további 1 EUR-os emelésre számíthatnak 2008. június 1-jétől.

A háziorvosi konzultáció ára 0-2 éves gyermek esetén 27 EUR (22 EUR+5EUR pluszköltség)
2-6 éves gyermek esetén 25 EUR (22EUR +3EUR pluszköltség)

Periodikus gyermekorvosi vizsgálat (8 nap, 9 hónap, 24 hónap): 27 EUR

EKG 35 EUR

EKG sürgősséggel, újraélesztés a rendelőben 81,64 EUR

A szakorvosi konzultáció díjtétele 25 EUR, pszichiáter, neuropszichiáter, neurológus: 37 EUR, kardiológus 49 EUR.

Forrás:

Tarifs des consultations des médecins correspondants (applicables au 1^{er} juillet 2007)

<http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/combien-serez-vous-rembourse/consultations-tarifs-et-remboursements/dans-le-cadre-du-parcours-de-soins-coordonnes.php?&page=2>

Tarifs conventionnels des lettres-clés

<http://www.ecosante.fr/DEPAFRA/362.html>

<http://www.ecosante.fr/DEPAFRA/800400.html>

Ausztria

Ausztriában a kórházon kívüli ellátás szereplői a társadalombiztosítókkal szerződnek. A kereteket tárgyalásokon meghatározva az Osztrák Társadalombiztosítás Főszövetsége és az orvosi kamarák tartományi szervezetei szabályozzák a honoráriumokra, a szolgáltatások mennyiségére és a szolgáltatók számára vonatkozóan.

Az orvosok két kategóriába tartoznak aszerint, hogy szerződésben állnak-e a társadalombiztosítással vagy sem. A betegek szabadon választhatják meg orvosukat (vonatkozik ez a háziorvosokra és a szakorvosokra egyaránt).

A szerződéses orvosok a megkötött szerződésük alapján a kötelesek a kötelező biztosítottak ellátására. A szerződéssel nem rendelkező orvosokra nem vonatkozik ellátási kötelezettség.

Az ambuláns ellátás orvosai vegyes finanszírozásban részesülnek, az alapszolgáltatások átalánydíja mellett a nyújtott egyedi szolgáltatásokért (megkülönböztetésre kerülnek általános és különböző szakterületek szerint elszámolható egyedi szolgáltatások) és egyéb szolgáltatásokért számolhatnak el honoráriumot. Az elszámolás alapját 2006. január elsejéig a betegkártya (Krankenschein) képezte. 2006-tól a betegkártya megszűnt, azt felváltotta az e-card. Az e-card bevezetése negatív hatással járt a háziorvosokra. Csökkent kapuőri szerepük, tovább súlyosbodott anyagi helyzetük. Főként városi területeken mintegy tíz százalékkal csökkent a háziorvosi konzultációk száma, melynek legfőbb oka a szakorvosok közvetlen felkeresése. Habár 2006-tól a szakorvos beutaló nélküli külön térítés mentes felkeresését (fogorvost is beleértve) három alkalomra korlátozták, azonban erről a betegek nem informáltak, és az is kérdéses, hogy alkalmazzák-e a térítést a negyedik szakorvos felkeresése esetén.¹ Ez a 10 százalékos csökkenés a jelenleg praxisonként átlagosan nyilvántartott 906 beteget alapul véve sok háziorvos számára már elviselhetetlen gazdasági nehézségeket okoz. A háziorvosok esetében további bevételkiesést eredményez a telefonon keresztül történő orvosi konzultációk egyre növekvő száma. Korábban ilyen esetben a betegek később elküldhették az orvosnak az elszámoláshoz szükséges betegjegyet, ma az e-carddal a betegeknek személyesen kellene felkeresniük orvosukat, amit azonban sokan kényelmi okból nem tesznek meg.

Háziorvosi praxisok finanszírozása:

A háziorvosok finanszírozásában a fő elemek az alapszolgáltatások után járó átalánydíj (rendelés díjazása, esetátalány - bizonyos számú szolgáltatás felett degresszív finanszírozás -, ügyeleti díj, útiköltség) és az egyedi szolgáltatások díjazása. A háziorvosok által elszámolt honorárium legnagyobb részét (68%) az alapszolgáltatásokért járó díjak teszik ki. A honoráriumok körülbelül 22%-a egyedi szolgáltatásként, 10%-a egyéb szolgáltatásként kerül elszámolásra. A következőkben megadott pont/euró értékek és díjazások a területi betegpénztárak, illetve a Burgenlandi és Karintiai Orvosi Kamara által közölt orvosi honoráriumokra vonatkozó adatokat tartalmazzák. Az értékek és díjazási formák egymással sem egyeznek és a többi tartomány is más értékeket és díjazási formákat alkalmaz, példaként említjük ezeket.

Alapszolgáltatások díjazása

Az alapszolgáltatásokért nyújtott átalány összege is a fentiekben említett szerint tartományonként és szakterületenként eltérő.

¹ Szakorvosi ellátás esetén lehetséges a szabad orvosválasztás, de a beutalóval történő igénybevétel a kívánatos. 2006 előtt a szakorvosi ellátás igénybevételekor, ha a beteg beutaló nélkül kereste fel szakorvosát, negyedévente három alkalommal köteles volt téríteni az ún. betegjegy díját (3,63 EUR).

- ▶ A rendelés díjazása (az orvos betegről való gondoskodása kerül itt díjazásra, illetve a tarifátáblázatban külön tételként fel nem tüntetett orvosi szolgáltatások): Ausztriában (Karintia) ezen belül három kategóriát különböztetnek meg, naponta személyenként egy rendelés számolható el (2007.01.01-től egy pont 2,87 euró/2008:2,94 euró/2009:3,03 euró)

A rendelésért járó díjazás az elszámolt esetek számától függően elszámolási időszakonként egyes tartományokban degresszív módon kerül finanszírozásra (Burgenland, Karintia). Helyettesítéskor (szabadság, betegség, ügyelet, sürgősségi esete) az esetek számától függetlenül negyedévente esetenként számolható el pont.

- ▶ kis rendelés (alapfeltétele a közvetlen orvos-beteg kontaktus) 1 pont: rövid tanácsadás, kontroll, széria injekció adása, receptfelírás, beutalás (Karintia)
- ▶ normál rendelés 3 pont: tanácsadás, vizsgálat, megnövekvő időráfordítás nélkül történő kezelés (Karintia)
- ▶ nagy rendelés 6 pont: a beteg egy vagy több szervének alapos vizsgálata, részletes diagnosztikai/terápiás beszélgetés, megnövekvő időráfordítással történő vizsgálat/tanácsadás/kezelés (pl. idős betegek esetében, akik különös odafigyelést igényelnek) (Karintia)
- ▶ ügyeleti pótlék (2007:175 euró/24 óra, 2008:179,90 euró, 2009: 184,40 euró) (Karintia)
- ▶ pótlék hétfői vagy ünnepnapon történő rendelés esetén: 2007: 2,63 euró, 2008: 2,73 euró, 2009: 2,80 euró; éjszakai rendelés esetén: 2007: 14,50 euró, 2008:15 euró, 2009: 15,50 euró, a szokásos rendelési időn kívüli ellátásért járó pótdíj: 2007: 1,85 euró, 2008: 1,90 euró, 2009: 1,95 euró (Karintia)
- ▶ útiköltségek: a térített vizitek után járó díjak a következők: 2007: 3,49 euró/térített vizit, 2008: 3,59, 2009: 3,69 euró. Ezen kívül további differenciálásra kerül nappali/éjszakai kiszállás (Karintia)
- ▶ vizitek: 2007-2009: 24 és 58 euró között (első vizit, sürgős vizit, nappali, éjszakai és hétfői vizitek kerülnek megkülönböztetésre) (Karintia)
- ▶ háziorvosi koordinációs pótlék: 10 euró, limit 4%; maximum háromszor/eset/negyedév (Burgenlandban 2007.04.01-től). Karintiában ez az általános egyedi szolgáltatások közé tartozik. Finanszírozás itt 2007: 10,97 euró, 2008: 11,26 euró, 2009: 11,57 euró) negyedévente és esetenként egyszer számolható el, a normál esetek maximum 6%-ban (helyettesítések nélkül).

Egyedi szolgáltatások (a példák általános egyedi szolgáltatásokat tükröznek Burgenland tartományból)

- ▶ különböző injekciók (2,40 – 13 euró)
- ▶ strep A-teszt: 2 euró, limit: az esetek 5%-a
- ▶ infúzió 11 euró
- ▶ allergiateszt 120 pont: limitek (példa az elszámolásra: gyermekorvos - negyedévente az esetek maximum 2%-a/ 2008.jan.01.-től évente), egyes esetekben csak külön szerződéssel számolható el (Karintia).

Egyéb szolgáltatások (bárhol előfordulhatnak):

- ▶ telefonos konzultációk,
- ▶ laborvizsgálatok,
- ▶ helyettesítések,
- ▶ anya-gyermek vizsgálatok,
- ▶ prevenciók szolgáltatások díjai

A költségtérítés alakulása magánpraxist folytató nem szerződéses orvos (választott orvos)/választott csoportpraxis igénybevétele esetén

Ausztriában az orvosok mintegy harmada nem szerződéses orvosként praktizál. A biztosítottak számára lehetőség nyílik nem szerződéses orvos/választott csoportpraxis felkeresésére, ilyen esetekben a kötelező betegbiztosítás a szerződéses keretek között rögzített honorárium 80%-os arányában téríti meg a felmerülő költségeket. A gyakorlatban a betegek tehát a teljes összeget térítik, majd a biztosítójukhoz benyújtott eredeti számla ellenében történik meg számukra a visszatérítés. A honorárium fennmaradó 20%-os részét, ill. a szolgáltatás tényleges ára közötti különbözetet a betegek direkt módon önrész térítésével vagy kiegészítő biztosítás megkötésével tudják finanszírozni. Magánorvos választására a háziorvosi ellátás és a szakellátás keretében nyílik lehetőség.

Amennyiben a honoráriumrendeletben elszámolási korlátozások vannak előírva (limitálás, esetkorlátozás, átalányok, degresszív honorárium, mennyiségi kedvezményekre vonatkozó szabályozások) a költségtérítés a pénztárak alapszabályzatához mellékelt függelékben meghatározott pont- és euró értékek 80%-ában történik (pénztáranként eltérő szabályozások vannak). A költségtérítésnek azonban nem szabad a választott orvosnál/választott csoportpraxisnál ténylegesen térített honoráriumot meghaladnia. Amennyiben nincs összehasonlítható szerződéses-csoportpraxis, a pénztár által nyújtott költség-hozzájárulás mértéke:

1. 80%-a a honorárium rendelet szerint egy összehasonlítható szerződéses orvos számára előírt térítés díj 10%-kal csökkentett értékének
2. 80%-a a mellékletben egy összehasonlítható szerződéses orvos számára meghatározott pont- és euró érték 10%-kal csökkentett értékének

Olyan szolgáltatások, amiket egy hasonló szerződéses orvos sem számolhatna el, a választott orvos esetén sem kerülhet térítésre. Költségtérítésre csak olyan esetekben kerülhet sor, ha egy konkrét betegség vagy annak gyanúja fennáll. Rutinvizsgálatok vagy szűrés rendszerint nem kerül térítésre. Mivel a választott orvosok nem kötöttek a szerződéses orvosok esetében érvényes gazdaságossági irányelvekhez, ezért amennyiben egy szolgáltatás nagyobb intenzitással kerül igénybevétele, annak szükségességét ellenőrzik és ha az orvosilag nem indokolt, szintén nem térítik. Nincs költségtérítés olyan esetekben sem, ha azonos negyedévben egy beteg ugyanazon biztosítási esettel keres fel egy választott általános vagy szakorvost és egy szerződéses általános vagy szakorvost. A korlátozások alól kivételt képeznek az ún. anya-gyermek-vizsgálatok.

Forrás:

Health Systems in Transition, Austria 2006: <http://www.euro.who.int/Document/E89021.pdf>

Österreichische Sozialversicherung: <http://www.sozialversicherung.at/mediaDB/117196.PDF>

Ärztchamber Burgenland: http://www.aekbgld.at/_pdf/mitteilungen/02_2007/honorarordnung.pdf

Ärztchamber Kärnten:

<http://www.aekktn.at/infos/gkk/gesamtvertrag-gkk-honorarordnung-neuerungen-2007-2008-2009.pdf>

Budapest, 2008. április 15.

ESKI

Egészségügyi Rendszertudományi Iroda