BORBÁS ILONA –
DR. KINCSES GYULA –

Az állami és a magán-egészségügy kapcsolatai Európa egyes államaiban

Magyar Orvosi Kamara 2021. április-júniusi felmérése alapján

VEZETŐI ÖSSZEFOGLALÓ

Magyarországon régi adósságként az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló, 2020. évi C. törvény kívánta rendezni a közösségi és a magánellátás viszonyát. Ugyanakkor ez a rendezés egyrészt leszűkítettre és egyoldalúra sikeredett, másrészt a mai napig nem jelentek meg a törvény által ígért végrehajtási utasítások. A probléma komplex, a rendezés tartósan nem halasztható, és a Magyar Orvosi Kamara elnöksége bízik abban, hogy széles szakmai vitával megalapozott szabályozás fog születni. Ennek támogatása érdekében a MOK elnöksége az EU-tagállamok kamaráihoz fordult, hogy megismerje az egyes országok gyakorlatát a köz- és magánellátás együttélésével, szabályozásával kapcsolatban.

Kutatásunkban online kitölthető kérdőívet küldtünk a társkamaráknak. A weben kitölthető kérdőív alkérdésekkel együtt 31 kérdést tartalmazott. 16 ország töltötte ki a kérdőívet, a közép- és kelet-európai (1990 előtt szocialista blokkhoz tartozó) tagországok körében a kitöltés Litvánia kivételével teljes körű volt. A többi kitöltő tagország Európa minden területét reprezentálja. Összességében pedig minden egészségügyi rendszertípus képviselői megtalálhatók a válaszadók között. A válaszok értelmezésében releváns EU-, WHO- és OECD-tanulmányokat is feldolgoztunk.

Alapállításként két dolgot rögzíthetünk. Az egyik, hogy a közösségi és **a magánegészségügy merev, a beteg- és orvosi oldalt egyaránt érintő, szigorú kettéválasztása a vizsgált országok egyikében sem található.** Valamennyi országban lehetőség van arra, hogy egy orvos mindkét szférában dolgozzon, és az országok túlnyomó többségében a beteg is mindkét szférához fordulhat, bár egy epizódon belül ez a lehetőség több országban korlátozott. A második állítás, hogy ezenkívül nem nagyon van főszabály – vagy ha mégis, akkor számos kivétellel – azaz **az egyes országok gyakorlata** (elsősorban történeti fejlődésük által befolyásolva) **igen eltérő.** Tehát **nincs „európai modell”.**

A részletes adatokból kiemelendő:

- A vizsgált tagállamokban *általánosnak tekinthető, hogy az állami egészségügyi ellátásban foglalkoztatott orvosok a magánegészségügyi ellátásban is végezhetnek munkát.* A kétszektorú munkavégzést az országok kevéssel több mint fele köti engedélyhez.
- A betegek választási szabadságának növelése jellemző tendencia Európában. A háziorvosok szabad megválasztási lehetősége általános. Hasonlóan a kórházválasztás is, kivéve a regionális betegutakat követő rendszereket.
- A közép- és kelet-európai országok nagyobb része adja meg a beteg számára azt a lehetőséget, hogy a közfinanszírozott ellátásban díjfizetés ellenében az állami vagy a kötelező biztosítás nyújtotta szolgáltatásokon kívül kiegészítő vagy komfortjavító szolgáltatásokhoz, ellátásokhoz is hozzájussanak.
- *A szektorsemleges ellátások támogatásának példái Finnország, Németország, Görögország és Ausztria, ahol részleges kompenzációt kapnak a betegek, ha a magánellátást veszik igénybe az állami helyett.*
- *A magánorvosok a vizsgált országok felében utalhatják betegüket az állami ellátás irányába, többségük viszont felírhat támogatott gyógyszert*, és van, ahol elrendelhet táppénzt is.
- Az állami és magánrendszerben az egységes szakmai és betegjogi felügyelet elterjedtnek tekinthető, a két szektor számára egyaránt használatos egységes informatikai tér, a betegadatok széles körű feltöltése és kölcsönös használata viszont az országok többségében várat magára.

A KUTATÁS HÁTTERE, CÉLJA

Minta és metódus

A magánegészségügy az elmúlt évtizedben választékbővítő, marginális szerepből az egészségügy érdemi szereplőjévé nőtte ki magát. Ugyanakkor dinamikus, de szabályozatlan fejlődése számtalan problémát, tisztázatlan és megoldatlan helyzetet vetett fel az elmúlt években. Szabályozatlan volt, hogy az orvosok milyen feltételekkel dolgozhatnak mindkét szférában, mint ahogy az is, hogy a két szféra miként használhatja (egyáltalán használhatja-e) egymás erőforrásait. Hosszas halogatás után az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló, 2020. évi C. törvény kívánta rendezni a közösségi és a magánellátás viszonyát. Bár a deklarált kormányzati szándék a merev szétválasztás volt, a törvényi rendezés egyrészt leszűkítettre és egyoldalúra sikeredett, másrészt a mai napig nem jelentek meg a törvény által ígért végrehajtási utasítások. Így a kérdéskör tényleges rendezése, szabályozása még várat magára, miközben a magánszféra térnyerése soha nem látott méretűvé vált. A rendezés nem várathat sokáig, mert már a közszféra működését veszélyezteti. A MOK bízik abban, hogy széles körű szakmai vitával előkészített, a folyamatokat és a valós érdekeket feltáró és kanalizáló szabályozás fog születni. Ennek megalapozása érdekében a MOK az EU-tagállamok orvosi kamaráihoz fordult, hogy megismerje az egyes országok gyakorlatát a köz- és magánellátás együttélésével, szabályozásával kapcsolatban.

A Magyar Orvosi Kamara 2021. április 29. és június 30. között online kérdőíves megkérdezést végzett az EU-tagországok orvosi kamarái körében az orvosok köz- és magánegészségügyi ellátásban való együttes munkavállalásának jellemzőiről, valamint az állami egészségügyi ellátásban a páciensek orvos- és intézményválasztási lehetőségeiről. A weben kitölthető kérdőív alkérdésekkel együtt 31 kérdést tartalmazott, amelyet a válaszadó országára és beosztására vonatkozó azonosító kérdések vezetettek be.

A kérdőív kiküldése (2021. április 29.) után a MOK két alkalommal emlékeztető e-maillel és telefonon történő figyelemfelhívással támogatta a kitöltés folyamatát. Az ösztönző munka elsősorban a volt szocialista országokra irányult, mert elsődlegesen a velünk azonos átalakítási utat járó országok válaszaira voltunk kíváncsiak. Görögországban a kérdőívet többen is kitöltötték, ez esetben a jellemző válaszokat, illetve a nemzetközi irodalommal kvadráló válaszokat tekintettük relevánsnak.

A jelzett időszakban 16 ország töltötte ki a kérdőívet, összesen 101 kitöltés történt, az országok nagyobb részében kamarai tisztségviselők közreműködésével. A közép- és kelet-európai (1990 előtt szocialista blokkhoz tartozó) tagországok körében a kitöltés Litvánia kivételével teljes körű volt. A többi kitöltő tagország Európa minden területét reprezentálja. Összességében pedig minden egészségügyi rendszertípus képviselői megtalálhatók a válaszadók között.



1. táblázat: Válaszadó országok egészségügyi rendszereik szerint

Rendszertípus	2004-ben és 2004 után csatlakozott, volt szocialista ország	1958–1995 között csatlakozott EU-tagország	Országok száma
Társadalombiztosítás, több biztosító	Csehország, Szlovákia	Németország	3
Társadalombiztosítás, egy biztosító	Bulgária, Észtország, Horvátország, Lengyelország, Magyarország, Románia, Szlovénia	Luxemburg	8
Állami egészségügyi rendszer/NHS-típus	Lettország	Finnország, Írország, Spanyolország	4
Vegyes rendszer		Görögország	1
Országok száma	10	6	16

Értékelési nehézségek

A beérkező válaszok értékelését nehezítette, hogy a válaszokat nem egészségpolitikusok vagy egészségügyi rendszertudománnyal foglakozó szakemberek, hanem az orvosi kamarák tagjai, tisztségviselői töltötték ki. Így egyes fogalmak értelmezése nem feltétlenül azonos az egyes országok orvosi közgondolkodásában, és – elsősorban a volt szocialista országokban – a jogi helyzet és a tényhelyzet sok esetben eltér egymástól. (Jó példa erre Magyarország, ahol a szakellátás a jogszabályok szerint egyértelmű betegutak mentén és szabályozottan vehető igénybe, ugyanakkor a gyakorlatban kvázi teljes körű, szabad intézményválasztás dominál.) Ezért a válaszok egységesítése, objektivizálása és az országok jellemzőinek alaposabb megismerése céljából a kérdőívre adott válaszok információit az egyes országokról szóló WHO HIT tanulmányok, az EU Mutual Information System on Social Protection (MISSOC) adatbázisa,[1] az OECD Health Systems Characteristics Survey[2] alapján egészítettük ki, több országban a helyi hatóságok weboldalain is tájékozódtunk. Az állami és magánszektorban történő együttes munkavállalás (dual practice) gyakorlatát a PUBMED szakirodalmi publikációi alapján is vizsgáltuk.

2. táblázat: Az eredmények összefoglalása

Rendszer-típus	Ország	Az állami szektorban dolgozó orvosok általános munkavállalási lehetősége a magánszektorban	Az állami szektorban dolgozó orvosok engedély nélkül vállalhatnak munkát a magánegészségügyben	Betegellátás lehetősége a magán- és állami szektorban egy betegségepizódban	Szabad és ingyenes orvosválasztás minden ellátásban	Szabad intézményválasztás (kórházválasztás) az egész országban	Többlet- vagy emelt szintű szolgáltatás vagy orvosválasztás, gyorsabb hozzáférés vásárlási lehetősége a közfinanszírozott ellátásban a kórházakban	Magánorvos* támogatott gyógyszerfelírási jogosultsága
Kötelező biztosítási rendszerek	Bulgária	✓	✓	✓	×	✓	✓	✓
	Cseho.	✓	×	✓	✓	✓	×	×
	Észto.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Horváto.	✓	×	✓	✓	✓	×	×
	Lengyelo.	✓	✓	✓	✓	✓	×	✓
	Magyaro.	✓	×	×	✓	×**	•***	✓
	Románia	✓	✓	×	×	✓	✓	×
	Szlovákia	✓	×	×	×	✓	✓	✓
	Szlovénia	✓	×	×	✓	✓	✓	✓
	Luxemburg	✓	✓	✓	✓	✓	×	✓
	Németo.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Állami egészségügyi szolgálat	Letto.	✓	✓	×	×	✓	✓	×
	Finno.	✓	×	✓	×	✓	×	✓
	Íro.	✓	×	×	✓	×	✓	✓
	Spanyolo.	✓	×	×	×	×	×	×
Vegyes	Görögo.	×	×	✓	×	✓	×	✓

* Magánorvos: magánfinanszírozású ellátást nyújtó orvos
**Jogi tiltás van, a gyakorlatban szabad intézményválasztás van
*** Kiegészítő díj ellenében csak az elhelyezési (szállás-) körülményeket lehet javítani

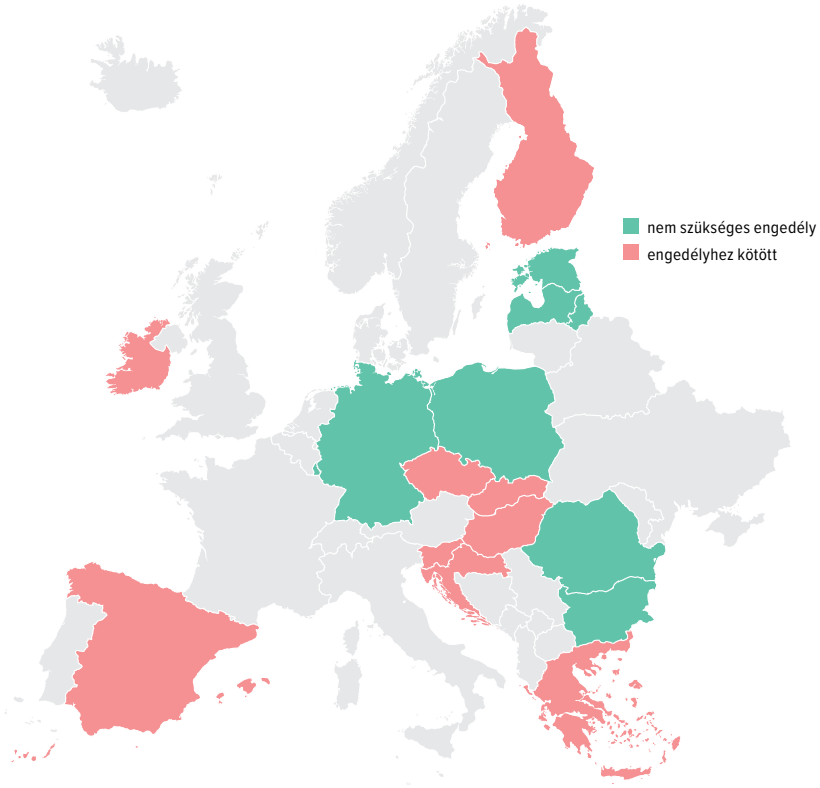
ÁLTALÁNOS, ÖSSZEGZŐ MEGÁLLAPÍTÁSOK

Az egészségügyi rendszerek az országok társadalmi, kulturális, politikai szövetségi rendszereinek fejlődése során alakulnak, így nem függetleníthetők az adott ország társadalmi változásaitól. Az egészségügyi rendszerek ugyan tipizálhatók, de nagy egyéni különbségeket mutatnak, és ezért sok esetben az alapbesorolástól eltérő megoldásokat is alkalmaznak.

A vizsgált tagállamokban általánosnak tekinthető, hogy az állami egészségügyi ellátásban foglalkoztatott orvosok a magánegészségügyi ellátásban is végezhetnek munkát. A vizsgált országok kevéssel több, mint fele köti a kétszektorú munkavégzést engedélyhez.

Azok a nyugat-európai országok, amelyekben állami egészségügyi szolgálat működik, inkább a szabályozott gyakorlatot követik, és egy-két ország kivételével a közép- és kelet-európai országok is engedélyhez kötik a kétszektorú munkavégzést. Az engedélyt főként az állami munkahely vezetője adja ki, tekintettel az összeférhetetlenség, az állami és a magánpraxis munkaidejének szigorú elkülönülési szabályaira.

1. ábra: A kétszektorú munkavállalás engedélyhez kötöttsége a válaszadó országokban



	Magán-orvos* közellátás-ba utalási jogosult-sága	Magá-norvos* táppénzel-rendelési jogosult-sága	Egységes EHR az állami és magán-szektorban	Egységes szakmai és betegjogi felügyelet
BG	✓	✓	×	✓
CZ	✓	✓	n/a	✓
EST	✓	✓	✓	✓
HR	×	×	×	✓
PL	×	✓	×	✓
HU	×	×	✓	✓
RO	×	✓	×	✓
SK	✓	✓	n/a	✓
SLO	×	×	n/a	✓
LUX	✓	✓	✓	✓
DE	✓	✓	×	✓
LV	×	✓	×	✓
FI	✓	✓	✓	✓
IR	×	✓	×	✓
SP	×	×	×	×
GR	✓	✓	× / ✓	×

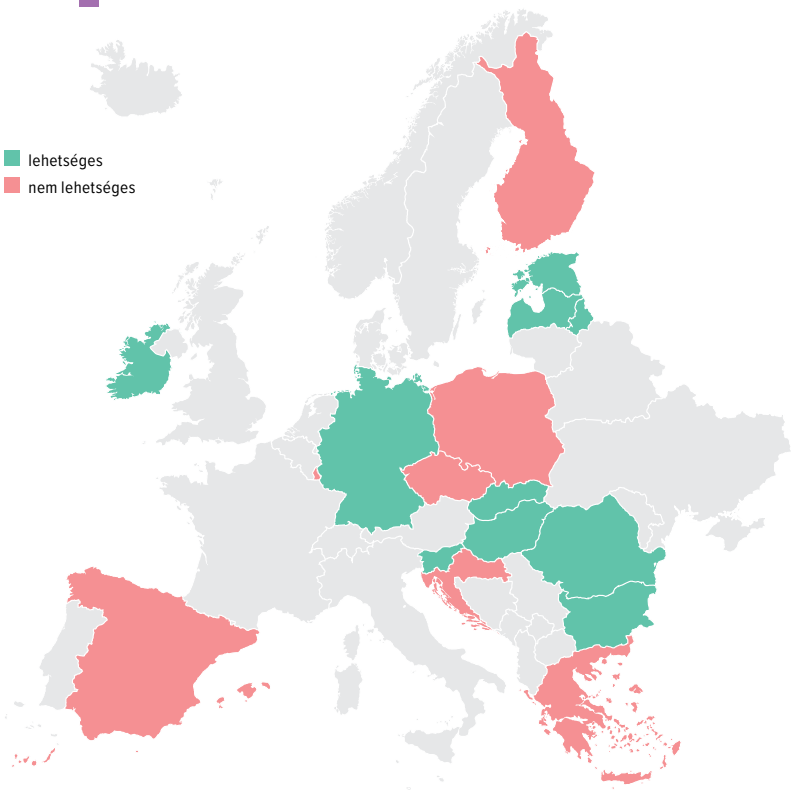
A szétválasztás/szeparálás hiánya, nem teljeskörűsége nemcsak az ellátókra, de a betegek szolgáltatás-igénybevételi lehetőségére is vonatkozik: az országok nagyobb részében – kivéve néhány közép-európai országot és az állami egészségügyi szolgálattal rendelkező országokat – egy epizódon belül is mehet a beteg váltakozva a magán- és az állami ellátásba, akár ugyanazon orvoshoz is.

A betegek választási szabadságának növelése a '90-es évek óta elterjedt Európában. Szerepet játszott ebben a piaci mechanizmusok fokozottabb beépítése az állami egészségügyi rendszerekbe és az egyének személyes szabadságának tiszteletben tartása, a betegközpontú szemlélet elterjedése is. **A háziorvosok szabad megválasztási lehetősége általános Európában.** Hasonlóan a kórházválasztás is, kivéve a regionális betegutakat követő rendszereket, Írországot és Spanyolországot, valamint elviekben Magyarországot.

A közép- és kelet-európai országok nagyobb része megadja a beteg számára azt a lehetőséget, hogy a közfinanszírozott ellátásban díjfizetés ellenében az állami vagy a kötelező biztosítás nyújtotta szolgáltatásokon kívül kiegészítő vagy komfortjavító szolgáltatásokhoz, ellátásokhoz is hozzájussanak. Ebben szerepet játszhat az is, hogy ezekben az országokban az ellátások minősége még nem tudott mindenütt felzárkózni ▸

a lakossági igényekhez, az utóbbi évek fejlesztései ellenére a tömeges ellátásban még jelen van a korszerűtlen kórházi infrastruktúra.

2. ábra: Kiegészítő, komfortjavító szolgáltatások vásárlási lehetősége a közfinanszírozott ellátásban a válaszadó országok kórházaiban



A két szektor szektorsemleges igénybevételére jó példa **Finnország, Németország, Görögország és Ausztria, ahol ha a beteg a magánellátást veszi igénybe az állami helyett, akkor utólag részleges visszatérítést kaphat.**

A magánorvosok fele írhat beutalót az állami ellátás irányába, többsége viszont felírhat támogatott gyógyszert, és egyes országokban elrendelhetnek táppénzt is.

Az állami és magánrendszerben az egységes szakmai és betegjogi felügyelet elterjedtnek tekinthető, a két szektor számára egyaránt használatos egységes informatikai tér, a betegadatok széles körű feltöltése és kölcsönös használata viszont az országok többségében várat magára.

Összefoglalva elmondható, hogy a vizsgált témakörben az egészségügyi ellátásban a szabadságjogok elterjedtségéhez tartozó területek (orvosok munkavállalása, egy epizódon belüli betegellátás az állami és magánszektorban váltakozva, akár ugyanazon orvosnál is, orvos- és intézményválasztás, magánorvosok utalványozási lehetősége) Észtországban, Németországban és Luxemburgban a legszélesebb körűek, Spanyolországban pedig a legszűkebbek. Ezen példák alapján a társadalombiztosítási hagyománnyal jellemezhető országok közül kerülnek ki az állami és a magánszektor, valamint a betegek számára szabadabb lehetőséget nyújtó államok, tehát az állami rendszerek nagyobb szigorúságot mutatnak.

Részletes eredmények

ORVOSOK MUNKAVÉGZÉSE AZ ÁLLAMI ÉS A MAGÁNSZEKTORBAN

A közfinanszírozású egészségügy melletti – magánegészségügyben történő – munkavégzést tradicionálisan a párhuzamos magánpraxis (magánrendelés) folytatása jelentette, de a magánegészségügy fejlődésével tömegessé vált a magánfinanszírozású intézményekben való magánalkalmazotti státus megjelenése is. Ennek a két magánegészségügyi szolgáltatási formának a közfinanszírozás melletti fennállását összefoglaló megnevezésére a *kétszektorú munkavégzés* kifejezést használjuk.

A kérdőív válaszadó országai között Görögország kivételével mindenütt lehet az orvosoknak az állam vagy kötelező társadalombiztosítás által finanszírozott, egészségügyben betöltött állása mellett magánpraxisa is, illetve dolgozhatnak a magánellátásban. Görögországban sem generális a tiltás: az állami egészségügyi szolgálat orvosai nem folytathatnak magánpraxist, csak az egyetemi klinikák orvosai és a katonai orvosok dolgozhatnak az állami szektor mellett magánpraxisban is.

A kérdőíves válaszok alapján kis többséggel, **kilenc országban kötik a magánpraxist vagy a magánegészségügyi másodállást előzetes engedélyhez (Csehország, Horvátország, Magyarország, Szlovákia, Szlovénia, Finnország, Görögország, Írország és Spanyolország)**. Az engedélyezés eljárásrendje változatos: Finnországban a beosztott orvosnak, ha magánpraxist is akar folytatni, csak bejelentési kötelezettsége van, de ha orvosigazgató akar magánpraxist is folytatni, nem elég annak bejelentése, a magánpraxis a munkáltató kórház, egészségügyi központ engedélyéhez kötött.) **Hét országban (Bulgária, Észtország, Lengyelország, Lettország, Románia, Németország, Luxemburg) a másodállás vállalása nem engedélyköteles.**

A kétszektorú munkavégzés előfordulását az OECD is vizsgálta a saját tagországaiban, legutóbb 2016-ban. Az OECD-felmérés a MOK-kérdőívvel összehasonlítva más országcsoportot vizsgált más időpontban. Ugyanazon országok esetében csak a kétszektorú munkavégzés feltételeit illetően álla-

pített meg részben más jellemzőket. Megerősítette azonban, hogy az országok többsége engedélyezi az állami szektor orvosainak a magánpraxis folytatását. Az OECD-tagállamok közül egyedül Kanadában tiltott a kétszektorú, párhuzamos munkavégzés.

3. táblázat: A kétszektorú munkavégzés előfordulása az EU-tagországokban és még néhány releváns OECD-tagországban az OECD 2016-os felmérése alapján

Mindig lehetséges	Bizonyos feltételek mellett lehetséges
Ausztria	Belgium
Csehország	Franciaország
Dánia	Görögország
Hollandia	Portugália
Lengyelország	Olaszország
Lettország	Szlovénia
Németország	Svédország
Spanyolország	
Egyesült Királyság	
Svájc	

Forrás: *OECD Health Systems Characteristics Survey* 2016[2]

Hasonló eredményt tükröznek a PUBMED szakirodalmi tanulmányai is.

Az állami kórházi szektorban alkalmazott európai orvosok többsége magánintézményben (klinika, kórház) is dolgozhat, még az északi jóléti államokban is. Pl. szinte minden orvos magánpraxisban is dolgozik Ausztriában, Írországban, 60 százalékuk az Egyesült Királyságban, ez utóbbiban vagy a magánjövedelemre megszabott felső határral, teljes munkaidős foglalkoztatás esetén (az állami jövedelem 10 százaléka), vagy részmunkaidőben limit nélkül. A magánjövedelmekre felső határt alkalmaznak Franciaország állami szektorban dolgozó orvosai esetében is (a teljes jövedelem 30 százaléka). Finnországban az állami szektor orvosai nyújtják a magánszektor szolgáltatásainak többségét, és elterjedt a kétszektorú munkavégzés Svédország és Norvégia senior orvosai körében is,[3] utóbbiban kisebb és csökkenő[4] mértékben, a kisebb mérték a magasabb orvosbéreknek is köszönhető.

Ausztriában az állami kórházak orvosai a munkáltatójuk engedélye alapján vállalkozó orvosként privát praxisban is dolgozhatnak, vagy magánkórházban is lehetnek kezelőorvosok. Az orvosi egyetemi klinikák orvosainak kétszektorú munkavégzését **szövetségi szintű jogszabály vagy kollektív szerződés szabályozza,** a közfinanszírozású magánkórházak orvosainál pedig a munkaszerződés az irányadó.[5]

Az olasz állami kórházak munkavállaló orvosai is folytathatnak privát praxist, így a munkabérüket szolgáltatás szerinti díjazással egészíthetik ki. Az 1999-es reform ösztönzőket tartalmazott arra, hogy az orvosok **az állami rendszer keretein, az orvos munkahelyén belül** (intra-moenia) **folytassanak magánpraxist, a normál munkaidőn kívül.** (Ezt megelőzően már 1980-tól gyakorlattá vált, hogy az állami kórházak orvosai magánpraxist is folytatnak.) A munkaszerződés bónuszokat, kb. 20 százalékos béremelést és karrierpromóciót tartalmazott az erre a gyakorlatra vállalkozók esetében. Egy 2000-es évek elején végzett felmérés alapján az orvosok 91,6 százaléka választotta ezt a gyakorlatot. **2004-ben változtattak a jogszabályon, az állami kórházi orvosok éves bázison dönthettek arról, hogy exkluzív szerződés keretében dolgoznak** (**intra-moenia**), **vagy független praxist szeretnének az állami rendszeren kívül** (**extra-moenia**). Eltörölték az első opcióhoz tartozó karrierelőnyöket. Azoknak az orvosoknak, akik az állami rendszeren kívüli magánpraxist választották, regisztrálniuk kellett az állami egészségügyi hatóságnál, a magánpraxis helyét és rendelési óráit megjelölve. *Az állami kórház keretein belül magánpraxist folytató orvosok extra jövedelmük egy részét a kórháznak juttatják.* Ha a beteg az állami kórházon belüli járó vagy fekvő magánellátást választja, az orvos az állam létesítményeit, felszerelését használja, ezért *minden kórház maga határozza meg azokat a díjakat, amelyet a szakorvos betege fizet, a regionális szabályozás szerint.* Egy 2012-es olasz jogszabály ösztönzi azt, hogy a magántevékenységre az állami kórházon belül infrastrukturális lehetőségeket hozzanak létre.[6, 7, 8] Olaszországban az egészségügyi ellátás szervezésében regionálisan érdemi különbségek lehetnek, így ezekben a kérdésekben is előfordulhatnak más gyakorlatok.

A déli országokban, pl. Görögországban és Portugáliában az ezredfordulóig formálisan tiltották a kétszektorú foglalkoztatást, ennek ellenére számos kórházi orvosnak volt magánpraxisa még mielőtt a tiltást megszüntették volna. Görögországban az állami egészségügyi szolgálat orvosaira a tiltás ma is érvényben van.

A kétszektorú munkavégzés elterjedtségét az orvos szakterülete és gyakorlata is befolyásolja. Elterjedtebb pl. a sebészetben, kardiológiában, ortopédiában, szülészetben, nőgyógyászatban, bőrgyógyászatban, kevésbé a támogató területeken, pl. radiológia. Mivel időbe telik az orvos számára a jó hírnevének, keresettségének kiépítése, a kétszektorú munkavégzés általában az orvos életkorával is kapcsolatban van. ▶

Ausztriában, Franciaországban, Németországban és Olaszországban a kórházi orvost a saját kórházában történő magánszolgáltatásra ösztönzik azáltal, hogy a kórház a magánjellegű szolgáltatásért a betegtől kapott díjat megosztja az orvossal. A beteg a nagyobb kényelemért, az orvosválasztásért fizet, bár ez utóbbi nem mindig igazi választás, mivel a több kórházban a magasan specializált szolgáltatásokat igazából csak egy-egy orvos nyújtja.[3]

Visszatérve a MOK-kérdőívre, **a válaszadó országok között a kétszektorú munkavégzéshez az engedélyt több helyen az elsődleges munkahely, az állami finanszírozású intézmény vezetője adja ki:** Csehországban, Szlovákiában, Horvátországban, Szlovéniában, valamint az orvosigazgatók esetében Finnországban. Spanyolországban az egészségügyi szolgálat vezetője engedélyez. Görögországban az egyetemi klinikai orvosok engedélyéért az Egészségügyi Minisztérium felelős. Magyarországon külső hivatal állítja ki az engedélyt, az orvos intézménye vezetőjének javaslata alapján. Írországban a munkaszerződés típusa alapján engedélyezett a magánpraxis, a munkaszerződés típusait és kötelező tartalmát az Irish Hospital Consultants Association és az Irish Medical Organisation tárgyalásain határozzák meg. (B- vagy C-típusú szerződéssel rendelkező orvosok magánbetegeket is elláthatnak az állami intézményen belül, vagy azon kívül is. Az A-típusú szerződéssel rendelkezők csak az NHS-betegeket gyógyíthatják. A három szerződéstípus bértáblája is különböző, az A típus esetében a legmagasabb).[9]

Az engedély jogszabályban rögzített korlátai között első helyen említhető az összeférhetetlenség. Ennek egyik eleme a munkaidő. Az állami és a magánszektorban történő munkavégzés esetében a munkaidő nem lehet fedésben Lettországban, Magyarországon, Romániában. Németországban a járóbeteg ellátásban dolgozó, kötelező biztosítással rendelkező betegeket kezelő orvosok (háziorvosok vagy szakorvosok) jogilag arra kötelezettek, hogy a kötelező biztosítású betegekre meghatározott óraszámot fordítsanak. Írországban az állami szektorban dolgozó orvosoknál a magánbetegekre fordítható idő van meghatározva. A magánrendelés mennyisége nem haladhatja meg az orvos munkaterhelésének 20 százalékát. Hangsúlyozott a szakmai követelmények szerinti munkavégzés és az etikai szabályoknak, a feddhetetlenségnek való megfelelés Horvátországban. Több országban megtalálhatók más összeférhetetlenségi feltételek is. Lengyelországban a közfinanszírozású egészségügyi szolgáltatásokat nyújtó intézményben dolgozó orvos egyidejűleg nem köthet külön szerződést az egészségbiztosítási alappal a magánpraxisára, Finnországban pedig nem lehet ugyanazon személy egyidejűleg az orvosi szolgáltatások esetében beszerző és eladó. Észtországban jogilag nincs korlátozás, de a munkaszerződés szabályozhatja a versenytársnál való munkavégzés feltételeit.

Az egyes országok kétszektorú munkavégzést szabályozó gyakorlata a bemutatott példák, a szakirodalom, köztük egy szisztematikus áttekintés alapján[10] tehát három fő kategóriára – szabadon engedélyezett; tiltott; feltételekkel, korlátozásokkal engedélyezett – oszthatók. A feltételeket illetően pedig megtalálhatók:

- a pénzügyi vonatkozású mechanizmusok (a magánszektorból származó jövedelem korlátozása, az állami szektor munkavállalói béreinek emelése, az állami szektorban történő magánellátás ösztönzése, az állami szektorra korlátozódó munkavégzésre szóló ösztönzők és szerződések, magasabb jövedelemmel)
- az engedélyezési mechanizmusok (a kétszektorú munkavégzés kötelezően engedélyhez kötött, az engedélyek csak bizonyos orvosoknak adhatók ki, a magánpraxis munkaidejének korlátozása).

A kétszektorú munkavégzés tiltása és korlátozása csak akkor lehet eredményes, ha adekvát az állami finanszírozás, jók a munkakörülmények, megfelelő ellenőrzési-felügyeleti rendszerek működnek.

MAGÁNSZEKTORBAN ÉS ÁLLAMI SZFÉRÁBAN VÉGZETT BETEGELLÁTÁS EGY BETEGSÉGEPIZÓDON BELÜL

A 16 országból kilenc országban a beteg egy epizódon belül is igénybe veheti az állami és magánellátást, és ugyanazon orvos, aki a magánellátásban kezelte, a közellátásban is folytathatja ugyanannak a betegnek a gyógyítását. Ezek az országok: Bulgária, Csehország, Észtország, Horvátország, Lengyelország, Finnország, Görögország, Luxemburg és Németország.

Nem veheti igénybe a beteg ugyanazon betegsége tekintetében (egy epizódon, ellátási sorozaton belül) váltakozva a köz- és magánellátást Magyarországon, Lettországban, Romániában, Szlovákiában, Szlovéniában, Írországban és Spanyolországban.

A megengedő országokban az állami és magánellátás igénybevételének ugyanazon betegség során nincs a beteg részéről korlátja. Finnország fontosnak tartotta megjegyezni azt, hogy ezt csak beteg kezdeményezheti. Észtországban a helyes klinikai gyakorlat az, hogy ha a beteg magánellátásban kezdte az ellátást, ott is fejezze be (pl. diag-



nosztika). Abban az esetben, ha magánkezelés nem lehetséges (nagy műtét, rákkezelés stb.), a beteg ellátása az állami kórházban folytatható.

SZABAD ORVOSVÁLASZTÁS

A 16 ország válasza alapján a külön díj fizetése nélküli szabad orvosválasztás a közfinanszírozású ellátásokon belül kilenc országban (Csehország, Észtország, Horvátország, Lengyelország, Magyarország, Szlovénia, Írország, Németország és Luxemburg) minden ellátásban (alapellátás és szakellátás) biztosított a betegek számára. Meg kell jegyezni, hogy Írországban az állami egészségügyi rendszerben a jövedelmi és egyes életkor kategóriák (hat év alatt és 70 év felett) alapján jogosult, külön kártyával rendelkezők (a lakosság kb. 43 százaléka) számára az ingyenes egészségügyi ellátás fejében a választás a HSE- (Health Service Executive) szerződéssel rendelkező szolgáltatók listájára vonatkozik.[11]

Meg kell jegyezni, hogy az alapellátás fogalma sem egységes a vizsgált országokban. Németországban, illetve egyes társadalombiztosítási hagyományú országokban az orvosválasztás lehetősége nem alapellátás-szakellátás szinten válik el, hanem a fekvő- és járóbeteg-ellátás között van a határ.

Németország, bár a kérdőívre adott válaszában általános szabad orvosválasztást jelzett, a kórházi ellátásban a vezető orvosok, főorvosok választását külön díj fizetése fejében biztosítja. Ha valaki vezető orvost szeretne a kórházban kezelőorvosának választani (Chefarzt, Wahlärztliche Leistung), ezt külön fizetendő díj, ezen opciót tartalmazó magánbiztosítás vagy a kötelező biztosítás kiegészítő kórházi biztosítása alapján teheti. A választható vezető orvosok a kórház legtapasztaltabb, legelismertebb orvosai, a kórháztól kapott felhatalmazással végzik ezt a tevékenységet. A beteg akkor is választhatja a magas képzettségű, tapasztalt orvost, ha azt az egészségi állapota nem feltétlenül indokolja. A választott orvosok díjszabásának alapja az orvosok díjtáblázata (Gebührenordnung für Ärzte – GOÄ), az abban szereplő (szükséges beavatkozástól függő) alapdíj 3,5-szörös szorzóval növelhető. A GOÄ a szövetségi kormány rendeleteként jelenik meg. A választott orvosra vonatkozó megállapodást szerződésben szükséges rögzíteni. [12, 13, 14]

Spanyolországban és Görögországban a szabad választás egyes ellátásokra vonatkozik az alapellátásban és a szakellátásban is. Spanyolországban a lakóhely szerinti egészségügyi körzet orvosai közül lehet választani. Görögországban a kórházi orvos választását elősegítő fizetés nem legális, de létező gyakorlat.

Bulgáriában, Lettországban, Romániában és Szlovákiában a háziorvos szabadon választható, a szakorvos nem.

Bulgáriában és Szlovákiában a szabad szakorvosválasztás külön díj fejében megengedett. E két utóbbi ország gyakorlatára a WHO HIT sorozatának információi szolgálhatnak kiegészítésül, amelyek alátámasztják, hogy Bulgáriában a kórházi szakorvosválasztás, Szlovákiában a kórházi sebészválasztás kötött külön díj fizetéséhez. ▸

A WHO HIT tanulmánya alapján a bolgár állampolgárok szabadon választhatnak háziorvost, járóbeteg-szakellátást és kórházat területi korlátozások nélkül. A kötelező biztosítási rendszerben azonban vannak adminisztratív korlátozások. Például közfinanszírozott járó- vagy fekvőbeteg-szakellátáshoz a betegeknek szükségük van beutalóra. Minden beteg szabadon is felkereshet szakorvost, laboratóriumot vagy kórházat beutalás nélkül is, azzal a következménnyel, hogy a betegnek a szolgáltatásokért zsebből vagy magánbiztosításon keresztül kell fizetnie. Kivételt képeznek ez alól a szabály alól a terhes nők és az anyák, akik a nőgyógyász vagy gyermekorvos választására beutaló nélkül és ingyenesen jogosultak. A kórházba kerülést követően a betegeknek akkor van joguk orvost választani, ha befizetik ennek díját, amelyet az önkéntes biztosításuk fedezhet. Az egészségügyi intézmények határozzák meg az orvos megválasztásának árát, de az árplafonokat a minisztérium rendelete határozza meg.[15]

A Szlovákiáról szóló HIT tanulmány szerint a szlovák betegek szabadon választhatnak háziorvost vagy más, a biztosítóval szerződött egészségügyi szolgáltatót. A szerződéses kitételre egy kivétel van, ha valaki olyan háziorvoshoz megy, akinek nincs a beteg biztosítójával szerződése, ebben az esetben a költségek fedezetére beteg a biztosítótól előzetes engedélyt kérhet. Sem a fekvőbeteg, sem a járóbeteg-ellátók nem kérhetnek a betegtől díjfizetést, ha szerződésük van a beteg biztosítójával, kivéve néhány prémium szolgáltatást (pl. kórházi sebészválasztás lehetősége stb.).[16]

Bulgáriában és Szlovákiában a díjfizetés az egészségügyi intézmény számára történik, amelynek egy részét a választott orvos kapja.

Finnországban nincs szabad orvosválasztás sem az alapellátásban, sem a szakellátásban. A beteg kérheti, hogy egy bizonyos orvos foglalkozzon vele, de ez nagymértékben függ attól, hogy a klinika hogyan szerveződik, ki az ügyeletes stb.

Az orvosválasztás kérdése az EU Mutual Information System on Social Protection (MISSOC) adatbázisa alapján is vizsgálható. Az adatbázis alapján a háziorvos választása minden EU-tagországban szabadon megtehető, és többnyire a kezelő szakorvos is. Finnország gyakorlatára a MISSOC is hasonló információt tartalmaz, mint a kérdőív válasza. Az országban az egészségügyi intézmény szabadon választható (alapellátásban és szakellátásban is), az orvos választása „lehetőség szerint" megengedett. Svédországban a kórház szabadon választható, a kórházi orvos már nem mindig. Svájcban van olyan biztosítás, amely alacsonyabb biztosítási díj fejében limitált választást enged (a kórházi orvos nem tartozik a választhatók közé).[1]

Ausztriában díjfizetés ellenében lehet a kórházakban orvost (főként senior vagy osztályvezető főorvost) választani.[5] Részletesen lásd a *Többletszolgáltatás vásárlási lehetősége az állami intézményekben* című fejezetben.

A kérdőív válaszai alapján az orvosválasztás általában nem pozíció vagy akkreditáció függvénye.

SZABAD INTÉZMÉNYVÁLASZTÁS

A válaszadó országok többségében a közellátásban a betegek megválaszthatják a kezelést nyújtó fekvőbeteg intézményt. Magyarországon a jogszabályok szerint regionális betegutakat kell követni, de a gyakorlatban ezt senki sem ellenőrzi, így szabad a választás. Pontosabban: a betegnek joga van nem a kijelölt intézményt választani, de az intézmény nem köteles őt fogadni, ha nem tartozik az ellátási területébe. Finnországban az állami kórházi szektoron belül a beteg az ország egész területén szabadon választhat kórházat, de figyelembe kell vennie az ellátás szintjét. A páciens nem választhatja azt, hogy az egyszerű eljárásokat az egyetemi kórházban végezzék. Spanyolországban a kórházválasztás általában regionális elvek, a beteg lakóhelye szerint meghatározott, de néhány közösség, például Madrid, lehetővé teszi a kórház választását a régión belül. Regionális területeken belüli betegutak korlátozzák a választást Írországban is. Észtországban a beteg általában megválaszthatja az egészségügyi szolgáltatót, a gyakorlatban azonban a választás inkább a regionális elvek alapján történik.

A MISSOC adatbázisa alapján az EU egészét tekintve többségében szabad a kórházválasztás a szerződött (kötelező biztosítók/állami egészségügyi szolgálat) kórházak között. Szlovéniában bármely engedéllyel és a szlovén Egészségbiztosítási Intézettel (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije) szerződéssel rendelkező állami kórház vagy magánkórház szabadon választható. Dániában az országosan megszabott várakozási idő túllépése esetén van a betegnek joga magánkórházat vagy külföldi kórházat választani (részletesen lásd később, az „Állami kompenzáció magánegészségügyi ellátás esetén" címszó alatt). *Portugáliában a regionális kórházi hálózatok között nem választhat a beteg. Spanyolországban nincs szabad kórházválasztás. A betegek a lakóhelyük szerinti kórházba mehetnek. Néhány autonóm területen azonban engedélyezett a kórházválasztás. Svédországban szabad a választás a regionális állami kórházak és az engedélyezett magánintézmények között.*[1]

TÖBBLETSZOLGÁLTATÁS VÁSÁRLÁSI LEHETŐSÉGE A KÓRHÁZAKBAN A KÖZFINANSZÍROZOTT ELLÁTÁSBAN

Az állami finanszírozású egészségügyben nyújtott szolgáltatásokhoz jellemzően a közép-, kelet-európai országokban lehet kiegészítő díj fizetése ellenében többletszolgáltatást vásárolni. Ugyanakkor a legálisan vásárolható többletszolgáltatások – akárcsak Magyarországon – többnyire nem szakmai szolgáltatásokat fednek le, hanem a standard feletti elhelyezési körülményekért, esetleg jobb étkezésért történő fizetés az általánosabb (pl. Bulgária, Észtország, Magyarország). Bulgáriában a kötelező biztosítással nem fedezett elektív beavatkozásokhoz is hozzá lehet jutni fizetés ellenében, Szlovákiában is fizetni kell pl. a beteg kérésére végzett altatásért.

A nyugat-európai országok közül Írországban gyorsabb kórházi ellátáshoz lehet hozzájutni kiegészítő biztosítás birtokában. **Németországban egy- vagy kétágyas** kényelmesebb, komfortosabb elhelyezéshez, különlegesen felszerelt, berendezett **szobákhoz**, standardon felüli minőségi étkezéshez lehet **választható szolgáltatás formájában, díjfizetés vagy magánbiztosítás, kiegészítő biztosítás ellenében hozzájutni**, ha a beteg erre szerződést köt az intézménnyel. A Német Kórházszövetség oldalán a szerződéshez, az árak megállapításához ajánlások találhatók.[14]

Szakirodalmi források alapján ezek az eredmények Ausztria jellemzőivel egészíthetők ki.

Ausztriában az állami és nonprofit magánkórházak jogszabály alapján működtethetnek speciális osztályokat is, ahol a beteg kiegészítő díjfizetése mellett jobb hotelkörülményeket (egy- vagy kétágyas szoba), beteg igénye szerinti étkezést és szabad orvosválasztást (főként senior vagy osztályvezető főorvosok) biztosítanak. Ausztria minden tartományában megtalálhatók ezek a speciális osztályok az állami kórházakban. A beteg díjait kórházi költség magánbiztosítás (kiegészítő egészségbiztosítás) fedezheti, az egészségügyi ellátás költségét pedig közfinanszírozás nyújtja. 2015-ben az osztrák lakosság 36 százalékának volt kiegészítő biztosítása, amelynek 56 százaléka magánkórházi költségbiztosítás volt. A speciális osztályok létét sokszor az állami egészségügy alacsony béreivel indokolták. A kiegészítő díj, amelynek van kórházi intézményi és orvosi díj része, segíthet a magasan kvalifikált orvosok állami szektorban tartásában. Egy vezető kórházi orvos jövedelmében a speciális díj nagysága jelentős, a speciális díjak akár meg is duplázhatják a jövedelmüket.[5]

ÁLLAMI KOMPENZÁCIÓ MAGÁNEGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS ESETÉN

A magánegészségügyi ellátás igénybevétele esetén történő állami vagy kötelező biztosítás által térített pénzügyi kompenzáció lehetőségének tényére az értelmezési zavarok miatt ellentmondásos válaszok születtek. Szlovákia ezt azokra az esetekre értette, amikor a beteg olyan alapellátó orvost választ, akinek nincs szerződése a beteg egészségbiztosítójával, ezt a szerződésen kívüli viszonyt a biztosítónak jóvá kell hagynia. Ezután a biztosítótársaság fizeti a vizsgálatokat, beleértve a laboratóriumi és egyéb vizsgálatokat is, amelyeket az orvos az egészségbiztosító társaságnak számít fel. Írországban adókedvezmény formájában létezik kompenzáció, Finnországban a 15-20 százalék mértékű kompenzációt (a dolgozók) országos egészségbiztosítása téríti. Görögországban az intézményi költségekre kérhető kompenzáció, az orvos díjára nem. Az intézményi költségek kb. háromnegyedét teszik ki az ellátás teljes költségének. Teljes kompenzációt kaphat a beteg, ha az adott ellátást azért veszi igénybe a magánszektorban, mert az államiban nem elérhető. **Németországban is van részleges kompenzáció**, amennyiben magánklinika igénybevétele esetében az állami egészségbiztosítás megtérítheti a költségek egy részét, ha azok összhangban vannak a kötelező biztosításban szereplő szolgáltatások katalógusával. Nehezen értelmezhető Lettország válasza, ahol a válaszadó azt jelölte, hogy ortopédiai, szemészeti, szülészeti-nőgyógyászati ellátásban van részleges kompenzáció. (Amennyiben ez a kötelező biztosítóval szerződött magánszolgáltatóra értendő, amely főként járóbeteg-szakellátásban fordulhat elő, a magánszolgáltató ugyanazon feltételekkel nyújt ellátást, mint az állami szolgáltató.)[17] Bulgária teljes kompenzációt jelölő válaszát más források nem igazolják. Ha a beteg a standard betegutakat kikerülve vesz igénybe egészségügyi szolgáltatást, pl. nem szerződött szolgáltatónál, ezért fizetnie kell.[15]

A kompenzáció igénybevétele esetén három országban van szükség speciális szerződésre. Németországban a betegek kötelező biztosításból történő kezeléséhez az ambuláns szektor orvosának szerződést kell kötnie a kötelező biztosítás orvosainak szövetségével (Kassenärztliche Vereinigungen, KV). Speciális szerződés szükséges Görögországban és Lettországban is (Lettország esetében ez a biztosítóval kötött finanszírozási szerződést jelentheti.)

Romániában a kérdőív visszaküldése után jelent meg egy kormányrendelet (ORDONANȚĂ DE URGENȚĂ nr. 54 din 24 iunie 2021), amely szerint ▸

azoknál a magánszolgáltatóknál, amelyek szerződést kötnek az egészségbiztosítási pénztárral, a betegeknek csak a magánszolgáltató tarifája és az adott szolgáltatásra az egészségbiztosítási pénztár által megállapított tarifa közötti különbséget kell megfizetniük („személyes hozzájárulás"). A személyes hozzájárulások mértékét az érintett magánszolgáltatók honlapjukon és rendelőikben hozzák nyilvánosságra.[18, 19]

Szakirodalom alapján ismerhető **Ausztria** gyakorlata, ahol **a beteg felkereshet a biztosítóval nem szerződött magánorvost is. Ebben az esetben az ellátás díját a beteg ki kell, hogy fizesse, majd a kötelező biztosítás szerinti – szerződött orvosok esetében alkalmazott – tarifa 80 százalékát visszatérítésként megkapja.**[5]

A válaszadó 16 ország közül Finnországban vásárolhat az állami kórház extra szolgáltatást a magánszektortól, ha a várakozási idő túl hosszú.

A MISSOC adatbázisa alapján Dániában a betegek választhatnak magánkórházat az országban vagy külföldön is, ha a várakozási idő egy regionális állami kórházban történő kezelésre utalás után egy hónapnál hosszabb. A magánkórháznak meg kell állapodnia a regionális egészségügyi hatóságokkal. Ezen túlmenően a páciensnek joga van egy hónapon belül diagnózist kapni, vagy ha ez orvosi (nem kapacitással kapcsolatos) okokból nem lehetséges, akkor egy hónapon belül tervet kell készíteni a diagnózis elérésére (mely vizsgálatok és tesztek szükségesek). Ha a kórház kapacitásproblémái miatt egy hónapon belül nem lehet diagnózist megállapítani, a páciens választhat egy dániai vagy külföldi magánkórházat is ennek elérésére, a regionális egészségügyi hatóságok egyetértésével.[1]

ÁLLAMI SZERVEZÉSŰ MAGÁNBIZTOSÍTÁS

A válaszadó országok közül csak Bulgária és Írország jelölte, hogy van az állam által szervezett kiegészítő biztosítás a beteg állami szektorban igénybe vett kiegészítő szolgáltatásainak fedezetére (orvosválasztás, a kötelezőn kívüli ellátási formák igénybevétele). Bulgária esetében ezt cáfolja a WHO Bulgáriáról szóló tanulmánya, amely szerint a magánbiztosítást profitorientált magánbiztosítók nyújtják.[15] **Írországban a lakosok magán-egészségbiztosítást vásárolhatnak, amely kiegészítő és pótló szerepet is játszik. A piacon három biztosítótársaság dominál: a Quinn Healthcare, a VHI és a VIVAS Health, 20 százalékos, 73 százalékos és 7 százalékos piaci részesedéssel. A VHI az állam által alapított nonprofit, félállami szervezetként indult 1957-ben, jelenleg már a két másik magánbiztosítóhoz hasonlóan üzleti struktúrában, holdingvállalatként működik.**[20, 21]

Amennyiben az állami ellátásban fizetendő felhasználói díjak fedezetét nyújtó magánbiztosítást is tekintjük, két ország nyújt erre állami szervezésű magánbiztosítást. Szlovéniában a kiegészítő biztosítás a felhasználói díjakat fedezi, megkötése pénzbüntetés terhe mellett kötelező. A szlovén rendszerben széles körű co-payment kötelezettség van, és ennek kompenzálására hivatott a kötelező kiegészítő biztosítás. A kiegészítő biztosítást magánbiztosítók nyújtják, illetve a kötelező pénztárról levált, kölcsönös egészségbiztosító társaság.[22] Horvátországban két típusú magán-egészségbiztosítási rendszer létezik: a kötelező biztosítási rendszer felhasználói díjait (az ellátás minden szintjén vannak felhasználói díjak) térítő kiegészítő magánbiztosítás és az ellátás magasabb színvonalát lefedő pótló magánbiztosítás. A kötelező biztosítási rendszerben nem biztosított személyek helyettesítő magánbiztosítása elméletileg elérhető, de a gyakorlatban nincs. Kiegészítő egészségbiztosítást a (kötelező biztosítást nyújtó) Horvát Egészségbiztosítási Pénztár (közösségi díjszabással) vagy magánbiztosítók nyújthatnak (életkortól függő díjszabással). Míg mindenki vásárolhat kiegészítő biztosítást magánbiztosítóktól, csak a kötelező rendszerben tagsággal rendelkező személyek vásárolhatnak kiegészítő magánfedezetet a Horvát Egészségbiztosítási Pénztártól (ez utóbbi domináns a piacon). Pótló biztosítási fedezeteket a magánbiztosító társaságok nyújtanak (az önkéntes egészségbiztosításról szóló törvény 2010-es módosítása lehetővé tette a Horvát Egészségbiztosítási Pénztár számára, hogy pótló magánbiztosítási fedezetet kínáljon, de még nem lépett be erre a piacra).[23] A Horvát Egészségbiztosítási Pénztár weboldala is tartalmazza, hogy a pénztár kiegészítő biztosítást kínál a felhasználói díjak fedezetére.[24]

MAGÁNORVOSOK UTALVÁNYOZÁSI JOGOSULTSÁGAI

A válaszadó 16 országból 11 országban a magánorvosok is felírhatnak támogatott gyógyszert. Nincs erre lehetőség Csehországban, Horvátországban, Lettországban, Romániában és Spanyolországban.

A magánellátásban dolgozó orvosnak nyolc országban van, és nyolc országban nincs joga beutalásra közfinanszírozott diagnosztikai szolgáltatásokra és közfinanszírozott gyógykezelésre. Ez utóbbi országok Horvátország, Lengyelország, Lettország, Magyarország, Románia, Szlovénia, valamint Írország és Spanyolország.

Mindössze négy ország válaszában szerepelt, hogy a magánellátásban dolgozó orvos nem rendelhet el táppénzt: Horvátország, Magyarország, Szlovénia és Spanyolország. Ez némileg ellentmon-

dásos, hiszen a táppénz-utalványozás elvben szigorúbb kritériumrendszer alapján történik, mint a beutalás.

A válaszok kontrollálására az érintett országok (magánorvos nem utalhat közfinanszírozott diagnosztikára vagy gyógykezelésre, de elrendelhet táppénzt) esetében publikációk, jogszabályok alapján is lehetőségünk volt.

Írország válaszában szerepelt, hogy magánorvos is elrendelhet táppénzt. Egy 2019-es publikáció alapján[25] a magánorvos maximum 7 napra írhat ki táppénzt, évente háromszor. Mivel a háziorvosok túlterheltek, nehézségekbe ütközik az időpontfoglalás, a betegek a kisebb problémáknál gyakran választják a magánorvost, online konzultációkat. 2021 végétől, 2022-től új táppénzszabályok lépnek életbe Írországban, amely szerint a háziorvostól kell igazolás a táppénzre.[26]

Romániában az egészségbiztosítási pénztárral szerződésben álló, illetve kifejezetten erre a célra szerződést kötött orvos rendelhet el betegszabadságot.[27] Egy kapcsolódó jogszabály definiálja, hogy ki a betegszabadságot elrendelő kezelőorvos: kezelőorvos minden olyan orvos, aki szerződéses kapcsolatban áll az egészségbiztosítási pénztárral, olyan érvényes praktizálási engedéllyel rendelkező orvos, háziorvos vagy szakorvos, aki ezzel kapcsolatban megállapodást köt az egészségbiztosítási pénztárral.[28]

Lengyelországban is elérhető magánorvostól a táppénzre vonatkozó igazolás, táppénz-elrendelés. Egy fizetős, online konzultációs orvosi portál oldalán szerepel, hogy elektronikus betegszabadságot (L4) bármely szakorvos adhat ki. Az igazolás kiállításához azonban konzultálni kell az orvossal, aki dönt az L4 kiadásának szükségességéről.[29]

AZ EGYSÉGES ELEKTRONIKUS EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSI TÉR ÁLTALÁNOSSÁGA

A kérdőív válaszai alapján négy országban férnek hozzá az állami és magánszolgáltatók az informatikai térben az általuk kezelt betegek adataihoz: Észtország, Magyarország, Finnország és Luxemburg. Görögországban a gyógyszerfelírás és beutalás adatain kívül, ami egységes rendszerben működik, nincs kölcsönös hozzáférés a magánszektor és az állami szektor adataihoz. Nemrégiben indult az elektronikus betegrekord, de nem igazán használják. Az egészségügyi intézmények a saját nyilvántartásukat alkalmazzák. Bár Szlovénia nem válaszolt a kérdésre, más források szerint fejlett e-health-rendszerrel rendelkezik. 2017-ben vezették be a beteg egészségügyi rekordjainak központi regiszterét, amely tartalmazza az összes orvosi dokumentációt a beteghez kapcsolódóan. Valamennyi kiemelt megoldás és szolgáltatás országosan, minden egészségügyi szolgáltató számára elérhető, egyesek, pl. az e-recept, kötelező.[30]

EGYSÉGES FELÜGYELET, BETEGJOGI RENDSZER AZ ÁLLAMI ÉS A MAGÁNEGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSBAN

Két ország, Spanyolország és Görögország válaszolta azt, hogy az állami és magánegészségügy felett nincs egységes felügyelet, és nem működik egységes betegjogi rendszer. Görögországban ennek adottak a szervezeti feltételei, mivel a szakmai felügyeletet a helyi hatóságok és az Orvosi Tanács gyakorolja. Létezik az egészségügyi szolgáltatások igénybe vevői jogainak védelmével foglalkozó bizottság is, amelyet az Egészségügyi Minisztérium felügyel, az állami kórházak többségében megtalálható, és van az országban egy ombudsman is. A gyakorlatban azonban leginkább nincs közös felügyelet. Gyenge a felügyelet Magyarországon is. ●

FELHASZNÁLT FORRÁSOK

1 *EU Mutual Information System on Social Protection* (MISSOC) adatbázis: www.missoc.org
2 *OECD Health Systems Characteristics Survey* 2016: www.qdd.oecd.org
3 Livio Garattini and Anna Padula. Dual practice of hospital staff doctors: hippocratic or hypocritic? *Journal of the Royal Society of Medicine*; 0(0) 1–5 (2018) DOI: 10.1177/0141076818783332
4 Johannessen, KA., Hagen, T.P. Physicians' engagement in dual practices and the effects on labor supply in public hospitals: results from a register-based study. *BMC Health Serv Res* 14, 299 (2014). www.doi.org
5 Margit Sommersguter-Reichmann and Adolf Stepan. Hospital physician payment mechanisms in Austria: do they provide gateways to institutional corruption? *Health Economics Review* (2017) 7:11 DOI 10.1186/s13561-017-0148-4
6 Rovere, A., Baeten, R., Messkoub, M., Murphy, M.,Unver, O., & Haffner, M. (2018). Towards inclusive service delivery through social investment in Italy. An analysis five sectors with particular focus on health care. www.re-invest.eu
7 Fedeli, S., Leonida, L. & Santoni, M. Bureaucratic institutional design: the case of the Italian NHS. *Public Choice* 177, 265–285 (2018). www.doi.org
8 *HIT profile of Italy.* www.hspm.org
9 *Consultants' Contract.* 25 June 2019. www.hse.ie
10 Kiwanuka SN, Kinengyere AA, Rutebemberwa E, Nalwadda C, Ssengooba F, Olico-Okui, Pariyo GW (2010) *Dual practice regulatory mechanisms in the health sector: a systematic review of approaches and implementation*. London: EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London. www.who.int
11 *Healthcare system in Ireland: Statistics & Facts.* Jun 2, 2021 www.statista.com
12 Chefarztbehandlung: *Was genau bedeutet das?* September 2020. www.derprivatpatient.de
13 *Health care in Germany: At the hospital.* Institute for Quality and Efficiency in Health Care (IQWiG) www.ncbi.nlm.nih.gov
14 Deutsche Krankenhausgesellschaf: *Von Chefarzt bis Einzelzimmer: zusätzliche Leistungen.* www.dkgev.de
15 Dimova A, Rohova M, Koeva S, Atanasova E, Koeva-Dimitrova L, Kostadinova T, Spranger A. Bulgaria: Health system review. *Health Systems in Transition,* 20(4): 1–256. www.euro.who.int
16 Smatana M, Pažitný P, Kandilaki D, Laktišová M, Sedláková D, Palušková M,van Ginneken E, Spranger A (2016). Slovakia: Health system review. *Health Systems in Transition,* 2016; 18(6):1–210. www.eurohealthobservatory.who.int
17 Behmane D, Dudele A, Villerusa A, Misins J, Kļaviņa K, Mozgis D, Scarpetti G. Latvia: Health system review. *Health Systems in Transition,* 2019; 21(4):i–165
18 *ORDONANȚĂ DE URGENȚĂ* nr. 54 din 24 iunie 2021 Portal Legislativ. www.legislatie.just.ro
19 Valentina Pârvu: *Romania adopts law on personal contributions for private medical services.* 27/07/2021. www.rlw.juridice.ro
20 McDaid D, Wiley M, Maresso A and Mossialos E. Ireland: Health system review. *Health Systems in Transition,* 2009; 11(4): 1 – 268).
21 VHI Group: *Corporate structure.* www.vhi.ie
22 Kramer AM. Slovenia. In: Sagan A, Thomson S, editors. *Voluntary health insurance in Europe: Country experience* [Internet]. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2016. (Observatory Studies Series, No. 42.) 29. www.ncbi.nlm.nih.gov
23 *Health Systems in Transition (HiT) profile of Croatia.* www.hspm.org
24 Horvát Egészségbiztosítási Pénztár weboldala: www.hzzo.hr. *eHealth – Future Digital Health in the EU.* Final Report Version 25/03/2019. ESPON 2020 Cooperation Programme. www.espon.eu
25 *Getting a sick note isn't as easy as it used to be.* Jul 15, 2019. www.irishtimes.com
26 *Citizens information. Sick leave and sick pay.* www.citizensinformation.ie
27 Molnár Rajmond. *Minden, amit tudni kell a betegszabadságról.* 2018. február 16. www.szekelyhon.ro
28 *Ordonanță de urgență* nr. 158 din 17 noiembrie 2005. Portal legislativ. www.legislatie.just.ro
29 *Halodoctor Zwolnienie lekarskie przez Internet.* www.halodoctor.pl
30 *eHealth – Future Digital Health in the EU.* Final Report Version 25/03/2019. ESPON 2020 Cooperation Programme. www.espon.eu

A weboldalak letöltése 2021. június-szeptember között történt.