

SINKÓ ESZTER

Az irányított betegellátás hazai tapasztalatai*

Napjaink egészségügye lepusztult külsőt mutat, egyenetlen hozzáféréssel, rohamosan romló munkaerő ellátottsággal és szolgáltatói színvonallal. A betegek kiszolgáltatottsága annak ellenére korlátlan, hogy 1997-ben létrejött az új egészségügyi törvény, s benne a betegek jogait részletező fejezet. Tulajdonképpen minden egyes eleme az egészségügy mai rendszerének változás után kiált. Ebből a kilátástalan helyzetből próbál valamiféle kiutat találni az irányított betegellátás modellkísérlete, az IBM/IBR

1. Bevezetés

Magyarország kormányai 1989–1993 között alapvetően megváltoztatták az addig totálisan állami keretek között működő egészségügyi ellátást. Első lépésként 1989-ben meghirdették, hogy az orvosok nemcsak alkalmazottként, de főállású vállalkozóként is dolgozhatnak a gyógyító szolgáltatásokban, majd – egészségügyi minisztériumi segedelemmel – megalakult az Orvosi Kamara, legális érdekképviseletet biztosítva az érintettek részére. Ugyanebben az esztendőben az Országos Társadalombiztosítási Főigazgatóság (OTF) pénzalapja kivált az állami költségvetésből, s a következő év áprilisától – még mindig nem a szabadon választott – kormány az egészségügy finanszírozását áthelyezte az állami költségvetéstől az OTF-hez, fontos döntést hozva ezzel a társadalombiztosítási alapú egészségügy megteremtésének érdekében.

A politikai fordulat évében az addig állami tulajdonban lévő egészségügyi intézmények az „éppencsak” megválasztott önkormányzatok tulajdonába kerültek. Újabb állomást jelentett az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférésben az 1992-es esztendő, amikor áttértek az állampolgári jogról a biztosított jogosultságra. Ugyanekkor vált szabadon választható házi orvossá a körzeti orvos, akihez az állampolgárok leadhatták választást igazoló kártyájukat. A teljesítményelvet követő új finanszírozási tech-

* A cikk tartalmaz korábban már publikált anyagokat. (Sinkó, E.: Az irányított betegellátás és a hazai egészségügy kapcsolata, *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 2002, december; Sinkó, E.: Az ellátásszervezésről szóló törvénytervezet és annak várható hatása a magyar egészségügy működésére, *Informatika és menedzsment az egészségügyben*, 2004. május.)

nikák – az OTF és az egészségügyi intézmények közötti elszámolás alapját rögzítő módszerek – rendszerbe állítása is ezekhez az évekhez kötődik. A biztosítási alapok társadalmi kontrollját hivatott elősegíteni az Egészségbiztosítási és a Nyugdíjbiztosítási Önkormányzat megválasztása 1993-ban. Időközben szervezetileg az OTF is kettévált, és felállította az Országos Egészségbiztosítási Pénztárat. Ezen átalakulások eredményeképpen döntően önkormányzati tulajdonban lévő, többségében közpénzből finanszírozott egészségügy állt és áll a mai napig a betegek rendelkezésére.

Az ígéretes és koncepciózus indulás később megfeneklett, a reformok kiüresedtek. Újraközpontosították a részben már decentralizált egészségügyet. Napjaink egészségügye lepusztult külsőt mutat, egyenetlen hozzáféréssel, rohamosan romló munkaerő ellátottsággal és szolgáltatói színvonalal. A betegek kiszolgáltatottsága annak ellenére korlátlan, hogy 1997-ben létrejött az új egészségügyi törvény, s benne a betegek jogait részletező fejezet. Tulajdonképpen minden egyes eleme az egészségügy mai rendszerének változás után kiált. Ebből a kilátástalan helyzetből próbál valamiféle kiutat találni az irányított betegellátás modellkísérlete, az IBM/IBR.¹

2. Az irányított betegellátás mint modellkísérlet

A magyar modellkísérlet részben az amerikai „managed care” rendszer egészségfenntartó-megőrző szervezeteit (HMO²), részben a brit egészségügyben korábban funkcionáló házi orvosok pénzalap gazdálkodását (GP Fundholding³) vette alapul; e mintákat jó néhány ponton módosítva, 1999. július 1-jével kezdte meg hivatalos, nyilvános útját a hazai egészségügyben.

A társadalmi kísérlet *általános egészségpolitikai célja* megtalálni azon szerveződések, amelyek a rendelkezésre álló közkiadásokból úgy használják fel az egészségügyre jutó forrásokat, hogy az kielégítse a különböző szintű hatékonysági kritériumokat, azaz a forrásokból több és jobb minőségű „egészséget” lehessen vásárolni, több „egészségnyereséget” lehessen elérni, mint amire a jelenlegi, hagyományos keretek között lehetőség nyílik. Amennyiben a technikai hatékonyság – amelynek kritériuma, hogy az adott szolgáltatást a legkisebb költség mellett állítsuk elő –, valamint az allokációs hatékonyság⁴ – vagyis hogy a társadalom tagjai számára a legnagyobb egészségnyereséget érjük el – terén javulást lehet

1 Eredetileg az „IBM” rövidítés volt használatos a modellkísérlet azonosítására, de az IBM multinacionális számítógépes cég tiltakozására áttértek az IBR, azaz „Irányított Betegellátási Rendszer” használatára. A cég helyében én örültem volna az ingyen reklámnak...

2 Health Maintenance Organization

3 General Practitioner Fundholding

4 E két fogalom pontos definíciója megtalálható Evetovits Tamás és Gaál Péter: „A félreérthetőség káros az egészségre” című cikkében (*Egészségügyi Menedzsment*, 2002. október–november).

elérni, úgy az ily módon felszabaduló forrásokat a biztosítottak javára lehet fordítani.

További elvárásként fogalmazódott meg, hogy a rendszer bevezetésével nem romolhatnak a biztosítottak szolgáltatásokhoz való hozzáféréseinek esélyei, sőt, amennyiben erre a feltételek adottakká válnak, úgy célként meghatározható a javulás a területi egyenlőtlenségek mérséklése terén.

Harmadik szempontként nevesíthető az az elvárás, miszerint olyan szerveződések kell életre hívni, amelyek nem igénylik az állandó, felülről történő beavatkozást, gyámkodást; egyfajta automatizmus mentén, kiszámítható környezetben, átlátható és kontrollálható működést eredményeznek. A hazai kísérlet elindítói esélyt láttak arra, hogy az irányított betegellátás modellezése során ilyen szervezetek kinőhetnek a rendszerből. Úgy találták, az IBR típusú hazai szerveződések előnye lehet a modell belső logikájától vezérelt, újfajta érdekeltég megteremtése, amely biztosítja a hagyományos, ellátási szintenként önállósult, fragmentálódott intézményi (kórházi, szakrendelői, háziorvosi) érdekeltég meghaladását.

Az irányított betegellátás modellkísérlete – az életre hívók reményei szerint – elvezet egy olyan egészségügyi szolgáltatokat magában foglaló rendszerhez, amelyben a beteg kiszolgáltatottsága jelentősen csökken, s e közben kontrollált körülmények között kiszámítható ellátást kap.

3. Fogalmi tájékozódás, előzmények

Mielőtt továbbmennénk, érdemes tisztázni, mit értünk irányított betegellátási modellen, s hogy milyen relevanciája lehet e modellnek Magyarországon. Nagyfokú leegyszerűsítésekkel kell élnünk, amikor a fogalom leírására vállalkozunk.

Maga a fogalom az amerikai *managed care* kifejezésből eredeztethető. Az elnevezés nem egy meghatározó típusú szervezetet takar, sokkal inkább gyűjtőfogalomként használatos. Az efféle szervezetek alapjellemzője, hogy közösségi díjszabáson alapuló költségkalkulációt alkalmaznak, amelynek következménye, hogy a hozzájuk közvetlenül feliratkozott állampolgároktól a szolgáltatási csomagokért előre rögzített, fix díjakat szednek. Egyéb téren magánbiztosítóként funkcionálnak, azaz szolgáltatásokat nyújtanak, illetve vásárolnak. A betegek a szolgáltatóknak csak egy meghatározott, szerződött csoportját kereshetik fel, amikor szolgáltatást szeretnének igénybe venni.⁵ Minél költségesebb beavatkozásra van szükség a betegek ellátása során, annál szorosabb kontroll vigyázza a költségeket, ellenőrzi az indokoltságot.

A „*case-management*”, a beteg útjának követése a szolgáltatók között bevált technikának számít, csakúgy, mint a „*care-management*”, amely vertikális integrációra utal az egymásra épített szolgáltatói hierarchiában. A háziorvosi szintű szolgáltatókat általában fejkvóta vagy fix fizetés alapján

⁵ Az utóbbi években változások tapasztalhatók ezen a téren: egyre több managed care szervezet (PPO, HMO stb.) teszi lehetővé – co-payment (lakossági önrész) fizetése ellenében – a szolgáltató szabadabb felkeresését.

finanszírozzák, fejkvóta esetében közös pénzügyi kockázat-megosztásban a managed care szervezettel.

A hazai IBR meghonosítói – élükön a veresegyházi Misszió Központtal – azonban nemcsak az amerikai tapasztalatokra építettek, amikor kísérletükbe belefogtak. Másik alapforrásukként a brit GP Fundholding-rendszert vették alapul. Ez egy háziorvosi csoportszerveződésen alapul: a központi pénzalapból fejkvóta alapján leutalt összegből gazdálkodva nyújtanak szolgáltatásokat és vásárolnak. A háziorvosi csoport a hozzájuk feliratkozott betegek számára „élesben” vásárolta meg mindazon szolgáltatásokat, amelyeket ő maga nem tudott nyújtani, így pl. a kórházi ellátást, gyógyszert stb. E többéves kísérletet – amely a toryk kormányzása alatt meglehetősen elterjedt – 1997-ben, a Munkáspárt győzelme után kibővítették, s egyúttal a felismerhetetlenségig megváltoztatták a gyógyszer-megtakarításban korábban eredményeket felmutató rendszert. Ma már primary care group-ok, illetve primary care trust-ok formájában próbálják megtartani mindazt, ami a GP Fundholding-rendszerben sikeres volt. Visszavonultak a versengés terén, és hosszú távú együttműködési megállapodások, valamint a helyi lakossági szükségleteken alapuló tervezés híveiként jeleskednek a mai munkáspárti egészségpolitikusok.⁶

4. A magyar modellkísérlet bemutatása

Az 1999-ben elindult, s azóta több ütemben bővülő magyar modellkísérletben a részvétel pályázat útján nyerhető el. A kezdeti 150 ezres létszám (9 ellátásszervezővel) 2004 szeptemberére 2 millió lakosra és 18 ellátásszervezőre bővült. Ez azt jelenti, hogy ma már minden ötödik magyar állampolgár ilyen keretek között kapja az egészségügyi ellátását, a házi-orvostól a kórházi ellátásig bezárólag. A politika érdeklődése az utóbbi évben túlságosan megnőtt a modellkísérlet iránt, aminek az lett a következménye, hogy egyre több, politikushoz közvetlenül köthető szervező nyert bebocsátást, legutóbb éppen szeptemberben, az IBR „falai” közé.

A hazai kísérletezés során a központilag begyűjtött, döntően járulék-ból származó egészségbiztosítási bevételeket az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) korrigált fejkvóta⁷ segítségével osztja szét az IBR szervezetek, az ún. ellátásszervezők számára. A fejkvótából származó bevétel minden egyes szervezet ún. elvi folyószámláján landol, amelyből egyelőre az OEP finanszírozza közvetlenül az állampolgárok által igény-

⁶ Ez alól egyedül a kórházi szektor jelent kivételt. E téren nagy vihart kavарva igyekeznek megvalósítani az ún. „Fundation Hospital” elnevezésű, sokak szemében privatizációként értelmezett törekvésüket.

⁷ Az életkort, nemet, valamint a krónikus vesedialízis kezeléseket veszi figyelembe a fejkvóta korrekciója.

HAZAI KÖRKÉP

be vett szolgáltatásokat⁸. Az év végi elszámoláskor a pozitív szaldót majdnem teljes körűen kifizetik, míg a negatív szaldó következmények nélkül marad. (Ez utóbbiért sok támadás éri a programot.) A modellkísérletben való részvétel feltétele a különféle szűrő-, illetve prevenció programok elindítása, a betegek útjának nyomon követése, valamint az ellátás nyújtása terén a közös protokollok kialakítása. Emellett érvényesülnek a bizonyítékokon alapuló orvoslás, gyógyítás eredményei, kiegészülve a költségkalkulációkkal.

1. táblázat IBR-hez tartozó lakossági létszám és szervező létszám alakulása 1999–2004 között

	Ellátásszervezők száma (db)	Lakossági létszám (fő)
1999. július	9	150 000
2000. január	5	90 000
2000. november	5	200 000
2001. január	5	250 000
2001. június	7	500 000
2003. július	11	1 000 000
2004. március	11	1 300 000
2004. szeptember	18	2 000 000

Forrás: Országos Egészségbiztosítási Pénztár

Amennyiben a hazai modellt a két, korábban röviden ismertetett külföldi mintamoddellel hasonlítjuk össze, azt tapasztaljuk, hogy a hazai működés technikai feltételei inkább a GP Fundholding korai szakaszára emlékeztetnek, míg a működtetésben alkalmazott eszközök tekintetében az amerikai „managed care” modell szolgált iránymutatóként.⁹

A hazai IBR modellkísérlet igen egyszerű logikán alapul: válassz ki pályázat útján egy egészségügyi szolgáltatót¹⁰, amely vállalja a felelősséget az állampolgárok ellátásának megszervezéséért; amely hajlandó a többi szolgáltatót (is) instruálni, gyógyítási protokollokat képezni, oktatni a házi-orvosokat a definitív ellátás nyújtásának érdekében; adj ennek a szervezetnek pénzt, amiből ki tudja fizetni a felmerülő szolgáltatásokat, és adj neki felhatalmazást illetve hatáskört, hogy tudja gyűjteni az információkat az állampolgárok által igénybe vett szolgáltatásokról. A kapott információk segítségével elkészített elemzések alapján a szervező – ideális

8 Magyarországon ellátási szintektől függően változik az egészségügyi szolgáltatók finanszírozása. A kórházak esetében az 1993-ban bevezetésre került ún. homogén betegcsoportok (HBCS) szerinti finanszírozási technika használatos, amely az amerikai DRG (diagnosis related group) magyar adaptációjaként értelmezhető. Ezzel szemben a járóbeteg szakellátásban az ún. német pontrendszer, amely némi pongyolással ‘fee for service’ technikának, azaz tételes elszámolásnak tekinthető, került 1993-ban alkalmazásra. A házi-orvosi ellátás esetében 1992 óta a bejelentkezett lakosok után elszámolt fejkvóta használatos – angol mintára.

9 A tanulmány végén található összehasonlító táblázat további eligazítást ad a modellek közötti azonosságok, különbségek felfedezésére.

10 Lehet kórház, szakrendelő, háziorvos, sőt újabban laborszolgáltatást nyújtó szervezet is (ez utóbbi nonszensz!).

esetben – megpróbálja befolyásolni a többi szolgáltató tevékenységét, igyekszik a háziorvosokon keresztül a betegeket lebeszélni az indokolatlan igénybevételről, igyekszik egyértelműsíteni, meghatározni a beteg legrövidebb útját a szükséges szolgáltatóig, a szükséges szolgáltatásig.

Az IBR-ben részt vevő, háziorvosokhoz feliratkozott állampolgárok létszáma az egyes modellkörzeteket tekintve nagy szórást mutatva: 75–240 ezer fő között mozog. A legnagyobb szervezet a veresegyházi Misszió Kht., amely Somody Imre és a helyi polgármesteri hivatal közös vállalkozása. Elindításában sok szakértő vett részt, a Magyar Tudományos Akadémia is támogatta a kezdeményezést, a Losonczi Ágnes vezette munkacsoporttal az élen.

Az állampolgárok részvétele a modellkísérletben nem tudatos vállalás eredménye, hiszen a háziorvosaikon keresztül kerülnek a kísérletbe; amennyiben kifogásuk van ellene, átléphetnek egy másik háziorvoshoz, aki nem vesz részt az IBR-ben. Az olyan körzetekben, ahol minden háziorvos tagja az IBR-nek, nehézkes a választás jogának, a kimaradás szándékának érvényesítése, emiatt ugyancsak sokan támadják a kísérletet. A 'dolog' pikantériája, hogy az állampolgárok jobban szeretnének benne lenni a kísérletben, mint maguk a háziorvosok, akik nem vágnak arra, hogy az ellátásszervező, a fő organizátor belelásson „lapjaikba”, azaz informatikai rendszeren keresztül figyelje, ellenőrizze, melyik háziorvos mikor, kinek írt fel receptet, s az vajon indokolt volt-e a rendelkezésre álló gyógyítási protokollok alapján.

5. A magyar modellkísérlet jellemzői

A magyar modellkísérlet néhány jellemző ismervét célszerű összefoglalni, annál is inkább, mert érdemes elhelyezni az egészségpolitikai történekek eddigi sodrában. Megállapításaink között *első tétel*, hogy az IBR új típusú szerveződési forma, amely a biztosítói (talán helyesebb erre a „finanszírozó” kifejezés) illetve szolgáltatói oldalon jelentkező *hagyományos érdekmegosztottságot feloldja*, „egynemű” érdekeltséget teremtve a minél hatékonyabb ellátás nyújtására, anélkül, hogy megbontaná a jelenleg érvényesülő igazságossági-méltányossági elveket.

Második tétel: az IBR modellszervezője új szereplő a hazai egészségügy palettáján: *felvállalja azt az ellátásszervezői funkciót*, amely eddig is jelen volt az egészségügyben, csak ellátatlan maradt. A korábbi struktúrában véleményem szerint leginkább az állam illetve a tulajdonos, az esetek többségében az önkormányzatok feladata lett volna az ellátásszervezői funkció vállalása, de többségük nem vett erről tudomást. Igaz, különösebb érdekeltségük sem fűződött ennek felismeréséhez.

Harmadik tétel: az IBR abban is egyedülálló, hogy *a hagyományos szolgáltatói struktúrába beemeli az eddigi mostoha funkciót, a prevenciót*, és szisztematikusan kiépíti annak különböző szintjeit. Ehhez kapcsolódik az egészségügy, egészségvédelem társadalmasítása, beépítése a lakókörnyezetbe, hogy így az egészségmegőrzést és -védelmet a mindennapok feladatává tegye, széles körű lakossági háttérrel megsegítve.

Negyedik tétel: a szolgáltatásvásárlási funkció¹¹ a hazai egészségügyi rendszerben, az ellátásszervezői feladatokhoz hasonlóan teljesen hiányzó, vagy legjobb esetben is csak részlegesen betöltött szerepkör. E funkció néhány elemét a prevenció szolgáltatások terén, valamint a megtakarítások terhére történő vásárlások esetében már most beépítették a kísérletbe, további bővülés az eddigi működési keretek, érdekeltégi viszonyok jelentős meghaladását eredményezné.

Amennyiben a politika szintjén döntést hoznának a szolgáltatásvásárlási funkció teljes körű beépítésére vonatkozóan, a már rendszerszerűen működő IBR modellek körében, a funkció már nem működhetne elvi folyószámlán – a modellszervezőknek ebben az esetben nagyon is valószínűs pénzzel kéne rendelkezniük ahhoz, hogy vásárolni tudjanak, s ehhez kapcsolódóan a szolgáltatások között szelektálhassanak. Erre csak akkor kerülhet sor, ha a fejkvótában a kockázatoknak legalább akkora százalékát le tudjuk fedni, mint amekkora lefedésre a nyugat-európai forrásallokációs modellek (pl. hollandok) képesek. Kompenzációs mechanizmusok működtetésére ebben az esetben is szükség lesz.

Természetesen a vásárlói funkció modell szintű megjelenésének nem kell feltétlenül együtt járnia az *egységes finanszírozás technikájának megváltozásával*, de együtt is járhat azzal. A modellezésben résztvevőknek jól nevesíthető érdekük mutatkozik meg abban, hogy a szolgáltatók felé történő finanszírozás módja, az elszámolás technikája is megváltozzék.

6. Az irányított betegellátás és a hazai egészségügy struktúrájának változásai

Érdemes rövid vizsgálódást folytatni annak tárgyában, milyen horderejű változások történtek az egészségügyi rendszer meghatározó strukturális elemeiben az IBR színre lépésével. Erre a vizsgálódásra azért is érdemes időt szakítanunk, mert így felmérhetjük, hogy egy esetleges országos kiterjesztés esetén mekkora változásokat indukálna a hazai rendszerben az irányított betegellátás intézményesítése jelen állapotában.

A strukturális elemek sorában a következőkre koncentrálnunk:

1. Tulajdonviszonyok (az egészségügyi szolgáltató intézmények tulajdonformái)
2. Működési formák (az egészségügyi szolgáltató intézmények működési formái)
3. Finanszírozási csatornák, forrásteremtés (az egészségügybe érkező pénzek forrásai)
4. Finanszírozási technikák (az egészségügyi szolgáltatók finanszírozási módjai)
5. Forrásallokációs technikák (a finanszírozó, az esetleges köztes szer-

¹¹ A szolgáltatásvásárlási funkció leegyszerűsítve azt jelenti, hogy az adott szervezet dönt a vásárolandó szolgáltatás tartalmáról, szelektál a felkínálkozó szolgáltatók között, megállapodik a finanszírozás, ellentételezés módjáról, áráról, és végül ellenőrzi a nyújtott szolgáltatást.

vezet és a szolgáltató közötti elszámolás módjai; az esetek többségében egybeesnek a finanszírozási technikákkal)

6. Betegek irányítása a rendszerben (jogszabályok által definiált mozgástér a betegek számára, szabad orvosválasztás kérdése)

7. Szolgáltatók helyzete a rendszerben (szerződéskötés jogosultsága, piacra lépés lehetősége)

8. Árképzés mechanizmusa (hogyan keletkezik ár a rendszerben)

A vizsgálódás eredményeit a 2. táblázatban foglaltuk össze.

2. táblázat A hagyományos egészségügy és az irányított betegellátás összehasonlítása a egészségügy rendszer strukturális elemei mentén

Strukturális elemek	Hagyományos egészségügy (IBR-en kívüli világ)	Irányított betegellátás (IBR)
Tulajdonviszonyok	Önkormányzati tulajdon Állami tulajdon Magántulajdon Egyházi tulajdon	Nincs változás ezen a téren, mivel egyetlen tulajdonforma sincs kizárva az IBR-ből.
Intézményi működési formák	Költségvetési intézmény Közhasznú szervezet Gazdasági társaságként működő szervezet	Nincs változás ezen a téren, mivel egyetlen működési forma sincs kizárva az IBR-ből.
Finanszírozási csatornák, forrásteremtés	Társadalombiztosítási járulék Adóbevételek Magánforrások (co-payment, paraszolvencia, magánbiztosítás stb.)	Nincs változás ezen a téren; amit inkább egyértelműsíteni kell, az annak a jelenségnek a tudomásul vétele, hogy az IBR keretei között is jelen van a paraszolvencia
Finanszírozási technikák	Fejkvóta (háziorvosi ellátás) Német pontrendszer (járóbeteg szakellátás) HBCS (kórház)	Nincs változás, érintetlenül hagyja ezt a területet is
Forrásallokációs technikák	Nem válik el a finanszírozási technikától, a kettő ugyanaz	E kettő elválik egymástól, új elemként belép a fejkvótán alapuló – ellátásszervezőhöz irányuló – forráselosztás
Betegek irányítása a rendszerben	Szabad orvosválasztás van az alapellátásban és néhány járóbeteg szakrendelésnél, a mindennapi gyakorlatban azonban nincs betegirányítás, nincs betegbeutalás	Nincs hivatalosan deklarált változás ezen a téren, a mindennapi gyakorlatban kismértékű elmozdulás regisztrált a szigorodás irányába
Szolgáltatók helye a rendszerben	Nincs szabad piacra lépés Szerződéses kapcsolat a társadalombiztosítással	Nincs változás ezen a területen Új szerződéssel bővül, az ellátásszervezővel megkötött szerződés alapján, s ez új típusú kapcsolatot eredményez finanszírozó és szolgáltató között
Árképzés mechanizmusa	Központosított technika az OEP, ESZCSM és PM háromszögében	Nincs változás ezen a téren

A kapott képet nyilvánvalóan tovább lehetne árnyalni újabb elemek bevonásával, mégis megnyugtató, vagy éppenséggel felzaklató (attól függően, hogy melyik oldalról szemléljük az információkat), hogy mennyire kevés ponton változtatott a hazai egészségügy struktúráján, alappillérein az eddig bevezetett modell. Ha végigtekintünk a táblázaton, jól látható, hogy csupán egy elem mutatkozik meghatározónak, és egyúttal a változások indukálójának: a fejkvótán alapuló forrásallokáció, amelynek megjelenése néhány más elemre is kihat a rendszerben. Befolyással bír az ellátásszervező és a szolgáltatók között létrejövő új típusú kapcsolatra, újfajta érdekeltség megteremtését teszi lehetővé, amely a struktúra alsóbb elemeihez is eljuthat. Csökkenti a beteg és az orvos között meglévő információs aszimmetriát azzal, hogy a beteget mind inkább partnernek tekinti a gyógyítás folyamatában.

Az egészségügyi rendszer legfinomabb szövétéig hatolnak ezek a változások, pontosan addig a mélységig, ameddig a korábbi reformokkal nem sikerült eljutni: *az alapellátás intézményi szintjéig*. Úgy is fogalmazhatnánk: a korábbi időkben, a nyolcvanas évek végén, a kilencvenes évek elején végbement strukturális átalakítások biztosították a mostani változások intézményi szintű fogadó közegét.

7. Az eddigi tapasztalatok, eredmények

7.1. Az IBR pénzügyi sikerességének kérdése

Az ellátásszervezők a 2003. esztendőöt vegyes pénzügyi eredménnyel zárták. Közülük a többségnek – az akkor még 11 ellátásszervezőből hétnek – az elvi folyószámláján a mérleg „megtakarítást” mutatott, míg négy szervezet negatív mérleget produkált, azaz a korrigált fejkvóta alapú bevételeinek és szolgáltatások kiadásainak egyenlege negatív volt. Az elmúlt több mint öt esztendő együttes pénzügyi eredménye + 6 százalék körül mozog, amely érthetően felkeltette a politikusok érdeklődését. A legnagyobb „megtakarítást” felmutató szervezet a csornai kórház, a maga 12 százalék körüli értékével.

A pénzügyi eredményesség mibenlétének megítélésében óvatosan kell eljárnia minden elemzőnek, mivel a pozitív szaldónak legalább négy összetevője lehet, *s ezen okok, összetevők egymást erősíthetik illetve gyengíthetik*:

Az első lehetséges ok: a képződött megtakarítások egyik alapvető és „legszívesebben látott” forrása *az ellátásszervező menedzseri munkájából*, a „care-management” és „case-management” együttes jelenlétéből fakadhat, köszönhetően annak, hogy a szervező maga figyeli a beteg útját, monitorozza a szolgáltatásokat az ellátóknál, a képződött költségeket, befolyásolja a háziorvosok kezelési, gyógyszerelési szokásait, szűkítve az indokolatlan, nem költségghatékony beavatkozások körét. Az irányított betegellátást a döntéshozók elsősorban ezért vezették be 1999-ben, hogy esélyt adjanak a betegeknek a kiszámítható, kontrollált körülmények között nyújtott ellátás igénybevételére. Amennyiben a jobban menedzselte

ellátás szolgáltatja a domináns elemet a megtakarítások képződésében, úgy országosan is várható megtakarítás a rendszer kiterjesztésével.

A második lehetséges ok: az elérhető szolgáltatói kapacitások területileg egyenlőtlenül oszlanak el, s ez alapvetően befolyásolja a szolgáltatásokhoz való hozzáférést. A mindenkori kérdés annak elemzése, hogy az adott térségek miként viszonyulnak az országosan rendelkezésre álló, átlagos kapacitásokhoz. Abban az esetben ugyanis, ha egy-egy térségben az átlagosnál jobb az elérhető szolgáltatói kapacitás köre, várhatóan magasabb az e területeken képződő, szolgáltatói oldalról jelentkező költség mégpedig a „supplier induced demand”, a „szolgáltató által indukált kereslet” törvényszerűség érvényesülésének köszönhetően.

Amennyiben egyes ellátásszervezők esetében az átlagosnál alacsonyabb lenne a kapacitásokhoz való hozzáférés, s ennek köszönhetően a képződött költség, úgy az csak virtuális megtakarítást eredményez.

A pénzügyi megtakarítás elmaradása egyébként nem jelenti a modell sikertelenségét, mivel az irányított betegellátás alapvető célja nem feltétlenül a pénzügyi eredményesség ill. a megtakarítási hajlam növelése, hanem sokkal inkább az ellátás minőségi elemei, a kiszámíthatóbb ellátás felé való elmozdulás.

A harmadik lehetséges ok: az ország lakosságának egészségi állapotában is mutatkoznak területi egyenetlenségek. Vannak térségek, ahol a születéskor várható átlagos élettartam megközelíti a nyugat-európaiat, míg másutt akár öt-hat évvel is alacsonyabb lehet. Morbiditási adataink ugyan országos szinten nem ismertek, de következtetni ezekből és más adatokból is lehet. Az alacsonyabb morbiditás – némi leegyszerűsítésekkel élve – alacsonyabb igénybevételt feltételez, aminek a következménye a már jól ismert alacsonyabb szolgáltatói költség.

Amennyiben azért keletkezik megtakarítás, mert valahol alacsonyabb morbiditással bíró, alacsonyabb rizikójú lakosság él nagyobb arányban, mint más területeken, ez azt jelenti, hogy a fejkvóta – melyet elsősorban korra és nemre korrigáltan számoltak ki – nem kezeli jól a fenti tényezőkből eredő kockázatot. Mindez azzal jár együtt, hogy a fiatalabb ill. alacsonyabb rizikójú, ebből fakadóan alacsonyabb költséget „eredményező” lakosság átlagosnál gyakoribb kísérletbe kerülése – minden ellátásszervezői beavatkozás nélkül is – automatikusan megtakarítást eredményezhet egy-egy ellátásszervezőnél. Amennyiben ez szolgáltatná a megtakarítások képződésében a domináns elemet, úgy a modell országos kiterjesztése ugyancsak nem járna együtt tényleges pénzügyi megtakarítással.

A negyedik lehetséges okként kötelező megemlíteni a bevezetést pártolók által legkevésbé „szívesen látott” okot, az alulkezelést, amely a szükséges ellátások mellőzésében, az egészségi állapotból nem fakadó, indokolatlan hozzáférés-szűkítésben ölt testet, s amely ugyancsak megtakarítást eredményezhet rövid távon az ellátásszervező számláján.¹²

12 Korábbi írásaimban még úgy foglaltam állást ebben a kérdésben, nincs bizonyíték arra vonatkozóan, hogy ez megtörténik. Ma már sokkal kevésbé vagyok biztos abban, nincs-e információ az alulkezelés tényéről az OEP vezetőinek kezében az ellátásszervezők adatait monitorozva, de ezeket nem hozzák nyilvánosságra. Ahhoz, hogy ez ne következhesse be rendszerszerűen, garanciák kiépítésére van szükség, de erről később több információ található a tanulmányban.

A fenti, rövid számvetés pusztán alapidilemmákat nevesít a fejkvótából képződő virtuális és valóságos megtakarítások lehetséges okairól. A tényleges helyzet ennél sokszínűbb, árnyaltabb, de mindmáig részletes elemzésre vár. Az elemzések elvégzéséhez szakemberekre és pénzre lenne szükség. Pillanatnyilag mindkettő hiányától szenved az irányító apparátus.

A fejkvóta kockázatkezelő „képessége” egyébként jól javítható, kiigazítható az egy ellátásszervezőhöz tartozó lakosság létszámának növelésével. Nem véletlen, hogy az évről évre lezajló bővítések során az ellátásszervezők úgymond egyre nagyobb létszámmal rendelkeznek. A Misszió által ellátott lakosság létszáma például öt év alatt felment 13 ezerről 240 ezerre.

Ha a vizsgálandó kérdésre, azaz a fenti négy tényező közül melyik szolgál leginkább magyarázatul a pozitív szaldó kialakulásában, egyelőre nem is tudunk biztos választ adni, mégis van értelme néhány korlátozott érvényű megállapítást tenni, amely jelzi, hogy az IBR rendszer működtetéséből fakad valamilyen mérvű hatékonyság javulás.

Így megállapítható¹³, hogy a fejkvóta alapján leutalt pénzüsszegekből azok az ellátásszervezők tudtak nagyobb megtakarítást elérni, akiknek volt lehetőségük az alapellátást meghaladó mértékben befolyást gyakorolni az ellátó szolgálatok teljesítményeire, azaz a járóbeteg szakellátás valamint a fekvőbetegellátás teljesítményeire.

Hipotetikus jelleggel azonosítottunk néhány tényezőt, amelyek még szerepet játszhatnak a megtakarítások mértékében:

1. A szolgáltatók között szerződésekből szabályozott kapcsolatok milyensége, az érdekeltségi rendszer összetevői;
2. Szakmai protokollfejlesztések, azok egységes használata; betegutak nyomon-követésére alkalmas rendszer használata;
3. Orvosok, nővérek célzott irányú képzése, továbbképzése;
4. Közvetlen lakossági kapcsolatok, programok, amelyek egyúttal az egészségnevelést is szolgálják.

Néhány szervező, az eszközök körét bővítendő, szívesen korlátozná (tovább) a betegek orvoshoz fordulását, jelezve, a betegbeutalás mai, kissé kaotikusan szabályozott rendje módosításra, szigorításra szorul. Erre azonban jogászok pillanatnyilag nem látnak esélyt. (A „para” világában egyébként is reménytelen vállalkozás lenne.)

13 2001 decemberében felállt egy bizottság az Egészségügyi Minisztériumhoz tartozó egyik háttérintézményben, a MEDINFO-ban (tagjai kezdetben: Evetovits Tamás, Heves István, Kincses Gyula, Kuntár Ágnes, Matejka Zsuzsa, Nyers Ágnes valamint Sinkó Eszter, később Matejka Zsuzsa kiszállt, helyére Somlai András került), hogy szisztematikus elemzést végezzen az akkor még csak hét ellátásszervező körében, de 2002 nyarára elfogyott a kutatásra szánt pénz. A bizottság addig elvégzett kutatásának eredményeit önálló MEDINFO kiadványban publikálta 2002 augusztusában.

7.2. Az IBR szakmai sikerességének kérdése

Ami a szakmai eredményességet illeti, megállapítható, hogy e területen az IBR-ben szereplő szervezetek fokozatos fejlődésen mennek keresztül – köszönhetően az újfajta ösztönzésnek, a megtakarításban való részesedésnek, valamint az olyan feladatok átvállalásának, amelyeket eddig részben az önkormányzatok, részben az OEP/MEP-ek láttak el. Ezt a fejlődést segíteni, támogatni lehet ugyan hatékonyabban, siettetni azonban nem szabad. A siettetés miatt félt, hogy éppen a lényegét, a szolgáltatók autonóm módon történő szerves fejlődését veszítjük el. A fokozatos építkezés kívülről nézve esetenként lassúnak tűnhet, azonban tolerálandó, mivel a szervezetek most pótolják azokat a hiányosságokat, amelyeket az eddigi évtizedek alatt felhalmoztak.

Az építkezés egyik terepe a modellben részt vevő szolgáltatók *megnövekedett prevencióis tevékenysége*. Ez egyértelműen érzékelhető változást indukált az alapellátásban, mivel a tevékenység OEP forrásokból, többlettámogatás formájában *kiemelten ösztönzött és ellenőrzött* aktivitássá vált.

Az informatikai háttér kiépítése lehetővé tette az ellátásszervező és a szolgáltatók közötti kommunikáció kiépítését, az adatok áramoltatását, ami nélkülözhetetlen a szervezők irányítói funkcióinak ellátásában. Olyan elemzéseket végezhetnek el nap mint nap, amelyek eddig legfeljebb egyedi kutatói kíváncsiságot elégítettek ki, ám eközben a begyűjtött adatok szisztematikus feldolgozása aligha történhetett meg. A társadalombiztosítási azonosító jel (taj) alapú nyilvántartás lehetővé teszi az adatok, információk összekapcsolását, s ezen keresztül a beteg útjának tényleges nyomon követhetőségét.¹⁴

Az 1992 óta szakmai kontroll nélkül maradt házi orvos nemcsak együttműködő partnerre talált az ellátásszervező „személyében”, de a közös képzések, melyeken a részvételt anyagilag is ösztönzik – a kollegialitás új csíráit hordozhatják magukban. A közös protokollok kialakítása is olyan fejlődési stádium egy-egy szervező esetében, amit nem szabad megspórolni. A protokollok szerinti ellátásra törekvés ma már meghatározó eleme a rendszernek, így a protokollok betartatásának a korábbiakhoz képest nagyobb szerepet kell kapnia. Ez azért is fontos, mert a protokollokkal elérkeztünk a *következő dilemmáig*, amely – mint erre már történt utalás – kihathat a képződött megtakarítás lehetséges okaira is.

Tagadhatatlanul fennáll az *alulgondozás, alulkezelés veszélye*, annál is inkább, mivel olyan ösztönzött emel a rendszer kereteibe, amely eddig hiányzott, legalábbis az alapellátásban. Az IBR-en kívüli, ún. hagyományos ellátás esetében ma a házi orvost nem tesz érdekeltté semmi abban, hogy csökkentse a rendszerben általa generált költségeket, és abban sincs érdekeltsége – a saját lelkiismeretén túlmenően –, hogy a beteg mielőbb gyógyultan távozzon a rendelőből. Kimutatható, hogy azon praxisokban, melyek közelében szakrendelések működnek, az átlagot meghaladó a továbbküldési arány – függetlenül a lakosság egészségi állapotától.

¹⁴ Az adatvédelmi biztos folyamatosan támadja az IBR-t amiatt, hogy a szervezőknek nincs adatkezelési jogosultságuk – jogszabályban rögzítetten. Igaza van.

Az IBR-ben ehhez képest néhány ponton szignifikáns különbség jelei rajzolódnak ki: a házi orvosnak számít, hogy mennyi gyógyszert ír fel a pacienseknek, mivel tudja, hogy ezzel jelentős költséget képes generálni a rendszerben, ami automatikusan csökkenti a megtakarításból való részesedését. Az is számít, hogy betege hány szakorvost keres fel, mivel a szakorvosok a házi orvoshoz képest magasabb költségekkel dolgoznak. A szakmák csúcsát jelentő kórházi ellátás költséggeneráló hatása pedig többszöröse az alapellátásénak. Érthető, ha a házi orvos szorosabb együttműködést kíván kiépíteni a kórházi orvosokkal. A kórházi orvosok fogadókészsége egyelőre kicsi a mai ösztönzők mellett.

Tekintettel arra, hogy jelenleg nincs *intézményes akadály az alulkezelés útjában, sem az IBR-ben, sem a hagyományos ellátás keretei között*, mindenképpen komoly energiát kell szentelni az ellenszerként használható közös gyógyítási protokollok kialakításának felgyorsítására, ellátásszervezői oldalról ennek betartatására, az ellenőrzés kifejlesztésére, valamint a korábban már emlegetett együttes képzések bővítésére, sűrítésére, és arra, hogy rigorózus módon működhessen a számonkérés.

Ami a betegutak figyelését illeti: számítógépes szoftverek kifejlesztése nélkül megoldhatatlan kihívást jelent ennek a feladatnak a végrehajtása az ellátásszervezők számára. Ezért öröndetes, hogy a modellek összefogtak, többen ugyanazt a rendszert használják, ily módon jobb minőségű adatot szolgáltatnak, mint amilyenek fogadására ma az OEP képes. E rendszerek hatékony működtetése egyaránt kihat a pénzügyi és szakmai eredményességre.

A szakmai fejlesztések másik meghatározó terepét az újonnan szervezett szolgáltatások valamint a prevenció területén nyújtott teljesítmények jellemzik. Mindegyik ellátásszervező több prevenció programot visz, s az évek során egyre kiterjedtebb formában valósítja meg a megelőzés különböző szintjeit. Vannak olyan szűrőprogramok, amelyek az adott térség veszélyeztetett populációját 100 százalékban lefedi, nemcsak a gyermek, hanem a felnőtt lakosság körében is. E programok kommunikációja a lakosság felé egyre javul, több csatornán (helyi rádió, tv, írott sajtó, klubszerű foglalkozások, kiadványok stb.) tesznek kísérletet arra, hogy minél szélesebb körben megnyerjék a helyi közösséget a mindennapos életmódot befolyásoló programoktól a szűrésekig bezárólag a legkülönbözőbb projektekhez.

A szűrő-gondozó programok eredményeinek egységes értékelése egyelőre még nem megoldott, de ezzel kapcsolatosan már elindult egy szakmai műhelymunka az ellátásszervezők közreműködésével a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központban. Az azonban vitathatatlan, hogy a szervezők az IBR indulása óta olyan szolgáltatásokat is elérhetővé tettek a lakosok számára, amelyekre korábban nem nyílt lehetőség. A szolgáltatások megszüntetésére a MEDINFO bizottság felmérése szerint nem hozott senki sem példát. Az OEP az esetek többségében befogadta az új tevékenységeket, elsősorban normán felülként, mivel az ellátásszervezők nem tudtak befolyást gyakorolni a területi kapacitásokat lekötő egyezségekre. Ezen új szolgáltatásoknak egyértelműen örülni lehet, mivel javítják az ellátás helyi körülményeit, nem egy esetben csökkentve az egy ellátott betegre eső gyógyítási költségeket. Az örömök el-

lenére látni kell, hogy amennyiben a jövőben a területi szolgáltatási kapacitások alakulásába az IBR-ek nem szólhatnak bele, úgy további párhuzamos ellátások keletkezhetnek, növelve a szűk anyagi forrásokért folytatott elkeseredett versenyt.

A jelenlegi kormányzati ciklusban hívták életre a Regionális Egészségügyi Tanácsokat (RET), melyek a régiók szerinti egészségügyi fejlesztéseket, pénzallokációt tűzik ki célként, figyelmen kívül hagyva az IBR-t, mint újfajta allokációs mechanizmust. Főhet a politikusok feje, hogy miként egyeztetik össze a két eltérő logikát képviselő elképzelést.

7.3. Az IBR funkcionális sikerességének kérdése

A szakmai és pénzügyi tapasztalatokon túlmenően hasznos lehet összefoglalni, hogy az IBR eddigi működéséből milyen, az egészségügyet a funkcionalitás, az automatikus működtetés szempontjából érintő tapasztalatok írhatók le.

1. A mai kísérlet keretei között az ellátásszervező kizárólag szolgáltató lehet. Ennek azért van jelentősége, mert

- hiteles információ képezi, képezheti a betegért való felelősség vállalásának, illetve felelősség viselésének alapját;
- a szolgáltatóktól hiteles információhoz csupán akkor lehet hozzájutni, ha az ellátásszervező egyben szolgáltató. Ellenkező esetben a szolgáltató mindig a finanszírozó „megvezetésére” játszik. A „megvezetés” ellenszerűl szolgáló ellenőrzések rendszerének kiépítése igen költséges;
- az orvos–beteg kapcsolatban újra megjelenik, megjelenhet a rég elfeledett bizalmi viszony, mivel a háziorvos megpróbál felelős „gazdája” lenni a betegnek;
- az elmúlt négy-öt esztendő során bebizonyosodott, hogy az ellátásszervezők csak akkor tudják hatékonyan és hitelesen menedzselni a protokollképzést, ha egyben szolgáltatók is. Így összefogva a többi szolgáltatóval lehetőség nyílik olyan protokollok kialakítására, melyeket az egészségügyi szakma elfogad, és érdekeltségtől függően hajlandó is betartani;
- a betegségmenedzsment (disease management) klasszikus eszközeit ezen a módon tudják hatékonyan alkalmazni, alkalmaztatni, ugyanis nincsenek távol a szolgáltatóktól.

2. A fejkvótán keresztül érvényesülő leosztással új erőforrás-allokációs mechanizmus lépett be, megteremtve ezzel a jelenlegi egyenlőtlen egészségbiztosítási támogatási elosztás korrigálási lehetőségeit.

3. Az irányított betegellátási rendszer eddigi gyakorlata megváltoztatta a szolgáltatók és a finanszírozó közötti kapcsolat jellegét, s új érdekeltségi alapokra helyezte azt. A szervező-szolgáltató a fejkvótás leosztás révén érdekeltté vált a rendelkezésre álló erőforrások hatékony felhasználásában. De új kapcsolat fogalmazódott meg a szervező és a többi szolgáltató között is, mert annak érdekében, hogy eredményes munkát tudjon végezni, a szervező partneri viszony kialakítására törekszik a többi szolgáltatóval.

4. Ugyancsak ehhez kapcsolódik a háziorvosok havonta többszöri ta-

lálkozásának jelentősége, ami alapja a közös továbbképzéseknek, s egyúttal a konszenzuson alapuló eljárásrendek kialakítását teszi lehetővé. Emellett a házi orvos szakmai segítséget is kérhet és kaphat saját társaitól, illetve a szakorvosoktól az esetmegbeszéléseken. Erre a házi orvosoknak nagy szükségük van.

5. Az IBR olyan adat- illetve információforrást eredményezett, amely eddig elképzelhetetlennek és megvalósíthatatlannak tűnt a rendszerben. Az adatszolgáltatás feltételei, körülményei minden eddiginél megbízhatóbbá, kontrolláltabbá váltak az irányított betegellátásban, de még így is súlyos hiányosságokkal terheltek.

6. A szervezők jelenleg olyan elemző feladatokat képesek ellátni, melyekre egy központi apparátus képtelen lenne, de az ellátás fejlesztése érdekében nélkülözhetetlen tevékenységről van szó.

7. Önálló kérdéskör a jelenlegi IBR-ben a betegek helyzete, helyzetük esetleges változása.

- A betegek helyzetében, jogaik érvényre juttatásában nem regisztrálható változás az ellátásszervezők megjelenésével.

- Amennyiben az IBR-hez csatlakozó házi orvos elmulasztotta tájékoztatni betegét az IBR-hez csatlakozás tényéről, akkor biztosan sérült a beteg tájékozódáshoz való joga. A házi orvoshoz feliratkozott pacienseknek azonban jelenleg joga van mérlegelni az információkat, és ennek alapján dönteni arról, hogy marad-e vagy átmegy inkább egy másik körzetbe, már amennyiben van választási lehetősége.

- Itt kell megemlíteni ugyanennek a kérdéskörnek egy másik fontos aspektusát: vajon mi védi a beteget az IBR-ben attól, hogy házi orvos a egyszerűen kirakja a körzetéből, ha számára költséges betegnek bizonyul? Erre egyelőre nincs jó válasz, jelenleg csak az OEP egyedi vizsgálatai szabhatnak ennek gátat. Egyértelműnek látszik, hogy amennyiben továbbra is a jelenlegi rendszer maradna fenn, olyan garanciális szabályokat kéne kidolgozni, amelyek megakadályozzák ennek bekövetkeztét.

8. Az irányított betegellátási kísérlet eddigi történetének teljes körű, egészségpolitikai, orvosszakmai, betegjogi kiértékelését eddig nem végezték el. Az OEP négyéves értékelése ehhez jó, de nem elégséges alapot szolgáltat. Minden komolyabb beavatkozás, változtatás előtt illenék mélyreható elemzést elkészíteni, a politika azonban ezt a fázist mindig szereti megspórolni.

8. Radnai György és csapatának elképzelése a modellkísérlet kereteinek megváltoztatására – az ellátásszervezésről szóló törvénytervezet féléves története

2003 nyaráig egy *alulról jövő*, az intézményektől érkező, *önkéntes alapokon álló kezdeményezésként* üdvözölhattük az IBR megjelenését, amely nem rúgta fel az 1989–1990 óta funkcionáló magyar egészségügy meglévő működési kereteit. Az „észrevétlen”, vagy ha úgy tetszik, „lopakodó” reform elnevezést is ennek köszönhetette. A helyzet egy esztendő óta alapvetően

megváltozott: a politika zászlajára emelte az elképzelést, jócskán változtatva az addigi gondolkodás keretein.

2004. márciusban láttak először napvilágot az egészségügyi kormánybiztosnak, Radnai Györgynek és csapatának elképzelései az irányított betegellátás feltételeinek megváltoztatásáról. A játéktérről azóta 'kiebrudalt' törvénytervezet több ponton alapvetően és mélyrehatóan szeretne volna megváltoztatni a magyar egészségügy rendszerét, beleértve az irányított betegellátás jelenlegi kísérleti kereteit. A veszély 2004 szeptemberében véglegesen elmúlt, nem tanulságok nélküli azonban az, hogy milyen elképzelés kapott kis híján zöld utat a politikától.¹⁵

Először is: jelentős pénzbeli betétet kért volna az ellátásszervezőtől, amelynek nagysága a tervezett bevételek 5 százalékát érte volna el. Ez egy átlagos összetételű, 450 ezres populáció esetén 1,8–2 milliárd forintnyi befektetendő összeget tett volna ki. E feltétel erősen szelektálta volna a potenciálisan jelentkező ellátásszervezők körét, egyértelműen a pénzintézetek számára biztosítva prioritást. Ezen szervezetek sorában az elképzelések szerint, szívesen látták volna a for-profit működésűeket. Nemzetközi tapasztalatok ugyanakkor arra utalnak, hogy amennyiben az ellátásszervező-finanszírozói oldalon for-profit szereplő jelenik meg, úgy a szolgáltatói oldalon is a for-profit típusú intézmények előretörése várható. (Lásd Chile esetét a több-biztosítóval.)

Egy versengő, több-biztosítós rendszerhez képest ebben a struktúrában még nagyobb volt a kimazsolázás veszélye, mivel a taj alapon regisztrálható társadalombiztosítás által vállalt költségekről szóló információk – vagyis az egyes térségek társadalombiztosítási költségigényessége – már a pályázati indulásnál rendelkezésre állt volna, megteremtve ezáltal a kényelmes lefőlézés lehetőségét, a pályázó ellátásszervezők számára.

Másodszor: a tervezet szerint ellátásszervező nem lehetett volna egészségügyi szolgáltató, szemben a jelenlegi irányított betegellátási kísérlettel, ahol ez sarokkönek számít. Az új típusú ellátásszervező ezáltal szembe került volna az egészségügyi szolgáltatókkal, mivel abban volt érdekelt, hogy minél alacsonyabban maradjanak a szolgáltatói költségek.

Harmadszor: a tervezet szerint féléves (kétszer 3 hónapos) veszteséges működés esetén az OEP felbonthatta volna a szerződést az ellátásszervezővel, szemben a mostani helyzettel, ahol a pénzügyi veszteség tolerált abból a megfontolásból, hogy a megtakarítások keletkezésének „mibenléte” nem pontosan ismert. Az OEP irányító apparátusa egyelőre tudomásul vette: előfordulhat olyan helyzet, amikor az ellátásszervező mindent elkövet, amit szakmailag el lehet követni a rendelkezésre bocsátott eszköztárral, mégsem sikerül megtakarítást elérnie. Ebben az esetben a pozitív irányú elmozdulás tényét kellene, illetve lehetne értékelni.

Negyedszer: szemben a jelenlegi, kísérleti terepen mozgó irányított betegellátással, ahol a keletkező megtakarításokat 100 százalékosan vissza kell forgatni az egészségügyi szolgáltatói hálózatba, a tervezet szerint a működés harmadik esztendejétől kezdve a megtakarítást megkötés nél-

¹⁵ Az országgyűlés szocialista frakciója egészségügyi munkacsoportjának köszönhető végső soron a törvénytervezet parlamenti benyújtásának megakadályozása.

kül lehetett volna kivinni a kötelező biztosítási rendszerből. Ennek mértéke 5 százalékos megtakarítási szintig 30 százalékos, e feletti megtakarítás esetében 20 százalékos arányt képviselt a tervekben. Amennyiben az Egészségbiztosítási Alap 1000 milliárdos hányadával kalkulálunk, ez a harmadik évtől kezdődően – 5 százalékos megtakarítási szintet feltételezve – évente 15 milliárd kivétet jelentett volna a kötelező egészség-biztosítási szolgáltatások pénzalapjából.

Ötödször: az új ellátásszervező olyan területekre is szeretett volna hatást gyakorolni, amelyek bevonása nemzetközi összehasonlításban példátlan: a betegek számára nyújtandó egészségügyi szolgáltatások szakmai tartalmát kívánta meghatározni.¹⁶ E szerep a hagyományos biztosítók esetében nemlétező szerepkör, hiszen a biztosítók vásárolják az intézmények szolgáltatásait, de azt nem mondják meg, hogy egy-egy beavatkozás esetében mi a szakmai szempontból elfogadható protokoll. Az HMO-k esetében is csak addig a mértékig gyakorolt szerepkör, amíg az HMO maga nyújt egészségügyi szolgáltatásokat. A Radnai György-féle tervezet szerint az ellátásszervező nem nyújthatott volna egészségügyi szolgáltatást, ami ebben formában összeférhetetlen volt a szervezet ilyen irányú jogosítványával.

9. A Radnai György-féle ellátástervezésről szóló törvénytervezet valószínűsített konzekvenciái a magyar egészségügy működésére nézve – „szép új világ”

A könnyebb tájékozódás érdekében az alábbi táblázatban összefoglaltunk néhány fontos különbséget a jelenlegi, valamint az új, Radnai-féle IBR között. A fogalmi tisztánlátás érdekében az amerikai HMO (Health Maintenance Organisation) és az angol GP Fundholding (házi orvosok pénzalappal rendelkezve) rendszer elemeit is leírtuk.

3. táblázat *Különböző típusú irányított betegellátási modell típusok összehasonlítása*

Jellemzők	Amerikai HMO	Angol GP Fundholding/ Primary Care Trust	Jelenlegi IBR modellkísérlet	Radnai-féle törvénytervezet szerinti keretek
Egészségügyi „környezet”	Piaci (jellemzői: döntően magán-biztosításon és magánszolgáltatáson alapuló rendszer)	Nem piaci (jellemzői: döntően közfinanszírozáson és közszolgáltatáson alapuló rendszer)	Nem piaci (jellemzői: döntően közfinanszírozáson és közszolgáltatáson alapuló rendszer)	Vegyes, piaci és nem piaci elemek keveredése volt várható a profit-orientált ellátásszervezők megjelenésével

¹⁶ Az eredeti elképzelések az orvosszakma ellenállásának köszönhetően e téren később felpuhultak.

Sinkó: Az irányított betegellátás hazai tapasztalatai

Jellemzők	Amerikai HMO	Angol GP Fundholding/ Primary Care Trust	Jelenlegi IBR modellkísérlet	Radnai-féle törvénytervezet szerinti keretek
Az ellátásszervező szervezetek alapműködésének jellemzője	Biztosító és szolgáltató egyben	Szolgáltató, amely egyúttal pénzalappal gazdálkodik	Szolgáltató, amely egyúttal pénzalappal gazdálkodik	Leginkább biztosítóhoz, még pontosabban egészségpénztárhoz ¹⁷ hasonlított
A szervezetek (ellátásszervezők) kialakításának priorizált célja	Költségvisszafogás	Hatékonyság javítás	Hatékonyság javítás	Költségvisszafogás
Ellátásszervezők megalapításának elve	Önkéntes	Nem önkéntes	Önkéntes	Önkéntes
Ellátásszervezői körzetek megállapításának elve	Önkéntes	Nem önkéntes	Önkéntes	Nem önkéntes
Az ellátásszervező működési elve	Részben for-profit, részben non-profit	Csak non-profit	Vegyes, megtalálható for-profit ¹⁸ , non-profit és költségvetési intézmény egyaránt	Várhatóan döntően for-profit lett volna – a pénzbeli betét nagysága miatt
Források nagyságáról döntés	Az HMO hatáskörébe tartozó	Nem a GP Fundholding hatáskörébe tartozó	Nem a szervező hatáskörébe tartozó	Részben nem a szervező hatáskörébe tartozó (kötelező szolgáltatások esetében), az egészségfejlesztési kiegészítő szolgáltatások esetében azonban a szervező döntött volna
Forrásteremtés módja	Közvetlen, közösségi díjszabáson alapuló befizetések	Közvetett, leosztott fejkvótán alapul	Közvetett, leosztott fejkvótán alapul	Részben közvetett, leosztott fejkvótán alapult volna (kötelező szolgáltatások esetében), részben lakossági co-paymenten
Bevétellel gazdálkodás	Közvetlen	Közvetlen	Közvetett/virtuális folyószámla	Közvetett/virtuális folyószámla

¹⁷ Az egészségpénztár kifejezést itt nem a hazai önkéntes kölcsönös egészségpénztárak értelmében használom, hanem a német illetve holland társadalombiztosítás pénztárait lefedő fogalomként, amely szolgáltatásokat nem nyújt, csak vásárol.

¹⁸ A háziorvosok illetve az egyéni szolgáltatók profitorientált jellegű működését nem szokták a for-profit szolgáltatók körébe sorolni. Ha ezt a disztinkciót elfogadjuk, akkor 2004 augusztusáig nem volt for-profit szervezet az ellátásszervezők között.

HAZAI KÖRKÉP

Jellemzők	Amerikai HMO	Angol GP Fundholding/ Primary Care Trust	Jelenlegi IBR modellkísérlet	Radnai-féle törvénytervezet szerinti keretek
Szolgáltatási csomag meghatározása	Az HMO hatáskörébe tartozó	Nem a GP Fundholding hatáskörébe tartozó	Nem az ellátásszervező hatáskörébe tartozó	Részben nem a szervező hatáskörébe tartozó (kötelező szolgáltatások esetében), a kiegészítő szolgáltatások esetében azonban a szervező döntött volna
Szolgáltatások szakmai tartalmának meghatározása	Részben az HMO hatáskörébe tartozó (olyan szolgáltatások esetében, amelyet az HMO nyújt)	Nem a GP Fundholding hatáskörébe tartozó	Nem az ellátásszervező hatáskörébe tartozó	Teljes körűen az ellátásszervező hatáskörébe tartozó, kötelező és nem kötelező szolgáltatások esetében egyaránt, kiegészítő jellegű szakmai előírásokra vonatkozó néhány megkötés feltétele mellett
Szolgáltatások vásárlása	Igen	Részben	Részben az ellátásszervező hatáskörébe tartozó, elsősorban a prevenció területén tartozó	Egyelőre nem teljes körűen a szervező hatáskörébe tartozó, mivel a kötelező szolgáltatásokat még nem szabhatja meg, de a korábbihoz képest növekvő arányban lett volna vásárlási lehetősége a kiegészítő szolgáltatások tekintetében
Betegbeutalási rend meghatározása	Igen	Nem	Nem	Igen
Lakosság részvétele	Önkéntes	Nem önkéntes	Nem önkéntes	Nem önkéntes
Szolgáltatók részvétele	Önkéntes	Nem önkéntes	Önkéntes	Nem önkéntes

A táblázat alapján megállapítható, hogy az Európai Unió nem ismer a tervezethez hasonló rendszert, az új rendszer várható működésével kapcsolatosan hiányoztak a tapasztalatok – az eddigi IBR koncepció nem volt azonos ezzel. A Radnai György-féle tervezet ezzel minden eddiginél nagyobb kockázatot jelentett meg az egészségügy átszervezését illetően. Profitorientált magánbiztosítók bejöttelét eredményezte volna az OEP

és a szolgáltató közé ékelődve, tartalmában egy koncesszióba átadott egészségpénztári szerepkört biztosított volna az ellátásszervezőnek.

Az ellátásszervező feladataihoz képest indokolatlanul magas tőkekövetelményeket támasztott, aminek csak egy célja lehetett, az ellátásszervezők szelekciója. Európában, ahol decentralizált társadalombiztosítási alapok léteznek (holland, német modellek), s amelyek jogosítványaihoz hasonlítottak leginkább a tervezett ellátásszervezői szerepkörök, ebben a pozícióban nem található profitorientált szervezet.

A tervezet alapvető hibája volt, hogy nem kínált előnyt a különböző szolgáltatóknak, mindez azzal járt együtt, hogy nem tudta őket partnerként megnyerni. A kudarc okai között ezt is számba kell venniük a tervezet készítőinek.

Forrásbővülés helyett tartós forráskivonás jött volna létre az ellátásszervező szabad rendelkezésű pénzfelhasználása révén, amelynek eredményeképpen a betegek várakozási ideje is tovább növekedett volna. Ebből következően az ilyen típusú felállások esetében az alulgondozás veszélye – a profitorientáltság okán – még fokozottabban jelentkezne.

Éz visszafordíthatatlan változásokat indított volna el az egészségügyben; s amennyiben káros hatásokra derült volna fény a működtetés során, nem lehetett volna illetőleg csak igen költségesen lehetett volna utólag korrigálni.

10. Tanulság

A mai magyar egészségügy legalapvetőbb hibája a kiszámíthatatlan, ellenőrizhetetlen szolgáltatás. A betegnek nincs arról információja, hogy mikor kapja meg a számára szükséges szolgáltatást, s mikor nem. Az IBR modellkísérlet megkísérli kezelni ezt a hiányosságot a gyógyítási protokollok bevezetésével, ugyanakkor az alulgondozás veszélyének intézményesülése sem kizárt a jelenlegi keretek között. A Radnai-féle tervezet a kísérlet ezen árnyoldalát még jobban felerősítette volna, ezért örvendetes, hogy törvénybe iktatását sikerült elkerülni.

Az egészségügy irányítói előtt áll az a feladat, hogy mindenfajta kísérlettől függetlenül, tegyenek meg mindent a számonkérhető ellátások érdekében. Meg kell kísérlni minél pontosabban meghatározni, hogy a betegnek befizetett járulékaért milyen szolgáltatás jár cserébe. Ma ugyanis ez sem a betegek, sem a szolgáltatók előtt nem ismert. Az OEP és az állampolgárok közötti szerződéses kapcsolat tartalmának politika általi definiálása is létfontosságú.

A modellkísérlet, amelynek továbbfolytatását a parlament 2005-re vonatkozóan ismételtelen megszavazott, sok részterületen igényel változtatást, beavatkozást, elsősorban a szabályozottság, a külső monitorozás oldaláról szemlélve. Amennyiben az Egészségügyi Minisztérium és az OEP is kellő elszántságot tanúsít az esetleges anomáliák, kedvezőtlen jelenségek felkutatásában, regisztrálásában és megszüntetésében, úgy hosszú jövőt jósolhatunk az irányított betegellátásnak Magyarországon, amely

HAZAI KÖRKÉP

nem csak a kutatóknak ad feladatot az elkövetkezendők során, de talán a betegek számára is könnyörlétebb feltételeket biztosít a közszolgáltatás igénybevételekor.

Sinkó Eszter, e-mail: sinko@emk.sote.hu

Századvég

Új folyam, 35. szám

Mű-émlék-mű

K. Horváth Zsolt: Harc a szocializmusért szimbolikus mezőben

Apor Péter: Előkép: a Tanácsköztársaság emlékezete a Rákosi-rendszerben

Államálmok

Karácsony András: A konzervatív forradalom utópiája a két háború közötti Németországban

Romsics Gergely: Habsburg és Ständestaat. A legitimizmus politikai stratégiái a harmincas évek Ausztriájában

Párbaj

Etzioni-Scruton-vita: Kommunitárius álmok

Századvég-szövegélő

Kerekasztal-beszélgetés a kapitalizmusról

Századvég Kiadó
1037 Budapest, Nagybátonyi u. 8–10.
www.szazadveg.hu