

Irányított Betegellátási Modell (IBM):

a managed care helye a finanszírozási rendszerben, alapelvek és az Amerikai Egyesült Államok példája

Dr. Boncz Imre, Dózsa Csaba, Országos Egészségbiztosítási Pénztár
Nagy Balázs, Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium

Az Irányított Betegellátási Modell (IBM) Magyarországon 1999-ben került bevezetésre. Az azóta eltelt közel 4 évben a Modell folyamatosan fejlődött és ma már igen nagy érdeklődésre tart számot. Dolgozatunk célja annak bemutatása, hogy a nemzetközi gyakorlatban a „managed care” elv milyen finanszírozási környezetben alakult ki, melyek a motiváló tényezői. Röviden bemutatjuk a managed care elv történeti vonatkozásait, fejlődését és jellemzőit az Amerikai Egyesült Államokban.

A magyar Irányított Betegellátási Modell (IBM) egyre nagyobb figyelmet kap az egészségügytől amúgy is hangos közbeszédben. Az IBM indulásakor jellemző érdektelenség fokozatosan érdeklődésbe megy át és a szakmai, szervezői, finanszírozói, sajtó érdeklődés egyre nagyobb méreteket ölt. A szakirodalomban is megjelentek az IBM-ről szóló dolgozatok [1, 2, 3, 4].

A managed care elv ma széleskörű alkalmazása és az egészségügyi rendszerekre gyakorolt hatása révén a vezető egészség-gazdaságtani tankönyvekben is komoly helyen szerepel [5].

Jelen dolgozat célja annak bemutatása, hogy melyek a managed care elv alkalmazásának nemzetközi előzményei és ezen elvek hogyan illeszkednek be az egészség-biztosítási, egészségügyi finanszírozás igen bonyolult rendszerébe. A magyar IBM főleg a finanszírozó-szervező-szolgáltató viszonyt tekintve koncepcionálisan az angol, viszont eszközrendszerét tekintve inkább az amerikai típusú rendszerekre hasonlít. Tehát a managed care elv csak az egyik, igaz fő alappillére az IBM filozófiájának, illetve működésének, de van számos olyan rendszersajátosság, amelyek más, főleg központi forráselosztási alapon megszervezett, pl. NHS típusú rendszerekre emlékeztetnek és azok szerveződési sajátosságait örökítik át a modellre.

Tehát nem célja jelen dolgozatnak a magyar IBM tárgyalása, erre későbbi dolgozatunkban térünk vissza. Ugyancsak hangsúlyozzuk, hogy bár most csak az amerikai managed care rendszer kerül bemutatásra – és későbbi dolgozatunkban térünk vissza az európai alkalmazásokra – ez nem jelenti azt, hogy a magyar modell teljes egészében az amerikaiakra épülne.

AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÓ ÉS SZOLGÁLTATÁS VÁSÁRLÓ FUNKCIÓK ELKÜLÖNÜLÉSE (PURCHASER-PROVIDER SPLIT)

Az egészségügyi rendszerek általános jellemzője, hogy 3 fő szereplő, a biztosított (páciens, beteg), a finanszírozó (pénztár, biztosító) és a szolgáltató (egészségügyi ellátást nyújtók) közötti különböző kapcsolatok alapján épül fel. Az egészségbiztosítási illetve egészségügyi szolgáltató rendszerek különböző típusai jellemzően abban különböznek, hogy ezek a kapcsolatok milyen módon és milyen formában jönnek létre az egyes szereplők között [6].

Az egészségbiztosítási rendszerek esetében a 3 szereplő közül az egészségügyi szolgáltató és szolgáltatás vásárló funkciók elkülönülése illetve integrációja kiemelt kérdés.

Az egészségügyi rendszerek fejlődése során számos esetben egy kézben volt a vásárló (finanszírozó) és a szolgáltatást nyújtó. Magyarországon a két világháború között az OTI és a MABI saját kórházakkal rendelkezett [7]. A II. világháborút követő 40 évben gyakorlatilag mindkét feladatot az állam látta el. A rendszerváltozás során létrehozták az egészségügyi ellátások finanszírozásának szervét, a jelenlegi Országos Egészségbiztosítási Pénztárat (OEP). A finanszírozó tehát az OEP, míg a szolgáltatást nyújtó intézmények (kórházak, járóbeteg szakrendelések stb.) ettől szervesen elkülönülnek, részben állami, részben önkormányzati tulajdonban vannak. Az OEP és a szolgáltatók közötti kapcsolat szerződés alapú (contract-based health care).

Az Egyesült Királyságban (U.K.) sokáig az állami Egészségügyi Szolgálat (National Health Service, NHS) látta el az ellátás-szervezés és a finanszírozás feladatát. 1991. április 1-től azonban az akkori reformok keretében szétválasztásra került a két különböző feladat: az NHS a szolgáltatások nyújtására, míg a District Health Authorities (DHA) a finanszírozására kaptak megbízatást.

A szomszédos Ausztriában a betegbiztosítók (krankenkasse) ma is tartanak fenn egészségügyi intézményeket, pl. járóbeteg szakrendelők, gyógyfürdők, rehabilitációs központok.

A szolgáltató és a vásárló elkülönülése az egészségügyi rendszerek, finanszírozási módszerek fejlődésének fontos állomása volt. A fejlődés során azonban végbementek olyan változások is, melyek révén integrált szervezeti formák kialakítására helyeződött a hangsúly. Itt tehát egy párhuzamos zajló, ellentétesnek tűnő, ugyanakkor inkább egymást kiegészítő folyamatról van szó.

FORRÁSÁRAMLÁS AZ EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZEREKBE

Az egészségügyi rendszerekben a forrásáramlás számos úton megvalósulhat. Ahhoz, hogy helyén tudjuk kezelni, és megfelelően értelmezzük a managed care elvet, ismerni kell azon lehetőségeket, melyek mentén a forrásáramlás megvalósul. Ezen forrásáramlás országoként igen nagy eltéréseket mutat, aminek megfelelően a managed care elv érvényesülése is teljesen más környezetben valósul meg.

Forrásteremtés

Az egészségügyi kiadások fedezetéül szolgáló források számos formában kerülhetnek megállapításra. A Beveridge-féle állami egészségügyi szolgálat formájában működő rendszerekben általában adókból finanszírozzák az egészségügyi kiadásokat. A Bismarck-féle szolidaritás elvű társadalombiztosítási elven működő rendszerekben a társadalombiztosítási járulék képezi az egészségügyi kiadások fedezetét. Az erős öngondoskodásra épülő rendszerekben – és ide soroljuk az Amerikai Egyesült Államok (USA) sokak által magánbiztosítási rendszerként emlegetett egészségügyi rendszerét is – kisebb-nagyobb szerephez jut a biztosítási díj, mely gyakran magánbiztosítást jelent.

Alá kell húzni, hogy ma a legtöbb ország egészségügyi rendszerében keverednek a forrásoldal elemei és a klasszikus felépítmény szerinti határvonalak egyre jobban kezdenek elmosódni. Az Amerikai Egyesült Államok egészségügyi rendszerében ma már az egészségügyi kiadások közel 50%-át közösségi forrásokból fedezik (Medicare, Medicaid). A társadalombiztosítási rendszerekben – így hazánkban is – megjelennek az egészségügyi kiadások fedezeteként adó jellegű források is. Az állami egészségügyi szolgálatok esetében pedig az 1970-es évek második fele óta fokozatosan csökken az állami szerepvállalás aránya [8].

Forrásgyűjtés

Következő fontos kérdése a pénzáramnak, hogy ki szedi be a biztosítási díjakat. Gyakori megoldás, hogy a bevételek egy központi alapba kerülnek. Hazánkban is hasonló módszert alkalmazunk 1999-től, amikor is a társadalombiztosítási járulék beszedése átkerült az Adó- és Pénzügyi Ellenőrzési Hivatalhoz.

Létezik olyan megoldás, amikor a biztosítók közvetlenül szedik be a díjakat, ennek tiszta formáját az amerikai, általában üzleti alapon működő egészségbiztosítók esetében látjuk.

Néhány országban (Hollandia, Németország) kevert módszert alkalmaznak, amikor a díjak egy részét a központi alap, míg másik részét közvetlenül a biztosító szedi be. Hollandia estében a százalékos mértékű járulékot a központi alap szedi be, míg a nominális (fix összegű) díjat maguk a biztosítók gyűjtik be.

Forrásallokáció

A díjak beszedése után következik a kérdés, hogy hogyan osszák szét a díjakat az egyes finanszírozási egységek vagy kockázatközösségek között. Lefordítva a kérdést gyakorlati példára, kérdés, hogy Németországban a központi alap által beszedett járulékokat hogyan osszák szét a mintegy 300-400 egészségbiztosító (Krankenkasse) között vagy Hollandiában a mintegy 30 egészségbiztosító között.

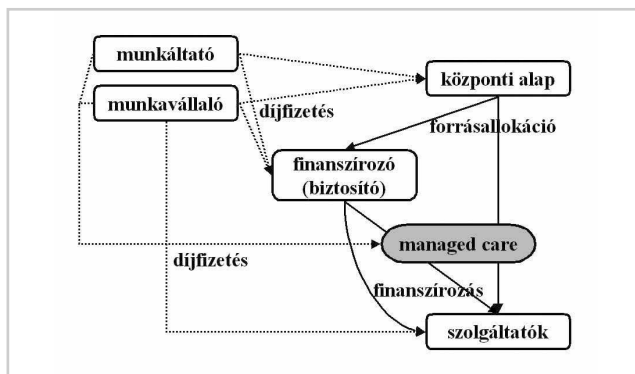
A forrásallokáció általános eszköze a fejkvóta megállapítása, amikor egy lakosra (biztosított) megállapítanak egy meghatározott összeget. Tekintettel arra, hogy a lakosság megoszlása illetve jellemzői egyenlenségeket mutathat, ezeket korrigálni kell. A biztosítók ugyanis arra törekedhetnek, hogy a magasabb jövedelmű, ugyanakkor alacsonyabb egészségügyi kockázattal rendelkező ügyfeleket szerezzék meg (cream skimming, lefőlés). Ennek kiküszöbölésére bizonyos rizikótényezőkkel korrigálják a fejkvótát (risk adjusted capitation payment, RACP) és ezen korrigált fejkvótát kapják meg a finanszírozók.

A forrásallokáció történhet területi alapon, amikor egy meghatározott földrajzi vagy közigazgatási területen lakók képezik a kockázat közösséget. A biztosítási alapú kockázatközösség összetétele véletlenszerűen jön létre a biztosítóhoz bejelentkező páciensek révén. A diagnózishoz kötött forrásallokációt jelenleg inkább elméleti lehetőségként, mintsem széles körben alkalmazott gyakorlati módszerként kezelhetjük.

Szolgáltatók finanszírozásának technikája

A forrásallokációt követően a biztosítók (finanszírozók) juttatják el a szolgáltatókhoz a forrásokat. A finanszírozás számos technika révén valósulhat meg, melyek taglalása meghaladja jelen dolgozat célkitűzéseit. A magyar rendszerben a járóbeteg szakellátásban a német pontok rendszere szerinti tételes elszámolás elve (fee for service), míg az aktív fekvőbeteg szakellátásban az amerikai eredetű DRG (diagnoses related groups) magyar változata, a HBCS (homogén betegcsoportok rendszere) került bevezetésre.

Az előzőekben elmondottakat, vagyis az egészségügyi kiadások lehetséges gyakoribb útjait különböző egészségügyi rendszerek esetében szemlélteti az 1. ábra.



1. ábra
Az egészségügyi kiadások lehetséges útjai különböző egészségügyi rendszerek esetében

INTEGRÁLT SZERVEZETI FORMÁK AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN, FINANSZÍROZÁSI ELVEK

Mint láthattuk az előzőekben, az egészségügyre fordított források, kiadások számos csatornán keresztül juthatnak el a szolgáltatóhoz. A finanszírozói és szolgáltató szerep szétválasztása illetve egy szervezetben történő kezelése egyik kulcskérdése a forrásfelhasználás folyamatának.

Az irányított betegellátási szervezetek (managed care organizations, MCO) egyik típusának (HMO, Health Maintenance Organization) jellemzője, hogy mind a finanszírozói, mind a szolgáltatói szerep egyes feladatait ellátják. Ezáltal olyan szervezetek jönnek létre, melyekben ezen két szerep integrálódik.

Számos egészségügyi rendszerben, így a magyar egészségügy finanszírozásában is volt olyan időszak, amikor a reformok célja azon elv elérése volt, hogy a „pénz kövesse a beteget”. Vagyis a finanszírozás annál a szolgáltatónál jelentkezzen, ahol a biztosított igénybe vette az egészségügyi szolgáltatást. Magyarország példáján az 1970-es, 1980-as évek globális költségvetési szemléletű kórházfinanszírozása nem követte ezen elvet. Az 1993-ban bevezetett reformok, a teljesítmény elvű finanszírozás (HBCS rendszer az aktív fekvőbeteg ellátásában, német pontrendszer a járóbeteg ellátásban) elindítása révén megvalósult a „pénz kövesse a beteget elv”.

Ezzel szemben a tradicionális managed care szervezetekben (HMO, ld. később) a „pénz kövesse a tagot, akár beteg, akár nem” elv érvényesül.

A MANAGED CARE ELV TÖRTÉNETE AZ USA-BAN

Bár a managed care elv széleskörű elterjedése az utóbbi két évtizedben figyelhető meg, története ennél sokkal korábbra nyúlik vissza. A szerződés alapján, az előre rögzített díjak ellenében igénybe vehető szolgáltatásokra épülő rendszer (pl.: Kaiser) gyökerei az 1930-as évekre nyúlnak vissza [9]. Ezen formákat akkoriban nem fogadták nagy lelkesedéssel, és számos – ma már esetleg igen szokatlanul tűnő – intézkedéssel próbálták korlátozni őket. Számos amerikai államban azon orvosokat, akik részt vettek az előre rögzített díjakkal működő rendszerben, kizárták az orvosi szövetségekből [10]. 1930 és 1980 között a managed care elven működő szervezetek nem nagyon terjedtek, még 1980-ban is az amerikai lakosság csupán 5%-a tartozott valamilyen managed care szervezethez. Hangsúlyozzuk, hogy az USA-ban ezen időszakban a tradicionális vagy üzleti biztosítók (traditional, indemnity) uralták az egészségbiztosítási piacot.

Jelentős változást jelentett 1973-ban az ún. HMO törvény elfogadása (Health Maintenance Organization Act of 1973, PL 93-222), ami a jogszabályi környezet jelentős módosítása révén alapvetően megváltoztatta a managed care szervezetek számára rendelkezésre álló jogi lehetőségeket. Nem csupán arról volt szó, hogy tolerálta a managed care szervezeteket, hanem erőteljesen serkentette az HMO-k fejlődését.

A PPO-k (Preferred Provider Organization) fejlődése előtt szintén komoly jogi akadályok voltak. Az 1980-as évek elején számos állam olyan jogszabályokat fogadott el, melyek serkentették a PPO-k kialakulását, melyek gyors fejlődésnek indultak. A PPO-k fejlődése hatással volt az HMO-kra is.

Kulcskérdése a managed care elvnek, hogy mennyire tekintjük üzleti jellegűnek és mennyire kapcsolódik az állami ellátási formákhoz. Azt lehet mondani, hogy 1990-ig a managed care elv jobbra csak a privát szektorra korlátozódott. Az 1990-es évek közepén azonban már a Medicare program résztvevőinek kb. 12%-a, míg a Medicaid program résztvevőinek kb. 40%-a valamilyen managed care programban részt vett.

Bár jelen dolgozatban elsősorban a managed care elvet, kialakulásának történetét és az Amerikai Egyesült Államokban megvalósult formáit tekintjük át, most is hangsúlyozni kell, hogy a managed care elv egyes elemei számos országban (pl.: Nagy-Britannia, Hollandia, Németország stb.) beépítésre kerültek az adott ország egészségbiztosítási rendszerébe. Ezekre későbbi dolgozatunkban visszatérünk.

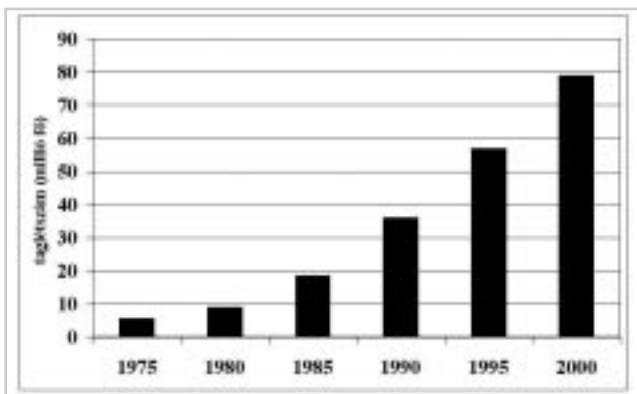
MANAGED CARE FORMÁK AZ AMERIKAI EGYESÜLT ÁLLAMOKBAN

Health Maintenance Organization (HMO)

A managed care elv klasszikus példája az HMO-k elterjedése volt, melyek az integrált szervezeti formák tancélos esetét jelentik. Ezen szervezetben megtalálható a finanszírozói oldal, amit a biztosító testesít meg, továbbá a szolgáltatói oldal, amit elsősorban a háziorvosok képviselnek, illetve ritkán néhány alapszakmához tartozó szakorvos. Az alapellátásban dolgozó orvosoknak (háziorvos) a managed care szervezetek legtöbbszörében kiemelt szerepe van a páciens ellátásának menedzselésében.

A biztosítottak az esetek többségében csak az HMO-hoz tartozó orvosok közül választhatnak, akik az elsődleges ellátást nyújtják, továbbá intézkednek a szükséges kórházi kezelésekről is. Itt nagyon fontos – de nem az egyetlen – szempont a költségtényező, vagyis az orvosok komolyan mérlegelik, hogy milyen további vizsgálatokra vagy kezelésekre küldik a beteget. Ebből kifolyólag számos kritika éri a rendszert, hiszen sok esetben bizonyos beavatkozások finanszírozását megtagadja az HMO, vagy a betegből költség-hozzájárulást kér. Ugyanakkor azt is hangsúlyozni kell, hogy a betegirányítás igen szigorú szabályok szerint zajlik, és a túlbürokratizált amerikai rendszerben – ahol lassan a jogászoknak legalább akkora szerepe van, mint az orvosoknak – nehéz elképzelni, hogy alulkezelésre ösztönözzenek.

Az HMO-k taglétszáma az elmúlt időszakban jelentős fejlődést mutatott. A 2. ábrán látható, hogy 2000-ben közel 80 millió amerikai állampolgár egészségbiztosításában vettek részt az HMO-k. Ezen felül még ennél valamivel több állampolgár vett részt egyéb managed care szervezetek által nyújtott szolgáltatásokban.



2. ábra
Az HMO-k taglétszámának alakulása (1975-2000)
Forrás: Managed Care Fact Sheets [11]

Az HMO-knak különböző típusai fejlődtek ki az elmúlt évtizedekben, melyeket az 1. táblázat szemléltet.

Az HMO alapesete, a Staff Model jelentette az HMO klasszikus típusát, amikor is az HMO saját rendelőjében és eszközeivel végzik az orvosok a betegek ellátását. Az orvosok itt fizetett alkalmazotként dolgoznak, és szinte kizárólag az HMO saját (szerződött) betegeit látják el. A Staff Model-t „closed panel HMO” néven is emlegetik, mivel a közösségi ellátásban résztvevő orvosok általában nem vehetnek benne részt.

A második típusnál (Group Model) az HMO szerződést köt egy – sok szakterület specialistáiból álló – orvoscsoporttal (csoport praxis) és a betegek száma alapján (capitation fee) fizeti őket. Itt is főleg az HMO saját pácienseit látják el a rendszerben résztvevő orvosok. Az orvosok általában a csoport és nem az HMO alkalmazásában állnak. Ennek a típusnak a példája a Kaiser Permanent vagy a Harvard Community Health Plan [12]. A Group Model is „closed panel HMO” típusú, mivel zártak a nem hozzájuk tartozó orvosok előtt.

A hálózati forma (Network Model) a Group Model olyan formája, amikor az HMO két vagy több csoport praxissal szerződik, akiket általában fejkvóta alapján fizetnek. Itt már lehet nyitott formáról („open-panel HMO”) beszélni, mivel nem kizárt olyan orvosok csatlakozása, akik megfelelnek az HMO vagy a csoport kritériumainak.

A következő típusnál (IPA = Independent Praxis Association) az HMO egyéni orvosok szövetségével szerződik, akik saját rendelőjükben látják el a betegeket. Az HMO betegeken kívüli betegeket is elláthatják az orvosok, és itt is le-

hetséges a csatlakozási lehetőség a követelményeket teljesítő orvosok számára. Egy adott orvos akár több IPA-hoz is tartozhat. Az HMO-k általában fejkvóta alapon finanszírozzák az IPA-kat, míg az IPA vagy tételes elszámolás (fee for service) vagy tételes elszámolás és fejkvóta kombinációjával finanszírozza az orvosokat.

A kevert formájú (Mixed Model) rendszer alapja általában egy Staff vagy Group Model, amely nyitásként szerződést köt az előzőekben említett egyéni orvosokkal.

A főbb amerikai HMO-kat és taglétszámukat a 2. táblázat tartalmazza. A táblázatban felsorolt szervezetekhez tartozó létszám az HMO tagok mintegy háromnegyedét jelentik.

Preferred Provider Organization (PPO)

A PPO-k fejlődése gyakorlatilag 1984 után kezdődött, alternatívát kínálva az HMO-k mellett [13]. A PPO szervezetekben a felépítést fordítva közelíthetjük meg az HMO-hoz képest. Itt különböző egészségügyi szolgáltatók (házi orvos, szakorvos, akár kórház is) csoportja köt szerződést munkaadókkal, biztosítótársaságokkal vagy finanszírozókkal (third party payers), hogy potenciális páciensek egy csoportjának egészségügyi szolgáltatásokat nyújtsanak. A szolgáltatások – ellentétben az HMO-kal – nem előre fizetett vagy rögzített díjas elszámolásúak, hanem tételes elszámolás alapúak, ahol előzetes tárgyalások alapján különböző kedvezményeket nyújtanak a szolgáltatók. A járóbeteg ellátás általában fee for service, míg a fekvőbeteg ellátás DRG alapon kerül finanszírozásra. Ezek az árak azonban kedvezményesek, alacsonyabbak, mint a szokásos tarifák.

A finanszírozási kockázatot tekintve, a PPO-kat nem igazán tekinthetjük biztosítónak, mivel nem náluk van a finanszírozási kockázat, szemben az HMO-val. Tulajdonviszonyok tekintetében a PPO-knak jelenleg hozzávetőlegesen 15 formája van, vagyis PPO tulajdonos lehet üzleti biztosító, kórház, orvos(csoport), Blue Cross/Blue Shield, vállalkozások stb.

A szerződések révén a szolgáltatók, elsősorban a kórházak egyfajta garantált beteganyaghoz jutnak. Ez a forma növeli a házi orvosok és a kórházak közötti együttműködés hatékonyságát. A beteg számára fontos szempont, hogy beutaló nélkül mehet szakorvoshoz. Nagyobb a választási szabadsága is, mivel a szerződött orvosokon kívüli orvost is választhat, bár ilyenkor szerződésben foglalt díjon felüli részt maga fizeti.

Típus	Rendelő tulajdonos	Orvosok díjazása	Egyéb
Staff Model	HMO	fizetett alkalmazott	kizárólag HMO tagok részére
Group Model	orvos csoport	fejkvóta	általában csak HMO tagoknak, szerződés az HMO és az orvoscsoport között
Network Model	orvos csoport	fejkvóta	az HMO két vagy több csoportpraxissal szerződik
IPA Model	egyéni orvos	fee for service és fejkvóta	szerződés az orvosszövetség és az HMO között
Mixed Model		vegyes	Staff vagy Group Model nyitása IPA modell felé

1. táblázat
Az HMO-k főbb típusai és azok jellemzői

Országos HMO szervezetek	Alapok száma	Összes HMO tag
Blue Cross BlueShield Association	66	14 041 536
Kaiser Foundation Health Plans, Inc	8	8 180 381
Aetna, Inc	57	7 502 940
United Health Group, Inc	44	5 520 689
Health Net, Inc	8	4 092 389
PacificCare Health Systems, Inc	8	3 507 643
WellPoint Health Networks, Inc	4	2 923 984
Humana, Inc	9	2 146 308
CIGNA HealthCare, Inc	31	2 090 497
Anthem, Inc	10	1 480 103
Oxford Health Plans, Inc	3	1 409 608
Coventry Health Care, Inc	16	1 248 091
Mid-Atlantic Medical Services, Inc	3	563 083
AMERIGROUP Corporation	4	418 604
Molina Healthcare, Inc	4	374 010
Great West Life and Annuity Insurance Company	15	280 733
Sierra Health Services, Inc	2	275 643
Comprehensive Health Management, Inc	3	236 674
AmeriChoice Corporation	3	217 291
The Oath, Inc	2	212 557
AmeriHealth, Inc	4	202 147
United American Healthcare Corporation	2	170 306
Mayo Management Services/Mayo Foundation	4	92 230
AmCareCo, Inc	3	79 724
Catholic HealthCare Partners	2	43 544
Mutual of Omaha Companies	2	36 648
Összesen	317 plans	57 347 363 fő

2. táblázat
Az amerikai HMO-k taglétszáma (2001 körül)
Forrás: Managed Care Fact Sheets

A betegek választási szabadsága nagyobb, mint az HMO-k kezdeti formájánál volt (bár, mint láthattuk, az HMO-k is nyitnak külső szolgáltatók felé). A PPO-k a saját szolgáltatónál igénybe vett szolgáltatásoknak átlagosan 90-100%-át fedezik, míg a külső szolgáltatónál igénybe vett ellátásokat átlagosan 60-70%-ban térítik betegeik számára.

Összehasonlítva az HMO-kal, a PPO inkább az üzleti biztosítókhoz áll közelebb és jogi szabályozásukat sem az HMO törvény, hanem a biztosításokról szóló jogszabályok határozzák meg. 2001-es adatok szerint a PPO típusú managed care szervezetek több mint 90 millió amerikai számára nyújtottak egészségügyi ellátást.

Point-of-service (POS)

A Point-of-service (POS) szervezet egy hibrid formának tűnik az üzleti biztosítók és PPO-k irányába, amit az HMO-k hoztak létre olyan ügyfelek részére, akik számára az HMO-n belüli korlátozások nem tűntek vonzónak. Ebben a formában a biztosított – általában magasabb járulék fejében – igénybe vehet az HMO-n kívüli szolgáltatót is és itt önrész (co-payment) fizetésére kötelezett.

A POS szervezetnek két alaptípusát különböztethetjük meg. Az egyik esetben a POS meglévő HMO hálózatot használ és az HMO-hoz hasonlóan szerződnek. Lehetséges járulékos szerződés is a kockázat megosztásra azon szolgáltatókkal, akik kívül vannak az HMO hálózaton. A másik alaptípus meglévő PPO hálózatot használ.

A POS szervezetek az HMO-hoz hasonlóan az alapellátás orvosai (házi orvosok) látják el a beteg további ellátásának koordinálását. A PPO-khoz hasonlóan pedig jól meghatározott a szolgáltatások köre.

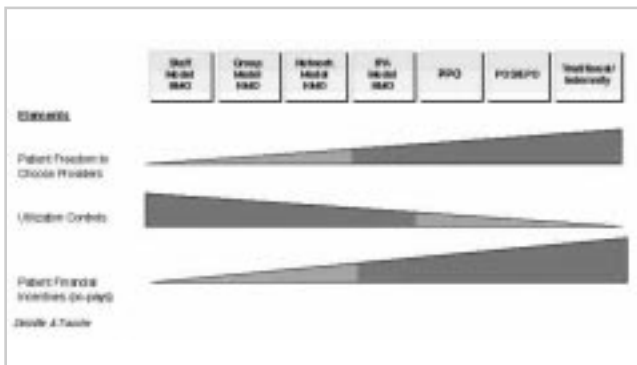
Exclusive Provider Organization (EPO)

Az EPO-k a PPO-hoz hasonló szervezetek, annyi eltéréssel, hogy csak azon szolgáltatókra terjed ki, akik megtalálhatók a szolgáltatók listáján. Vagyis míg a PPO preferálja a páciens által választandó szolgáltatót, de – meghatározott feltételekkel – megengedi külső szolgáltató igénybevételét, addig az EPO kizárólagosan írja elő. Az EPO-knál az HMO-khoz hasonlóan erős gate-keeper (betegirányítási) funkciót találunk a szolgáltatások igénybevételéhez. Az EPO-k szabályozását a PPO-hoz hasonlóan nem az HMO törvény, hanem a biztosításokról szóló jogszabályok biztosítják.

Közös jellemzők

Mint láthattuk, a különböző amerikai egészségbiztosítási formák jellemzői komoly eltéréseket mutatnak. A 3. ábrán látható, hogy a szolgáltató szabad megválasztása (Patient Freedom to Choose Providers), az igénybevétel kontrollja (Utilization Controls) és a páciens anyagi ösztönzése – co-payment (Patient Financial Incentives – co-pays) az egyes formákban érezhető különbségeket mutat. A páciens szabad szolgáltató választásának növekedésével fokozatosan csökken az igénybevétel kontrolljának lehetősége. Akár

ennek egyfajta kompenzációját is jelentheti a páciens önrész fizetési valószínűsége, ami a szabad szolgáltató választás szabadságával egyenes arányban nő.



3. ábra
A különböző amerikai egészségbiztosítási formák jellemzőinek változása

MEGBESZÉLÉS

A managed care elv tehát egy igen heterogén rendszerben valósult meg az Egyesült Államokban. Az 1980-as és 1990-es években igen nagymértékben terjedtek és igen változatos formákat vettek fel. A klasszikus HMO-k is jelentős átalakuláson mentek át, igazodtak a felmerülő igényekhez, így például a betegek nagyobb választási szabadság igénye a szolgáltató irányába kikényszerítette az HMO-k fejlődését.

Az HMO-k mellett megjelentek egyéb managed care formák is (POS, PPO, EPO), melyek igyekeztek rugalmasan megfelelni a piaci igényeknek. Mára egy igen bonyolult rendszert alkotnak, ahol speciális szervezeti és pénzügyi megoldások keverednek egymással.

A managed care szervezetek alapjaiban változtatták meg az Egyesült Államok egészségügyi iparát. A biztosító már nem csupán egyszerű pénzkifizetőként jelenik meg, hanem aktív szereplőjévé és szervezőjévé válik az egészségügyi ellátó rendszernek. Elemzik az adataikat, tervezik a – magyar fogalommal élve – kapacitásaikat, figyelemmel kísérik a szolgáltatások igénybevételét, folyamatosan monitorizálják az ellátás költségeit és minőségét.

A managed care sikerét jelzi, hogy annak alapelveit egyre több országban kezdik átvenni és alkalmazni. Ez egyik országban sem jelenti az amerikai rendszer mechanikus másolását, hanem az adott ország egészségügyi rendszeréhez igazodva próbálják meg alkalmazni a managed care rendszer speciális eszközeit. A managed care módszer egyik nagy előnyének tartjuk, hogy az elvi eszközrendszer nagyon sok, különböző alapokon álló egészségügyben alkalmazható, a piaci körülmények, állami egészségügyi szolgálat és szolidaritás alapú társadalombiztosítás esetében egyaránt.

A magyar IBM értékeléséről szóló dolgozatok egyre nagyobb számmal jelennek meg [14, 15,16]. Későbbi dolgozatunkban mi is visszatérünk a magyar modell kulcskérdéseire.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Nagy Balázs, Dózsa Csaba: Az irányított betegellátási modellkísérlet tapasztalatai. Egészségügyi Menedzsment, 2002, (4)4: 55-60.
- [2] Nagy Balázs, Dózsa Csaba: Az irányított betegellátási program tapasztalatai és a továbbfejlesztés lehetőségei. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 2002, 40(4): 479-332.
- [3] Dózsa Csaba, Donkáné Verebes Éva: Az irányított betegellátás modellkísérlet kezdeti tapasztalatai és a továbblépés lehetősége. Egészségügyi Menedzsment, 1999, 1(1): 41-45.
- [4] Sinkó Eszter: Az irányított betegellátás és a hazai egészségügy kapcsolata. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 2002, 40(6): 673-680.
- [5] Sherry Glied: Managed Care. In: Handbook of Health Economics. Edit.: Anthony J. Culyer, Joseph P. Newhouse. Elsevier Science. Amsterdam. 2000.
- [6] Boncz Imre, Horváth Boldizsár (szerk.): Az egészségügyi menedzsment és gazdaságtan alapvonalai. Főiskolai jegyzet, PTE EFK, Pécs, 2001.
- [7] Buda József: Betegségi biztosítás – Szemelvények a társadalombiztosítás történetéből. Főiskolai jegyzet. PTE, Pécs, 2001.
- [8] Boncz Imre: A magán- és közkiadások aránya az egészségügyi finanszírozásban nemzetközi összehasonlítások alapján. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 2001, 39(5): 419-426.
- [9] P. Starr: The Social Transformation of American Medicine. Basic Book. New York. 1981.
- [10] E.S. Friedman: Capitation, integration, and managed care: lessons from early experiments. JAMA, 1996, 275(12): 957-62.
- [11] Managed Care Fact Sheets (<http://www.mcareol.com/factshts/mcolfact.htm>)
- [12] Neelam K. Shekhri: Managed care: the US experience. Bulletin of the World Health Organization. 2000, 78(6): 830-844.
- [13] S.B. Barger, D.G. Hillman, H.R. Garlan: The PPO handbook. Aspen Publication. Rockville Maryland, USA. 1985.
- [14] Matejka Zsuzsanna: Az irányított betegellátás a szervező szemével. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 2001, 39, 4, 355-362.
- [15] Kuntár Ágnes, Lovas Kornélia: A kórház helye és szerepe az irányított betegellátási modellkísérletben. Kórház, 2000, 7(2): 37-40.
- [16] Somlai András: Jobban véd a „kapuőr” az irányított betegellátás pályáján! Egészségügyi Menedzsment, 2001, 3(3): 40-42.

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Dr. Boncz Imre 1969. május 17-én született Zalaegerszezen. Középiskolai tanulmányait a Ferences Rend esztergomi gimnáziumában végezte (Temesvári Pelbárt Ferences Gimnázium), 1987-ben érettségizett. 1993-ban végzett általános orvosként a Pécsi Orvostudományi Egyetemen. 1996-ban közgazdasági szakoklevelet szerzett a Janus Pannonius Tudományegyetem Közgazdaságtudományi Karán. Világbanki ösztöndíjjal a rotterdami egyetemen folytatott tanulmányokat, ahol 1997-ben Master of Science fokozatot kapott (Erasmus University Rotterdam, The Netherlands Institute for Health Sciences). 2002-ben Európai Unió szakértő diplomát szerzett a Pécsi Tudományegyetem Természettudományi Karán. Több külföldi egyetemen vett részt

tanulmányúton, kredit pontos kurzuson (University of Oslo, University of Cambridge, University of Ghent, Karolinska Institute Stockholm, Katholieke Universiteit Nijmegen, Maastricht Limburg University). 1993-1999. között a Pécsi Orvostudományi Egyetem Egészségügyi Főiskolai Karán dolgozott tanársegédi, majd adjunktusi beosztásban; a Kar Tanulmányi Osztályán osztályvezetőként. Jelenleg a Kar tiszteletbeli docense. Oktatási területe az egészségügy finanszírozása, egészségbiztosítás, népegészségügy. 1999-től az Országos Egészségbiztosítási Pénztárnál dolgozik, jelenleg a Szakpolitikai és Koordináló Főosztály főosztályvezetője. Az egészségbiztosítás, egészségügyi finanszírozás és népegészségügy témakörében rendszeresen tart előadást hazai és külföldi tudományos és szakmai konferenciákon, folyóiratokban számos publikációja jelent meg.

Pénztárnál dolgozik, jelenleg az egészségügyi szolgáltatókat és az informatikát felügyelő főigazgató-helyettesként. Több alkalommal vett részt külföldi tanulmányúton egészségügyi finanszírozás és egészségpolitika témakörökben (Winston-Salem, Philadelphia, Washington, USA; Utrecht, Groningen, Hollandia; East-London University, University of London, Birmingham, U.K.). Az egészségügyi szolgáltatók finanszírozási típusai, ösztönző rendszerek, az egészségügyi technológia-elemzések módszertana és alkalmazásának területei az egészségügyi rendszerben, az irányított betegellátás működése, ezen belül a fejkvótás finanszírozás kockázat-alapú finomításának lehetséges útjai (risk-adjustment), a közszolgálati intézmények stratégiai menedzsmentje témakörökben rendszeresen tart előadást hazai és külföldi tudományos és szakmai konferenciákon, folyóiratokban számos publikációja jelent meg.



Dózsa Csaba 1969. május 27-én született Vácott. Középiskolai tanulmányait a Sztáron Sándor (ma Madách Imre) Gimnáziumban folytatta, 1987-ben érettségizett. 1994-ben szerzett közgazdasági oklevelet a Budapesti Közgazdaságtudományi Egyetem Társadalomtudományi Karán (Társadalompolitikai Elemző-tervező és Szociológia Szakirány). Egyetemi tanulmányai alatt a Széchenyi István Szakkollégium tagja volt. 1997-1999. között világbanki ösztöndíjjal Spanyolországban folytatott posztgraduális tanulmányokat (Universidad de Barcelona y Pompeu Fabra, Barcelona) az egészség-gazdaságtan területén és szerzett egészség-gazdaságtani master diplomát (Máster en Economía de la Salud). 1994-től az Országos Egészségbiztosítási

tagja lesz a Budapesti Közgazdaságtudományi és Államigazgatási Egyetem (BKAE) Egészségügyi Gazdaságtan és Technologiaelemzési munkacsoportjának és 2001-től a BKAE meghívott oktatója. Jelenleg az Egészségügyi Szociális és Családügyi Minisztérium Stratégiai Intézményi Főosztályának elemző közigazdásza. 2002-ben NIHES ösztöndíjjal részt vesz az Erasmus University Rotterdam „Kutatás az egészségügyben” című programjában. 2003-ben Marie Curie Ösztöndíjjal folytat tanulmányokat University of Sheffield „Gyakorlati képzés az egészségügyben” című programjában. Az irányított betegellátás működése, és továbbfejlesztése, a fejkvótás finanszírozás kockázat-alapú finomítása és egészségügyi gazdasági elemzések témakörében jelentek meg publikációi és tartott előadásokat hazai és külföldi tudományos konferenciákon.

Tervezési és Költségvetési Főosztályán, később a Szakpolitikai és Koordináló Főosztályon dolgozik. Itt a fejkvótás finanszírozás finomítására létrehozott munkacsoport vezetője, részt vesz az egészség-gazdaságtani elemzések irányelveinek kidolgozásában és az irányított betegellátás továbbfejlesztésre létrehozott munkacsoport tagja. Közben



Nagy Balázs 1975. szeptember 25-én született Debrecenben. Középiskolai tanulmányait a Pannonhalmi Bencés Gimnáziumban folytatta, 1994-ben érettségizett. 2000-ben szerzett közgazdasági oklevelet a Debreceni Egyetem Közgazdaságtudományi Karán Gazdálkodási Szakon. 2000-től az Országos Egészségbiztosítási Pénztár

tagja lesz a Budapesti Közgazdaságtudományi és Államigazgatási Egyetem (BKAE) Egészségügyi Gazdaságtan és Technologiaelemzési munkacsoportjának és 2001-től a BKAE meghívott oktatója. Jelenleg az Egészségügyi Szociális és Családügyi Minisztérium Stratégiai Intézményi Főosztályának elemző közigazdásza. 2002-ben NIHES ösztöndíjjal részt vesz az Erasmus University Rotterdam „Kutatás az egészségügyben” című programjában. 2003-ben Marie Curie Ösztöndíjjal folytat tanulmányokat University of Sheffield „Gyakorlati képzés az egészségügyben” című programjában. Az irányított betegellátás működése, és továbbfejlesztése, a fejkvótás finanszírozás kockázat-alapú finomítása és egészségügyi gazdasági elemzések témakörében jelentek meg publikációi és tartott előadásokat hazai és külföldi tudományos konferenciákon.

tagja lesz a Budapesti Közgazdaságtudományi és Államigazgatási Egyetem (BKAE) Egészségügyi Gazdaságtan és Technologiaelemzési munkacsoportjának és 2001-től a BKAE meghívott oktatója. Jelenleg az Egészségügyi Szociális és Családügyi Minisztérium Stratégiai Intézményi Főosztályának elemző közigazdásza. 2002-ben NIHES ösztöndíjjal részt vesz az Erasmus University Rotterdam „Kutatás az egészségügyben” című programjában. 2003-ben Marie Curie Ösztöndíjjal folytat tanulmányokat University of Sheffield „Gyakorlati képzés az egészségügyben” című programjában. Az irányított betegellátás működése, és továbbfejlesztése, a fejkvótás finanszírozás kockázat-alapú finomítása és egészségügyi gazdasági elemzések témakörében jelentek meg publikációi és tartott előadásokat hazai és külföldi tudományos konferenciákon.