

## Fókuszban az Irányított Betegellátási Rendszer

Dr. Horváth Ágnes, az OEP főosztályvezetőjének tájékoztatója az IBR négy éves működéséről

Javában zajlik az egészségügyi ellátásszervezőkről szóló törvénytervezet társadalmi vitája. Ennek kapcsán érdemes megvizsgálni, hogy milyen eredményeket hozott az 1999-ben Magyarországon bevezetett irányított betegellátási modellkísérlet gyakorlati megvalósítása. Mivel márciusban elkészült az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) értékelése a jelenleg egymillió ember ellátását érintő Irányított Betegellátási Rendszer (IBR) négy éves működéséről, célszerű betekinteni a tanulmányba, amely hasznos információval szolgálhat mindannyiunk számára arra vonatkozóan, hogy mit remélhetünk az új egészségügyi ellátás-szervezési rendszertől. Ezért megkértük Dr. Horváth Ágnest, az OEP Irányított Betegellátási Főosztályának vezetőjét, hogy röviden foglalja össze az IBR eddigi tapasztalatait.

– A „managed care” filozófiája számos külföldi ellátórendszerben fellelhető. A legismertebb az Amerikai Egyesült Államokbeli Health Maintenance Organization (HMO), másik, ismert rendszer a brit GP fundholding. Melyikre építkezett a magyar modellkísérlet?

Szeretném hangsúlyozni – erre a négy éves értékelésünkben is kitértünk –, hogy a magyar IBR sem szolgai másolata, sem pedig ötvözete a külföldi rendszereknek. Természetesen megtalálhatóak benne az HMO és a GP fundholding egyes elemei, és bizonyos hasonlóság fedezhető fel mindkettővel. De ez a rendszer a mi, hazai viszonyainkhoz alkalmazkodó, önálló, saját modellünk.

– Hogyan kezdték el a működést az első ellátásszervezők?

Az irányított betegellátási modellkísérlet gyakorlati megvalósítása 1999. július 1-jén kezdődött el százhatvan ezer biztosított bevonásával, kilenc szervezővel, akik közül időközben négyen kiestek különböző okokból. 2000-ben az OEP újabb pályázatot írt ki az érintett lakosság szám két-százazere való bővítése céljából. Egy év múlva már közel ötszáz ezer fő ellátását szervezte hét szervező, tavaly pedig tizenegyre nőtt a szervezők száma és közel egymillióra az ellátásba bevont lakos.

A rendszer a gyakorlatban úgy működik, hogy az adott évi költségvetési törvény jogszabályi felhatalmazása alapján az egészségügyi intézmények megpályázhatják, hogy saját maguk, illetve a szerződött szolgáltatókon keresztül megszervezik az érintett lakosság egészségügyi ellátását. Első lépésben meg kell győzniük a területükön praktizáló házior-

vosokat arról, hogy csatlakozzanak az IBR-hez, ugyanis ez önkéntességi elven történt és történik ma is. (Megjegyzem, hogy ezen a téren az ellátás-szervezőkről szóló új törvénytervezet jelentős különbséget mutat, ugyanis kötelező érvényűnek tekinti a csatlakozást.) Az ellátásszervezőnek el kell érnie, hogy az ellátás a jelenlegivel megegyező, illetve lehetőség szerint annál magasabb színvonalú legyen, és hogy a beteg a lakóhelye közelében vehesse igénybe a definitív ellátást. Meghatározza a betegutakat oly módon, hogy folyamatosan képi a háziorvosokat, protokollokat készít, és azokat elfogadtatja velük.

– Tudomás szerint az irányelvek kidolgozása a szakmai kollégiumok feladata. Miért van szükség az ellátásszervező által összeállított másik protokollra?

Valóban a szakmai kollégiumok feladata a konszenzus ajánlások tudományos bizonyítékokon alapuló kidolgozása – a teljesség kedvéért meg kell jegyezni, hogy nem mind-egyik szakmai testület rendelkezik irányelvekkel. Az ellátásszervezőnek éppen a guideline-ok alapján kell elkészítenie a saját ellátási területének adottságait figyelembe vevő helyi eljárásrendet. Ebben tájékoztatást nyújt többek közt a vele szerződő szolgáltatókról, az ajánlott gyógyszerhatóanyagok támogatásáról. A beteg kivizsgálásának mikéntjéről, a terápiáról, a kórházba való beutalásról való döntés továbbra is az orvos kezében marad, aki orvosi eszköze, tudása és saját belátása szerint gondoskodik a pácienséről. Ezek a protokollok fontos részét képezik a minőségbiztosításnak, amelynek másik eleme a beteg-utak folyamatos követése, átfogó elemzések készítése.

– Milyen elven működik az IBR szereplői közötti elszámolás?

Az OEP ún. elvi folyószámlát vezet valamennyi szerződő fél részére. A központilag begyűjtött, döntően járulékból származó bevételeket csak virtuálisan osztja szét a korrigált fejkvóta segítségével. Tehát a havi bevétel összegét az ország lakosságának nem és kor szerinti összetétele alapján, korosztályonként – az előző év azonos időszakának teljesítménydíja alapján – megállapított fejkvóta, és az ellátásszervezőhöz tartozó biztosítottak korosztályonkénti, nemek szerinti létszámának figyelembevételével határozzuk meg. Ez alól kivételt képez az akut és krónikus művese-kezelés, amelynek finanszírozása elkülönítetten történik. A kiadási oldalon az egy-egy egészségügyi intézményben ellátott valamennyi betegre azonosan csökkentett mértékű alapdíjjal

számoljuk el az összes beteg által igénybevett valamennyi szolgáltatást. Az ellátásszervezők elvi folyószámla egyenlegét havonta határozzuk meg, a pozitív egyenleget elérők számára a megtakarítást kifizetjük. 2003-tól bevezettük az ún. degresszált megtakarítás elvét, amely kockázatmegosztást jelent az ellátásszervezők és az E.Alap között. Ezzel meg tudjuk előzni az alulkezelést is. Magyarán: ha valaki tíz százalékkal plusszal zárja az egyenlegét, annak a megtakarítás 80%-át fizetjük ki, a további tíz százaléknak pedig a felét. Az így fennmaradó összegből kiegyenlítő alapot képezünk, amelyből fedezni tudjuk a veszteséget termelő ellátásszervezők negatív szaldóját. Vagyis a pozitív egyenlegű ellátásszervezők viselik a veszteség kockázatát. Emiatt megindult a szervezők közötti együttműködés, és ebből kifolyólag egységesebbé vált az ellátás színvonala.

A kiegyenlítő alaphoz tehát először kiegyenlítjük a veszteségeket, s a fennmaradó összeget a fenti elv alapján szétosztjuk a pozitív egyenlegű szervezők között, s ha ezek után is marad pénz, arra pályázatot írunk ki. Az ellátásszervező a felvett megtakarítást az érdekeltségi rendszer szerint használja fel. Ebből fedezi a fejlesztést, az egészségvédelmet és ösztönzi a partnereit: részesül az összegből az informatikai szolgáltató, az egészségügyi szolgáltató (kórház, járóbeteg szakellátó) és a házi orvos. Idéntől az ellátásszervező a megtakarítás terhére szerződhet az állam által nem finanszírozott szolgáltatókkal is, például a Hospice-szolgálattal vagy az otthoni szakápolással. Vagyis az IBR arra ösztönzi az ellátásszervezőket, hogy a jellemzően nagyon kórházcentrikus ellátás helyett a beteg csak indokolt esetben kerüljön kórházba, az utógondozás a házi szakápolás keretein belül történjen, s a krónikus ellátáshoz ne aktív ágyon jusson hozzá a beteg.

#### **– Említette az egészségmegőrzést. Ennek gyakorlati megvalósítása hogyan történik az IBR-ben?**

Az IBR egyik fontos alapelve, hogy a rendszerben dolgozók betegségcentrikus gondolkodásmódját egészségcentrikus szemlélet váltsa fel. Mivel az ellátásszervezők alapvető érdeke, hogy a lakosság egészséges legyen, illetve, hogy a betegségeket idejében felismerjék és kezeljék, a hármasszintű prevenció (primer, szekunder és terciér) elemeit tudatosan be kell építeniük az ellátásba. Ez első szinten az egészségnevelést, a rizikófaktorok kérdőíves felmérését, az immunizációt foglalja magában, második szinten a különböző szűrővizsgálatok elvégzését, harmadik szinten pedig a kontrollált ellátást, a betegoktatást és a rehabilitációt.

#### **– Milyen sikereket könyvelhetett el az IBR működésének négy éve alatt?**

Mint azt a négy éves működés értékelésében leírtuk, szakmai téren a legnagyobb sikert a minőségbiztosítás terén értük el. Ennek záloga a betegutak nyomon követése és a saját fejlesztésű protokollok használata volt. Informatikai

szempontból komoly eredménynek számít, hogy az IBR-ben résztvevő házi orvosok körében megtörténtek a szükséges fejlesztések a házi orvosi rendszerek homogenizálására, s ezzel megteremthetővé vált egy működő, szélesebb körre is kiterjeszhető házi orvosi jelentő rendszer. Lehetővé vált a szerződéses partnerek anyagi ösztönzése a már említett megtakarítás-visszaosztás által. Bizonyítást nyert, hogy jelentős előrelépés történt az ellátás átláthatósága és a nyújtott szolgáltatások kiszámíthatósága érdekében.

A fejlődés egyik legfontosabb lépcsőfokának tekintjük a folyamatos monitoring rendszer kiépítését. Szükségesnek tartjuk kidolgozni azokat a markereket, amelyekkel lehetővé válik az alulkezelés mérése, valamint az egész IBR szisztematikus elemzése. Ugyancsak indokolt az újonnan belépő, illetve a rendszerben már bent lévő ellátásszervezők folyamatos képzése és az információ eddiginél nagyobb fokú áramoltatása.

Mindezen lépések fokozott jelentőséget nyernek annak tükrében, hogy az OEP a 2003. évi CXVI. törvényben foglalt felhatalmazás alapján pályázatot hirdetett az IBR további hétszáz ezer főt érintő kiterjesztésére 2004-ben. Március 22-éig tizenhét pályázat érkezett be, ezek értékelése jelenleg folyamatban van. Mivel az egy-egy ellátásszervező által kötelezően lefedett körzet lakosainak száma idén az eddigi ötvenezres minimumról hetvenötezerre módosult, további háromezreszáz ezer fővel fog növekedni a már működő ellátásszervezők által ellátott lakosok száma. Tehát 2004. szeptember 1-jétől kétmillió magyar állampolgár egészségügyi ellátása fog az IBR keretein belül zajlani.

#### **– Melyek az IBR-rel kapcsolatos legfontosabb kritikai észrevételek?**

A rendszer ellenzői leggyakrabban azzal érvelnek, hogy a rendszer nem nyújt kellő garanciát a betegek alulkezelése ellen. Ennek a problémának az orvoslása érdekében történtek meg azok a minőségbiztosítási lépések, amelyekről már szóltam. Elhangzanak az a vád is, hogy az ellátásszervezők kiléptetik a drága, költséges betegeket, és eleve nyereséges területeket választanak ki. Az erre vonatkozó vizsgálataink azonban nem bizonyították ezt a feltevést. A négy éves értékelésünkben részletesen nyomon követhető a ki- és belépők területenkénti megoszlása és gyakorisága. A „lefőlözésről” pedig elmondhatom, hogy bár e jelenség elviekben létezik, erre utaló jeleket a mi modellünkben nem találtunk. Gyakran merülnek fel bizonyos, a szabad orvosválasztással kapcsolatos aggodalmak is. Ez az aggály sem indokolt, hiszen a beteget az IBR-en belül is megilleti a szabad orvosválasztás joga (ezt az egészségügyi törvény deklarálja), azaz a különbséggel, hogy segítséget, tanácsot kap az ellátórendszerben való eligazodáshoz. Ráadásul az ellátásszervező arról is gondoskodik, hogy az akut ellátást követően a rehabilitáció, utógondozás ne maradjon el. Továbbra is megmarad a második szakvélemény igénybevételének joga – ezt az ellátásszervezőkről szóló törvénytervezet is tartalmazza.

**– Hogyan tudná összegezni azokat a legfontosabb előnyöket, amelyekhez az IBR keretein belül ellátott biztosítottak hozzájuthatnak?**

Megint utalnék a négy éves értékelésünkre, amely a következőkben összegzi az IBR legfontosabb előnyeit:

Az IBR-ben működő egészségügyi szolgáltatók nem egymástól elszigetelten végzik a betegek ellátását, hanem egy belső érdekeltségi rendszeren nyugvó, célirányos finanszírozás keretein belül. Fontos, hogy a rendszer színvonalas prevenció és gondozási programot biztosít az ellátot-

taknak. Mivel az ellátásszervezők alapvető érdeke a lakosok egészségben tartása, fokozott hangsúlyt fektetnek az egészséges életmódra nevelő programokra. Létérdekük továbbá megakadályozni a túlkezelést, amely lényeges orvosi kockázatot jelenthet a betegek számára. Az egységes protokollok alkalmazása szintén előnyt jelent a betegek nézve, hiszen a szakmailag megvitatott egységes eljárások növelik az ellátás biztonságát. A megtakarítás elve pedig oly módon szolgálja a biztosítottak érdekeit, hogy a megtakarítások visszaforgatása az ellátórendszerbe erősíti annak hatékony és magas színvonalú működését.

*Boromisza Piroska*

**NÉVJEGY**



**Dr. Horváth Ágnes** 1997-ben végzett a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Karán. 2001-ben posztgraduális közgazdasági szakokleveles orvos végzettséget szerzett a Budapesti Közgazdaságtudományi és Államigazgatási Egyetemen. Az EMK és a World Bank Institute szervezésé-

ben számos Flagship kurzuson vet részt. Minőségirányítási gyakorlata és minőségbiztosítási végzettsége is van.

Foglalkozott irányított betegellátási modell szervezésével. 2003. novembere óta az Országos Egészségbiztosítási Pénztár Irányított Betegellátási Főosztályának vezetője. A Semmelweis Egyetem TSK-n óraadó tanár. Angolul, németül és spanyolul beszél.

*Pályázat*

**FOGYATÉKOSÜGY**

	<b>Minimális összeg</b>	<b>Maximális összeg</b>
Az értelmi fogyatékos személyek országos és regionális szervezetei 2004. évi működési támogatására	61.5 millió forint Kis- és ernyőszervezetek támogatása (10 szervezet) minimális összeg: 1 millió forint	Nincs maximális összeg meghatározva
A regionális jelnyelvi tolmácsolók központok modellprogramjának működtetése	66 millió forint (6 régió van) 11 millió forint/régió a max. keret	11 millió Ft/ régió
Fogyatékossgal élő személyek társadalmi befogadását támogató szolgáltatások infrastrukturális fejlesztésének elősegítésére	35 millió forint Pályázati önrész biztosításának támogatására 7 szervezet részére	Nincs maximális összeg meghatározva