

Az irányított betegellátásban résztvevő szervezők konferenciája

Hónapok óta a figyelem középpontjában van a modellkísérletből rendszerré formálódó irányított betegellátás. Megszólalt már az ügyben minden érintett és nem érintett: Állami Számvevőszék, adatvédelmi biztos, a minisztérium által megbízott munkabizottság, a pártok, a Corvinus Egyetem PhD. hallgatói, a Semmelweis Egyetem Menedzserképzőjének kutatói, a Magyar Orvosi Kamara, és a Nemzeti Egészségügyi Kerekasztal is. A megnyilatkozások a rendszer előnyeiről, hátrányairól, hasznáról és haszontalanságáról szólnak. Magukról az irányított betegellátásban résztvevő szervezőkről (és a betegekről) viszont alig esett említés. Ezen az egyoldalúságon kívánt változtatni az Irányított Betegellátást Szervezők Egyesülete előbb egy nyilatkozat kiadásával, majd a Balatonfüreden megrendezett konferenciával. Reményük, hogy új szempontokkal tudják gazdagítani a még mindig le nem zárult vitát, s esetleg (számukra) kedvező irányba befolyásolhatják a még nyitott kérdéseket.

AZ ELLÁTÁSSZERVEZŐK NYILATKOZATA

Szinte természetes, hogy a napvilágot látott dokumentumokból, elemzésekből a munkájuk eredményességét igazoló mozzanatok emelték ki. Így az Állami Számvevőszék nemrégiben lezárult vizsgálatából azt, hogy a jelentés részletesen feltárta az irányított betegellátás innovatív értékeit. A kritikaként felvetett hiányosságok közül kiemelték azt, amiért nem lehet a szervezőket felelőssé tenni: a modellkísérlet célmeghatározásának, valamint a működés jogi szabályozásának hiányosságait, mely tényezők miatt a különböző szervezőknél nem alakulhatott ki egységes szakmai szemlélet, s így az eredmények nehezen vethetők össze.

Mindezzel együtt 6 év alatt minimális forrás átcsoportosítással a magyar egészségügy hozzá jutott a reformot megalapozó tudáshoz és az 1200 háziorvosra kiterjedő szervezettséghez, továbbá az érintett térségekben az ellátás hatékonyságát javító beruházásokat is eredményezett, miközben kinevelődött egy széles, innovatív szemléletű szakértői réteg is.

A lefolytatott vizsgálatok kiemelik – beleértve az ÁSZ-ét is és a Corvinus Egyetemen készült kutatást is, – az irányított betegellátásnak a prevencióban, beteglogisztikában, az info-kommunikációban, az orvosi együttműködésben és a hatékony gyógyításban való szolgáltatói érdekelttség megteremtésében, a szakmai standardokra alapozott helyi eljárásrendek kialakításában és rutinszerű alkalmazásában, a költ-

séghatékonyság javításában, összességében tehát a teljes ellátás és finanszírozás racionalizálásában és innovációjában felmutatott eredményeket – hangsúlyozza az ellátásszervezők nyilatkozata.

Ezen elemek az egészségügyi modernizáció alappillérei ugyan, azonban önmagukban nem működőképeseek. Egységes rendszerré az ellátásszervezők koordinációs tevékenysége és az irányított betegellátás biztosította többszintű érdekeltégi rendszer (prevenció finanszírozás, megtakarításból való részesedés, az adatelemzésből, a helyi eljárásrendek fejlesztésből adódó egyéb szakmai előnyök) mentén szervezhető.

A nyilatkozat szerint az irányított betegellátás térségi operatív menedzsment tevékenységének megszüntetésével ezen eredmények elvesznek, mivel elemenként, és az érdekeltiség megszűntével nem menthetők át más programokba. A háziorvosi prevenció pályázat vártnál gyengébb eredménye bebizonyította, hogy a szervezői koordináció és kollegiális együttműködés nélkül a háziorvosok csak kis hányadban vállalják a prevenció tevékenységét, miközben az irányított betegellátásban olyan szervezőknél is hibátlanul folyik a prevenció, ahol a térség adottságaiból adódóan évek óta nem képződik megtakarítás.

AZ ELLÁTÁSSZERVEZŐK „FELAJÁNLÁSAI”

Fentieket, valamint az ÁSZ javaslatait figyelembe véve, az irányított betegellátásban résztvevő 18 szervező elhatározta, hogy az irányított betegellátás rendszerszerű bevezetése érdekében szakmai munkáját a modellezési időszak lezárásaként a következők területeken egységesíti:

Egészségnyereség: az egyes szervezőknél végzett kardiovaszkuláris prevenció programokat azonos szakmai, szervezési és adminisztratív alapokra helyezi, prevencióhoz kapcsolódó szakmai eljárásrendek egységesítésére törekedve.

Megtakarítás a gyógyszerkasszában: az egyes modellek terápiás gyógyszer-felhasználási algoritmusait összehangolja.

Adatbiztonság: a megváltozott adatvédelmi követelményeknek megfelelő adatkezelési rendszert dolgoz ki.

Orvosszakmai hatékonyság: összehangolja az esetkezelés és betegút követés metodikáit.

Térségi esélyegyenlőség a finanszírozásban: javaslatot tesz a 2006-tól alkalmazandó fejkvóta új számítási algoritmusára.

Hatékony ösztönzés: kidolgozza az irányított betegellátásban alkalmazott érdekeltségi rendszer egységes alapelveit, keretszabályait.

Informatikai standardizálás: egységesíti a jelentéseket, kialakítja az ehhez szükséges közös informatikai platformot.

Ellenőrizhetőség, mérhetőség: megtervezi a szakmai és gazdasági ellenőrzés egységes folyamatát, kidolgozza az eredménymérés főbb indikátorait.

A standardizálásra-fejlesztésre az ellátást szervezők szakmai bizottságokat hoznak létre, amelyek munkájuk során együtt kívánnak működni az érintett szakmai, egészségpolitikai és társadalmi szervezetekkel. Meggyőződésük, hogy a standardizálás befejeztével a modellidőszak lezárható. 2006. január 1-től 1500 – jelenleg is a szervezők irányítása mellett, magas fokú szervezethez tartozó tevékenykedő – háziiorvosi praxisban, a 2,5 millió lakos ellátásának veszélyeztetése és plusz forrás bevonása nélkül folytatható az új alapokra helyezett irányított betegellátás, mint rendszer.

A fentiek szellemében felkérték Rácz Jenő egészségügyi minisztert, hogy a Kormánynak az irányított betegellátás továbbfejlesztését, az eddigi hibák kiküszöbölését célzó javaslatot terjesszen be, amely az egészségügyi modernizációs programba illeszkedően szolgálja a rendszer integrált működését, fejlesztését és feljelnéljük részvételüket a javaslat, valamint a kapcsolódó jogszabályok előkészítésében.

DÖNTÉSHOZÓK, DÖNTÉS-ELŐKÉSZÍTŐK ÉS JOGALKALMAZÓK FÓRUMA

Az Irányított Betegellátási Konferencián a legnagyobb érdeklődés a Döntéshozók Fórumát várta. Nem csoda, hiszen a résztvevők nagy többségét az érdekelte leginkább, hogy mi lesz vele, munkahelyével, egzisztenciájával, megszerzett tapasztalataival, speciális tudásával. Az pedig a döntéshozókon múlik. Nem volt könnyű dolguk, ha konkrét információkra vártak. Kiss József, az OEP főigazgatója előre bocsátotta, ő nem döntéshozó, hanem a döntések végrehajtója, illetve javaslattevő, Kapócs Gábor helyettes államtitkár pedig leszögezte, köztisztviselőként feladata „csupán” a döntéselőkészítés, a döntés a politika szférájában (miniszter, kormány, országgyűlés) születik majd meg. Schwarcz Tibor (MSZP) azonban az Országgyűlés Egészségügyi Bizottságának elnökeként valóban a döntéshozók szűk körét képviselte.

Kis József igen érdekes szempontokat vetett fel, olyanokat, amelyeket mindenképpen mérlegelniük kell úgy a döntéseket előkészítőknél, mint a döntéshozóknak, de maguknak az irányított betegellátásban dolgozóknak is. Mindenek előtt a „megtakarítás” fogalmát próbálta megvilágítani, hiszen igencsak elvont fogalomról van szó. A törvény meghatározása szerint megtakarításnak „a statisztikai átlagtól való negatív eltérést” nevezik. Figyelemre méltó, hogy ahogyan nőtt az IBM keretei között ellátottak száma, úgy csökkent a „megtakarítás”. Néhány szervezetnél folyamatosan nem ke-

letkezik megtakarítás, sőt, ráfizetés is kimutatható. A „hogyan tovább” kérdése ennek alapján nem megválaszolható, ugyanis az egészségpolitika elsőrendű célja nem a megtakarítás, hanem az országban tapasztalható egyenlenségek kiküszöbölése. Ez a rendszer pedig ezt konzerválja, ugyanis az elégtelen ellátásból is keletkezhet megtakarítás. Csakis a szükségletekkel arányos felhasználás és az ahhoz képest keletkezett megtakarítás lehet mérvadó.

Kapócs Gábor előre bocsátotta, sok újat nem tud mondani, hiszen az Egészségügyi Minisztérium munkacsoportja elmúlt év decemberében áttekintette az IBM történetét, jelenét és javaslatokat fogalmazott meg az irányított betegellátás jövőjéről, illetve tapasztalatainak, eredményeinek hasznosításáról.

Ez a tanulmány és a nyomán készült előterjesztés megállapítja, hogy az irányított betegellátási rendszer jogszabályi háttere igen hiányos, ezt a hiányt nem pótolhatják az OEP belső szabályzatai. Az elszámolás kulcseleme, a fejkvóta számításának technikája és módszertana pedig korrekciót igényel.

A tanulmány összegezése azt is leszögezi, hogy a modellkísérlet elindulásakor nem rendeltek elegendő erőforrást (személyi feltételek, informatikai rendszerfejlesztések stb.) az OEP számára a rendszer kiépítéséhez, működtetéséhez, ennek következtében a rendszer monitorizálása és értékelése nem történhetett meg a szükséges mértékben.

Elmaradt az irányított betegellátási rendszer monitorizálásához szükséges egységes minőségi indikátorok meghatározása is. Ez a munka azóta megkezdődött, a jövőben folytatni kell. Végezetül: az IBR önmagában történő értékelése nem elegendő a modellkísérlet jövőjének eldöntéséhez; a tágabb egészségpolitikai, szakmai és finanszírozási környezet együttes és átfogó elemzésére van szükség.

Értelmezték az irányított betegellátási rendszert befektetés és hozam szempontjából is. Az OEP szempontjából befektetésnek tekintették a szervezők számára kifizetett szervezési és prevenciós díjakat, hozamnak pedig a szervezők elvi folyószámlájának év végi egyenlegét (megtakarítás). Az eredmény igen pozitív: az irányított betegellátási rendszer elmúlt 4 évében 1 Ft OEP-oldali befektetés átlagosan 4,98 Ft hozamot produkált. Az OEP többször vizsgálta az elvi folyószámlán jelentkező megtakarítások felhasználását, súlyos szabálytalanságot, visszaélést sehol nem tártak fel.

Mindezzel együtt Kapócs Gábor – emlékeztetve hallgatóit a klinikai kísérletek módszertanára – kijelentette, ami eddig történt, nem igazán nevezhető kísérletnek, inkább próbálkozásnak, hiszen egy kísérletnek alapfeltétele a megtervezettség. Próbálkozásnak kezelik tehát egy jobb, hatékonyabb rendszer létrehozására.

Mindezek alapján javasolta a munkabizottság – és lényegében ez a minisztérium javaslata is – az IBR-t még két évig változatlan formában, de szoros ellenőrzés és monitorozás mellett, bővítés nélkül tovább működtetni. A cél első sorban az, hogy megítéljék a legfontosabbat: az érintett lakosságra gyakorolt hatást. Ezt az időt kellene felhasználni arra is, hogy egyértelmű jogszabályokat alkossanak, és

meghatározzák a pontos indikátorokat, amelyek segítségével valóban ellenőrizhető a rendszer egészségnyeresége és költséghatékonyasága. Mindeközben törekedni kell az egyéges „best practice”, a legjobb gyakorlat megtalálására és egységesítésére. Ez szoros együttműködést kíván a minisztériumtól, az OEP-től és a MEP-ektől, valamint az ellátást szervezőktől. Standardokra van szükség, hogy összehasonlíthatóak legyenek az egyes szervezők eredményei és azokat generalizálni kell, mert nem engedhető meg, már csak alkotmányosan sem, hogy – ahogyan ez ma még történik – az egyes ellátási területeken elért eredményeket ne vegyék át a többiek, és ne részesedjenek belőle az ország más területein élők. Változtatni kell a jelenlegi IBR alapvető igazságtalanságán is, azon, hogy egyes ellátásszervezők úgy jutnak többletforráshoz, hogy nem dolgoztak meg érte. Erről Kis József szólt részletesen. A jó indikátorok alapján történő monitorozás eredménye lehet az is, hogy a valóban jó eredményeket elérők részesülnének többletjövdelemben, s nem a szerencsésebb térségekben ellátást nyújtok.

Schwarcz Tibor azzal kezdte mondandóját, hogy nem akar állást foglalni abban, hogy az IBR modellkísérletet félkudarcnak vagy félsikernek kell-e minősíteni. Felelősöket, hibáztathatókat keresni is felesleges már.

A döntéshozók nehéz helyzetét próbálta inkább érzékeltetni a pólusok felvázolásával. A leginkább figyelemre méltó, hogy éppen azok fordultak szembe, illetve tagadták meg az IBR-t, akik a legtöbbet tettek életre hívásáért. Hozzájuk képest kevesen vannak – önmagát és a kormányt Schwarcz Tibor ezek közé sorolta –, akik szerint számos olyan pozitív eleme van a rendszernek, amelyet meg kell őrizni.

A TÁRCA ÉS A SZAKBIZOTTSÁG AZ IRÁNYÍTOTT BETEGELLÁTÁSBAN DOLGOZÓK SEGÍTSÉGÉT KÉRI

A feszültségek akkorák, hogy mindenképpen dönteni kell: hogyan tovább? Az ősszel elfogadásra kerülő országgyűlési határozat tervezetét a kormány már megtárgyalta, de még nem terjesztette elő, az államigazgatási egyeztetés útját járja. A tervezet a parlamenti szakaszban még változtatható, az elnök kérte az ellátásszervezők képviselőit, hogy legkésőbb június végéig 7-8 pontban, a politikusok számára is „emészthető” formában foglalják össze, mi az, amit fejlesztendőnek, megváltoztatandónak, illetve további folytatásra érdemesnek gondolnak. Arra is felhívta a figyelmet, hogy Magyarország közigazgatása átalakulóban van, s a kistérségi együttműködési formák kitűnő lehetőséget biztosítanak a betegirányítás – vagy másként fogalmazva: az irányított betegutak – gyakorlatának továbbvitelére.

Schwarcz Tibor felkérését Kapocs Gábor megerősítette, mondván, van még idő is, lehetőség is, hogy a minisztérium és az IBE szakértői közösen tovább dolgozzanak és együtt terjesszenek a Parlament elé módosítási javaslatokat. Az Országgyűlési Határozat elfogadása után pedig kezdetét veszi az „aprómunka”, a szükséges jogszabályok és végrehajtási rendeletek kidolgozása, amelyektől azt várják, hogy az IBR jobban, hatékonyabban, igazságosabban működjön tovább. Ebben különösen számítanak az ellátásszervezők segítségére.

- *nal*



VI. Egészségügyi Outsourcing Konferencia

Kiszervezés, beszerzés vagy szolgáltató központ?

2005. október 19.

Hotel Stadion (1148 Budapest, Ifjúság útja 1-3.)



Larix Kiadó Kft.

Telefon / fax: 333-2434, 210-2682

larix@larix.hu, www.imeonline.hu vagy a www.larix.hu