

## ***Kritikus gondolatok az irányított betegellátás hazai rendszeréről***

Donkáné Verebes Éva, SAN ASSIST Kft.,

Dr. Oberfrank Ferenc, MTA Kísérleti Orvostudományi Kutatóintézet

Az év elején válaszút elé került az irányított betegellátási és egészségügy finanszírozási kísérlet. A feltett kérdés: korrekció után folytatás vagy megszűnés? A válasz azután sokáig késett és igazán sohasem született meg. Így aztán nem csoda, hogy az év során a helyzet tovább romlott, is az IBR-ben jóhiszeműen résztvevők teljesen elbizonytalanodtak. Nem történt meg sem a szakmapolitikai, sem a szakmai követelmények megfogalmazása, az információ-áramlás egy jelentési kötelezettség kivételével, megszűnt, az ombudsman igen súlyos, és az IBR teljes működését megkérdőjelező véleménye alapján. A 2005. évre szóló költségvetési törvényben és a jelenlegi finanszírozási Kormányrendeletben megfogalmazott feladatok nem kerültek bevezetésre, illetve a korábbi szakmai kötelek is fellazultak. Joggal merül fel a kérdés, hogy az OEP 2005. évre milyen forrásokat bocsát az E-Alapból a szervezők rendelkezésére? Ma még a 2005. évi elszámolások alapja, az ún. fejkvóta nagysága sem tisztázott, így azt a megkötött szerződések sem tartalmazzák. A helyzetért a felelősség elsősorban a politikai és szakmai irányítókön kérhető számon, akik az IBR létét és folytatásának keretszabályait lebegtetik. Egy évközi Kormányhatározat megfogalmazása mind a folytatást, mind a kiterjesztést, de a befejezést is lehetővé teszi. Jogos kérdésként merül fel, hogy lesz-e olyan vezető, aki a csupán matematikai alapokon kiszámított nyereséget kiutaltatja és meri vállalni, pl. az ÁSZ vizsgálati eredményeihez kötődő javaslatok nem teljesítését. Ebben a szétzilált helyzetben kerül a közeljövőben a Parlament elé a társadalombiztosítási törvény azon módosítása, amely lehetővé teszi, hogy ne évente történjen meg az IBR működésének parlamenti jóváhagyása, hanem annak működésére vonatkozó kérdések államigazgatási döntési körbe kerüljenek.

E tanulmány ismételtén megpróbálja felvázolni azokat a kérdéseket, amelyek már korábban más formában napvilágot láttak. A kérdésfeltevés alapvetően arról szól, hogy társadalombiztosítási és az azt szolgáló jogi szabályozási keretek között, működhet-e a lakosság negyedére kiterjesztve alapjában véve „üzleti” biztosítói szemléletű tevékenység? A jelenleg rendezetlen működési feltételek biztosítása esetén lehetséges-e a két rendszer együttélése? Tisztázható-e az IBR szakmai és pénzügyi eredményessége?

A hazai kísérlet reformtörekvésként indult, de az egészségüggyel és a társadalombiztosítással kapcsolatos politikusi elképzelések sokfélesége miatt sem a politika, sem a szakmai irányítás nem tudott konszenzusra jutni elfogadása tekintetében. A szabályozatlanságból eredő esetleges visszaélésekre vonatkozó kritikák is elbizonytalanították a döntéshozókat mind a kiterjesztésben, de akár a folytatásban is. Ugyanakkor erős lobbik működik az IBR érdekében. A nemzetközi tapasztalatokra a legtöbb esetben csupán az ötlet forrásaként és példaként hivatkoztak, de azt a kérdést, hogy a szolidaritás elvű társadalombiztosítás és annak jogi szabályozási keretei közé beékelődhet-e egy lényegében nyereségérdekeltségű egészségügyi ellátási rendszer, soha nem tisztázták.

### **AZ IRÁNYÍTOTT BETEGELLÁTÁS AMERIKAI TANULSÁGAI A MAGYARORSZÁGI VÁLTOZATA SZEMPONTJÁBÓL**

Az irányított betegellátás szervezeti és működési koncepciója az Amerikai Egyesült Államokból, kisebb mértékben az Egyesült Királyságból származik, s bár már számos országban megpróbálták azt átültetni a gyakorlatba, sehol sem terjedt el az amerikaihoz hasonló mértékben. A bevezetés óta eltelt hosszabb idő, a szervezetek és a beszervezett páciensek nagy száma továbbra is indokolttá teszi az amerikai helyzet tanulmányozását, ami izgalmas felismerésekre és hasznosítható tapasztalatokra vezet ill. vezetett volna.

Magyarországon „modellkísérlet” formájában meghonosított ellátás-szervezési formációk meglehetősen kevés eredeti elemet tartalmaznak, s azokat is elsősorban a megvalósítás menet-közbeni kényszere szülte. Szinte kötelezően a rendszerbe programozódni látszik az amerikai – rendkívül sokféle – változat számos hibája és érvényesülnek kockázatai is.

Konfliktusok, problémák forrása az is, hogy az eredetileg elvárásaként megfogalmazott, illetve elvállalt feladatokból és kifejlesztendő módszertani és minőségbiztosítási rendszerből lényegében semmi nem működik az eredeti szakmapolitikai terveknek és elvárásoknak megfelelően. Komoly problémát jelent az is, hogy nincs mód vizsgálni a modell orvosszakmai hatékonyságát, mert sem az összehasonlításnak, sem a belső szakmai kontrollnak nincs meg a feltétel-rendszere. Egyedül a pénzügyi hatékonyságot említik az érintettek, megtakarításokról beszélnek. A rendszer azon-

ban nem átlátható, független vizsgálat nem történt a modell pénzügyi hatékonyságának elemzésére sem.

A problémák egy része orvosolható, egy része mérsékelhető, hiszen a „managed care” formációk legtökéletesebb változata sem problémamentes, egy része pedig csak akkor küszöbölhető ki, ha a politika végre szembenéz azokkal az alapvető és megkerülhetetlen kérdésekkel, amelyeket jelenleg a rendszer óvatos, „lopakodó” bevezetésével el szeretne kerülni. Pedig nyilvánvaló, hogy ezzel csak elhalasztódik, de el nem múlik az „igazság pillanata”. Persze aki időt nyer, életet nyer, s utána az „özönvíz”. Sokan tudják: a közérdekekkel indokolható korrekciók érdekeket sértenek.

Jellemző, hogy Magyarországon éppen akkor vetődött fel a managed care adaptálása, amikor az szülőhazájában, az USA-ban éppen a legnagyobb válságát élte.

### ÁLTALÁNOS ELVEK ÉS SZEMPONTOK AZ IRÁNYÍTOTT BETEGELLÁTÁSI HAZAI RENDSZERÉNEK MEGÍTÉLÉSÉHEZ AZ EGYESÜLT ÁLLAMOK-BELI TAPASZTALATOK ALAPJÁN

Ha a világ bármelyik országában kérdezzük meg a betegeket, az orvosokat vagy a tisztviselőket arról, hogy mit gondolnak az egészségügyi ellátás jelenlegi finanszírozásáról és szolgáltatásairól, panaszáradatara számíthatunk. Az Egyesült Államokban a panaszok legnagyobb része az irányított betegellátási szervezeteket, vagy ahogy ott mondják, a managed care szervezeteket illeti. A panaszok a választási szabadság szűkülését, az elégtelen ellátástól való félelmet, az optimális ellátás nyújtásának akadályozását, a nem finanszírozott ellátások beteg általi megtérítését, a több orvosi munkát kevesebb jövedelemért, vagy a túl bonyolult szerződéses megoldásokat róják fel. A következmény a társadalom széles köreinek bizalomvesztése az egészségügyi ellátásban, ingerült, kedélybeteg orvosok és munkahelyüket féltő ellátásszervezők, adminisztrátorok.

Azok, akik az 1980-as években az Egyesült Államokban az irányított betegellátás gondolatát eredetileg felvetették, olyan eszközt kerestek, amellyel egyszerre lehet elérni az ellátás minőségének és hozzáférhetőségének javítását, valamint az ugrásszerűen növekvő költségek mérséklését. Azóta kiderült, hogy az 1990-es évekre az irányított betegellátási szervezetek a költségek mérséklésében kétségkívül számottevő eredményeket tudtak felmutatni. Ez pozitív megítélés alá esett a finanszírozók szemszögéből, de korántsem a szolgáltatókétól, és amint azt az amerikai közvélemény-kutatási adatok mutatják, a lakosság széles körei sem értékelték kedvezően azt. A másik két kitűzött cél megközelítése még várat magára. Ezzel együtt az elmúlt két évtized során az előbbi tényezők együtt alaposan átforgalmazták az amerikai egészségügyi ellátás feltételrendszerét, mindennapjait, és máig erősen befolyásolják más országok – köztük Magyarország – szakembereinek és politikai stratégiáinak gondolkodását.

Miközben az irányított betegellátás szószólói az USA-ban azt ígérték, hogy az javítja a minőséget, és egyúttal visszafogja a költségeket is, nagyon sok vitát keltett, hogy vajon e célok elérése közben a jelenlegi irányított betegellátási formák képesek-e egyenlő elbánásban részesíteni az érintetteket. Az irányított betegellátási szervezetek céljaik elérése érdekében szerződéseket kötöttek a szolgáltatókkal. Ezekben a szerződésekben meghatározták a térítendő szolgáltatások körét, rögzítették az orvosi indokoltság elismerésének kritériumait, korlátozták a biztosítói kifizetések nagyságát, továbbá finanszírozási ösztönzők beiktatásával fokozták az orvosok, a gyógyintézmények és a betegek költség-érzékenységet. Időközben ezek a módszerek széles körben elterjedtek, ami sok munkát adott az utóbbi években az amerikai bíróságoknak, továbbá a tagállami és a szövetségi törvényhozásnak és jelentős ellen-reformokat is elindított.

Az irányított betegellátás keretei között felszínre kerülnek azok a feszültségek, amelyek a beteg által is szükségesnek tartott ellátások finanszírozói elutasítása esetén jelentkeznek, amikor utóbbi azokat nem tartja orvosilag szükségesnek vagy hatásosnak. Milyen feltételek között válik a páciens önrendelkezésének tiszteletben tartása kapcsán etikai kötelezettséggé a finanszírozó számára egy igényelt ellátás kifizetése, vagy az orvos és kórház számára annak kiszolgáltatása?

Az orvos döntési és cselekvési szabadságát az irányított betegellátás szabályai korlátozzák. Ugyanakkor az ilyen szabályok megelőzhetik szükségtelen vagy veszélyes ellátási formák alkalmazását, indokolatlan intézeti felvételt, mindezt azon az áron, hogy korlátozza az orvosok és a páciensek önrendelkezését.

Az irányított betegellátás keretei között megvan a lehetőség az ellátások sokféle variációjából fakadó egyenlőtlenség mérséklésére a szakmai protokollok alkalmazásával. Ez a lehetőség azonban alig valósul meg az ellátási gyakorlatba való átültetés során, mivel az irányított betegellátási szervezetek sokféleségével együtt járó nagyon változatos ellátási és finanszírozási programok, azok eltérő kidolgozottsága és alkalmazkodóképessége – legalábbis az USA-ban – nem teszik lehetővé az egyenlő bánásmódot a betegekkel. További visszasságok forrása, hogy akadnak szervezetek, amelyek az ellátásokat az átlagnál ritkábban igénybe vevő páciensek (egészséges fiatalok, indokoltnál ritkábban orvoshoz fordulók) toborzásával ill. a betegekkel, fogyatékosok, költségesebb ellátásokat igénylők szándékos távol tartásával szorítják vissza a költségeket. Ezek úgy racionalizálják az ellátást, hogy gátolják a hozzáférést, és a legkülönbözőbb technikai megoldások alkalmazásával megtagadják az ellátást.

Mindezek az ismeretek, információk és tapasztalatok az irányított betegellátás magyarországi bevezetését előkészítők és szorgalmazók számára rendelkezésre álltak. Ha kellően figyelembe veszik és megfelelő szabályozást, technikákat dolgoznak ki a hátrányok kiküszöbölése, a nem kívánatos jelenségek megelőzése érdekében és nem a ki-

bővítés erőltetése a fő törekvésük, nem áll elő a mai zavaros helyzet. A modellszerű, korlátozott létszámú bevezetés éppen ezt célozta. A rohamos rendszerré fejlesztés a problémák jelentős részét elfedte, új, nagyon bonyolult, egyre konfliktusosabb és mind nehezebben kezelhető kontextusba helyezte.

### AMI AZ IBR (IBM) ÉRTÉKELŐ JELENTÉSEKBŐL EZ IDEIG KIMARADT

A magyar modellkísérlet működésének tapasztalatai ez ideig elkötelezett és érdekeltségi körök véleményeként fogalmazódtak meg. Egyetlen független szervezet, az Állami Számvevőszék 2004-ben kezdte meg, és 2005-ben fejezte be az Irányított Betegellátási Rendszer vizsgálatát. Jelentésének megállapításai többnyire helytállóak, de elsődlegesen nem a rendszer működését, és az azt befolyásoló körülményeket vizsgálta, hanem az Országos Egészségbiztosítási Pénztáron belüli szabályozottságot.

Több alapvető fontosságú témakör vizsgálata és a benünk rejlő problémák tisztázása a rendszer – múltbeli és esetleges jövőbeli – működésének érdemi megítélése szempontjából azonban nélkülözhetetlen. Ide sorolhatók a következők:

- az IBR és az Alkotmány egészségügyre vonatkozó előírásának viszonya,
- az IBR szakmai követelményrendszerének hiánya és működésének szabályozatlansága,
- a pénzügyi elszámolási rendszer szabályozatlanságából származó szervezői nyereség képződésének lehetősége,
- a finanszírozási rendszer változásainak hatása az IBR finanszírozására (konzekvenciák hiányából képződő IBR nyereség),
- az adatvédelmi szabályok – adatvédelmi tv. esetleges kiújítása, a szervezői informatikának való orvosi kiszolgáltatottság,
- az IBR és a más szabályozók együttes hatása a magyar egészségügyi ellátás egészére.

### ÁLTALÁNOSÁGBAN

Az IBM eredeti célkitűzése (lásd: 1999. évi pályázati kiírás) az volt, hogy maximum 200, majd 500 ezer főre kiterjedően folyamatos monitorizálással adjon képet a szakma- és finanszírozás-politikai döntések, szabályozások helyességéről, a lakosság egészséges életmód hajlandóságáról, a prevenció hatékonyságáról és a megtakarítási lehetőségekről. Elvárás volt a rendszertől, hogy adjon olyan kipróbált protokollszerű gyógyászati mintákat, amelyek a szükséges szakmai testületi jóváhagyás után magalapozhatják az országos alkalmazást. A modell működéséből származó információk segítettek volna az egészségügyi kiadások tervezését és igazolhatták volna annak objektivitását.

Alapvetően lobbihatásra és nem a modellkísérlet eredményeinek ismeretében, egyes szervezetekbe kontrollálatlanul áramlottak további források és idő előtt megindult a rendszerré fejlesztés. Ezzel egy időben változott meg a rendszer alapfilozófiája is, miszerint a szervezők egyszerre nyíltan privilegizált helyzetet igénylő jogokat fogalmaztak meg a nyereség (profit) biztosítására, illetve a személyes adatokat tartalmazó információ átadására. Ez utóbbi azért különösen veszélyes, mert általa felerősödhet a betegellátás, az orvos-beteg kapcsolatának nyereség- (és nem minőség-) optimalizálásra irányuló befolyásolása.

A rendszerré váltás igényével egy időben – 2002-től – jelent meg egy új üzletág, az OEP informatikai rendszerével átfedésben lévő, közpénzen szerzett szervezési és informatikai know-how áruba bocsátása, de az OEP által meghirdetett pályázatok készítése is megvásárolható szolgáltatássá vált. Ez egy rendszer terjedését jelentette, ami azért veszélyes, mert a kísérleti jelleg megszűnésével éppen az eredeti célkitűzések, nevezetesen a magyar egészségügyi rendszer problémáinak szisztematikus feltárása akadt el, és helyette egy máig kontrollálatlan rendszer érvényesítése kezdődött meg. Érdemes lenne megvizsgálni, hogy az utóbbi két év nyertes pályázói közül, hány készült egy műhelyben és milyen kötelek alakultak ki a korábbi és az új nyertes pályázók között. További kérdés, hogy ezek a kapcsolatok kívánatosak-e a rendszer alapcéljai és megfelelő működése szempontjából?

A rendszer működtetésében 2002 után bekövetkezett szabályzó-változások, azt igazolják vissza, hogy a rendszerben filozófiai változások következtek be. Induláskor, például hosszú viták ellenére közvetlenül azonosítható beteginformációt nem kapott a szervező. A modellszerű működés idején (1999-2002) az adatvédelmi ombudsman egyetértését 500 ezer főre kapta meg az OEP az akkor javasolt technikai megoldással. Ezzel szemben ma törvényi felhatalmazással az OEP két és fél millió fő személyre szóló teljes beteginformációit, az ún. teljesítmény adatokat előbb megküldheti az érintett szervezőnek, és csak annak szervezői jóváhagyása után „finanszírozza” az OEP-pel egyébként ettől függetlenül, más feltételekkel szerződött betegellátó szolgáltató felé.

Nem szólnak a jelentések arról sem, hogy 1999-ben milyen nagy volumenű, a rendszer egészét befolyásoló intézkedéseknek kellett megtörténnie ahhoz, hogy a modell működésének objektivitása meglegyen. Mai napig megoldatlan azonban az IBR szempontjából a TAJ kártya nélkül jelentett igénybevétel elszámolása, illetve a képzett TAJ számon való teljesítmény-elszámolás. A rendszerszerű működést kérdőjelezi meg ez a finanszírozási jogszabály (43/1999-es kormányrendelet) által biztosított lehetőség, hisz jelentős elszámolási előnyökhöz juttathatja az ezzel (vissza)élő szervezői kört. Erről a problémáról a későbbiekben még lesz szó, de itt szükséges leszögezni, hogy ma a szolgáltatói teljesítmény pénzügyi elszámolásainak szabályai több olyan rendelkezést tartalmaznak, amelyek a szolidaritás elvű társadalombiztosítás keretei között rendezettek, de az IBR elszámol-

lásában visszaélésekre adnak lehetőséget. Azt csak konzekvens vizsgálat tudná tisztázni, hogy megtörténnek-e valóban, s ha igen, milyen mértékben az ezzel kapcsolatos visszaélések, és a rendszer (pl. a szervezői informatika vagy az egészségügyi ellátói kör) ill. a szabályozás mely pontjai teszik lehetővé ezeket a visszaéléseket.

A mai társadalombiztosítási keretek között végzett finanszírozás egyik törvényes alapelve, hogy a szolgáltató jogosult az elvégzett teljesítményhez kapcsolódó finanszírozásra. E rendszer technikai kellékei mások, mint a TAJ alapú költségelszámolás követelményrendszere. A konklúzió így csak az lehet, hogy indokolatlan nyereség képződését lehetővé tevő, meghatározott körre kiterjedő, pénzügyileg nem kellően szabályozott és ezáltal ellenőrizhetetlen finanszírozási rendszer kialakítása és működtetése történik. Ez lehetőséget ad a visszaélésre, ezért a rendszer illetően kiterjesztéséért viselt felelősség tisztázandó. Az esetleges további folytatás csak olyan alapelveken nyugvó szabályozás bevezetése mellett történhet meg, amely a nyereszkesedési lehetőséget nem kínálja fel.

## AZ IBR ÉS AZ ALKOTMÁNY EGÉSZSÉGÜGYRE VONATKOZÓ ELŐÍRÁSÁNAK VISZONYA

A 2004-től bevezetett és jelenleg is érvényben lévő finanszírozási rendszer – a teljesítménykorlát és az ezzel együttjáró lebegtetett értékű teljesítmény-finanszírozási technika – és az IBR erre épülő finanszírozása közötti sajátos kapcsolat évről-évre növekvő mértékű bevételhez juttatja az IBR-en belül lévőket az azon kívüliek hátrányára. A szabályozásnak megfelelően az egyes kasszák és azok évi növekménye az IBR tagjai számára fejkvóta alapon folyamatosan növekvő mértékben garantáltan rendelkezésre áll, függetlenül attól, hogy az e körben kezelt lakosság egészségi állapotának változása ezt indokolná, míg a rendszeren kívüliek kasszaterhelése igénybevétel függő, és folyamatosan csökkenő részarányú.

A magyar Alkotmányból levezethető a társadalmi esélyegyenlőség és az egyenlő jogok elve. Ez azt kell, hogy jelentse, hogy nem alkotható olyan jogszabály, amelynek alkalmazásával hátrányos megkülönböztetésben részesülhetnek társadalmi csoportok a közpénzek elköltéséből, pl. az egészségügy területén (Alkotmány 70.§).

Ezzel szemben a 2002 második felétől fokozatosan kétmillió, 2005-től két és fél millió főre kiterjesztett irányított betegellátási rendszeren belül a szervező – a hozzátartozó populáció tekintetében garantált fejkvóta alapú pénzügyi bevételhez jut, míg az érintett körön kívül lévő 7,6 millió fő, illetve az őket ellátó szolgáltatók semmilyen garanciában nem részesülnek a finanszírozás tekintetében. De más finanszírozási elemek, pl. a prevenció díj is pozitív diszkriminációban részesíti az IBR-ben végzett egészségügyi tevékenységet.

A jelenlegi finanszírozási rendszer – a lebegtetett értékű teljesítmény-finanszírozási technika – és az IBR erre épülő finanszírozása között fellelhető más probléma is, mely évről

évre növekvő mértékű bevételhez juttatja az IBR-ben lévőket az azon kívüliek hátrányára, mert:

- Garantált fejkvóta indokolatlansága mellett szól az is, hogy az IBR körbe tartozó lakosság a szervezők többségénél tulajdonképpen önálló kockázatu biztosító módjára válogatott populációs kör, mely fiatalabb és valószínűleg egészségesebb is, mint az átlag populáció, melynek kiadásaihoz viszonyítva jelenik meg az IBR érdekeltségi rendszere. Ezért sincs a szolidaritás elvű biztosítási rendszeren belül helye egy pozitív diszkriminációjú és garantált növekedésű finanszírozásnak.
- A fejkvóta alapú finanszírozáson keresztül egy szűk érdekeltségi kör bevétel növekményeként jelenik meg az a társadalmi közkiadás, amely az E-Alap számára a nagyobb egészségügyi igénybevétel miatt jelent kiadásnövekedést. E jelenségnek az eklatáns példája a gyógyszerkassza, de más kasszák esetében is igaz. A folyamatosan növekvő gyógyszerkiadások folyamatosan növekvő fejkvóta bevételt jelentenek a szervezői kör számára, miközben az IBR-hez tartozó kör gyógyszerfogyasztása – részben a szerencsésen válogatott populáció miatt – csökkenő mértékű és jóval elmarad az átlagostól. A nyereségnek illetően képződése még plusz teher is a kassza számára.

Az IBR tehát erősen diszkriminál, mert amíg az IBR-en kívül nincs garantált részesedés az E-Alapból, addig az IBR rendszerébe tartozók fejkvóta alapon, igénybevételtől függetlenül részesednek abból.

## AZ IBR SZAKMAI KÖVETELMÉNYRENDSZERÉNEK HIÁNYA ÉS A SZAKMAI MŰKÖDÉS SZABÁLYOZATLANSÁGA

Amint az már az előzőekben kifejtésre került a modell elvárásai között szerepelt, annak megválaszolása, hogy

- a betegirányítás közvetlenebb kapcsolatrendszeren keresztül – akár pénzügyi megtakarítások mellett – javíthatja-e a betegellátás színvonalát,
- javulnak-e az életesélyek, ha beindul az egészséges életmódra nevelés helyi kezdeményezéssel,
- javul-e a lakosság prevenció hajlandósága,
- csökkenthető-e a párhuzamos vizsgálatok száma,
- alkalmazhatók-e szakmai protokollok és az attól való eltérés milyen sávban, mennyire indokolt,
- van-e, és ha igen milyen úton csökkenthető-e az indokolatlan teljesítmény elszámolás?

Ma már nyugodtan kijelenthető, hogy néhány minőségbiztosítási lépéstől eltekintve nem jött létre az a szakmai/szakmapolitikai grémium, amely arra lett volna hivatott, hogy szakmai elvárásokat fogalmazzon meg a modell szervezők számára, és hogy annak konzekvens ellenőrzését irányítsa. Látni kell azt is, hogy a rendszerszerűvé szélesített szervezői körben ennek egyre kisebb az esélye, mert a jövedelmezőség érdekrendszere került előtérbe, és nem a szakmai hatékonyság javítása már a fő célkitűzés.

A szakmai tevékenység megítéléséhez tartozik az is, hogy hogyan működik a rendszer a szakellátó (járó-, fekvő-beteg ellátó) intézet és a szervező ellenérdekeltségében. (Alacsony HBCS termelés érdekeltség működtetése az IBR rendszerben, magas HBCS termelés a kórházi ellátó struktúrában). Információk szerint néhány kivételtől eltekintve érdekeltségi szerződéskötés nem a szolgáltató és a szervező között jön létre, hanem a szolgáltató orvosa és a szervező között (vagyis kevés intézet részesedik a nyereségből).

### A PÉNZÜGYI ELSZÁMOLÁSI RENDSZER SZABÁLYOZATLANSÁGÁBÓL SZÁRMAZÓ SZERVEZŐI NYERESÉG KÉPZŐDÉSÉNEK LEHETŐSÉGE

A rendszer működése két finanszírozott körre bontja a mai betegellátást: egy nyereségérdekeltségű körre (ez az IBR) és egy nem nyereségérdekeltségűben elszámolt körre. Ez azt jelenti, hogy a rendszer finanszírozási szabályainak megalkotásával szemben minimum elvárás, hogy ne adjon lehetőséget az olyan elszámolásra, amely a nyereségérdekeltségű körben a manipulálható elszámolásokon keresztül kiadások csökkentését és az eredmény növelését eredményezi az IBR-en kívüli kör terhére. A mai szabályozás több ponton nem szűri ki ezt a lehetőséget, annak ellenére, hogy a jelenség észlelése után hivatalos és nem hivatalos észrevételekből a jogszabályalkotóknak tudomásuk van az elszámolás manipulálhatóságáról. Több éven át parlamenti indítvány kísérelte meg a joghézag rendezését, de a rendezés ezen az úton sem történhetett meg. Ennek okát elsődlegesen abban kell keresni, hogy a rendszer hívei és lobbistái előtt is ismert, hogy a kapu bezárása veszélyezteti a pénzügyi siker hirdethetőségét, nem beszélve a még közvetlenebb érdeksérelmekről.

Először is le kell szögezni, hogy ma még mindig nincs összefüggő földrajzi térséget felvállaló szervező és a mindenkori törvény szellemében a háziiorvoshoz bejelentkezett TAJ kör adja az IBR rendszer finanszírozásának az alapját. A háziiorvos e körön kívül is elláthat beteget, rendelhet el számára szakrendelési szolgáltatást és írhat fel számára gyógyszert is. Ezen elv mentén érvényesülhet az IBR szereplőinek érdekeltsége, hogy – az ellátás megtagadása nélkül – az átlagnál költségesebb beteg ne kerüljön a rendszerbe, hanem az IBR-en kívüli betegellátás finanszírozási körébe tartozzon. Mely pontok azok, amelyek e lehetőséget kihasználhatják? Mielőtt e kérdésre válaszolnánk tisztázni szükséges, hogy a beteg TAJ kártyájának leadása nem kötelező és a beteg számára ez a mai egészségügyi rendszerben közömbös dolog, mert semmilyen érdekeltség nem köti annak megismeréséhez, hogy ő a háziiorvos TAJ szám szerinti finanszírozási körébe került, vagy azon kívül szerepel-e? E kérdés homályban marad a beteg, az orvos és a finanszírozói kapcsolatban is. Nem nehéz belátni azt sem, hogy a háziiorvos és a szervező között kialakuló érdekazonosság az IBR-ben azt a motivációt hozza, hogy az OEP néhány százforintos TAJ szám szerinti finanszírozásával szemben a súlyos beteg kiadásának meg-

takarításából származó nyeresége több tízezer forint is lehet, mely megtakarításon a szervező és a háziiorvos osztozhat. A betegellátás nem sérül, csupán fokozott pénzügyi eredmény képződik az IBR rendszerén belül. Érdemes áttekinteni, hogy milyen – ellenőrizhető és az állítást igazoló – folyamatok mentek végbe e területen:

- A 2001. évi első nagy összegű nyereség képződése alkalmával 2002. év elején tételes ellenőrzés kezdődött meg arra vonatkozóan, hogy mi történt azzal a betegkörrel, amely a háziiorvos TAJ körén kívülre került. Helyszíni ellenőrzések már az előző év végén megállapították, hogy nincs lehetőség annak ellenőrzésére, hogy a beteg saját kérésére került-e ki a TAJ körből. Ezért az OEP-en belül 2002. tavaszán olyan informatikai vizsgálatok indultak el, amelyek az orvosi tevékenységet és nem a TAJ szám szerinti beteget monitorizálták. Az akkor 30 ezerre tehető háziiorvosi körből kikerülőnél megvizsgáltuk, hogy:
  - más háziiorvosnál bejelentkezett-e a beteg? Ha nem:
  - változott-e a laccíme és kapott-e a háziiorvosi körön kívül egészségügyi ellátást, vett-e igénybe gyógyszerterápiát? Ha igen:
  - annak mely háziiorvos volt az elrendelője?
 Megállapítást nyert, hogy a megvizsgáltak 70 százalékánál ugyanaz a háziiorvos rendeli el a szakorvosi ellátást. Betegét, akit korábban TAJ körében szerepeltetett ambuláns ellátási esetként számolja el az OEP felé.
- 2002-re, 2003-ra tehető, amikor az erős külső kritikai szorításban és több milliárdos nyereség képződés ismeretében az OEP folytatta az ehhez hasonló monitorizálást, melynek eredményeképpen igazolódott, hogy a halálozás előtti betegellátási költségek téves informatikai algoritmizálás miatt nem kerülnek az IBR-ben költségként elszámolásra.
- Ma már valószínűsíthető az a tény is, hogy annak elkerülése érdekében, hogy a beteg háziiorvosi státuszának változása nyomon követhető legyen, már előre válogatást végezhet a szervező. A szerződéskötéshez beadott TAJ körből az ismert költséges betegek kiszűrésre kerülhetnek, akkor is, ha továbbra is a rendszerben működő háziiorvos látja el őket. Ezzel elkerülhetővé vált a betegkövetés lehetősége az OEP számára, ami pedig alapvető közérdeken alapul és a modellkísérlet indulása idején ennek ellenőrzése az alapkövetelmények között szerepelt.

Hogyan lehet ellenőrizni az előzőekben vázolt jelenségeket?

Az eredeti tervek mentén haladva a TAJ szám szerinti betegszámla összeállításán kívül a rendszerben dolgozó háziiorvosi kör teljes – IBR-en belüli és kívüli betegek – betegellátási szokásainak a monitorizálására lenne szükség. Ez nem jelentene komoly informatikai terhelést és képes is rá a rendszer.

Hol vannak a rendszeren belül azok a pontok, ahol az előzőek szerinti visszaélések megtörténhetnek?

- Az első ilyen pont lehet a házi orvos, aki csupán az ösztönző rendszer működése ismeretében saját hatáskörben kiléptetheti a beteget TAJ köréből. Ehhez elegendő egyetlen kiléptető dátum szerepeltetése az OEP-hez küldendő havi jelentés rekordszerkezetében. Erről betegét nem szükséges tájékoztatnia, hiszen a kiléptetés nem jár más házi orvoshoz való automatikus beléptetéssel. E tény tisztázása önmagában elegendő lenne annak megítéléséhez, hogy az IBR-ben korrekt, zárt rendszerű finanszírozással állunk-e szemben, vagy pedig lehetőség van adminisztratív manipulációra?
- A második pont az IBR informatikai rendszere: a mai irányított betegellátási rendszerek legerősebb területei az informatikai tevékenységek. E területen még egymásnak eladott know how-ok is keletkeztek. Ma már e címen komoly, több százmillió forintos bevétele képződik annak a szervezőnek, amely az elsők között építette ki rendszerét és ajánlotta azt fel más pályázók számára. A 'know how' tehát terjed, költségét az IBR nyereség százalékában határozták meg a szerződésekben. Az IBR-ből származó nyereség azért is létfontosságú, hogy ezen szerződések a megfelelő bevételt hozzák az eladó számára. Az optimalizálás második szintje lehet e terület, hiszen az adatok kezelése jó néhány IBR-ben együttesen, szervezőnként történik meg.
- A harmadik pont a személyi összeférhetlenséghez kapcsolódik, mert számos olyan személyi mozgás történt az OEP vezető pozícióiban ill. vissza egyes IBM/IBR-ben érdekelt szervezetek között, amit mindenképpen kockázati tényezőnek kell tekinteni. A vizsgált időszak számos jelensége legalábbis „képbe hozza” ezt a problémakört.

### EREDMÉNYTELEN TÖREKVÉSEK A RENDSZERHIÁNYOSSÁGOK ÉS A BELŐLÜK FAKADÓ KOCKÁZATOK MEGSZÜNTETÉSÉRE

Harmadik éve sikertelen az a parlamenti törekvés (lásd a vonatkozó parlamenti képviselői felszólalásokat és a beadott módosító indítványokat), hogy a költségvetési törvények által lehetőséget adó IBR működésének alapszabályai között szerepeljen hogy:

- a rendszer ne a TAJ körre, hanem a házi orvos által kezelt körre kiterjedően működjön (a lakosság szám sem követhető elszámolási forma), továbbá, hogy
- kötelező jelleggel történjen meg az IBR földrajzilag egybefüggő térségekre való kiterjesztése. (A 2005. évi költségvetési tv. idevonatkozó utasítása nem oldja meg ezt a problémát, mert csupán a házi orvosi TAJ körben levőket követi nyomon a kistérségek egy részében.)

A szabályozásban így megvalósuló változások minden lehetőséget bezártak volna az eredmény, a nyereség visszaélésszerű optimalizálása ill. a rendszeren kívüliek rovására történő fokozása előtt. Az így előálló helyzetben valószínűleg az a feltételezés is igazolódott volna, hogy a

korábban, és még jelenleg is hangoztatott IBR-nyereség mögött, megfelelően szabályozott rendszerben nem lehetséges ténylegesen „irritálóan” jelentős megtakarítás.

### A FINANSZÍROZÁSI RENDSZER VÁLTOZÁSAINAK HATÁSA AZ IBR FINANSZÍROZÁSÁRA

Az elmúlt két évben jó néhány olyan finanszírozás változtatás történt, amely sem a konzekvens IBR rendszer-működtetést, sem a korábbi IBM-nek megfelelő finanszírozási stratégiát – a személyre bontható finanszírozás teljeskörűsítését – nem vette figyelembe. Ez azt jelenti, hogy a szakmai döntéshozói rendszer figyelmen kívül hagyta az IBR terjedését, pénzügy-, finanszírozás politikája más feladat és követelmény orientáltságú volt. E tény több esetben indokolatlanul is kedvező helyzetbe hozta az IBR szerint finanszírozott szervezeteket. A modellből úgy történt meg a rendszerré bővítés, hogy az egészségügyi finanszírozás konzekvens IBR-specifikus finanszírozási szabályok kidolgozásával és bevezetésével nem készült fel arra. Ez sokak számára továbbra is megkérdőjelezi azt, hogy létezik közös stratégiai akarat az IBR általános alkalmazására, és ezért emlegetik „lopakodó reform”-ként terjedését.

Melyek az alapvető problémák és mire ad ma lehetőséget az IBR bevételeket szabályozó utasítás és az új finanszírozási technikák változásának IBR-re vonatkozó szabályozatlansága?

- Mi történik, ha a kassa előirányzatán belül a TAJ-ra nem bontható kiadások körét növeli a finanszírozó? 2003 és 2004 évben egyes szakmapolitika célok finanszírozására történtek új fix díjtétellel járó szabályozások. Ha ezeket nem vesszük ki a fejkvóta számításánál a felosztandó előirányzathoz, akkor a váltó évben „helyből” – minden aktív tevékenység nélkül is – nyeresége képződik az IBR szervezetnek. Ez közgazdasági értelemben azt jelenti, hogy nőnek a társadalombiztosítás azon kiadásai, amelyek a teljes ellátórendszer terhei között szerepelnek, ugyanakkor csökkennek az IBR kiadásai. A helyes fejkvóta módszertan esetén a fix finanszírozási tételek bevezetése kapcsán csökkennie kellene a fejkvóta nagyságának.
- A volumenkorlátos finanszírozási technika – a degresszálás – miatt a meghirdetett HBCS és/vagy német pont értékénél kisebb a tényleges átlagos normatíva értéke. Ez az IBR szempontjából abszolút adminisztratív nyereséget termelő szabályozás is lehet. Az OEP csupán az átlagértéken tud elszámolni a szervezővel, hiszen a beteg nem sorolható a HBCS vagy német pont megfelelő degressziós sávjába. Az OEP tehát virtuálisan képződő nyereséget finanszíroz akkor, amikor a meghirdetett forint-értéknél kisebb az elszámolás alapját adó átlagos elszámolási normatíva (pl. a HBCS-ét 132 ezer forint helyett 130 ezer forint átlaggal számolnak el) alapján számol el a szervezővel. Ha az átlag évről évre csökken, akkor ennek révén a szervezeteknél folyamatosan, admi-

nisztratív úton képződik nyereség. Valószínűbb a költségelszámolás, ha az OEP a kiadást motiváló, az IBR beteget ellátó szakellátó szolgáltató saját átlagos HBCS és/vagy németpont értékével számolja el az IBR felé.

- A finanszírozási Kormányrendelet lehetőséget ad a TAJ szám nélküli teljesítmény elszámolásra. A teljes rendszeren belüli elszámolás a gyógyító megelőző ellátások esetében szabályozott, az E-Alapnak kára nem képződik, de az IBR-en belül virtuális nyereség képződhet akkor, ha a fiktív TAJ-számmal finanszírozott beteg nem kerül a háziorvos TAJ körében elszámolt költségek közé. Ez azt jelenti, hogy költségmegtakarítás képződik az IBR-en belül, ha a beteget fiktív TAJ-számmal számolja el a szolgáltatói kör. Érdemes lenne/lett volna megvizsgálni, hogy az IBR által ösztönzött orvosok mennyiben élnek ezzel a lehetőséggel? Meg kell jegyezni, hogy e lehetőség kihasználására elsődlegesen a gyógyszer és a gyógyászati segédeszköz elrendelések, és elszámolások terén van óriási lehetőség, hiszen ott más szolgáltatói kontroll már nem működik. Mint azt a korábbiakban bemutattuk, ez az elszámolás csupán informatikailag – az orvos tudtán kívül – is megvalósulhat, lehetőséget adva „költségcsökkentésre”.
- Külön kell megemlíteni a gyógyszer, a gyógyászati segédeszköz elszámolásából származó nyereségképződést. A gyógyszerkassza előirányzata évről évre a tényleges fogyasztás mértékével növekszik. Az IBR szervezők megtakarításai – az átlaghoz viszonyított kiadás – e kasszán a legnagyobbak. Túl azon, hogy potenciálisan szakmailag és informatikailag is manipulálható e kiadás, a szervezőknek minden esetben nyeresége keletkezik, amikor az előirányzat módosítása megtörténik. A szervezői tevékenység tényleges nyeresége csupán egy előző időszakhoz mért, orvosszakmailag indokolt megtakarításból származhatna, és nem abból, hogy a szervezői körön kívül jobban nőtt a gyógyszerkiadás, mint az IBR körben.
- A kórházi szervezők esetében külön vizsgálni szükséges, hogy miközben a megtakarítás nagy hányada a fekvőbeteg ellátás megtakarításaiból kerül ki, a kórház tényleges OEP bevétele, hogyan alakul? Mely betegkörből van egy ilyen rendszer működése esetén az intézeti bevétel-növekedés, és hogyan oldja fel a kórházi mededsment az ellenérdekeltséget?

A fentiek igazolják, hogy a rendszer haszonelvű átalakítása és kibővítése nem járt együtt a szabályozás konzekvens változtatásával. Így a hatályos szabályozás maga ad lehetőséget a virtuális – de az E-Alapból ténylegesen megfinanszírozott, az ágazat többi szereplőjének (szolgáltatók és ellátottak számára egyaránt) rovására megvalósuló – nyereség-képződésre. A képződött nyereség felhasználásának nincsenek jogszabályi előírásai. Az sem kizárt, hogy a képződött nyereség szervezői körének biztosít tőkebevételt. Elvileg és etikailag valójában megengedhetetlen közkiadás ez az E-Alap OEP felelősségi körében történő felhasználása során.

## AZ ADATVÉDELMI JOGSZABÁLYOK KIJÁTSZÁSA, A SZERVEZŐI INFORMATIKÁNAK VALÓ ORVOSI KISZOLGÁLTATOTTSÁG

A modell kísérlet indításakor 500 ezer főre terjedően az OEP főigazgatója engedélyt kért az adatvédelmi ombudsmanától arra, hogy a betegutak követhetőségének érdekében néhány betegforgalmi információ az IBR rendszerében felhasználásra kerülhessen. A titkosítás a háziorvoson keresztül valósult meg, azzal a fordító kulccsal, amelyet az OEP és a háziorvos ismert. Az IBR-ben ez ma már nem elégséges feltétel, hiszen a szabályzó-változások olyan jogosultságot adtak a szervezői körnek, melyek súlyosan sértik az adatvédelmi törvényt és ezen belül a különleges adatok kezelésének szabályait. A legalizálásra az OEP a már korábban említett „Egyes szociális és egészségügyi tárgyú törvények módosításáról szóló 2004. évi törvényjavaslatban” tett kísérletet, de azt az adatvédelmi biztos megvétőzte. Az adatvédelmi biztos állásfoglalása értelmében:

- Az egészségi állapotra vonatkozó különleges személyes adatkezelés csak az érintettek írásbeli hozzájárulásán alapulhat. „A hozzájárulás azonban csak akkor jogszerű, ha az az érintett kívánságának önkéntes és határozott kinyilvánítása, amely megfelelő tájékoztatáson alapul, és amellyel félreérthetetlen beleegyezését adja a rá vonatkozó személyes adatok – teljes körű vagy egyes műveletekre kiterjedő – kezeléséhez.”
- „Miután az irányított betegellátás szervezőjének adatkezelése a személyes adatok védelméhez fűződő alkotmányos jog gyakorlásának korlátozását jelenti, annak meg kell felelnie az alapjogi korlátozás mindenkor alkotmányos feltételeinek.”

Mit jelent ez az állásfoglalás az IBR szempontjából?

- Az adatkezelés szabályai megkövetelik a rendszertől a beteg korrekt tájékoztatását és az azzal kapcsolatos önkéntes döntést. Rögtön felmerül a kérdés, hogy mihez kell az ellátottak személyes megszólítása és megnyilatkoztatása? Kell-e ahhoz az ellátott (potenciális beteg) nyilatkozata, hogy a magyar társadalombiztosítás adta jogi keretek között részt kíván-e venni egy attól eltérő szakmai és finanszírozási ellátási formában működő ellátási rendszerben? A jelenlegi gyakorlat szerint az IBR-ben történő részvételről kizárólag a háziorvos nyilatkozik, akitől az OEP csupán annyit vár el, hogy körzetében látható helyen adjon információt arról, hogy praxisa az IBR-ben résztvesz és így történik a betegellátás. Ellátottjogi/betegjogi szempontból releváns, hogy miként használja ki az IBR azt a helyzetet, hogy az ellátottak nagy többsége számára választási lehetőség nem, vagy alig áll a rendelkezésre. Jól érzékelhető, hogy az IBR rendszerében nem kap kellő figyelmet a beteg hozzájárulásának megszerzése adatainak szervezői körben való kezeléséhez. Ezt nem csak az ÁSZ nem érzékelte, de az

ilyen jellegű problémák feltárására létrehozott Ellátottjogi Közalapítvány figyelmét is teljesen elkerülte eddig.

- Az IBR szervező a jelenlegi törvényi – 2004. évi CXXXV. Törvény Magyar Köztársaság 2005. évi költségvetéséről 78.§ (8.) bekezdés – felhatalmazás alapján a szakellátás bármely pontján végzett orvosi tevékenységről teljes adatállományt kap meg, hiszen véleményeznie szükséges, hogy helytálló-e a fekvőbeteg ellátó intézet OEP-hez benyújtott teljesítmény elszámolása, azaz közfinanszírozási igénye. Ez pedig azt jelenti, hogy teljes név és azonosításra alkalmas információk szükségesek a szervezőnek ahhoz, hogy a „betegszámlát” jóváhagyja. Az OEP ezen adatok átadását éveken keresztül megkezdte, jelen törvényi felhatalmazás csak „szentesíti” és kiterjeszti az eddigi tevékenységet. A 15/2005. sz. Kormányrendelet szabályozza e tevékenység részleteit, ami azt jelenti, hogy az OEP ezen jogszabályi előírás teljesítése esetén megsérti az adatvédelmi törvényt, és nem veszi figyelembe az adatvédelmi biztos állásfoglalását sem.
- Ugyanez a 2005. évi költségvetési törvény fent idézett része lehetőséget ad a teljesítmény elszámolás vitatására, és a végső döntést OEP főigazgatói jogkörbe utalja. Ugyanakkor aggályos az OEP főigazgatójának ilyen hatáskörrel való felruházása, amit más vonatkozó jogszabályok nem is támasztanak alá.

### **AZ IBR ÉS A MÁSHATÁROZÓK HATÁSA A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSRA**

Az utóbbi két év reform vitái új és újabb ötleteket hoztak a jelenlegi egészségügyi rendszer felváltására. A vita mind szakmai mind politikai értelemben eldöntetlen maradt, de összehangolatlan egyéni parlamenti indítványok megszavazása a helyzetet tovább bonyolította.

A 2004. évi CXXXV. Törvény a Magyar Köztársaság 2005. évi költségvetéséről 105. §-a módosítja az 1997. évi CLIV. Egészségügyi törvényt. A törvénymódosítás értelmében:

„Az egészségügy szervezésével és irányításával kapcsolatos feladatok ellátásáért, valamint az ezekkel összefüggő jogok gyakorlásáért és kötelezettségek teljesítéséért való felelősség – az e törvényben foglaltaknak megfelelően – az Országgyűlést, a Kormányt, az egészségügyi minisztert, az ÁNTSZ-t, a helyi önkormányzatokat, az egészségügyi szolgáltatók további fenntartóit, az egészségbiztosítási szervezetet, a Regionális Egészségügyi Tanácsokat (továbbiakban: RET) terheli.”

Túl azon, hogy e törvénymódosítás kérdéses, hogy ki állná-e az alkotmányos próbát – hiszen tartalmát tekintve „módosítja” a kétharmados önkormányzati törvényt –, nem rendezi a irányított betegellátás szervezőjének ellátási felelősségét, miközben ez a rendszer kimondatlanul is teljes egészében átveszi az ellátási felelősséget és közvetetten

még az intézményi kapacitások mennyiségét is befolyásolja. A lakosság negyedére kiterjesztett IBR, és a (nem teljesen világos elképzelések szerint) tevékenységével a teljes ellátást befolyásoló RET kialakuló érdekeltségi rendszere szöges ellentétben állnak egymással:

- Az IBR érdekeltsége jelenleg az, hogy egyéneken keresztül racionalizálja az ellátást, megtakarítási törekvések mentén téve jövedelmezővé az IBR-en belül folyó tevékenységet.
- A RET az intézményi struktúra oldaláról törekszik racionalizálni és olyan források rendelkezésre bocsátását igényli, amellyel az intézménystruktúra fejlesztését fogja finanszírozni. Többek között kapacitásszabályozás, egészségfejlesztési forrásokat biztosító pályázatok lebonyolítása, betegelégedettségi vizsgálatok elvégzése a feladata. E tevékenységében vajon vizsgálhatja-e a térségébe tartozó IBR betegirányítási tevékenységét? A költségvetési törvényben tisztázatlan marad az IBR és a RET kapcsolata. Figyelemre méltó, hogy miközben a RET beiktatásával módosítja az egészségügyi törvényt, addig az IBR-t figyelmen kívül hagyja.
- Nemzeti Egészségfejlesztési Program készül, melyhez igazodva a RET készíti el a régió egészségfejlesztési tervét. Ennek célkitűzései csak ellenérdekeltek lehetnek az IBR jelenlegi tevékenységével. Az IBR képződött nyereségéből bárholonnan vásárolhat szolgáltatást. A legnagyobb „OEP-eredetű” IBR nyereség akkor képződik, ha nem OEP finanszírozott körben látatja el betegét, hanem pl. a saját érdekkörébe tartozó OEP által nem finanszírozott szolgáltatói körben. Az IBR tevékenysége ezáltal veszélyezteteti, csődre ítélné a RET stratégiája szerinti intézményfejlesztést és működtetést.
- A RET földrajzi régiókon belül szabályoz, az IBR semmilyen földrajzi egységet nem alkot. (Ennek eklatáns példája a MÁV IBR rendszere, amelyhez MÁV-tól független házi orvosi kör is csatlakozott. Az ÁSZ jelentés nem észrevételezi ezt sem!) Egy IBR tehát több RET irányítási területéhez tartozhat.

Az IBR civil szférából induló kezdeményezés, amely politikai támogatókra talált, de ahhoz önmaga és támogatói erőfeszítései kevésnek bizonyultak, hogy egyértelmű politikai-szakmapolitikai támogatást kapjon. Ugyanakkor az egészségpolitikai prioritások és modellek gyakori változásai és következetlen érvényesítése mellett súlyosan gyengült a hitelessége is. A lényegi kérdés tisztázását mindez a háttérbe szorította. Nevezetesen létezik-e az IBR a társadalombiztosítás keretei között? Egyáltalán: a lakosság rossz egészségi állapotának javítását és a megnyerhető életek széleskörű gyarapodását az irányított betegellátás hazai formái lényegesen jobban oldják-e meg, mint más, a társadalombiztosítás keretei közé inkább beillő formák? A tanulmány azt igyekezett megmutatni, hogy a válasz egyik kérdésre sem lehet igenlő.

## IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Állami Számvevőszék: Jelentés az irányított betegellátási modellkísérlet ellenőrzéséről (0508). Budapest, 2005. március.
- [2] Belicza É, Boncz I., Horváth Á, Jónásné Katona K. (Szerk.): Az irányított betegellátási rendszer működésének értékelése: 1999-2003. OEP, Budapest, 2004.
- [3] Dankó D., Kiss N., Molnár M., Révész É.: Félsiker vagy „félkudar”? A magyar Irányított Betegellátási Rendszer tapasztalatai a „Helyi IBR hálózatok teljesítményének értékelése” c. kutatás tükrében. Budapest Corvinus Egyetem, Budapest, 2005.
- [4] Donkáné Verebes É.: A reform kényszerében. Jelezheti-e az egészségügy szakmai képviselője a reform hiányát? Kórház 2004; 11 (9): 45-48.
- [5] Emanuel, E.J. and Dubler, N.N.: Preserving the Physician-Patient Relationship in the Era of Managed Care – JAMA, 273: 323-329, 1995.
- [6] Emanuel, E.J.: Justice and Managed Care – Hastings Center Report, 30: 8-16, 2000.
- [7] Froomkin, D.: Backlash Builds Over Managed Care – Washington Post, February 23, 1999.
- [8] Grabois, E.: What every person with a disability should know about managed care plans – Website of The Center for Research on Women with Disabilities, Baylor College of medicine, Houston, Texas: [www.bcm.tmc.edu/crowd/](http://www.bcm.tmc.edu/crowd/)
- [9] Hall, A.H. and Berenson, R.A.: Ethical Practice in Managed Care: A Dose of Realism – Ann. Intern. Med., 128: 395-402, 1998.
- [10] Jecker, N.S. with Braddock III. C.H.: Managed Care: Ethical Topic in Medicine – Website of the University of Washington School of Medicine, 1998.
- [11] Gilly Gy. Szabó A.: A magyar irányított ellátási modell I. és II. Kórház 2004; 11 (2) 14-20. és (3): 14-18.
- [12] Kapócs G.: Irányított Betegellátási Modellkísérlet értékelése az Egészségügyi Minisztérium szemszögéből, Irányított Betegellátási Modellkísérlet értékelése konferencia, Budapest, 2005. március 2.
- [13] Matejka Zs.: Az irányított betegellátás a szervező szemével. Eü. Gazd. Szle. 2001; 39: 355-362.
- [14] McCullough, L.B.: A Basic Concept in the Clinical Ethics of Managed Care: Physicians and Institutions as Economically Disciplined Moral Co-Fiduciaries of Populations of Patients – J. Med. and Phil., 24: 77-97, 1999.
- [15] Nagy B, Dózsa Cs, Boncz I.: A fejkvótaszámítás továbbfejlesztésének lehetőségei az irányított betegellátási rendszerben. Eü Gazd Szle 2004; 42 (2): 15-24.
- [16] Nagy B., Dózsa Cs.: Az irányított betegellátási modellkísérlet tapasztalatai. Eü Menedzsment 2002; 4 (4) 55-60.
- [17] Országos Egészségbiztosítási Pénztár: Az Irányított Betegellátási Modell bemutatása. OEP, Budapest, 2002.
- [18] Országos Egészségbiztosítási Pénztár: Az Irányított Betegellátási Modell 2003. 1. félévi működését értékelő bizottság jelentése. OEP. Budapest, 2003.
- [19] Országos Egészségbiztosítási Pénztár: Útmutató az IBR-hez. [www.oep.hu](http://www.oep.hu)
- [20] Pallarito, K.: Most of US Healthcare System Still Lagging on Quality – Reuters Health, Wednesday, September 18, 2002.
- [21] Reed, M.C. and Trude, S.: Who Do You Trust? Americans' Perspectives on Health Care, 1997-2001, Tracking Report No. 3. – Center for Studying Health System Change, Washington D.C., August 2002.
- [22] Simon Kis G.: Az amerikai Managed Care és a magyar irányított betegellátás. Eü Menedzsment 2003; 5 (1-2) 76-77.
- [23] Sinkó E.: Az irányított betegellátás és a hazai egészségügy kapcsolata. Eü Gazd Szle 2002; 40: 673-680.
- [24] Sinkó E.: Kihívások az irányított betegellátási rendszerben, különös tekintettel a kórházakra. IME 2004; 3 (3): 15-18.
- [25] Sinkó E.: Az ellátásszervezésről szóló törvénytervezet és annak várható hatása a magyar egészségügy működésére, IME: Informatika és Menedzsment az Egészségügyben, 2004.3. évf. 4. sz. 5-9.
- [26] Sinkó E.: Irányított betegellátási kísérletek a magyar egészségügy keretei között, Praxis 2003. 12. évf. 1. sz., 17-21.
- [27] Sinkó E., Evetovits T.: Egészségpolitikai célok és megvalósulásuk az IBM-ben. Vitaindító munkaanyag, 2003. október 27. SE EMK, Kézirat.
- [28] Weiner, J.P. Lewis, R. and Stephen Gillam: US Managed Care and PCTs – King's Fund, London, 2001.

## A SZERZŐK BEMUTATÁSA



**Donkáné Verebes Éva** okl. közgazdász, a San-Assist Kft. szakértője. Korábban a Központi Statisztikai Hivatal Csongrád Megyei Igazgatósága igazgató helyettese. 1998. és 2002. között az Országos Egészségbiztosítási Pénztár főosztályvezetője, majd 2001-től főigazgató helyettese.



**Dr. Oberfrank Ferenc** kutatóorvos, az MTA Kísérleti Orvostudományi Kutatóintézetének munkatársa. A Pázmány Péter Katolikus Egyetem c. egyetemi docense. Korábban az Egészségügyi Minisztérium közigazgatási államtitkára (1999–2000), majd az Országos Egészségbiztosítási Pénztár Főigazgatója (2001–2002).