

Irányított betegellátás a mosonmagyaróvári kistérségben

Az alapellátást illetően kevés olyan változtatás, illetőleg az ellátás színvonalának javítását megcélzó intézkedés volt, melyet annyi vita, küzdelem és próbálkozás tarkított, mint az IBR. A mai napig nem tudott igazán, hogy az IBR mint modell megszűnt, vagy csak a finanszírozását függesztették fel. Az IBR-ben történő ötéves tevékenységünk alatt a modell beváltotta-e ígérését: „hogyan rendelkezésre álló forrásokból még több egészséget, egészségnyereséget állít elő a rendszer az ellátók szorosabb irányítása, szervezése, a betegutak optimalizálása, a prevenció és gondozási (betegségmenedzselési) tevékenység előtérbe helyezése és megfelelő finanszírozási és ösztönzési technikák alkalmazása révén.”³(Gilly, 2004).

■ Dr. Bodnár Mária, dr. Vörös László

A nemzetközi előzmények ismertetése után azzal a céllal tekintem át a magyar irányított betegellátási modellkísérletek működésének lényeges pontjait, (melyek felvetik a működésben rejlő nehézségeket), hogy a háziorvosok körében elvégzett SWOT-analízis válaszainak értékelésekor utalhassak arra, hogy az a néhány, ott jelzett nehézség és probléma a háziorvosok válaszaiban visszacseng.

A 2000. október 1-jétől működő mosonmagyaróvári kistérségi IBR-modell jelentősége működése végéig nem csak azért volt érdekes és hasznos, mert megváltoztatta az alap-, járó- és fekvőbeteg-ellátás kapcsolatát, hogy továbbképzési rendszerre nem a „pontgyűjtést” szolgálta, hanem az orvostársadalom egy rétege (felőtt- és gyermek-háziorvosok) megtapasztalhatták azt az egészségpolitikai törekvést, hogy a szolgáltató érdekeltté tehető az egészségügyi ellátórendszer teljes vertikumában.

1. Irányított betegellátási modell

1.1 Nemzetközi előzmények

A magyarországi irányított betegellátási modell gondolata az USA-ban kialakult ellátási-szervezési megoldásból, az ún. „managed care”-ből származik. Maga az „irányított ellátás” mint kifejezés a managed care tükörfordítása. A managed care típusú ellátás – és finanszírozás szervezési koncepciót az USA hagyományos fee-for-service típusú üzleti biztosítási rendszerében megfigyelhető súlyos problémák megoldására tett kísérletek eredményeként fejlődött ki.

1.1.2. Amerikai modell

Az irányított betegellátási rendszer előzményeit 1933-ig lehet visszavezetni. Chicagóban egy nagy ipari létesítmény építkezésében részt vevő munkások munkahelyi, majd azon kívüli megbetegedéseinek orvosi ellátását per-capita alapon vállalta egy orvoscsoporthoz. Leegyszerűsítve: adott összegből megszervezték egy jól körülhatárolt populáció egészségügyi ellátását. Ezt nevezték el „managed care”-nek. 1960-tól ez az ellátási forma terjedt el az USA-ban. Később ezen rendszer módosított változatait alkalmazták más országokban is (pl.: Nagy-Britannia, Finnország, Dánia, Hollandia, Svédország, Spanyolország).

A managed care irányított betegellátási modellnek az a lényege, hogy a szervezetnél nyilvántartásba lévő biztosítottaktól előre rögzített, egységes ellátási csomagokért meghatározott díjakat szed. A biztosítottak egészségügyi szolgáltatást csak a szervezettel szerződésben álló, praxis-kórházhálózatokban működő, korlátozott számú szolgáltatótól vehetnek igénybe. A koncepció a költségnövekedés megfékezésére jön létre, legkedvezőbb árú szolgáltatás megvásárlása törekedve. A rendszer sajátossága, hogy a költségeket szigorú ellenőrzéseknek vetik alá, mind orvosszakmai, mind pénzügyi szempontok alapján.

Kétféle típusú szervezet sorolható ide:

- HMO – Health Maintenance Organization
- PPO – Preferred Provider Organization

A managed care eredményeit kizárólag a hagyományos fee-for-service alapon működő, for-profit üzleti biztosítók eredményeivel lehet összehasonlítani, mert az amerikai egészségügyben más összehasonlítási alap nincs, és Európában sincs

ilyen megoldás. Az összehasonlító eredmények konklúziója, hogy a managed care szervezetek teljesítménye általában nem rosszabb a mérhető egészségnyereség és egyéb teljesítménymutatók tekintetében, mint a hagyományos üzleti biztosítók eredménye. „A managed care eredményei nem rosszabbak a híresen rossz amerikai üzleti egészségbiztosítási rendszer eredményeinél, azt jelenti, hogy a managed care biztosan nem megoldás egyetlen európai ország kötelező egészségbiztosításon alapuló, és az USA egészségügyénél lényegesen olcsóbban, hatékonyabban, eredményesebben és igazságosabban működő egészségügyének a problémáira.”³ (Gilly, 2004)

1.1.3. Brit modell

Az Angliában meghonosodott General Practitioner (továbbiakban: GP) Fundholding-rendszerben egy háziorvoscsoporthoz központi pénzalapból fejkvóta alapján átutalt összegből gazdálkodik, azaz szolgáltatásokat nyújt betegeinek, és szolgáltatásokat vásárol (amelyeket saját maga nem tud nyújtani, pl. kórházi ellátás) számukra.

A GP Fundholding-szisztéma 1991-től terjedt el, a National Health Service (NHS) keretein belül. Ez a rendszer az IBR másik alapmintája, ahol egy háziorvoscsoporthoz fejkvóta alapján a központi pénzalapból pénzt kap, amelyből gazdálkodnia, szolgáltatnia és vásárolnia kell a „piac”-on.

1997-ben a rendszert többszörösen átalakították, mivel így sem láttak pénzügyi javulást, 1999-ben végleg eltörölték, és csak sikeres részelemeit tartották meg a Primary Care Group és Primary Care Trust szerveződések formájában.

1.1.4. Svájci modell

Kétféle modellkísérlet ismert:

- MediX (nincs szabad orvos választás, de ennek fejében 20%-os járulékkedvezményt kap a beteg, és gondozásuk is magas színvonalú).
- Health Maintenance Organisation (HMO).

A svájci modellkísérlet nagy elégedettséggel járt, mert az orvosok a letöltött munkaidejük alapján kapják a fizetésüket, ennek mértéke pedig a biztosítottak egészség megtartásával, nem pedig a betegségek gyógyításával áll arányban.

1.2. Magyar modell

Az irányított betegellátás célja az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (továbbiakban: OEP) részéről annak modellezése, hogy be lehet-e vezetni egy korrigált fejkvóta alapú finanszírozást (elszámolási és gazdálkodási rendszer), ami ösztönözhet a költséghatékonyságra.

Hogy képzelte ennek megvalósítását az OEP?

- Országos átlagadatokra támaszkodva korosztályok és nemek szerint elvi fejkvótát képez, ami azt jelenti, hogy országos átlagban ennyibe kerül egy, az adott korosztályban, az adott nemhez tartozó biztosított ellátása.
- A programban részt vevő háziorvosokhoz bejelentkezett biztosítottak alapján háziorvosonként és szervezőként megállapítják a kvótából képzett, az ellátásra elvileg rendelkezésre álló összeget. Ez egy ún. elvi folyószámlán jóváírják.
- A bejelentett biztosítottak ellátását – azaz ún. betegutakat – a TAJ-szám alapján követi az OEP, és megállapítja az ellátás tényleges költségét.

- Ha az elvi folyószámlán jóváírt összeg magasabb a tényleges költségnél, azt kifizetik a szervező részére, ez a nyereség. Ezen osztozik a szervező és a háziorvosok.
- Ha a tényleges költség magasabb, nincs nyereség, nincs kifizetés, de konzekvenciája sincs. Csak a ráfordított munka nincs megfizetve.
- Akkor lehet nyereség, ha a biztosítottak csak a legszükségesebb mértékű ellátásban részesülnek, a progresszivitás legalacsonyabb szintjén kezdődik az ellátásuk – természetesen a betegségüknek megfelelő legalacsonyabb szintjén – és lehetőleg ott be is fejeződik.
- A háziorvos a modell keretében abban érdekelt, hogy a leggazdaságosabbnak tűnő betegutat jelölje ki páciense részére.

1.2.1. AZ IBR és a hazai egészségügyi struktúra eltérései

Forrás: ⁷(Sinkó, 2002)

1.2.2. A magyarországi IBR szervezése

Hazánkban az IBR 1999. július 1. óta létezik, területi elven egyesíti a betegellátás és betegbiztosítás feladatait Pályázat kiírása után a nyertes pályázóval kötött az OEP szerződést.

A szerveződés lépései:

- 1. fázis – 1999. 07.: 9 nyertes pályázó (kb. 160 ezer az érintett lakosságszám)
- 2. fázis: 2000. 03–2001. 06.: 4 kilépő, 2 új belépő (kb. 490 ezer az érintett lakosságszám)
- 3. fázis: 2003. 07.: 4 új belépő (kb. 970 ezer az érintett lakosságszám)
- 4. fázis: 2004. 09–2005. 01.: 7 új belépő (kb. 2000 ezer az érintett lakosságszám)

A 2005. 01. IBR-ben résztvevőkből 18 szervezőként (kórházi, háziorvosi, járóbeteg, 1 pedig labor szakellátásként) működött.

A 2005. évi Költségvetési Törvény szerint az IBR-ben maximum 2,5 millióra lett volna bővíthető az ellátott lakosság száma.

1.2.3. A magyarországi IBR modell értékelése: eredményei és „kritikája”

Az IBR-rel foglalkozó irodalmat és jelentéseket (kiemelkedő az ÁSZ 2004. és 2005. évi értékelése) olvasva szembeötlő, hogy dicséretes és kritikák a modellt nem csak megalakulásakor, hanem menet közben is gyakran (szinte folyamatosan) érték. Azért tartom fontosnak (a teljesség igénye nélkül) a legfontosabbakat kiemelni, mert esetlegesen válaszokat kereshetünk közülük arra a kérdésre, hogy vannak-e a modellkísérletnek olyan eredményei, amelyek korábban nem voltak jelen a magyar egészségügyben, illetőleg mi is vezetett a modell „csendes” elhalásához.

Eredményei:

- Létrehozott egy új struktúrát, a mely különbözött az addigi magyar egészségügytől.
- Egyásra épültek olyan folyamatok, melyek a háziorvosi gyakorlatban kevésbé voltak ismertek és használtak, mint kommunikáció, protokollok, prevenció, oktatás – képzés, informatika.
- Bizonyos szinteken regionális döntéshozatal – például szerződéskötés a szolgáltatókkal.

- Elindult a progresszív szintek közötti kommunikáció.
- Szabadabb forrásallokáció (prevenciók és szervezési díj), esetleges megtakarítások, egyéb sikeres programok (egészségfejlesztő programok) megvalósítását tették lehetővé.
- Jelentős informatikai fejlesztés – 8 szervező egyéni igényeknek megfelelő, saját rendszert fejlesztett ki.
- Az oktatások és képzések, protokollok közös kidolgozása javított a nagyon hézagos kórházi orvos és háziorvos kapcsolaton.
- Beépültek bizonyos minőségi indikátorok (pl. asztma, magas vérnyomás, diabétesz-prevalencia, öngyilkossági arány, stroke miatti kórházi felvételek, egy megkezdett antibiotikus kúra költsége, keresőképtelenségben töltött idő).
- A rendszerben részt vevők sokszínűsége kifejezett érték is lehet, ha elvezet a hatékonyabb működési formák, ill. újabb megoldások kialakításához.
- Megváltozik az érdekeltség, a teljesítményfinanszírozás előnyeit megtartva a teljesítmény indokolatlan fokozásában való érdekeltséget megszünteti.

Kritikája:

- A magyarországi modellkísérlet kevés eredeti elemet tartalmaz, azokat is menet közben az elvárásokhoz igazították. (Megjegyzendő, hogy Magyarországon akkor adaptálták a managed care rendszerét, amikor az USA-ban válságát élte.)
- Erőltetettnek vélték a finanszírozott prevenciók programot, mivel létezett egy népegészségügyi program (Johan Béla Népegészségügyi program), valamint valószínű, hogy a háziorvosi körzetként bevont betegek száma az esetek nagy részében nem felelt meg a betegség előfordulási gyakoriságának.
- Voltak olyan várokozások, hogy az eredményes szakmai munka következtében felszabadult forrásokból jelentős fejlesztések fognak történni. Jelentős fejlesztés nem történt, de feltehetőleg nem is lett volna kívánatos akkor, amikor az ágazat a túlkapacitások leépítésével foglalkozott már.
- Az OEP csak a háziorvos nyilatkozatát kérte, a beteg beleegyezését nem (ezen hiányosságot az ÁSZ-jelentés nem érzékeltette!).
- Nem igaz az az előfeltevés, hogy minden megtakarítás a rendszerben a hatékonyság növelésből származik (rossz a fejkvóta kiszámolására használt képlet – csak az emberek korát és nemét veszi figyelembe – lehet a megtakarítás hozzáférési probléma következménye is, pl. messze van a kórház, nem jut el oda a beteg, alulkezelés, krónikus és költségigényes betegek kijelentése a rendszerből).
- Rossz az a gyakorlat, hogy a megtakarítást, mint eredményt a költségvetési ciklusokhoz igazodva évente értékeli, ugyanakkor az esetlegesen alulkezelt vagy nem jól kezelt beteg betegségéből adódó súlyos problémák 4–6 év múlva jelennek meg a rendszerben.
- A forrásallokációhoz használt képlet sem szolgálja az egészségi szükséglet alapján történő forrásallokációt (alaphibája az a feltételezés, hogy minden azonos nemű és korú ember egészségi állapota azonos – nem veszi figyelembe a kockázati tényezőket, mint pl. már fennálló betegség, kockázati tényezők, életmód, munkakör, végzettség, jövedelmi helyzet stb.).

- A rossz képletből adódó hibák gazdaságossági problémát okoznak az OEP forrásainak elosztásában, ami oda vezethet, hogy egyes területeken az indokoltnál több, míg másutt az indokoltnál kevesebb ellátást és egészségnyereséget lehet felmutatni.
- A megtakarítás nem lehet egészségpolitikai cél, túlzottan leegyszerűsített és szakmailag sem elfogadható. A megtakarítás nem egyenlő a hatékonyság-növekedéssel. (Fontos cél lehet a hozzáférhetőség és a minőség.)
- A modellben részt vevő orvosok döntéseit és cselekvési szabadságát bizonyos értelemben korlátozták az IBR szabályai.
- A résztvevők számából adódó sokféleség, magában hordozza annak a lehetőségét, hogy nagyon változatos ellátási programokat hoztak létre, ami azt is magába rejti, hogy a teljesítmények nem összehasonlíthatóak.
- Csökkenthető-e illetőleg utolérhető-e az indokolatlan teljesítmény-elszámolás?
- Csökkenthető-e az indokolatlan vizsgálatok száma?
- Nem tudni, hogy a lakosság prevenciók hajlandósága javult-e?
- Bizonyos diszkrimináció teremtődött azzal, hogy az IBR-n kívül nem volt garantált részesedés az E-alapból.
- A 2005. évi költségvetési törvény nem oldotta meg azt a problémát, hogy kötelező jelleggel történjen meg az IBR földrajzilag egybefüggő kistérségekre való kiterjesztése (pl. a MÁV nem alkot semmiféle földrajzi egységet).
- Nem jött létre szakmai és szakmapolitikai grémium, amelynek az lett volna a feladata, hogy szakmai elvárásokat fogalmazzon meg a modellszervezők számára, és hogy azokat konzekvensen ellenőrizze.
- A gyakran változó egészségpolitikai prioritások és a modellben történő gyakori változtatások gyengítették az IBR hitelességét.
- Egyes megállapítások szerint az IBR a betegellátást két körre bontja. Egy nyereségérdekelte (amely azonos az IBR-rel) és egy nem nyereségérdekelte (az egészségügy elmúlt évtizedének változásait figyelembe véve látható, hogy egyéb nyereségorientált szolgáltatás is létezik már – pl. a háziorvosi szolgáltatások 90%-a, műveseátültetések, CT/MRI-szolgáltatások, fogorvosi praxisok, gyógyszerárak, gyógyászati segédeszközök forgalmazók, betegszállítás), így talán ez a sokszor megfogalmazott kritikai észrevétel nem állja meg a helyét.

1.2.4. Az IBR elnökségének jogszabályalkotási javaslata

Figyelembe véve az ÁSZ-jelentéseket és kritikákat, az IBR elnöksége tévesnek tartotta azt a véleményt, hogy a rendszerben elért 5 éves eredményeket figyelmen kívül hagyva szüntessék meg a modellt. Ugyanakkor elítélte azokat a szabálytalanságokat, amik az ÁSZ-jelentés során kiderültek. Ezeket a szabályozás hiányosságait kihasználó személyi döntésekkel, és nem az irányított betegellátás alapelvekkel voltak magyarázhatóak.

Az IBR elnöksége a következő területeken javasolta jogszabályok alkotását:

- az IBR hosszú távú céljainak meghatározását,
- rendszerbe jutás tervezhetőségének biztosítását,
- finanszírozás átláthatóságának megteremtése,
- az IBR-szervezők, az önkormányzatok, a kistérségek és a RET-ek egyértelmű egymáshoz való viszonya,

- a betegek esélyegyenlőségének és jogainak érvényesítése,
- a szervezők adatkezelési jogosultságának kiterjesztése.

1.2.5. Informatikai rendszer – elvárások

A háziorvosi praxisokban használatos szoftverek sokféle adat és paraméter, valamint dokumentum tárolására adtak lehetőséget.

Ezt a szerteágazó, de valahol mégis azonos adatokat tartalmazó rendszert kellett egységesíteni ahhoz, hogy az ellátásszervezők, az OEP és a modellben részt vevő háziorvosok egy nyelven beszéljenek.

Az informatikai rendszerrel kapcsolatos elvárások:

- Bármilyen párosításban és összefüggésben legyen képes adatokat lekérdezni (pl. fejkvóta bevétel–kiadás–egyenleg az adott időszakban, létszámok és korcsoportok alakulása, szolgáltatások igénybevétele és ezek alakulása, aktív betegűtkövetés).
- Automatizmusok, riportok, jelentések – kritikus pontok szűrése és megjelenítése.
- Egyedi elemzések lehetőségének biztosítása.
- Költség–hatékonysági vizsgálatokhoz analízisek készítése.
- Párhuzamos ellátásokról, szolgáltatások igénybeviteléről jelentéskészítés.
- Háziorvosi jelentések összegyűjtése és jelentése az OEP felé.
- Kimutatás a gyógyszerfelhasználásról – helyettesíthetőség felkínálása (generikus készítmények), gyógyszer–összeférhetetlenség – veszélyes gyógyszer-kombinációkra való figyelmeztetés – összköltségek – támogatások megjelenítése – TOP-lista készítése.

A biztonság és adatvédelem szempontjából a következőkre ajánlott még figyelni:

- jól kidolgozott jogosultsági rendszer,
- személyes adatokat csak a beteg háziorvosa láthassa,
- értesítések a belépésekről (újabb háziorvosok belépése),
- a rendszernek teljesen zártnak kell lenni,
- mindenre kiterjedő auditálással rendelkezzen,
- lehetőleg mobiltelefonos kódgenerálhatóság.

2. A mosonmagyaróvár irányított betegellátási modell

A Mosonmagyaróvári Karolina Kórház és kistérsége 2000. október 1. óta vesz részt az IBR-ben, csatlakozva az 1999-ben belépett csornai IBR-hez. (2004-ben Szombathely belépésével Csorna–Mosonmagyaróvár–Szombathely IBR-régióként szerepel). Kezdetben 18, majd (2004 évben végelegessé vált a létszám) 29 háziorvossal, ebből 7 – 5 városi és 2 vidéki – gyermek (ez megegyezik az gyermekkörzet számmal), 11 felnőtt és 11 vegyes – felnőtt- és gyermek-háziorvosi (össz. praxisszám: 36). Az IBR-ben ellátott lakosság szám: kb. 40 ezer lakos.

2.1. Milyen feladatokat kellett megoldani a belépéssel?

- Útmutatóval ellátni a háziorvosokat, mely segít az alapfogalmak pontos értelmezésében, tartalmazza a jelentési és az adatszolgáltatási követelményrendszert, a folyamatszabályozási és szakmai protokollokat, az oktatási képzési tervet, minőségpolitikai nyilatkozatot, a hibák és veszélyforrások feltárásának lehetőségeit, a prevenció program összefoglaló értékelésének szempontjait, a bevételek és kiadások nyilvántartását, a pénzeszközök felhasználását, a pénzügyi teljesítések tartalmi és formai

követelményeit, a jelentései kötelezettségek határidejét, az érvényes gondozási kódszámokat.

- Megfelelő informatikai háttér biztosítása – kórházi adatállományhoz (diagnosztika, szakambulanciák és rendelések leletei) való, szabályozott online hozzáférési lehetőség.
- Az oktatásban és továbbképzésben a kórházi Tudományos Bizottságot igénybe venni (kórházi orvosok, illetve meghívott előadók).
- Biztosítani és koordinálni az értékelő (havonként meghatározott időpontban) megbeszéléseket.
- Az összegek felosztáshoz megadni az egységes irányelveket.
- Összeállítani a prevenció tervét, megadni a prevenció díj felhasználási tervét egy határozott időszakra (fontos a felhasználható pénzüsszegek tervezéséhez).
- Ellenőrzési útmutatót összeállítani.
- A háziorvosok és betegek kilépésének okait definiálni.

2.1.2. Az IBR mosonmagyaróvári modelljének szervezeti felépítése

A kapcsolati ábra jól szemlélteti, hogy a modellben részt vevők munkájuk során folyamatosan kaptak lehetőséget arra, hogy gazdasági, pénzügyi, informatikai, szakmai kérdéseikre szakemberek válaszoljanak.

2.1.3. A háziorvosokra eső, felosztható összegek elosztásának szempontjai és kiszámításuk.

A felosztások arányát a háziorvosok határozták meg konszenzus alapján.

- 15 % az egységes szakmai protokollok alkalmazása,
- 15% a betegűt követését biztosító monitoringrendszer alkalmazása,
- 20% a továbbképzésben való részvétel aránya,
- 50% a többletbevételhez való hozzájárulás arányában.

2.1.4. Szakmai protokollok, prevenció tevékenység és a műszerezettség javulásának összesítése a működés 5 éve alatt

A magyar népesség lesújtó egészségi állapota ismert. A tartós egészségromlás, kiemelkedő és magas korai halálozás (halálok első helyein: szív- és érrendszeri, valamint a daganatos megbetegedések), a férfiak várható rövidebb élettartama kedvezőtlenül befolyásolja a lakosság életkilátásait. Ezért is nagyon fontos a már meglévő Johan Béla Nemzeti Program mellett újabb kitörési pontokat keresni.

Feltehetőleg ezt szolgálták az IBR azon törekvései, hogy a résztvevőktől szakmai protokollok szerinti betegség gyógyítást és gondozást, valamint tervszerű prevenció tevékenységet várt el.

Szakmai protokollok – felnőtt-háziorvosi körzetek:

- diabetes mellitus protokoll,
- hipertónia protokoll,
- angina pectoris protokoll (lásd 4. számú melléklet),
- peptikus fekély protokoll,
- allergia protokoll.

Szűrési protokollok – prevenció tevékenység:

- hirtelen szívhalál prevenciója (praxisokba telepített Acces/ALS félautoma defibrillátor segítségével),
- pszichoszomatikus betegségek szűrése,

Szakcikk

- prosztatarák szűrése,
- beteg láb (diabeteses láb szindróma, artériás – vénás keringészavarok) szűrése,
- elhízás, zsíryanycsere szűrése,
- célzott gasztrointesztinális szűrés (gyomor-bélrendszeri betegségek szempontjából fokozott kockázatú betegek és családok).

Szakmai protokollok – gyermek-háziorvosi körzetek:

- vashiányos vérszegénység protokoll,
- hipertónia protokoll,
- otitis media protokoll,
- krónikus tonsillitis – tonsillectomia protokoll,
- krónikus adenoiditis – adenotomia protokoll.

Szűrési protokollok – prevenciók tevékenység:

- univerzális újszülöttkori objektív hallásszűrés (lásd. 6. sz. melléklet),
- húgyúti infekciók szűrése,
- bölcsőhalál megelőzése (praxisokba telepített apnoe alarmkészülékek alkalmazásával),
- allergia szűrése.

Egy vegyes körzet szűrési adataival érzékeltetem a szűrési munka „nagyságrendjét”.

A 2003-ban elvégzett szűrési adatai

Ha a praxis szűrési adatait értékeljük, látható, hogy szűrések korcsoportonként megfelelnek azoknak a prevenciók programoknak, amit a háziorvos felvállalt. Látható, hogy a felnőttkori betegségek gyakoriságának megfelelően (magas vérnyomás, cukorbetegség, zsíryanycsere-zavar) magasabb voltak a szűrési számok. A gyermekek szűrése alacsonyabb számú az elvártnál, de ez valószínűleg azzal is magyarázható, hogy a kiválasztott körzet vegyes korösszetételű volt és, hogy a gyermekkori szűrőprogramok a „tisztá” gyermekkörzetekben jobban megvalósultak.

A működés 5 éve egységesen (minden gyermek és felnőtt körzetben) prevenciók pénzéből vásárolt műszerek listája:

- A műszerek megvásárlása előtt az alszervező kórház kérte meg a referenciákat és ezek után közösen döntöttek a beszerzésekről:
- sürgősségi táská defibrillátorral,
- ABPM-monitor rendszer,
- gyermek-vérnyomásmérők,
- mini Doppler-készülék,
- apnoe alarmkészülék.

Megjegyzendő, hogy diagnosztikát és ellátást segítő műszereken túl a rendelkezésre álló pénzkeretből minden praxisban történt informatikai rendszerfejlesztés is.

3. SWOT-analízis értékelése a mosonmagyaróvári kistérségi IBR-ben

2007 júniusában levélben fordultam az IBR-ben részt vevő kollégákhoz, melyben megadtam az értékelés szempontjait.

3.1. A SWOT-analízis mintájára feltett kérdések

A munkamódszer magyarázata és lényege:

Összegzi a belső helyzetértékelés során erős és gyenge pontokat, valamint a külső környezetben fellelhető lehetőségeket,

illetve prognosztizálható veszélyeket.

Erősség (strong)	S
Gyengeség (weak)	W
Lehetőség, előrelépés (onward)	O
Fenyegetés (threaten)	T

- Az IBR erősségei (pl. mi volt a jó és új a betegellátás szempontjából?).
- Az IBR gyengeségei (pl. volt-e olyan terület, ami a korábbi alapellátáshoz képest rosszabbul működött?).
- Az IBR működéséből adódó későbbi lehetőségek (pl. a működő rendszerből mi az, ami hosszú távon is működtethető, és jó?).
- Az IBR működésében rejlő veszélyek (pl. menet közben látszottak-e ezek, mi vezetett a „csendes elhaláshoz”?).

3.1.1. A válaszolási készség értékelése

- A válaszadók aránya 58,62 % volt.
- Legtöbb választ adó a gyermek háziorvosi praxisokban volt: 71,42%.
- Legkevésbé a vegyes körzetek háziorvosai válaszoltak: 45,45%.

4. Országosan és a háziorvosok által is megfogalmazott közös pozitív és negatív vélemények

4.1. Pozitív vélemények:

- közös volt a cél (egységes terápiás, prevenciók szemlélet, protokollok kialakítása),
- a szakmai protokollok alkalmazása mérsékelte az ellátások variációjából adódó sokféleséget,
- elindult bizonyos szinten a progresszív ellátási szintek közötti tudatos kommunikáció,
- a gyógyszer és gyógyászati segédeszközök felírási szokásainak megváltozásból adódó nyereségképződés,
- törekvés a közös informatikai rendszer kialakítására,
- javult a rendszerben részt vevő háziorvosok és kórházi orvosok közti kapcsolat,
- nagy beruházások ugyan nem „születtek”, de a rendelők műszerezettségére és a rendelők „komfortfokozata” a többletfinanszírozásból javult,
- indikátorok beépülése az alapellátásba.

4.2. Negatív vélemények:

- pénzügyi elszámolási rendszer szabályozatlansága (indokolatlan szervező nyereségek, manipulálható nyereségek),
- adatvédelmi szabályok – esetleges kijátszása, a szervezői informatikának való kiszolgáltatottság,
- szakmai követelményrendszer szabályozatlansága és hiánya,
- az egységes szakmai értékelés hiánya – levonható konzekvenciák elmaradása,
- TAJ-körön kívüli beteg is ellátásra kerülhet (pl. a beteg TAJ-kártyájának leadása nem kötelező, és a beteg számára a mai egészségügyi rendszerben közömbös az, hogy tudja azt, hogy ő a háziorvos TAJ-szám szerinti finanszírozás körébe tartozik-e? – foglalkozásegészségügy),
- a betegek korrekt tájékoztatásának hiánya (csak a háziorvosnak kellett nyilatkoznia, az OEP nem kérte a beteg hozzájárulását, csak annyit várt el, hogy a körzetekben

- látható helyen kifüggeszék azt az információt, hogy a praxis részt vesz az IBR-ben, és eszerint történik a betegellátás),
- politikai, illetve lobbierdekek érvényesülése,
 - média dezinformáltsága.

4.3. Milyen kérdéseket vetettek fel a pozitív és negatív vélemények?

- Közvetlenebb kapcsolatrendszeren keresztül javíthatja-e – pénzügyi megtakarítások mellett – a betegellátás színvonalát?
- Elindul-e az egészséges életmódra nevelés, javulnak-e az életesélyek?
- Javul-e a lakosság prevenció hajlandósága?
- Elkerülhetőek-e párhuzamos vizsgálatok?
- Alkalmazhatóak-e az egységes szakmai protokollok, mennyire lehet azoktól eltérni, lesznek ennek anyagi konzekvenciái?
- Ha van, akkor milyen módon csökkenthető az indokolatlan teljesítmény-elszámolás?
- Milyen lesz IBR és más szabályozók együttes hatása a magyar egészségügyre?
- Hogyan szabályozható az ellátottak TAJ-köre?
- Egyesíthető-e a Regionális Egészségügyi Tanács (RET) és IBR-stratégiája?
- A politikai csatározásokban is helyet kapó IBR-nek ki és mi védi meg a hitelességét?
- Létezhet-e az IBR a társadalombiztosítás keretei között, jobban oldja-e meg az IBR a megnyerhető életévvel gyarapodását, mint más a társadalombiztosítás keretei közé inkább beillő formák?

2006 óta a rendszer nem finanszírozott, így működése nem ellenőrizhető már. Ezen helyzetért a felelősség elsősorban politikai és szakmai irányítókon kérhető számon. Arra a kérdésre (amely az ÁSZ-jelentések után a 2005. év elején felvetődött), hogy az IBR-korrekciók után folytatódik vagy megszűnik, senki sem válaszolt, „csak” a rendszerben lévő háziorvosok a finanszírozás hiánya miatt azzal, hogy az ellátás szempontjából hasznos részeit tovább működtetik, de adminisztrációs kötelezettségeknek csak részben tesznek eleget.

5. Milyen változást hozott a kórházba kerülő betegek ellátásában az IBR-ben való részvétel

Nagyon nehéz válaszolni a feltett kérdésre, mert nem voltak egyértelműen összehasonlítható paraméterek, de a szűrési és gondozási munka a beutalt beteg magával hozott dokumentációjában vagy beutalóján szerepelt, és így a korábbi gyakorlattal ellentétben a beteg állapota (szövődmények kialakulása, a betegség gyors vagy lassú progressziója) ezekből részben megítélhető volt. Túlzó volna persze azt állítani, hogy hibátlan és tökéletes szűrési és gondozási munka folyt, de érzékelhető volt valamiféle minőségi javulás. A háziorvosok megváltozott szakmai munka iránti igényességét jelentette az is, hogy az ellátás magasabb színvonalát nem a szakrendelési és kórházi beutalók megírása jelentette, hanem a „kapuőri” feladat komolyan vétele.

5.1. Mi lehet a „jövőkép”?

„Egy olyan érdekeltségi rendszer, amely átlátható, egyenrangú felek által kötött szerződéseken alapul, a szakmai tevékenység követhető és ellenőrizhető értékelésen alapul, etikailag

védhető (nem az ellátások megvonására, hanem a szakmailag indokolt ellátások nyújtására ösztönöz)”. 6(Nagy, 2006)

5.2. Továbbblépés, lehetőségek, feladatok

- Az egészségpolitikai vezetésnek (minisztérium, működtetők) el kell készítenie az IBR átfogó értékelését.
- Amennyiben lehetséges, ezen eredményeket a hagyományos rendszerrel kell összehasonlítani és ennek megfelelően levonni a következtetéseket.
- A szakmai közvéleményt hitelesen és reálisan kell tájékoztatni (el kell oszlatni azokat a hiteket és tévhiteket, amelyek az IBR működése kapcsán a médiában és sajtóban megjelentek).
- Az OEP adatszolgáltatásában meglévő hibákat ki kell korrigálni.
- Olyan finanszírozási feltételek megteremtése, amely költséghatékony, de MINŐSÉGI gyógyszerelési gyakorlatot tesz lehetővé. (Magyarországon a 20%-ot meghaladja az egészségügyi kiadásokon belül a gyógyszerkiadások aránya, míg az uniós átlag 10%!)
- Működtethető és elfogadtatható protokollfejlesztési és követési metodika megteremtése, amely mindenkor kompatibilis a kórházi ellátással és a járóbeteg-ellátással.

6. Összefoglalás

Az IBR magyarországi és mosonmagyaróvári 5 éves működését áttekintve elmondható, hogy a modellkísérletnek induló feladat tevékenysége alatt meghozta azt az eredményt, hogy az IBR modellnek tekinthető az alapellátás továbbfejlesztésében. Az IBR alapvető céljai között szerepel a prevenció tevékenység végzése. Ez a cél már önmagában is jelentős eredmény, hiszen e területen az IBR egészen új dimenziót nyitott meg az egészségügyi ellátásban. A szervezők között nagy különbségek vannak a tekintetben, hogy a primer, a szekunder vagy a tercier prevenció közül melyre fordítanak nagyobb figyelmet.”¹(Dankó, 2005)

Ahhoz, hogy a modell továbbra is működtethető (megszüntetését a mai napig nem jelentették be hivatalosan) és ezzel együtt finanszírozható legyen, az egészségügy országos és helyi vezetőinek is komolyan kell venni azokat a kritikákat, melyet az országos elemzők megfogalmaztak. Helyre kell tenni azokat a jogszabályi hiányosságokat, amiket a működés alatt felfedeztek. A napi gyakorlatban pedig át kell gondolni és orvosolni kell azokat a háziorvosi megjegyzéseket, amelyeket a SWOT-analízis is felvetett. A regionális szinteken összegyűjtött információk meghatározzák a fejlődés irányait, melyek a helyi ellátóhelyek erőteljesebb koordinációjához, és értékes orvos szakmai tartalmak kialakulásához vezetnek.

Hivatkozások

1. Dankó Dávid, Kiss Norbert, Molnár Márk, Révész Éva [2005]: *Informatika és Menedzsment az Egészségügyben*. IV. évf. 5 sz. 2005. június. (9. o.) 48, 50.
2. Dr. Faragó Katalin [2006]: *Az Irányított betegellátás hasznosítása az egészségügyi informatikai rendszerekben és finanszírozás megújításában*. *Informatika és Menedzsment az Egészségügyben*. V. évf. 3. sz. 2006. április (24–25. o.) 14, 15.

Szakkikk

3. Gilly Gyula dr, Szabó Alexandra dr. [2004]: Kórház. 2004. 11. (18. o.) 1, 3.
 4. Kormányrendelet 43/1999. (III. 3.) 50/c. § 4. 33.
 5. Matejka Zsuzsanna dr. [2001]: A prevenció költséghatékonysága a Misszió Modell előadásanyaga. 10
 6. Nagy Gábor Zoltán., dr. Tóth Árpád [2006]: Informatika és Menedzsment az Egészségügyben V. évf. 2. sz. 2006. március. (5. o.) 15, 47.
 7. Sinkó Eszter dr., Evetovics Tamás dr. [2002]: A magyar irányított betegellátási modellkísérlet jelentősége és értékelése I. Országos irányított betegellátási konferencia Budapest, 2002. november 30. 6.
- Dr. Gilly Gyula, Dr. Szabó Alexandra [2004]: A magyar irányított ellátási modell (2004). Kórház. XI. évf. 2004. február (16–190.)
 - Dr. Tóth Árpád [2006]: Gondolatok, észrevételek. A „Kritikus gondolatok az irányított betegellátás hazai rendszeréről” c. közleményhez Informatika és Menedzsment az Egészségügyben. V. évf. 2. sz. 2006. március (11–130.)
 - Józán Péter [2002]: A halandóság alapirányzata a 20. században és az ezredforduló halálozási viszonyai Magyarországon. Magyar Tudomány. 2002. 4. (419. o.)
 - Krasznai Éva [2007]: Misszió – mégsem lehetetlen küldetés <http://webdoki.hu/> 2007. 04. 19.
 - Nagy András László [2005]: A Nemzeti Fejlesztési tervről. Informatika és Menedzsment az egészségügyben. IV. évf. 5. sz., 2005. június
 - Nagy Gábor Zoltán, Dr. Tóth Árpád. [2006]: Az Irányított Betegellátási Rendszer (IBR) jogi szabályozásáról, Informatika és Menedzsment az Egészségügyben. V. évf. 2. sz. 2006. március (5. és 8. o.)
 - Nagyné Dr. Nagy Katalin [2006]: Oktatási segédlet
 - Ottó Szabolcs dr. [2003]: A hazai, „népegészségügyi szűrővizsgálatok” programjának epidemiológiai indoklása, Orvosi Hetilap. 2003. 144. évf., 48. sz. (2347. o.)
 - OEP – Irányított betegellátási Főosztály [2000] Útmutató az irányított betegellátási modellkísérlethez.
 - OEP Honlapja [2005]: Értékelés az IBR-ről.
 - Sinkó Eszter Dr. [2002]: Az irányított betegellátás és a hazai egészségügy kapcsolata. Egészségügyi Gazdasági Szemle. 2002. 40. 6. (673–680)
 - Somody Imre [2004]: Eredményesen is lehet gyógyítani. www.vg.hu/index

Irodalomjegyzék

- ÁSZ jelentés [2005]: Az irányított betegellátási rendszer átfogó értékelése. Állami Számvevőszék internetes honlapja: www.asz.hu
- Beliczai Éva dr., Takács Erika, Boncz Imre dr. [2004]: Indikátorrendszer kialakítása az egészségügyi szolgáltatások értékelésére. Orvosi Hetilap. 2004. 145 évf., 30. sz. (1570. o.)
- Bene Zsolt [2004]: Március végére elkészül az IBR négyéves értékelése Kórház. XI. évf. 2004. március
- Dankó Dávid, Kiss Norbert, Molnár Márk, Révész Éva [2005]: Informatika és Menedzsment az Egészségügyben. IV. évf. 5. sz. 2005. június (9–12. o.)
- Dankáné Verebes Éva, Dr. Oberfrank Ferenc [2005]: Kritikus gondolatok az irányított betegellátás hazai rendszeréről Informatika és Menedzsment az Egészségügyben. IV. évf. 7. sz., 2005. október. (18–190.)