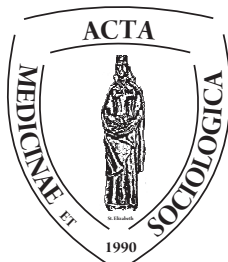

UNIVERSITY
OF DEBRECEN
FACULTY OF
HEALTH
NYÍREGYHÁZA



ACTA
MEDSOC
VOLUME 1.
2010

Irányított verseny - Irányított betegellátás

Jóna György¹ - Kriszbacher Ildikó² - Lukácskó Zsolt¹

1 Debreceni Egyetem, Egészségügyi Kar, Alkalmazott Társadalomtudományi Tanszék
2 Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar
e-mail: jonagyorgy@de-efk.hu; ildiko.kriszbacher@etk.pte.hu; lukacsko@de-efk.hu

Abstract. Managed competition - managed care.

After the Hungarian regime change the political, economical, and social barriers reorganizing the health care system disappeared. By the middle of 1999 it was possible to adapt the American managed care model in a few counties, for example Hungary too. The Hungarian Managed Care System proved to be successful therefore more and more general practitioners and institutions joined in. In this study we present that by the introduction of the managed care program the Hungarian health care can be operated with higher efficiency.

Keywords: financing, competition, managed care, efficiency, health economics

DOI: 10.19055/ams.2010.1/1/5

Lektor: Dr. Kiss-Tóth Emőke Ph.D, főiskolai tanár, Miskolci Egyetem, Egészségügyi Kar

Bevezetés

1999. július és 2009. január között Magyarországon az angol és az amerikai egészségügyi modellek alapján bevezetésre került az irányított betegellátási rendszer (továbbiakban: IBR). A területi alapon működő rendszert kezdetben csak

kísérleti jelleggel alkalmazták, a gyors sikerek következtében azonban évről-évre bővítették mind az ellátások körét, mind a tagok számát. Az IBR céljai közé tartozott az egységes minőségbiztosítási szempontok kidolgozása, a költséghatékonyság növelése, az informatikai eszközök fejlesztése, a betegutak nyomon követéséhez szükséges elemzések készítése, a szabadabb és racionálisabb forrásallokáció, az egészségnyereség növelése, a felesleges egészségügyi szolgáltatások csökkentése, a megismételt ellátások és vizsgálatok háttérbe szorítása. Elsőszámú prioritásként jelent meg a lakosság egészségi állapotának javítása a költséghatékonyság előtérbe helyezése mellett. Fontos hangsúlyozni, hogy egy ilyen zárt, fejkvótán alapuló forrásallokációs mechanizmus bevezetése nem formálja át a jelenlegi egészségügyi redisztribúciós és finanszírozási technikát. Éppen ezért az irányított betegellátást az egészségügyi reformok tudományos kidolgozásánál mindenképp figyelembe kell venni.

Ennek az elemzésnek a célja tehát az, hogy a magyarországi irányított betegellátás (managed care) finanszírozási technikáit feltérképezze egészség-szociológiai és egészség-gazdaságtani aspektusból. Megvizsgáljuk azt, hogy az irányított betegellátás forrásallokációs formulája milyen hatással volt az érintett társadalmi csoportok egészségügyi állapotmutatóira. Feltárjuk, hogy az irányított betegellátási rendszer milyen szervezeti és ellátási konstrukció segítségével volt képes költséghatékonyságot realizálni úgy, hogy közben az egészségügyi szolgáltatások minősége nem romlott. Ez egy retrospektív elemzés.

Először bemutatjuk, hogy az IBR milyen működési sajátosságokkal rendelkezett, milyen funkcionális elvek, gyakorlatok alapján töltötte be szerepét. Ezt követően a finanszírozási technikák alapvonásait, megtérülési rátáit írjuk le empirikus adatok másodelemzése alapján.

A magyar IBR működési mechanizmusa

Az IBR alapvetően a brit és az amerikai egészségügyi rendszer szintetizálásaként jött létre (Donkáné - Dózsa 1999, Kincses 2007, Simon 2003, Dixon - Sweeney 2001, Birenbaum 1997). Az irányított betegellátás lényege az, hogy a beteg és az ellátást nyújtó intézmény közé egy biztosító, vagy valamilyen csoportosulás ékelődik, amely közvetítő funkciót tölt be a két aktor között. A közvetítés alkalmazásának előnyös hatásai gazdasági területen is manifesztálódnak, úgymint:

- nő a költséghatékonyság az ellátási színvonal csökkenése nélkül,
- racionalizálódnak a kiadások,
- a realizált megtakarításokat hatékonyabban használják fel,
- nem kerül ki az egészségügyi rendszerből a felhalmozott anyagi forrás,
- a kezelések indokoltságának kontrollja létrejön,

- gyógyítás alatt a beteg állapota állandó ellenőrzés alatt van, végül,
- ajánlásokat fogalmaznak meg a betegút tervezésére, szervezésére.

(Kincses 2006:166)

A managed care magyarországi adaptációjának lényege úgy foglalható össze, „hogy átalány-díj ellenében a szervező által szabályozott módon, saját, vagy szerződött ellátókon keresztül biztosítják az ellátást, és ez a beteg választási szabadságának valamilyen korlátozását jelenti ... Alapvető működési elve a piaci mechanizmus, valamint a szervezetnek, mint biztosítónak és szolgáltatónak a kettős funkciója” (Kincses 2007: 2). Az IBR működése során megtapasztalhattuk, hogy a magyarországi egészségügyi rendszer finanszírozásának allokációja és redistribúciója átalakítható úgy is, hogy az nem jár többletköltségekkel és a struktúra gyökeres átalakításával (Nagy-Dózsa 2002)

Az IBR működésében a háziiorvosi rendszer központi szerepet töltött be, melynek funkciója kétirányú volt. Először is, a betegek - ha a feltételek és betegségének jellege lehetővé tette - háziorvosával kellett először találkoznia gyógyítása során. Ha a beteget további ellátási szintre kellett továbbküldeni, akkor azt a háziorvos rendelte el, ezzel a felesleges kezelési utak elkerülhetővé váltak, többletkiadásoktól mentette meg ezzel a rendszert és ezzel együtt minden szereplőjét az orvos. A háziorvos tehát a betegutat szabályozta, irányította (kapuőr funkció), ezzel elkerülve az aszimmetrikus információ¹ kialakulásából származó felesleges kiadásokat, illetve kellemetlenségeket (Boncz - Horváth 2001, Gulácsi 2005). Az IBR érdekeltségi viszonyrendszere átformálta szereplőinek gazdasági és társadalmi viselkedésformáját: a háziorvosok körében egyre elterjedtebbé vált a prevenció alkalmazása, ezzel is „távolabb tartották” a pacienseket a rendszertől, ezáltal újabb forrásokat takaríthattak meg; az erőforrásokat a szereplők még körültekintőbben használták fel. A költségek visszafogása mellett a minőségbiztosítási struktúra egyre fontosabb lett, a költséghatékonyságra való törekvés nem hozta magával a betegek alulkezelését.

Az IBR másik - a háziorvos mellett megtalálható - főszereplője az ellátásszervező (továbbiakban: szervező) volt, aki a betegutak optimalizálásában volt érdekelt (Matejka 2001). A szervező töltötte be a szolgáltatói és a finanszírozói funkciót - a biztosítás az OEP-nél maradt -, ez a kettő nem vált el egymástól. A szervező egy virtuális folyószámlával rendelkezett, amire az OEP zárt, fejkvóta alapú finanszírozási formula által meghatározott összeget (ennek részletes bemutatását a későbbiekben kifejtjük) átutalt, ebből kellett az ellátásokat finanszírozni és fejleszteni a hozzájuk tartozó betegek számára. Ha év végén megtakarítást ért el az elvi számlán, akkor a jogszabályban meghatározottak szerint az szétosztható volt (Marton 2004). Az IBR-nek tehát minden egyes szereplője érdekelt volt a

¹Aszimmetrikus információ a beteg és az egészségügyi ellátást biztosító közötti speciális kommunikációs viszonyból származik. Az egészségügyi intézmény (eladó) többet tud a betegségről, mint maga a beteg (fogyasztó), így az egyensúlyi ár felé emelheti az általa kínált termék árát úgy, hogy közben nem veszíti el a vásárlót, nem csökken a fizetőképes kereslet.

minőségi szolgáltatások nyújtásában, hiszen minél hamarabb gyógyul meg a beteg, annál kevesebbet kell költeni rá az egészségügyi kasszából. Az IBR gazdálkodásának lényege tehát az volt, hogy az OEP által folyósított összegből a törvényben meghatározott ellátást nyújtsák a lehető legalacsonyabb költséggel maximális egészségnyereséget realizálva. A szervező ehhez saját egészségügyi intézményrendszert építhetett ki, vagy a meglévővel lépett szerződésbe. Magyarországon ez utóbbi megoldás volt elterjedt (Sinkó 2002).

Az IBR működése kváziverseny elvein nyugodott, ami azt jelentette, hogy a finanszírozás centralizált, állami feladat maradt, a kínálat és a kereslet közötti viszony azonban decentralizálttá vált, ezt a piaci mechanizmusok, még pontosabban az irányított verseny határozta meg (Karner, 2008, Stiglitz 2000). Így jöhetett létre az, hogy a piaci és az állami rendszerek, a szabályozói és ösztönzői funkciókat sikeresen összehangolták, ezek nem oltották ki egymás hatékonyságát, potenciálját (Barr 2009, Gulácsi - Kovács - Oesterle - Boncz 2007, Harris 2005).

A szervező feladatait törvényben szabályozták (nem piaci folyamatok alakították), ám piaci igényekhez igazították. A szervező legfontosabb célja volt, hogy a virtuális folyószámláján felhalmozott összegekből a legmagasabb szintű egészségügyi szolgáltatást szervezze meg a lakosság részére (Csedő - Nagy - Dobák - Dózsa - Gulácsi 2003). A területi alapon szerveződő rendszer lehetővé tette, hogy a lokális egészségügyi problémák előtérbe kerüljenek - szubszidiaritás elvét alkalmazták -, azokra adekvát megoldást találjanak. A szervező alapvető feladata volt mindvégig a megtakarítások ésszerű allokációja, a járóbeteg ellátás erősítése, az indokolatlanul igénybe vett ellátások számának csökkentése, a betegutak ellenőrzésének végrehajtása (Bordás 2005). 2004-től jogszabály konkretizálta és egyben kibővítette a szervező funkcióit. Eszerint, a szervező fő feladata lett a koordinálás, a preventív jelentések megfogalmazása, a virtuális folyószámlára érkezett összegek kezelése, a területén újabb managed care szervezeti egységek létrehozása és működtetése, minőségbiztosítási követelményrendszerek felállítása, valamint az OEP irányába adatszolgáltatási kötelezettség teljesítése.

A szervező az ellátottakkal együtt kiesett a rendszerből, ha egymást követő három hónapon keresztül, megszakítás nélkül deficitet realizált.

A lényegi különbség az IBR és az IBR-en kívüli struktúra között az volt, hogy ha a szervező jól takarékoskodott, akkor a megtakarítást visszaforgathatta a rendszerbe, nem a túlköltekezésben volt érdekelt, hanem a megtakarításban, amelyből kizárólag fejlesztési célokat valósíthatott meg (Gilly - Szabó 2004a, 2004b). A szervező tehát a kemény költségvetési korlát alkalmazását preferálta, racionálisabb forrásallokáció valósult meg a hatékonyság, a szolidaritás és a méltányosság együttes szem előtt tartásával (Kornai 2008).

Az IBR céljai közé sorolható az egységes minőségbiztosítási szempontok kidolgozása, költséghatékonyság növelése, az informatikai eszközök fejlesztése, a betegutak nyomon követéséhez szükséges elemzések készítése, szabadabb és racionálisabb forrásallokáció, az egészségnyereség növelése, a felesleges egészségügyi szolgáltatások csökkentése, a megismételt ellátások és vizsgálatok háttérbe szorítása. El-

sőszámú prioritásként jelent meg a lakosság egészségügyi állapotának javítása a költséghatékonyság előtérbe helyezése mellett. Egyértelmű célként deklarálták, hogy a lakosság egészségnyereségét maximalizálni kell a gazdálkodás hatékonyságának szem előtt tartásával. Az érintett területen élő lakosság hatékony egészségügyi szolgáltatásának megszervezése, definitív ellátások nyújtása, a morbiditási és mortalitási indikátorok javítása, a betegút-követéssel számos újabb faktor is megismerhetővé vált a betegség diagnosztizálásához, illetve annak gyógyításához. Ugyanakkor a párhuzamos kezelések háttérbeszorítása princípiumként jelent meg az IBR-ben, mely többnyire az egészségügyi informatikai rendszer modernizációjával megvalósíthatóvá vált (Kerekes 2003).

Ezek eléréséhez a legfontosabb módszerek a következők voltak: prevenció favorizálása, egységes ellátási protokoll definiálása, valamint a háziorvosok közötti kapcsolat erősítése. Röviden: az IBR-t a racionálisabb és szabadabb forrásallokáció egyik eszközeként alkalmazták, ezáltal korlátozott formában teret nyert a kemény költségvetési korlát (Kornai 1998, 2004).

Az IBR keretei között a következő ellátások szerepeltek: háziorvosi és házi gyermekorvosi ellátás, gyógyfürdő-szolgáltatás, fogászati ellátás, gyógyászati segédeszköz támogatás, gondozóintézeti gondozás (2004-től), betegszállítás orvosi előírásra (2004-től), gyógyszer-támogatás (törvényben meghatározott gyógyszerek kivételével mindegyikre vonatkozott), járóbeteg-szakellátás, fekvőbeteg-szakellátás, házi szakápolás, művesekezelés, CT/MRI. Az IBR kizárólag természetbeni szolgáltatásokat tartalmazott, pénzbeli támogatásokat nem (Matejka 2004).

Az IBR bevezetésének indokoltságát Mikola azzal támasztotta alá, hogy „Magyarországon - az európai trendekkel egybevágóan - olyan menedzselt betegellátást kell kialakítani, amely garantálja a nemzeti egészségmegőrzési célok megvalósítását, a közösségek egészségének javítását, a betegségek korrekt kezelését és a betegközpontú ellátást. A menedzselt betegellátás egyensúlyt teremthet az egészségügyi szolgáltatások és a korlátozott források között. Ennek érdekében esetről-estire monitorozza a tevékenységet, és a nyert adatokat a szolgáltatás optimalizálása érdekében használja. E funkciójában valójában az állami egészségpolitikát is közvetíti, tehát ötvözi a különböző menedzsmentszinteket.” (Mikola 1998: 15)

Megint máshol ezzel kapcsolatban azt olvashatjuk, hogy „az irányított betegellátást megvalósító modellek mindenképpen előre mutató, közös eredője, hogy megteremtik azt az ellátásszervezőt - a multidiszciplináris egészségügyi menedzsmentet -, amely érdekelt a költségek jobb felhasználásában, ehhez optimalizálja a betegkezelést és a beteg útját az ellátás teljes vertikumában.” (Nagy-Dózsa 2002: 58)

Az IBR finanszírozási technikája

Az IBR-be csak önkéntesen, pályázat útján lehetett bekerülni. Nem terjedt ki az egész országra, csupán néhány városra, illetve annak háziorvosára vagy kórházára. Az adott területhez tartozó egészségügyi intézmények és háziorvosi praxisok élén a szervező állt, aki egy virtuális folyószámlával rendelkezett, amit az OEP finanszíro-

zott. Ez valóban egy virtuális folyószámla volt, amin csupán év végén lehetett realizálni a megtakarítást vagy a deficitet. A virtuális folyószámla tehát nem volt más, mint egy, a szervező tulajdonában lévő, nyilvántartás, amelyen a bevételeket és a hozzá tartozó lakosok egészségügyi szolgáltatásokkal járó kiadásait adminisztrálták. Az IBR finanszírozását a 43/1999. (III.3) Kormányrendelet szabályozta.

A megtakarítások felosztása jogszabályokkal volt körülbástyázva annak érdekében, hogy ne lobbysoportok érdekérvényesítő-képességének, hanem centralizált keretek között történjen a redisztribúció. A megtakarítási keret redisztribúciója során nem csak a realizált profitot vették figyelembe, hanem az alábbiakat is:

- A prevenciós tevékenység végrehajtása mennyire volt eredményes,
- Az előző finanszírozási évhez való fejlődés, növekedés mértéke mennyit változott,
- A lakosság számát,
- A szervező előző évi virtuális folyószámlájának egyenlegét,
- A háziorvos adatszolgáltatási kötelezettségének betartatását.

A virtuális folyószámlára érkező összeget rizikótényezővel korrigált fejkvóta alapján határozták meg, amit három tényezővel korrigáltak: nem, kor (8 korcsoportot különítettek el) és a művesekezések jellege - ez utóbbi tényezővel 2002-ben egészítették ki a formulát. 2005-től retrospektív formában végezték a művesekezések finanszírozását. Vagyis, 8 korcsoport, 2 nem és 2 műveseváltozó volt érvényben, tehát $(8 \times 2 \times 2 = 32)$ 32 cellára volt bontható a finanszírozási táblázat. A művesekezések jogcím alá tartozó kezelésekre szánt összeg 7,5 százalékát akut művesekezésre, 92,5 százalékát pedig krónikus művesekezésre fordították - e kettő eltérő fejkvóta szerint került finanszírozásra.

A korcsoportok az alábbiak szerint oszlott meg:

1. 0-4 évesek,
2. 5-14 évesek,
3. 15-34 évesek,
4. 35-50 évesek,
5. 51-60 évesek,
6. 61-70 évesek,
7. 71-80 évesek,
8. 81 éven felüliek.

Az IBR finanszírozása során zárt, fejkvótán alapuló elszámolási formulát alkalmaztak (Nagy- Dózsa - Boncz 2004). Ennek összegét részben az előző év azonos időszakának előirányzatai alapján definiálták, ekkor még csak a nem és a kor alapján számították a fejkvóta összegét. Erre azért volt szükség, mert ahol magas egészségkockázati tényezők vannak, oda nagyobb összegeket kellett csoportosítani, és fordítva. Ennek figyelembevételével olyan forrásallokációs mechanizmusok érvényesíthetők, melyek segítségével az egészségügyi ellátórendszerben megtalálható forrásokat stratégiaileg hatékonyabban és igazságosabban lehetett szétosztani az ellátások szinte minden szintjén - persze, ha nem is minden területen, de a legtöbb részen (Todd 2009, Rác 2003).

Az IBR-ben alkalmazott fejkvóta alapú finanszírozási rendszer gyakorlati kialakítása az alábbi lépések szerint történt:

1. Elsőként az előző év hasonló periódusában lévő ténylegesen felhasználható adatokat (népesség száma nem és kor szerinti megoszlásban) gyűjtötték össze. Ez a Központi Statisztikai Hivatal adatbázisából könnyen beszerezhető volt.
2. Ezt követően az előző év hasonló időszakában hónapról-hónapra a fent leírt 8 korcsoport alapján besorolták a teljes lakosságot. Például, 2004. januárjában (előző év adott hónapja) a 15-34 év (kor) közötti férfiak (nem) a teljes népesség 7,93%-át tették ki. A továbbiakban e logika szerint a teljes lakosság bekerül ebbe a felosztásba.
3. Majd megállapították, hogy az előző év hasonló időszakában a házi orvosok mennyit költöttek adott nemre és korcsoportra. Például, 2004. januárjában a 15-34 év közötti férfiak ellátására 270.440.858 Ft-ot költöttek el.
4. A következőkben összevetették ezt az adatot a nem- és korcsoportonkénti országos létszámadattal. Ez azt jelenti, hogy 2004. januárjában a 15-34 év közötti férfiak házi orvosi ellátására 270.440.858 Ft-ot költöttek, ehhez a korosztályhoz pedig 1.505.520-an tartoztak, így ezt a két számot egymással elosztották (a felhasznált összeg osztva az adott kategóriába tartozók számával). Így kapták a 179,63 Ft-os indexálatlan fejkvótát ennél a korosztálynál. Ezt hasonló módon minden egyes kategóriánál végigszámolták.
5. A fejkvóta pontos kiszámításához indexszámot képeztek, amit az adott kassa előző év tény szerinti kifizetése és az előirányzat aránya (ténykifizetés osztva az előirányzat összegével) alapján számítottak ki. Minden egyes nem- és korcsoporthoz külön indexszámot rendeltek.
6. Végül, a nem- és korcsoportokra osztott kategóriákhoz hozzárendelték az adott indexszámot, így megkapták a végleges indexált fejkvótát. Például, 2004. januárjában a 15-34 év közötti férfiaknál 179,63 Ft-os indexálatlan fejkvótát számítottak (lásd a 4. pontot), aminek az indexszáma 1,0211. Az indexált fejkvóta itt tehát 183,43 Ft volt.

Csak később (2002-ben) emelték be a művesekezéssel jelleget tényezőként is a fejkvóta kiszámítási egyenletébe, amely mint diagnózis alapú kockázati faktorként jelent meg a rendszerben. A krónikus és akut művesekezéssel finanszírozása megoszlott, ezért ezeket külön mutatjuk be. Az akut művesekezéssel fejkvóta számításánál a fent említett 8 korcsoport és 2 nem alapján az előző évi teljesítményadatokat vetették egybe. Ennek az adatnak a 7,5%-át határozták meg nem és kor szerint. Például, 16.118.900.000 Ft-ot költöttek 2004-ben vesekezésre. Ennek 7,5%-át csoportosították akut művesekezésre, amit havonta nem és kor szerinti bontásban kaptak meg a szervezők.

A krónikus művesekezéssel során a teljes tárgyévi előirányzati összeg fennmaradó 92,5%-át osztották fel 12 (az év 12 hónapból áll) részre. Ezt a havonkénti összeget még tovább differenciálták nem és korosztály szerint (Bonc - Dózsa - Gulácsi 2004).

Az IBR-ben az elszámolás nem volt azonos az utolsó naptári nappal, minden év szeptember utolsó napja jelentette az elszámolási periódus végét (Bonc - Dózsa 2003).

A szervezők év végi veszteségének kezelésére speciális pénzügyi alapot, úgynevezett kiegyenlítő kasszát hoztak létre 2003-ban. Ebből az alaptól azoknak a szervezőknek a veszteségeit kompenzálták, akik nem tudták a bevételi forrásokból megtakarítást realizálni.

Az IBR finanszírozása tehát több csatornán keresztül történt, az ellátásszervezők virtuális folyószámlája a következő tételek alapján rekrutálódott:

- A fejkvóta szerinti összeg az OEP részéről,
- A prevenció és szervezési díjak,
- Egyéb pályázatok.

2005-től újabb változások mentek végbe ezen a területen. A szervező bevételekhez jutott:

- prevenció díjból (erről részletesen a későbbiekben),
- megtakarítási kifizetésből (az előző évi többletből folyósították egy részét),
- szervezési díjból (erről részletesen a későbbiekben),
- a fejkvóta szerinti összeg az OEP részéről,
- szervezői alap kifizetéséből, mely a szervezőknek nyújtott, kifejezetten fejlesztésre és egészségügyi innovációra fordítható összeg volt. Ebből az egészségügyi informatikai infrastruktúrát lehetett modernizálni, valamint létszám stabilizációt megvalósítani,
- egyéb pályázatok.

Az IBR finanszírozásának metodikája meglehetősen egyszerűnek tekinthető, mégis eredményes volt. 2005-ben az Egészségügyi Minisztérium a következőket fogalmazta meg ezzel kapcsolatban: „Az IBR elszámolásának kulcselemét képző fejkvóta számításának technikája és módszertana - bár az utóbbi évek során fejlődést mutatott - további korrekciót igényel megfelelő szakértők és tudományos műhelyek bevonásával és forrás biztosításával ... A fejkvóta korrekciós lehetőségek modellezését el kell végezni, melyhez szintén szükséges megfelelő kutatói háttérkapacitás biztosítása ... A tevékenység végzésére az IBR további sorsától függetlenül is szükség van a jelenlegi rendszer forráselosztásban mutatkozó területi egyenlőtlenségeinek csökkentését szolgáló programok kidolgozásához.” (EÜM 2005)

Az IBR finanszírozásánál a prospektív és retrospektív elosztási modelleket egyszerre alkalmazták, ezek szintézisét használták. Ez azt jelentette, hogy a demográfiai adatoknál prospektív (a már meglévő, több évi adatsorból a következő évi költségvetési számokat becsülték meg), az ellátásoknál pedig retrospektív (kizárólag a becslési évben megszerzett adatokat használták) finanszírozási módot vették figyelembe.

Az IBR finanszírozási formulája lehetőséget nyújtott arra, hogy a magyar egészségügyi rendszerben megfigyelhető finanszírozási polarizáltság háttérbe szoruljon. Mivel az egészségügyi kasszák elkülönültsége okozta a legnagyobb hátrányokat a rendszerben, az IBR éppen ezt a problémát oldotta meg azzal, hogy az elkülönült kasszákat „összenyitotta”. „Az egyes kasszák összenyitása és közös finanszírozása egy szükségletekhez igazított fejkvóta formula használatával jelentősen növelhetné az allokációs hatékonyságot és ugyanakkor a méltányosságot is sok területen. Egy új fejkvótán alapuló stratégiai forrásallokációs formula nem kell, hogy feltétlenül megváltoztassa a jelenlegi finanszírozási gyakorlatot. Ilyen rendszer bevezetése óvatosságot, gondosságot és fokozatosságot igényel. Kezdetben csupán jó támpontot adhat a források allokációja kívánatos arányának megállapításához, később esetleg a finanszírozási rendszer továbbformálásának egyik alternatívája lehet.” (Nagy 2006: 14) A forrásallokációs hatékonyság gyors mértékben emelkedett. Az IBR egy olyan ellátásszervezés formát jelentett, ahol a szolgáltatások finanszírozási integrációja 90 százalékban megvalósult. A betegutak helyes szervezésével az ellátási szintek finanszírozási integrációja létrejött, így nem helytálló az a bírálat, mely szerint a szervező kiveszi a megtakarítást akkor is, ha bizonyos kasszák deficitet realizálnak. Valahol deficites, máshol szufficites a kassza, ezért kell „összenyitni” azokat, így a betegellátás irányítottá, jól szervezetté válik és nem feltétlenül igényel több forrást (Boncz - Horváth - Jónásné - Dózsa 2004). Az érdekeltségi viszonyok is ártrendezőztek a korábbi struktúrához képest, a finanszírozó és a szolgáltatást nyújtónak (vagyis a szervezőnek) érdekévé vált a források racionális visszafogása. A sajátos pályáztatási rendszer garantálta azt, hogy minden háziorvoshoz tartozó beteget ellássanak, lefőlözés² nem alakulhatott ki (Mihályi 2003).

²Lefőlözésről akkor beszélünk, amikor a biztosító társaságok szabadon válogathatnak a biztosítottak között. Nyilvánvaló érdekük, hogy olyan személyekkel kössenek biztosítást, akik egészségesek, fiatalok, nincs káros szenvedélyük, stb. tehát egészségesek. Az ő ellátásuk olcsó lenne, vagy

Az IBR-ben a háziorvosok automatikusan, a rendszer jellegéből adódóan, érdekeltek voltak a megtakarításokban, hiszen ebből ők is részesedtek premizálás során, a betegutakról teljes körű információt szereztek és a prevencióban is központi funkciót láttak el. A szakrendelők is részesültek a megtakarításokból, mely a belső kontrollt erősítette - a háziorvosokkal való együttműködés pedig a külső kontrollt jelentette számukra. A kórházak szintén kaptak támogatást a megtakarításokból, hiszen részt vettek a gyógyító munkában. A megnőtt háziorvosi kontroll miatt a gyógyszerárak és a gyógyanyagárak nem tudták az indokolatlan gyógyszerfogyasztást fenntartani, az erkölcsi kockázat visszaszorulása ezen a területen volt a legkiemelkedőbb (Boncz 2004, Kornai 2004: 52-53, 57). A betegek szintén preferálták az IBR-t, mert benne a prevenció tevékenység felerősödött, egészségi állapotuk javult (volt olyan terület, ahol az érintettek 53%-a leszokott a dohányzásról). Az önkormányzatok is támogatták az IBR-t, mert számos feladatot automatikusan átvett tőlük. Ez az érdekeltségi viszonyrendszer ösztönzést jelentett a managed care fenntartásában és finanszírozásában minden érintett számára (Orosz 2001). Az IBR-en kívül majdnem minden szereplő az egészségügyi szolgáltatások túlzott igénybevételében volt érdekelt, az IBR-ben azonban már maguk a betegek, szervezők és a finanszírozó együtt törekedtek arra, hogy az ellátások igénybevétele túlzottá ne váljon (Kongstvedt 2001, 2007, 2008).

Végző soron az IBR-ben és az IBR-en kívüli ellátórendszer finanszírozásának különbsége az volt, hogy az IBR-ben irányított versenyhelyzetet teremtettek, ami az elosztható forrásokat némileg átalakította (Gabe - Calnan - Bury 2009, Moseley 2008). A másik eltérés az volt, hogy a zárt, fejkvóta alapú finanszírozási formula földrajzi-területi alapon osztották szét. „Az új ellátás-finanszírozási rendszermodell gyakorlati megvalósulása során a források szétoztása - egy szervező segítségével - jól körülhatárolt földrajzi környezetben alkalmazott fejkvóta alapú rendszer kereteibe ágyazottan történik. Ez hatékonyabb, a helyi szükségleteket az eddiginél jobban figyelembe vevő egészségügyi szolgáltatások nyújtásának lehetőségét teremti meg.” (Minisztériumi Zárszámadás 2002: 13)

A prevenció tevékenység finanszírozása

Az IBR-ben prevenció díjakat kizárólag azok a szervezők kaptak, akik legalább egy évre vonatkozó prevenció tervet készítettek és ezt adott év márciusáig benyújtották az OEP számára. Ez egy igen részletes program volt, mely nemcsak a prevenció célokat, hanem a hozzájuk tartozó eszközöket, módszereket és költségvetési tervet is tartalmazta. Ha a prevenció programot megvalósíthatónak tartotta az OEP, akkor a szervező prevenció díjat kapott, amely kizárólag a koncepcióban meghatározott célok és eszközök fedezetére szolgált.

A prevenció díj összege az IBR bevezetésekkor 1000 Ft/fő/év, 2001-től azon-

éppen semmibe sem kerülne. A beteg egyénnel nem áll érdekükben biztosítást kötni, hiszen az ő ellátásuk drága volna. A költséges ügyfelek kiválogatása, „lefölözése” a cél a biztosítók esetében, ám a világon szinte mindenhol ezt állami jogszabályokkal részben vagy egészben meggátolják.

ban ez az összeg kettévált, 500 Ft prevenciós díjat és 500 Ft szervezői díjat kapott a szervező évente egy ellátott után. A következő évi költségvetési törvény értelmében a prevenciós tevékenység finanszírozása újból átalakult: ha a szervező már adott területen több mint egy éve nyújtott prevenciós ellátást, akkor a második év után csökkentett, vagyis 200HUF/fő/év szervezési díjra volt jogosult. A prevenciós díjat két évig, a szervezési díjat egy évig folyósították. A prevenciós díjat negyedévente, a szervezési díjat havonta folyósította az OEP a szervező virtuális folyószámlájára. 2005-től azonban a prevenciós díj mértékét 600 Ft/fő/évben állapították meg. Prevencióra természetesen ennél magasabb összeget is fordíthattak a szervezők, hiszen megtakarításaiknak adott hányadát átcsoportosíthatták ide, valamint más (akár nem állami) pályázati forrásokat is megszerezhettek. Az I. táblázat azt mutatja meg, miként alakult a prevenció finanszírozása az IBR-ben.

I. táblázat - Szervezők részére kifizetett szervezési és prevenciós díjak

| Időszak | Prevenciós díj | Szervezési díj | 1 főre jutó prevenciós díj (Ft) | 1 főre jutó szervezési díj (Ft) |
|---------|----------------|----------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 1999 | 724.544,00 e | 0 | 508,03 | 0 |
| 2000 | 73.259,40 e | 0 | 828,25 | 0 |
| 2001 | 222.443,30 e | 121.779,70 e | 583,43 | 547,46 |
| 2002 | 227.694,60 e | 101.307,30 e | 478,30 | 444,93 |
| 2003 | 279.773,40 e | 64.147,20 e | 464,81 | 229,38 |
| 2004* | 592.496,00 e | 424.297,00 e | - | - |
| 2005* | 1.114.835,70 e | 643.327,80 e | - | - |
| 2006* | 311.800,00 e | 104,500,00 e | - | - |

Forrás: Belicza - Boncz - Horváth - Jónásné 2004: 224.

* Saját számítás - J. Gy.

A szervezési és prevenciós díjak megfelelő elköltését számlákkal kellett bizonyítani az OEP számára. A szervezési díj közvetve kapcsolódott a prevenciós tevékenységhez, ebből fizették a minőségbiztosítási rendszerrel kapcsolatos kiadásokat, a betegút követő informatikai rendszer kialakítását (KIBIR), az IBR szakmai protokoll kidolgozását. A prevenciós és szervezési díj felhasználását az OEP félévente ellenőrizte.

Prevenciós díjban részesülhettek olyan „külső” szakemberek, illetve vállalkozók is, akik nem voltak állandó tagjai az irányított betegellátásnak, csupán adott munkára szerződéses viszonyba kerültek az IBR-rel. Erre csak akkor kerülhetett sor, ha a prevenciós program teljes körű megvalósításához a rendszeren belül nem találtak kellő módon felkészült szakembert, illetve ha nem költséghatékonyan tudták volna elvégezni a prevenciós tevékenységet az IBR-en belül. Szerződést csak akkor jöhetett létre külső taggal, ha az OEP Irányított Betegellátási Főosztálya ehhez írásban hozzájárult.

Szervezési díjat kizárólag az ellátással és szervezéssel kapcsolatos kiadásra lehetett költeni. Szervezési díjra a szervező az alábbi tevékenységek elvégzéséért volt jogosult:

- Informatikai rendszerek fejlesztése, azok kialakításának támogatása,
- A hozzá tartozó ellátotti kör számának megtartása, illetve további növelése,
- Az újabb, később bekapcsolódó praxisok felzárkóztatása az adatszolgáltatókkal összefüggésben,
- Jelentési kötelezettségek elküldésére vonatkozó kiadások finanszírozása.

A prevenciós tevékenységről negyedévente a szervezőnek szöveges értékelést kellett készíteni az OEP számára, az évenkénti beszámolóban azonban már nem csak kvalitatív elemzéseket, hanem kvantitatív adatokat is kellett tartalmaznia. Az évenkénti jelentéshez kapcsolódó adatfelvételénél nem egyforma kérdőívet alkalmaztak a szervezők, így az ezekből származó eredmények összehasonlítása nehéz vagy lehetetlen. Ha az OEP szakértői bizottsága nem fogadta el az évenkénti prevenciós jelentés értékelését, akkor megvonták a prevenciós és szervezői díjat is, erre azonban egyszer sem került sor.

2006. január 1-től végleg megszűnt a prevenciós díj és a szervezési díj. Az IBR-ben a prevenció filozófiája ellentétes irányú volt az IBR-en kívüli prevencióval. Míg az utóbbi betegségorientált, az IBR egészségorientált szemléletet követett - minden résztvevője abban érdekelt, hogy a lakosság egészséges maradjon. Finanszírozási rendszere is erre motivál minden szereplőt. Az érintett lakosság elemi érdeke volt egészségesként élni, hiszen a betegség nem csak testi, de pénzben kifejezhető károkat is okoz. Emellett a szervezőnek is érdeke volt a hozzá tartozó lakosság egészségben tartása, mert ezzel költséges kórházi ellátásokat tudott megtakarítani.

Az IBR-ben a prevenció fogalmát a következőképpen definiálták: prevenciónak tekintették mindazon cselekvések összességét, melyek a betegségek kialakulásának megelőzésére, annak felismerésére, a későbbi károsodások bekövetkezésének elkerülésére irányultak. A prevenciónak három szintjét különböztették meg egymástól: Primer prevenció az egészség fenntartására, a betegségek kialakulásának elkerülésére és az egészséges állapot fenntartására, annak további menedzselésére vonatkozó tevékenységek összességét jelentette. Eszközei és módszerei közé tartozott az egészségnevelés, az immunizáció, a környezeti egészségkárosító tényezők megszüntetése, illetve annak háttérbe szorítása, az életmód kedvező irányba történő befolyásolása, a rizikó állapotok szűrése. Az IBR szervezői már a program kezdetén arra törekedtek, hogy az általános iskolai kortól elkezdjék az egészséges életmódra való nevelést, így ezeknek az oktatási intézményeknek ebben nevelési és pedagógiai támogatást nyújtottak. Emellett, klubokban rizikócsökkentő programokat tartottak, melyek megvalósításában civil szervezetek segítettek. Itt főként a dohányzás, elhízás és a mozgásszegény életmód káros hatásainak felismertetése volt a cél. Ilyen

klubokba összesen 23.000-en jártak az IBR működése során. Volt olyan terület, ahol a klub prevenciós tevékenysége következtében a klubtagok 53%-a leszokott a dohányzásról, mely nemzetközileg is komoly eredményként fogható fel.

Secunder prevenció a korai fázisban lévő betegségek felismerésére irányuló tevékenységeket jelentette, amikor a betegségben még visszafordíthatatlan átalakulások nem mentek végbe. Eszközei és módszerei a következők voltak: különböző szűrővizsgálatok és az utánuk következő gyógyító beavatkozás. Az IBR prevenciós programját általában a szűrésekre vonatkozó adatok alapján operacionalizálták (hányan mentek el szűrésre, a szűrővizsgálatok után hány embert szűrtek ki, hányat vettek gondozásba). A kiemelten kezelt szűrések közé tartoztak:

- Cardiovasculáris megbetegedések szűrése (secunder prevencióban ezt preferálták legerőteljesebben),
- Légzőszervi megbetegedések szűrése,
- Veseműködés, húgyúti megbetegedések szűrése,
- Alzheimer-kór szűrése,
- Mozgásszervi megbetegedések szűrése,
- Colorectális szűrés,
- Életmódbeli rizikótényezők szűrése,
- Légúti szűrés,
- Mozgásszervek fizikális vizsgálata.

Tercier prevenció jelentése az IBR-ben az alábbiak szerint foglalható össze: a prevenció során felfedezett betegségekből származó károsodások, szövödmények megelőzése. Ha a prevenció által valamilyen betegséget kiszűrtek, akkor annak kezelésére is nagy hangsúlyt helyeztek - nem csupán a betegségek felismerése volt a cél, hanem annak kezelése is. A tercier prevenció eszközei és módszerei közé sorolható a gondozás keretében zajló a tanácsadás, az életmód-oktatás, valamint a kontrollált ellátás. A tercier prevenció által kiszűrte beteget gondozás alá kellett helyezni. Ez azt jelentette, hogy a házi orvos ellátásban részesíti, szükség esetén az egészségügyi rendszer más, magasabb szintjeire továbbküldi a kiszűrte beteget. A prevenciós szolgáltatások körében a házi orvos kapuőr funkciója megerősödött, ő maradt a rendszer központi szereplője, munkáját később gyakrabban segítették non-profit szervezetek is.

A tercier prevenció az IBR-ben majdnem a gondozással volt azonos. A gondozásra vonatkozó adatok - logikusan - megkülönböztetik a gyermek és a felnőtt populációt, így a preventív szemléletmód erősödése nem csak a felnőtt házi orvosok, hanem a gyermekorvosok körében is megfigyelhető volt. A területileg IBR-be tartozók életkortól függetlenül 12,4%-a vett részt folyamatos és eseti szűrésen.

A később belépő szervezők is hamar felhívták a házi orvos figyelmét a terciér prevenció fontosságára, a gondozásba vett személyek aránya három hónap alatt 13 százalékponttal emelkedett. A hypertóniás gondozottak aránya elérte a 20-24 százalékot az IBR-ben, számuk évről-évre nőtt.

Az ischaemiás szívbetegség előfordulása a magyar lakosság körében 5-6 százalékban fordul el, az IBR-be tartozók közül ilyen, vagy még nagyobb arányban is gondozásba vettek betegegeket.

A prevenció hármas szintjei szisztematikusan épültek egymásra, így ezek integrált egységet alkottak.

Az IBR szabályozási és megvalósítási gyakorlata, egészség-gazdaságtani eredményeinek elemzése

Az IBR-be 1999. elején pályázat útján lehetett bekerülni. Nem terjedt ki az egész ország területére, csak azokra az egészségügyi szervezetekre, házi orvosokra és a hozzá tartozó ellátotti körre, akik pályázatukat benyújtották. Rájuk is csak kísérleti jelleggel vonatkozott az első időszakban. Az érintett lakosság a házi orvossal kötött szerződés alapján tagolódott be a rendszerbe. A csatlakozott egészségügyi szereplők munkáját adott területen egy szervező koordinálta.

Az indítás utáni években újabb pályázatokat is kiírtak, így az IBR-hez tartozók száma igen gyors növekedésnek indult, erről a II. táblázat nyújt átfogó információt.

II. táblázat - Az IBR résztvevőinek száma adott évben

| Időszak | Érintett lakosok létszáma | Résztvevő praxisok száma |
|-------------------|---------------------------|--------------------------|
| 1999. július | 158.984 | 103 |
| 1999. október | 140.931 | 91 |
| 2000. január | 88.232 | 55 |
| 2000. december | 199.882 | 133 |
| 2001. június | 493.076 | 315 |
| 2001. október | 474.630 | 298 |
| 2002. szeptember | 476.737 | 298 |
| 2003. július | 970.393 | 635 |
| 2003. október | 955.829 | 624 |
| 2004. március | 1.112.861 | 720 |
| 2004. szeptember | 1.888.574 | 1240 |
| 2005. július | 2.279.513 | 1495 |
| 2006. szeptember* | 1.689.927 | 1090 |
| 2007. január* | 1.417.485 | 912 |
| 2007. december* | 1.393.287 | 898 |

Forrás: Belicza, É. - Boncz, I. - Horváth, Á. - Jónásné Katona, K. 2004: 14

* Adott év Pénzügyminisztériumi Zárszámadása.

Már az induló években sikerült profitot realizálni, ami később még további emelkedést mutatott. Ennek alakulásáról a II. számú táblázat ad felvilágosítást.

Nem sokkal az indítás után az IBR által használt fejkvóta eredményességét empirikus vizsgálatnak vetették alá. Ez a kutatás arra világított rá, hogy az IBR számára átutalt összegek közel 77 százalékát az ellátottak csak 10 százaléka veszi igénybe (Pénzügyminisztériumi zárszámadás 2001: 17). Az egyértelmű forrásfelhasználási egyenlőtlenségeket a fejkvóta allokációs hatása helyesen kezelte (Mihályi 2005).

III. táblázat - Az IBR megtakarításai

| Év | Megtakarítás összege | A bevétel hány % -a lett felhasználva |
|--------|----------------------|--|
| 1999 | 63.138,00 e Ft | Nincs adat |
| 2000 | 475.662,60 e Ft | 89,60% |
| 2001 | 1.109.442,30 e Ft | 93,46% |
| 2002 | 2.710.926,90 e Ft | 91,27% |
| 2003 | 1.170.995,70 e Ft | 96,58% |
| 2004* | 3.273.518,00 e Ft | 96,99% |
| 2005** | 3.709.449,51 e Ft | 97,90% |
| 2006** | 4.964.574,70 e Ft | 89,99% |

Forrás: Belicza, É. - Boncz, I. - Horváth, Á. - Jónásné Katona, K. 2004.

*A megtakarítás ebben az évben azért esett vissza ilyen nagymértékben, mert ekkor hirtelen nőtt az új belépők aránya, nekik csupán 3 hónapjuk maradt, hogy hasznot produkáljanak. Nyilvánvalóan ez kevés időnek bizonyult, a megtakarítások nem tudtak ilyen rövid idő alatt megnőni.

** Saját számítás - J. Gy.

A táblázatokban szereplő számok alapján kijelenthető, hogy az IBR makroszinten költségghatékony volt, nem igényelt több forrást, mint az IBR-en kívüli ellátás. A managed care elv Magyarországon kedvező hatást gyakorolt az egészségügyi szektorra, a társadalomra és a gazdaságra egyaránt. Mindezek ellenére az IBR működésének első szakaszában az egészségügyi rendszer vezetőinek elismerését váltotta ki, majd később ez megfordult.

2004. szeptemberében az OEP még pályázatot írt ki, amely 7 új szervező bevonását jelentette. Így ugrott meg hirtelen az ellátottak, a praxisok és a szervezők száma.

2005-ben a költségvetési törvény értelmében egy szervezőhöz minimum 100.000, maximum 450.000 fő kerülhetett, de a rendszerben összesen maximum 2.5 millió fő lehetett benne. Egy egész kistérség a szervezőhöz került akkor, ha a kistérség minimum 70 százaléka az IBR-hez tartozott (70%-os szabály). Az elvi folyószámla finanszírozását ekkor úgy kellett megállapítani a szervező számára, mintha az egész kistérség hozzá tartozna.

A megtakarítások szétosztásának szabályozása is egyre kedvezőtlenebbé vált a szervezőknek néhány év elteltével. A kezdeti periódusban ha a bevétel 10 százalékát vagy annak kisebb arányát takarítják meg egy évben, akkor ennek az összegnek csak a 80 százaléka volt szétosztható, a fennmaradó 20 százalékot az OEP számára kellett visszaküldeni. Ha a megtakarítás a 10 százalékot elérte vagy annál nagyobb arányú volt, akkor 10 százalékot kitevő összeg 80 százalékát, a 10 százalék feletti megtakarított összegnek pedig 50 százalékát lehetett az IBR-be visszaforgatni. (Zárójelben jegyezzük meg, hogy a szervezők évenként különböző arányú bevételi többletet mutattak fel, amit haszonként osztottak szét az egészségügyi rendszerben. A megtakarítások mértéke területenként nagy eltérést mutatott, melyek okait mélyebb empirikus vizsgálat még nem tárta fel.)

2007-től a felosztás degresszív szabályai újból átalakulnak: ha a szervező a bevétel 10 százalékát vagy annál alacsonyabb mértékű megtakarítást könyvelte el, akkor ennek az összegnek a 30 százaléka vált szétoszthatóvá a korábbi 80 százalék helyett. Ha a megtakarítás aránya túllépte a 10 százalékot, akkor 10 százalékgig terjedő rész 30%-a, az afeletti résznek pedig a 25 százaléka vált eloszthatóvá a korábbi 50 százalék helyett. Ez jelentős mértékben csökkentette az elosztható források körét, ezzel - logikusan - az ösztönzés is mérséklődött.

A felhalmozott megtakarítás maximum 40%-a kerülhetett a házi orvosokhoz, a járóbeteg-ellátásban résztvevők 10%-ban, a fekvőbeteg-ellátásban résztvevők szintén 10%-ban részesültek belőle. A prevenció és házi orvosi ellátásokra további összegek voltak átcsoportosíthatók, amelyeket kellő alapossggal kellett indokolni az OEP-nek. 2004-től azonban az elosztás során a megtakarítás 30%-át a házi orvosoknak, 15-25%-ot a járó- és fekvőbeteg ellátóknak, 10%-át az informatikai szolgáltatóknak folyósították, 25% a szervezőnél marad.

2006-ban a házi orvosi praxisokhoz kapcsolódó források kiestek az IBR-ből, mert a 331/2005. (XII. 29.) kormányrendelet szerint a házi orvosi praxisok megszűntek létezni az IBR keretében.

2007-ben kötelezővé tették az ellátásszervező számára, hogy házi orvosok segítségével a hozzá bejelentett biztosítottakat értesítsék IBR tagságáról, illetve nyilatkoztatni kellett őket az IBR-ben való részvételi akaratukról. Az ellátásszervezők azonban ennek a kötelezettségüknek nem tettek eleget, így a megtakarítási kifizetések nem történtek meg. „A kifizetések teljesítésének feltétele volt, hogy a 331/2005. (XII.29) Kormányrendelet 18. §-a alapján az IBR átfogó éves ellenőrző vizsgálata megtörténjen. Ennek során megállapításra került, hogy 2006. évben a szervezők nem tettek eleget törvényi kötelezettségüknek, mivel az egészségügyi és személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény 22/B §-ban foglaltak szerint nem történt meg a biztosítottak értesítése és emiatt - adat szolgáltatás hiányában - az IBR lényegét képező betegút-követő tevékenység nem volt ellátható.” (Pénzügyminisztériumi Zárszámadás 2008: 4)

A kifizetések elmaradása miatt, a szervezők korábbi megtakarításaikat használták fel 2007-es működésük során. 2008-ban az OEP egyetlen szervezővel sem kötött szerződést, így az IBR gyakorlatban nem, elviekben még működött ebben az

évben. A szervezőnél megmaradt, korábban utalványozott összegeket a szervezőnek az OEP felé vissza kellett fizetni, az IBR pedig a 348/2008. (XII. 31.) Kormány Rendelet értelmében 2009. január 1-el megszűnt létezni.

Összegzés

Az IBR alkalmazása 2006-tól kezdve egyre inkább háttérbe szorult, bár megszüntetése hivatalosan nem hangzott el, mégis leépítették 2008. márciusára. Megszűnésének valódi okairól a mai napig keveset tudunk. Az OEP még az indulásnál rendkívül elismerően nyilatkozott az irányított betegellátási modellről, míg az ÁSZ mélyen elítélte. Az IBR civil kezdeményezésként jött létre, olyan csoportosulás érdekérvényesítése nyomán formálódott, amely hitt a piaci megoldásokban, a versenyen alapuló reformokban. Ez a szemlélet nem egyezett meg sem az OEP, sem az Egészségügyi Minisztérium koncepcióival, így a szakma nagyobb része, valamint az egészségügyi rendszer adott rétege kellő távolságból szemlélte az IBR működését. Nem helyezték hatályba azokat a jogszabályokat, amelyek nélkülözhetetlenek lettek volna az IBR stratégiai fenntartásához. Az Egészségügyi Minisztérium elvi-politikai okokból elhatárolódott az ilyen típusú reformoktól, amit azzal magyarázott, hogy az IBR szabályozatlan, dilemmákkal és feszültséggel terhes az új rendszer. A kormányzat a továbbiakban nem tudott felelősséget vállalni az IBR-ért, ezért kihátrált mögüle.

Irodalomjegyzék

1. Barr, Nicholas (2009): A jóléti állam gazdaságtana. Budapest: Akadémiai Kiadó.
2. Belicza Éva - Boncz Imre - Horváth Ágnes - Jónásné Katona Katalin (szerk.): Irányított betegellátási rendszer működésének értékelése 1999-2003. Budapest: Országos Egészségbiztosítási Pénztár. 2004.
3. Birenbaum, Arnold (1997): Managed Care: Made in America. Westport: Praeger.
4. Boncz Imre - Dózsa Csaba - Gulácsi László (szerk.): Forrásallokációs mechanizmusok és irányított betegellátás. Budapest: OEP. 2004.
5. Boncz Imre - Dózsa Csaba (2003): Irányított betegellátási modell (IBM): a fejkvótaszámítás szerepe és módszertana. Informatika és Menedzsment az Egészségügyben, 6: 19-22.
6. Boncz Imre - Horváth Ágnes - Jónásné Katona Katalin - Dózsa Csaba (2004): Az irányított betegellátási rendszer fejlődése és működése. *Leges Artis Medicinae*, 6: 448-449.
7. Boncz Imre - Horváth Boldizsár (szerk.): Az egészségügyi gazdaságtan alapfogalmai. Pécs: PTE EFK. 2001.
8. Boncz Imre (2004): A magyar Irányított Betegellátási Rendszer (IBR) tapasztalatai.

talatai. Kórház, 9: 29-30.

9. Bordás István (2005): Az ellátásszervezésről (irányított betegellátásról). Egészségügyi Gazdasági Szemle, 1: 36-44.

10. Boromisza Piroska (2004): Fókuszban az Irányított Betegellátási Rendszer. Informatika és Menedzsment az Egészségügyben. 5: 5-7.

11. Csedő Zoltán - Nagy Balázs - Dobák Miklós - Dózsa Csaba - Gulácsi László (2003): Új modellek a modellben: felsővezetői kihívások az irányított betegellátási modell tükrében. Orvosi Hetilap, 23: 1135-1143.

12. Dixon, Michael - Sweeney, Kieran (szerk.): A Practical Guide to Primary Care Groups and Trusts. Oxon: Radcliffe Publishing. 2001.

13. Donkáné Verebes Éva - Dózsa Csaba (1999): Az irányított betegellátás modellkísérlet kezdeti tapasztalatai és a továbblépés lehetőség. Egészségügyi Menedzsment, 1: 41-45.

14. Gabe, Jonathan - Calnan, Michael - Bury, Michael (szerk.): Follow up to: The Sociology of the Health Service. London: Routledge. 2009.

15. Gilly Gyula - Szabó Alexandra (2004a): A magyar irányított betegellátási modell. I. rész. Kórház, 2: 14-21.

16. Gilly Gyula - Szabó Alexandra (2004b): A magyar irányított betegellátási modell. II. rész. Kórház, 3: 14-18.

17. Gulácsi László - Kovács Erzsébet - Oesterle, August - Boncz Imre (2007): Verseny az egészségügyben. Egyesült államokbeli és nyugat-európai példák. Közgazdasági Szemle, 5: 480-498.

18. Gulácsi László (szerk.): Egészség-gazdaságtan. Budapest: Medicina Könyvkiadó. 2005.

19. Harris, Marilyn D. (szerk.): Handbook of Home Health Care Administration. Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers. 2005.

20. Karner Cecília (2008): Nemzetközi egészségügyi finanszírozási modellek és az állam szerepvállalása. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 2: 3-12.

21. Kerekes László (2003): A szakmai protokollok jelentősége az Irányított Betegellátási Modellben. Informatika és Menedzsment az Egészségügyben, 7: 13-16.

22. Kincses Gyula (2006): Az egészségügyi rendszer jellegzetességei. In.: Szántó Zsuzsa - Susánszky Éva (szerk.): Orvosi szociológia. Budapest: Semmelweis Kiadó. 160-176.

23. Kincses Gyula (2007): Az USA managed care rendszereinek magyarországi adaptálhatósága. Budapest: Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet.

24. Kongstvedt, Peter Reid (2007): Essentials of Managed Health Care. Massachusetts: Jones & Bartlett Publishers.

25. Kongstvedt, Peter Reid (2008): Managed Care: What It Is and How It Works. Massachusetts: Jones & Bartlett Publishers

26. Kongstvedt, Peter Reid (szerk.): *The Managed Health Care Handbook*. Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers. 2001.
27. Kornai János (1998): *Az egészségügy reformjáról*. Budapest: Közgazdasági és Jogi Kiadó.
28. Kornai János (2004): *Egyéni választás és szolidaritás. Az egészségügy intézményi mechanizmusának reformja Kelet-Európában*. Budapest: Nemzeti Tankönyvkiadó.
29. Kornai János (2008): *A puha költségvetési korlát szindrómája a kórházi szektorban*. *Közgazdasági Szemle*, 12: 1037-1056.
30. Közlekedési, Hírközlési és Energiaügyi Minisztérium Zárszámadása, 2002.
31. Marton Imelda (2004): *Az irányított betegellátás rendszerbe állítása - társadalombiztosítás vagy üzleti biztosítás*. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 5: 30-41.
32. Matejka Zsuzsa (2001): *Az irányított betegellátás a szervezők szemével*. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 4: 355-362.
33. Matejka Zsuzsa (2002): *A prevenció költséghatékonysága*. *Egészségügyi Menedzsment*, 2: 92-93.
34. Matejka Zsuzsa (2004): *Az Irányított Betegellátási Rendszer 2004. évi változásai*. Budapest, OEP.
35. Mihályi Péter (2003): *Bevezetés az egészségügy közgazdaságtanába*. Veszprém: Veszprémi Egyetemi Kiadó.
36. Mihályi Péter (2005): *Az irányított betegellátás védelmében*. *Informatika és Menedzsment az Egészségügyben*, 8: 12-13.
37. Mikola István (1998): *A "köz" és a "magán" viszony az egészségügyi ellátórendszerben*. In.: Glatz Ferenc (szerk.): *Egészségügy és piacgazdaság*. Budapest: Magyar Tudományos Akadémia. 13-23.
38. Moseley, George B. (2008): *Managing Health Care Business Strategy*. Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.
39. Nagy Balázs - Dózsa Csaba - Boncz Imre (2004): *A fejkvótaszámítás továbbfejlesztésének lehetőségei az irányított betegellátásban*. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 1: 15-25.
40. Nagy Balázs - Dózsa Csaba (2002): *Az irányított betegellátási modellkísérlet tapasztalatai*. *Egészségügyi Menedzsment*, 1: 55-60.
41. Orosz Éva (2001): *Félúton vagy tévúton?* Budapest: Egészséges Magyarországért Egyesület.
42. Pénzügyminisztériumi Zárszámadás, 2001.
43. Pénzügyminisztériumi Zárszámadás, 2003.
44. Pénzügyminisztériumi Zárszámadás, 2004.
45. Pénzügyminisztériumi Zárszámadás, 2005.
46. Pénzügyminisztériumi Zárszámadás, 2006.
47. Pénzügyminisztériumi Zárszámadás, 2007.
48. Pénzügyminisztériumi Zárszámadás, 2008.
49. Rác Jenő (2003): *Az Irányított Betegellátási Modell a helyi lakosság szükségleteit tartja szem előtt*. *Egészségügyi Menedzsment*, 1: 78-79.

50. Simon Kis Gábor (2003): Az amerikai Managed Care és a magyar irányított betegellátás. *Egészségügyi Menedzsment*, 1: 76-77.
51. Sinkó Eszter (2002): Az irányított betegellátás és a hazai egészségügy kapcsolata. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 6: 673-680.
52. Stiglitz, Joseph E. (2000): *A kormányzati szektor gazdaságtana*. Budapest: Közgazdasági és Jogi Kiadó.
53. Todd, Maria K. (2009): *The Managed Care Contracting Handbook*. New York: CRC Press.

... ● ...

Jóna György főiskolai adjunktus

Debreceni Egyetem, Egészségügyi Kar, Nyíregyháza, 4400, Sóstói út 2-4.

Kriszbacher Ildikó egyetemi docens

Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, 7621 Pécs, Vörösmarty u. 4.

Lukácskó Zsolt főiskolai tanár

Debreceni Egyetem, Egészségügyi Kar, Nyíregyháza, 4400, Sóstói út 2-4.