

# JEGYZÉK

A rezidens orvosok munkaidejét szabályozó európai irányelvek	51
Trevor Pickersgill	
ÖSSZEFOGLALÓ KÖZLEMÉNYEK	
Felső hasi fájdalom: az epehólyag betegségei	52
CD Johnson	
KLINIKAI ÉRDEKESSEGEK	
A kis molekulatömegű heparin ritka mellékhatása	55
Anand Gidwani, Damien Magee	
MOZAIK	
ORVOSETIKA, ORVOSI JOG	
Az orvos felelőssége a tájékoztatás elmulasztásáért	57
dr. Dósa Ágnes	
LAM-INTERJÚ	
Hatékony rendszer kevés pénzből	60
<i>Beszélgetés Somody Imrével</i>	
Vajda Angéla	
ORVOSLÁS ÉS TÁRSADALOM	
Vélemények a státustörvényről	62
A HÓNAP KÉRDÉSE	
63	
SZELLEMI ÉS KULTÚRA	
Szellemi irányzatok, gyógyító kultuszok	
<i>Orvoslás Rómában</i>	
65	
dr. Magyar László András	
Bőrgyógyászat és kozmetika	66
dr. Sebők Béla	
Festmények párbeszéde ...	67
Németh István	
Mérföldkövek	68
Nagy Zsuzsa	
„Ember-e még, mondd, a halott is?”	69
dr. Németh Éva	
HÍREK	
Irányított betegellátás – finanszírozási modellkísérlet az egészségügyben	70
Vajda Angéla	
FEJTÖRŐ	42

A LAM E HAVI SZÁMÁNAK TÁMOGATÓI:  
BYK GULDEN, EGIS GYÓGYSZERGYÁR RT.,  
MSD KFT., PFIZER KFT.

## TÖPRENGŐ

### AZ IRÁNYÍTOTT BETEGELLÁTÁS FINANSZÍROZÁSA

Sok minden változik néhány emberöltő alatt. Az orvosi etika olyan alapelvei is, hogy az orvos kizárólagosan a saját betegének van-e elkötelezve, vagy a társadalmi környezet lehetőségeihez igazodva figyelemmel kell lennie a költségek elosztásának méltányosságára. Az elmúlt század egyik kiemelkedő vívmánya a szolidaritás elvén működő betegbiztosítás, amelynek jeles példája volt a Bevan által megvalósított National Health Service Nagy-Britanniában, és ne legyünk szerények, a magyar társadalombiztosítás is.

Annak, hogy az egészségügy költségei világszerte rohamosan növekednek, számos oka van. Amikor az emiatt fenyegető válságokról beszélünk, a fejlett világra gondolunk. Holott a nyugat-afrikai országokban esetleg csak évi tíz dollár/fő jut az egészségügyre. Ennek a kérdésnek a globális etikai megközelítése lehetetlenné tenné a bennünket foglalkoztató probléma tárgyalását. A fejlett országokban, mint megoldásra váró kérdés, az elmúlt két évtizedben került napirendre az egészségügyi költségrobbanás. Ez a legkülönbözőbb költségvetési feltételek között egyaránt súlyos nehézség.

A leggazdagabb országban, az Egyesült Államokban a gazdagság ellenére sem oldották meg a társadalombiztosítást. Clinton elnök foga is beletört az ilyen irányú törekvésbe. Az Egyesült Államokban a legdrágább a betegellátás. A GDP nemzetközi összehasonlítása alapján várható egészségügyi költséget az USA 56%-kal meghaladja (1).

Az Egyesült Államok statisztikai hivatala (2) számkra elképesztő 14 táblázatban összegezi a közelmúltat és a várható jövőt. Néhány számot idézek: 2000-ben a teljes egészségügyi kiadás 1424,2 milliárd dollár (1,4 trillió). Ez a teljes GDP 13,4%-a, az egy főre jutó költség 5043 dollár. A 2010-re előre jelzett egy főre jutó költség 8708 dollár, az akkori GDP/fő 15,9%-a, míg egy távolabbi becslés szerint 2030-ban ez a költség a GDP 25%-a lesz. Itt utalva egy, a folyóiratunk jelen számában megjelenő másik közleményre (utalás az Irányított betegellátás című cikkre, a szerk.), talán mégis baj van nálunk a takaró hosszával. Érdekes az amerikai költség forrásmegoszlása is. „Zsebből fizetik” a költség 15,4%-át, harmadik fél (third party) a 84,6%-ot. Ez utóbbiból a magánbiztosítás 33,4%, más magánalapítvány 6,2%, közköltség összesen 45%, ebből 31,5% szövetségi, 13,4% pedig állami és helyi költség. A közösségi költségek különböző fenti bugyraiból kerül ki összesen 17,3% Medicare (lényegében az idősek) és 15,4% Medicaid (lényegében a szegények) ellátására. Ez a hatalmas költség túlzottan nagy tehernek látszik, és éves növekedése már hosszú ideje jelentősen meghaladja az infláció szerény ütemét. Valamit tenni kell, határozottak el az Egyesült Államokban. Lehetséges út a költségtérítő biztosításról áttérni az irányított betegellátás (managed care) valamilyen formájára. A managed care

vezénylője a menedzser. Mi is a menedzsment? Érdekes, hogy a „The Concise Oxford Dictionary” harmadik átdolgozott kiadásában (Oxford 1946, megtalálható otthon a polcomon): „*management ... trickery, deceitful contrivance ...*”, tehát magyarra fordítva „csalás, álnok mesterkedés”. Szerencse, hogy ezt csak drága iskolákban tanítják.

A költségek visszaszorítására három okból is törekedni kell:

– Túl magas a költség az USA-ban és nincs bizonyíték arra, hogy annyival jobb az ellátás minősége más fejlett nyugati országokhoz képest, mint amennyivel drágább.

– A rendszer érdekelt a túlköltekezésben. Ezt itthon is szokták emlegetni, de ez az argumentum, véleményem szerint, csak szolgálja a svédekét, ahol a költségek jóval több, mint tízszeresét teszik ki a magyarországinak. Az USA-ban felvetik, hogy a piac fogyasztói oldalának preferenciáit jobban figyelembe véve csökkenthetnék a költségeket. Egyszerűen előfordulhat, hogy a fogyasztó kevesebb egészségügyi szolgáltatást kívánna igénybe venni. Esetleg adókedvezményeket adnának a magánbiztosítást kötőknek és kedvezményeket a szegények, öregek és megváltozott munkaképességűek ellátásának közköltségeire.

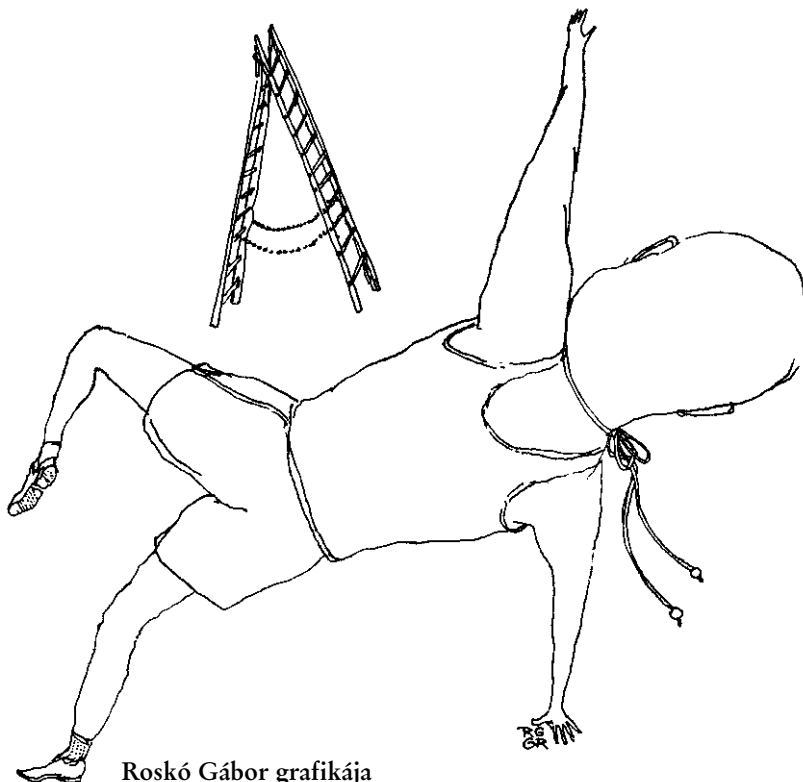
– A költségek emelkedése növeli a nem biztosítottak arányát. A munkáltatók csökkentik az egészségügyi biztosítási hozzájárulásukat, olcsóbb biztosítást vesznek (irányított betegellátási rendszerekben), és a munkavállalók nem bírják kifizetni a magánbiztosítási költségeket.

Az állami költségellenőrzés a fejlett országokban az általános biztosítással összefüggésben is régóta megjelent. Az általános biztosítás legitimálja és szükségessé teszi a korlátozásokat. Az ilyen hazai törekvés ebben az összefüggésben természetes, ezért támogatnunk kell. Az Egyesült Államokban a 90-es évek közepére a

profittermelő, beruházók kezében lévő HMO jellegű (Health Maintenance Organisation) társaságok a piac 60%-át foglalták el, a kórházi ágyak 16%-át. Ez az arány tovább növekszik. A beruházók közötti verseny végül az elmúlt évtized végére jelentősen csökkentette a profitot. Divatba jött ennek kompenzálására a jól jövedelmező területek és szolgáltatások kimazsolázása (ott is!). Mind a for-profit, mind pedig a nonprofit szervezetek csökkentették az alkalmazott egészségügyi dolgozók számát. Érdekes, hogy a kormány szabályozza a tanár/diák, a repülőgép személyzet/utas arányt, de nem érdekli, hogy az egészségügyben csökken a betegekre jutó egészségügyi dolgozók száma. A profitcsökkenés az irányított betegellátás területén a szolgáltatások további csökkenéséhez vezetett. A piac által vezérelt egészségügy, ahol ezt bevezették, nagyon biztató kezdet után a 90-es évek végére oda jutott, hogy a vállalkozások etikailag igen kétséges stratégiához folyamodnak. Igyekeznek elkerülni a súlyos betegeket a biztosított körből, csökkentik az orvos/beteg arányt, sőt, bizonyos szolgáltatást egyenesen megtagadnak. A nem orvos menedzsment az orvosok működését nagyon szigorúan befolyásolja és az orvosi autonómiát súlyosan megnyirbálja (3). A költségek alakulását könnyebb felmérni, mint az ellátás minőségét. A sérülékenyebb populáció – a szegények, betegebbek és idősebbek – rosszabbul járnak az irányított betegellátásban, mint a hagyományos költségfinanszírozási rendszerben. Érdemes megemlíteni, hogy bizonyos ellátáshoz az amerikai törvényi szabályozás révén 21 államban (4) a betegek az alapellátás orvosának beutalója nélkül is hozzájuthatnak (például szülészeti-nőgyógyászati).

Történetek európai felmérések 18 OECD országban. A körzeti orvos korlátozó szerepe (csak ő utalhat be kórházba) a teljes egészségügyi ellátás költségét nem csökkenti szignifikánsan. Mikroszinten észleltek megtakarításokat, de makroszinten nem (5).

Az irányított betegellátás etikai problémáiról sem szabad megfeledkezni. Az irányított betegellátási rendszer lényegéhez tartozik a „fejadagolás”. Arra ösztönzik az orvost, hogy kevesebb ellátást nyújtson (6). Van olyan irányított betegellátási szervezet, amely eltitkolja a hozzá feliratkozott betegek elöl, hogy orvosai döntéseit ösztönző eszközökkel befolyásolják. A beteg bizalmának megőrzése etikai kötelesség. Az orvos csak olyan ellátási rendszerben vegyen részt, amelyben pontosan felvilágosíthatja betegét a fejadagolás lényegéről és a korlátozásokról. Szükség esetén az orvos meg kell, hogy mondja azt is, hogy olyan kezelést tartana szükségesnek, amelyet a biztosító nem fizet. Ez az orvosnak kettős szorítást jelent. Pontos bizonyítékokon alapuló protokollokat kell bevezetni, és e szerint kell végezni a be-



Roskó Gábor grafikája

tegelést. Az orvosnak ki kell állnia az „elpirulási tesztet”. Olyan felvilágosítást kell tudni adnia a betegnek, amely közben nem pirul el szégyenében (6).

Az irányított betegellátási rendszer költségmegtakarító jellege nehéz helyzetbe hozza az oktatást (7). Az orvosi egyetemeken hármassziója a kutatás, az oktatás és gyógyítás. Az USA-ban ez oktató kórházakban hagyományosan 30%-kal magasabb költségtérítést jelentett. Az oktatás előbbre való volt a költséghatékonyságnál. Lényegében a Johns Hopkins Medical School vezette be ezt a rendszert a múlt század elején. Ezzel optimális körülményt biztosított a következő orvosgeneráció képzésére. Az irányított betegellátási rendszerben az oktató kórházak túl drágának bizonyultak. A versenyhelyzet oda vezetett, hogy kevesebb orvos több beteget lát el, a tipikus kórházban fekvő beteg súlyosabb és kevesebb időt tölt a kórházban. Ez megnehezíti az oktatást nemcsak azért, mert az orvosnak kevesebb az ideje az oktatásra, hanem azért is, mert lehetetlenné teszi az oktatáshoz szükséges betegmegfigyelést is. Vannak törekvések, hogy az oktatást részben ambuláns körülmények közé irányítsák át, de ez még nehezen járható út. Az irányított betegellátás bajnokai lándzsát törnek a prevenció, orvosi csapatmunka, jól megalapozott irányelvek alkalmazása, a lakosságra alapozott betegellátás, a problémán alapuló oktatás mellett, de mindezzel valójában nem mondanak újat. Az oktatóintézmények orvosai szerint ezek legjobb esetben új nevek ismert elvekre és semmiképpen sem elkülönítő ismérvei az irányított ellátásnak. A költségek szigorú korlátozása nem is teszi lehetővé az új irányelvek alkalmazását. Szóba jöhet a különféle ellátórendszerek megadóztatása az orvosképzés finanszírozására. Egyelőre azokban az országokban, ahol az irányított betegellátás jelentős mértékben elterjedt, az oktatás finanszírozására még nincs jó eljárás.

A felsorolt ellentmondások nem jelentik az irányított betegellátás elvetését, mert lehet, hogy nem természeténél fogva rontja az ellátórendszer minőségét, és a módszer javítható.

Az USA-ban első lépésként a preferált ellátó megválaszthatósága az egyik új elem. Ez több kiegészítő biztosítási összeg ellenében az ellátó kórház megválasztását teszi lehetővé, persze annak részére, akinek van er-

re pénze. A rizikó szerinti biztosított kiválasztás elkerülése érdekében azok az ellátók, akik rosszabb egészségi állapotban lévő betegek biztosítását is elfogadják, nagyobb biztosítási díjat kapnak. Nagy munkáltatói társaságok alakulnak ki, amelyek egy nagyobb (például akár 25 millió) munkavállalói kör biztosítását fizetik ki, természetesen jobb alkuhelyzetből. A korlátozott ellátás a szerződés velejárója. Ezért a felelősség kérdése is tisztázatlan. Állami beavatkozást tartanak szükségesnek az Egyesült Államokban a minőség biztosítására és arra, hogy az orvosnak több ideje maradjon a betegre, mint a biztosítóval való tárgyalásokra, mint például engedély beszerzése minden kórházi beutaláshoz. Az állam a fogyasztóvédelem keretében a biztosítottat védi. Például kötelezővé teszi az adott ellátórendszeren kívüli kezelést, ha a szükséges gyógymód a rendszeren belül nem elérhető. Lehetővé teszi a „megfontolt laikus” (prudent layperson) jogán a sürgősségi betegellátást anélkül, hogy a beteg például hirtelen fellépő mellkasi fájdalom miatt először a saját biztosítójához fordulna. Komplikált kérdés a fejkvóta-meghatározás az irányított betegellátási vállalkozásokban. Ennek egy kérdésére, hogy milyen alapon választja ki a biztosítottat, már utaltam. További részletekbe nem bocsátkoznék (8). Az irányított betegellátás az amerikai példa alapján egy lehetséges út, amelyről még nincs bebizonyítva, hogy a költség csökkentése és a minőség megőrzése egyidejűleg elérhető. Fontos, hogy a biztosítottak pontosan ismerjék a jogaikat és nem kevésbé fontos, hogy az említett fejkvótára hogyan történik a szerződés az ellátóval. A hatékonyság nem ítéhető meg, ha nem ismerjük a biztosítottak demográfiai, kiindulási egészségi adatait és anyagi helyzetüket.

Az irányított ellátás egy külön rendszer, amelynek költség-hatékonysága vagy akár létjogosultsága is nehezen mérhető fel, ha a biztosítási díj egy nagy ellátórendszerből normatíván van fejkvóta szerint kiszakítva, tehát például, ha több millió biztosított költségéből néhány tízezer kerül egy külön rendszerbe. A hatékonyságot növelni közös érdekünk, az egészségügyi ellátóké és a lakosságé. El kell érünk, hogy az egészségügyre fordítandó sokkal több pénzt jól használjuk.

dr. Fenyvesi Tamás

## IRODALOM

1. *Blumenthal D.* Controlling health care expenditures. *N Engl J Med* 2001;344:766-9.
2. National health care expenditures. Projections: 2000-2010. (<http://www.hcfa.gov/stats/NHE-proj>)
3. *Kuttner R.* The American health care system. *N Engl J Med* 1999;340:664-8.
4. *Hellinger F.* The effect of managed care on quality: a review of recent evidence. *Arch Int Med* 1998;158:833-41.
5. *Delnoij D, Van Merode G, Paulus A, Groenewegen P.* Does general practitioner gatekeeping curb health care expenditure. *Journal of Health Services and Research Policy*. 2000;5:22-6.
6. *Hall MA, Berenson RA.* Ethical practice in managed care: a dose of realism. *Ann Int Med* 1998;128:395-402.
7. *Kuttner R.* Managed care and medical education. *N Engl J Med* 1999;341:1092-6.
8. *Dudley RA, Luft HS.* Managed care in transition. *N Engl J Med* 2001;344:1087-92.