
Az USA managed care rendszereinek Magyarországi adaptálhatósága



2007. július

Az USA managed care rendszereinek Magyarországi adaptálhatósága

Az USA és Magyarország egészségügyi rendszerének tekintetében nem lehet semmilyen párhuzamot, adaptálható gyakorlatot találni. Magyarországon az európai modellnek megfelelően társadalombiztosítás van, míg az USA-ban a rászorultak (szegények és idősek) részére az állam által szervezett ellátás van (MEDICARE, MEDICAID), és a lakosság zöme piaci körülmények között jut az ellátáshoz, kivéve azt a kb. 30 millió alsó-középosztály-belit, akinek semmilyen biztosítása nincs¹. Ennek tisztázása ma alapvető fontosságú, mert a magyar egészségbiztosítás reformjában az üzleti biztosítók megjelenése nem jelenti a rendszer amerikanizálódását.

A közösségi biztonság hiányából fakadó helyzetre különböző közösségi válaszok születtek az Egyesült Államokban. Ezek közül meghatározó a „managed care” néven összefoglalt megoldás-csoport, melynek gyökerei az 1930-as évekre nyúlnak vissza.

Az előre rögzített (pre-paid) díj fejében történő szervezett („menedzselt”) ellátás-nyújtás gyökereit Sidney Garfield orvos rakta le Kalifornia államban a Los Angeles Aqueduct építői számára, s ezzel megteremtette a Permanente Medicine biztosítótársaság alapjait. A Permanente Health Plans 1945-ben nyílt meg a szélesebb lakosság felé. Jelenleg Kaiser Permanente néven működik 8,5 milliós taglétszámmal. A managed care, szervezett/irányított betegellátás többféle működési formában is megjelenik. Közös tulajdonságuk, 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. A 90-es évek eleje óta a managed care az amerikai egészségügy domináns ellátási formájává fejlődött. Alapvető működési elve a piaci mechanizmus, valamint a szervezetnek, mint biztosítónak és szolgáltatónak a kettős funkciója.

Az HMO, **Health Maintenance Organization** (Egészségfenntartó Szervezet) a managed care típusú szervezet egyik fajtája. Az Amerikai Egyesült Államokban működő HMO-k meghatározott díj fizetése esetén – amelyet általában a munkáltatók fizetnek – egészségügyi szolgáltatást nyújtanak a biztosítottak részére. Kezdetben a szolgáltatások jobbára az alapellátáshoz és a járóbeteg-szakellátáshoz kapcsolódtak, később ez kiterjedt a fekvőbeteg ellátásra is. A betegek csak a hálózatban résztvevő ellátókat vehetik igénybe (orvosok, klinikák, kórházak, kiegészítő szolgáltatások). Az HMO szerződhet független orvoscsoportokat, akik fejkvóta alapú elszámolási módszerrel dolgoznak (capitation), vagy rendelkezhetnek saját alkalmazottakkal, akik kizárólag az adott HMO betegeit látják el önálló létesítményeikben. A betegellátás irányítását a beteg által szabadon választott háziorvos végzi, aki az ellátás kiinduló pontját jelenti. A háziorvos érdekelt abban, hogy

¹ Lényeges, hogy az USA biztosítatlan tömege nem a legszegényebbekből áll, hanem azokból, akik nem elég szegények ahhoz, hogy szociális alapon kapjanak biztosítást, és nem is elég gazdagok ahhoz, hogy maguk vásároljanak a piacon biztosítást, és ráadásul még a munkahelyüknek sem elég fontosak ahhoz, hogy a vállalat gondoskodjon róluk.

megőrizze páciense egészségi állapotát, és minimálisra csökkentse az ehhez szükséges szolgáltatások igénybevételét

A HMO rendszer látványosabb fejlődés az 1970-es években indult meg. A nagy munkáltatók rájöttek, hogy olcsóbb egy vállalati egészségügyi szolgálatot megszervezni az alkalmazottak számára, mint olyan fizetést adni, hogy abból a munkavállalók zöme megfelelő egészségbiztosítást tudjon vásárolni. (ráadásul az USA-ban elterjedt szokás, hogy a megbecsült munkatársaknak a vállalat bonusként biztosítást vásárol.) Ahhoz, hogy kedvező legyen a kínálat, a HMO-k többféle eszközt alkalmaznak. Különböző ellátási csomagokat kínálnak, különböző árakon. Egy régió gondosan kiválasztott orvosaival és kórházaival szerződéseket kötnek, amelyek garantálják a biztosítottak teljes ellátását, de korlátozzák az orvos, illetve a kórház szabad választását. Pénzügyi ösztönzőket teremtenek a betegek részére annak érdekében, hogy kizárólag vagy túlnyomóan az adott managed care szervezet szolgáltatásait vegyék igénybe. A beteg számára tehát nincs szabad orvosválasztás, illetve csak térítés ellenében. Minden területen minőség- és költség-hatékonyság ellenőrzést végeznek és az orvosokat a megtakarítások alapján premizálják.

Az HMO-k kezdeti merevebb szabályai az idők során sokat változtak, és mára a managed care szervezetek, HMO-k több típusa alakult ki: Staff Model, Group Model, Individual Practice Association (IPA) Model, Mixed Model, Open-ended, Network Model.

Az **Independent Practice Associations** (IPA) (Önálló Praxis Szövetségek) vagy más néven Physician/Hospital Organizations (PHO) (Orvos/Kórház Szervezetek) önálló háziorvosokból és szakorvosokból álló hálózat. Az IPA-val szerződésben álló orvosok saját rendelőikben praktizálnak fejkvóta elszámolás szerint. A szakellátást az IPA hálózaton belül működő szakorvosok végzik, akik HMO-kal állnak szerződésben. A résztvevő orvosok egyszerre több HMO-hoz is tartozhatnak, emellett esetleg folytathatnak hagyományos fee-for-service praxist is.

A HMO-k mellett mára számos egyéb szervezeti-működési forma megjelent, mint például a Point-of-service (POS), a Preferred Provider Organization (PPO) vagy az Exclusive Provider Organization (EPO).

Point of Service (POS) (Szolgáltató Pontok)

Bizonyos managed care szervezetek megadják a választási lehetőséget a hálózaton kívül történő ellátásra is, és megjelölik azokat a pontokat, ahol ez igénybe vehető. Rugalmassága mellett hátránya a POS biztosításnak, hogy többbe kerül a betegnek, mint a szűkebb értelemben vett HMO tagság, amely meghatározza a választható orvosok körét. A betegnek bizonyos százalékban hozzá kell járulnia a kezelés költségeihez.

Preferred Provider Organization (PPO) (Előnyben Részesített Ellátó Szervezet)

Orvosokból és kórházakból álló hálózat, amely kedvezményes áron nyújt szolgáltatásokat a vele szerződésben álló biztosítási társaságoknak. Az árkedvezmény ösztönzően hat a

betegforgalom megnövekedésére, amiben a biztosító egyaránt érdekeltté válik. A managed care rendszeren belül a PPO-k nyújtják a legnagyobb választási szabadságot a betegek részére, bár a biztosítási díjszabás valamivel magasabb, mint az HMO esetében és a gondozás sem annyira összehangolt.

1997-ben az Egyesült Államokban a teljes lakosság fele, a munkavállalók háromnegyede tartozott managed care egészségbiztosítási szervezetekbe. Még a hagyományos, tételes elszámolással működő (fee-for-service) biztosítási társaságok is integráltak bizonyos managed care elemeket a költségtudatos ügyfelek igényeinek kielégítése érdekében. Mindennek eredményeként számos költségcsökkentő intézkedéssel találkozhat magát szemben a lakosság - kapitációs ráták, költség hozzájárulás (co-payment), rendelhető gyógyszerek listája (formularies), kapuőrző orvosok (gatekeepers), igénybevételi vizsgálatok (utilization reviews).

Az utóbbi években az amerikai munkavállalók tömegével hagyják el az HMO típusú managed care biztosítást a kevésbé korlátozó PPO-k felé, mivel a költségek gyorsabban növekednek, mint a magas fix díjú egészségbiztosítások költségei. A Kaiser Family Foundation és a Health Research and Educational Trust vizsgálata szerint jelenleg az Egyesült Államokban a munkaadó által biztosított alkalmazottak közül minden ötödik van HMO-ba feliratkozva, míg 1996-ban minden harmadik volt. A PPO-k által fedezett munkavállalók aránya viszont az 1996-os 28%-ról 2006-ban 60%-ra emelkedett. A PPO-kra történő váltás azzal kezdődött, hogy az HMO-k egyre költségesebbé váltak a nagy munkáltatók számára. Ez részben azért történt, mert az HMO-k véget vetettek az orvosok fejkvóta alapú fizetésének, részben azért, mert rosszabb egészségben levő betegeket vonzottak, akik több ellátást igényeltek, így a munkáltatóknak emelniük kellett a biztosítási díjakat.

Emellett a 90-es években a munkavállalók a választható orvosok és a szolgáltatások szélesebb körét kezdték követelni az HMO-któl. Az HMO-k nem zárhatták ki tovább a költségesebb kórházakat és orvosokat a hálózatukból. Jelenleg az éves árkülönbség a két biztosítási forma között 150 \$ munkavállalóként, míg 2001-ben ez az összeg 400 \$ volt. A regionális eltérések miatt az HMO-k versenyképesek az ország bizonyos részein, népszerűek a kisebb vállalatok körében, mindemellett kisebb önrésszel és készpénzfizetéssel járnak.

A managed care kapcsán elsőrendű kérdéssé vált, hogy e programok gyors elterjedése milyen módon befolyásolja az ellátás minőségét, valamint az orvos és beteg viszonyát. A rendszer ellenzői szerint a managed care fenyegetést jelent a minőség tekintetében. Úgy vélik, hogy a managed care a beteg oldaláról a választás leszűkítését hozza magával, az orvosok számára pedig a pénzmegtakarítás fontosabbá válik, mint az életmentés vagy a lelkiismeretes kezelés, és ez alááshatja az orvos és a beteg közti bizalmat. Vagyis az orvosilag szükséges és igazolt ellátást feláldozzák a költségtudatosság oltárán, mivel a

legtöbb managed care szervezet profit irányultságú, ahol az orvosok gazdasági jutalmak és szankciók kényszere alatt tevékenykednek a költségek minimumra szorításának érdekében. Az ellenzők szerint a hagyományos orvosi gyakorlat tisztább alapokon nyugodott - a biztosítók beavatkozásától mentesen -, vagyis az orvosok a betegek védnökei voltak.

A rendszer támogatói ellenben úgy érvelnek, hogy a managed care valójában jobb minőséget garantál, mint amit az orvosok egyénileg nyújtani tudnának, mivel a managed care természetéből adódóan megelőzőbbé képes koordinálni a beteg gondozását. Központi szerepet kap a megelőző gyógyítás és a minőségbiztosítás kérdése, amennyiben a minőséget és a betegek által emelt panaszokat rendszeres külső és belső vizsgálatoknak vetik alá. Támadják a hagyományos egészségbiztosítási formát a hatékonyság kérdésében is. Úgy érzik, hogy a sok fölösleges tesztelés és szükségtelen eljárás pazarláshoz vezet. A fee-for-service rendszerben az orvosnak anyagi előnyt jelent, ha minél több szolgáltatást számoltat el betegenként - ahelyett, hogy több beteget látna el, minél szélesebb körű szolgáltatás nyújtásával.

Mind a managed care-t, mind a hagyományos biztosítást támogató nézet valahol a valóságban gyökerezik, de egyik sem ábrázolja teljességében az amerikai egészségügy állapotát vagy a beteg-orvos kapcsolatot. Ilyen általánosítások azért sem igazak, mert nincs két olyan managed care egészségbiztosítás, amely azonos lenne minden tekintetben. Bár a legtöbb szervezet profit alapon működik, a legrégebbi és legismertebb szervezetek non-profit alapítványok támogatásával léteznek, orvosok vagy biztosítási társaságok működtetésével. A közös fonalat azonban mindegyikben a költségek csökkentésére irányuló törekvés adja.

A managed care rendszerek tehát igen szigorú szabályok között működnek, és olyan biztosítóknak lehet őket tekinteni, amelyek saját ellátórendszerrel, erős betegirányítással rendelkeznek. A lényeg az ellátás hatékonysága, a költség-kontroll, a szolgáltatók megválasztásának korlátozása árán.

A hagyományos biztosító kockázati kalkulációt végez, kockázatközösséget hoz létre, és ebből fedezi a kalkulált, de véletlen gyakorisággal bekövetkező károkat, azaz részben, vagy egészében fedezi a kiadásokat, vagy összeg-biztosítás jelleggel támogatást nyújt.

A managed care rendszerekben viszont ellátás-szervezés folyik, így a biztosító nemcsak kárrendező, de kár-kezelő – költségoptimalizáló tevékenységet is végez, beleértve a megelőzést.

Ennek megfelelően Magyarországon a **szabályozási elemek közül** igen kevés hasznosítható, hiszen egészen más logikájú a kockázatközösség kialakulása és a kockázatkezelés is. Ugyanakkor **a Magyarországra jövő külföldi biztosítók jól tudják hasznosítani az ezen a piacon szerzett ellátás-szervezési, ellenőrzési és ösztönzési tapasztalatokat.**

Források:

1. Managed care may cut costs, mortality rates. USA Today. September 4, 1997.
2. Harold S. Luft, FHF Research Study on Managed Care Models. International Federation of Health Funds - 16th International Conference, Boston, June 1996.
3. Thomas F. Yatteau, Diary of a Fast-Growing Primary Care Network. Managed Care, June 1995.
4. What Is Managed Care? AARP Webplace.
URL: www.aarp.org/monthly/managedcare/home.html
5. Many U.S. Employers Switch From HMOs To Less Restrictive PPOs, Chicago Tribune Reports
<http://www.medicalnewstoday.com/articles/57163.php>

Budapest, 2007. július 27.

Dr. Kincses Gyula
ESKI
Egészségügyi Rendszertudományi Iroda