

Jelentés az egynapos sebészeti ellátásra fordított pénzeszközök hasznosulásáról

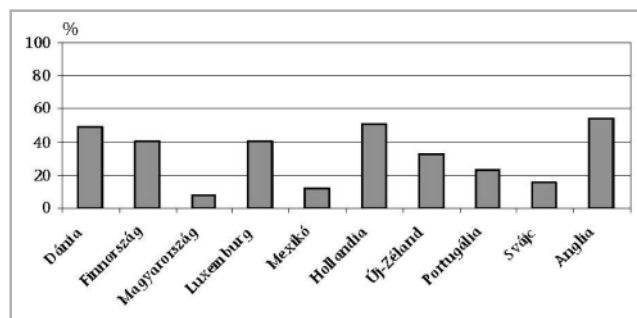
A közelmúltban jelent meg az Állami Számvevőszék jelentése az egynapos ellátásra fordított pénzeszközök hasznosulásáról. Jelen összefoglalóban szerkesztett formában mutatjuk be a dokumentum legfontosabb megállapításait. A teljes jelentést Tisztelt Olvasóink az Állami Számvevőszék (ÁSZ) honlapján találják meg.

The State Audit Office has recently released a report on the use of foundings on one day surgery in Hungary. This article summerizes the most important statements of this report. The complete version of the document can be found at the homepage of the State Audit Office.

BEVEZETÉS

Az egynapos sebészet olyan ellátási forma, mellyel minden résztvevő nyer. A biztosító forrást takarít meg, de előnyös a munkahely, az állam és a beteg szempontjából is, mivel az érintett hamarabb tér vissza a munkába, értéktelmező képessége gyorsabban regenerálódik.

Ezt a felismerést tükrözi az amerikai és a kanadai gyakorlat, mivel ott a beavatkozások 64-87%-a ebben a formában valósul meg. Európa is ebbe az irányba tart, melyet mutatnak a dán, holland és az angol statisztikák (1. ábra). Magyarországon az OECD statisztikai jelentése alapján 2007-ben már 8%-os volt az egynapos sebészet aránya az összes műtét-hoz hasonlítva, mely alacsony a nemzetközi mezőnyben, viszont a 2004. évi 2,1%-hoz képest pozitív az elmozdulás, további költséghatékonysági tartalékokat rejt. Hazánkban egynapos sebészeti beavatkozásokon olyan tervezett sebészi, klinikai jellegű tevékenységet értünk, amelyet követően a beteg néhány óras szakfelügyeletet, megfigyelést igényel – ami áthúzódhat a következő napra is –, de az intézményben való tartózkodása nem haladja meg a 24 órát.



1. ábra

Az egynapos esetek aránya az összes műtét-höz viszonyítva.

Forrás: OECD Health Data – 2009. június, 2007-re vonatkozó adatok

A több napos kórházi ápolási idő pár órára történő lerövidítését a korszerű műtéti eljárások, a biztonságosabb, jobb

altatás, a fejlett technika-technológia alkalmazása – amelynek következtében a beteget műtét közben kisebb megterhelés éri –, valamint a szigorú betegszelekcio (többféle betegségben szenvedő, illetve súlyos betegek kiszűrése) teszi lehetővé. Az egynapos sebészet további előnye, hogy a beteg kevésbé van kitéve kórházi fertőzéseknek. A gyorsabb gyógyulás csökkentheti a táppénzen töltött időt és a kórházi osztályok zsúfoltságát, gyorsulhat a betegforgás. A szolgáltatók számára előny: a csökkenő zsúfoltság és szövődmény-szám, az alacsonyabb hotel- és ápolási költségek.

Az egynapos ellátás sajátos szabályait az egynapos sebészeti és a kúraszerűen végezhető ellátások szakmai feltételeiről szóló 16/2002. (XII. 12.) ESzCsM rendelet (továbbiakban: ESzCsM rendelet), valamint az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet (továbbiakban: NM rendelet) tartalmazza; ezeket egészíti ki az OEP által külön szerződéssel finanszírozott egynapos beavatkozások minőségbiztosítási és ellátás-szervezési feltételeire vonatkozó 2003. évi Szabálykönyve (továbbiakban: Szabálykönyv). Az NM rendelet 9. sz. melléklete felsorolja az egynaposként végezhető beavatkozásokat.

Az egynapos sebészeti beavatkozásokat aktív fekvő intézményekben (kórházban) 1994 óta finanszírozza a társadalombiztosítás és 2002-től járóbeteg szakellátó intézményekben is végezhető. 2003 óta – pályázat alapján – OEP-pel szerződött magán szolgáltatók is végezhetnek közfinanszírozott egynapos sebészetet. Magyarországon az egynapos esetek száma 2006-2008 között 55,2 ezerről 115,6 ezerre emelkedett, amelynek egészségbiztosítói kiadása 2,7 Mrd Ft-ról 7,0 Mrd Ft-ra nőtt.

Az egynapos beavatkozás finanszírozása azonos összegű a kórházi aktív és a „valódi egynapos” ellátás esetén. Az OEP ugyanannyit fizet egy sérvműtétért, akár egynapos műtétrel, akár ötnapos kórházi kezeléssel látják el a beteget. A díjazás alapja a beavatkozásra megállapított súlyszám. A súlyszámot a beavatkozással és a fekvőbeteg intézmény működtetésével járó átlagos kiadásokat figyelembe véve határozza meg az ágazatirányító, így a kórházi tartózkodás kalkulált költségeit is számításba veszik. Az egészségügyi intézmények maguk dönthetnek a beavatkozás elvégzésének módjáról. Egynapos ellátás esetén az ápolási időből fakadó megtakarítás tehát az intézménynél marad.

Az európai országok egy részében a biztosítók szintén az eseteket díjazják (pl. szürkehályog műtét) függetlenül attól, hogy egynapos sebészet keretében, vagy fekvőbeteg ellátásban látják el a beteget. A megtakarítás a szolgáltatóé, például a skandináv államokban, Olaszországban és hazánkban is ezen az elven finanszíroznak. Németországban

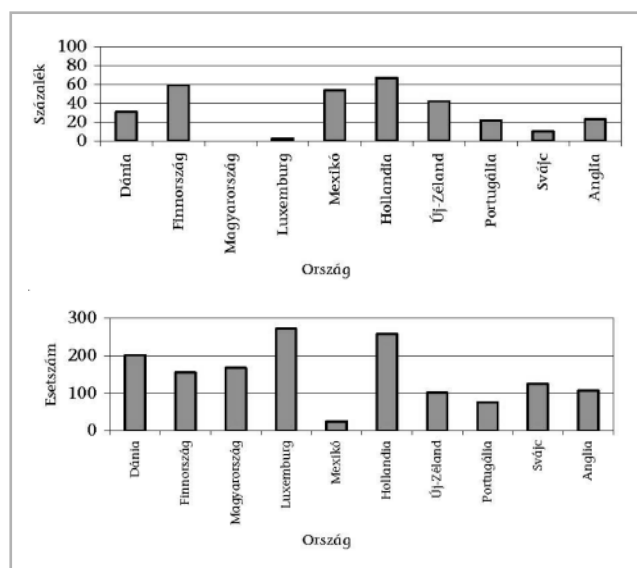
a biztosítók figyelembe veszik azt, hogy ezek az eljárások kisebb költségekkel járnak, ezért kevesebbet fizetnek a szolgáltatóknak.

Az egynapos sebészeti beavatkozás csak olyan betegen hajtható végre, aki megfelel a szigorú fizikai állapotbeli (jó általános fizikális állapot, nem szenved súlyos rendszerbetegségben) és szociális követelményeknek (megszervezik a hazaszállítást, az otthoni ápolást, a telefonos kapcsolattartást bármely probléma esetén a szolgáltatóval és az operáló orvossal stb.).

Az egynapos sebészeten csak nagy gyakorlattal rendelkező orvosok, nővérek dolgozhatnak. Az altatóorvosok az aneszteziológiai ambulancián – a beteggel való személyes találkozás, vizsgálat és megbeszélés után – döntenek arról, hogy biztonságos-e a műtét elvégzése az egynapos sebészeti keretében.

A beavatkozások körét tekintve az egyes országok között vannak azonosságok, de jelentősek a különbségek is. Jellemzően egynaposként elfogadott beavatkozás például a szürkehályog műtét, a terhesség megszakítás, a sérvműtétek, az izületi tükrözés. Ugyanakkor vannak műtétek, amelyeknek betegbiztonsági kockázatát eltérően ítélik meg országonként, ezért eltérő a gyakorlat is. Ezek közé tartozik például a mandulaműtét, amelyet Hollandiában 67 százalékkal, Finnországban 59 százalékkal egynapos ellátásban végeznek, de Angliában az esetek 77 százalékánál, hazánkban 100 százalékkal fekvőbeteg-ellátásban végzik. A laparoszkópos epehólyag eltávolítás Dániában 35 százalékkal egynapos formában történik, de Angliában 84 százalékkal, Hollandiában 96 százalékkal és hazánkban 100%-ban kórházba fektetik a betegeket. A mandulaműtétek tekintetében láthatunk nemzetközi összehasonlítást a 2. ábrán.

Különbég van abban a tekintetben is, hogy az egynapos sebészeti a kórház szerves részét képezi-e, annak egy



2. ábra

Az egynapos formában végzett mandulaműtétek aránya és eset-száma. Forrás: OECD Health Data 2009. június

elkülönült egysége, illetve attól függetlenül, járóbeteg-szakrendelőben, esetleg teljesen önálló egységként működik-e. Magyarország ebből a szempontból vegyes modellt alkalmaz, mindháromra akad példa a társadalombiztosítás által finanszírozott intézmények között.

AZ ELLENŐRZÉS CÉLJAI

Az ÁSZ jelen ellenőrzésének célja annak értékelése volt, hogy:

- megfelelően hasznosultak-e az egynapos sebészetre tervezett és fordított költségvetési és EU-s források; a fejlesztésekben érvényesült-e az egyenlő hozzáférés követelménye,
- a jogi, a közgazdasági és a finanszírozási környezet segítette-e ezen ellátási forma elterjedését; ezzel összefüggésben csökkentek-e a gyógyítással, gyógyulással járó költségek,
- az egynapos sebészeti elterjedése növelte-e és mennyiben az egészségügyi ellátórendszer hatékonyságát; ennek keretében vizsgáltuk a sebészeti kapacitások változását.

Az ellenőrzés szempontrendszerét előtanulmányal alapoztuk meg, a vizsgálatot a teljesítményellenőrzés módszerével végezte az ÁSZ. Eredményesnek tekintették az ellátást, ha a pályázati célok teljesültek és a nyertes szolgáltatók elnyert kapacitásukat kihasználták. Gazdaságos az ellátás, ha mind szolgáltatói, mind biztosítói oldalon megtakarítást eredményezett.

MÓDSZERTAN

Az egynapos sebészeti ellátás vizsgálatát adatbekérésre, helyszíni interjúkra, a fekvőbeteg ellátó és egynapos beavatkozást végző szolgáltatók műtéti adatainak elemzésére alapoztuk. Az adatokat elsősorban az OEP Gyógyító Megelőző Főosztálya szolgáltatta elektronikus úton, adatállományokba rendezve. Az adatállományok szűrésével határoztuk meg a leggyakrabban alkalmazott beavatkozások listáját és a hozzájuk tartozó finanszírozást. További adatokat szolgáltattak azon kórházak (64 db), akiknél az egynapos sebészeti esetszám meghaladta a 10-et 2008-ban. Az egynapos ellátásra szerződött szolgáltatók (47 db) adatait kérdőívekre adott válaszok alapján dolgoztuk fel. A költség-hatékonyság méréséhez tíz intézményben helyszínen végeztek költséggyűjtést a leggyakoribb beavatkozásokra az ÁSZ számvevői.

Az ellenőrzés a 2006-2009. I. félév közötti időszakra terjedt ki, figyelemmel kísérve az ellenőrzés lezárásáig bekövetkezett változásokat.

A VIZSGÁLAT MEGÁLLAPÍTÁSAI

Az ágazatirányító számára a nemzetközi tapasztalatokból ismert tény az egynapos sebészeti költség-hatékonysága.

Az elmúlt 15 évben több intézkedés is az egynapos sebészet elterjesztését célozta meg. Az ellátási forma kiterjesztésének és általánossá válásának célszámait azonban nem határozták meg. Az egynapos sebészet fejlesztésére szánt források a célnak megfelelően hasznosultak, a finanszírozott esetek száma 2006 és 2008 között mintegy 110%-kal emelkedett. Az ezer főre jutó beavatkozások száma megynként is emelkedett. Az ellátási forma elterjesztésére hozott intézkedések ösztönző hatását a szabályozási, finanszírozási környezet mérsékelte. A betegek aktív fekvő helyett egynapos ellátásban történő kezelése az ellátó intézményeknél a gyógyítással járó költségeket csökkenti. A költséghatékonyság mind a szolgáltatók, mind a biztosító szempontjából igazolható.

Igazolható költséghatékonyság ellenére az egynapos sebészet alkalmazása nemzetközi összehasonlításban 2009-ben is alacsony mértékű. Nemzetközi trendek alapján várható, hogy a tervezett (elektív) beavatkozások döntő részét a jövőben Magyarországon is egynapos ellátásban fogják végezni. Stratégia és célértékek hiányában azonban nincs biztos iránymutatás ezen ellátási forma intézményrendszerben betöltendő méretéről, helyéről és hatásáról a meglévő fekvőbeteg intézményekre.

2006-2008 között az összes közfinanszírozott műtéti esetszám 10%-kal csökkent, ezen belül az egynaposként műthető esetek száma kisebb mértékben, 5%-kal mérséklődött. A tényleges (24 órán belül otthonába bocsájtott) egynapos esetek száma 110%-kal, aránya az összes műtéten belül 130%-kal emelkedett. Az egynaposként elvégezhető (azaz lehetséges) finanszírozott esetek átlagos súlyszáma 3,5%-kal csökkent, mely mutatók összességében az ellátórendszer költséghatékonyságának javulására utalnak (1. táblázat).

Megnevezés	2006 fin. év	2008 fin. év	2008/2006 %
Összes műtéti esetek száma	1 845 938	1 659 121	89,9%
Lehetséges egynapos esetszám	316 432	300 303	94,9%
ebből egynapos esetszám (1-24 órán belüli)	55 167	115 580	209,5%
ebből pályázatos nyertes, egynapos esetszám	7 134	43 216	605,8%
kórházi, aktív, egynapos esetszám	48 033	72 364	150,7%
Egynapos esetek aránya az összes műtéten belül	2,99%	6,97%	233,1%
Egynapos esetek aránya a lehetséges egynaposon belül	17,40%	38,50%	220,8%
Lehetséges egynapos esetek finans. összege (E Ft)	23 499 916,0	23 103 463,4	98,3%
ebből egynapos esetek finans. össz. (pályázatos nyertes, kórházi aktív) (E Ft)	2 673 003,0	7 014 049,0	262,4%

1. táblázat

Az egynapos műtétek arányszámai, 2006 és 2008 összehasonlításában. Forrás: OEP

A költséghatékonyságot sem a tárca, sem az OEP, sem a szolgáltatók nem számszerűsítették. A jelenlegi ellenőrzés széleskörű költségadatokat begyűjtésével igazolta az intézmények elsődleges költségszintjén a leggyakoribb beavatkozások költséghatékonyságát. A helyszínen vizsgált tíz intézménynél, illetve a kérdőívvel megkeresett 47, pályázaton egynapos kapacitást nyert szolgáltatónál az OEP finanszírozás meghaladta az esetre fordított elsődleges költségeket. A helyszínen vizsgált tíz szolgáltatónál az esetre közvetlenül fordított és osztott költségeket is meghaladta a leggyakrab-

ban végzett beavatkozások finanszírozása. A fedezetek nagyságában jelentős különbség van a szolgáltatók között.

A költséghatékonyság jelzője beavatkozás szinten pl. a szürkehályog műtét biztosítói térítési díjának és a műtétszámának változása is, amely 2006-2009 között egy esetre vonatkozóan 134 ezer Ft-ról 108,7 ezer Ft-ra csökkent, miközben az ellátottak száma a 2006. évi 54 630 főről 2008-ra 61 500 főre emelkedett; összességében az OEP azonos ráfordításért több egészségnyereséget vásárolt.

Az ágazatirányító lépéseket tett az egynapos sebészet terjesztésére a tevékenység szabályainak meghatározásával, célzott egynapos sebészeti kapacitások vásárlásával és magánszolgáltatók közfinanszírozásba történő befogadásával pályázatok útján (2003 és 2007-ben), továbbá az általános finanszírozást kiegészítő források elérhetővé tételével (ÚMFT keretében).

Az egynaposként végezhető műtéti eljárások száma 2009-ben közel 300 féle volt, mely paletta szakértői vélemény szerint szűk, a nemzetközi gyakorlatban ennél több féle műtét végezhető egynaposként. (Mindez annak ellenére, hogy a beavatkozásokat meghatározó NM rendelet 9. sz. melléklete 1994. óta 19 alkalommal bővült.)

A hazai egynapos sebészeti ellátás szabályozása bizonyult. Az ellátások fogalmi meghatározását, szakmai, intézményi, adminisztrációs feltételeit 2002-ben írta elő a jogalkotó az ESzCsM rendeletben, ugyanakkor értelmezése és alkalmazása az intézményvezetők számára vizsgálatunk időszakában sem volt egyértelmű. A nemzetközi gyakorlat a betegnek a felvétele napján történő elbocsátását tekinti követelménynek. Magyarországon a 24 órán belül elbocsátott (a jogszabályban meghatározott beavatkozásban részesült) beteg ellátása minősül egynapos sebészettnek.

A fekvőbeteg ellátást végző intézmények egynapos eseteinek száma 2006 és 2008 között 48,0 ezerről 72,4 ezerre, 50%-kal emelkedett, míg finanszírozása a 2006. évi 2,2 Mrd Ft-ról, 2008-ra 4,0 Mrd Ft-ra; azaz 80%-kal magasabb összegben finanszírozta a biztosító. A finanszírozás emelkedéséhez az esetszám növekedésén túl, a súlyszám és a súlyszám forint ellenértékének növekedése is hozzájárult.

A fekvőbeteg intézmények finanszírozási szabályainak 2009. április-október közötti változása (azaz előre meghatározott alaplíron finanszírozott teljesítmény, EMAFT bevezetése, a degresszív térítés megjelenése) hatással volt az egynapos ellátásért kapott díjra is. A 70%-os teljesítmény fölött lebegtetett súlyszám érték korlátozta a fekvőbeteg ellátások tervezett kiadásait, és ezáltal csökkentette az aktív fekvő és egynapos esetek azonos finanszírozásának ösztönző hatását.

A fekvőbeteg ellátás intézményeiben az egynapos sebészet terjedését nehezíti, hogy az orvosoknak nemcsak egészségügyi, hanem szociálpolitikai szempontokat is mérlegelniük kell, pl. életviszonyok, közlekedési viszonyok, a házi gondozás hiánya. Főképp hat továbbá, hogy a forráselosztás még mindig a kórházi ágyak száma, az ágykihasználtsági mutatók figyelembevételével történik, és nem az ellátandó lakosság egészségügyi szükségletének

legköltséghatékonyabb módon történő kielégítésére épül. Ezért a tulajdonosok és a menedzsment érdeke továbbra is az ágyak számának megtartásához fűződik.

Az egynapos ellátás ágykihasználtsági mutatókba számítása 2008. végéig rendezetlen volt, melyet mutat, hogy az intézmények 48%-a beszámította, 52%-a nem számította bele saját statisztikájának készítésekor. A 2009-től érvényes szabályozás nem veszi figyelembe az ápolási napok, az ágykihasználás mértékének meghatározásánál az egynapos eseteket; ez az intézmények magasabb ágykihasználtságához fűződő érdeke ellen hat.

Az egynapos sebészet szélesebb körű alkalmazására 2003-ban és 2007-ben az OEP pályázatokat írt ki. A 2003. évi pályázat két évre, kísérleti céllal indult; a tapasztalatokat az ágazatirányító írásban nem értékelte, azok a szabályozásban nem hasznosultak.

A 2007-ben az egynapos sebészet fejlesztésére kiírt pályázat meghirdetett céljai összhangban voltak a terület fejlesztésének szükséges irányával. A kórházi aktív ágyak számának csökkentésével párhuzamosan a megszűnő kapacitások 5%-át, 3,3 Mrd Ft-ot pályázat alapján egynapos beavatkozások bővítésére konvertálta az ágazatirányító. Az OEP 47 intézménnyel 66 964 esetszámra, 22 500 súlyszámnyi kapacitás finanszírozására kötött szerződést, azaz átlagosan az alacsony költségigényű finanszírozási beavatkozásokra szerződött. Ezt mutatja az egy esethez tartozó átlagos súlyszám, amely 0,336 volt, amihez 49 000 Ft biztosítói térítés tartozott szerződéskötéskor, ami megfelelt az aktív ellátásban szerzett tapasztalatoknak. A szerződött súlyszám 1/4-ét magánszolgáltatók nyerték el.

A pályázaton kapacitásbefogadást nyert szolgáltatók közül időközben egy magánszolgáltatónak szűnt meg a szerződése az OEP-pel, a többi szolgáltató ellátott eseteinek száma 2006-2008 között mintegy hatszorosára emelkedett (7,1 ezerről 43,2 ezerre), mely 2/3-a a szerződésben kitűzött betegszám. (Ugyanezen idő alatt a kórházakban csak másfélszeresére, 48,0 ezerről 72,4 ezerre emelkedett az egynapos esetszám). A sebészeti beavatkozások jellemzően magasabb esetköltségűek voltak (átlagos súlyszám 0,492), mint a tervezett érték, ez az oka annak, hogy a teljesített összes súlyszám a szerződésben foglaltaknak a 89%-a, a kifizetés pedig 3,0 Mrd Ft volt 2008-ban (2009-ben is). A szolgáltatók mintegy 60%-a jelezte, hogy szerződött kapacitásuk többszörösét is képesek lennének ellátni, a betegek részéről felmerülő igényt is többszörösnek ítélték. A szerződött teljesítményt teljes súlyszám értékkel finanszírozza az OEP, de az azt meghaladó teljesítményt nem téríti meg az egészségbiztosító.

A pályázat útján közfinanszírozásba befogadott szolgáltatók szerződésnek megfelelő működésének és ellenőrzöttségének hiányosságára utal az, hogy módot ad a magasabb fedezetű betegek szelekciójára, továbbá arra, hogy az ellátott betegesetek nem illeszkednek a szerződésben foglalt szakmai összetételhez. Példaként: az Uro-Clin klinika az egynaposként végezhető 61 féle urológiai beavatkozásból 2007 és 2008 között kizárólag 2 féle HBSC-be kerülő ellátást

számolt el az OEP-pel, a Budavári Önkormányzat Egészségügyi Szolgálat-rendelőintézete nőgyógyászat és szemészet területből összesen 6-féle HBSC-be kerülő beteget.

Az egynapos sebészet kiterjesztésére – a pályázatokon túl – további forrásokat is igénybe vehettek a szolgáltatók. Az egynapos beavatkozásoknak a járóbeteg-szakellátás TVK-ja terhére történő elszámolását 2008. június 1-jétől teszi lehetővé a finanszírozási rendelet az aktív fekvőbeteg ellátó intézmények számára. Az átváltott TVK terhére végezhető egynapos beavatkozások súlyszámát az OEP külön szerződésben rögzítette. A szerződések alapján 2008. október – 2009. június között 123 849 eFt-ot számolt el az OEP, amely az egynapos beavatkozásokra összesen kifizetett 6,1 Mrd Ft-nak mindössze 2%-a. Az átváltott TVK-t az intézmények nem használták fel, – a 2008-as finanszírozási évben a súlyszámra átváltott TVK több mint 70%-a, a 2009-es finanszírozási évben közel 40%-a nem került felhasználásra. Ennek egyik oka az, hogy a járóbeteg szakellátás TVK-ja terhére elszámolható beavatkozások köre szűkebb, 1/6-a az egynapos sebészeti beavatkozásoknak, továbbá a finanszírozási szabályok kedvezőtlenül változtak.

Az Új Magyarország Fejlesztési Terv foglalkozott az egynapos ellátások infrastruktúrájának fejlesztésével, és TIOP, illetve ROP pályázatokon uniós forrásból lehetőség nyílt regionális járóbeteg központokban egynapos sebészeti egységek kialakítására. Ezek a járóbeteg központok az átadás után (2009-2010) újabb 7750 súlyszámnyi, mérsékelt kapacitásnövelést jelentenek a területen. (A jelenlegi egynapos beavatkozások átlag súlyszámával számolva, mintegy 15 500 eset/év növekedést.) Az uniós fejlesztések elsősorban az Észak-Magyarországi régióban (2303 súlyszám), a Közép-dunántúli régióban (1980 súlyszám) és a Közép-Magyarországi régióban (1967 súlyszám) szolgálják új központok kialakítását, bővítve az ellátáshoz jutás lehetőségét, de a területi hozzáférési egyenlőtlenségek továbbra is fennállnak az ország egyes területei között.

Az egynapos sebészet nemzetközileg magas elfogadottságát indokolja, hogy alkalmas az intézményi várólisták csökkentésére. Hazánkban a kormány rendelete alapján 2008. április 3-tól kötelező meghatározott beavatkozások esetében a várólista vezetése. A szabályozás azonos beavatkozás esetén (pl. szürkehályog gyógyítás) nem tesz különbséget fekvő, illetve egynapos ellátás várólistája között. A gyakorlatban nem vezet minden intézmény várólistát, illetve ahol vezetnek, azok sem formailag, sem tartalmilag nem egységesek. Az intézmények kötelesek várólistáikat meghatározott adattartalommal havonta megküldeni az EBF részére, de az adathiányos kitöltésnek nincs következménye. Az egynapos ellátások várakozási időre gyakorolt hatása adathiány, a jelentési kötelezettség be nem tartása miatt nem mérhető. A kötelezettség elmulasztásához jogszabály szerint finanszírozási szankció kapcsolódik, de ennek alkalmazására eddig nem volt példa.

Nincsenek meghatározva a betegek elhelyezésére vonatkozó tárgyi feltételek követelményei, így a térítési díj ellenében nyújtott többletszolgáltatás nem ítéltető meg, a

szolgáltatók egyedi megítélésétől függ. A 2007. évi, egy napos sebészet fejlesztési pályázaton nyertes szolgáltatók közel 1/3-a térítési díjat kapcsol az ellátáshoz. A térítési díj alkalmazása nem indokolt, amennyiben a HBCS fedezetet nyújt a beavatkozások egyes költségelemeire.

Az ország egyes megyéi között az ellátás igénybevételeben 2008-ban is jelentős különbségek voltak. Budapesten 1000 lakosra négyezer annyi beavatkozás jut, mint Békés megye lakosaira. Az 1000 lakosra jutó beavatkozások száma 2006-ban és 2008-ban is Békés megyében volt a legacsonyabb (0,2/3,8). Továbbra is megmaradt a központi régió kiemelt ellátása.

Felmérésünk szerint az ellátás minőségének ellenőrzése megoldatlan. Az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló törvény 16. § (5) bekezdése szerint az egészségügyi miniszter évente megvizsgálja az egészségügyi ellátórendszer működését és annak eredményéről beszámolóban tájékoztatja az Országgyűlés Egészségügyi Bizottságát. Ennek keretében két alkalommal készített jelentést a miniszter, amelynek a struktúraátalakítási fejezetében számolt be az egynapos sebészeti ellátások helyzetéről.

Az ellátás minőségére utaló szövegműveket nyomon követési és értékelési rendszere kidolgozatlan, az OEP által a pályázaton nyertes szolgáltatóktól begyűjtött minőségi paraméterek feldolgozatlanok, ellenőrizetlenek. Jelen vizsgálat önbevallásos kérdőívvel értékelt a szövegműveket alakulását a pályázaton nyertes szolgáltatóknál. Ez alapján a szövegművek kockázata alacsony, 2008-ban az általuk elvégzett 43 215 eset 4 ezrelékénél alakult ki szövegműve.

JAVASLATOK

A helyszíni ellenőrzés megállapításainak hasznosítása mellett az ÁSZ javasolja az egészségügyi miniszternek, hogy:

- Határozza meg az egynapos sebészet helyét az egészségügyi ellátórendszerben, különösen az ezt leíró mutatókat és azok célértékeit, annak érdekében, hogy széleskörűvé váljon az ellátás. A monitoring rendszer működtetése alapján rendszeresen értékelje a mutatók alakulását.
- Írja elő elkülönített várólista vezetését az egynaposan végzett beavatkozásokhoz az átláthatóság, nyomon követés érdekében, és tartassa be a várólistára vonatkozó követelményeket.
- Vizsgálta felül az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet 9. sz. mellékletében meghatározott egynapos sebészeti beavatkozások körét, és a felülvizsgálatnak megfelelően kezdeményezze annak módosítását, bővítését.
- Határozza meg az egynapos ellátásban nyújtott szolgáltatások tartalmi elemeit, finanszírozási protokollját, és rendszeresen ellenőrizze ennek betartását.

*Az Állami Számvevőszék
jelentése alapján összeállította
Dr. Pásztélyi Zsolt*

eHealth Week 2010: Átütő siker

Brüsszel/Budapest, 2010. március 29. – Az eHealth Week konferencia előtt még nem lehetett tudni, hogy a most első ízben együttesen megrendezett „High Level Health Conference” (Magas szintű e-egészségügyi konferencia) és a „World of Health IT Conference and Exhibition” (WoHIT, Világ egészségügyi IT konferencia és kiállítás) milyen sikerrel jár majd. Az eseményt az érintettek Európa legnagyobb és legmagasabb színvonalú e-egészségügyi konferenciájaként értékelték.

Az eHealth Week konferencia idén 3200 delegációt, 95 kiállítót és mintegy 150 nemzetközi újságírókat fogadott. Naponta jelentek meg sajtóhírek az eseményről szerte Európában, emellett tévé és rádiócsatornák tudósítottak élőben a helyszínről. Részt vett a konferencián többek között Neelie Kroes, az EU digitális ütemtervének biztosa és alelnöke és John Dalli, az EU Egészségügy és Fogyasztási Politikájának főbiztosa. Az esemény Európa 27 tagállamából látott vendégül egészségügyi minisztereket és külügyminisztereket, valamint számos, a szakmában elismert előadót.

Jeremy Bonfini, a HIMSS Global alelnöke elmondta: „Még soha nem tapasztaltunk az egészségügyi informatikai konferenciák történetében ilyen mértékű médiaérdeklődést, és ilyen nagyszámú résztvevő delegációt, kiállítót, hogy a kiállítási terület kiadó pavilonjai hetekkel a konferencia előtt elkelték. Ezek a tények alátámasztják egy olyan európai szintű eHealth konferencia szükségességét, amely konkrét gyakorlati megoldásokat kínál és bemutatja az egészségügyi rendszerek konvergenciáját helyi, országos és nemzetközi szinten.”

2010. március 10-én átadták a HIMSS Europe eHealth Leadership díját, amelyet Niels Rossing, az eHealth dán főtanácsadója vehetett át. Niels Rossing elmondta, hogy számított az elismerésre az egész európai eHealth közösség nevében, amely számos jelentős vívmányával megalapozta az eHealth egyre növekvő szerepét az egészségügyben.

Az esemény a 2011-es eHealth Week helyszínének bejelentésével zárult, amely szerint a jövő évi konferencia magyar elnökség alatt, Budapesten kerül megrendezésre 2011. május 9-11. között.

Jeremy Bonfinival készült interjúnk az IME 2010. 1. számában olvasható.

TÉ