

Az aktív fekvőbeteg szakellátás egyes szakmacsoportjaiban az utóbbi 10 évben végbement változások elemzése

II. rész

Dózsa Csaba, Dr. Kövi Rita, Ecseki Adrienn, MedEcon Kft.

Az IME júniusi számában megjelent előző részben bemutattuk az aktív fekvőbeteg ellátás öt szakmacsoportjának egyes jellemző paramétereit és azokban bekövetkezett főbb változásokat az elmúlt egy évtized során (ágyszám, esetszám, átlagos ápolási napok, ágykihasználtság, súlyszám, CMI alakulása). Ezek a mutatók alapvetően tükrözik a környezeti feltételek hatásait a kórházi kapacitások, ellátások átrendeződésére, illetve részben leképezik az adminisztratív finanszírozási és strukturális változásokat is. Ebben a részben a szakmánkénti elemzést tovább mélyítjük a változások részleteinek bemutatásával. Az alábbiakban a vizsgált öt orvos-szakma esetében külön-külön mutatjuk be az ellátások főbb mutatóinak alakulását 2000-2009. időszakában. A tanulmányban szereplő ábrákon, grafikonokon általában olyan évek adatait vettük figyelembe, amelyek mentesek voltak a nagyobb évközi finanszírozási és törvényi változásoktól (2000, 2003, 2006, 2009).

This article is the second part of our formerly published article about the main changes of five health professions during the period 2000-2009: cardiology, oncology, surgery, traumatology and paediatrics. In this second part we are going to analyse more deeply the real changes and causes of this restructuring of the observed professional areas. The aspects of our analysis are the development of number of short term care beds, the number of admitted cases, occupancy rate, average length of stay (ALOS) and CMI. In the case of cardiology and oncology we can test real changes in the applied technology (PCI and chemotherapies) in the short term care, the paediatric care suffered from the serious demographic changes, the decreasing number of births, and the great development of drug therapies in outpatient care. The causes of the significant decrease of surgical cases and hospital capacities (number of beds) are the epidemiological and technical changes (ex. the growing rate of one-day surgery cases).

KARDIOLÓGIA

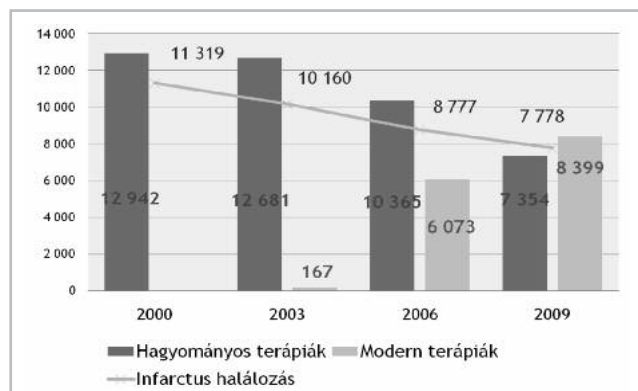
A kardiológiai ágyak száma a vizsgált 10 év alatt 2033-ról 1852-re (9%-kal) csökkent, azonban ez az ágyszám csökkenés nem volt lineáris: 2006-ig minimális, szinte egyenletes emelkedés volt tapasztalható, 2007-ben az aktuális egészségpolitikai trendnek megfelelően csökkent a kardiológia ágy száma is (10%), ez a csökkenés 2008-ban (11%) is folytatódott.

Az esetszám összességében emelkedést mutat (24%), azonban ez az emelkedés sem lineáris: 2005-ig egyenletesen és viszonylag meredeken emelkedik (35%-kal), majd a következő két évben erőteljesen csökken 105 110-ről 89 811-re (24%-kal), majd stagnál. A 2006-2007-ben bekövetkezett esetszám csökkenés, véleményünk szerint, alapvetően három okra vezethető vissza:

- az akut infarktus kezelésében általánossá vált az aktív intervenciós kezelés (orvos-szakmai, technikai fejlődés, és új szervezeti egységként hemodinamikai központok elterjedése),
- a krónikus, visszatérő betegek ellátására illetve az elektív beavatkozások elvégzésére szolgáló általános kapacitás (ágyszám) csökkentés várólisták kialakulásához vezetett, emellett az időlegesen 2007-ben bevezetett kórházi rapidíj is közel 10%-os esetszám csökkenést eredményezett,
- továbbá az egyszerre ellátható betegszámot korlátozta a finanszírozásban a TVK degresszió eltörlése és az abszolút elszámolási plafon 2006. július 1-i bevezetése is.

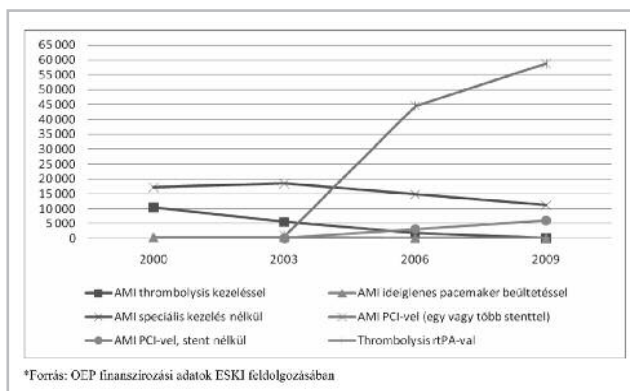
A vizsgált évtizedben a kardiológián belül a legnagyobb terápiás változás az akut miokardiális infarktus (AMI) ellátás területén következett be. 2000-ben általában nem alkalmaztak speciális invazív kezelést. Akut esetben akkor nagyrészt még csak trombolízisre volt lehetőség streptokináz vagy urokináz használatával speciális körülmények között, sok mellékhatással, közepes eredménnyel. Magyarországon szélesebb körben 2001-2003-ban jelent meg az akut betegek ellátásában a percután coronária intervenciós módszer (PCI), ami több kódrevízió keretében új csoportok létrehozásával vagy a meglévők átalakításával a HBCS-ben is realizálódott (pl. AMI kezelés stent beültetéssel, több stent beültetéssel). A PCI technika annyira sikeres lett, hogy az esetszám rohamos emelkedést mutatott, a hemodinamikai laborok száma Magyarországon az évtized végére elérte a 17-t. Ezzel egyidejűleg az elmúlt években a sürgősségi ellátás fejlesztése (pl. új mentőállomások nyitása, légi mentés fejlesztése) és a mentési protokollok átalakítása révén az időablakon belül való elérhetőség az ország legnagyobb részén alapvetővé vált az AMI kezelésében (a módszer eredményességét a halálozási mutatók javulása is alátámasztja, lásd szintén az 1. ábrán).

A streptokináz és urokináz használatával való trombolízis kezelés részben szakmai szempontok miatt, részben pedig a PCI hozzáférhetőségének terjedése miatt – az infarktus indikáció nagy részében (például ST-eleváció) elvesztette létjogosultságát. 2000-ben a trombolízis végzése az előzőeknél sokkal modernebb, hatásosabb szerrel (rtPA)



1. ábra
A hagyományos, gyógyszer alapú és a modern katéteres terápiák éves esetszámának és az infarctus halálozás alakulása 2000-2009 időszakában

vált lehetővé, azonban a kardiológiai szakma jelentős szervező munkájának és lobbij erejének hatására az országban megfelelő helyeken PCI végzésére alkalmas hemodinamikai központok alakultak ki. Ennek következtében egyre több infarktuszos beteg jut el a megfelelő időablakon (másfél órán) belül a központokba, ahol azonnal a végleges megoldásként működő koronária tágítás vagy stent beültetésre kerülhet sor. A trombolízis végzése már csak végszükség esetén történik, amennyiben a beteg valamilyen ok miatt nem juttatható el a hemodinamikai központba.



2. ábra
A HBCS súlyszámok alakulása az AMI különféle kezelési típusai esetében 2000-2009. időszakában

A kardiológiai súlyszámok közel folyamatos emelkedést mutatnak, valamint a vizsgált 10 év során meg is duplázódtak (93 297-ről 188 789-re). Az esetszám növekedését és a CMI 65%-os emelkedését, illetve az egy esetre jutó ápolási napok 35%-os csökkenését figyelembe véve láthatjuk, hogy a gyógyításban bekövetkező orvostechológiai és szervezési változások a HBCS-k módosításaiban, illetve azok súlyszámaiban is tükröződnek.

ONKOLÓGIAI ELLÁTÁS ELEMZÉSE (KEMOTERÁPIA, SUGÁRTERÁPIA)

Az onkológiai ágyszám szinte változatlan a vizsgált 10 év alatt. 2005-ről 2006-ra növekedést mutat: 108 (7%) ágygal több volt a rendszerben, aztán a következő évben kb. 50 ágygal csökkent a kapacitás, majd 2008-ra további 78 ágygal kevesebben zajlott az onkológiai betegek gyógyítása, ami 2009-re nem változott. Ez az emelkedő, majd csökkenő tendencia a vizsgált szakmák közül még a kardiológia esetében figyelhető meg. Az ágyszámban mért kapacitásváltozást tendenciájában nem követte a többi mutató változása. Az esetszám egyenletes, és nagyon jelentős növekedést mutat: 2000-től 2009-ig közel háromszorosára emelkedett (48 378-ről 143 065-re). Ez az emelkedés szinte lineáris, nem tükrözi az ágyszám hullámzását, nem látható a TVK bevezetésének a hatása, a 2006 januárjától bevezetett új HBCS rendszer, valamint a 2007-ben bekövetkezett jelentős struktúraváltás sem (3. ábra).

Az elszámolt ápolási napok összességében 2000-2009 között jelentősen, 54%-kal nőttek, 339 565-ről 522 407-re. Azonban, ha az esetek elszámolását a normatív napok alapján vizsgáljuk, akkor ennél lényegesen érdekesebb képet látunk: 2000-2005 között a normatív napok jelentős növekedése látható (390 745-ről 675 585-ra, +173%). Ezt követően az ápolási napok száma 2005-ről 2006-ra hirtelen lecsökkent 675 386-ről 349 325-re (-193%), a következő évben újabb jelentős ápolási nap csökkenés érzékelhető (-141%), ezután azonban már lényeges változás nem következett be. Ez a mutató jól tükrözi a HBCS korrekciókat és azok bevezetésének időpontját. Az új kemoterápiás HBCS-k csak kijelölt onkológiai centrumokból és onkológiai osztályokról pro-

HBCS esetszám						
Év	AMI trombolízis kezeléssel	AMI ideiglenes pacemaker beültetéssel	AMI speciális kezelés nélkül	AMI PCI-vel (egy vagy több stenttel)	AMI PCI-vel, stent nélkül	Trombolízis rtPA-val
2000	3 676	188	9 078	-	-	-
2003	2 257	187	10 237	131	36	60
2006	897	86	9 382	5 525	548	138
2009	47	37	7 270	7 304	1 031	64

*Forrás: OEP finanszírozási adatok ESKJ feldolgozásában

1. táblázat
A HBCS esetszámok alakulása az AMI esetek kezelésében 2000-2009. időszakában

Az 1. táblázatban az akut miokardiális infarctus HBCS esetszámainak alakulását mutatjuk be idősorosán. A vizsgált időszakban a szakmai változásokat tükrözve a szaktárca és az OEP új HBCS-eket alakított ki, amiknek az esetszám változása a fentieket támasztja alá.

A betegek által kórházban töltött idő köszönhetően a szakma technikai fejlődésének lineárisan csökkent a vizsgált időszak alatt: 8,46 napról 5,72-re (32%-kal). Ez a technikai fejlődés mutatkozik meg a CMI folyamatosan emelkedő értékén is: 1,36-ről 2,10-re (65%). A vizsgált szakmák között a kardiológia CMI-je mind a 10 év alatt a legmagasabb értéket adja.

A fenti változásokat tükrözi a kardiológiai osztályok ágyszámhasználtsága, amely a 10 év alatt 2007-ben volt a legacsonyabb (71,4%) a jelentős ágyszám csökkenés ellenére is. 2000-2009 között – ezen az egy éven kívül – ez a mutató nagy változásokat nem mutat, szinte egyenletes.

tokollok alapján jelenthetők, mely a korábbi kisebb kórházakban és nem onkológiai osztályokon ellátott daganatos esetek ellátásának és elszámolásának jelentős koncentrációját eredményezte 2006-2008 között.

Az egy esetre jutó ápolási nap mutatóban ilyen jelentős ugrásokat nem észlelhetünk. Az átlagos ápolási nap mutató szinte lineárisan csökkent 7 napról 3,6 napra. Ez az általános, összes szakmára vonatkozó tendenciával egyező, azonban mértékében a legjelentősebb a vizsgált szakmák között, amely egyik oka a kúraszerű ellátások arányának jelentős növekedése.

Tehát az elszámolt ápolási napok növekedése a csökkenő átlagos ápolási idő ellenére itt az onkológiai centrumokba koncentrálódó jelentős betegszám növekedésnek tudható be, amit változatlan ágyszámon láttak el az intézmények. Ezt tükrözi az ágykihasználtság is, ami 69,3%-ról 99,8%-ra növekedett, ami a legjelentősebb az összes vizsgált szakma vonatkozásában. (Mivel az onkológiai beavatkozások mind előre tervezhetőek, nincsenek akut ellátások, mint a többi szakmában, így megengedhető, sőt elvárható ez a magas ágykihasználtság.)

A CMI is növekedést mutat 1,24-ről 1,37-re, azonban ez az időszakok között nem értékelhető, mert 2006-ban jelentős HBCS változás következett be a szakmát illetően: az addig külön keretes vagy egyedi méltányosság alapján adott gyógyszerek bekerültek a 12 új kemoterápiás HBCS-be. Ezzel a tudatos finanszírozási változtatással alapvetően megváltozott a CMI alapját képező esetösszetétel, a HBCS-k technológia tartalma és a vizsgált HBCS-k jelentésének szabályrendszere.

Évszám	HBCS esetszám OEP	Daganatos megbetegedések száma KSH	HBCS esetszám/daganatos megbetegedések aránya
2001	53 544	68 570	0,78
2002	76 425	67 916	1,13
2003	83 857	67 985	1,23
2004	90 628	67 177	1,35
2005	96 823	68 510	1,41
2006	115 629	68 535	1,69
2007	122 992	67 467	1,82
2008	140 226	72 675	1,93

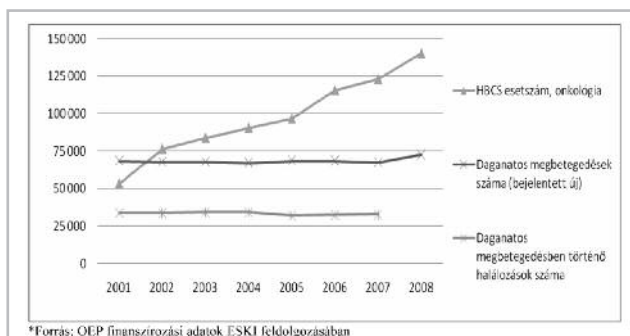
*Forrás: OEP finanszírozási adatok ESKI feldolgozásában

2. táblázat

A daganatos betegségek ellátási adatai

A 2. táblázat azt mutatja, hogy a daganatos betegek egyre nagyobb aránya kap kemoterápiás kezelést, sőt jellemző az egy betegre eső több kemoterápiás kúra is egy éven belül.

Amint az a 3. ábra grafikonján is látható, a daganatos betegek száma a KSH statisztikák alapján nem nő jelentősen, ugyanakkor ezek a betegek egyre nagyobb arányban kapnak kemoterápiás kezelést (egy éven belül egy beteg több kezelésben is részesülhet). Ennek ellenére a daganatos halálozás rövidtávon mégsem csökken, mely felveti annak szükségességét, hogy az onkológiai ellátást és különösen a kemoterápiás és sugárterápiás kezeléseket alkalmazását átfogó költséghatékonysági vizsgálatnak kellene alávetni.



3. ábra

Az onkológiai esetszám, a daganatos megbetegedések számának, valamint a daganatos megbetegedések következtében bekövetkező halálozások számának alakulása 2000-2008.

A SEBÉSZETI ELLÁTÁS FŐBB JELLEMZŐI

A sebészeti ágyak száma a vizsgált öt szakma esetében a legjelentősebb (58%) csökkenést mutatja. A megszüntetett 3791 ágy 50%-a az Eftv. hatására 2006-2008 között történt. Erre az időszakra esik az egynapos sebészet erőteljes ösztönzése is, 2008-ban pedig a járóbeteg ellátó intézetek is beléphettek az egynapos ellátást végző intézetek sorába. Így alakult ki az a helyzet, hogy 2009-ben már több intézetben (70 intézet) végeztek egynapos sebészeti beavatkozásokat, mint hosszabb bent tartózkodást igénylő ellátást (65 intézet).

A sebészeti esetszám összességében jelentős csökkenést mutatott. 2009-ben 101 446 műtéttel kevesebbet végeztek, mint 2000-ben (47%-os csökkenés).

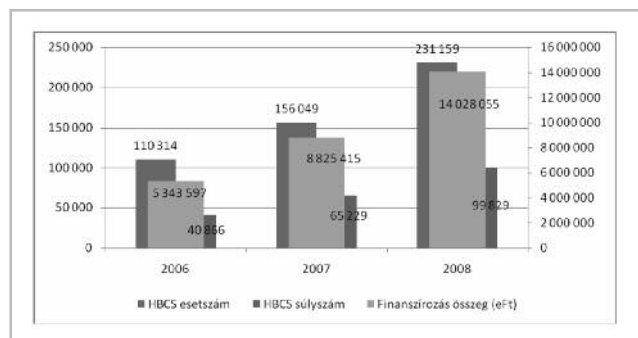
Az esetösszetétel indexben bekövetkezett változás is jól jellemzi a szakmában bekövetkezett változásokat: a kórházi esetek CMI-je egyenletes, jelentős emelkedést mutat (1,09-ről 1,27-re: 25%). Ez részben az egynapos ellátás megjelenését mutatja, ahol az egyszerűbb műtétek történnek (ezeknek az ellátásoknak a CMI-je 0,4 körül van), másrészt pedig az új sebészeti technikák (laparoszófia), illetve az intervenciók ellátások elterjedése tükrözi. A szakma technikai fejlődése érdekes módon nem érzékelhető az egy esetre jutó ápolási napok számának alakulásában: 7,53-ról 6,14-re csökkent, ami csupán 18%-os csökkenés. Ezek alapján valószínűsíthetjük, hogy tényleg a súlyosabb esetek kerülnek kórházba, melyek esetében az ápolási idő nem rövidülhet jelentősen. Ez a mutató az egynapos ellátás nélküli adatok alapján készült.

A sebészeti ágykihasználtság a szakmában zajló változások (részben orvos-szakmai, részben strukturális) miatt hektikus görbét ír le: 70% körüli értéket mutat, kivéve a 2006-os és 2007-es éveket, amikor a strukturális átalakítás – és az időlegesen bevezetett kórházi ápolási napdíj érzékenyen érintette a sebészeti kapacitást. Ezekben az években 65% körüli kihasználtsággal működtek a többnyire át-szervezés alatt lévő osztályok.

A finanszírozási változások követték a strukturális és technikai átalakulásokat: az aktív fekvőbeteg osztályok súlyszáma az ágyszám és esetszám csökkenést követve

jóval alacsonyabb volt 2009-ben, mint 2000-ben: 235 979-ről 138 797-re csökkent az egész szakma súlyszáma (41%-os csökkenés). A súlyszámból 2009-ben az egynapos ellátás már 3%-kal részesedik (az esetek 7,5 %-a, CMI 0,4 körül).

Az egynapos ellátás 2004-ben jelenik meg először a finanszírozási jelentésekben. 1 intézmény jelent 500 körüli beteget, ami már a következő évre megháromszorozódik (1667 eset), azonban ez még az összes esetszám töredékét teszi ki (1% alatt). Az áttörés 2008-ban következett be (lásd 4. ábra), amikor már a sebészeti beavatkozások több, mint 7,5%-a egynapos ellátási formában történik.

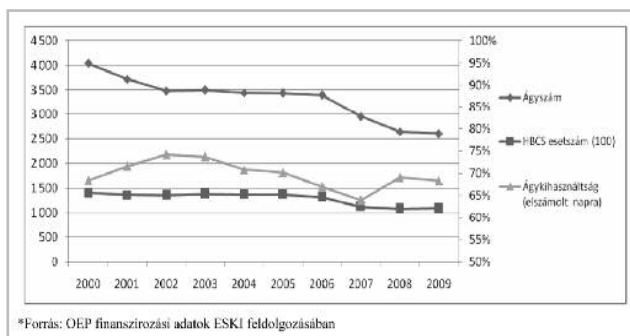


4. ábra
Az egynapos sebészeti ellátás esetszámjai, súlyszámai és finanszírozási összegei 2006-2008-as időszakban

Az OEP első körben még 2003-ban írt ki pályázatot az egynapos sebészeti ellátás végzésére, melyen első alkalommal indulhattak járóbetegek szakrendelők és számos magánklinika, amelyek korábban nem rendelkeztek OEP finanszírozási szerződéssel (pld Telki Magánkórház, Istenhegyi Klinika). Ekkor kisebb mértékű (közel 2000-es) éves esetszám kontingens került lekötésre a finanszírozási szerződésekben. Az OEP következő körben 2007-ben írt ki pályázatot az aktív ellátásban részt nem vevő intézetek számára, mely során lehetővé vált a járóbetegek TVK terhére történő egynapos műtétek elszámolása is (ennek a pályázatnak a keretében összesen évente 63 ezer darabos műtéti kontingens került be a szerződésekbe).

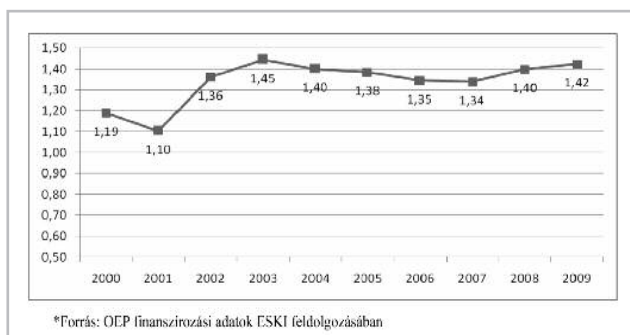
A TRAUMATOLÓGIAI ELLÁTÁS VÁLTOZÁSAI

A vizsgált 10 évben a traumatológiai osztályok száma háromnegyedére csökkent (80-ról 60-ra), mellyel párhuzamosan az ágyszám is jelentősen redukálódott (4037-ről 2602-re, 36%). Az ellátott betegek száma is kevesebb lett (140 372-ről 109 763-ra, 22%), azonban nem olyan mértékben, mint ahogy az ágyszámok. Az ápolási napok összességében jelentős, 36%-os csökkenést mutatnak egy milliőről hatszázötvenezer napra. Ezen belül az egy esetre jutó ápolási napok csökkenése kisebb mértékű volt: 7,2 napról 6,04 napra változott. Összességében az ágykihasználtsági adatok közel változatlansága is (68-70% körüli végig a 10 év alatt) azt tükrözi, hogy a fenti hatások kiegyenlítették egymást (lásd 5. ábra).



5. ábra
A traumatológiai ellátás ágyszámainak, éves esetszámainak és ágykihasználtságának alakulása 2000-2009. időszakában

Az esetösszetétel index, a CMI is 2003 óta szinte változatlan 1,45-1,42 közötti értéket mutat, (lásd 6. ábra), ugyanakkor ezt megelőzően, 2000-2003 között, jelentősebb változást tapasztalhatunk, mivel a traumatológiai szakma CMI-je 1,19-ről nőtt 1,45-re. Ez a jelentős emelés – a traumatológiai szakma sikeres lobbizásának eredményeként – egy közvetlen miniszteri intézkedés hatására következett be, mely az ellátási költségek fedezete érdekében közvetlenül célozta meg a traumatológiai HBCS-k és gyermekgyógyászati HBCS-k súlyszámának átlagos 20%-os emelését a többi szakma HBCS súlyszámának érintetlenül hagyása mellett.



6. ábra
A traumatológiai ellátás Case Mix Indexeinek alakulása 2000-2009. időszakában

Az egy betegre jutó ápolási napok és a 2003-2009 közötti időszakban a CMI viszonylagos változatlansága arra utal, hogy az esetek súlyossága, illetve a terápia technológiai tartalma ebben az időszakban nem változott lényegesen.

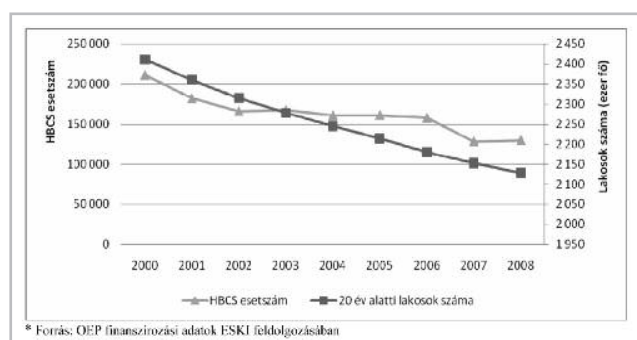
2004-től lehetőség volt ebben a szakmában is az egynapos ellátás igénybevételére, azonban 2006-ig ebben az ellátási formában nem történt ilyen kezelés. Ettől az évtől kezdve folyamatosan nőtt az esetszám: 2006-ban 41 beteget láttak el ebben a formában, míg 2009-ben már 1718-at. 2008-tól a járóbetegek ellátás keretében, a járóbetegek TVK terhére is lehetett egynapos formában kezelni beteget. A szolgáltatók ezt a lehetőséget sokkal gyorsabban fogadták el, mint ugyanezt a fekvőbeteg szakellátásban: már 2008-ban is 175 beteget gyógyítottak így, 2009-re pedig 524-en részesültek a szakrendelőkben egynapos traumatológiai ellátásban.

GYERMEKGYÓGYÁSZAT

A gyermekgyógyászati osztályok száma a vizsgált időszakban gyakorlatilag megfelelő: 144-ről 73-ra csökkent, ezzel egy időben az ágyszám kevesebb, mint a felére csökkent: 5620-ból 2602 maradt (54%). A betegszám is jelentős visszaesést mutat: míg 2000-ben 211 593 beteget láttak el kórházban, 2009-ben már csak 127 182 gyermek került kórházba (40%-os csökkenés).

Az ágykihasználtsági mutató ezzel párhuzamosan 62%-ról 72%-ra nőtt, ami arra utal, hogy az ágyszám-leépítés főleg kapacitásokat szüntetett meg, és a szakma még mindig rendelkezik tartalékokkal. Az elszámolt napokra vonatkozó ágykihasználtság 72%-a és a normatív napra vonatkozó ugyanilyen mutató (94,5%) nagy különbsége azt sugallja, hogy a HBCS normatív napjai még tovább lennének csökkenthetők, hiszen a gyermekek nagy része nem tölt bent olyan hosszú időt, mint a betegségének megfelelő normatív nap.

A CMI a vizsgált 10 év alatt alig változott: 0,75-ről 0,82-re csak kissé növekedett. Ez utóbbi érték változatlan az elmúlt 3 évben. A viszonylag alacsony CMI érték arra utal, hogy még mindig sok olyan betegségben szenvedő gyermek kerül kórházba, akik az ellátórendszer alacsonyabb progresszivitási szintjein (az alapellátásban vagy a járóbeteg szakellátásban) is kezelhetők lennének. Ez utóbbi megállapítást látszik alátámasztani az a tény is, hogy a 20 év alatti gyerekszám jobban csökkent, mint a HBCS esetszám (7. ábra). A kórházi gyermekgyógyászati ellátás esetszámainak és átlagos ápolási idejének további csökkentése a mai Magyarországon jelentős részben a gyermekes családok rossz szociális körülményei miatt nem valósulhat meg. Ennek a társadalmi, szociális hatásnak a leképezése az egész-



7. ábra

A gyermekgyógyászati HBCS esetszámok és a 20 év alatti korosztály létszámának alakulása 2000-2008. időszakában

ségügyi rendszerünkre további tudományos igényű kutatásokat igényel.

ÖSSZEZÉS

Tanulmányunknak ebben a második részében az öt vizsgált orvosszakmai terület példáján keresztül mutatjuk be a fekvőbeteg szakellátáson belül az elmúlt évtizedben bekövetkezett kisebb és nagyobb mértékű változásokat. A választott szakmák adatainak idősoros elemzése rávilágít arra, hogy az elmúlt 10 év felgyorsult szakmai technikai fejlődése nyomon követhető a magyar ellátórendszerben is.

Néhány szakma esetén ebben az időszakban jelentős demográfiai és/vagy technikai kihívások jelentek meg, amire a kórházi ellátórendszer hol nagyon rugalmasan (kardiológia), hol kevésbé rugalmasan (gyermekgyógyászat, sebészet) reagált. Voltak olyan szakmák (traumatológia), amelyeket ebben az időszakban sem demográfiai, sem jelentős technikai fejlődés nem kényszerített speciális alkalmazkodásra, csak az átlagos trendeket követték.

Több szakma területén jól követhető a 2007. évi drasztikus ágyszám csökkentés hatása. Ez ebben az esetben az amúgy is csökkenő esetszámok és a csökkenő átlagos ápolási idő együttesen eredményezte az ágykihasználtság megfelelő 75-85%-os szinten tartását.

Az összefoglalóban külön kiemelendő az onkológiai ellátásban bekövetkezett jelentős átrendeződés, mind szakmai téren, mind a finanszírozás technikában is. A kemoterápiás kezelések számának gyors növekedése 2005 óta, valamint a HBCS-be épített finanszírozás országos bevezetése és az ellátások centrumokhoz kötése.

A terjedelmi és időkorlátok, valamint az elemzés finanszírozásának hiánya miatt cikkünk egy bevezető, alapozó jellegű tanulmánynak minősülhet annak érdekében, hogy vázlatosan feltárjuk az egészségügyi ellátórendszer egyes jelenségeit, de a változások mozgató rugóiról, a mögöttes motivációkról, az alkalmazott technológiák valódi hatékonyságáról, költséghatékonyságáról, humán erőforrás háttéréről már nem áll módunkban elemzést készíteni. Tanulmányunkkal arra szeretnénk felhívni az egészségügyi szakma (orvosok, szakdolgozók, egyéb diplomások, egészségügyi közgazdászok, informatikusok és végezetül az egészségpolitikusok) figyelmét, hogy mennyire nélkülözhetetlen és halaszthatatlan a valódi egészségügyi rendszer hazai felállítása, mely végre gazdája lehetne az ellátórendszer és az egészségügyi ellátások ilyen jellegű, sőt jóval elmélyültebb és rendszeres elemzéseinek.

Dózsa Csaba, Dr. Kövi Rita, Ecseki Adrienn bemutatása lapunk IX. évfolyamának 5. számában, a cikk I. részénél olvasható.