

## A betegek orvosi ellátásra való várakozásának költségei a táppénzes időszak alatt

Dr. Gresz Miklós, Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Budapest

Magyarországon a táppénzkiadások csökkentésére a parlament olyan törvénymódosítást szavazott meg, mellyel a havi táppénz bruttó összegét a minimálbér kétszeresében maximálták. A szerző megvizsgálta, hogy a biztosítottak ellátása megfelelő ütemben történik-e, vagy a betegeknek indokolatlanul kell várniuk különböző vizsgálatokra, szakorvosi ellátásra, és a vizsgálatokhoz való hozzájutás javítása elősegítheti-e a táppénzes idő lerövidítését.

A vizsgálat során egy önkényesen kijelölt 14 napos időszakot követően minősült a várakozási idő indokolatlannak. A nem baleseti táppénzekre és nem nőgyógyászati szakorvosi ellátásra vonatkozó adatokból kimutatható, hogy 2008. júliusa és 2009. júniusa közötti egy éves időszakban az indokolatlannak minősített késlekedés a szolgáltatónál történő megjelenéseknek csupán 11,9%-a, viszont az erre való várakozásra kifizetett táppénz a teljes éves kifizetés negyede, 27,8 milliárd Ft volt.

A szerző javasolja, hogy a táppénzes betegek részüljenek az előjegyzések során előnyben. A szerző véleménye szerint ezáltal a biztosítottak gyógyulása jelentősen meggyorsítható és a táppénzkasszában jelentős megtakarítás érhető el.

*In order to reduce sick-pay expenses an amendment to the respective law was passed by the Hungarian Parliament. As a result the monthly amount of gross sick-pay has been fixed in the maximum of twice the minimum wage. The author examined whether the care provided happens at an appropriate time, or whether patients have to wait unduly for different tests, and specialists' care.*

*A 14-day period was arbitrarily selected, the waiting times beyond were considered to be unjustified. The data of non-accidental sick-pays and non-gynaecological medical care demonstrated, that in the one-year period between July 2008 and June 2009, unjustified delay occurred only in 11.9% of the cases shown at the provider, but the sick-pay paid for this time delay makes 27.8 billion HUF, a quarter of the total annual sick-pay expenses.*

*The author recommends that patients on sick-pay should be preferred when fixing an appointment for care. Through this the healing process of the insured could significantly be promoted and significant savings in sick-pay could be achieved.*

### BEVEZETÉS

A Parlament 2011. március 16-án megszavazta a T/2428. számú törvényjavaslatot az államháztartásról szóló 1992. évi XXXVIII. törvény módosításáról [1].

Az új rendelkezés 2011. május 1-jén lép hatályba. A zárószavazás előtt dr. Dancsó József képviselő módosító javaslatot adott be a bruttó táppénz maximális összegének 50%-os csökkentésére. Eszerint módosításra kerül a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény 48. § (8) bekezdése. A jogszabály alapján nagyjából napi bruttó 5.000 Ft-ban, az eddig megállapítható összeg felében maximálják a táppénz összegét. A médiában olvasható indokok szerint azért, hogy ezzel csökkentsék az indokolatlan táppénzkiáramlást. A tapasztalatok alapján azonban tudjuk, hogy a betegek igen gyakran heteket, hónapokat töltenek táppénzes állományban vizsgálati előjegyzésükig, azaz nem csak rajtuk múlik a táppénz indokolatlan hosszúsága. Sok esetben ez alatt az idő alatt nem történik velük semmi, hiszen a diagnózis felállításához vagy a kezelés megkezdéséhez szükséges vizsgálatra várnak.

A meghirdetett Széll Kálmán terv [2] szerint 2011. július 1-ig a Nemzeti Erőforrás Minisztérium és a Nemzetgazdasági Minisztérium felülvizsgálja a táppénz-folyósítás szabályait, és javaslatot tesz azok átalakítására. Ehhez talán jelen tanulmány számításai is segítséget tudnak nyújtani.

A szerző arra tesz kísérletet, hogy bemutassa, az OEP adatbázisában található adatok alapján mennyi a felesleges várakozás, táppénzes idő és mindez az egészségbiztosítónak mennyibe kerül.

### MÓDSZER

A járóbeteg és fekvőbeteg esetekről az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet mellékleteiben előírt adatlap szerinti adatokat havonta jelentik a szolgáltatók az Országos Egészségbiztosítási Pénztárnak. A táppénzes adatokat a háziorvosok és a szakrendelők orvosai a keresőképtelenség és keresőképesség orvosi elbírálásáról és annak ellenőrzéséről szóló 102/1995. (VIII. 25.) Korm. rendelet 14. § alapján heti rendszerességgel jelentik. Azon betegek adatait válogattuk le, akik táppénzes időszakukat a 2008. III. negyedévtől – 2009. II. negyedévig tartó 1 év alatt zárták le, valamint a jogszabály 2. melléklete szerinti táppénz jellege: „Egyéb keresőképtelenség, illetve veszélyeztetett terhesség 8”. Tehát az üzemi-, közúti- és egyéb balesetek, a foglalkozási betegségek, a beteg gyermek ápolása, terhesség, szülés miatti ke-

resőképtelenségek nem kerültek a vizsgált adatbázisba. Nyitott táppénzes idő nem maradt, viszont az adatok nem egy naptári évre vonatkoznak, mivel a táppénz kezdete a vizsgált időszakot megelőzően akár 1 évvel is lehetett.

A vizsgálat szempontjából fontos körülmény, hogy az adatok lezárását követően megváltoztatták a táppénzre vonatkozó szabályozást. A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény 48. § (8) bekezdését 2009. augusztus 1-i hatállyal módosította az országgyűlés. Ettől kezdve maximálták a bruttó napi táppénz összegét a mindenkori minimálbér 400 százalékának harmincad részében, ami hozzávetőleg napi 10 000 Ft-ot jelent.

A jelen vizsgálat során a szerző úgy tekintette, hogy várákosnak számít az az időszak, amit a beteg a táppénzbe vételt követő első szakvizsgálat vagy két szakorvosi megjelenés, illetve kórházi kezelés és az azt követő szakorvosi ellátás között tölt. Ugyan ezen idő alatt elképzelhető, hogy a beteg vagy gyógyul előző ellátását követően, és szakorvosi ellátása programozott, vagy további, időközben szükségesé váló, vagy betegségéből adódó, de elektív, és nem sürgős vizsgálatokon, konzíliumokon vesz részt, vagy akár krónikus betegsége miatt keres fel a szakorvost, amelynek adott akut megbetegedésével nincs is kapcsolata, azonban az vélelmezhető, hogy ezek a ritkább esetek. A szakorvos által ellátott esetekben a háziorvos nem kezeli párhuzamosan a beteget, hanem legfeljebb felírja a szakorvos által rendelt gyógyszert és a szakorvos javaslata alapján táppénzen tartja a páciensét. Kontrollra is a szakorvoshoz küldi. A háziorvosi megjelenések a vizsgálat szempontjából nem számítanak, mivel ezek nem képezik a vizsgálat tárgyát, hiszen a háziorvos bármikor felkereshető, nem kell egy időpontra akár heteket is várni. Miután munkaképtelenné vált aktívan dolgozókról van szó, így a szerző véleménye szerint nem krónikus betegségek kezeléséről, hanem az esetek döntő többségében akut betegségekről illetve krónikus betegségek akut exacerbációjáról van szó. A szerző meghatározta, hogy jelen tanulmány adatainak feldolgozása során az a beteg, akivel 15 napon belül nem történik érdemi (sem szakorvosi kontroll, sem kezelés, sem vizsgálat és kórházba sem fekszik be), nem kap aktív kezelést, az várakozik.

A szerző nem vizsgálta a táppénzen tartás körülményeit, így az esetleges indokoltságot sem. Az adatok forrása az OEP adatbázisa, egy Oracle rendszer. A nyers táblákat a szerző Access illetve Excel programokkal kérdezte le és számolta.

## EREDMÉNYEK

A vizsgált időszakban a szerző összesen 609.121 táppénzes időszak adatait dolgozta fel. A 24,6 millió táppénzes nap során az összes kifizetés 73,8 milliárd Ft volt (1. táblázat).

A bruttó táppénz átlagos napi összege 3.063 Ft, a legkisebb 85 Ft, a legmagasabb pedig 163.279 Ft volt (a napi táppénz maximálása csupán a vizsgált időszakot követően lépett hatályba). 5.000 Ft/nap feletti összeget a napok

Táppénzes esetek száma 2008[1]	1.175,6	ezer db	
Táppénzes napok száma 2008[1]	32.855,5	ezer db	
Táppénzkiadás 2008[1]	102.620,7	millió Ft	
Vizsgált táppénzes esetek száma	690,1	ezer db	58,7 %
Vizsgált táppénzes napok száma	24.553,2	ezer db	74,7 %
Vizsgált táppénzkiadás	73.827,0	millió Ft	71,9 %

### 1. táblázat

A vizsgált események és a 2008. évi összes táppénzes adat

[1] Országos Egészségbiztosítási Pénztár Statisztikai Évkönyv 2008

10,4%-ában állapítottak meg, összesen 80.508 esetben. Ennek a kétszeresénél többet (tehát a jelen szabályozás szerinti 10 000 forintos maximum feletti összeget) már csupán 11 894 esetben találunk.

A kiadások tekintetében a magas összegű táppénzek jelentős hányadot képviselnek. Az 5.000 Ft/nap feletti pénzbeni ellátásra a teljes összeg 10,5%-át fordította az egészségbiztosító. A 10 000 Ft/nap összeg feletti kifizetések 3,1%-ot képviseltek a teljes összegből. Ez tulajdonképpen azt jelenti, hogy változatlanok tekintve a jövedelmeket és a táppénzeket a jelen törvénymódosítás 7-8%-os megtakarítást eredményezne ebben a halmazban. Azt azonban tudjuk, hogy a táppénz maximálása már egy alkalommal, 2009-ben bekövetkezett, melynek következtében a táppénzes napok száma is visszaszorult. A 2008-as 32,8 millió helyett 2010-ben 12,8%-kal kevesebb, csupán 28,6 millió nap volt [3]. Így a csökkentett összeg és kevesebb nap miatt a megtakarítás is legfeljebb 4-5% lehet a jelen helyzettel való összehasonlításban.

A jelentett betegállományok között 282 011 olyan volt, melynek során sem járó-, sem fekvő szakorvosi ellátást nem vett igénybe a biztosított, azaz kizárólag a háziorvos látta. Szülészeti-nőgyógyászati okból (veszélyeztetett terhesség) 114 412 alkalommal (16,6%) vettek igénybe táppénzt. Ezek az események nem relevánsak a vizsgálat szempontjából, mivel állományuk hosszát nem befolyásolta szakorvosi vizsgálatra való várakozás. Tehát összesen 293 698 olyan keresőképtelen időszak volt, melynek során a beteg várakozása vizsgálatra vagy beavatkozásra felmerül (2. táblázat). Az eseményekből csupán a szülészeti-nőgyógyászati megjelenések kerültek kizárásra, mivel a többi szakmából a feldolgozás során igen körülményes lett volna a veszélyeztetett terhesség miatt táppénzben levők adatainak leválogatása. A várakozási idők ezeknél az eseteknél is valóságosak, csupán a táppénzes időszak hosszát nem befolyásolják. Így sajnos a nőgyógyászati betegek sem kerültek bele az adathalmazba, de ezek a diagnózisok csupán 1,8%-ot képviselnek, így a kihagyás érdemi torzulást nem okoz. Miután valószínű, hogy a csupán 16,6%-os részarányban szereplő veszélyeztetett terhések elhanyagolható számban jelentek meg más szakmákban, az összképet nem befolyásolják. Így ezeknek a biztosítottaknak a sebészeti vagy szemészeti várakozása számításra került.

	Db
Táppénz összesen	690.121
Szülészeti-nőgyógyászati okból	114.412
Nem járt szakorvosnál	282.011
Vizsgált	293.698

**2. táblázat**  
**A táppénzes események megoszlása**

A leválogatásban a labor szakma sem szerepel, mivel a mintavételre általában nem kell hosszan várakozni, a lelet elkészültéről viszont nincs adata az egészségbiztosítónak. A várakozási idő többségében 1-2 nap, viszont az esetleg csak 2 hét múlva megérkező leletet már nem jelentik, ezért dátuma nem kerül az adatbázisba, így az e miatt jelentkező várakozást a szerző nem vehette figyelembe.

Az adatokból az is kiolvasható (3. táblázat), hogy ezen közel 300 ezer keresőképtelen időszak alatt 95 ezer CT vagy MR vizsgálat történt. Az utóbbi kettő azért tűnt fontosnak, mert a szóbeszéd és egynémely tapasztalatok azt mutatják, hogy ezekre a vizsgálatokra néha több hónapot is kell várni.

Járó megjelenés	3.302.421
CT vizsgálat	65.971
MR vizsgálat	28.703
Fekvőbeteg ellátás	284.671

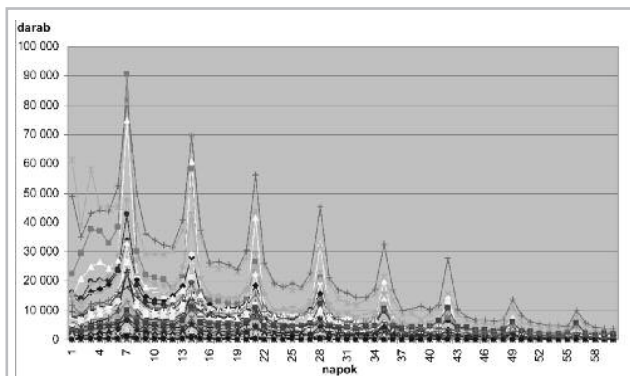
**3. táblázat**  
**A szakorvosi megjelenések megoszlása**

**VÁRAKOZÁSI IDŐ**

A járóbeteg szakorvosi ellátásban (CT és MR is) megjelent betegek körében összesen 3.397.095 betegellátási esemény került feldolgozásra. A keresőképtelen betegek a vizsgált időszakban 22,8 millió napot váraokoztak. Ebből 4,6 millió (20,4%) volt a nőgyógyászati szakellátásra való várakozás, ami többségében (78,5%) a veszélyeztetett terheseknek a számlájára írható.

Mivel a szakorvosok többségének is van táppénzbevételei joga, a várakozások egy része mindenképpen ennek adminisztrációjával van összefüggésben. Miután a táppénz igazolása hetenként történik, nem meglepő, hogy a betegek nagy hányadának visszarendelése 7. illetve 14. napra történik. Így nincs is értelme a 14 napnál rövidebb várakozási időket vizsgálni. Az azonban igen komoly kérdéseket vet fel, ha egy beteget 21., 28., 35. vagy akár 42. napra rendel a szakorvos vissza (1. ábra). Miután a leválogatásban nem szerepelnek a baleset miatt táppénzbe vett betegek (a diagnózisok csupán 2,2%-a csonttörés), a csont gyógyulásához szükséges 4-6 hetes várakozásokról nem lehet szó. Az 1. ábrán a szülészeti okból történő várakozás sem került feltüntetésre. Látható hogy a biztosítottak jelentős része pontosan 1-2-3-4 vagy több hét után jelenik meg a szakorvosnál. Ez a szerző szerint egyszerű szervezési okokkal és az odafigyelés hiányával magyarázható, hiszen egyszerűbb a beteget 2-3-4 vagy több hét múlva ugyanarra a napra visszarendelnie az orvosnak. Sajnálatos módon az Irányelvek [4] a különböző betegségeknel 7-14, 14-21, 28-49, 28-

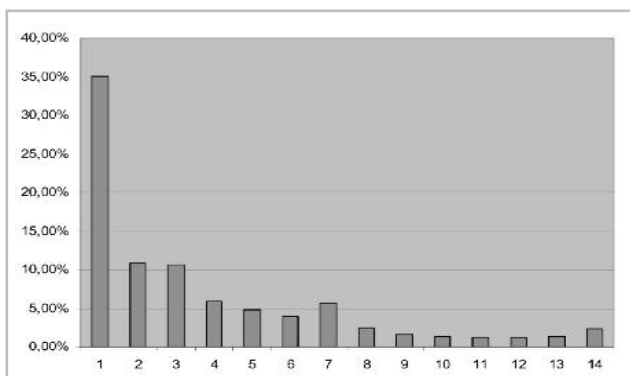
35, 21-42, 35-56, stb. napos keresőképtelenséget ajánl. Az ellenőrző főorvosi hálózat ezen Irányelvek szerint vizsgálja a táppénzes jogosságát. Ez önmagában is determinálja, hogy a beteget 7.-14.-21.-28. stb. napra rendelik vissza az orvosok.



**1. ábra**  
**A várakozás napjainak megoszlása szakmánként a szülészeti-nőgyógyászati adatok nélkül**

A szerző azonban kétségbe vonja, hogy szakmailag helyes bármilyen betegségben hetekig magára hagyni a beteget. Azt sem tartja elfogadhatónak, hogy a szakorvos a köztes időben nem ellenőrzi a táppénzes állományban levő beteg állapotát. Még az sem tartható követendőnek, ha ebben az időszakban a biztosított a háziorvoshoz jár kontrollra. A szakmai vezetésnek foglalkoznia kellene ezzel a sokak által lenézett és utált táppénzkérdéssel. Az Irányelveken [2] kívül nincs hatályos szakmai anyag, ami segítené a keresőképtelenség elbírálásának gyakorlatát. Az egészségbiztosítási szempontok pedig sehol nem jelennek meg. Senki nem vizsgálja, hogy egészség-gazdaságtani szempontból mi lenne a jobb megoldás.

A rövid idejű várakozás jelentős része teljesen elfogadható, a keresőképtelenség idejét nem befolyásolja jelentősen (2. ábra).

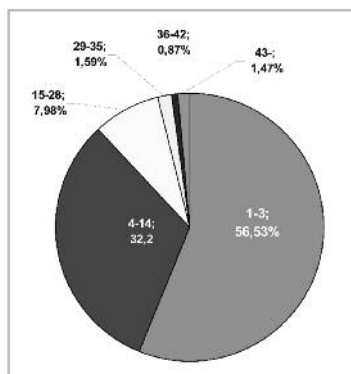


**2. ábra**  
**A rövid idejű várakozás naponkénti megoszlása a szülészeti-nőgyógyászati adatok nélkül**

A biztosítottak több mint 35,0%-a egy napon belül, további 11,0% és 10,5%-a pedig a második illetve harmadik napon jelenik meg szakorvosnál vagy vizsgálaton. Összesen

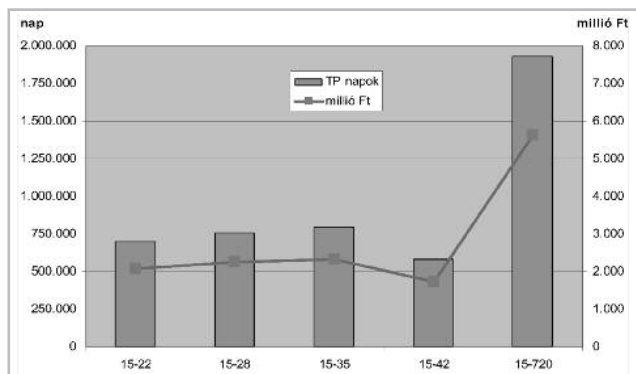
ségében tehát a betegek 56,5%-a az előző orvosnál történt megjelenést követő 3 napon belül valamilyen ellátásra kerül (3. ábra). Ez elfogadható mind szakmailag, mind a beteg szempontjából. Az első 14 napon a biztosítottak 88,7%-a ismételten megjelenik az ellátórendszerben. A kitűzött feltétellel szerint a kontrollra való várakozás, az esetleges gyógyszeres terápia időtartama ebbe az időszakba tartozik.

A 15. naptól való várakozás így az összes szolgáltatónál történő megjelenések csupán 11,9%-át teszi ki.



**3. ábra**  
A várakozási idők megoszlása a keresőképtelenség alatt a szülészeti-nőgyógyászati megjelenések nélkül

Mit jelent azonban ez táppénzes napban? Leválogatásra kerültek azok az esetek (a szülészeti-nőgyógyászati megjelenések kivételével), melyekben a beteg 15-22 napot, 15-28 napot, 15-35 napot illetve ennél többet várakozott. Ezt követően a szerző kiszámította a hosszán várakozó betegek 14 napot meghaladó várakozási idejét illetve táppénz összegét (4. ábra).



**4. ábra**  
A várakozási idő napban és forintban a szülészeti-nőgyógyászati megjelenések nélkül

Ha megnézzük, hány többlet napot várakoztak ellátásra azok a betegek, akik az önkényesen kijelölt 14 napon felül jelentek meg szakorvosnál, akkor az eredmény 4,8 millió nap (nem számolva a szülészeti-nőgyógyászati megjelenéseket). Ezeknek a napoknak az adott biztosított napi táppénz összegével számolt költsége 14,0 milliárd Ft volt. Ez a teljes vizsgált időszak alatt kifizetett táppénz egynegyede (24,0%). Ha azt nézzük, hogy a hosszán várakozó betegek mennyi táppénzt vettek igénybe összesen (tehát az első 14 napot is számolva, hiszen az első naptól várakoztak és vélhetőleg az előjegyzés időpontját az előző megjelenéskor kapták) az első szakorvosi megjelenésig, 27,8 milliárd Ft-ot

kapunk. Ebből a 28. napig való várakozás költsége az összegnek a fele (49,6%), míg a maradék, azaz több mint 14,0 milliárd Ft a 28 napnál többet várakozók táppénze (4. táblázat).

Nap	TP mFt	TP%
1-3	8.907	15,2%
1-14	21.699	37,1%
1-22	8.859	15,2%
1-28	4.924	8,4%
1-35	4.133	7,1%
1-42	2.668	4,6%
1-365	7.226	12,4%
	58.416	100,0%

**4. táblázat**  
A várakozó betegek első naptól számított táppénze a szülészeti-nőgyógyászati megjelenések nélkül

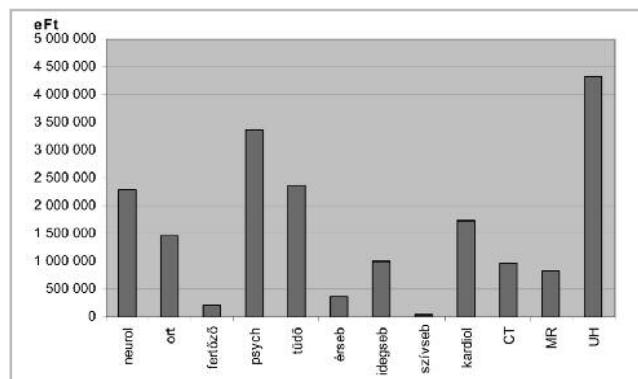
A diagnózis szerinti megoszlás vizsgálata azt mutatja, hogy a két héten belül kontrollált és a 14 napon túl szakorvosnál megjelent esetek megoszlása lényegesen nem különbözik. A hosszú várakozások (a szülészeti és a nem betegséget jelölő diagnózisokat – O, P valamint U-Z – nem számolva) 38,91%-át, a mozgásszervi betegségek (M csoport) okozzák (5. táblázat). Ezt a keringési betegségek (I csoport) követik 10,84%-kal. A harmadik helyen a rosszindulatú daganatos betegek vannak. Ez a három betegcsoport alkotja a várakozók közel 60%-át. Egyidejűleg ezek azok a betegek, akiket a szerző véleménye szerint munkaképtelen időszakuk alatt nem lehet hetekig kontroll nélkül „gyógyulni hagyni”.

BNO csoport	%
A	0,42%
B	0,51%
C	8,51%
D	2,49%
E	3,39%
F	7,27%
G	3,14%
H	2,56%
I	10,84%
J	3,80%
K	3,53%
L	1,32%
M	38,91%
N	3,86%
Q	0,22%
R	3,27%
S	5,59%
T	0,37%

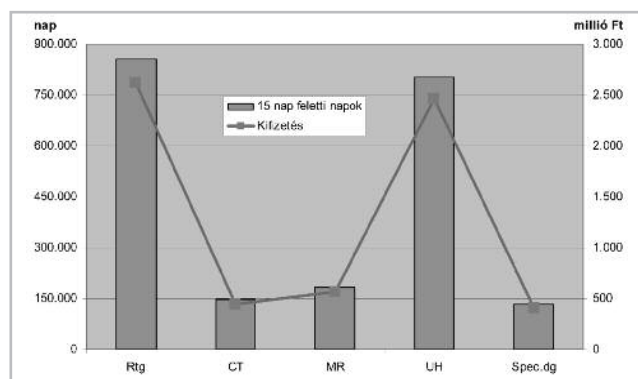
**5. táblázat**  
A 14 napon túli várakozás diagnóziscsoport szerinti megoszlása a szülészeti-nőgyógyászati és betegséget nem jelölő diagnózisok nélkül

A betegek következő szakorvosi vizsgálatig tartó átlagos várakozási ideje 6,7 nap. Ezzel szemben, aki 15 napon belül nem kerül ellátásra, vizsgálatra (a betegek 11,9%-a), annak átlagosan már 29,7 napot kell várakoznia. A szakmánkénti box-plot ábrázoláson (5. Ábra) látható, hogy a betegek várakozása egyes szakterületeken jelentős százalékban meghaladja a 15 napot.

Láthatóan kiemelkedik a pszichiátria, idegsebészet, MR és különösen a szívsebészet, ahol jelentős százalékban 14 napnál tovább tartott, mire a betegek ellátást kaptak. Ha megvizsgáljuk, hogy az összes várakozás mennyi táppénzkifizetést eredményezett ugyanezekben a szakmákban (5. ábra), akkor egyértelműen kiderül, hogy melyek azok, ahol a biztosító költségei jelentősek. Például az ultrahang több mint 4 milliárd forintos összes várakozási költségének (ami a teljes ki-



5. ábra  
Egyes szakmákra való várakozásra költött pénz



6. ábra  
A diagnosztikai szakmák 15 napon túli várakozási napjai és ezek táppéNZ vonzata átlag napidíjjal számolva

fizetés 6,2%-a) töredéke elegendő lenne a kapacitás jelentős növelésére.

Külön megvizsgálva a diagnosztikai szakmák 15 napon túli várakozási idejét (6. ábra) látható, hogy a várakozás nem kevés napot vett igénybe. Átlagos napi táppéNZösszeggel (3063 Ft) számolva meglehetősen sok pénz kerül kifizetésre. Azzal együtt, hogy bizonyára vannak olyan betegek, akiknél a keresőképtelenség nem a vizsgálatra várakozás, hanem egyéb okok miatt áll fenn, a finanszírozott diagnosztikai kapacitások bővítésével milliárdos megtakarítások lennének elérhetőek.

Természetesen a többi szakmában sem állítható, hogy minden várakozási időre jutó kiadás megtakarítható lenne, mert lehetnek olyan betegek, akik az orvosnál való korábbi megjelenés esetén is keresőképtelenek maradnának. Az azonban határozottan állítható, hogy a várakozási időre költött pénzek egy része felesleges kiadás. Például a szülészet-nőgyógyászatot nem számítva, a szakellátásra való 42 napon túli várakozás (ami szakmailag igen aggályosnak tűnik) összesen 2,4 milliárd forint táppéNZt jelentett.

A szerző nem foglalkozott azzal a körülménnyel, hogy egyes betegségekben a több hetes, esetleg több hónapos várakozás milyen állapotrosszabbodást és mennyi felesleges szenvedést okoz a betegnek, és ez adott esetben milyen mértékben drágíthatja meg a további kezelést.

A várakozásra elköltött milliárdokból célszerűnek látszana egy kis hányadot azoknak a szakmáknak a kapacitásbővítésére fordítani, melyek szűkös ellátó képessége miatt hosszú a várakozási idő.

## KÖVETKEZTETÉSEK

A vizsgált időszakban a táppéNZ közel fele, 27,8 milliárd forint olyan betegek számára lett kifizetve, akik 15 napon túl jutottak szakorvosi ellátáshoz. Ezeknek a betegeknek a nagy része (lásd a módszereknek) nagy valószínűséggel várakozott az ellátásra, vizsgálatra (az üzemi-, közúti- és egyéb balesetek, a foglalkozási betegségek, a beteg gyermek ápolása, terhesség, szülés miatti keresőképtelenségek, valamint a kizárólag háziorvos által kezelt esetek nem kerültek a vizsgált adatbázisba).

Megfontolandó, hogy a betegek gyógyításának eredményessége és a táppéNZkassza védelme érdekében lerövidítésre kerüljenek a szakellátási várakozási idők. Amennyiben a táppéNZes betegek a különböző előjegyzéseknél előnyt élveznének és 3 munkanapon belül sorra kerülhetnének, táppéNZes napok milliói és forintok milliárdjai lennének éves szinten megtakaríthatók.

Ahogy arról már szó volt, a táppéNZ maximalizálása előtti időszakban az 5000 Ft/nap feletti pénzbéli ellátásra a teljes összeg 10,6%-át, 7,7 milliárd Ft-ot fordított az egészségbiztosító. Ez valamivel nagyobb összeg, mint a teljes várakozásra költött 27,8 milliárd Ft negyede. A jelenlegi jogszabályváltozás várható eredménye ennél is kevesebb. A várakozási idők nagymértékű rövidítése sokkal jelentősebb megtakarítást eredményezne, mint a napi maximális táppéNZösszeg csökkentése.

Az új szabályok hatálybalépése után igen méltánytalannak látszik az a jelenlegi gyakorlat, hogy a betegek táppéNZes napjainak legalább egynegyede valamilyen vizsgálatra, beavatkozásra való várakozással telik, a napi táppéNZ újabb megszorítása miatt sokszor a beteget önhibáján kívül éri evvel anyagi hátrány, lehetetlen helyzetbe hozva őt.

Javasolható tehát, hogy a táppéNZes kassza védelmében és a biztosítottak mihamarabbi gyógyulásának elősegítésére jogszabály kötelezze a szolgáltatókat a táppéNZes betegek soron kívüli ellátására.

## IRODALOMJEGYZÉK

- [1] 2011. évi XXXI. törvény az államháztartásról szóló 1992. évi XXXVIII. törvény módosításáról  
[2] [http://www.euroastra.info/files/Szell\\_Kalman\\_Terv\\_dokumentum\\_2011301.pdf](http://www.euroastra.info/files/Szell_Kalman_Terv_dokumentum_2011301.pdf)

- [3] [http://www.weborvos.hu/egeszsegpolitika/tappenezesek\\_elvek\\_ota\\_egyre\\_kevesebben/172384/](http://www.weborvos.hu/egeszsegpolitika/tappenezesek_elvek_ota_egyre_kevesebben/172384/)  
[4] Irányelvek a funkcióképesség, a fogyatékoság és a megváltozott munkaképesség véleményezéséhez Budapest, 2004

## A SZERZŐ BEMUTATÁSA



**Dr. Gresz Miklós** 1981-ben szerzett általános orvosi diplomát. 1985-ben általános sebészi, 2005-ben egészségbiztosítási szakvizsgát tett. 1999-ben Felsőfokú általános menedzser végzettséget szerzett. 2000-ban a Budapesti Közgazdasági Egyetemen Okleveles orvos-közgazdász diplomát kapott.

1981-90-ig általános sebészetben, 1990-2001-ig az Országos Mentőszolgálat Kórháza Traumatológiai osztályán dol-

gozott. Azóta az Országos Egészségbiztosítási Pénztár Finanszírozási Főosztályán köztisztviselő. Medikus kora óta teljesít kivonuló mentőorvosi szolgálatot. 1994 óta végez szakértői munkát biztosítók részére. 2007-ben felvételre került az igazságügyi szakértői névjegyzékbe egészségbiztosítás és sebészet szakterületen. Köztisztviselői munkája mellett részt vesz a szakorvosképzésben, valamint a finanszírozási rendszer és a betegellátási jelentések elemzésével foglalkozik, mely témákban több előadást tartott, cikkei jelentek meg.

**A Magyar Kísérletes és Klinikai Farmakológiai Társaság Bíráló Bizottsága és Vezetőségének döntése alapján a Bayer véralvadásgátló készítménye, a nyerte el az „Év Gyógyszere 2010” díjat.**



A Magyar Kísérletes és Klinikai Farmakológiai Társaság (MFT) 1997-ben alapította az „Év Gyógyszere” díjat. A védjegy oltalom alatt álló díj megalapításával a társaság a betegségek gyógyításában a legkorszerűbb, leghatékonyabb és leginkább betegbarát készítmények elterjedését, az új terápiás eljárások hazai meghonosodását kívánja elősegíteni. A díjat évente írják ki, amire a Magyarországon bejegyzett gyógyszergyártó- és forgalmazó cégek pályázhatnak. A részletes pályázatnak tartalmaznia kell a gyógyszer hatásmechanizmusának ismertetését, klinikai eredményeit, valamint annak bemutatását is, hogy a gyógyszer miért jelent lényeges előrelépést az adott terápiás területen.

Az értékelés szempontjai között szerepel a hatóanyag hatásmechanizmusának újdonsága (azaz a gyógyszer áttörő kémiai és/vagy biológiai tudományos felfedezést testesít-e meg), annak értékelése, hogy a gyógyszer hazánkban hiánypótló-e az adott terápiás területen, a készítmény mellékhatás-profilja, a hatóanyag metabolizmusa és farmakokinetikája, valamint a készítmény terápiás és költséghatékonysága is. A beérkezett pályázatokat külső szakértők véleményét is kikérő Bíráló Bizottság értékeli, a díj odaítéléséről a Társaság Vezetősége titkos szavazással dönt. A rivaroxaban szájon át szedhető véralvadásgátló készítmény, melyet a Bayer HealthCare wuppertali laboratóriumában találtak fel és szintetizáltak, a Johnson & Johnson Pharmaceutical Research & Development, L.L.C.-vel együttesen fejlesztenek tovább. Az első szelektív aktivált X faktor inhibitor, mely új korszakot nyit a hatékony véralvadásgátlás területén. A Xa faktor központi szerepet játszik a koagulációs kaszkádban, összeköti az intrinsic és az extrinsic véralvadási kaszkád útvonalait. Fő funkciója a prothrombin aktiválása thrombinná. Működésének gátlása mindkét alvadási vonalat megszakítja. A X faktornak nincs a véralvadási kaszkádon kívüli egyéb szerepe, ezért gátlása nem befolyásolja más biológiai rendszerek működését. A Xa faktor a vérrög-képződést széles koncentrációs tartományban aktiválja, ebből következően inhibitora is széles terápiás ablakkal bír, széles dózistartományban, biztonságosan fejti ki hatását. A rivaroxaban hatásának kezdete gyors, dózis-válasza jól megjósolható, biohasznosulása magas, nem igényel rutinszerű véralvadási monitorizálást és csak minimális étel-, illetve gyógyszer-interakcióval rendelkezik.

A rivaroxaban Xarelto® márkanéven került forgalomba vénás tromboembóliák megelőzésére, elektív csípő- és térdprotézis műtéten átesett felnőtt betegek számára. A készítmény a RECORD vizsgálati program során következetesen hatékonyabbnak bizonyult az enoxaparinnál ebben az indikációs körben. A Xarelto® jelenleg 109 országban törzskönyvezett világszerte és már 80 országban sikeresen bevezették. A bevezetése óta közel 1 millió elektív ortopédsebészeti beavatkozáson átesett beteg részesült tromboprofilaxisban Xarelto®-val.

A rivaroxaban kiterjedt klinikai vizsgálati programja révén jelenleg a világon a legszélesebb körben tanulmányozott orális Xa faktor gátló. Összességében több mint 65 000 beteg vesz részt a klinikai fejlesztési programban, amely a vénás és artériás tromboembóliás betegségek megelőzésében és kezelésében vizsgálja a rivaroxaban hatékonyságát, beleértve a vénás tromboembóliák kezelését, a pitvarfibrilláló betegek stroke prevencióját és az akut koronária szindróma másodlagos megelőzését.

A készítmény korábban elnyerte a Német Köztársaság Innovációs nagydíját, valamint a Nemzetközi Galenus-díjat a Legjobb Gyógyszerkészítmény kategóriában.

Az „Év Gyógyszere” díj elnyerése kiemelkedő példája a Bayer innováció iránti elkötelezettségének. A vállalat célja a magas színvonalú, bizonyított klinikai- és költséghatékonysággal rendelkező, új, korszerű gyógyszerek kifejlesztésével a betegek hosszabb és jobb minőségű élethez segítése.