

A kemoterápiás kezelések új, költséghatékony ellátást támogató finanszírozási rendszerének kialakítása Magyarországon

Dózsa Csaba, Budapesti Corvinus Egyetem

Kiss Zsolt, Nagy Júlia, Kerekesné Ketzler Éva, Országos Egészségbiztosítási Pénztár

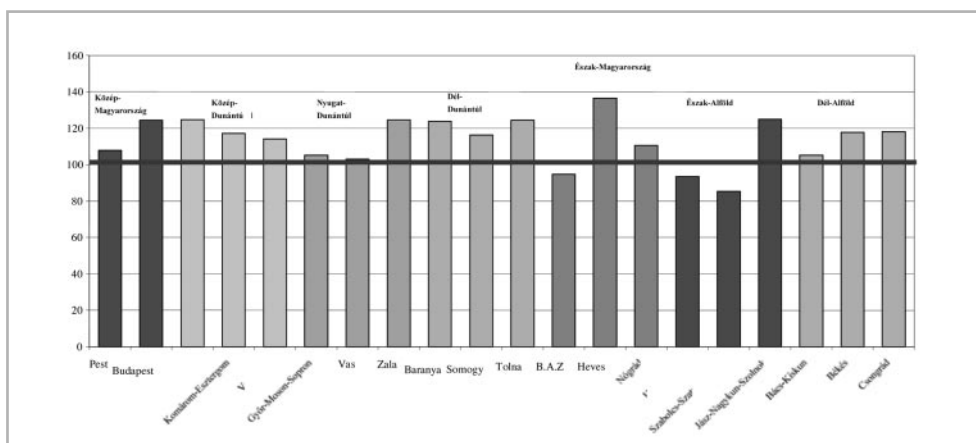
Borcsek Barbara, Egészségügyi Minisztérium

Magyarországon több mint 10 éve, 1993 óta, az aktív fekvőbeteg szakellátás finanszírozása a DRGs típusú HBCS-rendszer alapján, ún. output finanszírozási rendszerben történik. Az aktív fekvőbeteg szakellátás finanszírozása országosan egységes paraméterek szerint, egységes „alaplíjjal” történik. A finanszírozási díjakat meghatározó súlyszámokat jellemzően költségfelmérésre alapozva határozták meg. Az utóbbi években elmaradt a rendszeres, átfogó díjparaméter-karbantartás, amely a finanszírozás igazságos működésének alapfeltétele. A finanszírozási díjakat elsősorban egyes kiemelt költségtényezők árának változása miatt módosították. Ebben a periódusban a figyelem középpontjába került a szakmai protokollok alkalmazhatóságának lehetősége egyes drága, jól meghatározható eljárásrend szerint végezhető ellátások finanszírozási díjparamétereinek meghatározásában. 2005. december 1-től a szolid tumorok kemoterápiás kezelésének finanszírozása jelentősen átalakult. A díj mértékét, az elszámolhatóság számos kritériumát a szakmai eljárásrendek határozzák meg. A módosítást az ún. „Teljesítmény-elszámolási Rendszert Felülvizsgáló Bizottság” kezdeményezte, az előkészítésben jelentős szakmai segítséget biztosított az ONKI és a Sugárterápiás és Onkológiai Szakmai Kollégium. A számításokat az OEP Finanszírozási Informatikai Főosztálya végezte.

Hungary spends 18% of the public expenditures of the inpatient care on the treatments of cancer diseases for around 100 thousand cases/year. In consequence of

the new, very expensive drugs the cost-effective application, the reduction of practice variation and the need for the development of the quality of treatment induced a new type of reimbursement system. In 2006, a new reimbursement scheme were introduced for chemotherapies based on DRGs according to cost-demand considering professional protocols (for 300 protocols 12 groups were set up). The charges cover the costs of one cycle without reference to the type of provision (inpatient, outpatient, courses) or the number of attendance. The indications and the adaptability of protocols are well-defined. Chemotherapies are reimbursed only in institutions that have competences to carry out the protocols. The new system has been operating for 1 year since then the professional and financial assessment has been continuous. The quality, appropriateness and effectiveness of care are well-controllable on patient level in the totally 25 oncology centres. The protocol-based reimbursement was attained but a continuous follow-up and update of the programme is indispensable.

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár az aktív fekvőbeteg-ellátás finanszírozásának mintegy 18%-át költi daganatos betegségek kezelésére, amelyből 37%-os arányt képvisel a szolid tumorok kemoterápiája. Az egészségügyi szakellátásban évente mintegy 114 ezer beteg jelenik meg daganatos megbetegedéssel. A daganatos betegek ellátásában jelentős területi és szakmai egyenlőtlenségek tapasztalhatók.



1. ábra
10 ezer főre jutó daganatos ellátás (fő), 2005

A HBCS-rendszer szerinti finanszírozásban a finanszírozó számára nagy kihívást jelent a modern, drága terápiák, így pl. az új daganatellenes készítmények finanszírozása a költséghatékonysági prioritások figyelembevételével. A HBCS-rendszer alkalmazásában tapasztalatok alapján kiderült, hogy a drága, nagy értékű daganatellenes készítmények finanszírozása, a HBCS rendszeren belül, speciális besorolási, elszámolási szabályok alkalmazásával lehet költséghatékony. Korábban a kemoterápiás kezelések finanszírozása szervrendszeri lokalizáció szerint, szervrendszerre meghatározott átlagköltség alapján történt. Ebben az időszakban az onkológiai kezelésekre néhány rendkívül drága készítményt az Országos Egészségbiztosítási Pénztár természetben biztosította, az ún. koordinációs centrumokon keresztül (taxánok, campto, caelyx) vagy receptre (Herceptin, Xeloda), és nem a HBCS-rendszeren keresztül.

SAKMAI ÉS FINANSZÍROZÁSI PROBLÉMÁK

Az ellátásban számos probléma keletkezett az ellátási kompetencia szabályozásának, érvényesítésének hiánya miatt is. Így a daganatos betegek számára jelentős esetben végeztek kemoterápiás kezelést szakmai feltételekkel nem rendelkező szolgáltatók.

Jelentős szakmai problémát okozott az is, hogy az egészségügyi szolgáltatók magas arányban nem a szakmai kollégiumok által bevizsgált, javasolt, nyilvántartott protokollokat végezték. (A nem protokoll szerint végzett ellátások egy, pontosan nem becsülhető részét a hiányosan dokumentált esetek, másik részét a ténylegesen nem protokoll szerint végzett kezelésekké tették ki.) A kemoterápiás kezeléseket „többcsatornás” finanszírozása, az eltérő adatszolgáltatás nem biztosította a kezelésekre ellenőrzéséhez, minőségi kontrolljához szükséges feltételeket, az ellátási utakat folyamatba épített ellenőrzését.

A szervrendszeri kezelések átlagköltség szerinti finanszírozása a magas költségű protokollok esetén a betegek számára esetenként hozzáférési problémát okozott. A magasabb színvonalú ellátást végző onkológiai központok nem tudták a magas költségű készítményeket az „átlagos finanszírozásból” biztosítani, miközben az alacsonyabb költségű kezeléseket végző ellátók extra bevételre tehettek szert. A betegek magasabb költségű, de eredményesebb hatóanyaggal történő ellátását visszautasíthatták az alacsony átlagos finanszírozásra történő hivatkozással, a betegek az indokolt esetekben sem jutottak a magasabb költségű kezelésekre.

CÉLOK – MEGOLDÁSOK

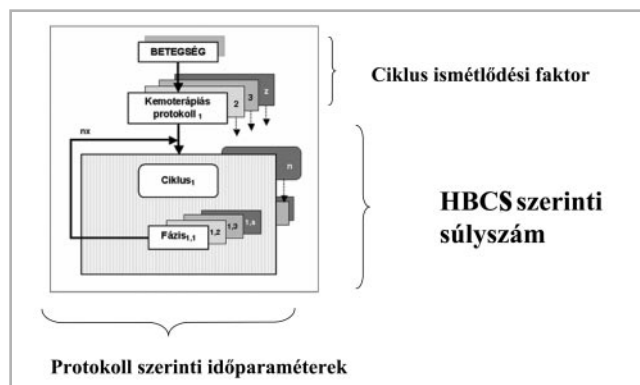
A módosítás kiemelt célkitűzése az onkológiai betegek ellátásának, az ellátás eredményességének lényeges javítása a szakmai elvek és a finanszírozási követelmények összehangolásával:

- Az ellátás minőségi színvonalának javítása, követelmények számonkérése.
- Finanszírozási preferencia a szakmai szempontból megfelelő ellátásnak.
- Az ellátás hatékonyságának és az orvosok költségtudatosságának javítása.
- Átlátható, ellenőrizhető ellátási és finanszírozási rendszer kialakítása.
- Költséghatékonyságot támogató gyógyszerbefogadási politika.

FINANSZÍROZÁSI MODELL

A kemoterápiás kezelésekre költséghatékonyságának biztosítására, a szakmai követelmények érvényesítésére új finanszírozási modellt vezettek be:

- A finanszírozás egysége egy kemoterápiás ciklus, a súlyszám egy kemoterápiás ciklusra biztosítja a fedezetet.
- A kemoterápiás ciklus jellemzőit szakmai protokoll határozza meg. Az Országos Onkológiai Intézet a Sugárterápiás és Onkológiai Szakmai Kollégiummal mintegy 300 kemoterápiás protokollt adott ki. A protokoll definíciója tartalmazza az engedélyezett indikációs kört, az alkalmazandó kemoterápiás szereket megnevezését, mennyiségét, az ellátás időbeni ütemezését. Az E. Alap támogatásába befogadott hatóanyagok protokolljainak leírása kézikönyvben jelent meg, minden protokoll ciklusának, ezen belül a ciklushoz (a kemoterápiás ellátási folyamat ismétlődő szakasza) tartozó fázisoknak (cikluson belül kezelési szünetnapokkal elhatárolt ellátási folyamat) önálló beavatkozás-kódja van. A kórházi adatlapban a fáziskódokkal történik az ellátás dokumentálása (fázis kezdőnapja, kezelési napok száma) (lásd 2. ábra).
- A finanszírozás összege független attól, hogy a ciklus időtartama alatt a beteget fekvőbetegként vagy járóbetegként kezelték, az ellátás egy vagy több hospitalizáció alatt történt.
- Minden készítmény esetén egyértelműen meghatározott, jogszabályban szabályozott eljárás eredményeként alakítják ki azt az indikációs kört, amelyben az egészségbiztosítás támogatásába befogadást nyert. Az egyes hatóanyagok a protokoll szerinti kezelési sémának megfelelően, a befogadott indikációban finanszírozhatók az E. Alap terhére.
- A nem protokoll szerint végzett ellátások után csak egy rendkívül alacsony finanszírozás fizethető.
- Amennyiben egy hospitalizáció során több kezelési ciklust is elvégeztek a beteg részére, a kezelésnek megfelelően, több HBCS-csoport súlyszáma is elszámolható, valamint csak részleges, fázisarányos térítésre is lehetőség van.



2. ábra
A finanszírozás fő elemei közötti kapcsolatok

- Az azonos HBCS-csoportba tartozó protokollok súlyszáma azonos, de a többi finanszírozási paraméter értéke eltérő is lehet, attól függően, hogy a kezelési séma szerint milyen időpontokban szükséges az ellátást végezni, milyen kezelésmentes időszakok beiktatásával, milyen ciklushosszban.
- A szakma kijelölte azokat az onkológiai centrumokat, amelyek a minimumfeltételek, szakmai kritériumok alapján a protokollok ellátására kompetensek. Így pl. a tüdő-kórházak értelemszerűen csak a tüdődaganatokra kiadott protokollok végzésére kompetensek. A korábbiakhoz képest az ellátásban résztvevő intézetek listája jelentős mértékben szűkült. A kemoterápiás kezelések kizárólag az adott protokoll szerinti kezelésre ellátási kompetenciával rendelkező intézetek számára finanszírozhatók. A főváros kivételével megynként 1-2 ellátási centrumot alakítottak ki.
- Az elszámolás során ellenőrzik, hogy a kemoterápiát kompetens ellátó a befogadott indikációban végezte, az előírt kezelési rendnek megfelelően.

7372* Kemoterápia, MVAC protokoll szerint

Protokoll időtartama : 22 [nap]
 Protokollok közti szünet : 6 [nap]
 Fázisok száma : 3

Diagnózisok :

C65H0 A vesemedence rosszindulatú daganata
 C66H0 A húgyvezeték (ureter) rosszindulatú daganata
 C6700 Húgyhólyag trigonumának rosszindulatú daganata
 C6710 Húgyhólyag tető (vertex) rosszindulatú daganata
 C6720 Húgyhólyag oldalfalának rosszindulatú daganata
 C6730 Húgyhólyag mellső falának rosszindulatú daganata
 C6740 Húgyhólyag hátsó falának rosszindulatú daganata
 C6750 Húgyhólyag nyakának rosszindulatú daganata
 C6760 Húgyvezeték nyílás (orificium) rosszindulatú daganata
 C6770 Ureachus rosszindulatú daganata
 C6780 A húgyhólyag átfedő elváltozása, rosszindulatú daganata
 C6790 Húgyhólyag rosszindulatú daganata, k.m.n.

Fázisok leírása :

Beavatkozás kód: 73721 Kemoterápia, MVAC protokoll szerint (1. fázis)

Fázis azonosító: 1 Fázis hossza : 2 [nap]

MTX	Methotrexate	Adagolás:	30	mg/m2
ADM	Doxorubicin	Adagolás:	30	mg/m2
VBL	Vinblastine	Adagolás:	3	mg/m2
CDDP	Cisplatin	Adagolás:	100	mg/m2

Beavatkozás kód: 73722 Kemoterápia, MVAC protokoll szerint (2. fázis)

Fázis azonosító: 2 Fázis hossza : 1 [nap]

MTX	Methotrexate	Adagolás:	30	mg/m2
VBL	Vinblastine	Adagolás:	3	mg/m2

Beavatkozás kód: 73723 Kemoterápia, MVAC protokoll szerint (3. fázis)

Fázis azonosító: 3 Fázis hossza : 1 [nap]

MTX	Methotrexate	Adagolás:	30	mg/m2
VBL	Vinblastine	Adagolás:	3	mg/m2

Ellátási napok a ciklus kezdetétől:		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Fázisok:		1	1													2
MTX	Methotrexate	*														*
ADM	Doxorubicin		*													
VBL	Vinblastine		*													*
CDDP	Cisplatin		*													

Ellátási napok a ciklus kezdetétől:		16	17	18	19	20	21	22
Fázisok:							3	
MTX	Methotrexate						*	
ADM	Doxorubicin							
VBL	Vinblastine						*	
CDDP	Cisplatin							

1. táblázat
Minta egy protokoll egy ciklusának definiálási formájára

A KEMOTERÁPIÁS HBSC-CSOPORTOK SÚLYSZÁMÁNAK MEGHATÁROZÁSA

A kemoterápiás kezelések költségének jelentős hányadát jellemzően a hatóanyagok (gyógyszerek) költsége teszi ki. A súlyszámok meghatározásában a központi kérdést a kemoterápiás költségek meghatározása jelentette, mivel az adagolás mennyisége a beteg testsúlyától, testfelületétől függ, az azonos hatóanyagok készítményeinek költsége jelentősen eltérhet. Korábbi felmérésekből ismert adatok alapján a ciklusok költségét 74 kg átlagos testtömegű beteg kezelésére számolták ki, a legolcsóbb hatóanyagár alapján.

A szupportív terápiák költségét a súlyszám fedezi, kivéve az erythropoietin- (EPO-) fogyasztás költségét. Erre az ellátásra a befogadott indikációkban kiegészítő HBSC számolható el. (A HBSC kihirdetésre került, de még nincs hatályban.)

Az ápolási idő meghatározása a kezelési napok száma alapján történt, figyelembe véve átlagosan 2 ápolási napot a szövődmények kezelésére, számolva azzal is, hogy a kezeléseket mintegy harmadát kúraszerű ellátásként, járóbetegek részére végzik. A tényleges ápolási időt azért nem lehetett figyelembe venni a kalkulációhoz, mert a korábbi adatközlésekben magas arányban nem protokoll szerinti ellátásra történt a jelentés, így csak becsülni lehetett a kezelésmentes napok átlagos nagyságát, a szövődmények ellátásához szükséges időt. (A kalkulációban figyelembe vett, képzett ápolási napok pontosságát az utólagos kontroll visszaigazolta). Az ápolási idő arányában vették figyelembe a hotel-szolgálati költségeket, ápolási költségeket. Az egyéb diagnosztikai és terápiás költségeket a korábbi felmérésekből ismert mértékben vették figyelembe.

A KEMOTERÁPIÁS CSOPORTOK KÉPZÉSE

A kemoterápiás HBSC-csoportok képzése nem indikáció szerint, hanem a protokollok költségigénye alapján történt.

Csoport	Össz ár				Számított súlyszám
	Szórás	Átlag	Relatív szórás	Darab	
A	3513,44	71504,93	0,05	14,00	0,53
B	4694,81	90984,97	0,05	32,00	0,68
C	3743,01	106931,27	0,04	30,00	0,80
D	8143,69	126426,74	0,06	47,00	0,94
E	8021,10	155341,31	0,05	32,00	1,16
F	8717,00	184905,48	0,05	21,00	1,38
G	12992,17	223916,52	0,06	23,00	1,67
H	15717,62	275443,56	0,06	16,00	2,06
I	31774,76	361295,83	0,09	30,00	2,70
J	43853,30	506668,00	0,09	6,00	3,78
K	119834,15	945088,00	0,13	4,00	7,05
L	99395,64	2024115,75	0,05	4,00	15,11

2. táblázat

Az új HBSC-csoportok homogenitása a költségigény szerint a relatív szórás alapján

A közel 300 kemoterápiás protokollra 12 csoportot képeztek úgy, hogy az egyes csoportokon belül a szórás nagysága minimális legyen. A kialakított csoportok relatív szórás értéke 0,04-0,12 között van.

A legmagasabb finanszírozású HBSC-csoport költségigényességi súlyszáma (15,10534) mintegy 28-szor magasabb, mint a legalacsonyabb súlyszámmal (0,53362) rendelkező csoporté (2. táblázat).

A csoportok súlyszámát 1,75 m² testfelületre vagy 74 kg testtömegre szükséges hatóanyagmennyiség alapján, a legolcsóbb hatóanyag egységár figyelembevételével határozták meg (3. táblázat).

A kemoterápiás HBSC-csoportok nem homogének sem a kezelés indikációja, sem a kezelési időtartam alapján. A protokoll-alapú HBSC-csoportok esetén speciális értelmezése van az idő paramétereknek:

Alsó határnap: ciklushoz tartozó első fázis kezelési napjainak száma.

Normatív nap: ciklushoz tartozó valamennyi fázis kezelési napjainak száma.

Felső határnap: normatív nap és az utolsó fázist követő kezelésmentes napok száma.

A HBSC-rendszernek jellemzője, hogy általában a csoportba tartozó események az ellátás várható időtartama szerint is homogének, közel hasonló ellátási utakat tartalmazó eseményeket foglalnak magukba. A kemoterápiás HBSC-csoportok esetén egy csoportba kerültek különböző ciklushosszal rendelkező ellátások, amelyeknek eltérő a normatív napja, az alsó, felső határnap.

A kemoterápiás HBSC-csoportok esetén, az általános szabálytól eltérően, a finanszírozási elszámolás szempontjából releváns időparaméterek egy csoportra vonatkozóan nem egységesek, hanem protokollonként eltérőek. Az elszámolás ennek figyelembevételével történik.

EREDMÉNYEK ÉS KEZELENDŐ PROBLÉMÁK

Az új rendszer lassan már két éve működik. Az eredmények szakmai és finanszírozói értékelése folyamatos, időközben számos pontosítás történt.

A finanszírozás változása – elsődlegesen információhiányból eredő problémán kívül – összességében nem okozott nagyobb ellátási problémát. A kezelésre feljogosított ellátócentrumok számának jelentős csökkenése ugyanakkor hosszabb felkészülési időt tett volna szükségessé, ezért a kezdeti hónapokban egyes félreeső megyei területeken komoly gondok jelentkeztek a hosszú utazási idők miatt. Ezeket az ellátási és hozzáférési nehézségeket az ún. szatellit centrumok befogadásával lehet orvosolni, akik a vezető onkológiai centrumok szakmai felügyelete és az országos protokollok alapján végzik tevékenységüket. Átmenetileg további problémát okozott, hogy a szolgáltatók egyes esetekben visszautasították a betegek drágább protokoll szerinti kezelését, vagy TVK-hiányra hivatkozva kezdeményezték a más ellátónál történő kezelést. Ezért az Egészségügyi

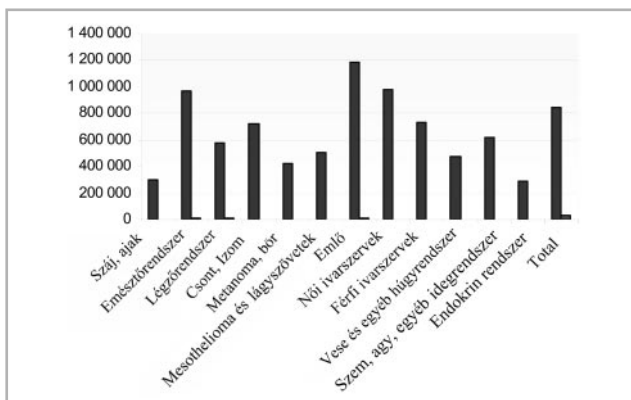
*99M	9591	Rosszindulatú daganat kemoterápiája "I"	1	2,69624			
			fázis kezelési napok száma (normatív nap)	cikluson belüli szünet napok száma	Fázisok száma	Normatív nap, fázisnapok összege+2nap	Felső határnap (normatív nap+szünet napok száma)
K	7955	Kemoterápia, SICARE5 protokoll szerint 18 év alatt	5	1	1	7	6
K	7920	Kemoterápia, Taxol monoterápia protokoll szerint	1	20	1	3	21
K	7996	Kemoterápia, N6 protokoll szerint 18 év alatt	8	21	1	10	29
K	7118	Kemoterápia, heti Paclitaxel-Trastuzumab protokoll szerint	8	7	2	4	15
K	7182	Kemoterápia, Cisplatin-TAX/C protokoll szerint	1	20	1	3	21
K	7937	Kemoterápia, EWEVA1 protokoll szerint 18 év alatt	3	21	1	5	24
K	7938	Kemoterápia, EWVIDE3 protokoll szerint 18 év alatt	3	21	1	5	24
K	7019	Kemoterápia, Xeloda monoterápia szerint	14	7	1	16	21
K	7369	Kemoterápia, Cisplatin-Taxol/B protokoll szerint	2	20	1	4	22
K	7243	Kemoterápia, Taxol-ADM protokoll szerint	1	20	1	3	21
K	7099	Kemoterápia, TAX+CBP protokoll szerint	1	20	1	3	21
K	7167	Kemoterápia, TAX-CBP/B protokoll szerint	1	20	1	3	21
K	7244	Kemoterápia, Taxol-EPI protokoll szerint	1	20	1	3	21
K	7184	Kemoterápia, Taxotere/B monoterápia szerint	1	20	1	3	21
K	7181	Kemoterápia TAX+CBP/D protokoll szerint	1	20	1	3	21
K	7059	Kemoterápia, TAXOTERE+CDDP protokoll szerint	1	20	1	3	21
K	7249	Kemoterápia, CDDP+TXT/A protokoll szerint (emlő)	1	20	1	3	21
K	7137	Kemoterápia, HER monoterápia feltéti ciklus protokoll szerint	1	6	1	3	7
K	7945	Kemoterápia, EWVAI22 protokoll szerint 18 év alatt	2	21	1	4	23
K	7944	Kemoterápia, EWVIE protokoll szerint 18 év alatt	3	7	1	5	10
K	7342	Kemoterápia, Hycamin/A protokoll szerint	5	16	1	7	21
K	7246	Kemoterápia, Taxotere-Adriblastina protokoll szerint	1	20	1	3	21
K	7250	Kemoterápia, CBP+TXT/B protokoll szerint (emlő)	1	20	1	3	21
K	7344	Kemoterápia, TXT-CBP (second line th) protokoll szerint	1	20	1	3	21
K	7164	Kemoterápia, TXT-CBP protokoll szerint	1	20	1	3	21
K	7934	Kemoterápia, E protokoll szerint 18 év alatt	21	28	1	23	49
K	7245	Kemoterápia, Taxotere-Epirubicin protokoll szerint	1	20	1	3	21
K	7183	Kemoterápia, CBP+TXT/C protokoll szerint	1	20	1	3	21
K	7947	Kemoterápia, EWVIDE33 protokoll szerint 18 év alatt	3	21	1	5	24
K	7047	Kemoterápia, Irinotecan/A (campto) protokoll szerint	1	20	1	3	21

3. táblázat
Példa kemoterápiás HBCS-csoportra

Minisztérium „zöld vonalat” létesített a betegek tájékoztató-sára, az ellátás irányítására.

A hatályos szabályozás alapján az onkológiai ellátás ún. védett TVK-keretet kapott. Védett teljesítményvolumen zárólag onkológiai betegek ellátására fordítható. Kiemelendő, hogy hozzávetőlegesen féléves rendszerességgel szükséges a finanszírozási keretek és a valódi betegforgalom országos felülvizsgálata és időszakonkénti korrekciója.

Az ellátás minősége, megfelelősége, eredményessége a rendszerben jól ellenőrizhető. A finanszírozás módosítása nem okozott többletkiadást az Egészségbiztosító számára, a finanszírozás közel a tervezett mértéknek megfelelően alakult (3. ábra és 4. táblázat).



3. ábra
Egy onkológiai beteg átlagos kemoterápiás kezelési költsége fő daganattípusonként, 2006

A nem protokoll szerinti finanszírozás aránya minimális mértékűre csökkent (4., 5. ábra).

A kompetenciával már nem rendelkező szolgáltatók ellátási feladatát az onkológiai centrumok átvették. Az onkológiai centrumok száma a szolid tumorok ellátásában 45.

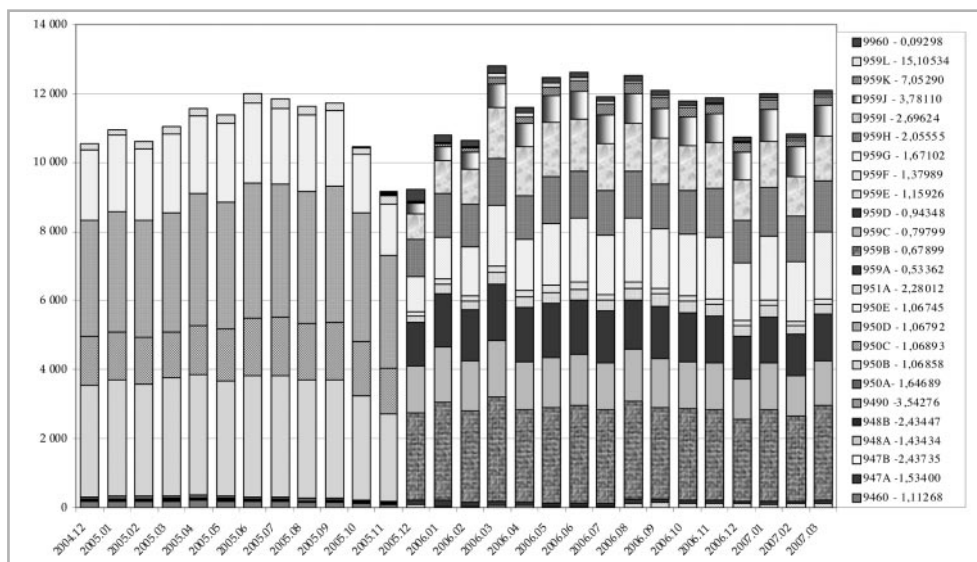
Az új rendszerben a finanszírozás mértéke egyértelműen az alkalmazott kemoterápia függvénye, a szükséges ellátások elvégzése finanszírozási hiányt nem okozhat.

A kezelés megfelelő színvonalát a szakma által elfogadott, bevizsgált protokollok szerinti ellátás követelménye, az

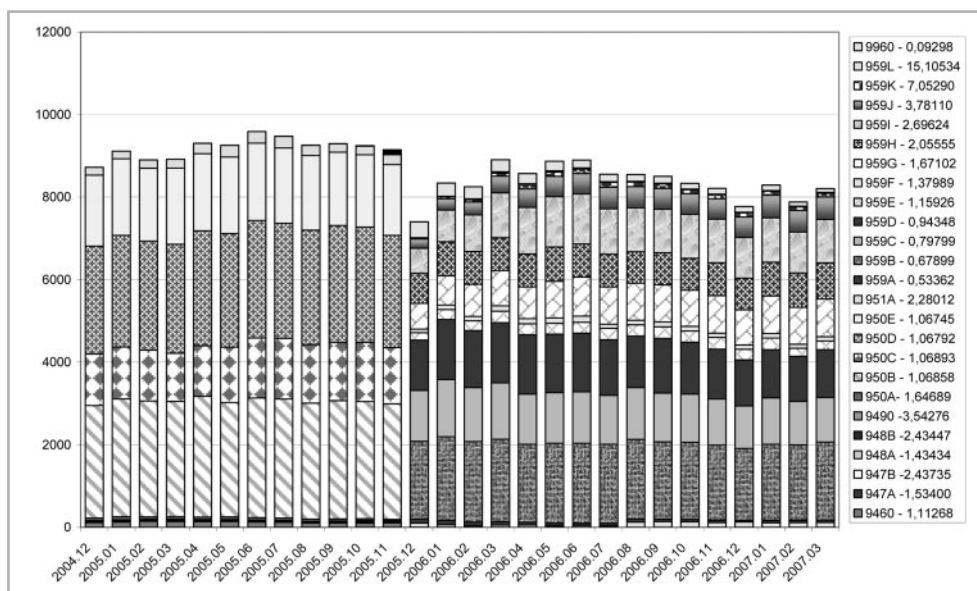
év	betegszám	kifizetés (136.000,- Ft/súlyszám alapdjával)	egy betegre jutó finanszírozás
2005	31.462	22,595 MD Ft	720.000 Ft/év
2006	27.619	23,436 MD Ft	848.552 Ft/év

4. táblázat
Egy betegre jutó finanszírozás alakulása

Az elmúlt másfél év adatai alapján elmondható, hogy a kezelt betegek száma kismértékben csökkent, az egy betegre kifizetett évi átlagos finanszírozási összeg kismértékben emelkedett.



4. ábra
Kemoterápiás ellátások esetszáma HBCS-csoportonként havonta



5. ábra
Kemoterápiás ellátásban részt vevő betegek száma HBCS-csoportonként havonta

ellátás ésszerű mértékű koncentrálása, a személyi és tárgyi feltételek biztosítása garantálja. A minőségi követelmények teljesítése a finanszírozás alapfeltételévé vált.

A finanszírozási rendszer fejlesztésének további lehetőségei:

- Haematológiai kemoterápiás kezelések bevonása az új rendszerbe
- Kiegészítő, speciális, a kemoterápiához szükséges beavatkozások finanszírozásának rendezése
- A költséghatékonyság biztosítása érdekében a teljes betegútra vonatkozó finanszírozási protokollok fejlesztése
- Szakmai javaslat alapján kompetenciaszabály szigorítása, ellátó osztály szintjén is

- Ellátásszervezés – a betegutak szervezésének támogatása a finanszírozás és a finanszírozó oldaláról is
- Hatások értékelése alapján a rendszer finomítása
- Eredmények mérése: komplikációk, halálozás arány, túlélési arány, életév-nyereség, protokoll-követés aránya
- Az egyes daganatos betegségek gyakoriságának, az alkalmazott protokolloknak és a jelentett HBCS megfelelőségének kiterjedt vizsgálata a szakfelügyeleti hálózat és egyetemi kutatóműhelyek bevonásával.

A kemoterápiás kezelések finanszírozásának új módszere alkalmas az új daganatellenes készítmények megfelelő, hatékonyságot támogató finanszírozására.

A finanszírozás kialakításakor a HBCS-elv és a protokoll szerinti finanszírozás elv együttesen került figyelembevételre, új utakat mutatva a finanszírozás továbbfejlesztésének egy lehetséges irányára. A kemoterápiás kezelések új finanszírozási rendszerének alkalmazása rámutatott arra, hogy egyes kiemelt, költséges, jól algoritmizálható betegít -

meghatározásokkal rendelkező ellátások esetén – a HBCS-rendszer keretein belül – lehetőség van a finanszírozási protokollok figyelembe vételére a finanszírozási díjparaméterek meghatározásához, az elszámolhatóság értékeléséhez. A finanszírozási eszközök támogathatják a szakmapolitikai célkitűzések megvalósítását.

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Kiss Zsolt 1986-ban végzett a Kandó Kálmán Műszaki Főiskolán, majd 1996-ban végezte el a Budapesti Közgazdaságtudományi Egyetemet. 1996 novemberében óta dolgozik az OEP-nél, ahol 2002-ben a Gyógyító-Megelőző Ellátási Főosztály vezetője.



Dr. Nagy Júlia A Marx Károly Közgazdaságtudományi Egyetem elvégzése után a Tolna Megyei Tanácsnál, ezt követően 2002. július 1-ig a GYÓGYINFOK-nál dolgozott munkatársként, osztályvezetőként és igazgatóhelyettesként. 2002. július 1-től az Országos Egészségbiztosítási Pénztárban dolgozik, a Gyógyító-Megelőző Ellátási Főosztály osztályvezetője. Számos tudományos közleménye jelent meg hazai és nemzetközi folyóiratokban, társszerző szakmai kiadványokban, rendszeresen tartott előadásokat hazai és külföldi konferenciákon, tanfolyamokon.

Kerekesné Kretzer Éva eredeti végzettsége élelmiszeripari mérnök, élelmiszerkémiaival, majd vállalati minőségbiztosítási rendszerek kidolgozásával foglalkozott. Gazdasági informatikai végzettsége megszerzése után kezdett el dolgozni az egészségügy területén, 1998-ban az Egészségügyi Minisztérium Gyógyító Ellátás Információs Központjának elemző-közzgazdász munkatársa lett. Jelenleg osztályvezetőként irányítja és felügyeli az OEP Finanszírozási Informatikai Főosztály Gazdasági Informatikai osztályának

munkáját, amely olyan kódkarbantartási feladatokat foglal magában, mint a HBCS-rendszer kialakításához, karbantartásához szükséges munkák elvégzése, adatgyűjtés, elemzés és a módszertan kialakításában való részvétel, valamint a jövőben bevezetésre tervezett KBCS-rendszer és ambuláns csoportok kialakításában szükséges feladatok elvégzése. A Finanszírozási és Kódkarbantartó Munkabizottság tagja. Részt vett a kemoterápiás kezelések protokoll szerinti finanszírozásának kialakításában.



Borcsek Barbara közzgazdász, 2002-ben szerzett oklevelet a Nyugat-Magyarországi Egyetem Közgazdaságtudományi Karának gazdálkodási szakán, pénzügy szakirányon, ahol diplomamunkáját az egészségügyi finanszírozás témájában készítette. 2005-től a Szegedi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Karának hallgatója. 2002 szeptem-

berétől 2005 júniusáig az Országos Egészségbiztosítási Pénztár Egészségügyi-ellátási Főigazgató-helyettesi Titkárságán, majd a Szakmapolitikai és Koordináló Főosztályán tevékenykedett elemzőként. 2005 júliusától 2006. június 30-ig, valamint 2006 októberétől az Egészségügyi Minisztérium dolgozója, ahol korábban a Közzgazdasági-helyettes Államtitkárság, majd az Ágazati és Stratégiai Fejlesztési Főosztály, jelenleg pedig az Egészségbiztosítási Feladatokat Ellátó Szervezeti Egység munkatársa.

Dózsa Csaba bemutatása lapunk 40. oldalán olvasható.