

## Az ellátásszervezés hatása az egészségügy hatékonyságára

Csordás Péterné, Állami Számvevőszék

A társadalmat különösen érzékenyen érintő jelenség az egészségügyi ellátórendszer stabilitásának megingása, mely világszerte érezteti hatását. Hazánkban is – az egészségpolitikai döntések hatásaitól függően más és más módon – érezhető az instabilitás mind a szolgáltatói, mind pedig a finanszírozói oldalon. A helyzet kialakulásának magyarázata nem szűkíthető le egy-két okra, politikai ballépésre, vagy gazdasági változásra, az okok sokkal mélyebben gyökereznek. A felhalmozódott feszültség egyre inkább sürgeti az eredményes kiút megtalálását. Az útkeresés fókuszában a hatékonyság rendre megtalálható.

A publikációm célja, hogy a magyar egészségügy súlyos problémáinak összegzését követően rámutassak a problémák és a hatékonyságromlás összefüggéseire, valamint felvázoljam a hatékonyság növelésének lehetséges módjait. A lehetőségek közül kiemelem és részletesen taglalom az ellátás szervezését, mint a hatékonyság növelésének egy eszközét. A téma feldolgozása során arra kerestem választ, hogy irodalmi és az elérhető empirikus adatok alapján az ellátásszervezés hogyan hat a hatékonyságra, mely szegmensét képes ennek fokozni?

*The instability of the healthcare system is a global problem; this is influencing sensibly the society. In Hungary, since decades – depending on different political decisions in the healthcare sector – there has been instability both on the institutional and the founding aspect of the system. This phenomenon has several reasons, both political errors, or economical reasons, but the causes are deep rooted. The accumulated stress in the society makes this problem to find urgent solution, focusing on efficiency gains.*

*The aim of my publication is to point out – after presenting the serious problems in the Hungarian healthcare system – the relation of the problems and efficiency losses, nonetheless to outline how to increase efficiency. Out of the possibilities I would like to highlight the managed care, as possible tool of increasing efficiency. During the process of analysing the topic, author looked for answers for the following question: How does managed care influence the efficiency, which segment could be enhanced according to the literature and empirical data.*

### MÓDSZEREK

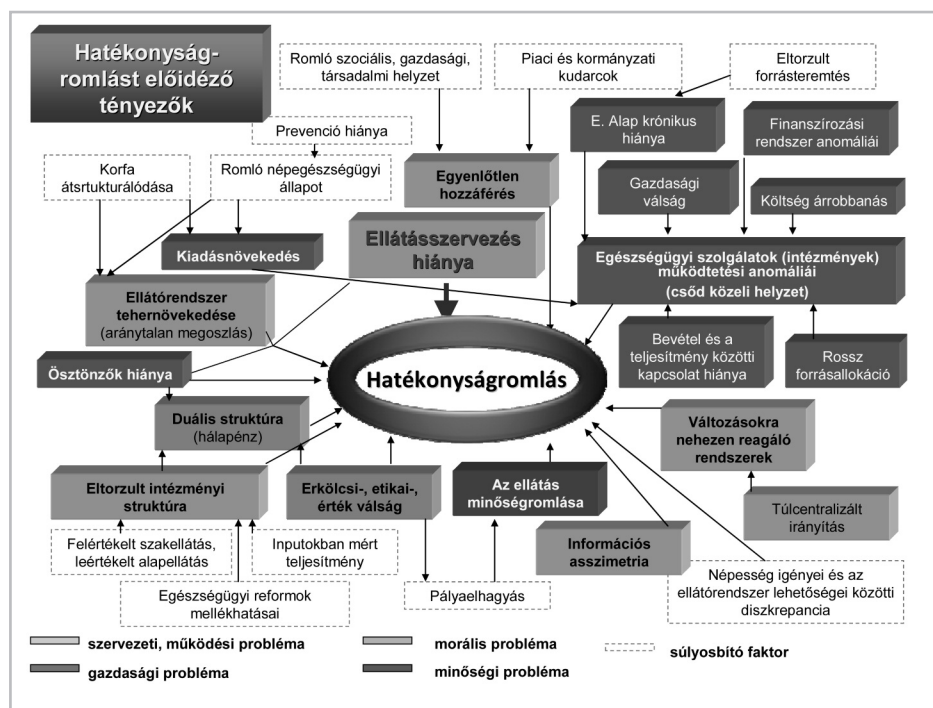
Irodalmi áttekintést végeztem (i) a magyar egészségügy – hatékonyság szempontjából – legsúlyosabb problémáinak feltárására, valamint (ii) az ellátásszervezés témakörére vonatkozóan. A fenti kérdések megválaszolásához a kvalitatív rendszerelemzés során gyűjtött adatok, vizsgálati eredmények adtak támpontot. Vizsgáltam az ellátásszervezés és a hatékonyság kapcsolatát.

### LÁTLELET

A magyar egészségügy legsúlyosabb problémáinak részletes taglálása nem célja a publikációnak, viszont a téma kontextusba helyezése megkívánja a problémák rövid összegzését. A 90-es évekből átörökölt strukturális, működési problémák által előidézt válságot a későbbiekben nagymértékben súlyosbították a gazdasági átalakulás problémái, illetve a lakosság romló egészségi állapotának, valamint a negatív demográfiai trendek egészségügyben lecsapódó hatásai. A mára kialakult válsághelyzet talán legégetőbb problémája a humán erőforrás krízis, de sürgős megoldást vár az ellátórendszer struktúrájában jelenlévő diszkrépancia, a gyógyszerágazatban tapasztalható instabilitás, illetve a forrásteremtés-forrásallokáció egyensúlybomlása is.

### A PROBLÉMÁK ÉS A HATÉKONYSÁGROMLÁS ÖSSZEFÜGGÉSEI

A problémák és a hatékonyságromlás bonyolult viszonyrendszerének elemzése előtt fontos a hatékonyság típusainak didaktikai elkülönítése: Az egészségügyi ellátásban – közgazdasági szempontú megközelítés alapján – a hatékonyság minél jobb eredmény elérése a rendelkezésre álló szűkös erőforrások mellett. A technikai hatékonyság akkor érvényesül, ha az adott szolgáltatást a lehető legalacsonyabb költséggel állítják elő, ez a megközelítés az inputok felhasználására koncentrál. Egy adott egészségi probléma kezelése költséghatékony, ha a rendelkezésre álló alternatív technológiák közül azt alkalmazzák, amely egységnyi egészség-nyereséget a lehető legkisebb ráfordítással éri el, vagy másképp fogalmazva: egységnyi ráfordítással a legnagyobb egészség-nyereséget éri el. Az allokatív hatékonyság – tágabb értelmezés szerint – a rendelkezésre álló erőforrások olyan elosztása a különböző egészségi állapotot pozitívan befolyásoló tevékenységek/szolgáltatások között, amely maximalizálja a társadalom egészének szintjén elérhető egészségjavulást [7].



1. ábra  
A hatékonyságromlást előidéző tényezők viszonyrendszere a magyar egészségügyben

A magyar egészségügy hatékonysági és minőségi problémái sokrétűek. Az egészségügyi ellátásban tapasztalható hatékonyságromlás valamennyi okának feltérképezése komplex feladat, hiszen a hatékonyság romlását számos – egymás hatását felerősítő – tényező okozza. Az 1. ábrán ezt a bonyolult viszonyrendszert szemléltetem.

Didaktikai megközelítés alapján az okokat négy nagy csoportra osztottam – melyeket külön színnel jelöltem – de hangsúlyozom a didaktikai célt, hiszen a problémák csoportjai egymással összefüggenek. Például a hálapénz „intézménye” morális problémán kívül természetszerűleg értelmezhető működési és gazdasági problémaként is. A hatékonyság romlásában közvetlenül számtalan tényező szerepet játszik, ezt az ábrán súlyosító faktornak neveztem el. Ezek hatásait nyílak jelzik prioritás (!) alapján, hiszen valamennyi feed-back jelölése átláthatatlanná tenné az ábrázolást. Az értelmezéshez azonban tudnunk kell az egyes faktorok egymásra hatásáról. Továbbá fontosnak tartom megjegyezni, hogy a hatékonyság vizsgálatához nagyon sok szempontot kell/lehet figyelembe venni, ennek érzékeltetése is célja volt az ábrának.

### A HATÉKONYSÁG NÖVELÉSÉNEK LEHETŐSÉGEI AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN

Az OECD országok egészségpolitikai trendjeit vizsgálva megállapíthatjuk, a hatékonyság növelése minden OECD ország reformprogramjának kiemelt célkitűzése.

A hatékonyság javítását célzó egészségpolitikai beavatkozásokat (eszközöket) az alábbiakban összegzem, alkalmazásukkal kapcsolatos prioritás felállítása nélkül:

- szolgáltatások strukturájának átalakítása
- intézményi keretek, tulajdoni formák megváltoztatása
- fenntartható finanszírozás
- különböző típusú ösztönző rendszerek alkalmazása
- minőségfejlesztés
- biztosítási rendszer prioritásainak meghatározása, a szolgáltatási csomag definiálása
- információk átadása
- a lakosság egészség-tudatosságának növelése
- koordináció erősítése, az ellátás szervezése

A publikáció témájával összhangban, a továbbiakban az ellátásszervezésre fókuszálók, ugyanis az ide vonatkozó irodalmi adatok bizonyítják, hogy az ellátásszervezés lényeges eleme lehet a hatékonyságnövelő intézkedéseknek.

### AZ ELLÁTÁSSZERVEZÉS KONCEPCIONÁLIS KERETEI

Magyarországon az első ellátásszervezést végző szervezet – modellkísérletként – 1999-ben kezdhetette meg működését. Az Irányított Betegellátási Rendszer (a továbbiakban: IBR) gyökeresen új kísérletnek számított az akkori megoldáskeresések közepette. Működésének koncepcionális kereteit az amerikai „managed care”, valamint az angol háziiorvosi pénzalap-gazdálkodási modell, a „GP Foundholding” működésének tapasztalatai adták. Az egyes koncepciók – hazai viszonyokat figyelembe vevő – adaptációját követően alakult ki az a sajátos rendszer, ami kilenc éven át működött hazánkban. Ennek lényegi elemeit is figyelembe véve a magyarországi ellátásszervezést a következőképp definiálom: adott kockázatközösségre vonatkoztatva, speci-

ális paraméterek alapján meghatározott mértékű forrásokból – az ellátásszervező által – megszervezett egészségügyi ellátás, mely speciális eszközrendszerénél fogva alkalmas lehet a technikai-, költség-, és allokatív hatékonyság optimalizálására, ezáltal az ellátás minőségének emelésére, valamint a hozzáférés különbségeinek csökkentésére.

## AZ ELLÁTÁSSZERVEZÉS ÉS A HATÉKONYSÁG KAPCSOLATA

Az 1. számú ábra elsődleges célja az egészségügyi ellátórendszer hatékonyságát befolyásoló tényezők bonyolult viszonyrendszerének, a hatékonyságrómlást előidéző tényezők egymást generáló hatásának érzékeltetése. A publikáció ezen részében összefoglalom azt, hogy az ellátásszervezés hogyan hat az egészségügyi ellátás hatékonyságára, melyhez a feldolgozott nemzetközi és hazai publikációk megállapításait használtam fel [1, 4, 5, 6].

A nemzetközi irodalom számos példát említ az ellátásszervezés egyes módszereinek hatékonyságnövelő hatására [2].

- Az egészségügyi ellátás hatékonyságának fokozása érdekében elengedhetetlen az ellátás szervezésére vonatkozó hosszú távú stratégiai tervezés.
- Az ellátás szervezése során kialakított optimális pénzügyi ösztönzőrendszer képes a termelési hatékonyság fokozására.
- Az idősellátás megfelelő koordinációja nagymértékben növeli a hatékonyságot.
- A szolgáltatók közötti együttműködés csökkenti az árak minimalizálására irányuló törekvéseket.
- A hatékonyság javítása érdekében célszerű befektetni informatikai rendszerekbe és az ellátás szervezésébe.
- Az ellátás koordinációjára vonatkozó célzott programok vizsgálata egyértelmű bizonyítékot szolgáltatott arra vonatkozóan, hogy a megfelelő koordináció nagymértékben növeli az ellátás minőségét, viszont a költséghatékonyság megítéléséhez lényegesen hosszabb távú adatgyűjtés szükséges.
- Az ellátás minőségének javítása, valamint a források optimálisabb felhasználása érdekében különösen nagy hangsúlyt kell fektetni:
  - a krónikus ellátások, a kórházból való távozást követő ellátás koordinációjára,
  - a súlyos krónikus betegségek esetén gyógyszerelési és vizsgálati protokollok betartására, annak érdekében, hogy a nem tervezett kórházi epizódok (plusz kiadások) elkerülhetővé váljanak.
- A Medicaid managed care modell vizsgálata kapcsán megállapítást nyert, hogy a modell működése költségmegtakarítást eredményezett (államonként 2 és 19% közötti megtakarítás).
- „Németországban az ún. kollektív gyógyszerkeret bevezetése után látványosan, az első évben (1993) mintegy 25%-kal csökkentek a gyógyszerekre fordított kiadások. Hosszú távon azonban a megtakarítás mértéke 10% körüli értékre állt be. Finnországban 2003 áprilisában kezd-

ték intenzíven ösztönözni a generikus gyógyszer helyettesítést és ársversenyt, melynek következtében az első hat hónapban elért megtakarítás 39,7 millió euró volt, ami a gyógyszer összkidadások kb. 5%-át tették ki.” [5].

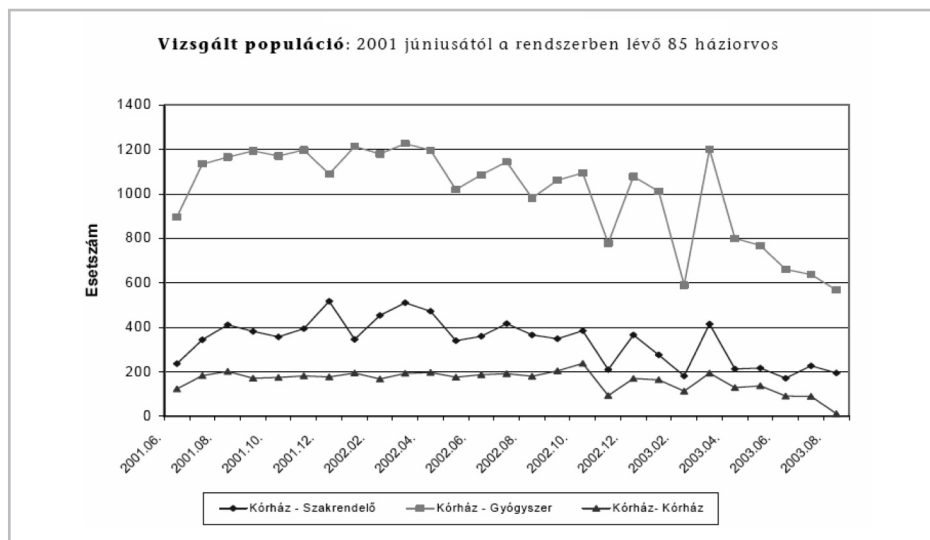
A hazai egészségügyi ellátás viszonylatában olyan ellátásszervezési tevékenységként, melynek hatékonysággal való összefüggéseit vélhetően vizsgálni lehet, csakis az IBR-en belüli ellátásszervezést értelmezhetjük.

Az IBR bevezetésekor – mint általában minden új reformelem bevezetésekor – célként jelent meg az ellátó rendszer hatékonysági tartalékainak kiaknázása. Arról, hogy miként valósult meg ez a cél, nagyon kevés irodalmi adat áll rendelkezésre. Ugyanis a rendszer működése alatt, majd annak lezárását követően sem készült olyan átfogó elemzés, amely eredményesen vizsgálta volna, hogy az ellátásszervezőknél jelentkező megtakarítás milyen mértékben tudható be például a hatékony betegút-szervezésnek, az ellátás koordinálásnak. Az ellátásszervezés hatékonyságra gyakorolt hatásának utólagos vizsgálatát is lehetetlenné tette a rendszer működése alatt keletkezett TAJ-hoz kötött adatbázis megsemmisítése. (Erre a szervezőket a 2005. modellév során az OEP által indított – OEP és az ellátásszervezők közötti – szerződés módosítás kötelezte.)

A vizsgálati nehézségekre való hivatkozással az ellátásszervezés és hatékonyság kapcsolatát – az ÁSZ és az OEP vizsgálati adataitól eltekintve – főleg empirikus adatokra támaszkodva volt módom elemezni. Az alábbiakban összefoglalom, hogy az ellátásszervezés gyakorlata során mely módszerek alkalmazásával lehet a célokat elérni és ezek végső soron a hatékonyság mely szegmensére hatnak, azt hogyan befolyásolják.

- **A betegút-követés.** A betegút-követés, mint módszer alkalmazásával az ellátórendszerben nyomon követhetővé válik valamennyi igénybevételi epizód. A módszer alkalmazásának alapvető feltétele a speciális informatikai struktúra megléte. A betegút követés megvalósulhat az azonos ellátási szinten belül, illetve a különböző ellátási szintek között. E tevékenysége különösen nagy jelentőségű főleg annak tudatában, hogy a magyar egészségügyben az elégtelen kontroll, információhiány, valamint a rossz beidegződések miatt nagyon gyakori jelenség a párhuzamos és az indokolatlan ellátások igénybevétele. A betegút követése során nyert adatok alapot adnak a szisztematikus betegirányítási rendszer kidolgozásához, valamint alkalmasak indokolatlan megjelenések és redundáns adatok, párhuzamosságok kiszűrésére. A programok rutinszerűen keresik a párhuzamos ellátásokat: így az egyidejű járó- és fekvőbeteg-ellátást; a fekvőbeteg-ellátás és gyógyszerkiváltást. A 2. ábra a párhuzamos ellátások esetszámának alakulását mutatja be 85 db – az IBR-ben résztvevő – háziorvosi praxisra vonatkoztatva:

Az ÁSZ megállapítása szerint az IBR-ben „a rendszer alkalmazása az adott szervezői körön belül a szakemberek közötti folyamatos konzultáció megerősödését ered-



**2. ábra**  
**A párhuzamos ellátások**  
 Forrás: [2].

ményezte, az ellátási szintek között is. A betegút-követő rendszer működtetéséhez, a kötelező jelentések továbbításához és fogadásához kiépített informatikai rendszerek mind a szervezői körön belül, mind az OEP-nél az érintett lakosságra vonatkozóan megteremtette a TAJ szintű adatkezelés lehetőségét.” [2, p. 17.]

- A betegút szervezés.** Az ehhez szükséges adatokat és információkat a betegút követés során nyerhetjük. A betegutak figyelésével optimalizálni lehet a betegellátás folyamatát. A rendszer által ellátott populáció definitív ellátásához alapvetően szükséges a folyamatos szakmai kommunikáció, koordináció és a különböző ellátási szintek közötti együttműködés. Az ellátási igénynek megfelelő progresszívítási szint igénybevétele várhatóan a rendszer egésze számára költségcsökkentést generál. Az irányított betegellátás tapasztalatai szerint a teljesítményporogtetés csökkent mind a járó-, mind pedig a fekvőbeteg szakellátásban. Az utóbbiban az esetszám 4%-kal, a költség 9%-kal mérséklődött [5]. A definitív ellátás összehasonlító-elemzését nehezíti, hogy a tételes jelentési kötelezettség (B300 jelentés) csak a modellkísérletben résztvevő házi orvosokra terjedt ki 2002-től, amely tartalmazza a továbbküldési adatokat. Az ÁSZ vizsgálata kapcsán az adatok elemzéséből látható, hogy „a járóbeteg pontszám a modellben a 2001-2002. években alacsonyabban alakult a modellkörön kívülinél. A krónikus ellátás költségeinél az egy krónikus fekvő esetre jutó finanszírozás a modellen belüli ellátásnál a modellen kívülinek 90, 66, 58, 59%-a. A fekvőbeteg ellátásban az aktív és krónikus ellátást is beleértve az egy esetre jutó finanszírozás összege alacsonyabb a Modellen kívülinél.” [2].
- A kapuőr szerep erősítése.** Az előbbi módszerekkel szervez egységet képez a házi orvosi rendszer kapuőr szerepének erősítése, hiszen kiemelt jelentősége van annak, hogy a betegellátási folyamat első lépéseként a

beteg a házi orvost keresse fel és csak indokolt esetben kerüljön a további ellátási szintre. Az ellátásszervező abban érdekelt, hogy a betegutak jobb szervezésével, a felesleges, párhuzamos beutalások, vizsgálatok elkerülésével, a gyógyszerfelhasználás költséghatékonyabbá tételével megtakarítást érjen el. A házi orvos, mint az első orvos-beteg találkozás orvos szereplője jelentős mértékben predisponálja utalványozásával a beteg további sorsát. A teljes kép kialakításához nagyon fontos megemlíteni, hogy az IBR-ben a fenti feladatok elvégzése pontosan nyomon követhető volt, és az érdeklőségi rendszer szabályai szerint feltétele volt a megtakarítások kifizetésének! Az alapellátás finanszírozásában ehhez hasonló ösztönző rendszer sem az IBR előtti időszakban nem volt, illetve azóta sem működik.

- Gyógyszerkiadások kontrollja.** Ennek megvalósításához szintén alapfeltétel a specifikált informatikai rendszer, melynek alkalmazásával a párhuzamos gyógyszerelés csökkenése várható. Említésre érdemes az IBR-ben résztvevő orvosok esetében a generikus készítmények fokozottabb alkalmazása. Főleg ennek köszönhető, hogy a saját régióhoz viszonyított gyógyszerfelhasználás 3,5%-kal, a betegek kiadásai 4,4%-kal alacsonyabbak a modellben résztvevők körében [9]. Az IBR szervezői különböző mértékű megtakarítást tudtak elérni a gyógyszerkiadásokban.
- Hatékony ellátási formák preferálása.** Ahhoz, hogy az ellátásszervezés elérje az egyik legfontosabb célját – nevezetesen azt, hogy az ellátás a szakmai igényeknek megfelelő és egyben a legköltséghatékonyabb ellátási szinten történjen – ahhoz elengedhetetlen a hatékony ellátási formák preferálása. Példaként említhető az egynapos sebészet, az otthoni szakápolás, járóbeteg ellátás kapacitásainak optimális kihasználása. Jelen keretek nem engedik ezen ellátások előnyeinek mélyebb feltárását, viszont több szakmai publikáció egybehangzóan iga-

zolja ezek költséghatékonyságát, amellet, hogy hangsúlyozzák a beteg szempontjából vett előnyöket is [3].

- **Prevenációs tevékenység.** Az IBR kiemelt célja volt a prevenációs tevékenység megvalósítása. A prevenáció hatékonyságra gyakorolt hatásának vizsgálata azonban a legnehezebb, abból adódóan, hogy az egészségi állapot javulása – az investíció mértékét is figyelembe véve – csak nagyon hosszú távon jelentkezik, becslése is nehéz feladat. Az OECD országok többségében az egészségre fordított kiadások több mint 90%-át az egészségügyre fordított kiadások teszik ki, míg az egészségfejlesztő tevékenység kevesebb, mint 5% [8]. Komoly bizonyítékok támasztják alá a fertőző betegségek megelőzésének költséghatékonyságát, míg a nem fertőző betegségek relevanciájában nincs kellő bizonyíték arra, hogy a megelőzésbe való befektetés költséghatékonysága szükségszerűen nagyobb, mint a gyógyító kezeléseké. Tudni kell azt, a prevenációs tevékenység valamennyi formája igen komoly humán erőforrás igényű és magas kiadásokkal jár. Ezt figyelembe véve, valamint annak eredményeként, hogy az egészségi állapot változás csak jóval később mutatható ki, rövidtávon megtérülés nem értelmezhető. Ezen túlmenően számolni kell azzal, hogy a szekunder prevenáció során végzett szűrési tevékenység eredményeként a kiszűrt populációt további vizsgálatra kell utalni, amely esetszám növekedést (azaz kiadásnövekedést) generál a rendszerben.
- **Minőségfejlesztés.** Adott populáció ellátásának megszervezése kapcsán a gyógyító-megelőző tevékenység eredményességét és hatékonyságát nagymértékben se-

gíti a protokollok kiadása, alkalmazása. A protokollszerű ellátás következetes alkalmazása elősegíti az esélyegyenlőség érvényesülését, mivel mindenki számára ugyanazokat a vonatkozó protokoll szerinti ellátásokat biztosítja, ugyanakkor az ellátás biztonságát és minőségét is stabilizálja. Ennél a pontnál érkezünk el egy származtatott hatáshoz, az ellátás minőségénöveléséhez. Az IBR-ben működő szervezetek esetében a minőségváltozás azért nem ítéltető meg, mert valamennyi szervezetnek a saját maga által kialakított indikátor-rendszere volt, és az adatok nem összevethetőek.

## ÖSSZEFOGLALÁS

Dolgozatomban arra kerestem a választ – a fellelhető irodalmi és empirikus adatokra támaszkodva –, hogy az ellátásszervezés a hatékonyság mely szegmensét képes fokozni. Megállapításaimat az 1. táblázatban foglalom össze.

Az 1. ábrán feltüntettem a hatékonyságrömlést előidéző okokat, valamint szemléltettem a közöttük fennálló összefüggéseket. A 3. ábrán mutatom be az eddigi megállapításaimnak a hatékonyságvesztés okaira gyakorolt hatását.

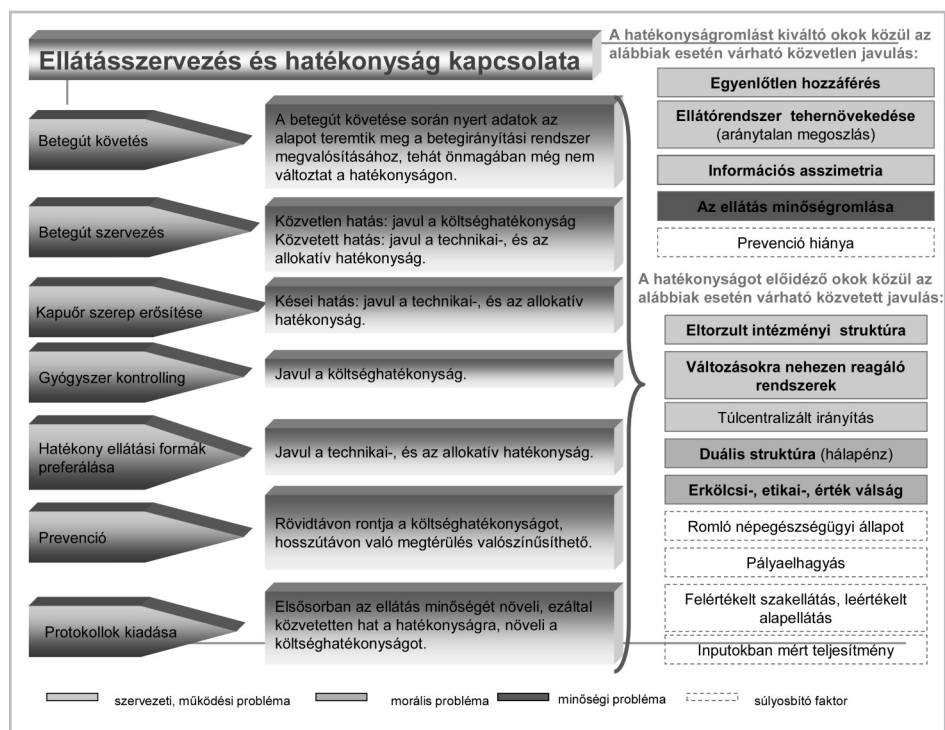
## KÖVETKEZTETÉSEK

Tekintettel a hazai egészségügy válságjelenségeire, az egyre inkább érezhető instabil működésre, az összefüggések keresésének szándékával a publikáció fókuszában az egészségügy hatékonysága áll. Fontosnak tartom kihangsúlyozni, hogy hazánkban az egészségügyi ellátás hatékony-

Módszer	Eszköz	Eredmény	Hatékonyságváltozás
1. Betegút követés	specifikált informatikai rendszer	adatok nyerése a betegirányításhoz indokolatlan megjelenések és redundáns adatok, párhuzamosságok kiszűrése top-listák készítése az igénybevett természetbeni ellátásokról top-listák készítése a pénzübeli ellátásokról	A betegút követése során nyert adatok az alapot teremtik meg a betegirányítási rendszer megvalósításához, tehát önmagában még nem változtat a hatékonyságon.
2. Betegút szervezés	humán koordináció intézményi együttműködés	megfelelő progresszivitási szint igénybevétele felesleges vizsgálatok számának csökkenése	Közvetlen hatás: javul a költséghatékonyság Közvetett hatás: javul a technikai-, és az allokatív hatékonyság.
3. Kapuőr szerep erősítése	pénzügyi ösztönző rendszer	megfelelő progresszivitási szint igénybevétele	Kései hatás: javul a technikai-, és az allokatív hatékonyság.
4. Gyógyszerkiadások kontrollja	specifikált informatikai rendszer	gyógyszerfelhasználás csökkentés	Javul a költséghatékonyság.
5. Hatékony ellátási formák preferálása	szerkezetváltás a finanszírozásban	igénybevételi struktúra változása (alacsonyabb költségigényű szinteken való ellátási esetszám növekedése)	Javul a technikai-, és az allokatív hatékonyság.
6. Prevenáció	primer, szekunder, terciar prevenáció valamennyi eszköze	egészségi állapot javulás (késői és nehezen becsülhető eredmény)	Rövidtávon rontja a költséghatékonyságot, hosszútávon való megtérülés valószínűsíthető.
7. Protokollok kiadása	protokoll szerinti ellátás	szakmai eredményesség növekedése	Elsősorban az ellátás minőségét növeli, ezáltal közvetetten hat a hatékonyságra, növeli a költséghatékonyságot.

### 1. táblázat

Ellátásszervezés és hatékonyság közötti összefüggések összefoglalása



3. ábra  
Az ellátásszervezés és hatékonyság kapcsolata

ságának növelése olyan struktúrában lenne elérhető, ami fokozatosan engedné az elmozdulást a szükségletalapú elosztás felé. Tekintettel arra, hogy az egyes ellátási szintek elszigetelten működnek és „finanszírozódnak”, így megfogalmazható, hogy semmilyen érdek-, vagy kockázatközösség nincs közöttük. Ebből adódóan a hatékony ellátásra való ösztönzés fundamentuma hiányzik a rendszerből. A

fundamentum megteremtése nélkül viszont a magyar egészségügy képtelen lesz kigyógyulni az oly szövevényesen kialakult hatékonyságrömlés circulus vitiosus-ából. A változtatások tervezésekor pedig célszerű lehet az ellátásszervezés és az ehhez társuló finanszírozási mód egyértelmű pozitívumait is figyelembe venni, esetleg alternatívaként kezelni.

ELTE TÁTK Egészségpolitika, tervezés és finanszírozás MSC szakon 2010-ben védett diplomamunka alapján. Konzulens: Dr. Nagy Balázs. Opponens: Dr. Vokó Zoltán

A cikkben szereplő megállapítások a szerző kutatásához köthetők, az Állami Számvevőszék véleményét nem tükrözik.

## IRODALOMJEGYZÉK

- [1] America's Health Insurance Plans (2004). Medicaid Managed Care Savings – A Synthesis of Fourteen Studies; Final report 2004. July; Lewin Group, (<http://www.ahipresearch.org/pdfs/MedicaidCostSavings.pdf>; letöltve: 2011.03.12.)
- [2] ÁSZ, (2005). Jelentés az irányított betegellátási modell-kísérlet ellenőrzéséről; 2005. március
- [3] ÁSZ, (2010). Jelentés az egynapos sebészeti ellátásra fordított pénzeszközök hasznosulásának ellenőrzéséről 2010. március
- [4] ESKI, (2011). Csak az egészségügyi ellátás hatékonyságának növelésével fogható vissza a kiadások rohamos növekedése – OECD Válogatás a HealthOnLine cikkeiből 2011/1; Forrás: Health: Improving health care efficiency is key to curbing spiraling costs. OECD, 2010.11.29. (<http://www.oecd.org/document/54/0,3343,>
- en\_21571361\_44315115\_46534006\_1\_1\_1\_1,00.htm letöltve: 2010.12.10.) ESKI 2011. január 12. <http://www.eski.hu/new3/kiadv/healthonline-pdf/2011/1-2011-01-12.pdf>, letöltve: 2011.02.09.)
- [5] EÜM, (2008). A hatékonyság és a kockázatszelekció kérdései az új egészségbiztosítási modellben; Egészségügyi Minisztérium, 2008. január 30. <http://www.eum.hu/archivum/egeszsegugyi/hatekonysag>, letöltve: 2010.09.15.)
- [6] Hofmarcher, M. M., H. Oxley and E. Rusticelli (2007). Improved Health System Performance through better Care Coordination; OECD Health Working Papers, No. 30, OECD Publishing. doi: 10.1787/246446201766; <http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/improved-health-system-performance-through-better-care-coordination> 246446201766 letöltve: 2011.03.14.)

- [7] Kaló Z., Inotai A., Nagyjános L. (2009). Egészségügyi technológiák gazdasági elemzése, Professional Publishing Hungary Kft. 2009.
- [8] OECD, (2004). Towards High Performing Health Systems, Chapter 5: Increasing value for money in health

systems: the quest for efficiency, OECD, Paris 2004.

- [9] OEP, (2004). Irányított Betegellátási Rendszer működésének értékelése 1999-2003. Országos Egészségbiztosítási Pénztár, 2004. március

## A SZERZŐ BEMUTATÁSA



**Csordás Péterné** diplomáit az ELTE TÁTK egészségpolitika, tervezés és finanszírozás mesterszakán (2011), a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Karán (2000) és a HIETE Egészségügyi Főiskolai Karán (1995) szerezte. A klinikumban töltött 11 évet követően az Országos Egészségbiztosítási Pénztár Nógrád megyei szervezetének munkatársa volt 2011-ig, ahol kezdetben az E. Alapból finanszírozott egészségügyi ellátások ellenőrzését végezte, majd

később az Igazgatási Osztály, illetve a Koordinációs Titkárság vezetőjeként az operatív irányításban, szervezetszabályozásban, kontrolling-monitoring feladatellátásban vett részt. Jelenleg az Állami Számvevőszék számvevőjeként az egészségügy terén végzett számvevőszéki ellenőrzésekhez kapcsolódó tevékenységet végez. 1995-től szerepel a Minisztérium Országos Szakértői és Vizsgálói Névjegyzékén, melynek alapján szakértői, vizsgálói tevékenységet végez. Egy születés-történeti könyv szerzője, valamint két tankönyv fejezetének szerzője. Szakmai érdeklődési területe: az ellátásszervezés rendszere, az egészségügyi rendszerek hatékonysága.

## Ne félj tőle, kergesd el a rákot!

Nem véletlenül adta ezt a címet az Országos Onkológiai Intézet és a Kor Kontroll Társaság október 26-i beteg edukációs nyílt napjának. Arra utalva, hogy számos újdonság: technika, eszköz, diagnosztika és terápia lelhető fel az intézet falai között, melyek segítségével egyre több daganatos beteg léphet ki gyógyultan az intézet kapuján.

**Dr. Gödény Mária** radiológus professzor, a Magyar Onkológusok Társaságának elnöke elmondta: arra a legbüszkébb, hogy az intézet falai között sok szakma fog össze a betegek mosolyáért, és ennek a multidiszciplinaritásnak részese a klinikai onkológus, a radiológus, a sebész, a patológus, a sugárterapeuta, vagy éppen a pszichológus is. Az onkológiai ellátást ugyanis nem egy orvos viszi sikerre, hanem az olyan jól szervezett intézmények, ahol az orvosok képesek az együttműködésre. „Ebben rejlik a mi intézetünk ereje.”

**Dr. Rényi-Vámos Ferenc** főorvos – tüdő transzplantáció specialista- a Bécsi Egyetem Mellkas sebészeti Tanszékén is oktat, így van összehasonlításai alapja. Állítja, hogy semmivel sem rosszabb a magyar onkológia intézetben elérhető színvonal, mint a szomszédban, az osztrákoknál.

Dr. Szabó János urológus robotsebészetet tanult a gazdag Franciaországban, és annak reményében tért haza, hogy a sebészi precizitást növelő technológia egyszer az Országos Onkológiai Intézetben is hozzáférhető lesz. Ugyanakkor hangsúlyozta, hogy bár a sebészrobotoké a jövő, nem érdemes túlmisztifikálni őket, hiszen végül is egy számítógép vezérelte szerkezet, amit az orvos egy joystick-kal és pedálokkal irányít.

**Dr. Papp Ákos** gasztroenterológus professzor a vastag és végbélrák szűrés hiányosságaira hívta fel a figyelmet, arra, hogy miközben a vastag és végbélrák előfordulási gyakorisága az Európai Unióban Magyarországon a legnagyobb, és a halálozási arány is nálunk a legmagasabb, az egész lakosságra kiterjedő szűrési program bevezetése még mindig késik. **Dr. Szűcs Miklós** urológus hozzáfűzte, hogy a prosztataszűrésre ugyanez a jellemző. Pedig az idősebb férfiak prosztatadaganatát jó lenne idejében kiszűrni, hiszen akkor még egy jó sugárkezeléssel, egy eredményes műtéttel elébe lehet menni a későbbi előrehaladott stádiumnak.

**Dr. Polgár Csaba** sugárterapeuta professzor szerint az Országos Onkológiai Intézetben megtalálható a csúcstechnológia, akár a külső, akár a belső sugárforrások tekintetében, hiszen alkalmazzák a tűzdeléssel működő brachyterápiát is, azaz célzottan belső sugárzással pusztítják el a daganatos sejteket pld a prosztatatarák esetén. Hangsúlyozta, hogy több milliárdos uniós fejlesztési csomag várható a sugárterápia területén, amivel országosan kiegyenlíthetők majd az ellátási különbségek a sugárterápiában.

### Az emlősebészet XXI. századi kihívása az onkoplasztika

„Az iménti bemutatók követendő példát mutatnak arra, hogyan lehet a női szépség értékét őrizni és megtartani.” – dicsérték meg még az orvosok is a „civil” női kezdeményezéseket. **Dr. Mátrai Zoltán** főorvos, **Dr. Gulyás Gusztáv**

Folytatás az 53. oldalon