

Az ambuláns HBCS kialakításának lehetőségei

Dr. Kövi Rita, Dr. Nagy Júlia, Dózsa Csaba, Országos Egészségbiztosítási Pénztár

Az egészségügyi szolgáltatók megfelelő költséghatékony működésében döntő szerepe van azoknak a módszereknek, amelyek meghatározzák a szolgáltatások elenértékének finanszírozási módját. A jelenlegi finanszírozási rendszer a fekvőbeteg ellátást preferálja, ezért az ambuláns ellátás finanszírozási technikáját célszerű megváltoztatni úgy, hogy az eseteket a szakmailag szükséges szinten oldják meg. (1)

A díjharmonizáció, a költségalapú díjkalkuláció, ezzel egyidejűleg a szakmák közötti megfelelő arányok kialakítása a járóbeteg ellátásban javíthatja a jelentett adatok validitását, finanszírozás igazságosságát. Ez azonban nem oldja meg a betegellátás alapvető problémáját, a finanszírozási okokra visszavezethető, a szükségesnél magasabb indokolatlan igénybevételt, a magasabb ellátási szinten végzett ellátást.

Az ambuláns homogén betegellátási csoportok (AHBCS) kifejlesztése és a finanszírozási rendszerbe illesztése az ellátási szintek összevonása irányába hat. Jelen összefoglaló bemutatja a rendszer egyes elemeinek értelmezését és kialakíthatóságát.

BEVEZETÉS

A járóbeteg szakellátás aktivitásának jelenlegi mérése az elvégzett szolgáltatások számán és típusán alapul. Ebben a mérési módszerben az fejeződik ki, hogy a járóbeteg szakellátás csak meghatározott szakellátási szolgáltatásokért felelős. Meghatározott betegségek, állapotok esetén azonban a teljes ellátás megszervezése az esemény kezdetétől a végéig a járóbeteg szakellátás feladata és teljesítménye. Ez már nem fejeződik ki a tételes alapú finanszírozási rendszerben.

A jelenlegi finanszírozási rendszer már számos olyan részszerelemet tartalmaz, amely a nemzetközi szakirodalomban ambuláns ellátási csoportként (APG) definiálnak, mint pl. az egy napos sebészet, klinikum eseményei, kúraszerű ellátások, sürgősségi ellátások.

Megoldást jelentene a finanszírozási ösztönzők célszerű kialakítása érdekében egy olyan ambuláns osztályozási rendszer kifejlesztése, amely az önálló, kórházi közreműködést nem igénylő definitív ellátások mellett kiterjedne azokra az ellátásokra is, amelyek Magyarországon jelenleg jellemzően a fekvő és a járóbeteg szakellátás határmezsgyéjén helyezkednek el. (2)

Ilyen integrált ellátási csoportok finanszírozási célú alkalmazásával, azonos, a preferált ellátási szintnek megfelelő mértékű díjjal ösztönözni kellene a jelenleg kórházban ellátott, de lényegében kizárólag járóbeteg szakellátást igénylő

esetekben a fekvőbeteg ellátásból a járóbeteg szakellátás irányában történő elmozdulást. A reális teljesítmények megfelelő, igazságos ellentételezésével az ellátást a megfelelő szinten végezhetnék. A finanszírozás változása a fölösleges kórházi kapacitások csökkentése és a jól felszerelt rendelők kialakulásának irányába hat. Ez a folyamat nem az egészségügyi kiadások csökkentését, hanem a kórházi hotelköltségek egészségügyi kiadásokra történő átalakítását indíthatja el a szakmai szempontokat is figyelembe véve.

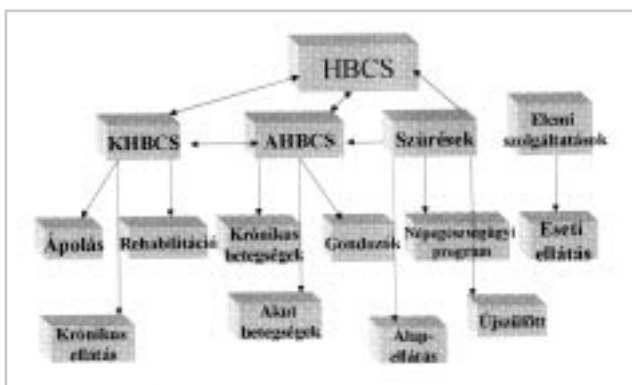
AZ AHBCS RENDSZER ALAPELEMÉNEK MEGHATÁROZÁSA

Mit takar egy ambuláns betegség csoport? A szerzők elképzelése szerint általában a járóbeteg szakellátásban ellátandó adott betegség komplex diagnosztikáját, gyógyítását, kontrollját és utógondozását. Az ambuláns betegség csoport kategória akut lezajlású betegség esetén egy betegség epizódra (betegség azonosításától a gyógyulásig) terjed ki (pl. pneumonia), krónikus betegség esetén átfogja a gondozás egész folyamatát (pl. diabetes mellitus).

Speciális esetekben – ha a komplex ellátás nem a járóbeteg szakellátás kompetenciája – egy ellátási epizód értelmezése ennél szűkebb is lehet: pl. kórházi kezelés előtti kivizsgálás, egyes betegségek utáni rehabilitáció külön csoportot képezhet.

(Az AHBCS elnevezés – ambuláns homogén betegség csoport – a fentiek értelmében nem pontos, hiszen egyes esetekben a kórházi ellátásra is vonatkozó integrált finanszírozási egységet definiál). A HBCS elvnek megfelelően a normatív díj az átlagköltségre nyújt fedezetet, amely független az ellátás szintjétől.

HOGYAN ILLESZKEDIK AZ AHBCS A FINANSZÍROZÁS RENDSZERÉBE?



1. ábra
A kialakítandó finanszírozási rendszer elemei (betegségek szerint)

A tervezett rendszerben az akut fekvőbeteg ellátás a jelenlegi HBCS szerint, a krónikus fekvőbeteg ellátás a kialakítás alatt álló KHBCS szerint finanszírozódik. Az AHBCS a járóbeteg szakellátást kapcsolja a rendszerbe integrálással, vagy önálló finanszírozási egység formájában. Az elemi szolgáltatásokat is meg kell őrizni finanszírozási egységként. A fenntartásuk azért szükséges, hogy a háziorvos, vagy fekvőbeteg ellátás által „rendelt” 1–1 konzultáció, preventív ellátás ill. speciális vizsgálat, kezelés elszámolható legyen (3).

AZ AHBCS RENDSZER KIALAKÍTÁSÁNAK ALAPVETŐ SZEMPONTJA

A megfelelő teljesítménymérési módszer megtalálása kulcsszerepet tölt be mind az egészségügyi vállalkozók szimulált piaci körülményeinek kialakításában, mind a megfelelő finanszírozási módszerek kialakításában (3). A teljesítménymérési módszereknek napjainkban négyféle jól elkülöníthető generációja határozható meg.

- Egyszerű aktivitás-alapú teljesítménymérési módszerek: pl. kórházi esetszám.
- Minősített aktivitás alapú teljesítménymérési módszerek: pl. orvosi eljárások.
- Összetett minősített aktivitás-elvű teljesítménymérési módszerek: pl. HBCS.
- Felelősség-elvű teljesítménymérési módszerek: betegség epizód alapú mérések, ahol egy megbetegedés összes ellátási eseménye alkothat egy teljesítménymérési egységet, vagy a páciens alapú mérések, ahol egy páciens többféle várhatóan bekövetkező megbetegedése alapján alakítható ki teljesítménymérési egység, figyelembe véve a páciensek induló és valamely későbbi időpontban mért egészségi állapotát (4).

A felelősséggel végzett teljesítménymérés áll legközelebb ahhoz, hogy az ellátás által elért pozitív egészségi állapotváltozás értékelésre kerüljön. Egy ilyen megoldást jelentene olyan ambuláns betegellátási csoportok kifejlesztése, amelyekre jellemző, hogy:

- meghatározott ellátási esemény sorozat díja normatív mértékű, nem függ az elvégzett résztevékenységtől,
- a díj mértéke a normatív erőforrás igényével azonos,
- egy – egy csoporton belül viszonylag homogén betegség és ellátási esemény csoportok vannak.

A rendszer kialakításának célja nemcsak a járóbeteg ellátásban tételesen finanszírozott, szakmailag összetartozó tevékenységek összekapcsolása, hanem a napjainkban finanszírozási okok miatt a magasabb ellátási szinten történő kezelések megfelelő szinten való elvégzésének ösztönzése is. Amennyiben azonos betegség epizód kezelése ugyanannyiba kerül az ellátás bármelyik szintjén, akkor a még szakmailag megfelelő alacsonyabb szinten történő ellátás a leginkább költséghatékony (5, 6).

A rendszer ösztönzi az olcsóbb, hatékonyabb eljárások használatát, a leggazdaságosabb betegutak kidolgozását. Az ellátásért felelős orvos vagy szervezet (szakrendelés vagy

szakambulancia) szakmai és anyagi érdeke, hogy a beteg a legeredményesebben gyógyuljon.

Az AHBCS rendszerrel szemben támasztott alapvető követelmények:

- minden eseményre kiterjedő legyen,
- egyszerűen kivitelezhető adminisztráció,
- orvosi szempontból értelmezhető legyen,
- minimalizálja a hibás kódolás lehetőségét,
- a beteg számára jó minőségű ellátást eredményezzen,
- legyen flexibilis,
- fejezze ki az erőforrás és a kórházi ellátás várható igényét,
- ösztönözze a költség kontrollt a kórházi ellátás számára is,
- támogassa a menedzsment döntéseit (3, 7).

AZ AHBCS MEGVALÓSÍTÁSÁNAK KULCS PROBLÉMÁI

- Meg kell határozni az esemény sorozat elejét és végét: Ez sokszor nem is olyan egyszerű. Egy bizonytalan tünetekkel kezdődő, több átmeneti diagnózis után kiderített körképnel nehéz meghatározni, mit tekintünk a betegség kezdetének. Az epizód végének meghatározása szintén okozhat problémát: a szövődményes esetekben meddig tart az epizód, és mikortól kezdődik a szövődmény.
- Meg kell határozni az eseménysorozat fő ellátási diagnózisát: ez akkor okoz problémát, ha a páciensnek nem csak egyféle betegsége van (pl. hipertónia, diabetes mellitus és varicositas). Ilyenkor a diagnózisok hierarchiája alapján kialakított osztályozási besorolás befolyással van az AHBCS csoportra.
- Meg kell határozni az ellátás jellegét, az erőforrás felhasználás mértékét, a betegségen kívül legjobban jellemző tényezőket.

Mindhárom alapp probléma abból ered, hogy a jelenlegi ügyviteli rendszerben ezeknél az esemény sorozatoknál nincs egy olyan kijelölt felelős adatközlő, aki a megfelelő selekciót elvégezné, az összetartozás kapcsolatait bejelölné (8). Az ellátás felelősségét a betegség jellege, típusa alapján a családorvos, szakorvos, gondozó, kórház kompetenciájába lehet sorolni.

EGY PÉLDA AZ AHBCS KIALAKÍTÁSÁRA: CSUKLÓTÖRÉS

Egy egyszerű példán szeretnénk bemutatni egy AHBCS-t, amit úgy választottunk, hogy a fenti elvek jól követhetők legyenek. A példát a traumatológia területéről vettük, mivel itt az epizód jelleg a legjobban meghatározható, ebből következik, hogy az epizód eleje, vége jól elkülöníthető, az ellátási felelősség elég egyértelmű, mivel a baleseteket ellátó osztályokon, intézetekben történik a járóbeteg ellátás (szakambulancia) és szükség esetén a fekvőbeteg ellátás is. Epizódként a csukló törést választottuk, mint közepes

súlyosságú kórkép, amelynek ellátása történhet mindkét ellátási formában.

A csuklótörés ambuláns betegcsoportjának kialakítása keresztül mutatjuk be a felmerülő problémákat.

A fent részletezett elveknek megfelelően meg kellett határozni a csuklótörés epizódjának elejét, végét. A kezdetet vagy a kórházi felvétel jelentette, vagy az a nap, amikor a csukló felvétel és a gipszelés elkészült. Ezután 3 hónapig követtük a beteg útját a járóbeteg ellátásban (gipszlevétel után időt hagyva az esetleges rehabilitációra).

A fő diagnózis kiválasztása esetünkben előzetesen történt, a járóbeteg jelentések elemzése során a még előforduló betegségek (pajzsmirigy betegség, cataracta, tbc, fülészeti betegségek, mammográphiás és nőgyógyászati szűrővizsgálatok stb.) diagnosztikáját, kezelését kiválogattuk a beavatkozások közül. Ezek elszámolása a kialakítandó rendszerben újabb AHBCS jelentésével lenne lehetséges.

Az ellátási felelősség lehet teljes vagy más szolgáltató által elrendelt. Az egyszerűség kedvéért teljes epizódnak tekintettem a csuklótörés ellátását és a rehabilitációt (teljes ellátási felelősség).

A rendelkezésünkre álló adatok alapján nem lehet megítélni, hogy milyen protokoll szerint történt az egyes betegek rehabilitációja, ennek tartalma minden szolgáltatónál más tartalmazott, és a páciensek jó része (117 beteg – a 196, 2002. január 13-án csuklótöréssel gondozásba vett betegből) nem is kapott semmilyen mozgásjavító kezelést. Negyvennégy betegnél 1-2 fizioterápiás kezelés kódot jelentettek, míg 34 beteg több, mint 10 féle gyógytornát ill. egyéb fizioterápiás kezelést kapott.

Nem a finanszírozó tiszte eldönteni, hogy mennyi rehabilitációs kezelésre van szükség csuklótörés után, és természetesen ebből a szempontból is több csoportra osztható a kórkép. A csuklótörés rehabilitációjára azonban ma nincs még meg az érintett szakmák konszenzusán alapuló protokoll, és pontos költség felmérés sem áll rendelkezésre, így kénytelenek voltunk a rendelkezésünkre álló finanszírozási adatokból kiindulni.

Algoritmus az AHBCS csoportok kialakításához

A csuklótörés AHBCS-jének kialakításához a következő algoritmust alkalmaztuk.

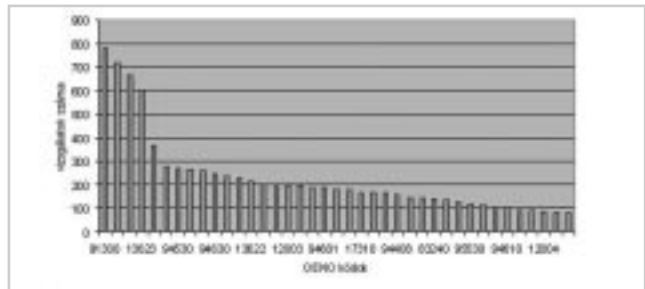
Kiválasztottuk a 2002. január hónapját a vizsgálódáshoz. Ebben a hónapban a csukló törés diagnózissal kórházban fekvő betegek adatait gyűjtöttük a következő szempont szerint: A csuklótörés valamilyen formáját az S5260 – S6200 BNO kódok tartalmazzák. Ez alapján a 389 A és 389 B HBCS csoportba sorolódnak be az ellátások.

A keresés eredményeképpen 18 beteg adatait kaptuk meg. Ennek a 18 betegnek a következő 2 hónapban követtük a sorsát az ambuláns ellátásban, gyűjtöttük az összes jelentett kódot, majd kiválogattuk azt, ami nem kapcsolódik a csukló törés ellátásához.

Választottunk egy napot januárban (2002. jan. 13), és a járóbeteg rekordok közül kiválasztottuk az összes olyan bete-

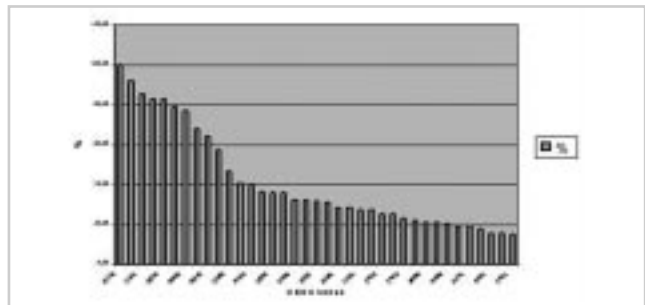
get, akinél csuklófelvétel készült és gipszelés (ők szenvedtek csuklótörést). Így 196 beteg adatait kaptuk, akiknek a sorsát szintén követtük még két hónapig (február, március). A csuklótörés szempontjából releváns kódokat kiválogattuk.

A 216 beteg adatait elemezve két AHBCS kialakítása tűnik reálisnak. A csak ambuláns ellátásban részesült betegek között is történt narkózis (7 beteg), ill. kisebb műtétek (10 beteg). Ezért kézenfekvő egy műtétet ill. altatást tartalmazó AHBCS, és egy konzervatív terápiát tartalmazó csoport kialakítása is.



2. ábra

Az OENO kódok gyakorisága a csuklótörött betegeknél



3. ábra

Az OENO kódok százalékos megoszlása a csuklótörött betegeknél

91300	Terápia betanítása	780
11301	Kontrollvizsgálat	718
31740	Csukló, kétirányú felvétel	664
13623	Mozgásterjedelem vizsgálata a végtagi ízületekben	601
11041	Vizsgálat	368
12050	Izomerő vizsgálata	275
94530	Izomerősítő gyakorlatok	268
91310	Házi betegápolás oktatása	263
91302	Kezelés ellenőrzésének betanítása	261
94630	Izületi mozgások gyakorlása	246
83132	Gipszkötés átpólyázása	238
83100	Gipszrögzítés	229
13622	Izom-funkció vizsgálat a teljes testen	216
83800	Gipszkötés eltávolítása	203
96020	Orvosi/pszich. tanácsadás, rövid (max. 20 perc)	201
12003	Perifériás idegrendszer vizsgálata	197
94603	Szertorna	197
13600	Mozgásszervek teljeskörű fizikális vizsgálata	190
94601	Passzív kímogztatás egy testtájon	187
11501	Gondozási/követési esemény	177
17510	Izomcsoportok maximális erő kifejtésének vizsgálata	177
17310	Perifériás keringés funkcionális vizsgálata	168
94702	Csoportos torna	167
94407	Ügyességfejlesztő gyakorlatok	165
94408	Manipulációs készség fejlesztése	156
83243	Alkari gipsz	145
94640	Izület mobilizálás	142
83240	Gipszsin, alkari	141

1. táblázat

A január 13-án 196 csuklóját tört beteg adatainak elemzése során megnéztük az OENO kódok előfordulási gyakoriságát, ez a 2. ábráról leolvasható. A 3. ábra azt mutatja, hogy egyes OENO kódok a csuklótörött betegek hány százalékánál fordulnak elő. A releváns, leggyakoribb kódok megnevezése az 1. számú táblázatban látható (27 a 265-ből). A diagramok és a táblázat összevetéséből kitűnik, hogy a legtöbbször a terápia betanítása kódot (91300) jelenteték, ami önmagában elég nehezen értelmezhető, ha figyelembe vesszük, hogy a 196 betegből 117-nél semmilyen fizioterápiás kezelés, mozgásjavítás-kód nem szerepelt e mellett. A 3. ábrából kitűnik, hogy a betegek 100%-ában készült csukló felvétel (szűrési kritérium volt). Azonban a gipszelés már nem található az első tíz kód között, mivel ez a beavatkozás többféle kóddal leírható: 83100 gipszrögzítés, 83243 alkari gipsz és 83240 gipszsin, alkari. A diagramból az is kitűnik, hogy csak az első 10 kód szerepel a betegek több, mint 50%-ánál az összes releváns (265) kód közül. A diagnosztikus kódokat sokkal gyakrabban láthatjuk, mint a terápiai kódokat.

AZ AHBCS DÍJÁNAK KALKULÁCIÓJA

A fekvő betegek súlyszámai a HBCS besorolás szerint 0,38975 (389B 13 betegnél) és 1,28395 (389A 5 betegnél). 100 000 Ft/súlyszám értékkel számolva 1 betegre a szolgáltató átlagban 63 814 Ft-ot kapott. A kórházban kezelt betegek járóbetegként való utánkövetése során 0,98 Ft/pont értékkel számolva az 1 betegre fizetett összeg 3 000 Ft-nak adódott. Így a kórházban is kezelt 18 beteg csukló törésre kifizetett összes költsége 66 814 Ft/fő.

A 2002. január 13-i csoport összes jelentett pontjára a fenti Ft/pont értékkel számítva 2 564 606 Ft-ot fizetett a finanszírozó, ebből az egy betegre jutó költség 13 084 Ft.

A 17 ambuláns narkózisban részesült és a kórházi körülmények között műtéten átesett betegeket egy csoportba sorolva alakítható ki a műtétes csukló törés AHBCS-je. A finanszírozás a következőképpen kalkulálható: a 18 fekvő beteg átlag költségének és a 17 ambuláns beteg átlag költségének súlyozott átlaga $(18 \times 66\,814) + (17 \times 13\,084) / 35 = 40\,716$.

Tehát a műtétes AHBCS díja 41 000 Ft, míg a konzervatív csuklótörés AHBCS díja 13 000 Ft. Ezt az összeget az OEP a felelősséget vállalónak utalja át teljesen függetlenül attól, hogy a beteget kórházban látja el, vagy ellátás után hazaengedi.

Az elvégzett beavatkozások (altatás, műtét) alapján sorolódik az eset az egyik vagy a másik AHBCS-be. Tehát ha az anesztezia és esetleges műtét után a beteget hazaengedi az ellátó, akkor is pontosan annyi pénzt kap érte az intézet, mint ha befektette volna a kórházba. A jelen rendszerben ugyan a kórházban kezelt betegek után több pénzt kap a kórház, azonban az ambulánsan (egynaposan) ellátott, de altatásban végzett ellátásért viszont a tervezett rendszerben kapna többet.

A fentiek alapján belátható, hogy az AHBCS rendszerben sokkal inkább a költségek arányában történne a finanszírozás, és pusztán pénzügyi okokból nem lenne érdemes kórházi felvétellel, fekvőbeteg ellátási formában kezelni a betegeket.

ÖSSZEFOGLALÁS

Nem egyszerű olyan ösztönző rendszert létrehozni, ahol egyedi szereplők hozzák a döntéseket a szervezet, illetve az egészségpolitika céljaival egyetértésben.

A finanszírozási módszerek továbbfejlesztésének törekvéseit is a minél átláthatóbb, ugyanakkor szakmailag és gazdaságilag megfelelő ösztönzést jelentő rendszer megvalósítása vezérli.

Egyik legnagyobb jelentőségű finanszírozási technika lehet az ambuláns homogén ellátási csoportok rendszerének kidolgozása, és beillesztése a mai finanszírozási rendszerbe.

A rendszer fejlesztéséhez számos feltétel rendelkezésre áll. Az egészségügyi szolgáltatások teljesítmény finanszírozásához összegyűjtött információkat a szakmai protokollok segítségével kontrollálva, a nemzetközi tapasztalatok felhasználásával alapot adnak a fejlesztő munka elvégzéséhez. A rendszer működtetéséhez az alap információ rendszerek – kisebb módosítások mellett – jelentős fejlesztést nem igényelnek, a jelenlegi teljesítmény-elszámolási informatikai rendszereket azonban integrálni kell.

A rendszer kidolgozása sok előnnyel jár, lehetővé teszi a legtöbb finanszírozási alapelv megvalósulását. A modellezés illetve tesztelés alatt folyamatosan javítva a rendszert, a HBCS előnyeinek megvalósulása remélhető a járóbeteg ellátás eddig még nehezen átlátható, sok kiskapuvál rendelkező finanszírozásában is. Az egyes ellátási szintek között átjárhatóságot hoz létre, és érvényesülhet a szubszidiaritás elve, miszerint a definitív ellátás a beteghez legközelebbi szinten valósuljon meg.

A fejlesztés jelentős előrelépést hozhat az egészségügyi forrás-allokáció hatékonyságának, az ellátás minőségének javításban, a vásárlói szerepek megerősödésében.

IRODALOM

[1] Dr. Mogyorósi Zsolt: Minőség(biztosítás) és költséghatékonyság
Egészségügyi Menedzsment 2001. III. 4.

[2] Dr. Varga Imre: Helyzetelemzés, nemzetközi kitekintés és javaslatok az egynapos sebészet hazai bevezetése kapcsán II. IME 2003, II, 3, 8-14.

- [3] Dr. Nagy Júlia: Javaslat az egészségügyi szolgáltatások és finanszírozási rendszerek karbantartási és fejlesztési alprogramjára
Reformbizottsági munkaanyag 2002. november
- [4] Dr. Várhelyi Krisztina, Dr. Nagy Júlia, Dr. Mikola István, Dr. Bognár Ilona, Dr. Géher Pál: Az egészségügyi rendszer finanszírozásának forrásai, makroösszefüggései
Egészségügyi Gazdasági Szemle 2000, 38, 3, 249-271.
- [5] Dózsa Csaba: Bizonyítékokon alapuló szolgáltatásvásárlás, TUDOR Projekt előadás 2001. október 31.
- [6] Monrad Aas: Incentives and financing methods
Health Policy 1995. 34. 205-220
- [7] Belicza Éva: Az Ambuláns Homogén Betegségcsoportok kifejlesztésének módszertana és lehetősége a hazai viszonyok között
Lege Artis Medicinae 1994, 4,10, 964-969.
- [8] R.F. Averill, N.I. Goldfield, L. Gregg, T.Grant: Ambulatory Patient Groups Definitions Manual Version 2.0

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Dr. Kövi Rita A Semmelweis Orvostudományi Egyetem elvégzése után gyermekgyógyász, majd radiológus szakvizsgát tett. A Budai Gyermekkorházban gyermekgyógyászként, később gyermekradiológusként dolgozott. 1990-től 2000-ig a Semmelweis Egyetem I. Gyermekklinikáján volt gyermekradiológus. Számos tudományos közleménye jelent

meg, és rendszeresen tartott előadásokat hazai és külföldi konferenciákon.

2003-ban orvos-közgazdász oklevelet szerzett a Szegedi Tudományegyetem Gazdaságtudományi Karán, ahol azóta óradóként egészségügyi finanszírozást oktat.

2000-től az Országos Egészségbiztosítási Pénztárban dolgozik, kezdetben a Gyógyító-Megelőző Ellátási Főosztály ellenőrző főorvosa, jelenleg a Szakmapolitikai főosztály osztályvezetője.

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.



Dózsa Csaba 1969. május 27-én született Vácott. Középiskolai tanulmányait a Sztáron Sándor (ma Madách Imre) Gimnáziumban folytatta, 1987-ben érettségizett. 1994-ben szerzett közgazdasági oklevelet a Budapesti Közgazdaságtudományi Egyetem Társadalomtudományi Karán (Társadalompolitikai Elemző-tervező és Szociológia

Szakirány). Egyetemi tanulmányai alatt a Széchenyi István Szakkollégium tagja volt. 1997-1999. között világbanki ösztöndíjjal Spanyolországban folytatott posztgraduális tanulmányokat (Universidad de Barcelona y Pompeu Fabra, Barcelona) az egészség-gazdaságtan területén és szerzett egészség-gazdaságtani master diplomát (Máster en Economía de la Salud). 1994-től az Országos Egészségbiztosítási

Pénztárnál dolgozik, jelenleg az egészségügyi szolgáltatásokat felügyelő főigazgató-helyettesként. Több alkalommal vett részt külföldi tanulmányúton egészségügyi finanszírozás és egészségpolitika témakörökben (Winston-Salem, Philadelphia, Washington, USA; Utrecht, Groningen, Hollandia; East-London University, University of London, Birmingham, U.K.). Az egészségügyi szolgáltatók finanszírozási típusai, ösztönző rendszerek, az egészségügyi technológiaelemzések módszertana és alkalmazásának területei az egészségügyi rendszerben, az irányított betegellátás működése, ezen belül a fejkvótás finanszírozás kockázat-alapú finomításának lehetséges útjai (risk-adjustment), a közszolgálati intézmények stratégiai menedzsmentje témakörökben rendszeresen tart előadást hazai és külföldi tudományos és szakmai konferenciákon, folyóiratokban számos publikációja jelent meg.