



### Ésszerűség és minőség

Az ésszerűség és minőség egyre inkább előtérbe kerülő fogalom napjaink egészségügyében. Többekben felmerül a kérdés, hogy lehet összehangolni a minőséget és az ésszerűséget az egyre feszítőbb gazdasági helyzettel és az ezzel szorosan összefüggő szakember hiánnyal? Az ágazat, és ezen belül a radiológia is jelentős nehézségekkel küzd, miközben egyszerre van jelen a forráshiány és a pazarlás. Kézenfekvő tehát, hogy a rendelkezésre álló szűkös kapacitásainkat a lehető leghatékonyabban kellene felhasználnunk, ugyanakkor a szkeptikusok rögtön leszögezik, hogy pénz hiányában nem lehet változást elérni, nem lehet minőséget kovácsolni. Mégis, ha jobban megnézzük szűkebb környezetünket, rögtön szembeötlik, hogy számos területen lehetne javítani a rendszeren, mely a meglévő erőforrások jobb felhasználásával magasabb ellátási szintet eredményezne. Vizsgáljuk meg ezeket a területeket!

A kórházak államosításával a fenntartó tulajdonos, azaz az állam nem megkerülhető feladata lesz a ma már egyértelműen digitális radiológia eszközparkjának működtetése. A képi diagnosztika nagyfelbontású megjelenítése a veszteségmentes tárolás miatt az egészségügy legnagyobb informatikai kihívását jelenti, hiszen óriási adathalmazokat kell mozgatni és hosszútávon digitálisan megőrizni. Például egy nagyobb kórház radiológiai részlegének digitális adatforgalma és adattermelése évente 4-5 Tbyte-ra tehető, míg ugyanezen kórház összes egyéb adatforgalma nem éri el az 1-1,5 Tbyte-ot. Nyilván ilyen mennyiségű adatnak, ha helyi (kórházi) szinten történne a kezelése, jelentősen megsokszorozná a fenntartó költségeit az egyedi hardver és szoftver költségek miatt. Ezért ebben az esetben a kényszerűség és a közös tulajdonos személye lehetővé teszi, hogy az egyedi megoldások helyett rendszeresen gondolkozzunk, és a költségcsökkentést összekapcsoljuk a minőségemelés igényével. A finanszírozó elemi érdeke, hogy az általa kifizetett vizsgálat minősége „standard” legyen, és a rosszminőségű vizsgálatok ne generáljanak redundáns vizsgálatokat, többletköltséget a rendszerben. Mindez hogyan valósítható meg?

Kézenfekvő a gondolat, hogy ha nem kórházanként egyesével fejlesztünk digitális archiváló rendszereket, hanem regionális adatcentrumokat hozunk létre, és a kórházakban képződött képi adathalmazt kötelezőképpen finanszírozási feltételként ezekben tároljuk, a költségek jelentősen csökkenthetők. Egyben megteremthetjük a minőségellenőrzés olcsó és hatékony formáját, ami a „standard” ellátási szint alapjául szolgálhat. Erre az ad lehetőséget, hogy a vizsgálatok DICOM 3 formátumának header-je a képi információn kívül számos egyéb, a vizsgálat technikai részleteire vonatkozó paramétert is tartalmaz. A DICOM header-ek szoftveres szűrése lehetővé teszi, hogy a vizsgálat protokollszerűségét ellenőrizzük (CT, MRI) és az inszufficiens, szakmailag elfogadhatatlan vizsgálatokat kiszűrjük. Remélhetőleg ez a minőségi ellenőrzési és visszacsatolási rendszer rövid időn belül képes lesz egységessé tenni a szakmai munkát, ezzel a felesleges, minőségi okokból ismételt vizsgálatok (és ezzel együtt a beteget érő felesleges sugárterhelés) számát csökkenteni. Másrészt a datacenter rendszer (országosan kb. 6-8 egymással is kapcsolatban álló központ) lehetővé teszi, hogy a beteg képi anyaga a jövő remélhetőleg korszerűbb chip alapú TAJ kártyás rendszerében bármelyik egészségügyi intézmény számára elérhetővé váljon. A rendszer, a teleradiológiai tevékenységet is hatékonyabbá teheti azáltal, hogy a kórházak a vizsgálati anyaguk azon részét, melyre nincs leletezési kapacitásuk, felajánlhatják a datacenterük számára távleletezésre. A távleletező cégek pedig a datacenter-ek működtetőjével (azaz a Magyar Állammal) kötnének OEP finanszírozott szolgáltatói szerződést a tevékenységükre. Ez lehetőséget ad arra, hogy a rendelkezésre álló kapacitásokat egyenletesen és transzparensen lehessen teríteni a szolgáltatók között, így garantálva a folyamatos és lehető legrövidebb időn belüli leletezést. Mivel a távleletezési szolgáltatási szerződés is a finanszírozóval kötődik, az igénybevevő kórháztól történő jóváírás is egyszerűsödik.

A képalkotó diagnosztikai tevékenység pontos megítélése és fenntartása szempontjából sokkal átláthatóbb lenne a rendszer, ha a diagnosztikus költségek kikerülnének a HBCs-ből, és a beteg státuszától függetlenül az ambuláns OENO kód rendszer szerint finanszírozódnának. Így a datacenter-es minőségi munkát elősegítő rendszer társulhatna egy egyutas finanszírozással. Sajnos ehhez a HBCs kérdésében paradigmaváltásra lenne szükség, melynek átvihetősége kétséges.

Tehát racionalizálással, az informatika jobb kihasználásával, jelentős többletköltség nélkül is javíthatunk a rendszeren, ha meg van rá a többségi akarat.

*Dr. Battyány István  
Képalkotó rovat vezető*