

A fekvőbeteg szakellátás struktúra-átalakításának hatása a járóbeteg szakellátásra

Dr. Dózsa Csaba¹, Dr. Kövi Rita², Borbás Fanni³

¹ Miskolci Egyetem Egészségügyi Kar, ² ELTE Egészségpolitika és Egészség-gazdaságtan Tanszék, ³ ÁEEK

A rendszerváltás óta szinte minden egészségügyi reform, egészségpolitikai intézkedéscsomag célkitűzései között szerepel, hogy a gyógyító tevékenység során erősíteni kell a járóbeteg ellátást, mivel költséghatékonyabb a fekvőbeteg ellátásnál. Tanulmányunkban arra kerestük a választ, hogy az elmúlt 12 év szakpolitikai programjai, törvénykezései és finanszírozási változásai a fekvőbeteg szakellátás kapacitásai és finanszírozása terén hogyan hatottak egyes, általunk elemzett járóbeteg szakellátási szakma kapacitásainak és betegforgalmának alakulására. Az eredmények azt mutatják, hogy nincs egyértelmű hatás a járóbeteg szakellátás irányába való kapacitás átcsoportosításra és betegforgalom átterelődésre. Van olyan szakma, ahol a fekvőbeteg kapacitás és a járóbeteg kapacitás és esetszám egyaránt csökkent (pl.: fül-orr-gégészet, szemészet). Van, ahol megfigyelhető a kapacitások átrendeződése a járóbeteg szakellátás irányába (pl.: reumatológia, onkológia).

Since the regime change, the major goal of health-care reforms and policy packages was to strengthen outpatient care, because it is more cost effective than the inpatient care. This study presents how policy programs, changes of legislation and financing system influenced the outpatient capacities and trends of utilization data in some selected profession during the past 12 years. The results show that there was no obvious connection between the inpatient capacity reduction and the conversion of outpatient capacities and the changes of outpatient number of cases. We have found some specialties (Otolaryngology, Ophthalmology) where both the inpatient and outpatient capacities and the number of cases have also decreased. In the case of other examined specialties (Rheumatology, Oncology) we have seen the shift toward outpatient care.

EGÉSZSÉGPOLITIKAI HÁTTÉR ÉS A KUTATÁS CÉLJA

A rendszerváltás óta szinte minden egészségügyi reform és egészségpolitikai intézkedéscsomag célkitűzései között szerepel, hogy a gyógyító tevékenység során erősíteni kell a járóbeteg ellátást, mivel költséghatékonyabb a fekvőbeteg ellátásnál. A hazai kórházszektor mérete, túlzott kapacitásai és elszívó hatása a többi ellátási formával szemben már év-

tizedek óta az egészségpolitikai viták és elemzések fókuszában van [1, 2, 3]. A struktúra-átalakítást korábbi tanulmányunkban már részletesen definiáltuk [4]. Ennek legfontosabb indikátorai között szerepel az aktív kórházi ellátás kapacitásának és betegforgalmának csökkenése – abszolút és lakosságszám arányban mérve is –, valamint ezzel egyidejűleg a járóbeteg szakellátás súlyának, szerepének abszolút, vagy legalább relatív erősödése [4, 5]. Korábbi elemzéseinkben a fekvőbeteg szakellátás belső, szakmák közötti arányainak változását vizsgáltuk [6], illetve nemzetközi összehasonlításban a hazai aktív fekvőbeteg ágyszámok és teljesítmények alakulását [7].

Az utolsó két intézkedés-sorozat, mely az egészségügyi rendszer átalakítására irányult 2007-ben és 2012-ben odáig jutott, hogy az aktív fekvőbeteg szakellátási kapacitást csökkentette, a járóbeteg szakellátás erősítésére ugyanakkor már nem jutott energia. Jelen elemzésünkben azt vizsgáltuk, hogy a 2006-2013 között legnagyobb és legkisebb mértékű aktív ágyszám csökkenést elszenvedő szakmák járóbeteg kapacitásai és teljesítmény adatai hogyan alakultak 2003-2013 között. Feltételeztük, hogy a nagyarányú ágyszám csökkentés következtében a betegellátás átterelődött a járóbeteg ellátásra, ennek következtében azt is vártuk, hogy a szolgáltatók a nagyobb betegforgalom ellátására kapacitást csoportosítanak át az érintett szakmákban.

AZ ELEMZÉS MÓDSZERE

A Molnár Lajos egészségügyi miniszter által kezdeményezett 2006. év végi intenzív törvénykezéssel – adminisztratív eszközökkel – sikerült kikényszeríteni a hazai egészségügyi ellátórendszer fekvőbeteg szakellátásának jelentős struktúra-átalakítását (2006. évi CXXXII. tv az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről, továbbiakban Törvény) [8, 9]. A Törvény hatására 2007. április 1-től, majd még az azt követő hónapok során az aktív fekvőbeteg szakellátási ágyak 27,3%-a, 16 ezer ágy került leépítésre (nagyságrendileg 60 ezer ágyról 44 ezer ágyra), miközben a krónikus ágyak száma 20 ezerről 27 ezerre emelkedett. A Semmelweis terv következményeként 2012. július 1-től jóváhagyott következő struktúra-átalakítási hullám következtében pedig az aktív ágyak további 5%-a szűnt meg (2200 ágy).

Elemzésünkben megvizsgáltuk, hogy a 2006. óta történt aktív fekvőbeteg szakellátási ágykapacitás változása hogyan alakult az egyes szakmákban [5], és elemeztük a legnagyobb és a legkisebb ágyszám csökkenéssel érintett szakmák járóbeteg forgalmi adatait.

Szakmanév	2006. július	2007. július	2012. december	2007-2006	%	2012-2007	%	2012-2006	%
Fül-orr-gége	1 683	1 118	1 150	-565	-34%	32	3%	-533	-32%
Szemészet	1 568	986	723	-582	-37%	-263	-27%	-845	-54%
Bőrgyógyászat	770	547	361	-223	-29%	-186	-34%	-409	-53%
Reumatológia	1 614	987	1 103	-627	-39%	116	12%	-511	-32%
Neurológia és stroke	3 251	2 468	2 740	-783	-24%	272	11%	-511	-16%
Ortopédia	1 086	854	892	-232	-21%	38	4%	-194	-18%
Onkológia	1 947	1 876	1 861	-71	-4%	-15	-1%	-86	-4%

1. táblázat
Az elemzésbe bevont szakmák ágyszámai és azok alakulása 2006-2012 időszakában

Az 1. táblázatban bemutatjuk a vizsgált szakmák alapadatait. Mivel a 2006. július 1-én hatályba lépett szabályok életbeléptetése bizonyos időt vett igénybe, ezért az elemzésben a 2007 júliusában fennálló ágyszámokat tekintettük a kialakult hatást tükrözőnek. Elméletileg ezek az ágyszámok álltak fenn 2012. július 1-ig, amikor az aktív fekvő ellátó struktúra következő nagyobb átszabását írta elő törvény. Itt a 2012 decemberében fennálló kapacitásokat tekintettük mérvadónak.

Terveink szerint három-három szakmát vizsgáltunk volna, ugyanakkor a legnagyobb kapacitás-csökkenéssel érintett szakmák között a fül-orr-gégészet és a reumatológia egyaránt 32 %-os csökkenést mutatott, így ebben a csoportban végül négy szakmát vizsgáltunk.

Az ábrákon és táblázatokban a járóbeteg szakellátásra vonatkozóan heti szakorvosi óraszámokat mutatunk be, e mellett az esetszámok, a beavatkozás számok alakulását tanulmányoztuk. Egy esetnek az egy OEP munkahelyen történő megjelenést tekintettük. Összehasonlításként az aktív fekvőbeteg ellátás esetszámait is figyelembe vettük. Az esetszámok az adott szakmakód alá eső osztályok által jelentett osztályos esetszámokat jelentik.

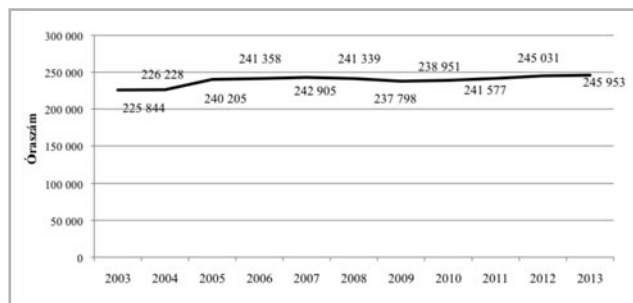
EREDMÉNYEK

A négy legnagyobb ágycsökkenéssel érintett szakma, mint ahogy az 1. táblázatból látható, a szemészet, amely elvesztette aktív ágyainak 54%-át, a bőrgyógyászat, amelyik 53%-kal követi a szemészetet, és egyformán 32%-kal csökkent a fül-orr-gégészet és a reumatológia szakma aktív fekvőbeteg szakellátási kapacitása.

A kapacitásainak a legkisebb részét elvesztő szakmák: az onkológia, az ortopédia és a neurológia. Az utóbbi esetében több intézetben a stroke külön szakmaként jelenik meg, de az elemzésben a stroke és a neurológiai kapacitásokat összevontuk.

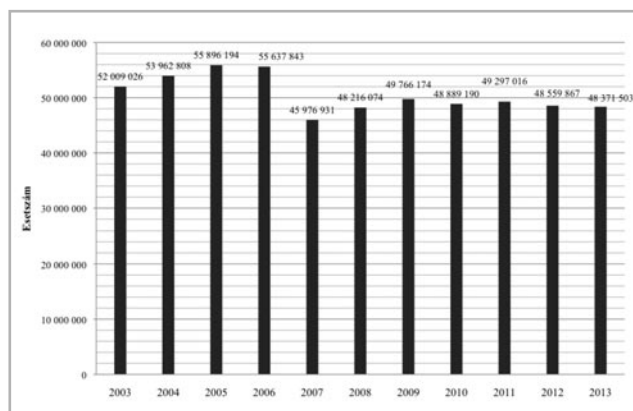
A szakorvosi óraszám 2003 és 2013 között lassan, egyenletesen kis mértékben (alig 8,9%-kal) emelkedett.

Ennek az emelkedésnek a legnagyobb része 2003 és 2006 között történt: 6,9% (1. ábra).



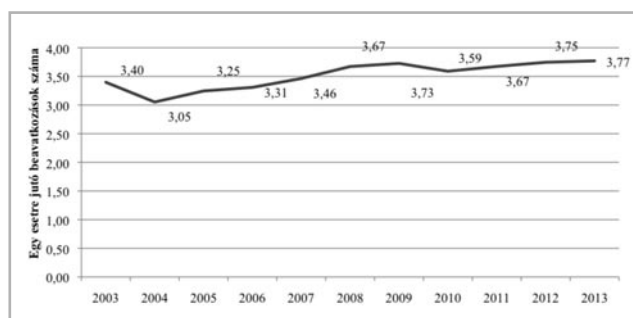
1. ábra
A szakorvosi óraszám alakulása 2003-2013 között

A 2003-2013 közötti időszakban 3 637 500 (7,0%) esettel kevesebbet jelentettek a járóbeteg ellátásban. Ennek a csökkenésnek a nagy része a 2007. évben történt, vélhetően a vizitdíj hatására. Az esetszám csökkenés 2006 és 2007 között több, mint 17%-os volt (közel 10 millió eset), ez a mutató azóta sem érte el a 2003-as vagy 2006-os szintet (52-55 millió eset), stabilizálódott a 48 milliós szinten (2. ábra).



2. ábra
A járóbeteg szakellátási esetszám alakulása 2003-2013 között

Az összes beavatkozás számánál informatívabb az egy esetre jutó beavatkozásszám. 2004-től 2007-2008 évekig egyenletesen növekszik ez a mutató, 2008-tól azonban szinte stagnál. Ez a TVK-nak tudható be, hiszen az akkor bekövetkezett esetszám csökkenést a beavatkozás szám



3. ábra
Az egy esetre jutó beavatkozás szám alakulása 2003-2013 között

(és/vagy pontérték) növelésével kompenzálták a szolgáltatók, azonban ennek a TVK gátat szabott egy bizonyos szint után (3. ábra).

Az általános járóbeteg szakellátási adatok áttekintése után a következőkben megvizsgáltuk, hogy a választott szakmáknál hogyan alakultak ezek a mutatók.

SZEMÉSZET

Az óraszám a szemészeti ellátásban a vizsgált időszakban alig 4%-kal nőtt, míg az összes járóbeteg szakellátási óra ennek közel a duplájával (7%) emelkedett. A legnagyobb ágyszám-leépítést elszenvedett szemészeti szakmában az egy esetre jutó beavatkozás szinte nem változott (a neurológiával együtt a legtöbb egy esetre kódolt beavatkozást láthatjuk). Az esetszám a vizsgált időszakban 17%-kal csökkent. A 2006-2007 közötti esetszám csökkenés több mint 20% volt, majd minimálisan visszaemelkedett, de jelenleg is nagy mértékű az elmaradás a vizsgált időszak elejéhez képest.

BŐRGYÓGYÁSZAT

A bőrgyógyászat területén az óraszám összességében változatlan a vizsgált 11 évben, még akkor is, ha 2006-2007-ben 1%-os óraszám emelkedés volt, azonban ez visszament a 2003-as szintre 2013-ra. Az esetszám 25%-os esést mutat a 11 év alatt. Ennek a hatalmas esetszám csökkenésnek a legnagyobb része (24%) a 2006-2007 években történt, s azóta nem volt növekedés. Az egy esetre kódolt beavatkozások számában ez a szakma mutatta a legnagyobb növekedést (47%).

FÜL-ORR-GÉGÉSZET

Az óraszám szinte folyamatos csökkenést mutat, az esés 11 év alatt 9%-ot tett ki. Ennek a legnagyobb mértéke 2008 és 2010 között volt (10%). Az esetszám a leghektikusabban alakult a vizsgált időszak alatt. Összességében több mint 25%-os csökkenés tapasztalható, aminek a legnagyobb része a 2006-2007 években történt: 23%, azonban a 2007-es (vizitdíj miatti) alacsony esetszám a 2008-as évben 8%-os növekedést mutat, aztán egyenletes a csökkenés a 2013-as évig. A vizsgált utolsó évben a 2007-es esetszámot is 36,5 ezerrel alulmúlta a közfinanszírozott ellátórendszer. Azon kevés szakma közé tartozik, ahol az egy esetre jutó beavatkozásszám is csökkent: a vizsgált időszak alatt 15%-kal.

REUMATOLÓGIA

Ebben a szakmában az óraszám szinte folyamatos, egyenletes növekedést mutat. Az esetszám a fekvő ágyszám jelentős csökkenése, a járóbeteg kapacitás növekedése ellenére kb. 25%-kal csökkent. A legnagyobb csökkenés az általános tendenciának megfelelően itt is a 2007-es évre esett, azonban a 2012 és 2013-as években az eset-

szám a közfinanszírozott ellátásban a 2007 esetszámánál is alacsonyabb volt. Így érthető, hogy az egy esetre jutó beavatkozásszám ebben a szakmában a vizsgált időszakban megkétszereződött.

ORTOPÉDIA

Az egyik legkisebb ágyszám csökkenéssel érintett szakma szakorvosi óraszám 15%-os növekedést mutat, ami nagyjából egyenletes. Az esetszám 9%-os csökkenést mutat a vizsgált időszakban, azonban az ingadozás jelentős. A 2007-es évre 23%-os csökkenés látható, amit aztán szinte folyamatos, egyenletes, kismértékű esetszám növekedés jellemez, így adódik a 9%-os általános csökkenés. Az egy esetre jutó beavatkozásszám elég hektikusan alakul: a 2005 évben éri el a mélypontját, amikor is a 2003 évhez képest közel 40%-os csökkenés látható, ami aztán egyenletes, gyors ütemű növekedésben éri el a kiindulási értékhez képest is az emelkedést.

NEUROLÓGIA

A neurológiai szakma a kismértékű fekvőbeteg kapacitás csökkenéssel egy időben a járóbeteg kapacitás terén kb. 20%-os bővülést könyvelhet el. Azon kevés szakmák közé tartozik, ahol 2007-ben járóbeteg szakellátási óraszám növekedés volt megfigyelhető, még akkor is, ha ez nagyon kismértékű (1,5%) is volt. Az esetszám az általános járóbeteg ellátási trendet követi: a 2007-re jelentős csökkenést mutat, majd a 2013-as évig 9% emelkedés látható. Azonban így sem éri el a 2006-os, de még a 2003-as értéket sem. Az egy esetre jutó beavatkozás szám a szemészethez és a reumatológiához hasonlóan magas, azonban a vizsgált időszak alatt nem mutat nagy mozgásokat.

ONKOLÓGIA

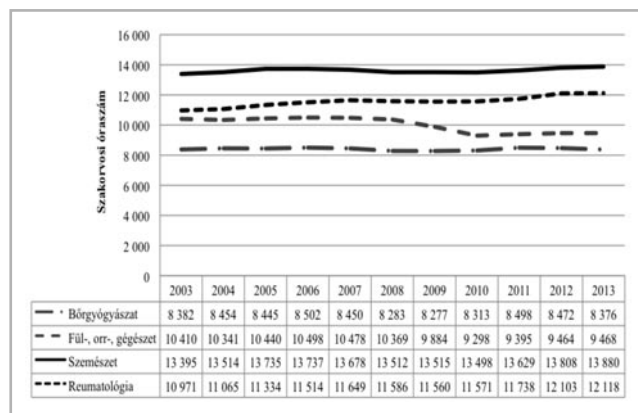
A vizsgált szakmák közül a legkisebb változásokat láthatjuk a vizsgált mutatókban. A legkisebb fekvőbeteg kapacitás-változással érintett szakma (4% ágyszám csökkenés), a járóbeteg kapacitása is hasonló mértékben (6%) csökkent. Az esetszám 2007-ben a többi szakmához hasonlóan esett (kb. 10%), azonban 2010 óta folyamatos, kismértékű növekedést mutat. A vizsgált szakmák közül az egyetlen, ahol az esetszám 2013-ban meghaladta a 2003-asat. Az egy esetre jutó beavatkozás a legkisebb a vizsgált szakmák között, és az időszak végére a 2003-as adatnál is alacsonyabbat láthatunk.

MEGBESZÉLÉS

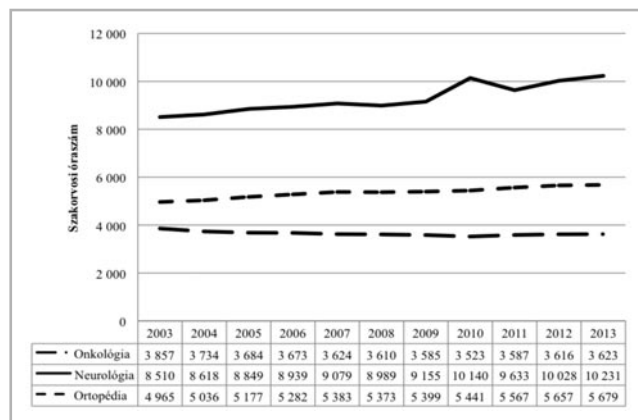
Az elemzés kezdetén azt feltételeztük, hogy a nagymértékű aktív fekvőbeteg kapacitáscsökkenéssel érintett szakmákban a betegek a járóbeteg szakellátás felé terelődtek, ott esetszám növekedést és kapacitásnövekedést vártunk. A kapott adatok azonban nem igazolták a várakozásunkat.

Igaz, hogy volt olyan szakma, ahol 10%-os kapacitásnövekedést láthatunk (reumatológia), máshol ugyanakkor 10% kapacitás-csökkenést (fül-orr-gégészet) találtunk. A bőrgyógyászat kapacitása stagnált, a szemészet minimális emelkedést (3%) mutatott a vizsgált időszak alatt (4. ábra).

A legkisebb aktív fekvő kapacitásvesztéssel érintett szakmák esetében ugyancsak meglepő eredményt kaptunk. A neurológia kapacitása több mint 20%-os járó óraszám növekedést mutat annak ellenére, hogy a fekvő kapacitásvesztése „csak” 16% volt. Az ortopédia szakmában a 18%-os fekvő kapacitásvesztést 14%-os járó óraszám növekedés „kompenzálta”. Az onkológia kapacitása gyakorlatilag mind a fekvő, mind a járó ellátásban változatlan maradt a vizsgált időszakban (5. ábra).



4. ábra Szakorvosi óraszámok alakulása a 2006-2012 között legnagyobb arányban csökkenő ágyszámú szakmák esetében

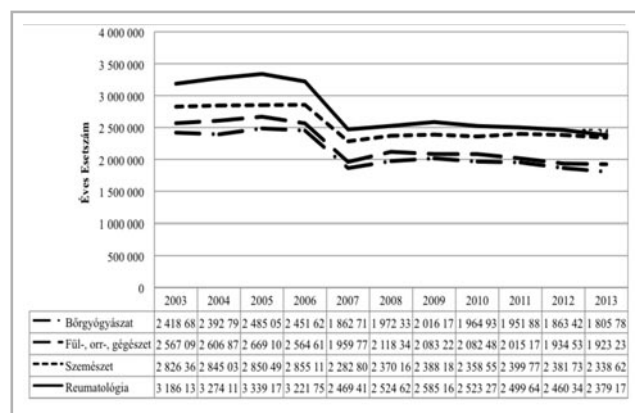


5. ábra Szakorvosi óraszámok alakulása a 2006-2012 között 20%-nál kisebb arányban csökkenő ágyszámú szakmák esetében

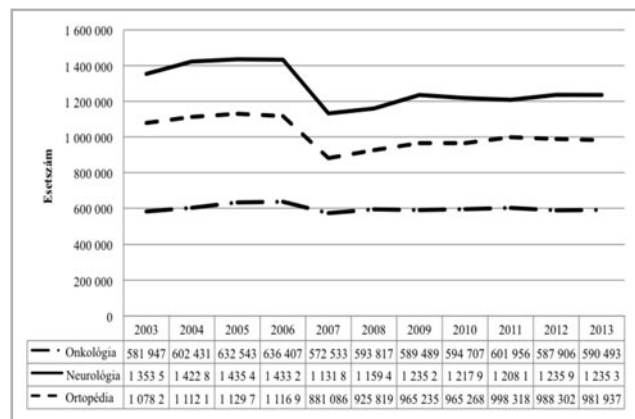
Megvizsgáltuk, hogy a kapacitásváltozásokhoz milyen esetszám változások társultak. Megdöbbenve tapasztaltuk, hogy a nagy fekvőbeteg szakellátási kapacitáscsökkenéssel érintett szakmák esetében a járóbeteg esetszámok 17-25%-os csökkenést mutattak. Arányaiban ez az esetszám csökkenés jóval meghaladja az általános járóbeteg esetszám csökkenést (7-17%), amint azt a cikk elején bemutattuk (6. ábra). A kis ágyszám csökkenéssel érintett szakmák kisebb

járóbeteg esetszám csökkenést mutatnak, ahogy ez a 7. ábrán látható. Az onkológia itt sem mutat jelentős változást.

Megvizsgáltuk az aktív fekvőbeteg szakellátási esetszámok alakulását is a vizsgált szakmákban. A 2. táblázatban jól látható, hogy az érintett szakmákban (az onkológia kivételével) a fekvőbeteg esetszámok is jelentősen csökkentek. Kerestük a betegeket a háziorvosi ellátásban is: azonban a 8. ábra tanulsága szerint ezen az ellátási szinten sem növekedett az esetszám.



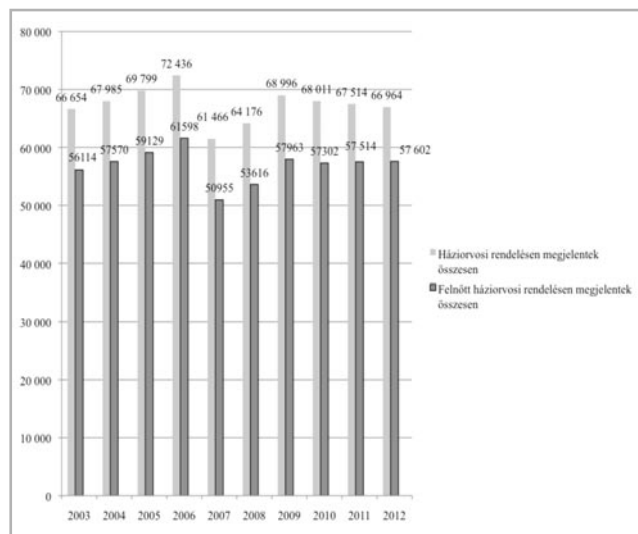
6. ábra Nagy ágyszám csökkentésű szakmák járóbeteg esetszámainak alakulása



7. ábra Kis ágyszám csökkentésű szakmák járóbeteg esetszámainak alakulása

	2003	2007	2013	2013-2003	%
Bőrgyógyászat	26 396	18 244	12 826	-13 570	-51%
Fül-orr-gége	94 914	62 188	52 458	-42 456	-45%
Reumatológia	46 319	30 334	28 189	-18 130	-39%
Szemészet	95 256	74 822	72 441	-22 815	-24%
Szemészet (egynapossal együtt)	95 256	80 796	100 032	4 776	5%
Onkológia	64 988	107 818	170 748	105 760	163%
Neurológia + Stroke	208 855	94 019	110 217	-98 638	-47%
Ortopédia	39 246	31 008	29 022	-10 224	-26%

2. táblázat Az aktív fekvőbeteg szakellátási esetszámok változása



8. ábra
Háziorvosi esetszámok 2003-2012 [ezer eset]

Az egynapos ellátásokat is vizsgáltuk. Ebben az ellátási formában az adatok szerint a szemészet és az ortopédia vonatkozásában jelentős pozitív elmozdulás tapasztalható: a szemészetben 2007-ben 7%, 2013-ban 27%, az ortopédiában 2007-ben 4%, 2013-ban 22% az egynapos ellátásban elvégzett beavatkozások aránya.

KÖVETKEZTETÉSEK

Vizsgálatunk szerint az elmúlt 10-11 évben a magyar ellátórendszerben összességében csökkent az aktív fekvőbeteg kapacitás (5-25%), és csökkent a közfinanszírozott esetszám is. Ezek a betegek nem a közfinanszírozott járóbeteg ellátásban kaptak kezelést azzal együtt, hogy ott kismértékű kapacitásnövekedés látható (11 év alatt 7%). Az alapellátás sem vette át a szakellátásban meg nem jelent betegek gondozását.

A fentiekből következik, hogy az aktív fekvőbeteg szakellátásban a csökkenő betegszám és a csökkenő ápolási idő következtében kihasználatlanná vált ágyak kerültek megszüntetésre. Az általunk vizsgált szakmák esetében látható

volt az egynapos ellátás, illetve az onkológia esetén a kúra-szerű ellátás térnyerése is.

A járóbeteg szakellátásban 2007-ben bekövetkezett jelentős mértékű esetszám csökkenés az azóta eltelt időben sem kompenzálódott. Hova lettek a betegek? Ennyivel egészségesebb lett a társadalom?

A népeségfogyás mértéke a vizsgált időszakhoz legközelebb álló 10 éves időszak során (2001-2011 között) 2,6%-os volt. Tehát a forgalmi adatok ilyen mértékű csökkenése elméletileg köszönhető lenne a lakónépeség változásának, ugyanakkor ezen belül a szakellátásokat leginkább igénybe vevő idősorú népesség aránya nőtt, amitől az esetszámok növekedését várnánk a járóbeteg ellátóknál [10].

További kérdésként merül fel a magánellátás igénybevételnek alakulása. Erre vonatkozóan az elemzés elkészítése során nem állt rendelkezésre megbízható adat. Ennek mérésére külön kutatást érdemes indítani, miután a KSH nem rendelkezik ilyen jellegű adatgyűjtéssel, a magánszolgáltatók pedig nem jelentik a forgalmukat az OEP felé sem. Személyes tapasztalatokból, szakorvosi beszélgetésekből azonban valószínűsíthető egy részleges átterelődési hatás különösen a gazdasági válság éveit és a konvergencia program megszorításait követően.

A fenti kérdésekre nehéz választ adni, mivel csak néhány főbb mutató mentén vizsgáldtunk. Ugyanakkor megfontolandó az ágazat számára, hogy a jövőben érdemes a járóbeteg kapacitások igazítását is elvégezni a fekvőbeteg ellátások átalakítását követően, és célszerű mindezt a lakossági szükségletekre alapozottan megtenni.

A 11 éves periódus adatainak elemzése arra enged következtetni, hogy az ellátórendszer működése technikai értelemben hatékonyabbá vált, a jelentősen csökkenő aktív fekvőbeteg szakellátási kapacitás mellett az ellátások egy része a fajlagosan olcsóbb járóbeteg szakellátásra terelődött át. Valódi költséghatékonyság javulásról azonban akkor beszélhetnénk, ha a változó erőforrásokhoz képest fajlagosan növekszik a várható élettartam, vagy életminőség javulás következik be az érintett betegpopulációban. Ebben az értelemben még nagyon sokat kell fejlődünk, de technikai szempontból is még mindig vannak tartalékok a rendszerben.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Ágoston István dr. et al: A magyar egészségügyi kapacitások törvényi szabályozásának változásai, Gazdasági Szemle (5): 3-7.OECD (2013), Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing, 2009.
- [2] Orosz Éva: A magyar egészségbiztosítás néhány stratégiai kérdése. In: Bodrogi J. (szerk): Az egészségügyi reformfolyamat főkérdései, Semmelweis Kiadó, 2010.
- [3] Kincses Gyula: Az egészségügyi ellátórendszer. Egészségpolitikai ábragyűjtemény, 2010, 91-104. old.
- [4] Dózsa Cs: Struktúra-váltás az egészségügyben – kórházak stratégiai mozgásteret a 2000-es években, IME X. évf. 3. szám 2011. április 22-28. oldal.
- [5] Kövi Rita dr. et al: A kapacitástervezés nemzetközi hazai törekvései, GYEMSZI, IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja, XIII(1): 5-11, 2014.

- [6] Dózsa, Cs., Kövi, R., Ecseki, A: Változások az aktív fekvőbeteg szakellátás egyes szakmacsoportjaiban az utóbbi 10 évben I-II. rész, IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja, 2010, 9(5), 15-19; 9(9), 13-18.
- [7] Dózsa Cs., László T., Palaticz E: Sok-e vagy kevés Magyarországon a kórházi ágy? A hazai aktív fekvőbeteg szakellátás kapacitásainak és teljesítmény mutatóinak elemzése nemzetközi kitekintésben, IME – Az

- egészségügyi vezetők szaklapja, XIII. évf. Egészség-gazdaságtan különszám 2014. december, 17-24. oldal.
- [8] 2006. évi CXXXII. tv az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről http://www.complex.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A0600132.TV
- [9] Molnár Lajos: Magyarország Politikai Évkönyve, Kossuth Kiadó Zrt. 2008.
- [10] KSH – Népszámlálás 2011.

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Dr. Dózsa Csaba egészségügyi közgazdász. Diplomáját a Budapesti Közgazdaságtudományi Egyetemen szerezte 1994-ben, egészség-gazdaságtani másoddiplomáját 1999-ben a barcelonai Universidad de Barcelonán és a Pompeu Fabrán. 1994 és 2005 között az OEP-ben dolgozott a Tervezési és költségvetési Főosztályon, majd a Gyógyító-megelőző ellátás területén, 2002-től mint főigazgató-helyettes. 2005. május és 2006. június között az

Egészségügyi Minisztérium helyettes államtitkáráként felügyelte az ágazat közgazdasági és ágazatfejlesztési munkáit. 2006 júliusától a Med-Econ Humán Szolgáltató Kft. ügyvezetője, európai uniós és egyéb egészségügyi projektek előkészítésével, menedzselésével foglalkozik. Jelenleg főállásban a Miskolci Egyetem egyetemi docense, részállásban az ELTE egészségpolitika MSc képzés külső oktatója. Doktori értekezését 2011 júniusában védte meg a Corvinus Egyetemen a hazai kórházak stratégiai menedzsmentjének témakörében. 2011-2012-ben a META elnöke. 2006-tól az IME Szerkesztőbizottságának a tagja.



Dr. Kövi Rita a Semmelweis Orvostudományi Egyetem elvégzése után gyermekgyógyász, majd radiológus szakvizsgát tett. A Budai Gyermekekórházban gyermekgyógyászként, később gyermekradiológusként dolgozott. 1990-től 2000-ig a Semmelweis egyetem I. számú Gyermekklinikáján volt gyermekradiológus. Számos tudományos közleménye jelent meg, és rendszeresen tartott előadásokat hazai és külföldi konferenciákon. A Telki Kórházban és a SE II. Gyermekklinikáján heti egy alkalommal gyermekradiológusként

gyakorló orvosi tevékenységet folytatott. 2000-től 2010 közepéig az OEP-nél dolgozott szakmapolitikai és finanszírozási területen. 2011 szeptemberétől a GYEMSZI Ellátásszervezési és Finanszírozási Főigazgatóságán a finanszírozási főosztály vezetője volt egy évig. 2003-ban orvos-közgazdász oklevelet szerzett a Szegedi Tudományegyetem Gazdaságtudományi Karán, ahol később óraadóként oktatott. 2010 elejétől az ELTE-n oktat. Több szakmai szervezetnek tagja, a Medicina 2000 Járóbeteg és Poliklinikai Szövetség tiszteletbeli elnökségi tagja, a META elnökségi tagja, a Szakmai Kollégium Menedzsment és Egészség-gazdaságtani Tanácsának a tagja.



Borbás Fanni 2012-ben diplomázott az Eötvös Loránd Tudományegyetem Egészségpolitika tervezés és finanszírozás mesterképzésén, egészségpolitika

tervezés és elemzés szakirányon. 2012 óta referensként dolgozik a GYEMSZI Egészség-szervezési, Tervezési és Finanszírozási Főigazgatóságán.

XIII. Infokommunikációs Konferencia

2015. május 20. szerda

Helyszín: Best Western Hotel Hungaria
1074 Budapest, Rákóczi út 90.