

## **Minőségi indikátorok alkalmazása a gyermekkori asthma bronchiale gondozása során**

Dr. Szabó Alexandra, MRE Bethesda Gyermekkórháza

**A cikk a gyermekkori asthma bronchiale gondozására javasol minőségi indikátorokat a minőség mérésére, fejlesztésére. Donabediani felosztásban struktúra-, folyamat- és eredmény-indikátorokat definiál. Ezen indikátorok többsége a gyermekkori asthma bronchiale gondozásában a tesztelés során alkalmazhatónak bizonyult.**

### **BEVEZETÉS: A PROJEKT HÁTTERE**

Az utóbbi évtizedekben, az egészségügyben megfigyelhető költségrobbanás miatt az egészségügyi ellátás igen drágává vált. A minőségi szolgáltatások drágák, azonban a nem megfelelő minőségű szolgáltatások hosszú távon kevésbé költséghatékonyak, tehát még drágábbak. A forráshiányos magyar egészségügy nem engedheti meg magának azt a luxust, hogy rossz minőségű legyen.

Donabedian szerint minden egészségügyi szolgáltatónak két fontos cél kell, hogy a szeme előtt lebegjen: a lehető legjobb minőségű ellátás nyújtása, és ennek a legkisebb költségekkel való elérése. [1]

Az egészségügyi ellátórendszerek egyik legfontosabb feladata a minőségi ellátás nyújtása. De mi a minőség? Az ISO szerint a minőség a termék vagy szolgáltatás olyan tulajdonságainak és jellemzőinek összessége, amelyek hatással vannak a terméknek vagy a szolgáltatásnak arra a képességére, hogy kinyilvánított vagy elvárható igényeket kielégítsen. (ISO 8402) Donabedian szerint az egészségügyi ellátás minősége a normatív viselkedéssel való meggyezés foka, vagy a normatív viselkedéstől való eltérés foka.

Az egészségügyi szolgáltatások minőségének javítására különböző módszerek ismertek. Közös törekvésük a tevékenység mérése és értékelése, ezen keresztül az ellátás folyamatainak fejlesztése, szabályozása. Ezek az indikátorok, eljárás leírások, standardok és kritériumok segítségével történnek. [2]

Az indikátor szó alatt mutatószámot értünk, amelyek mérhetik az egészségi állapotot, valamint vonatkozhatnak egészségügyi szolgáltatásokra. Többnyire megoszlási viszonyszámok és azt fejezik ki, hogy a bekövetkezett események gyakorisága milyen mértékben felelt meg valamilyen elvárható szintnek. Ez a szint lehet saját intézményi cél vagy országos átlag, illetve korábbi időszak tapasztalatai alapján felállított elvárás.

A minőségi indikátorok alkalmazhatóak helyzetértékelésre, a fejlesztés prioritásainak meghatározásához, hatás-

vizsgálathoz, illetve a szabályozók betartásának ellenőrzéséhez. [3]

### **A PROBLÉMA MEGHATÁROZÁSA**

A gyermekkori asthma bronchiale gondozása hazánkban túlnyomórészt gyermekpulmonológiai szakambulanciákon történik. Ezek az ellátók azonban igen heterogén képet mutatnak.

Tanúi vagyunk másrésről egy olyan folyamatnak is, amelynek keretében az asztmás gyermekek ellátása egyre inkább a házi gyermekorvosok kezébe kerül. Az ellátás minőségének mérhetősége nélkül azonban ez a folyamat kellemetlen kontroll nélkül zajlik, olyan eseti eltérésekkel, amelyek az ellátás homogenitását, azonos minőségét, az egyenlő hozzáférést, és ezen keresztül a társadalmi igazságosságot veszélyeztetik.

Az ellátás minőségének ellenőrizhetősége, illetve javítása érdekében szükséges olyan minőségi indikátorok létrehozása, amelyek alapján az ellátásért felelős szakmai grémium döntéseket, illetve összehasonlításokat tud végezni a különböző szakellátókra vonatkozóan.

### **A PROJEKT FŐ CÉLJA**

Célul tűztem ki, tehát a gyakorlatban is használható, asthma bronchialéval kapcsolatos minőségi indikátorok elkészítését, és gyakorlati alkalmazásuk ellenőrzését egy adott gyermek-pulmonológiai szakambulancián.

#### **A projekt**

A minőséget Donabedian alapján a struktúra, folyamat és eredmény megközelítésben értékeltem. [4]

#### **Struktúra-indikátorok**

##### **„Megfelelő szakmai végzettség a pulmonológiai ambulancián” mint minőségi indikátor**

Igen fontos strukturális elem a személyzet végzettsége, amelyet sok ellátóhelyen kritikán alulinak találtam. A gyermekpulmonológiai rendelés megfelelő szakmai színvonalának eléréséhez elengedhetetlen egy gyermekpulmonológus szakasszisztens valamint egy gyermekpulmonológus szakorvos jelenléte. Bármelyikük személyes, illetve képesítésük hiánya esetén a szakmai színvonal nem valószínűleg.

A szakasszisztens jelenléte nehezen mérhető. Így maradt a szakorvos jelenlétének a vizsgálata, amelyet bármilyen számítógépes program használata esetén is kikereshetünk, az ellátó orvos nevét összevetve a hazai gyermekpulmonológus szakorvosok listájával.

A fenti minőségi indikátor számolt, megoszlási viszonyszám. A számlálóban azok az esetek szerepelnek, ahol az ellátást nem szakorvos nyújtotta. A nevezőben az ambulancián ellátott összes eset szerepel. A kapott adatot külső tényező nem befolyásolja.

Az adatgyűjtést megkönnyíti, hogy fenti adat minden rendelésen kötelezően rögzítendő, az adatfelvétel nem ró extra terhet a személyzetre.

#### **„Légzésfunkciós gép megléte az ambulancián” mint minőségi indikátor**

A megfelelő modern asztma-gondozás elengedhetetlen feltétele a légzésfunkció adott időszakonkénti (minimum éves) vizsgálata, amely a légzésfunkciós berendezéssel történik.

A fenti minőségi indikátor elemi esetindikátor. Amennyiben ugyanis egy olyan rendelő előfordul, ahol nincs légzésfunkciós berendezés, azonnali kivizsgálás indokolt. Minden ellátónál egyszeri helyszíni vizsgálatot feltételez.

A tesztelés során azonban az indikátor nem bizonyult validnak, mivel a gép megléte még nem bizonyító erejű a használatra, valamint ha nincs is gép, a betegek légzésfunkciójának mérése más ellátóval történt szerződés alapján biztosított lehet. Az indikátor további alkalmazását elvettem.

#### **„A pulmonológiai szakambulancia elhelyezkedése az épületen belül” mint minőségi indikátor**

Akut ellátást is igénylő betegségeknel igen fontos a rendelő elhelyezkedése. Egy akut rohammal jelentkező gyermekkel nem tehetjük meg, hogy 2 emeletet gyalog tegyen meg, vagy például szűk folyosókkal nehézlégzését pszichésen is fokozzuk. Ezért lényeges, hogy az ambulancia könnyen megközelíthető, barátságos legyen.

A fenti minőségi indikátor elemi esetindikátor. Amennyiben ugyanis egy olyan rendelő előfordul, amely a fenti kritériumoknak nem felel meg, azonnali kivizsgálás indokolt.

Minden ellátónál egyszeri helyszíni vizsgálat indokolt, ahol egy betanított vizsgáló ellenőrizné a fenti körülményeket, és észrevételeit jelezni.

Fontos hangsúlyozni azonban, hogy fenti mutató nehezen változtatható meg azok által, akik munkájának a minőségére kíváncsiak vagyunk.

#### **Folyamat-indikátorok**

#### **„Az ambulancián asthma bronchiale diagnózissal gondozott betegek körében kézhez kapott útmutatás roham esetére százalékos előfordulása” mint minőségi indikátor**

Krónikus, nem fertőző betegségeknel igen fontos a beteg megfelelő tájékoztatása, hiszen a modern gondozás so-

rán a döntéseket – kellő ismeret birtokában – a beteg hozza, nemegyszer otthonában. Ezért elengedhetetlen a kellő tájékoztatás az ellátó részéről. Igen fontos, hogy a beteg kapjon minden alkalommal írásos útmutatást a roham esetén szükséges tennivalókról.

#### **Az indikátor definiálása**

A fenti minőségi indikátor számolt, megoszlási viszonyszám. A számlálóban azok az esetek szerepelnek, ahol az asthma bronchiale diagnózissal gondozott, ambulancián megjelent betegek nem kaptak minden megjelenés alkalmával állapotukra aktualizált leírást az asztmás roham uralására, részletezve az alkalmazandó gyógyszer nevét, adagját, ismételtetését, és nem oldódó roham esetén azt, hova fordulhatnak további orvosi ellátásért. A nevezőbe az összes asthma bronchiale diagnózissal gondozott adott időintervallumban megjelent beteg kerül.

Ezen indikátort nem befolyásolják beteg-specifikus tényezők, kizárólag az ellátóra vonatkozó eltérések; (I) szervezeti problémák: a folyamat-szabályozások, protokollok nem ismerete, nem betartása, a személyzet képzetlensége, alacsony ellátói létszám miatti kapkodás; (II) egyéni problémák: ügyetlenség, gyakorlatlanság, szakmai ismerethiány.

Az adatgyűjtést megkönnyíti, hogy ezen adatot a számítógép feljegyzi, ezért az adatfelvétel nem ró extra terhet a személyzetre. Az adott idő alatt többször megjelent betegeket természetesen csak egyszer szabad szerepeltetni.

#### **„Az ambulancián asthma bronchiale diagnózissal gondozott betegek körében elvégzett évi légzésfunkció mérés százalékos előfordulása” mint minőségi indikátor**

Az asthma bronchiale a leggyakoribb gyermekkori krónikus, nem fertőző betegség. Napjaink korszerű beteggondozása lehetővé tette, hogy a betegek közel normális életet élhessenek az állandó gyógyszeresedés mellett. Sokféle nemzetközi protokoll létezik, legismertebb a WHO által 1995-ben kiadott, majd 1998-ban és 2002-ben átdolgozott GINA (Global Initiative For Asthma) című kiadvány. A megfelelő gondozásnak többféle kritériumát állítja fel, például hogy az ellátás során történik-e évente egyszer légzésfunkció mérése. [5] Fenti indikátor tehát a nemzetközi protokollnak való megfelelést is méri.

Az indikátor számolt, megoszlási viszonyszám. A számlálóban azok az esetek szerepelnek, ahol az asthma bronchiale diagnózissal gondozott, ambulancián megjelent betegeknél nem történt évente minimum egy alkalommal légzésfunkciós vizsgálat. A nevezőbe az összes asthma bronchiale diagnózissal gondozott, egy év alatt megjelent 6 évesnél idősebb beteg kerül.

A gyermek életkora a mérést befolyásolja, hiszen 6 éves kor alatt a vizsgálat ritkán kivitelezhető. Nem kooperáló gyermeknél ez a határ még feljebb tolódik. Az ellátó részéről adódó:

- szervezeti problémák: folyamat-szabályozások, protokollok nem ismerete, nem betartása, személyzet képzetlensége, alacsony ellátói létszám miatti kapkodás;
- egyéni problémák: ügyetlenség, gyakorlatlanság, szakmai ismerethiány szerepelhet a hiányosságok mögött.

Fenti adatot a számítógép feljegyezi, ezért az adatfelvétel nem ró extra terhet a személyzetre.

A pilot során szerzett tapasztalat: az indikátor azzal a megkötéssel alkalmazható, hogy az egy év alatt többször megjelent betegeket csak egyszer szabad szerepeltetni. Küszöbértékként az elvárható szám a nulla, de kezdetben elegendőnek tűnik a jelen érték csökkentése. Csak addig alkalmazható tökéletesen, amíg az ellátó személyzet nem értesül arról, hogy az értékelés ezek alapján történik, utána fennáll a veszélye az adatok manipulációjának, illetve a fenti adatokra odafigyelésnek esetleg más nem mért minőségi tényezők rovására.

### Eredmény-indikátorok

#### „Az ambulancián gondozott asztmás gyermekek betegség miatti iskolai hiányzásainak száma” mint minőségi indikátor

A WHO GINA protokoll szerint a gondozás eredményének igen fontos mutatója a betegség miatti iskolai hiányzások száma, sőt a kezelés egyik fő célja ennek a minimumra való csökkentése.

A fenti minőségi indikátor számolt, megoszlási viszonyszám. A számlálóban azok az esetek szerepelnek, ahol a betegség miatti iskolai hiányzás meghaladta az évi 10 napot. A nevezőbe az összes asthma bronchiale diagnózissal gondozott egy év alatt megjelent beteg kerül.

A beteg részéről befolyásoló körülménynek tekintendő a szülők iskolázottsága, a szocio-ökonómiai háttér, a gyermek iskolai előmenetele, az ellátó részéről pedig leginkább a szakmailag nem megfelelő ellátás befolyásol.

Az adatok begyűjtésére évente egy alkalommal egyeztetés szükséges az iskolával, esetleg a gyermek háziorvosával. Ez az egyeztetés első hallásra meglepő. Azonban az iskola, illetve a gyermek-háziorvos felé való kommunikációt, és ezzel a jobb ellátást is elősegíti, ezért bevezetése megfontolandó.

#### „Az ambulancián gondozott asztmás gyermekek életminőségének százalékos javulása” mint minőségi indikátor

A korszerű asztma gondozás során nem elég a betegség objektív tüneteire koncentrálni, fontos annak a felmérése is, hogy a betegség, illetve annak kezelése milyen terhet ró a betegre. Ezen terhek minimalizálása azért is fontos, mert ez a tünetek erősségénél szorosabb összefüggést mutat a betegek compliance-ével, a kezelési elvek betartásához. [6] Többféle nemzetközi kérdőív ismeretes, ezek egyike magyar nyelven is validált, ez a Juniper féle Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire (PAQLQ).<sup>7</sup> A betegek 1-7-ig értékelik a kérdéseket, 1 a legnagyobb korlátozottsá-

got, [7] a korlátozottság-mentességet jelenti. A gondozás hatására egy év alatt legalább 0,5 pontnyi elmozdulást tekintettem szignifikánsnak.

A fenti minőségi indikátor számolt, megoszlási viszonyszám. A számlálóban azok az esetek szerepelnek, ahol nem javult 0,5 pontnyit egy év alatt az életminőség, és kiinduláskor 5,5 alatt volt. A nevezőbe az összes asthma bronchiale diagnózissal gondozott, egy év alatt megjelent olyan beteg kerül, ahol az életminőség az 5,5-öt nem érte el.

Az életminőség önmagában szubjektív fogalom. Ezért a betegek oldaláról sok minden befolyásolja, de nemzetközi kutatások alapján leginkább a depresszió foka, az életkor, a nem, és természetesen a tünetek száma. [8,9,10]

Az ellátó részéről pedig leginkább a szakmailag nem megfelelő ellátás befolyásol.

Eredetileg minden beteg szerepelt volna a mutatóban. Azonban a tesztelés során derült ki, hogy a jó életminőségű gyermekek nem tudnak 0,5-öt ugrani a skálán, és persze ez nem is cél, ezzel az arányt nagymértékben lerontják. Ezért az indikátort újradefiniáltuk.

A kérdőív felvételére fordítandó évi 15 perc/beteg soknak tűnik. Azonban bevezetését azért tartom mégis megfontolandónak, mert az életminőség szoros összefüggést mutat azzal, hogy mennyire tartják be a betegek a kezelést. Ezen kívül a betegek prioritásainak megismerésében is nagy segítség. Fenti kérdőívnek létezik számítógépen rögzíthető verziója, amivel az adatfelvétel és elemzés meggyorsítható.

#### „Az ambulancián gondozott asztmás gyermekek asztma miatti intenzív osztályon való ellátása” mint minőségi indikátor

A fenti minőségi indikátor elemi eseményindikátor. Előfordulása esetén azonnali vizsgálat indokolt.

A beteg részéről befolyásoló körülmény az asztma súlyossága, az asztmára vonatkozó ismeretek hiánya, a friss diagnózis miatti gyakorlatlanság és a tünetek komolyan vételének hiánya, valamint a család és környezet szocio-ökonómiai státusza.

Az ellátó részéről leginkább a szakmailag nem megfelelő ellátás befolyásol.

TAJ szám alapján a GYÓGYINFOK adatbázisából az adat lekérhető.

A visszajelzés lassúsága miatt az értékelés késik, ettől eltekintve mégis az eredményindikátorok közül a legjobbnak tűnik. Az ellátók közötti összehasonlításkor azonban elegendhetetlen az ellátott lakosság szocio-ökonómiai helyzetével való standardizálás, ugyanis ez igencsak befolyásolja a kórházi felvételek számát, erre azonban az ellátónak ráhatása nincs. [11]

### Egyéb indikátorok

A kidolgozott indikátorokkal jól mérhető az, hogy a gondozásban részt vevő betegekkel mi történik. Azonban sehogyan nem tudjuk megfogni azokat, akik nem jönnek vissza,

kiesnek az ellátásból. Ez azért hibás, mert ennél jobban talán semmi sem utal a minőségre.

### „A gondozásból ismeretlen okból kiesett diagnosztizált asztmás gyermekek aránya” mint minőségi indikátor

Fenti indikátor éppúgy utalhat a struktúra, a folyamat, valamint az eredmény hibájára, ezért nem sorolható be az eddig használt felosztásba.

A fenti minőségi indikátor számolt, megoszlási viszonyszám. A számlálóban azok az esetek szerepelnek, ahol asztmával diagnosztizált beteg gyermekek egy éven túl sem jelentek meg a rendelésen. A nevezőbe az összes asthma bronchiale diagnózissal gondozott beteg kerül.

A beteg megelégedettségét és részvételét a gyógyítási folyamatban sok minden befolyásolja. Mégis a nemzetközi szakirodalom hajlamos úgy értékelni, hogy nincs rossz compliance-ű beteg, csak nem megfelelő ellátás.

Természetesen a „kiesést” jól kell definiálni, hiszen az elköltözött, valamint a gyógyult betegek nem tartozhatnak bele.

Csak durva összehasonlítások végzésére lesz alkalmas, mert a gyermekkori asztmások 90%-a kinövi betegségét. A gyógyult beteget nehéz megkülönböztetni attól, aki az ellátásból kimaradt, és ez nagyon torzíthatja az adatokat.

## GYAKORLATI TAPASZTALATOK

A kidolgozott indikátorok felhasználhatósága eltérőnek bizonyult. A struktúra-indikátorok közül a légzésfunkciós gépre vonatkozóról igen hamar kiderült, hogy használhatatlan, mert nem azt méri, amit szeretnénk. A szakmai végzettség és az ambulancia megközelíthetősége a gyakorlati alkalmazás során kicsit erőteltettnak tünnek. Hiányzott ugyanis annak kidolgozása, hogy konkrétan milyen szempontok alapján ítélünk meg egy ambulanciát, és ezeknek a konkrét hiányosságoknak mi a súlya. Egy szerencsétlen adottságokkal rendelkező ambulancián a későbbiekben nehéz is változtatni, tehát ez a mutató csak összehasonlítások végzésére használható, minőségjavulás nem mérhető vele.

A folyamat-indikátorok igen jóknak bizonyultak. Sajnos tény, hogy nem mindig kap a betegoktatás, különösen pedig az írásbeliség kellő hangsúlyt az ellátás során. Az általam vizsgált ambulancián az először észlelt indikátorértéket (az összes esetből azoknak az aránya, akik nem kapnak az írásos ismertetőt) sikerült 10%-kal csökkenteni. Tisztában vagyok vele, hogy ez az eredmény azzal is magyarázható, hogy mivel tudták hogy mérünk, jobban odafigyeltek, de mégis abban bízom, hogy a figyelem felkeltéssel ez a javulás tartós lehet.

A folyamat-mutatók bizonyultak a leggyorsabban befolyásolhatóknak. Már kis változtatásokkal az ellátáson szép eredmények születtek.

Az eredmény-indikátorok körében próbáltam nem „output”, hanem „outcome” típusú indikátorokat kidolgozni, hiszen ez jobban utal a minőségre. Ezek különösen a szívügyemnek bizonyultak. Ugyanis nem feltétlenül igaz az, hogy ha jó a folyamat, akkor az eredmény is garantáltan jó lesz. Ez a megfigyelés leginkább az életminőségre igaz. Lehet, hogy betegünk kis funkcióvesztést is katasztrófa-ként él meg, de az is lehet, hogy „mosolyogva fullad”. Természetesen javulást itt lehet a legkésőbb mérni, hiszen a minőségjavulás hatása az outcome-okra nem jelentkezik azonnal. Ezért is ajánlott az évenkénti adatfelvétel.

Fontosnak tartom azt hangsúlyozni, hogy fenti indikátorok közül nem elég egyet kiragadva alkalmazni, és ebből következtetéseket levonni, hiszen egy kicsiny részdimenzió értékelése félrevezető lehet, és más aspektusok elhanyagolására ösztönözheti az ellátót.

Hangsúlyozom, nem elég csak intellektuális tornaként indikátorokat gyártani, ezekkel felmérni és megmutatni a jelen helyzetet, a kapott eredményeket értékelni is kell, és javaslatokat is kell tenni az észlelt értékek javítására. A jó indikátor tulajdonképpen csak egy mérőeszköz, a kapott számadatot elemezni és értelmezni kell tudni. Amennyiben bench-marking-ra van lehetőség, ezt ki kell használni.

## ÖSSZEFOGLALÁS

A projekt során reményeim szerint hozzájárultam egy olyan szakmailag korrekt minőségi indikátorrendszer létrehozásához, amelynek segítségével a gyermekkori asztma-ellátás minősége lemérhető, illetve javítható. Kidolgozott indikátoraim nincsenek „kőbe vésve”, de jó lenne ha cikkem nyomán egy értelmes párbeszéd indulna el a szakmában, hiszen ennek hasznát az asztmás beteg gyermekek élveznék.

A létrehozott indikátorok tesztelése során a legtöbb költséghatékonyan bizonyult, mivel az adatfelvétel ráfordítási-génye kicsi volt. Egyes indikátorokról bebizonyosodott, hogy nem megfelelőek, ezért további felhasználását elvettem.

A kidolgozott indikátorokkal a gyermekkori asthma bronchiale gondozásának minősége ellenőrizhető, az eltérések kimutathatóak és értékelhetőek. A tevékenység mérése és értékelése alapján létrejöhet az ellátás folyamatainak fejlesztése, szabályozása. Mindez a minőség javítására irányul, amelynek megvalósulása során a technikai hatékonyság javul. (Adott ráfordítás mellett több, jobb minőségű eredmény jön létre.)

*Jelen cikk a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ Egészségügyi szakmenedzser szakán készült területi szakmai beszámoló alapján készült.*

## IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Donabedian A: Evaluating the quality of medical care. Milbank Memorial Fund Quarterly 1966, 44, 166-203.
- [2] Belicza É: A minőség fogalmi rendszere az egészségügyben. EMIKK 17. sz. füzet, Debrecen, 1998.
- [3] Belicza É: A minőségi indikátorok lehetséges szerepe az egészségügyi szolgáltatások értékelésében című előadás. Elhangzott: Kvantitatív módszerek az egészségügyben c. konferencián, 1998. május 28-29. EMK
- [4] Irwine D: Managing for quality in general practice. King's Fund Centre for Health Services Development, Medical Audit Series 2, 1990.
- [5] Global Initiative for Asthma (GINA): Global strategy for asthma management and prevention. NIH Publication No. 02-3659. Bethesda, MD: NHBLI, 2002
- [6,8] Moudgil H., Marshall T., Honeybourne D.: Asthma education and quality of life in the community: a randomised controlled study to evaluate the impact on white European and Indian subcontinent ethnic groups from socioeconomically deprived areas in Birmingham, UK Thorax 55, 177-183, 2000
- [7] Juniper EF, Guyatt GH, Feeny DH és mtsai: Measuring quality of life in children with asthma. Qual Life Res 5, 35-46, 1996
- [9] Osman L.M., McKenzie L., Cairns J. és mtsai: Patient weighting of importance of asthma symptoms. Thorax 56, 138-142, 2001
- [10] Wijnhoven H.A., Kriegsman D.M., Hesselink A.E. és mtsai: Determinants of different dimensions of disease severity in asthma and COPD: pulmonary function and health-related quality of life. Chest 119, 1034-1042, 2001
- [11] Giuffrida A., Gravelle H., Roland M.: Measuring quality of care with routine data: avoiding confusion between performance indicators and health outcomes. BMJ 319, 94-98, 1999.

## A SZERZŐ BEMUTATÁSA



**Dr. Szabó Alexandra**, gyermekorvos gyakornok, egészségügyi szakmenedzser. 1997-ben végzett a SOTE ÁOK-n, egy éves londoni tanulmányút (National Heart and Lung Institute, Royal Brompton Hospital, Department of Paediatric Respiriology, és Imperial College, Chelsea & Westminster Hospital) után a MRE Bethesda Gyermekkorházban helyezkedett el gyermekorvos gyakornokként. 2000 óta

a SE Doktori Iskola PhD hallgatója. 2003-ban végzett a SE Egészségügyi Menedzserképző Központ Egészségügyi szakmenedzser posztgraduális szakán. 2002-ben részt vett az Egyesült Államokban rendezett egészségügyi menedzsment MBA iskolák nemzetközi versenyén, ahol az EMK csapatával az előkelő „Silver Round” fokozatig jutottak. 2000 óta két gyermekével GYES-en van. Egészségpolitika, egészségbiztosítás, gyermekkori asztma témakörökben számos publikációja jelent meg. Érdeklődési területe: gyermekpulmonológia, egészségpolitika.

## Bővíti együttműködését az OEP és a BKÁE

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár valamint a Budapesti Közgazdaságtudományi és Államigazgatási Egyetem megerősítette és kibővítette azt a megállapodást, mely 2002 óta biztosítja a két intézmény közötti szakmai együttműködést. Dr. Matejka Zsuzsanna, az OEP főigazgatója és Dr. Mészáros Tamás, a BKÁE rektora 2004. május 7-én ünnepélyes keretek között írták alá a dokumentumot.

A 2002 óta folyó közös szakmai munka mindkét intézmény számára eredményes volt. A képzésbe – oktatóként – sikerült bevonni az egészségbiztosításban napi tapasztalatokkal rendelkező OEP szakembereket, s így lehetőség nyílt az egyetem oktatói és hallgatói számára a gyakorlati oldal jobb megismerésére.

Az együttműködés az OEP szakemberei számára is hasznosnak bizonyult, akik a képzések és konferenciák során a tudományterület legújabb eredményeit ismerhették meg.

A két éves együttműködés túlmutatott az eredeti szerződés keretein, ezért mindkét intézmény támogatta ennek megerősítését és kibővítését.

A továbbiakban intenzívebbé válik a szakmai együttműködés az egészségügyi közgazdaságtani, egészségügyi technológiai elemzés és a gyógyszer közgazdaságtan területein.

Magyarország EU-tagsága új kihívásokat jelent a közszolgálat számára is, ezért az együttműködés kiterjed az új közszolgálati menedzsment eszköztrendszerének gyakorlati alkalmazására, valamint az így nyert tapasztalatok elemzésére, felhasználására is.

TÉ