

Teljesítményalapú finanszírozás bevezetése a rehabilitációs ellátásban – szervezői és intézet-finanszírozási tapasztalatok

Sipos Júlia, Németh Judit, Dr. Cserhádi Péter
Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet

A rehabilitációs ellátás jelenleg napidíjjal finanszírozott, ami az egyedi esetek valós ellátási szükségletéhez kevéssé illeszkedik. Az új, erre épülő finanszírozási rendszer bevezetése iránti igény szakmai és az egészségbiztosítói oldalról is megfogalmazódott. Hosszabb előkészítést követően egyes pilot osztályok, a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) és az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet (OORI) két próba kódolási periódust bonyolítottak le. Ezen tapasztalatok alapján a szakmai előírások és a finanszírozási paraméterek átdolgozása vált szükségessé. Emellett elkészült egy jogszabálytervezet, amely a teljesítményalapú finanszírozás országos szintű bevezetését tartalmazza, a tervek szerint 2019. november 1-jétől. Az OORI nem csak szervezőként, hanem résztvevőként is megtapasztalta az új rendszert.

The rehabilitation care is based on daily fee, which does not fit to the real costs. Both the profession, both the National Health Insurance Fund of Hungary (NEAK) have requested to introduce a new financing system. After many years of intensive preparations two pilot periods were organized by the NEAK and the National Institute of Medical Rehabilitation (OORI). Due to the pilots both the professional requirements and the funding terms needed to be reviewed. Further a new draft legislation was made about the condition of performance-based funding in rehabilitation care. The new rules are planned to be introduced from the 1 November 2019. The OORI was not only the organizer of the pilot program, it was a participant as well.

BEVEZETÉS – A TELJESÍTMÉNY ALAPÚ FINANSZÍROZÁS IRÁNTI IGÉNYEK MEGJELENÉSE A SZAKMA ÉS A FINANSZÍROZÓ OLDALÁN

A szakma a napidíj alapú finanszírozás számos hátrányát érezte, illetve a szakmai felügyelet erősítése céljából úgy gondolta, hogy egyrészt módszertani támogatást nyújtana a rehabilitációs ellátást végző szervezeti egységeknek, másrészt megalkotná a teljesítmény alapú finanszírozás alapjául is használható szakmai kézikönyvet. A változásoktól a rehabilitációban is jelenlevő ún. vattabeteg-ellátás csökkenését várják.

A jogszabályi környezet alakulása sem hatott kedvezően a szakmai munka ellenőrzésének minőségére. A jelenleg hatályos jogszabályok a szakmai tevékenység koordinált

egységes ellenőrzését nem írják elő. A Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) a rehabilitációs medicina alaptevékenység (szakmakód: 2200) szakmában a személyi feltételeket és bizonyos finanszírozási jogszabályban előírt paramétereket (mint például átlagos ápolási idő, halálozási adatok) ellenőrzi, míg a Nemzeti Népegészségügyi Központ (NNK) a többi rehabilitációs osztály ún. minimum feltételekben megjelölt kritériumait ellenőrzi évente kétszer. Összehangolt ellenőrzésre nem kerül sor, és a szakmai munka minőségét egyik eljárásban sem értékeli.

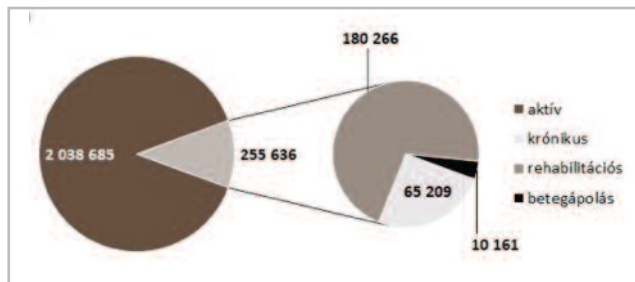
Az egészségügyi ellátás az utóbbi években is folyamatosan fejlődött, így a szakmai szabályok is jelentősen változtak. Például az egynapos ellátások elterjedése a rehabilitációban részt vevő betegeket is érintette, illetve az onkológiai kezelés alatt álló betegek is egyre nagyobb számban jelentek meg egyúttal rehabilitációs osztályokon. Mindezen változások a finanszírozást is érintik, hiszen ezen költséges ellátásokra a rehabilitációért járó napidíj nem nyújt fedezetet, ebben a modellben az ilyen, egyre gyakoribb ütközések megoldása nem lehetséges. Így a finanszírozásra vonatkozó jogszabályok folyamatosan változtak és változnak, hogy a betegek a szükséges ellátásokhoz hozzájussanak, de a rehabilitációt végző egészségügyi ellátóknak ezen kezelések ne okozzanak veszteséget.

Továbbá a szakma egységesen támogatja azt a trendet, hogy a rehabilitáció és a krónikus ellátás, valamint a betegápolás hosszabb távon kerüljön szétválasztásra, figyelembe véve a szociális ellátás határterületeit. A napidíj alapú finanszírozás ugyanakkor ezt a szétválasztást nem segíti, hanem sok esetben szakmailag indokolatlanul „ösztönzi” a magasabb finanszírozás reményében az ápolási esetek rehabilitációs szervezeti egységeken történő ellátását.

A REHABILITÁCIÓS ELLÁTÁS FINANSZÍROZÁSI ADATAI

Magyarországon 2018-ban a NEAK adatai szerint 2 294 321 beteg távozott közfinanszírozott fekvőbeteg-ellátást végző szervezeti egységből. A betegek majdnem 90 százaléka aktív fekvőbeteg-ellátásban részesült, 7,9 százalékuk vett részt rehabilitációs ellátásban (1. ábra).

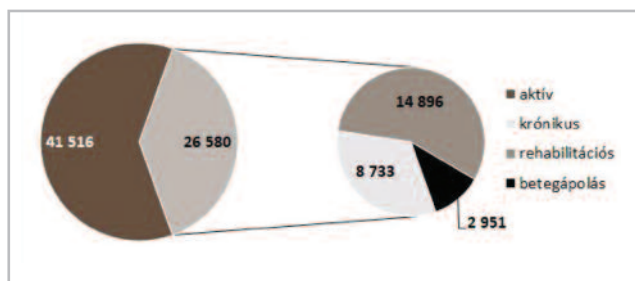
Az ágyak számát tekintve az előző arány az ún. krónikus fekvőbeteg-ellátások irányába jelentősen elmozdul. A közfinanszírozott ágyak alig több mint 60 százaléka tartozik az aktív fekvőbeteg-ellátáshoz, míg a rehabilitációs ellátás ágyainak száma már meghaladta a 20 százalékot, az összes ún. krónikus fekvőbeteg-ellátás ágyainak több mint a fele reha-



1. ábra

A fekvőbeteg-ellátásból távozott betegek megoszlása az ellátás fajtája szerint (2018) (Forrás: NEAK Fekvőbeteg- és kúraszerű ellátás összesített – korrigált – teljesítmény adatai)

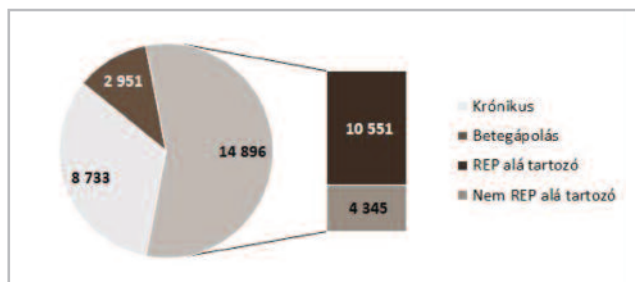
bilitációs ellátást végez. Ezen arányok az elmúlt években változatlanok voltak.



2. ábra

Fekvőbeteg-ellátásban közfinanszírozott ágyak megoszlása az ellátás fajtája szerint (2018. december) (Forrás: NEAK http://www.neak.gov.hu/data/cms1022980/hf_201812.pdf)

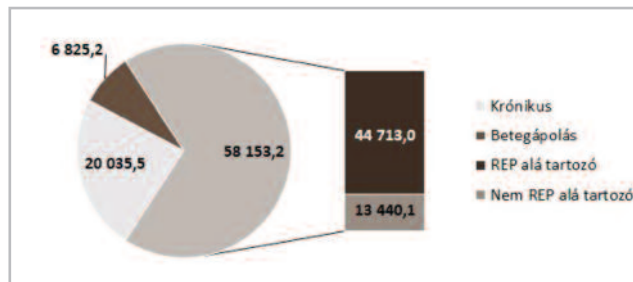
A teljesítmény alapú finanszírozás nem minden rehabilitációs ellátásban kerülne bevezetésre, a pszichiátriai, addiktológiai rehabilitációs ellátásra, valamint a nappali rehabilitációs ellátásra nem terjedne ki. A rehabilitációban működő közel 15 000 ágy mintegy kétharmadára vonatkozna az új finanszírozási rendszer.



3. ábra

Krónikus fekvőbeteg-ellátásban működő ágyak megoszlása (2018. december) (Forrás: NEAK http://www.neak.gov.hu/data/cms1022980/hf_201812.pdf)

Az Egészségbiztosítási Alapból (E. Alap) 2018-ban krónikus fekvőbeteg-ellátásban teljesített napidíjakra 85 milliárd forintot költöttek, ennek közel 70 százaléka a rehabilitációs ellátásokhoz köthető. A tervezett új finanszírozási rendszerrel érintett szervezeti egységek tevékenysége után az E. Alapból közel 45 milliárd forint áramlott ki, ami több mint a teljes krónikus fekvőbeteg-ellátásra kifizetett összeg fele.



4. ábra

Az E. Alap krónikus fekvőbeteg-ellátás kiadásai (millió Ft, 2018) (Forrás: NEAK Fekvőbeteg- és kúraszerű ellátás összesített – korrigált – teljesítmény adatai)

A fentiek alapján érthetőek a szakma érdekei és a finanszírozó elkötelezettsége is a napidíjas modell helyett a teljesítmény alapú finanszírozás bevezetésében.

ELŐKÉSZÜLETEK

Az Egészségügyi Szakmai Kollégium Fizikális Medicina, Rehabilitáció és Gyógyászati Segédeszköz Tagozat és Tanács (a továbbiakban: szakmai tagozat) gondozásában 2010-ben megjelent a Rehabilitációs Ellátási Programok Kézikönyve (a továbbiakban Kézikönyv). Ebben a rehabilitációs ellátások szervezésének, a betegutak kialakításának és az egyének állapotának súlyosságához – ezáltal rehabilitációs szükségletének összetettségéhez és a betegek ellátásának biztonságosságához – igazodó ellátórendszeri feltételeket határoztak meg [1]. A Kézikönyvben foglaltaknak megfelelően az ún. minimum rendelet (az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet) 2. melléklete módosult, majd a finanszírozási jogszabályokban is megjelent az egyes programokra történő utalás. Ezt követően a NEAK és a szakmai tagozat együttműködve, a szakmai előírásokat és a finanszírozási szabályokat is szem előtt tartva átdolgozták a Rehabilitációs Ellátási Programokat (REP), és kidolgozták ezen egészségügyi ellátási forma finanszírozásának elszámolása alapjául szolgáló új kódolási rendszert, azaz elkészült az ún. besoroló egy kezdetleges verziója.

A PRÓBAIDŐSZAKOK

Mind a szakma mind az egészségbiztosító úgy gondolta, hogy az új finanszírozási rendszer bevezetése próba nélkül nem valósítható meg. Az első tesztelési időszak 2016. január 1-jével indult, mely hat hónapon keresztül tartott. A próbaszakaszba az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet (OORI) által koordinált pályázati eljárás keretében lehetett bekerülni. Összesen 32 intézmény 42 szervezeti egységével vett részt ezen tesztidőszakban. A próbaszakasz során a rehabilitációt végző szervezeti egységek adminisztratív terhe megnövekedett, mely kompenzálására az OORI – az EMMI-től kapott, az országos feladatainak ellátására szolgáló kis összegű keret terhére – támogatási szerződést kötött az egészségügyi szolgáltatókkal. A szervezeti egységek számára az új kódo-

lási rendszer elsajátítása komoly feladatot jelentett, úgy, hogy a medikai szoftverek nem álltak készen a változásra, és nem voltak minden esetben felhasználó-barátok sem. Az ellátó egységeken túl a NEAK-ban is folyt fejlesztőmunka, az adatok fogadására alkalmassá kellett tenni a rendszert, illetve az egész tesztidőszak alatt a munkatársaik fogadták a problémáikkal hozzájuk forduló szakmai partnereiket.

A próbaidőszak rávilágított arra is, hogy a korábban elméleti alapokon megtervezett rendszer szakmai és finanszírozói továbbgondolást igényel. A tapasztalatok alapján mind a Kézikönyv, mind a besoroló átdolgozása megkezdődött. Közvetlenül másfél éven keresztül a szakma az egészségbiztosítóval folyamatosan egyeztetett a változásokról, majd 2018-ra elkészült a Kézikönyv felülvizsgált verziója és a besorolót is átdolgozták.

Ezt követően 2018. március 1-jével egy újabb fél éves próbaszakasz indult 31 egészségügyi szolgáltató 46 osztályával. Ebben a szakaszban nagyobb mértékű volt a „lemorzsolódás”, a felmerült technikai problémák és a nyári szabadságok miatt végül 35 osztály kódolt folyamatosan az új szabályok szerint.

A próbaszakasz első hónapjaiban az OORI-ban nem éreztük a problémákat. A NEAK a havi teljesítményjelentések feldolgozása után jelezte felénk, hogy számos probléma merült fel. Ennek és az időközben beérkező intézményi visszajelzések nyomán szükségessé vált valamennyi, a próbában résztvevő szervezeti egység megkeresése. Kíváncsiak voltunk észrevételeikre, javaslataikra, helyi szintű problémáikra, a medikai szoftverrel kapcsolatos tapasztalatukra, a Kézikönyvvel, a besorolóval és a NEAK által készített hibalistákkal kapcsolatos álláspontjukra.

Nagyon nagy eltérést tapasztaltunk az egyes szolgáltatóknál. Volt olyan kórház, ahol szabályzatot alkottak a REP szerinti kódolásról, itt rögzítették, hogy a rehabilitációs tagoknak mik a feladataik, ki miért felelős, milyen határidővel dolgoznak. Ugyanakkor az is sokat számított, hogy ebben az intézetben egy jól működő, felhasználóbarát medikai szoftver segítette az egészségügyi dolgozók munkáját. Másol még az előírásoknak megfelelően sem tudták rögzíteni a történeteket, és sok esetben a túlzott adminisztráció, az informatikai támogatás hiánya, esetleg a felsővezetés hozzáállása miatt vált kritikusá a helyzet. Néhány szolgáltatónál a medikai szoftvert nem módosították, így az még mindig az első próbaszakaszban megfelelően működött, és az új kívánalmaknak nem tudott megfelelni. A telefonos megkeresések arra ösztönözték a szervezőt, a szakmát és az egészségbiztosítót, hogy szakmacsoportonként kisebb konzultációt tartsanak, melyen elindult egy előrevezető és előremutató diszkusszió. Ekkor vált világossá az OORI-ban dolgozók számára, hogy az általuk használt medikai szoftver módosításának minősége jobb a többinél, és a sok éves helyi szakmai hagyományok mennyire megkönnyítik a munkájukat. A konzultációk során egyedi segítséget is kértek egyes szolgáltatók, így az OORI munkatársai felkerestek több intézményt is. Az intézménylátogatások során derült ki, hogy a próbaszakaszban résztvevő egyes osztályok a változásokkal nincse-

nek teljesen tisztában volt, ahol még az első tesztidőszakban meghatározott követelmények szerint végezték a kódolást. Másol a NEAK által összeállított hibalistákhoz nem jutottak hozzá a kollégák, így pontos információval nem rendelkeztek arról, hogy milyen minőségű munkát végeznek, hol hibáznak.

TOVÁBBLÉPÉS A RENDSZERSZINTŰ BEVEZETÉS IRÁNYÁBA

A próbaszakasz alatt, majd azt követően is folyamatos egyeztetések voltak a szakma és a finanszírozó között. Az egészségbiztosítóhoz beérkező adatokat is figyelembe véve a Kézikönyv és a besoroló tervezetének átdolgozása megkezdődött. Továbbá a próbaszakaszok kiterjesztése melletti döntés is megszületett, így az egészségbiztosító segítségével elkészült egy jogszabálytervezet, mely valamennyi rehabilitációs – a pszichiátriai, addiktológiai és nappali ellátást végzők kivételével – szervezeti egység számára új kódolási kötelezettséget írta elő. Így a jelenlegi szabályok mellett az alábbiakat is rögzíteni kellene:

- a tervezett REP ellátás kódját,
- a tervezett REP ellátás típusát (programozott, vagy elsőbbségi rehabilitáció),
- felvételtkor és távozáskor 10-10 FNO kódot,
- megadott számú funkcionális teszt eredményét a felvételtkor és az elbocsátáskor,
- a beteg terápiája során elvégzett beavatkozásokat (mint például gyógytorna, logopédia stb.).

A javaslat értelmében a mielőbbi kihirdetés kívánatos és lehetséges, de csak november 1-jei hatályba lépéssel. Így minden szolgáltatónak lenne ideje felkészülni a változásokra, valamint ez idő alatt a medikai szoftverek fejlesztésére is sor kerülhetne. A hatályba lépést követően továbbra is napidíj alapú lenne a finanszírozás, de azon esetekben, ahol a kódolás a jogszabályi előírásoknak nem felel meg, a javítás elvégzéséig a finanszírozást a biztosító visszatartaná. A beteg ellátása során alkalmazott terápiák napi szintű rögzítése csak az egyes REP-ek költségeinek meghatározásáig lesz előírva, ezt követően a szakma bevonásával meghatároznák azon beavatkozások körét, melyek segítségével eldönthető, hogy a beteg a Kézikönyvben az adott REP-re vonatkozóan előírt terápiát valóban megkapta. Ezzel a kezdeti adminisztrációs teher később csökkenthető lesz. A folyamat jelen állása szerint a teljesítmény alapú finanszírozás bevezetéséhez szükséges további teendők miatt az új rendszer legkorábban 2021. november 1-jétől vezethető be, addig a napidíj alapú finanszírozásnak kell maradnia. A jogszabály tervezetét az OORI az egészségbiztosító támogatásával 2019 áprilisában megküldte az Egészségügyi Államtitkárság részére.

Tekintettel a folyamatra az OORI, mint országos módszertani központ 2018 őszén a teljesítmény alapú finanszírozás bevezetését a Nemzeti Egészségügyi Programok (NEP) Nemzeti Egészségügyi Mozgásszervi Szakpolitikai Programjának (NEMOP) részét képező Orvosi Rehabilitáció fejezetben javasolta, mely elfogadásra is került. Mivel az új

rendszer jó működése, a kumulált társadalmi nyereség biztosítása érdekében a vattabeteg-ellátás kiszűrése és az eset-súlyosságához valóban szükséges terapeuta létszám biztosítása finanszírozási többletkiadás nélkül elképzelhetetlen, ezért a változások fedezetére, az ellátások értékükön történő finanszírozásának megvalósításához 5 Mrd forint becsült fejezeti többletforrási igény merült fel.

INTÉZETEN BELÜLI TAPASZTALATOK

Az OORI nem csak szervezőként, hanem résztvevőként is részese volt a próbaszakaszoknak. Két szervezeti egységgel, összesen 40 ágyon vett részt a második próbaszakaszban, melynek befejezését követően is REP szerinti kódolást végeznek. Az egyik szervezeti egység rehabilitációs medicina alaptervékenységek (2200) szakmában 30 ágyon, a másik súlyos agykárosodottak rehabilitációja (2206) szakmában 10 ágyon működik. A két szervezeti egység egy vegyes szervezésű rehabilitációs osztályon fogadja a betegeket, azaz a rehabilitációs team tagjai a két szervezeti egységben meg-egyeznek.

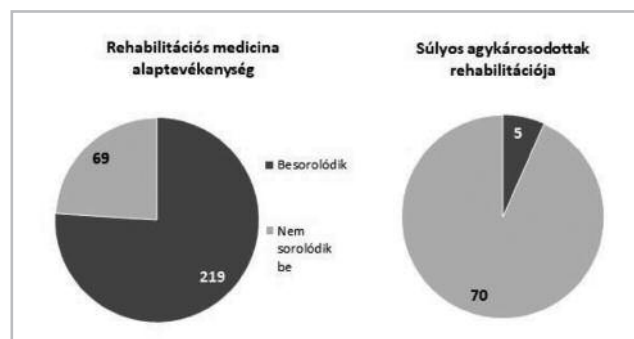
Tapasztalataink szerint az új kódolási rendszer hatékony bevezetéséhez fontos tényezők:

- a motivált helyi vezető, aki érdekeltté tudja tenni az osztály valamennyi munkatársát;
- a régi hagyományok;
- a felkészült adminisztrátor;
- egy felhasználóbarát medikai szoftver;
- jó informatikai ellátottság;
- folyamatos kapcsolattartás a helyi finanszírozási osztály munkatársaival;
- a rendszeres értékelő egyeztetések.

Mindezek az OORI-ban rendelkezésre álltak. Az osztályt vezető főorvos a REP folyamatban aktívan részt vesz, az egészségbiztosítóval és a szakma többi képviselőivel is folyamatosan tartja a kapcsolatot, illetve az Intézet Minőségügyi Bizottságát is vezeti. Az OORI-ban a terápiák során alkalmazott beavatkozások folyamatos rögzítésének régi hagyománya van, még Dr. Kullman Lajos főigazgató vezette be, hogy ún. virtuális munkahelyeken rögzítik a terapeuták az elvégzett beavatkozásokat, így nem okozott problémát az adatok egészségbiztosító felé történő megküldése. Az osztályon dolgozó orvosírnok szakmai tudása mellett kiemelendő az informatikai tudása is, a medikai szoftver minden funkcióját gyakorlottan és megbízhatóan használja, illetve az osztály valamennyi munkatársával és a Finanszírozási Osztállyal is kifejezetten jó kapcsolatot tart fent. Az OORI-ban használt medikai szoftver fejlesztése során az orvosi, finanszírozói szempontokat és helyi specifikumokat is figyelembe vették, így egy olyan szoftver áll rendelkezésre, mely a rehabilitációs teamtagok munkáját nagymértékben segíti. Az osztály számítógépes ellátottsága a próbaszakaszok alatt folyamatosan javult, így mostanra elfogadhatóvá vált.

A rehabilitációs osztállyal a Finanszírozási Osztály folyamatosan kapcsolatban van, minden egyes eset lezárása előtt

egyeztetnek, amennyiben a besorolót, vagy a Kézikönyvet érintő változtatási javaslatuk születik, azt mind az egészségbiztosítónak, mind a szakmai tagozat képviselőinek megküldik. A hibalistákon szereplő eseteket közösen áttekintik. Közös tapasztalat alapján megfogalmazható, hogy a mind a Kézikönyv, mind a besoroló további módosítást igényel, melyet alátámaszt az is, hogy a súlyos ellátást végző 10 ágyas részleg esetei az elvártnál kevesebbszer kerültek besorolásra abba a REP-be, amibe a szakma szabályai szerint tartoznának.



5. ábra

Az OORI-ból távozott betegek adatai a hibalisták tükrében (2018. március 1. és 2019. február 28. között) (Forrás: Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet)

Az Osztályról összesen 363 beteg távozott, akiket 2018. március 1-jét követően vettek fel és 2019. február 28-ig el is bocsátottak. A 30 ágyról 288 beteg távozott, ezen esetek több mint háromnegyedét az egészségbiztosító az adatok ellenőrzését követően abba a REP-be sorolta be, ahova az osztály orvosai is gondolták a szakma szabályai szerint. Ezzel szemben a kiemelt részlegről távozott 75 beteg közül mindössze 5 került abba a REP-csoportba, ahova az orvosok is gondolták. A többi 70 eset nagy része is besorolódott valamelyik REP-be, de az nem egyezett azzal, amit az orvosok szakmai szempontból indokoltnak tartottak, és akár el is végeztek.

Ezen eltérés okának feltárása miatt jelenleg is egyeztetés folyik az egészségbiztosítóval, a felülvizsgálat során szerzett tapasztalatok hasznosítására. Ezek az adatok azt mutatják, hogy az érintett hazai ellátórendszer 90%-át jelentő 2200 szakmakódú alaptervékenység területén a besorolás minősége már közelít az elvárthoz. Ugyanakkor a nehezebben kategorizálható súlyos agy- és gerincvelősérülteket, politraumatisztakat, szeptikus és gyermekkori eseteket kezelő rehabilitációs osztályok tevékenységének besorolása szorul még további pontosításra.

ÖSSZEGZÉS

A teljesítmény alapú finanszírozás rehabilitációs ellátásban történő bevezetésére még sem az ellátók, sem a szakma, sem a finanszírozó nem áll készen. Jelenleg a jogszabályi környezet is kialakításra vár. Ennél is fontosabb olyan felhasználóbarát szoftverek kialakítása, amelyek az admi-

nisztrációnak az előírások szerinti elvégzését jelentősen segítik. Az ellátásban résztvevők oktatása, az új rendszer részletes ismertetése is elengedhetetlen, annak érdekében, hogy valós adatok kerüljenek rögzítésre a lehető legkisebb adminisztrációs tehernövekedéssel. Az eddigi próbaszakaszok tapasztalatai alapján a szakmai Kézikönyv, illetve az ehhez szorosan kapcsolódó besorolók átdolgozása elengedhetetlen. Az új kódolási

szabályok hatályba lépését követően szükséges az egyes REP-ek finanszírozási értékét a szakma bevonásával meghatározni. Jól látszik, hogy a finanszírozási váltás első lépéseit tettük csak meg, de az eddigi út is nagyon hasznos tapasztalatokat hozott. A jelenleg szinte egyedülálló hazai „ráfordítási” együttműködés példamutatóan illusztrálja a szakma és az irányító szervek közötti interakció hasznosságát.

IRODALOM JEGYZÉK

[1] Az Egészségügyi Szakmai Kollégium Fizikális medicina, Rehabilitáció és Gyógyszati Segédeszköz Tagozat és

Tanács: Rehabilitációs Ellátási Programok Kézikönyv, 2010

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Sipos Júlia közgazdász, 2004-ben az Eötvös Loránd Tudományegyetem Természettudományi Karán szerzett matematika szakos tanári diplomát. 2007-ben a Budapesti Corvinus Egyetem Gazdálkodástudományi Karán számvitel főszakirányon és egészségügyi közgazdaságtan és technológiaelemzés

mellék-szakirányon végzett. 2007 szeptemberétől 2010 végéig az Egészségügyi Minisztérium munkatársa volt. 2011-ben az Egészségügyi Szakértő Műhely Kft. compliance divízióját segítette. A Századvég Gazdaságkutató Zrt. egészségügyi üzletágában 2012 és 2015 között dolgozott. 2015. december 1-jétől az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet Finanszírozási és Kontrolling Osztályát vezeti.



Németh Judit 1999-től dolgozik az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézetben. Fizikoterápiás asszisztensként kezdte munkáját, miután megszerezte diplomáját a Debreceni Egyetem

Egészségügyi Főiskolai Karán egészségügyi ügyvitelszervező szakon, 2004-től a Módszertani Osztályt erősítette. Több mint 10 éve feladatai közé tartozik az Ágazati Adatgyűjtési Rendszer szerinti rehabilitáció fekvő- és járóbeteg tevékenységéről szóló jelentés elkészítése.



Dr. Cserháti Péter 1988-ban „summa cum laude” minősítéssel fejezte be orvos egyetemi tanulmányait. 1988-2007 között az Országos Baleseti Sebészeti Intézet munkatársa volt. 1994-ben általános sebészetből, 1996-ban baleseti sebészetből szerzett szakképesítést. A klinikai tevékenység mellett a combnyaktáji törések epidemiológiájával, kezeléssel és rehabilitációjával foglalkozó kutatócsoport munkájába kapcsolódott be. Társszerzője, illetve társszerkesztője volt három könyvrészletnek, „A combnyaktörés kezelése osteosynthesissal” c. monográfiának, amely német majd angol nyelven is megjelent. E munka kapcsán dolgozott Hannoverben és Svédországban, a Lundi Egyetemen is. 2004-ben egészségügyi szakmenedzser másoddiplomát

szerzett. 2005-ben „summa cum laude” minősítéssel védte meg a Semmelweis Egyetem Doktori Iskolájában doktori értekezését. 2008-ban mozgásszervi rehabilitációs szakorvosi vizsgát tett. 2008-tól az OORI-ban dolgozott, majd 2009. január 1-jétől a Gerincvelősérültek Rehabilitációs Osztályán, főorvosi beosztásban. 2010. június 7 – 2013. október 31 között előbb a Nemzeti Erőforrás Minisztérium majd az Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségpolitikáért felelős helyettes államtitkára volt, 2013. november 1-jétől pedig miniszteri biztosa, előbb a rehabilitáció fejlesztéséért majd 2015 decemberétől az Egészséges Budapest Program koordinálásáért felelős megbízással. 2013. november 1-jétől az OORI megbízott, 2014. június 1-jétől jelenleg is kinevezett főigazgatója. 2015. június 1-jétől a Pécsi Tudományegyetem adjunktusa, az Orvosi Rehabilitáció és Fizikális Medicina önálló Tanszék vezetője.