

Helyzetelemzés, nemzetközi kitekintés és javaslatok az egynapos sebészet hazai bevezetése kapcsán

Dr. Varga Imre, Medicina 2000 Poliklinikai és Járóbeteg Szakellátási Szövetség

Szerző a hazai egészségügy történetében először megjelent, az egynapos sebészeti ellátásról és ezeket nyújtó egészségügyi szakellátó szolgáltatókról szóló önálló jogszabály kapcsán több részből álló cikkben fogalmazza meg álláspontját. Javaslatot tesz az egynapos sebészettel kapcsolatos kifejezések pontos definiálására, azok egységes használatára, a jogszabály által nem kezelt szabálykönyv tartalmára. A második részben az egynapos sebészet nemzetközi irodalmából vett példákkal ismerteti a nemzetközi gyakorlatot, implementálásának időszerűségét és fontosságát. A harmadik részben a 2002-es év hazai adatai alapján vizsgálja a prognosztizálható, az egészségügy egészét is érintő változásokat. Ismerteti az új szolgáltatási forma lehetőségeit, a finanszírozásban bekövetkező változásokat, amennyiben az egynapos beavatkozások részaránya eléri a 10-30%-ot. Javaslatot tesz az egynapos ellátás bevezetésének pályázatú rendszeren keresztüli gyakorlati lehetőségeire, illetve az átmeneti finanszírozás mértékére.

BEVEZETÉS

A hazai egészségügyünk szolgáltatási palettájára egy új betegellátási szemléletet hoz az egynapos sebészet, amelyet egy a közelmúltban megjelent rendelet szabályoz (16/2002. (XII.12) ESZCSM rendelet). E jogszabályról elmondható, hogy kellően hosszú és egyben kellően rövid is!

Kellően hosszú ahhoz képest, hogy ezen ellátási formáról csak más jogszabályba iktatva született meghatározás. Igyekszik a sarokpontokat meghatározni, de elkerüli azt a veszélyt, hogy a részletekben elveszzen, így e tekintetben kellően rövidnek is mondható. Szinte hiba lenne az ennél részletesebb jogszabályi meghatározások sora, mivel nem biztos, hogy a jogalkotónak kell szakmai kategóriákat meghatározni. Nem véletlen így az sem, hogy a 2§ (2) a) pontban általános érvénnyel, de konkrét megnevezése nélkül kerül említésre így a nemzetközileg ismert ASA (American Society of Anesthesiologists) kritériumrendszere a beteg műtéti alkalmasságának témakörében.

Tehát mindazok a további részletek, amelyek a szabályozásból jelenleg hiányolhatóak, nem elsősorban a jogi különnyökbé valók, hanem szakmai indíttatással meghatározott irányelvek, eljárás-leírások mentén fogalmazandók meg. A felállított új rendszerhez egy új finanszírozási technika illeszthető, mely szintén nem újkeletű probléma, és nem

e jogszabály feladata. Ez utóbbiak kialakításához azonban nem pusztán a szakmai megközelítés vagy a személyes érvelmek, netalán szűk látókörű lobby érdekek mentén kell hozzáfogni, hanem igénylik a különféle szakmai fórumok megfelelő szakmai munkáját.

Az egynapos ellátások ügyében a holtpontról történő ki-mozdulás érdekében gondolatébresztőként ajánlom e publikációmát, a témakörben végzett 9 éves ezirányú munkám alapján.

TERMINOLÓGIA

A külföldi irodalomban az egynapos ellátás meghatározására szinonim megnevezések széles spektrumát alkalmazták (1), mely halmazban szakmailag, indikációiban és költséghatékonysági szempontok alapján két fő csoport különíthető el:

- **Nappali sebészet** (ambuláns sebészet, egynapos sebészet, major ambulatory surgery, ambulatory surgery, same day surgery, outpatient surgery, day surgery, one day surgery, day case surgery, time frame up to 12 h, ambulante chirurgie, Tageschirurgie)
- **24 órás sebészet**, (overnight surgery, the night after surgery, extended recovery, overnight stay, Time frame over 12 h., under 24 h.)

Jóllehet a közleményeket és különféle éves kiértékelő statisztikákat olvasva az elsősorban költséghatékonysági eleméletek mentén alakuló két fő kategória szétválasztása nem minden ország esetében „sebészi pontosságú” de feltétlenül megjegyzendő, hogy a szétválás folyamata egyre markánsabbnak mondható.

Az egészségügyi, szociális és családügyi minisztérium 2002. december 12-i rendelete a két kategóriát lényegében összefogta. A 24 órán belüli határvonal meghúzása mögött az az óvatos jogalkotói szándék feltételezhető, hogy teret hagyjon a szakmai műhelymunka számára az egynapos sebészet újonnan induló gyakorlatának pontos definiálására.

A nemzetközi gyakorlat értékelése a második cikk (*lapunk következő számában – a szerk.*) feladata. Előjáróban azonban elmondható, hogy míg korábban a hagyományos kórházi és a 24 órás sebészet közötti különbségeket vizsgálták, addig utóbbi időkben egyre nagyobb számban olvashatók azok a költséghatékonysági céllal is íródott tanulmányok, melyekkel a 12 órás kontra 24 órás ellátást hasonlítják össze. Ezen műtéttechnikai és aneszteziológiai-farmakoeconomiai összehasonlítások alapján már inkább a nappali sebészet irányába billen az ellátók preferenciája. Ter-

mésztesen az elvégzett beavatkozások és a beteg állapotának függvényében létjogosultsága van mindkét ellátási formának, csupán a két ellátási forma alkalmazásának trendje érdemel figyelmet a hazai eljárás-leírások és ajánlások kialakításakor.

Abban a reményben, hogy nem tűnik önkényesnek, javasolom a **nappali sebészet** (12 órán belül ellátott) és az **egynapos sebészet** (24 órán belül ellátott esetek) fogalmkörének bevezetését, amely segíthet a közös hazai szóhasználat kialakulásában! Ugyan mindkét eredeti definíció az első csoportban olvasható, de egyrészt a jogszabály címe is „egynapos sebészet”-ként fogalmazott, másrészt a mi esetünkben a rendelet 2§ (1)-ben a 24 órán belüli kritérium konkrétan megjelenik, így ezen változtatni értelmetlen lenne. Ezen a fogalmkörön belül választottam a „nappali” jelzőt, mely véleményem szerint kifejezi a két ellátás közötti különbséget.

Megemlíthető a rendelet egy roppant fontos kitétele, mely elfogadja a külföldi gyakorlatban létező önálló nappali sebészeti intézmények (FASC = Freestanding ambulatory surgical center, Ambulatory surgery centre/facility) létrehozásának lehetőségét. Ezen szolgáltatók esetében azonban elmondható, hogy az intézetek eleve nem rendelkeznek – de nem is kell, hogy rendelkezzenek – a 24 órás ellátás (egynapos sebészet) gyakorlásának feltételrendszerével. Ezek az intézetek az esti időszakban és a hétvégén, ünnepnapokon bezárnak, átéjszakázó betegük, három műszakos személyzetük stb. nincs. A költséghatékonyság pontosan a vázolt határvonal mentén értelmezhető, mivel az egynapos formához képest a nappali sebészetben számos költségnövelő tényező, mint a három műszakos ápolás, az orvosi ügyelet, a konyha stb. biztosítása nem jelentkezik. E kérdés tanulmányozására nem kellene ugyan feltétlenül külföldi példákat segítségül hívni, de sajnos Magyarországi gyakorlatról nem rendelkezünk összefoglaló, publikált adatokkal.

Amennyiben viszont a nappali sebészet körében végzendő/végezhető beavatkozások olyan egységekben történnek, ahol a 24 órás feltételek is megvannak, akkor bizony megkérdőjelezhető a gazdaságosság!

Félő, hogy a mindennapi alkalmazás szabályozatlansága miatt egyes helyeken a „drágább az olcsóbb” jelenség bukkanhat fel.

Ha követjük a nemzetközi példákat, a megvalósítandó hazai gyakorlat az lenne, hogy az egynapos beavatkozások egy jó része a közvetlen kórházi háttér birtokában – annak szervezésében, de az osztályos munkától szervezetileg teljességgel elkülönített – illetve önálló sebészeti intézményben történjenek. Nagy számú beavatkozást feldolgozó elemzések találhatóak az ellátóhely típusának függvényében az amerikai NSAS (National Survey of Ambulatory Surgery) (2) éves jelentésében, ahol pl. már 1995-ben 24,5 millió esetet (83%) regisztráltak kórházi háttérrel szervezett egységben (hospital-based settings), és 4,87 millió esetet (17%) az önálló sebészeti intézményben (freestanding settings). Ez a forma és feltehetően ezen arány hazánkban is megvalósítható!

SZABÁLYOZOTTSÁG

Ha visszatérünk a jogi szabályozáshoz, a megjelent rendelet erőssége az is, hogy a finanszírozási csatorna és technika formájától függetlenül definiálja az ellátási formát, biztosítva a jogalkotó felelősségét, hogy történjen a beavatkozás akár a társadalombiztosítás, akár a beteg költségvállalásának terhére, mindegyik formában érvényes feltételrendszer gondoskodik az ellátott biztonságáról.

Jóllehet nem a nevezett jogszabály feladata, de a semlegesség logikáját követi az is, hogy a rendszert az ténnyé tegye valamennyi szakmának és a szakmai felügyelet végző ÁNTSZ-nek, hogy a nem OEP finanszírozott tevékenységek beavatkozás számai, eredményei, stb. milyenek. Jelenleg egy-egy – nem OEP finanszírozott – intézmény közlékenységének függvénye csupán, hogy megismerhető-e a műtéti eredményei, így a hazai manuális szakmák szolgáltatásainak jelentékeny része eltűnik a szakmai értékelés elől. A szakmai kollégiumok sem jutnak jobban hozzá ilyen irányú információkhoz. Hiba lenne e helyzet konzerválása az új rendszerben!

A jelenlegi szabályozatlan helyzet megszüntetése a beteg, és a beavatkozást végző szakorvos illetve intézmény érdeke is. Szükségesek azok a szakmai eljárás-leírások, melyek megakadályozzák, hogy csupán egy kedvezőbb finanszírozási kategória előnyei határozzák meg szolgáltatás formáját, ezáltal veszélyeztessék a beteget. (Ld. a 16/2002. (XII.12) ESZCSM rendelet 2§-t, mely csak sarokpontként használható!).

Gyakorta hallott vélemény szakmai körökben, hogy *nem olyan bonyolult kérdés az „egynapos” ügye, tegnap is úgy operáltam, amint holnap fogok, csak valaki biztosítsa az anyagi és egyéb feltételeket.* Sajnos a kérdés ennél jóval bonyolultabb, amit az is bizonyít, hogy ilyen hozzáállással még a világon sehol sem indult el az egynapos sebészet rendszere!

A továbblépést illetően óvakodni kell attól, hogy jól működő külföldi modellek példáit egy az egyben lemásoljuk, és erőltessük egyes statisztikai mutatók olyan kívánatos értékeinek kieroszakolását, melyeket mások hosszú évtizedek alatt értek el! Az óvatosság viszont nem jelenti azt, hogy feltétlenül végig kell járnunk a más nemzetek által megtett, hosszúnak és simának egyáltalán nem mondható utat. Fontosak azok a tapasztalatok is, hogy mely irányok voltak járhatatlanok, így időt és pénzt takaríthatunk meg! A „magyarítás” e körben az jelentheti, hogy a műtétechnikákat, az aneszteziológiai módszereinket módosítjuk, megfelelő beteg-kiválasztási rendszert választunk. Az új típusú „programkoordinálási rendszer” kompromisszumok nélküli kialakítása eredményezheti, hogy a külföldi gyakorlat hasznos, adaptálható tapasztalatai a hazai lehetőségek ideális párosításával lerövidíthetik a program implementálásának idejét.

Így a helyes megoldást feltehetően egy olyan középút jelenti, mellyel sikerülne a más által megszerzett pozitív példák implementálásának magyar módját megtalálni, amely megfelel a hazai speciális körülmények, infrastruktú-

ra, intézményi rendszer és szokások kívánalmainak. Az is kijelentendő, hogy új egészségügyi szolgáltatási formáról lévén szó, a feladat felelősségteljes és bonyolult, így nem lehet cél egy „kicsit savanyú, de legalább magyar narancs” feltalálása.

Míg bizonyára marad egy, a változásokat elutasító réteg, az egynapos ellátás pártolói, – különösen az aktívak – élhetnek a lehetőséggel és kihasználva a sokszor emlegetett szektorsemleges szolgáltatói befogadásról szóló terveket, vállalkozásokat alakítanak, beruházásokat hajtanak végre. Ez magával hozhatja számos tevékenység csökkenését, – később esetleg eltűnését –, a hagyományos ellátási formákban. Bár pejoratív a mögöttes tartalma, és a kifejezés is kicsit elkopott, de várhatóan egyes ellátások „kizsárolásának” folyamata indul be. Márpedig nem lenne egyértelműen előrevivő további ellátó kapacitások megjelenése, még akkor sem, ha teljesen tiszta és jó szándék által indított is. Nem biztos, hogy feltétlenül szükséges egyes műtétek eltűnése a hagyományos ellátási formákból, melynek elsősorban a jövő szakorvosai, a mai rezidensek láthatják kárát. Megjegyezném, hogy mindezen véleményemmel nem szeretnék vállalkozásellenesnek tűnni, – sőt mivel az új ellátási forma szinte feladja ennek lehetőségét, erre bíztatok mindenkit –, azonban a biztos lépések fontosságát szeretném hangsúlyozni! Szeretném jelen tanulmányommal a helyzetet kellően nem ismerő kollégákat és a menedzsmenteket aktivitásra serkenteni. Kellő vezetői tájékozottságot igényel ugyanis a megfelelő üzleti tervek elkészítése. Csak ez utóbbiak alapján hozható döntés, hogy az adott intézmény ellátási profiljaiban tervezhető beavatkozás-számmal az egynapos sebészet végezhető-e gazdaságosan, illetve vannak-e más megfontolások a bevezetésére. Remélem, hogy több intézményben az a vélemény kristályosodik ki, hogy *az időben megtett helyes lépésekkel beteget nem lehet elveszteni, csak ugyanazt a tevékenységet lehet gazdaságosabbá tenni!*

SZABÁLYKÖNYV

Tisztább helyzetet teremtené valamennyi résztvevőnek és egyértelmű fejlődési irányokat határozhatna meg egy elfogadott szabálykönyv, amelyre már tettem javaslatot az Egészségügyi Gazdasági Szemle 2000 októberi számában (3). A szabálykönyvtervezet alább ismertetett fő pontjai éreztethetik a tartalom feltétlenül szükséges elemeit:

- Az „egynapos” sebészet tevékenységi körében végezhető beavatkozások és azok feltételrendszere.
- Alapelvek
- Meghatározások, feltételek és a beavatkozás folyamata
 - Az egynapos sebészet definíciói, határterületi definíciók.
 - Az egynapos sebészeti rendszer hatósági engedélyezési feltételei
 - A beteggel szemben támasztott követelmények
 - Az aneszteziológiai kivizsgálás „rendszere” (ASA) és a műtethőség aneszteziológiai feltételei

- Egynapos sebészeti körben elvégezhető beavatkozások felsorolása.
- Az egynapos sebészeti és aneszteziológiai tevékenység során szükséges nyilatkozatok és tájékoztatók
- Az egynapos beavatkozások folyamata
- Az egynapos sebészeti tevékenységi körben elvégezhető beavatkozások szakmai protokolljai, dokumentumai
 - Preoperatív protokollok.
 - Az egynapos sebészeti tevékenységek végzésének szakmai protokollja.
 - A korai posztoperatív időszak protokollja.
 - Az elbocsátás kritériumrendszere, beavatkozási zárójelentés, az otthonápolási team feladatának meghatározása.
 - A késői posztoperatív időszak protokollja.
 - Az egynapos sebészeti tevékenység dokumentumai.
 - A nappali sebészeti rendszer keretében elvégezhető tevékenységek komplex feltételrendszere szakmánként.
- Finanszírozás
- Ellenőrzés és szakmai felügyelet.
- Minőségbiztosítás.
- A nappali sebészeti tevékenység jelentésének informatikai rekordképe.

A VÁRHATÓ VÁLTOZÁSOK

A jelenlegi jogszabály egy hosszabb és az egészségügyet mélyrehatóan befolyásoló folyamatot indít el, amelyet sokunk még nem észlel! A változás várható szempontjai az alábbiak:

- Költséghatékonysági szempontok határozottabb jelentőséggel érvényesülnek a jövőben egyes azonos szakmai szinten történő szolgáltatások viszonyában (ez a tendencia nem csak az egynapos ellátások esetére lesz jellemző). Ennek meg kell jelennie a szolgáltatásvásárlói szerepet felvállaló OEP tevékenységében is (szempontrendszerek, minőségbiztosítás).
- A személyre szabható szakmai eljárás-leírások megjelenésével (tevékenységi mátrix rendszerek pl.) a definiáltabb helyzetben erősödik a vállalkozói szellem, amelyet a feltételezhetően megjelenő, személyekhez is köthető anyagi előnyök támogatnak majd.
- A nappali/egynapos sebészet szemléletváltozást indít el a már egyébként több szakmában, illetve intézmény életében gyakorlattá váló felvétel előtti kivizsgálások, illetve a posztoperatív teendők területén, amelynek a finanszírozásban is meg kell jelennie. Az eddig egyébként a homogén betegcsoportok költségszámításában szereplő műtét előtti kivizsgálás fedezete jelenjen meg a feladatot valójában elvégző járóbeteg-szakellátási oldalon. (Amennyiben ez nem történik meg, a pontbevétel emelkedése a kassza „tágítása nélkül” pontérték hígulást hoz magával, mely egyértelműen előnytelen valamennyi, a járó kasszából finanszírozott szolgáltatóra egyaránt).

- Az egynapos benntartózkodás keretében végzett tevékenységek lassan, de egyértelműen szemléletváltást indukálnak a betegek körében is, mind többen vállalják és igénylik majd ezt az ellátási formát.
- Várható az ún. „tevékenység orientált minimum feltétel rendszer” elméletének megjelenése amely átvonulhat valamennyi elektív tevékenység végzésének gyakorlatán, legyen az szakmai kérdés, akár engedélyezési folyamat (4), így a tervezhető tevékenységek esetén a beavatkozás típusa mint rendszerező elv alapján kerülne kialakításra a szükséges speciális kellékek, egyéb infrastruktúra, szakképesítés, jártasság, személyi feltételek stb. sora, mely meghatározhatja a tevékenység végzésének és engedélyezésének valamennyi szempontját. Ez irányba tett már lépéseket az egészségpolitika, hiszen 2001 óta ezen elvek mentén történik a minimum feltételrendszer átalakítása a minisztérium és a szakmai kollégiumok részvételével.
- Az újabb műtéti és aneszteziológiai technikáknak, valamint az időközben felhalmozódó tapasztalatoknak köszönhetően egyre jobban bővül mind a nappali, mind az egynapos sebészet körében elvégezhető tevékenységek listája, az illetékes szakmai állásfoglalások száma.
- Kiemelendő egyes szakmai területek 24-órán belüli ellátási formáinak kiugró megerősödése, melyek képesek teendőknek java részét ilyen formában megoldani (szemészet, proktológia, stb., de akár az intervenció rádiológiában is).
- Az egynapos ellátások fogalmkörébe tartozó (a jelenleg hatályos jogszabályok szerint kúraszerű ellátásnak nevezett) egyéb beavatkozások az egynapos sebészettel párhuzamosan fejlődhetnek.
- A nappali sebészettel, egynapos sebészettel elindult folyamat katalizáló hatással bír a hagyományos kórházi körülmények között végzendő/végezhető tevékenységek körére. Remélhetőleg így az egyes tevékenységekhez egy szakmai szempontból támadhatatlanul körbezárt anyagi érdekeltségi rendszer is kapcsolható, így előtérbe kerülhet, az ún. „rövid benntartózkodási sebészeti rendszer”, mely a nemzetközi irodalomban a rövidített ellátású sebészeti ismert (short stay surgery, time frame 24-72 h. kurzstationere chirurgie). Nagy valószínűséggel a változások következtében keletkezett anyagi előnyök a rendszerben maradnak, elősegítve annak továbbfejlesztését.
- A változások önműködően egészséges és előremutató korrekciókat eredményeznek a hazai fekvő és járó kapacitás térképén, de mivel a folyamat nem „ostorcsapásszerűen” zajlik le, hatásaiban az egyes ellátók szakmai és forgalmi mutatóit kiegyenlítve érintik.
- A felszabaduló kapacitások átcsoportosíthatóak (pl. krónikus ágyszámok emelése, ahol ez szükséges, vagy a kúraszerű ellátások szintén egynapos rendszerének nyújthat lehetőséget) de más, akár „for profit” szolgáltatás végzésére is lehetőség nyílhat (pl. idősek térítéssel ellátása, stb.)
- Nagy valószínűséggel módosul a szakmai adatszolgáltatás – előbbiekben kritizált – rendszere.
- Komoly változásokat indukálnak a történések az oktatás területén és ennek megfelelően külön diszciplínaként, megjelenhet a – multidiszciplináris – Egynapos Sebészeti Tanszék az orvosegyetemi oktatási szerkezetben. Az új ellátási forma új szemléletet hoz, mellyel a jövő szakorvosaiiban elősegíti olyan készségek és képességek kialakulását, melyek hiányoztak a korábbi évek/évtizedek oktatási koncepciójából.
- Várhatóan kialakulnak oktatóközpontoknak, megfelelő posztgraduális továbbképzések céljára, elősegítve a gyakorlat mielőbbi szabályozott elterjedésének folyamatát.
- Természetesen a nővérképzés szintjén is elindulhatnak oktatási programok, mind a graduális, mind a posztgraduális képzésben. Kiemelendő a speciális feladatok (szervezési, szakmai) oktatása az egynapos tevékenységek folyamatában és az otthonápolási munkában. (Gondoljunk csak pl. a „koordinátori” feladatkörre, mely nem orvosi tevékenység, és megfelelő képességeket, végzettséget igényel)
- Az oktatóközpontok várhatóan nem pusztán szervezési és szakmai feladatokat végeznek, hanem követik mind a hazai és külföldi gyakorlatot, rendszeres kutatómunkát végeznek, értékelésük segítségével szakmai eljárás-leírások készülhetnek, tanácsokat adnak a tevékenységet újonnan bevezetőknek (döntés előkészítési munka). Várhatóan állásfoglalásaikkal segítik a kompromisszummentes egészségpolitikai folyamatot, amely költségkímélő új szolgáltatási formát óhajt megjeleníteni a hazai egészségügyi ellátás palettáján.

A fenti várható változások kapcsán üdvözlendő a Debreceni Tudományegyetem Általános Orvosi Karának érdeklődése és aktivitása az egynapos sebészet kapcsán, amelynek alapját szintén a 16/2002-es rendelet adta. Biztató lenne a folyamatban aktív közreműködésük, amely a szabályozás szakmai oldalról való megalapozottságát hozná magával, és garanciát jelenthetne, az elméleti szakemberek által íróasztal mellett kialakított rendszer gyakorlati bevezetésében.

Jogos kérdése lehet valamennyi Kedves Olvasónknak, hogy a nappali és egynapos sebészet aktuális kérdéseit miért nem a klinikai szakmák lapjaiban feszegetem, és miért éppen Informatika és Menedzsment az Egészségügyben hasábjain vagy az Egészségügyi Gazdasági Szemlében kell erről szólni? Az ok nem csupán más országok kezdeti lépéseinek hasonló irányú megközelítése volt, hanem annak a ténynek felismerése, hogy lényegében az orvosszakmai oldal a legerősebb jelenleg a komplex kérdéskörben. Mind a tudás, illetve a gyakorlat, valamint kellő adaptálással az infrastruktúra is lényegében alkalmas lenne a folyamat mielőbbi beindítására, de mindez kevés a menedzsmentek megfelelő hozzáállásának hiányában, azaz a folyamat pusztán szakmai indíttatással nem képes beindulni.

ni. Kellő tanulmányok és a megfelelő döntés-előkészítő munka szükséges, – amely szintén nem elsősorban a szakmai oldal feladata –, mert ezen menedzsment-feladatok hiányában nem biztos, hogy az őt megillető helyre si-

kerül elhelyezni az új ellátási formát, legyen az akár országos, vagy helyi aspektusú.

Az IME következő számában nemzetközi összehasonlításokkal folytatom a téma tárgyalását.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] L. Robeerts. J. Worden:
Suggested International terminology an definitions.
Ambulatory Surgery, Elsevier Science 1998
- [2] Division of Health Care Statistics. National Center for Health Statistics, USA.:
National Survey of Ambulatory Surgery. Vital and health statistics, Ambulatory and inpatient procedures in the United States 1995
Stat-Bull, March 1998
- [3] Varga Imre, Kósa Mariann:
Az egynapos sebészet szabályozása, lehetősége és hatása a magyar egészségügyben
Egészségügyi Gazdasági Szemle 2000 október
- [4] Varga Imre:
Definíciók, valamint a tevékenységek és feltételek kapcsolata az egynapos sebészetben
Hungarian Journal of Endoscopy 1999 2/2.

A SZERZŐ BEMUTATÁSA



Dr. Varga Imre 1950. május 27. Debrecen. 1976-ban szerzett általános orvosi diplomát. Dunakeszi Szakorvosi Rendelő Intézet urológus szakorvosa. Alapító tagja – kezdetben titkára, majd elnöke – a Medicina 2000 Poliklinikai és Járóbeteg Szakellátási Szövetségnek. Egészségügyi szaktanácsadó, Egészségügyi Minisztérium Finanszírozási és

Kódbizottságának tagja. Szakmai tanulmányút Ausztrália Flinders Medical Center, US Aid segítségével USA 10 államában szervezési, egynapos ellátási területek, szerkezet átalakítási célú, irányított betegellátás szervezés, training program. 2000 Közgazdaságtudományi Egyetem Managerképző diploma. Szegedi Tudományegyetem orvos/közzgazdász képzésében a járóbeteg szakellátás oktatója. Szervezési-kutatási terület egynapos ellátások.

IME.

AZ EGÉSZSÉGÜGYI INFOKOMMUNIKÁCIÓ JELENE ÉS JÖVŐJE KONFERENCIA

2003. április 10. (csütörtök)
Tulip Inn Hotel, Budapest (1089 Budapest, Üllői út 94-98.)

A konferencia célja: bemutatni az orvosi és diagnosztikai internet-alapú infokommunikációs eljárásokat, valamint a kórház költséghatékony működését, a betegellátást elősegítő rendszereket, fejlesztéseket.

Bővebb információ
LARIX Kiadó Kft. 1089 Budapest, Kálvária tér 3.
Telefon/fax: 210 2682, 333 2434
larix@larix.hu, www.larix.hu
ime@imeonline.hu, www.imeonline.hu