

## Hány beteg fekszik kórházainkban?

*Egészségügyi mutatók értelmezése és használatának problémái az aktív fekvőbeteg ellátásban*

Dr. Gresz Miklós, Országos Egészségbiztosítási Pénztár

Naponta hallunk adatokat a médiában az egészségügy működéséről. A nyilatkozók számokkal dobálóznak, melyek alátámasztják érveiket. Ugyanígy a szakmai megbeszéléseken, konferenciákon is számok hangzanak el, grafikonokat vetítenek. A politikusok is a statisztikák alapján tervezik az ellátás kapacitásait (ágyszámok, osztályok) [1]. Az interneten is egyre több adat, grafikon elérhető [2, 3, 4]. Mindezek a statisztikák azonban olyan fogalmakat tartalmaznak, melyek értelmezése sokszor rejtve marad a hallgató, olvasó előtt.

A tanulmány az aktív fekvőbeteg-ellátás mutatószámai körüli anomáliákról szól, bemutatva az aktív fekvőbeteg statisztikákkal kapcsolatos problémákat. A szerző célja, hogy az egészségügyi ellátás statisztikai mérőszámai meghatározására egységes nomenklátúra kerüljön használatba, ezért összefoglalja a különböző, az esetszámokkal kapcsolatos fogalmakat.

*Daily we hear data in media about health care. The interviewed are playing with figures proving their arguments. The same way figures are presented on diagrams shown at conferences and meetings. Politicians are also planning the capacities of health care based on statistics (number of beds, departments). More and more data and diagrams are available on the web [1, 2, 3].*

*All these statistics include notions, the understanding of which often remains hidden for the reader or listener.*

*This study describes the discrepancy around figures of active inpatient care, presenting the problems in connection with statistics of active inpatient care. The author would like to introduce a validated nomenclature for figures of statistics, thus he summarizes the notions in connection with different types of case numbers.*

### BEVEZETÉS

Az egészségügy népszerű téma mostanában. Naponta hallunk adatokat a médiában az egészségügy működéséről. A szakmai megbeszéléseken, konferenciákon is számok hangzanak el, grafikonokat vetítenek. Mindezek a statisztikák azonban nem egységes fogalmak és metodika alapján készülnek. Így ezek értelmezése sokszor rejtve marad a hallgató, olvasó előtt.

A legnagyobb gondot a fekvőbeteg esetszám meghatározása jelenti. A mutatók jelentős része – az átlagos ápolá-

si nap, ágykihasználtság [3], Case Mix Index (CMI) [3], egy ágyra jutó esetszám, egy esetre jutó átlagos finanszírozás stb. – kiszámolásához szükséges ez az adat. Így akár néhány százalékos különbség összehasonlíthatatlanná teszi az eredményeket.

Jelen cikk célja, hogy bemutassa az esetszám OEP elemei adatbázisából való kiszámolásának lehetséges módjait, és támogassa egy egységes nomenklátúra bevezetését. Így a számítások standard módon történhetnek és a különböző forrásból származó adatok összehasonlíthatóakká válnak.

### MÓDSZER

A fekvőbeteg-esetekről az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 14. számú mellékletében előírt „Fekvőbeteg adatlap” szerinti adatokat jelentik a fekvőbeteg-intézmények az Országos Egészségbiztosítási Pénztárnak. Ebben feltüntetésre kerül a kórház, a szakma és az osztály azonosítója, a térítési kategória, a TAJ szám, a törzsszám, és még sok más egyéb adat. Az OEP adatbázisba ezek kerülnek be, bármilyen statisztika ezeken a jelentéseken alapulhat. Ezek alapján állapítható meg, hány „osztályos esetet” láttak el kórházaink.

Bonyolítja a helyzetet, hogy az intézmények javító tételei miatt (tehát amikor a kórház ismételtlen lejelenti az esetet, pl. a szövettani eredmény következtében változott diagnózis esetén vagy az eset valamilyen ok miatt hibalistára való kerülése miatt) az előző jelentés sorait nem törlik, hanem az új tétel belekerül az adatbázisba, a régi mellé pedig bekerül egy negatív előjelű (-), „stornó” rekord. Egy több osztályon kezelt beteg utólagos javítása tehát így akár 3-4 eredeti (javítandó), ugyanennyi stornó, valamint akár több javító elszámolási sort is eredményezhet. Ezért nem elegendő a sorok egyszerű megszámlálása. Ahol előjel szerepel (pl.: súlyszám, ápolási nap), ott elegendő az előjelhelyes összeadás, de ahol ez nincs (pl.: törzsszám, TAJ szám), ott az egyszerű számlálás hibás eredményt ad.

A stornó tételeket jelölik, így készíthető olyan algoritmus, mely az elszámolt sorokat megszámlálja és a stornó rekordok számát kivonja ebből azoknál az aktív intézetből jelentett rekordoknál, amelyek finanszírozottak voltak és melyekben a HBCs nem részszámla (lásd később). A továbbiakban ezen módon számolom a rekordokat.

Az adatok forrása az OEP adatbázisa, egy Oracle rendszer. A nyers táblákat Access illetve Excel programokkal kérdeztem le és számoltam.

## AZ ADATOK VALIDITÁSA

Az adatok „keletkezése” elég bonyolult és sokszereplős folyamat. Az orvos adminisztrálja a beteget a szakma szabályainak megfelelően. Ezt követi a (sokszor adminisztrátor vagy informatikus által végzett) kódolás, ami azonban már sok hibalehetőséget rejt. Akár figyelmetlenség, akár tudatos manipuláció az ok, a rendszerbe elég gyakran kerülnek valóságnak meg nem felelő adatok.

Példaként elvégeztem egy lekérdezést az OEP járóbeteg rendszerében, azaz megszámláltam a rendszerben a 2007. évben magyar biztosítás alapján térítésmentesen ellátott (01-es térítési kategória) betegeknél jelentett diagnózisok közül az „A0000” kódot, mely a „Cholera (Vibrio cholerae 01, cholera biovariáns okozta)” betegséget jelenti. Eredményül 8674-et kaptam. Azaz országosan 8674 beteget láttak el a különböző szakrendelőkben kolera diagnózissal. Lehetséges ez? Kolerajárvány volt 2007-ben Magyarországon? Természetesen nem. Csupán arról van szó, hogy a számítógépes programokban a BNO listában ez az első betegség, és amennyiben az adat rögzítője nem írt be mást, ez maradt benne a rendszerben. Miután a járóbeteg-ellátásban finanszírozási vonzata nincs a diagnózisnak, így a javítás nem állt a szolgáltató érdekében.

A fekvőbeteg-ellátásban is vannak ilyen, finanszírozásban szerepet nem játszó adatok, melyek ellenőrzésére nem kerül sehol sor. Ilyen például az implantátumok darabszáma. A 2007. évben 158 esetben jelentettek kettőnél több műlencse beültetést. Pacemakerből is 102 esetben 3 vagy több darab beültetését tüntették fel. Ezek nyilvánvalóan nem valós adatok, mint ahogy egy betegnél a 8 darab csipőprotézis feltüntetése sem. Ezek a finanszírozást ténylegesen nem befolyásolják, de bizonyos statisztikák (például hány műlencse beültetés történt) készítésekor nagy hibát okozhatnak.

Azoknál az adatoknál, melyek a besorolásnál szerepet játszanak, azaz befolyásolják a szolgáltatónak kifizetett összeget, ilyen figyelmetlenség nem fordul elő (legalábbis nagy tömegben). Ezeknek az adatoknak a validitása inkább azért kérdéses, mert a finanszírozás maximalizálása érdekében az orvosilag legkorrektebb adatok helyett néha (akár utólagos informatikai beavatkozás eredményeként) a legjobb besorolást eredményező kerülnek jelentésre. Jól mutatja ezt a tendenciát az az adat, hogy a kórházak korrekciós lehetőségüket kihasználva láthatóan „javítanak” elsődleges jelentésükön. Természetesen ez nem csupán „hozhat a konyhára”. Országosan ez az eljárás, 2007 májusában 20 súlyszám csökkenést, 2007. szeptemberében pedig 771 súlyszám emelkedést okozott. Mivel a jogszabály három hónapig teszi lehetővé a javítást (és három hónap az elszámolás), ezért az adatok csupán fél év elteltével tarthatók állandónak.

Miután a lekérdezések során nincs lehetőség ezen hibák felfedezésére, így az adatbázist adottnak kell feltételezni, és belőle kell dolgozni. Tudomásul kell sajnos venni, hogy a kórházi programok változása, új szoftverek megjelenése, a

finanszírozási szabályok, besorolási táblák változása sokszor kiszámíthatatlan módon torzítják az adatszolgáltatást. Ezért minden adatot megfelelő szakmai kritikával kell kezelni, nem szabad fennakadni a kolerás betegek nagy számán, és az egészségpolitikát ennek alapján rákényszeríteni kolera-elkülönítők finanszírozására.

Gondot jelent azonban, hogy a rendelkezésre álló adatbázis is tartalmaz következetlenségeket, hibákat. A „beteg további sorsa” mező a hatályos jogszabály (43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet) szerint nem tartalmazhatja „D” és „P” karaktereket, de 4322 esetben mégis ezeket találjuk a rendszerben.

Az „osztály típusa” kizárólag aktív – „A” vagy krónikus – „K” lehet. Ennek ellenére 2007-ben 3618 esetben üres ez a mező.

Ezek nem túl nagy számok, az összes sorhoz képest elhanyagolhatók, azonban lehetetlenné teszik a pontos számolást. De nagyobb eltérést is találunk. A fekvőbeteg adatbázisban a „feladat” mező a 32/1997. (X. 28.) NM rendelet 1. számú melléklete alapján vehet fel értékeket. 2007-ben 25 665 esetben „2” (járóbeteg-szakellátás) karakter szerepel a „feladat” mezőben. Azaz a mező fekvőbeteg ellátásban nem meghatározható, tehát értelmezhetetlen.

A koraszülött osztályokon (PIC – perinatális intenzív centrum) 2007-ben 13 888 ápolási esetet számláltak el, köztük 636 kísért. Tehát azt vélhetnénk, hogy 13 252 koraszülött ellátása történt ebben az évben. Pedig fél éves kor alatt csupán 12 593 újszülött lett elszámolva, a többi 659 beteg 1 és 56 év között volt. Az inkubátorokba csupán a kis koraszülötteket tehetik be, tehát a 20-30 éves szülő nő vagy a 3-14 éves tüdőgyulladásos vagy medencetörött gyerek itt nem kezelhető. Ennek ellenére ezen az osztálykódon szerepelnek.

A PIC osztályok 124 448 ápolási napot számláltak el. Ebből a fél évnél idősebbeknél közel 9 ezer napot. Újszülöttek tehát csak az elszámolt napok 93%-át töltötték az inkubátorokban. Ez a csekélynek tűnő eltérés 23 db inkubátor hamis foglaltságát jelenti, ami például a finanszírozott 448 db inkubátor kihasználtságának számítása során jelentős különbséget eredményez.

A többi mezőben is található pontatlanságok, értelmezhetetlen karakterek. Ez összességében jelentős hibát okozhat. Így a lekérdezések során nem elegendő egy adott kódra a statisztikát elkészíteni, további szempontokat is mérlegelni kell.

A dolgozat további részében kizárólag a finanszírozott aktív fekvőbeteg ellátás OEP-es elemi adatait elemzem.

## AZ IDŐ PROBLÉMÁJA

Az egészségügyi adatok feldolgozása történhet időszakra, területre, szolgáltatóra, szakmára stb. vonatkozóan, igen sokféle módon. Nézzük azonban mindjárt az elsőt! Sokatmondó, ha különböző évek vagy hónapok adatait hasonlítjuk össze, vizsgáljuk a változásokat. Azonban hihetetlen

módon a hónap vagy az év fogalma sem egyértelmű az egészségbiztosításban.

Miről is van szó? A fekvőbeteg-ellátásban nem egyezik a beteg felvétele, távozása és az elszámolás ideje. Már az gondot jelenthet, hogy egy beteg az egyik hónap végén fekszik be és a másik hónapban távozik a kórházból, hiszen felmerül, hogy az esetet melyik hónapra kell beszámítani a statisztikába (arról nem is beszélve, hogy vannak betegek, akik akár több hónapig is kórházi kezelés alatt állnak). Vannak szempontok, például a baleseti sérültek adatainak feldolgozása, amikor a felvétel dátuma lényeges. Arra a kérdésre, hogy hány baleseti sérült került adott időszakban fekvőbeteg-ellátásra, csak így lehet választ adni. A hétköznapi gondolkodás az évet januártól decemberig értelmezi, tehát az éves adatokat január 1-től december 31-ig terjedő időszakokra vonatkoztatják. Már az éves statisztika készítésénél gondolni kell arra, hogy van olyan beteg, aki december utolsó napjaiban szenved balesetet, és a következő év kiírtjai között lesz lejelentve. Ez azért fontos, mert az OEP adatbázisába a kórházi esetek a távozást követően kerülnek jelentésre, és a finanszírozás az elbocsátás dátuma szerint történik.

További eltérést okoz az elszámolás jelenlegi rendszere. A beteget, a kórház a távozás hónapját követő hónap 10.-éig jelenti az egészségbiztosítónak. Az adatfeldolgozás és jelenlegi utalási rend miatt a finanszírozás ezt követően kb. 6 hetet vesz igénybe, így a pénz az elbocsátást követő 3. hónap első napjaiban érkezik a kórház számlájára. Tehát az októberben távozó beteget november 10-ig kell jelenteni. Az érte járó finanszírozás január első napjaiban érkezik, azaz költségvetési szempontból a következő évben. Ugyanígy a szeptemberben távozó betegért a pénzt decemberben kapja az intézmény. Ezért a finanszírozási év októbertől szeptemberig (tehát a januári kifizetéstől a decemberi kifizetésig) tart.

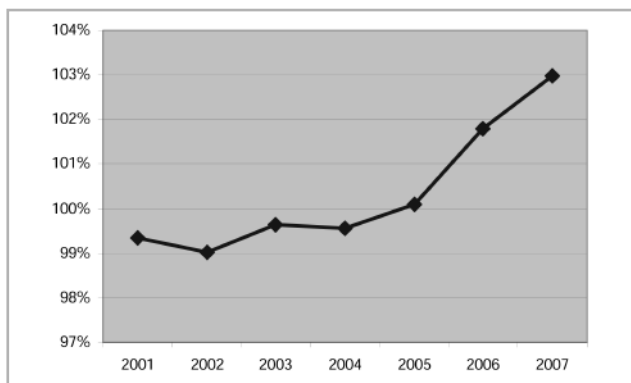
Nézzük meg mindezt konkrét számokkal! Kerüljenek megszámlálásra a stornó tételek korrekciójával és a részszámlák kizárásával a finanszírozott aktív ellátást tartalmazó sorok (rekordok)!

A finanszírozási esetek lekérdezése a 2007. naptári évre (tehát 2007. januártól decemberig elbocsátott betegek) 2 392 905-öt ad eredményül, míg ugyanazzal az algoritmus-sal a 2007-es finanszírozási évre (tehát 2006. októbertől 2007. szeptemberig elbocsátott betegek) 2 464 325 esetet (rekordot) kapunk. Ez a 3%-os különbség nem tűnik soknak, de amennyiben egy konkrét vizsgált változó elmozdulása is kicsi, teljes mértékben hamissá teheti a következtetéseket.

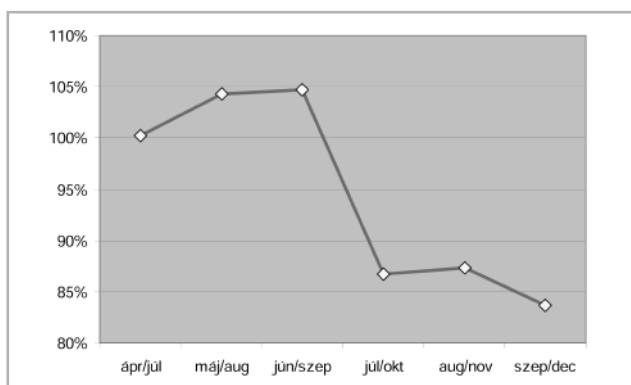
Az évek sorát vizsgálva, ahogy az 1. ábrán is látható, nem kapunk jelentős különbséget a naptári és finanszírozási év adatai között.

Látható, hogy a naptári és finanszírozási év adatai között évenként változó, de 2% alatti eltérés volt az elmúlt években. Ezzel szemben a havi adatok, ahogyan azt a 2. és 3. ábra mutatja, már jelentősebb különbséget mutatnak. Az ábrákból kitűnik, hogy a naptári és finanszírozási hónapok közötti eltérés akár a 10%-ot is meghaladhatja.

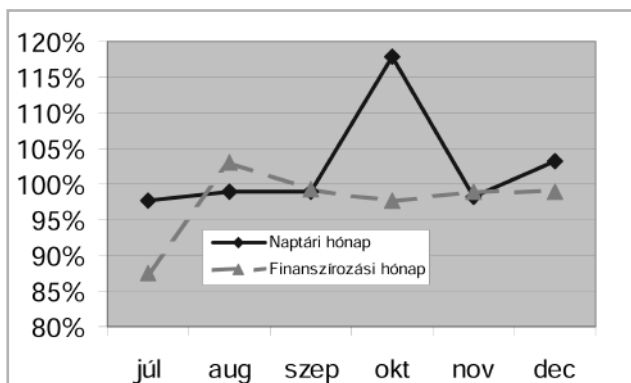
Így két különböző forrásból származó adat esetén (melyek lekérdezési algoritmusát nem ismerjük) senki sem tud-



1. ábra  
Finanszírozási év a naptári év %-ában



2. ábra  
A finanszírozási havi esetek a naptári havi esetek %-ában (2007)



3. ábra  
Naptári- és finanszírozási hónapok teljesítménye az előző hónaphoz viszonyítva

ja megmondani, az pontosan milyen időszakra vonatkozik. Ezért ezek összehasonlíthatatlanok.

Tehát bármilyen statisztikai adat közlésekor szükséges lenne meghatározni, hogy a betegek felvételének, távozásának vagy finanszírozásának dátuma alapján készült, valamint naptári vagy finanszírozási időszak, hónap vagy év került-e lekérdezésre. (A dolgozatban a továbbiakban a 2007. finanszírozási év OEP adatbázisának aktív fekvőbeteg adatait használok.)

## EREDMÉNYEK

### Az „esetszám” meghatározásának lehetőségei

A jelentések nyomán az Országos Egészségbiztosítási Pénztár adatbázisában minden egyes aktív osztályos ápolási eseményről külön sor (rekord) készül. Ez tartalmazza a „Fekvőbeteg adatai” minden egyes adatát, tehát az osztályos ellátás adatait. A fogalmak értelmezése és a rekordkép az OEP Finanszírozási Informatikai Főosztályának honlapjáról letölthető fájlban [6] található.

Alapvetően az adatlap következő mezői használhatók az esetek számlálására:

- A kórház azonosítója
- Az osztály azonosítója
- Szakmakód
- Törzsszám
- Térítési kategória
- Diagnózis típusa (fődiagnózis, mert ebből csak 1 darab lehet)

A feldolgozás során meghatározásra kerülnek az alábbiak:

- Feladat – A jelentő osztály típusa (fekvő, egynapos, krónikus, ápolás stb.)
- HBCs – A szabálykönyv szerinti HBCs besorolás
- Osztály típusa (aktív – krónikus)
- Az adatsor tulajdonságai (garanciális, stornó stb.)
- A finanszírozottság (igen – nem)
- Finanszírozási eset (1, vagy megosztott esetben ennél kisebb szám)

Az adatbázis alapján a lehetséges esettípusok:

- Kórházi eset: a beteg kórházi felvételétől a kórházból való távozásáig
- Osztályos eset: a beteg egy adott osztályra való felvételétől az osztályról való távozásáig
- Töröl (stornó) rekord: a hibásan vagy tévesen jelentett adatok korrekciójakor az előző jelentés adatai nem kerülnek fizikailag törlésre, csupán egy új rekord jelenik meg a beteg adataival és a törölt (tehát negatív előjelű) elszámolási napokkal, súlyszámmal, forintértékkel. (Továbbá ugyancsak létrejön az a másik rekord, amit javításként jelentett az intézmény. Így lesz egy sorból mindjárt három: az eredeti, a stornó és a javító.)

Eltérést okozhat azonban a szabálykönyv szerint finanszírozást kizáró esetek léte (a garanciális tételek, 24 órán belüli ellátások, kúraszerű ellátások nem finanszírozott epizódjai stb.). Ezek is külön soron jelennek meg az adatbázisban. Kérdés, hogy ezeket az eseteket hova kell számolni? Beletartoznak-e az ellátott esetek körébe, avagy nem?

### Garanciális esetek

Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 39. §-a szerint az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV. 2.) NM rendeletben megállapított felső határnapon belüli, ugyanazon in-

tézetbe történő ismételt felvétel az előző kezeléssel összevonva egy ellátási esetnek számít. Ezeket az ismételt felvételeket nevezzük garanciális esetnek.

A stornó tételek korrekciójával lekérdeztem a garanciálisnak besorolt és finanszírozottnak jelzett sorok számát. A vizsgált időszakban 85 146 sor felel meg ennek a feltételnek. Tehát ennyi esetben került vissza a beteg a HBCs felső határnapján belül a gyógyintézetbe. Ezek finanszírozottnak minősülnek, de további kifizetés nem történik. Tehát külön finanszírozási esetnek nem számolhatók, viszont osztályos esetként megjelennek.

### 24 órán belül távozottak

Az aktív osztályról 1 napon belül távozottak (azaz nem töltöttek minimum 24 órát az intézményben) a szabálykönyv szerint 0 ápolási napot fektettek kórházban, így a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 36. §-a szerint (bizonyos kivételektől eltekintve) nem kerülnek finanszírozásra, ezért nem számítanak finanszírozási esetnek, nem kerül súlyszám megállapításra és kifizetés sem történik a kórház számára. Ennek ellenére a beteg bent fektült az osztályon. Ezekkel az esetekkel foglalkoznunk kell, nem csupán azért, mert rövidebb-hosszabb ideig egy ágyat foglaltak, hanem azért is, mert egy részük finanszírozott.

- Nem finanszírozott esetek. A 24 órán belül távozott nem finanszírozott ellátások (összesen 22 154 eset) többféle lehetnek. Az egyik ilyen, amikor a beteg önkényesen távozik. Diagnosztika történik, az első ellátást a beteg általában megvárja, így az osztályos esetek között szerepelnie kellene. A 2007. finanszírozási évben 3008 ilyen eset volt. A leggyakoribb azonban a beteg korai elbocsátása, ami 13 859 alkalommal fordult elő. Voltak betegek, akiket még aznap áthelyeztek másik osztályra (3828), és mások, akik 24 órán belül meghaltak (78), de valamilyen okból nem kerültek finanszírozásra. A 4-es térítési kategória (az egészségbiztosítás terhére el nem számolható ellátást igénybe vevő személyek térítésköteles ellátása) összesen 544 eset volt. Érvénytelen fődiagnózis, vagy egyéb okból nem besorolható 715 eset. Előfordult még további 122 egyéb okokból nem finanszírozható eset.
- Finanszírozott esetek. A jogszabályi kivételek közé tartozó finanszírozott ellátások körében 2007-ben összesen 297 482 eset (az összes eset 12%-a) került elszámolásra 24 órán belül kiírt esetként. Ezek nagy száma miatt nem szabad a 24 órán belül távozottakat eleve kizárnunk a számolásból. Nézzük meg, milyen kategóriákat találunk!
- Sürgősségi osztályos ellátás (46 248 eset)
- Nem sürgősségi osztályon ellátott sürgősségi eset (36 eset)
- Egynapos beavatkozás (78 046 eset)
- Kemoterápiás kezelés fázisa (43 178 eset)
- Kúraszerű ellátás, de nem kemoterápia (22 450 eset)
- Az újszülött felvétele (születése) napján történő áthelyezése (8 638 eset)

- A beteg áthelyezésre kerül másik osztályra vagy másik kórházba (39 705 + 5 706 = 45 411 eset)
- „0” alsó határnapú HBCs-k (847 eset)

A többi 52 628 eset pontosan nem azonosítható. Vannak feltehetően kúraszerű ellátások (sugárkezelések, kemoterápiák, immunglobulin pótlások stb.), egynapos sebészet keretében ellátottak, sürgősségi esetek, melyek nincsenek a megfelelő mezőben a szükséges kóddal jelölve. Miután rosszul kerültek kódolásra, ezért nem kerültek az előbbi kategóriák valamelyikébe.

Kérdés az ugyanazon naptári napon távoztak megítélése, azaz az előbbi kategóriákban a felvétel napján távozók fekvőbeteg esetnek minősüljenek-e? Bár finanszírozási szempontból azok, de ténylegesen nem fekvőbetegek (hiszen gyakran 2-3 óránál többet nem töltenek el az osztályon). Újabb kérdés, hogy az ágykihasználtság számításakor figyelembe kell-e ezeket venni? (Ez különösen az onkológiát és a sugárterápiát érinti.) Amennyiben igen, akkor milyen mérőszámmal? Hiszen a felvétel és a távozás napja is 1/2 – 1/2 napnak számít. Amennyiben egy ágyon, egy naptári napon 2-3 kemoterápiát vagy sugárkezelést végeznek, úgy ez a számítás jelentősen torzítja az ágykihasználtságot. Ajánlott lenne minden ilyen jellegű adat közlése során jelezni, hogy az ágykihasználtság számítása során mely adatok kerültek figyelembevételre.

**Részszámla**

Felmerül a technikai sorok számlálásának kérdése. Az egy hónapon túl osztályon fekvő betegek hónap végén un. „részszámlaként” kerülnek jelentésre (ezek a sorok „ARES” megjelölést kapnak), de elszámolás csupán a beteg távozását követően fog történni. Egy beteg, aki 2 hónapváltást él meg egy osztályon (pl. március 30-án fekszik be, és május 2-án távozik) 3 jelentési soron (rekordon) lesz megtalálható.

- március 30–31. → ARES
- április 1–30. → ARES
- május 1–2. → HBCs besorolás

A stornó tételek korrekciójával lekérdeztem a részszámlaként jelentett és finanszírozott sorok számát. 558 419 ilyen rekordot találtam. Ez a rekordok 22%-a.

**Folytatólagos rekord**

Ugyanilyen gondot jelent az un. „folytatólagos rekord”, mely ugyancsak külön sor annak ellenére, hogy nem önálló betegellátási eset. Kezdetben egy „Fekvőbeteg Adatlap” (és így egy rekord) egy osztályos eset összes adatát tartalmazta. Azonban fizikai mérete miatt az adatlapon (és az erre kialakított rekordokban) korlátozott volt a beírható diagnózisok és beavatkozások száma. Mivel jelenleg már ezen a számon felül továbbiak jelentésére is lehetőséget kell adni (az eredeti adatszerkezet pedig ne változzék), a rekordhoz folytató rekordot (rekordokat) lehet fűzni, amelyben a további diagnózisok és beavatkozások adatait lehet jelölni. Így ma egy osztályos esetet egy alaprekord és nulla vagy több folytató rekord ír le teljesen. Ezt a kórház az adatlapon a „beteg további sorsa” mezőben jelzi: „C. foly-

tató rekord következik”. Így tehát kézenfekvő a számlálás. Ennek a lekérdezésnek a tanúsága szerint 2007-ben az adatlapok 24%-ában, 590 962 esetben ilyen folytató rekordot jelentettek.

A fentieket a 2007. finanszírozási évre az 1. táblázat összesíti. Látható, hogy a felsorolt tényezők jelentős módon befolyásolhatják az éves esetszámot attól függően, hogy melyik kerül kizárásra. Az összes eddig vizsgált finanszírozott rekord fele tartozik olyan csoportba, melynek megítélése kérdéses.

Megnevezés	Rekordszám	Százalék
Összesen finanszírozási év	2 464 325	100%
Ebből:		
Garanciális	95 023	4%
Részszámla	558 419	22%
Folytatólagos rekord	590 962	24%
<b>Összesen</b>	<b>1 244 404</b>	<b>50%</b>

1. táblázat  
A számolás szempontjából kérdéses rekordok

Az esetszámok meghatározásának további fontos szempontja, hogy milyen időszakra vonatkozik? Elég sok beteg fekszik kórházban hónapforduló idején. Így ha havi esetszámokat nézünk, ezek az esetek mindkét hónapban megjelennek. Ezért a havi betegszámok egyszerű összeadása komoly többletet okozhat az éves lekérdezéshez képest. Emiatt fontos, hogy a lekérdezés során meghatározzuk, hogy a felvételi, vagy távozási időpont kerül-e vizsgálatra, és számolni kell a folytatólagos rekordokkal valamint a részszámlákkal is.

Ezzel szemben, ha ágykihasználtság számítása szükséges, minden betegnapnak jelentősége van. Ekkor tehát a beteg felvételétől távozásáig minden nap számít (a felvétel és a távozás napja 1/2 – 1/2 nap), függetlenül attól, hogy részszámla, garanciális ellátás, avagy „normális” elszámoló rekord.

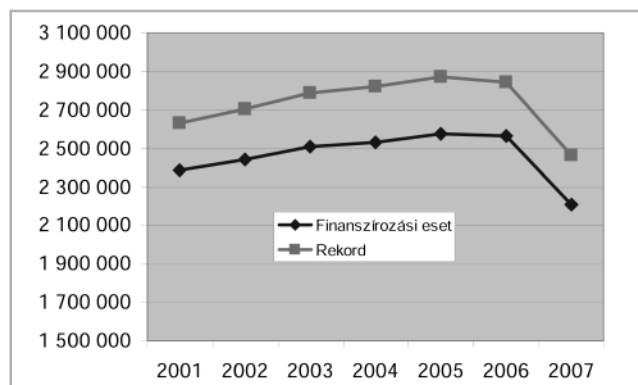
**Finanszírozási esetszám**

Az ellátott esetek kézenfekvő mérőszáma. Kórházi kezelési esetszámokat határoz meg. Figyelembe kell azonban venni, hogy osztályok közötti áthelyezés esetén a finanszírozott súlyszám megosztásra kerül az egyes osztályok között. Így az egyes osztályokra csupán töredék finanszírozási esetszám jut (hiszen meg kell osztani a súlyszámot a résztvevő osztályok között). Amennyiben azonban a beteg másik szolgáltatóhoz kerül áthelyezésre, a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet alapján a finanszírozás már az intézmények között is megosztásra kerül.

A finanszírozott esetek pozitív, a stornó tételek negatív számmal szerepelnek ennél a változónál. Így az esetszámok matematikai összege megadja a tényleges finanszíro-

zási esetszámot. Arra azonban vigyázni kell, hogy a szabálykönyvi kizárások miatt nem finanszírozott esetek esetszámai kizárásra kerüljenek.

A lekérdezés eredménye 2 207 644. Azaz a 2 464 325 rekord ennyi finanszírozási esetet jelent. Ezért tehát kijelenthető, hogy a finanszírozási esetek száma a rekordok számának csupán 90%-át teszi ki, ahogyan az a 4. ábrán látható.



4. ábra  
Rekordszám és finanszírozási esetszám

#### Törzsszám (kórházi eset)

Minden beteg, amikor felveszik a kórházba, kap egy törzsszámot. Ez végigkíséri kórházi tartózkodása teljes idején. Ennek alapján tehát meghatározható, hogy hány beteg került felvételre valamely kórházba. Ebből azonban az osztályok közötti áthelyezések miatt nem kaphatunk információt arra vonatkozóan, hogy adott szakmában vagy adott osztályon hány beteg ellátása történt. Így ez a mérőszám lényegesen kevesebb, mint ahány osztályos felvétel és elbocsátás történt egy adott kórházban. (Másik kórházba történő áthelyezés esetén a beteg természetesen új törzsszámot kap.) Ennek a számolásnak az a veszélye, hogy ugyanaz a törzsszám több kórházban is előfordul, hiszen a törzsszám képzése szabályosan év+sorszám formátumú. Ezért a lekérdezésben az azonos törzsszámok elkülönítésére az intézet kódját is szerepeltetni kell. Ennek eredménye 2 291 191, azaz a 2007. finanszírozási évben ennyi aktív kórházi eset volt. Ezek a törzsszámok összességükben 2 464 325 rekordot jelentenek (2. táblázat). Így átlagosan egy törzsszám 1,08 rekordot tartalmaz.

#### Osztályos esetszám

A statisztikákban megjelenik a „kiírt osztályos esetszám (osztályról elbocsátott betegek száma)” mérőszám. Ennek az osztályok által kezelt betegek számát kell tükröznie. Adott esetben tehát a kórházon belül áthelyezett betegnél ez lehet 2-3-4 vagy több is. Így több, mint a törzsszámok mennyisége. Jól mutatja, hogy egy adott osztályon vagy egy szakmában hány beteget láttak el. Gyakorlatilag megegyezik a megfelelő szempontok alapján szűrt rekordok számával, tehát 2 464 325.

„Osztályos esetnek” számítható-e azonban a patológiáról jelentett boncolás? HBCs megállapításra kerül, kifizetés

is történik. 2007-ben 26 972 esetet soroltak a 9970 (Boncolás) HBCs csoportba.

Ugyanígyen kérdést vetnek fel a 24 órán belül távozott, nem elszámolt, ambulánsnak jelölt betegek. Mint már kiszámoltam, 2007-ben 25 634 osztályra felvett, de idő előtt távozott beteget minősítettek ambulánsnak. Ők „osztályos esetnek” számíthatnak? Befeküdtek, kezelték őket, de a szabályokban meghatározott minimális 24 órán belül távoztak a kórházból.

A betegkísérők elszámolása három HBCs-n (9690, 9691, 9692) 21 310 esetben történt 1757 súlyszámmal. Ezek az esetek vajon belekerüljenek-e a számolásba? Ez a 21 ezer kísérő a milliós betegszámhoz képest nem sok, de miután szinte kizárólag az újszülött- és gyermekellátást érinti, egyes szakmákban jelentős torzítást okoz. A PIC betegek mellett ott vannak a szülők. A távolabb lakó anyák be is költoznek a kórházba. 2007-ben az innen jelentett esetek 7%-a volt a kísérő. Ez a napi ágykihasználtságban 2-6%-os eltérést okoz, ami a 448 szerződött ágy esetén 10-20 ágyat jelent. Tehát a jelenlegi statisztikák szerint (mert ezek tartalmaznak a kísérőket is) ennyi inkubátorral (és egyéb felszereléssel, személyzettel) többre van szükség.

#### Betegek (TAJ számok) mennyisége

Jó mérőszám az ellátott betegek (TAJ számok) mennyisége. Ez egyértelműen jelzi, hogy egy adott osztályon vagy szakmában hány tényleges személy ellátása történt. Gondot csupán az jelent, hogy vannak betegek, akiket több alkalommal vesznek fel kórházba. Amennyiben pusztán a TAJ számok kerülnek megszámlálásra, úgy ezek az ismétlődő esetek elvesznek.

Így összesen 1 520 764 TAJ szám (illetve a külföldieknekél uttleveleszám), azaz ennyi különböző beteg került ellátásra 2007-ben.

#### HBCs esetszám

A HBCs esetszám vizsgálatára akkor lehet szükség, ha bizonyos feltételeknek megfelelő betegek számát kívánjuk megtudni. Ha diagnózisra, vagy beavatkozásra készítünk statisztikát, nagy adattáblát kapunk, ami adott esetben áttekinthetetlen. Vannak olyan szempontok, melyek HBCs alapján egyszerűbben vizsgálhatók. Például az újszülöttek születési súly szerinti statisztikája az adatlap alapján nem kérdezhető le, mivel a születési súly nem kerül pontosan kitöltésre (2007-ben 391 esetben jelentettek 0 grammos újszülöttet!). Ez egyszerűen a HBCs szerint lehetséges.

A HBCs esetszámok statisztikája kiváló eszköz osztályok, kórházak szakmai tevékenységének összehasonlítására. A garanciális esetek összevonása sem jelent problémát, mivel ezek külön soron jelennek meg, így kezelhetők a lekérdezés során.

Ez az esetszám első ránézésre meg kell egyezzen a törzsszámok számával (a kórházi esetszámmal), hiszen minden távozott beteg esetén meghatározásra kerül. Gondot jelentenek azonban azok az esetek, melyek un. ráépített vagy kiegészítő HBCs-t kapnak (9422 – Kiegészítő HBCs

transzplantátummal élő személy ellátására, 4160 – Vázizomrendszeri, kötőszöveti betegségek utókezelése, rehabilitációja), valamint az onkológiai kemoterápiás protokollok fázisai. Az előbbieket a megállapított HBCs-hez a szabálykönyvi szabályok szerint pluszként kerülnek kifizetésre.

A kemoterápiás protokollok (959A – 959L) olyan HBCs csoportok, melyek adott számú kezelés adásakor kerülnek elszámolásra. A szabálykönyv szerint, ha egy osztályos eset során a teljes ciklus minden fázisára sor került (melyek száma akár 6 is lehet), akkor valamennyi elvégzett fázis OENO kódját fel kell tüntetni. Ha egy osztályos ellátás során csak az adott protokoll egy konkrét ciklusának néhány fázisát végezték el, akkor csak az elvégzett fázisok kódját kell megadni. A beteg egy komplett ciklusának ápolási eseménye adott esetben tehát két vagy több kórházi esetként, két vagy több adatlapon kerül lejelentésre. Így a protokollt tartalmazó HBCs kód annyiszor kerül rögzítésre, ahányszor befejeződik a beteg. Mindez természetesen a kifizetésnél nem okoz gondot, mert a súlyszám csupán az elvégzett fázisok arányában kerül megállapításra.

Amennyiben kizárjuk a ráépített és kiegészítő HBCs-eket, valamint a kemoterápiás protokollokat, 2 316 971 esetet találunk.

A ráépített vagy kiegészítő HBCs-k száma 2007-ben 2192 volt.

A kemoterápiás protokollokat tartalmazó HBCs-k száma 145 162. Ezeket 27 660 betegnél végezték el. Összesen 403 666 kemoterápiás beavatkozást jelentettek. Ebből igen komplikált módon lehetne csak kiszámolni, hogy hány teljes protokollt hajtottak végre, így hány teljes HBCs-nek felelnek meg.

További gondot jelentenek az ún. rövid ápolási idejű esetek. Ilyenkor a beteg felvétele és távozása között nem telik el a jogszabályban alsó határnapként meghatározott idő. Ebben az esetben csupán a HBCs súlyszám egy része kerül kifizetésre, így a darabszámba sem szabad egészként beleszámolni. Miután a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 40. § (6) bekezdése szerint az alsó határnap alatti egy napra eső díj a teljes HBCs díjnak az alsó határnap számával elosztott hányadosa, ezt a hányadost kell HBCs esetszámként is ebben az esetben számításba venni. Ezen esetek darabszáma 173 464, azonban a töredékes elszámolás miatt csupán 100 175 finanszírozási esetnek felelnek meg. A HBCs esetszámba melyik érték kerüljön bele?

Természetesen meghatározható lenne az „átlagos esetben számított finanszírozási esetek száma”. Ez nem más, mint a HBCs finanszírozási esetek számának kifejezése átlagos (normál) időtartamú (alsó-felső határnap közötti) HBCs esetekre átszámítva [7]. Miután azonban ezt minden egyes esetre egyenként ki kell számolni, tehát meglehetősen időigényes, a gyakorlatban nem alkalmazzák.

### Súlyszám

A fekvőbeteg esetek finanszírozásának alapja a HBCs csoport, melyhez ún. súlyszámot rendeltek. Ez a súlyszám mutatja meg, hogy az adott csoport költségei mennyiben tér-

nek el az átlagtól. A HBCs csoportok súlyszámai 0,02601-től 34,34099-ig terjednek. A súlyszámok matematikai összege jól mutatja a teljesítményt. Az előjelhelyes összesítés eredménye 2 331 363.

Miután országosan az átlagos súlyszám 1,0 kell legyen (hiszen egy viszonyszám csupán), a súlyszámok megfelelően képzett átlaga (CMI) [5] jó mérőszám egy osztályon vagy egy szolgáltatónál az adott évben aktív fekvőbeteg-ellátásban jelentett esetek költségigényére.

A transzplantációk azonban nem a HBCs rendszerben finanszírozottak. Az intézmények a pénzt külön keretből kapják. Ezért a transzplantációs HBCs-kre 0,00000 súlyszám került megállapításra. Így a súlyszám összegben ezek az ellátások nem szerepelnek.

A nem besorolható, érvénytelen fődiagnózissal kódolt esetek is 0,00000 súlyszámmal kerülnek a rendszerbe. Amennyiben a szolgáltató határidőn belül nem küld javítást, ez marad a végleges besorolás. Ugyancsak 0,00000 súlyszámot kapnak azok a betegkísérők, akik nem felelnek meg a jogszabályi feltételeknek.

A 2007. finanszírozási évben 0,00000 súlyszámú HBCs-ből 50 705 darab szerepel az adatbázisban.

Az is kérdés, hogy a kísérők részére az előzőekben kiszámolt 1.757 súlyszámmal mi legyen? Ők nem voltak betegek. Beszámítandó az összegbe, avagy sem?

### MEGBESZÉLÉS

Nézzük tehát összefoglalóan a számokat (2. táblázat)! A 2007. finanszírozási évben a fekvőbeteg-ellátás során az összes jelentett adatlap alapján (a stornó tételekkel együtt) az OEP fekvőbeteg adatbázisában 3,7 millió sor keletkezett. Ebből érvényes (stornókkal korrigált) alig több, mint 2,9 millió rekord. A súlyszámok összege ennél kevesebb (2,3 millió), míg a finanszírozási esetszám 2,2 millió.

	2007
Összes aktív sor (rekord)	3 774 588,00
Érvényes aktív sor (rekord)	2 922 568,00
Osztályos aktív esetszám	2 464 325,00
HBCs esetszám	2 462 133,00
Súlyszám	2 331 363,08
Törzsszám (kórházi esetszám)	2 291 181,00
Finanszírozási eset	2 207 644,41
Betegszám (TAJ szám)	1 520 764,00

2. táblázat  
A 2007. finanszírozási évben jelentett esetszámok

Látható tehát, hogy egy nem jól meghatározott esetszám miatt például jelentős különbség lehet a különböző esetszámokhoz tartozó ápolási napok számában, ami döntő eltérést okozhat ágykihasználtság vagy átlagos ápolási nap számításánál. Nem mindegy az sem, hogy a CMI meghatá-

rozásánál az összes súlyszámot az osztályos aktív eset-számmal, vagy a finanszírozási esetszámmal osztjuk el. Az előbbi 0,94-et, míg az utóbbi 1,05-öt ad eredményül.

A „problémás” esetszámokat a 3. táblázat mutatja. Megfontolandó, hogy ezek közül melyik kerüljön az esetszámok közé és melyik nem. Egységes fogalmakat kell tehát definiálni, hogy a különböző szerzők adatai egymással összehasonlíthatók legyenek. Másrésztől rendkívül fontos lenne, hogy a szerzők pontosan meghatározzák, adataik milyen szűrővel készültek, mely kategóriákat tartalmazzák.

	2007
Patológiáról jelentett boncolás	26 972
24 órán belül távozott, nem elszámolt	22 154
24 órán belül távozott, elszámolt, ebből	297 482
<i>Sürgősségi osztályos ellátás</i>	46 248
<i>Egynapos beavatkozás</i>	78 046
<i>Kemoterápiás kezelés fázisa</i>	43 178
<i>Kúraszerű ellátás</i>	22 450
<i>Áthelyezett beteg</i>	45 411
Ráépített vagy kiegészítő HBCs-k	2 192
Rövid ápolási idejű esetek	173 464
Betegkísérő	21 310
0,00000 súlyszámú HBCs	50 705

3. táblázat  
A „problémás” esetszámok

### JAVASLATOK

A szerző az OEP fekvő elemi adatbázis lekérdezéséhez az alábbi fogalmak használatát javasolja az egységes szá-molás érdekében:

**Teljes aktív osztályos esetszám:** azon rekordok (osztályos esetek) darabszáma, melyekről jelentés (adatlap) készült, beleértve a garanciális és 24 órán belüli eseteket és a boncolást, de nem beleértve a törölt és törülő tételeket, rész-számlákat és a folytatólagos rekordokat.

**Finanszírozott teljes aktív osztályos esetszám:** azon rekordok (osztályos esetek) darabszáma, melyekre finan-szírozás történt, tehát amelyekre súlyszám lett megállapít-va, illetve kifizetés történt, de nem beleértve a törölt és törülő tételeket, részszámlákat és a folytatólagos rekordokat.

**Finanszírozott aktív osztályos esetszám:** azon rekor-dok (osztályos esetek) darabszáma, melyekre finanszírozás történt, tehát amelyekre súlyszám lett megállapítva, illetve kifizetés történt, de nem beleértve a betegkísérőket (9690, 9691, 9692 HBCs-k), a 24 órán belül elszámolható eseteket (az egynapos beavatkozásokat, a kúraszerű ellátásokat, kemo- és sugárterápiákat), a törölt és törülő tételeket, rész-számlákat és a folytatólagos rekordokat.

**Teljes aktív kórházi esetszám:** a jelentett kórházi ese-tek (törzsszámok) darabszáma, beleértve a garanciális és 24 órán belüli eseteket és a boncolást (a törzsszám felvéte-li dátumától a távozási dátumig egy esetnek minősül), korri-gálva a rövid ápolási idejű (azaz az alsó határnap előtt elbo-csátott) esetekkel, melyeket csupán töredék (finanszírozási esetszám) értékkel kell számolni.

**Finanszírozott teljes aktív kórházi esetszám:** azon kórházi esetek (törzsszámok) darabszáma, melyekre finan-szírozás történt, tehát amelyekre súlyszám lett megállapít-va, illetve kifizetés történt, de nem beleértve a törölt és törülő tételeket, részszámlákat és a folytatólagos rekordokat.

**Finanszírozott aktív kórházi esetszám:** azon kórházi esetek (törzsszámok) darabszáma, melyekre finanszírozás történt, tehát amelyekre súlyszám lett megállapítva, illetve kifizetés történt, de nem beleértve a betegkísérőket (9690, 9691, 9692 HBCs-k), a 24 órán belül elszámolható eseteket (az egynapos beavatkozásokat, a kúraszerű ellátásokat, kemo- és sugárterápiákat), a törölt és törülő tételeket, rész-számlákat és a folytatólagos rekordokat.

**Finanszírozási esetszám:** az osztályos esetekhez (re-kordokhoz) megállapított töredék esetszámok matematikai összege nem beleértve a betegkísérőket (9690, 9691, 9692 HBCs-k).

**HBCs esetszám:** Az összes kórházi esethez (törz-számhoz) megállapított finanszírozott HBCs darabszáma korrigálva a rövid ápolási idejű esetekkel (azaz az alsó ha-tárnap előtt elbocsátottakkal, melyeket csupán töredék ér-tékkel kell számolni), hozzászámítva a ráépített és kiegészítő HBCs-eket, és a betegkísérőket, valamint beleszá-molva a kemoterápiás protokollokra megállapított (959A – 959L) összes HBCs-t.

**Súlyszám:** a megállapított súlyszámok matematikai összege.

**Betegszám:** az adott időszakban ellátott betegek száma függetlenül attól, hogy hány alkalommal kerültek kórházi fel-vételre vagy átvételre másik intézményből.

**Beavatkozásszám:** A finanszírozott aktív osztályos esetszámhoz (az adatlapokon) jelentett beavatkozások da-rabszámának összege.

**Teljes beavatkozásszám:** A finanszírozott teljes aktív osztályos esetszámhoz (az adatlapokon) jelentett beavatko-zások darabszámának összege.

**CMI:** az aktív fekvőbeteg-ellátás finanszírozási rendsze-re szerint elszámolható, adott időszak alatt ellátott finanszí-rozási esetek összetételét költségigényesség szempontjából jellemző mutató, amely az elszámolt súlyszám és az el-számolt finanszírozási esetszám hányadosa [1], a 0,00000 értékű HBCs-k és a betegkísérők (9690, 9691, 9692 HBCs-k) nélkül.

**Egy ágyra jutó esetek száma:** a szerződött ágyszám és a Finanszírozott aktív osztályos esetszám hányadosa

**Átlagos ápolási idő:** az adatlapokon jelentett és elszá-molt ápolási napok számának és a finanszírozott aktív osz-tályos esetszámnak a hányadosa

**Ágykihasználtság:** a viszonyítási időszakban jelentett ápolási napok [az adatlapokon jelentett és elszámolt ápolá-si napok nem ideértve a betegkísérőket (9690, 9691, 9692 HBCs-k), és a 24 órán belül elszámolható eseteket (egyna-pos beavatkozások, a kúraszerű ellátások, kemo- és sugár-terápiák)] elosztva a szolgáltató érvényes, szerződött ágy-számának a viszonyítási időszak naptári napjainak számá-val szorzott értékével [8].

## KÖVETKEZTETÉSEK

Az OEP adatbázisából kinyerhető esetszám meghatározása sok kérdést vet fel. Nem mindegy, milyen metodikával történik az adatok lekérdezése, és az sem, hogy mely rekordok kerülnek kizárásra a számolásból.

Egészségügyi tudományos tevékenységet, elemzéseket, az egészségügyi ellátórendszer tervezését reprodukálhatatlan adatokkal nem lehet végezni. Amennyiben sikerülne elérni, hogy mindenki ugyanazon elvek alapján ugyanolyan módszerrel állítsa elő az esetszámot, valamint közölje az általa használt adatok leválogatásának szempontjait, jelentősen javulhatna az adatok reprodukálhatósága, megbízhatósága.

## IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény 1. § (2) bekezdésének i) pontja
- [2] [http://www.gyogyinfok.hu/magyar/oepep\\_stat.html](http://www.gyogyinfok.hu/magyar/oepep_stat.html)
- [3] <http://hawk.eski.hu:8080/Tea/>
- [4] <http://hawk.eski.hu:8080/IMEA/index.html>
- [5] Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 2. § I) pontja.
- [6] [http://www.gyogyinfok.hu/magyar/fekvo/hbcs50/doc/technikai\\_leiras\\_20070105.pdf](http://www.gyogyinfok.hu/magyar/fekvo/hbcs50/doc/technikai_leiras_20070105.pdf)
- [7] Dr. Nagy Júlia: Egészségügyi gazdaságtan (Szekszárd 1998) 73. old.
- [8] Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 27. számú melléklet f) pontja.

## A SZERZŐ BEMUTATÁSA



**Dr. Gresz Miklós** 1981-ben szerzett általános orvosi diplomát. 1985-ben általános sebészi, 2005-ben egészségbiztosítási szakvizsgát tett. 1999-ben Felsőfokú általános menedzser végzettséget szerzett. 2000-ben a Budapesti Közgazdasági Egyetemen Okleveles orvos-közzgazdász diplomát kapott. 1981-90-ig általános sebészeten, 1990-2001-ig az Országos Mentőszolgálat Kórháza Trau-

matológiai osztályán dolgozott. Azóta az Országos Egészségbiztosítási Pénztár Finanszírozási Főosztályán köztisztviselő. Medikus kora óta teljesít kivonuló mentőorvosi szolgálatot. 1994 óta végez szakértői munkát biztosítók részére. 2007-ben felvételre került az igazságügyi szakértői névjegyzékbe egészségbiztosítás és sebészet szakterületen. Köztisztviselői munkája mellett részt vesz a szakorvosképzésben, valamint a finanszírozási rendszer és a betegláti jelentések elemzésével foglalkozik, mely témákban több előadást tartott, cikkei jelentek meg.

## Jubileumi szkizofrénia akadémia

Immáron tizedik alkalommal rendezte meg márciusban a **Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinikája** pszichiáter szakorvosok számára a **Szkizofrénia Akadémiát**. A továbbképző kurzuson neves hazai és külföldi előadók ismertették a szkizofrénia gyógyítása és kutatása terén elért legfrissebb eredményeket.

**Prof. Dr. Bitter István** (SE Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika) jubileumi megnyitó beszédét követően **Prof. Dr. Anthony Hale** (Kent Institute for Medicine & Health Services, UK) ismertette a szkizofrénia kezelésének Egyesült Királyságban alkalmazott gyakorlatát, különös tekintettel az országban zajló pszichiátriai ellátási reform következményeire. A négy magyar orvosegyetem klinikáinak képviselőitében ismert szakemberek és fiatal kutatók tartottak áttekintő előadásokat a szkizofrénia kutatás különböző területeiről, a genetikától a páciensközpontú gyógyítási szemléletig. **Dr. Réthelyi János** (SE Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika) a szkizofrénia terén végzett genetikai kutatásokkal kapcsolatban kialakult véleményeket és ellenvéleményeket összegezte. A hippocampusról, mint a mentális betegségek közös nevezőjéről **Dr. Szakács Réka** (Szegedi Tudományegyetem Pszichiátriai Klinika) értekezett. Mit tudunk a szkizofréniairól – mit tudunk a szkizofréniaival élőkéről ma? – helyezte fókuszba a kérdést **Dr. Glaub Teodóra** (DE OEC Pszichiátriai Tanszék). Paradigmák nyomán: neurobiológia – szubjektivitás – felépülés a betegségből címmel **Dr. Tényi Tamás** (PTE Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika) fejtette ki szakmai álláspontját.

*Folytatás a 62. oldalon*