

## XIV. IME Regionális Egészségügyi Konferencia

Az IME Interdiszciplináris Magyar Egészségügy – Az egészségügyi vezetők szaklapja 2019. február 21-én, Prof. Dr. Kásler Miklós miniszter (EMMI) fővédnökségével tartotta tizennegyedik Regionális Egészségügyi Konferenciáját. A tanácskozás kiemelten foglalkozott a napjainkat meghatározó egészségügyi fejlesztésekkel, többek között az Egészséges Budapest Programmal (EBP).

Tamás Éva, az IME lapigazgatója köszöntőjében rámutatott, hogy az IME konferenciasorozat szerves részét képezi az a három, időben egymást követő és tematikáját tekintve szorosan összefüggő országos konferencia – a Szolgáltatás-menedzsment – Outsourcing, a Vezetői eszköztár – Kontrolling és a Regionális Egészségügyi Konferencia –, amelyek mindegyike az egészségügyi intézmények menedzsmentje számára szolgál hasznos információval. Folytatva a 2018 őszén megkezdett témák tárgyalását, az év nyitórendezvénye is hangsúlyosan foglalkozik a jelenünket és jövőnket meghatározó egészségügyi óriásprojektekkel. Az IME szaklap és rendezvénysorozat 2019-ben kezdi meg tizennyolcadik évfolyamát, ezért az idei évet a „nagykorúvá válás” kommunikációjának jegyében bonyolítja. Prof. Dr. Kozmann



György, az IME tudományos folyóirat főszerkesztője rámutatott, hogy a bemutatásra kerülő projektek komoly változást fognak eredményezni az egészségügy infrastruktúrájában és szerkezetében. A mai egészségügyi technológia negyven éve még nem létezett, és semmi okunk azt gondolni, hogy a következő negyven év eseménytelen lesz. Ezt a folyamatot alapvetően meghatározza az interdiszciplinaritás, amelyet az IME is a zászlajára tűzött. A lap fontos küldetése az egészségügyben végbemenő fejlődés folyamatos monitorozása, hiszen – idézte a főszerkesztő Lord Kelvint, a XIX. század egyik legjelentősebb fizikusát – „Ha nem tudod mérni, nem tudod megjavítani sem.” Arra a kérdésre, hogy az IME számára miért fontos a regionalitás kérdése, Dr. Pásztélyi Zsolt felelős szerkesztő így válaszolt: a vezérelni a szubszidiaritás, mely szerint minden döntést és végrehajtást azon a szinten kell meghozni, ahol a legnagyobb hozzáértéssel rendelkeznek. Ez a XI. Pius pápa 1391-es enciklikájában megjelenő gondolat vált az Európai Unió alapelvevé is, amelyet az 1992-es maastrichti szerződés-

ben rögzített. Mit jelent ez az egészségügyben? Azt, hogy a saját régióinkban, közösségünkben próbáljuk megoldani a feladatokat a magunk szintjén.

ben rögzített. Mit jelent ez az egészségügyben? Azt, hogy a saját régióinkban, közösségünkben próbáljuk megoldani a feladatokat a magunk szintjén.

### EGÉSZSÉGES BUDAPEST PROGRAM

Az ellátórendszert érintő nagy horderejű fejlesztésekről szóló beszámolóik sorában elsőként Dr. Cserhádi Péter, az EMMI miniszteri biztosa tájékoztatott arról, hogy hol tart jelenleg az EBP. Köszönetét fejezte ki azért, hogy az IME szakmai konferencia szervezői évek óta fórumot biztosítanak az EBP aktualitásainak. Mint elmondta, a forrásmegosztás eddig nem volt kedvező a közép-magyarországi térség számára, mindeközben a vidék újabb 200 milliárd forintnyi uniós, illetve állami forráshoz jutott az elmúlt években. Ezek közül az előadó a Pécsi Tudományegyetem, a Szegedi Tudományegyetem, valamint Tatabánya, Székesfehérvár és Salgótarján számára megítélt egészségügyi fejlesztési csomagokat emelte ki. Ami a közép-magyarországi régió fejlesztését illeti, megszületett a döntés, miszerint a korábbi súlyponti kórház modell helyett a térségi elv mentén működő, 1,2-1,5 milliós lakosság ellátására alkalmas centrumkórházak létesülnek. Ugyanakkor fókuszba került az egyházi kórházak és a járóbeteg szakrendelők fejlesztése is. Mint azt Dr. Cserhádi Péter elmondta, jelenleg tíz nagy kórházi telephely optimalizációjának végrehajtása zajlik. 2018 decemberében kihirdették a három centrumra kiírt tervpályázat nyerteseit. A tervezéshez kötődően folyamatosan egyeztetik a kerületépítési szabályzatmódosítási igényeket a Fővárosi Közgyűléssel és az érintett kerületekkel. December végén megjelent a 19 társaskórház tervpályázata, valamint közel 10 milliárd forint értékű orvostechnológiai eszköz beszerzési csomagja is. Ez év januárjában ünnepélyes keretek közt került átadásra a MH EK Honvédkórházban 3,4 milliárd forint értékű eszköz. 19 db képalkotó diagnosztikai eszköz (3 db MR, 4 db DSA, 4 db CT, 1 db lineáris gyorsító, valamint digitális röntgen és mamográf készülék) szerződése van aláírva 1,4 milliárd forintnyi értékben, telepítésük várhatóan idén nyáron megtörténik. Mindezen túl jó hír, hogy decemberben sikerült kiírni három további orvostechnológiai eszközcsomagot is 9,7 milliárd forint összértékben, bontásuk rövidesen megkezdődik. A Közbeszerzési és Ellátási Főigazgatóság 6 milliárd forint keretösszegű IT beszerzése első lépcsőben 2614 db PC munkaállomást, 70 db tabletet és notebookot, 346 db multifunkciós eszközt, 1311 db nyomtatót tartalmaztak, második lépcsőben további 6500 db PC, 1413 db nyomtató, 21 szer-



ver és PACS beszerzésére kötnék szerződést. Ennek eredményeképpen ez év nyarára a teljes közép-magyarországi informatikai eszközpark lecserélődik. A 2019-re előirányzott kiegészítő beszerzések további MR-DSA, CT és lineáris gyorsító berendezések lecserélését célozzák. Dr. Cserháti Péter kitért a Semmelweis Egyetem (SE) fejlesztési projektjére is, amely – hívta fel a figyelmet – illeszkedő partnere, de nem közvetlen része az Egészséges Budapest Programnak. A SE XXI. 10,9 milliárd forintos fejlesztési forrással mellett az egyetem további 2,8 milliárd forint KEHOP forráshoz is jut. A projekt az orvostudományi oktatási és kutatási feltételrendszer javítását, a gyakorlati oktatás és kutatás fejlesztésének háttérét és egyéb, a hallgatókat és a működést érintő fejlesztéseket foglalja magában. Az egyetemnek igen rövid határidőn belül, 2019. július 30-ig meg kell oldania a Szent János Kórház területén működő Pulmonológiai Klinika Tömő utcába költöztetését, illetve ez év december 31-ig a Kútvolgyi Klinikai Tömb kiürítését, amire a pesti campus fejlesztése nyújthat megoldást. Az Észak-Közép-Budai Centrum, Új Szent János Kórház és Szakrendelő megvalósításáról szóló kormányhatározatot ismertette Dr. Cserháti Péter hangsúlyozta, hogy a cél továbbra is a 150-200 ezer fős közép-budai lakosságot megfelelő színvonalon ellátni képes egészségügyi intézmény létrehozása, ami felelősséggel csak a jelenleg tarthatatlan közlekedési viszonyok rendezése mellett végezhető el. Közölte: számba véve az összes program forrásait, beleértve az EBP-hez kötődő kormánydöntéseket, a tavaly megindult orvostechológiai közbeszerzéseket, a térségi szakrendelők fejlesztéseit, a VEKOP és egyéb kisebb forrásokat is beszámítva összesen 210,5 milliárd forint mozog jelenleg a közép-magyarországi térségben.

Az EBP járóbeteg-szakellátás fejlesztésének aktuális helyzetéről **Dr. Mayer Ákos** járóbeteg szakellátási igazgató (Egészséges Budapest Programiroda) tájékoztatót. Utalt arra, hogy a közép-magyarországi régióban nem csak a kórházak, hanem a járóbeteg szakrendelők műszaki állapota is igen leromlott, ezért köszönet illeti azokat az egészségügyi dolgozókat, akik a nehéz munkakörülmények között lelkiismerettel és magas szakmai színvonalon látják el a hozzájuk forduló betegeket. Mint mondta, az EBP keretében olyan koncepció mentén valósulhat meg a szakrendelők fejlesztése, amely lehetővé teszi a lakosságközeli ellátási formákat és a prevencióban való fokozott szerepvállalást, a térségi elvű progresszív és kiegyenlített ellátást, és mindemellett igazodik az EBP kórházi fejlesztési koncepciójához és az ágazati fejlesztési stratégiákhoz. Mindez hosszú távú, szükséglet alapú tervezést és többlépcsős fejlesztést kíván meg. A járóbeteg szakrendelők – 22 önkormányzati és 10 ÁEEK-hoz integrált intézmény – összesen 58 milliárd forint fejlesztési forráshoz jutnak. Tavaly megvalósult a Zuglói Egészségügyi Szolgálat informatikai fejlesztése, elkészült az Újbudai Gyermekorvosi Központ kiviteli építési terve, és idén újabb 14 szakrendelő fejlesztése indul meg. Az előadó koc-



kázatként jelölte meg a forrásbiztosítás elhúzódsát, a kedvezményezettek bizalmatlanságát, a kivitelezések időbeli csúszásából eredő költségnövekedést, a nem orvos-szakmai fejlesztési elemek – például parkolók és egyéb felmerülő igények – térnyerését, valamint a fejlesztési eredmények elaprózódását, széttagozódását.

Az Egészséges Budapest Programmal összefüggő informatikai fejlesztésekről **Srágli Attila** igazgató (ÁEEK Projektirányítási Igazgatóság) számolt be. Mint elmondta, eddig megvalósult 2600 db PC, 130 db nyomtató és 35 db tablet leszállítása, és folyamatban van további 6200 db PC, 2200 db nyomtató beszerzése, valamint szerver- és rendszerintegráció valamennyi érintett intézmény részére. Az önálló PACS beszerzések, illetve bővítések, leletező munkálmások és videokonferencia rendszer kialakításának eredményhirdetése megtörtént, jelenleg a szerződéskötések zajlanak. Az előadó kiemelte, hogy céljuk az amortizációpótlás és szakmai építkezés jelenleg tapasztalható 90:10 százalékos arányának megfordítása. A kormánynak vannak elképzelései arra vonatkozóan, hogy a központi szolgáltatások hosszú távon kerüljenek kialakításra. Jelentősen megnőnek a centralizálható folyamatok és erőforrások mind a felhasználói, mind a szerveroldali IT struktúra, mind pedig a szerveroldali IT szolgáltatások terén. Srágli Attila ismertette a központi szolgáltatásokat hosszútávon érintő koncepcionális kérdéseket, melyek közül kiemelte a migráció vs zöldmezős platform dilemmáját. A központi szolgáltatások kialakításának több feltétele van, melyek közül az előadó az intézményi kulcsfolyamatok egységesítését, a vállalati (intézményi) kultúra fejlesztését, a megfelelő felhasználói attitűd kialakítását, az IT skill-ek fejlesztését, a Nemzeti Távközlési Gerinc hozzáférési hálózat fejlesztését, a szabályozói környezet kialakítását és szükség szerinti módosítását, az átállási költségek fedezetét, valamint a professzionális, de adaptív projekt menedzsmentet és az elkötelezett döntéshozói háttérrel emelte ki.

Az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (EESZT) 2019-es aktualitásairól szóló beszámolóját Szabó Bálint főosztályvezető (ÁEEK) képviselőjében **Dr. Horváth Lajos**, az IME Szerkesztőbizottságának tagja azzal kezdte, hogy az EESZT működik: perceként százezres nagyságrendű tranzakció zajlik le a térben. „Nem állunk meg a fejlesztésekkel!” – szögezte le, és elmondta: új szakmai szolgáltatások becsatornázását tervezik. A fejlesztések között az öt évre visszamenőleg történő adatbetöltést, a járóbeteg előjegyzést, a telemedicina és mobil eszközök beillesztését és új szakági funkciók kialakítását említette. További feladat az e-Recept fejlesztése (felírási igazolás megtartása 2019 végéig, rendelkezésre állás maximalizálása, 21-es vonalkód kötelező rögzítése, e-Recept felírás esetén extra



vonalkód levétele, receptkiadási folyamat finomhangolása). Kiemelt feladat még a GDPR megfelelés, aminek kapcsán az előadó megjegyezte, hogy az EESZT az egyetlen 5-ös biztonsági szinten besorolt rendszer az országban. Készülnek a magánszolgáltatók első hullámának bekötésére és az infrastruktúra új kormányzati felhőbe történő költöztetésére. A fejlesztők stratégiai célja az intelligens központi és helyi szolgáltatások kialakítása, az integrált, smart egészségügyi rendszer létrehozása és a valós idejű ágazatvezetési információk biztosítása. Az eddigiek során az EESZT működése megfelelt annak az elvárásnak, mely szerint nem lecserélni kell a meglévő rendszereket, hanem integratív környezetben kell azokat összekapcsolni. Az elhangzottak kapcsán Tamás Éva lapigazgató arról tájékoztatta az egybegyűlteket, hogy az IME 2019. május 22-én megrendezésre kerülő XVII. Országos Egészségügyi Infokommunikációs Konferenciájának kiemelt témája lesz az EESZT, amelynek működését a plenáris előadásokkal párhuzamosan zajló, egésznapos workshop keretében tekinthetik meg az érdeklődők.



## ELLÁTÁSSZERVEZÉS



**Dr. Becsei László** főigazgató főorvos (Békés Megyei Központi Kórház) előadása bevezetőjében felvázolta Békés megye népmozgalmi mutatóit, majd a megye egészségügyi intézményrendszerének bemutatása után rátért az egyes szív- és érrendszeri betegségek – STEMI, stroke, perifériás érbetegségek – ellátásszervezésének

bemutatására. Elmondta, hogy a kardiológiai ellátás megyei szinten már kialakításra került, a betegutakban az együttműködés fokozásával lehet javulást elérni. A perifériás érbetegségek vonatkozásában csak részben alakultak ki a megfelelő betegutak. Ezek korrigálása és új eljárások bevezetése szükséges a megye teljes körű ellátásának biztosításához. Az invazív radiológia és az érsebészeti betegutak módosítása nem szükséges, cél az invazív beavatkozások növelése. A perifériás erek kezeléséhez a hatékony technológiák alkal-

mazása, a szükséges feltételek megteremtése biztosíthatja csak a további fejlődést. Célként jelölte meg a vaszkuláris eredetű morbiditási és mortalitási mutatók javítását, aminek elérése érdekében az érbetegségek komplex ellátása, a kardiológiai, stroke és érsebészeti szakellátást magában foglaló vaszkuláris centrum kialakítása szükséges.

**Prof. Dr. Nagy Lajos** főigazgató (Markusovszky Egyetemi Oktató Kórház) a Vas megyében végrehajtott kórházi struktúraátalakítást mutatta be, melynek eredményeképpen a Markusovszky Egyetemi Kórházhoz integrálódott 2012-ben a Körmenyi Batthyány-Strattmann László Kórház, majd 2017-ben a Kemenesaljai Egyesített Kórház.

A kórháztól jogilag független státuszban végez krónikus belgyógyászati és rehabilitációs ellátást a Sárvári Szent László Kórház. Meglátása szerint az integráció pozitív oldala a betegbiztonság növelése, ami minden beteget, de elsősorban az akut betegeket érinti a társszakmák jelenléte, a képkalkáló ügyelet megoldása és az intenzív terápia jelenléte révén. Az integráció létrejöttével elhárult a kiskórházakat fenyegető csődhelyzet veszélye, hiszen az év végi konszolidációk csak átmeneti likviditásjavulást eredményeztek. Ugyanakkor a két integrálódó kiskórház negatív szaldója megnehezítette a Markusovszky Kórház 2010 óta folyamatosan meglévő egyensúlyának fenntartását. Összegezve az elmondottakat, Dr. Nagy Lajos főigazgató úgy fogalmazott, hogy a struktúraátalakítás nehéz feladat, de a betegbiztonság előbb-utóbb kikényszeríti, és elsősorban politikai szempontok hátráltatják.

**Prof. Dr. Ostorharics-Horváth György** osztályvezető főorvos (Petz Aladár Megyei Oktató Kórház Pszichiátriai Osztály; Lumniczer Sándor Kórház-Rendelőintézet Pszichiátriai Rehabilitációs Osztály, Dénesfa) áttekinthette a győri pszichiátriai ellátás megszervezésének történetét, időrendben bemutatva az osztályt vezető kollégák munkásságát és az általuk bevezetett szakmai módszereket.



Ma **Dr. Feller Gábor** osztályvezető főorvos irányítja az osztályt, amely 2016-ig külön telephelyen működött, majd az átköltözés után csatlakozott az „egykapus” rendszerhez. Mint elmondta, az elmúlt években egyre magasabb szintű ellátást igényelt az ifjúsági pszichiátria, a fiatalok esetében a legnagyobb rizikófaktort a drogfogyasztás jelentette. Szintén nagy odafigyelést igényelnek az idős páciensek, akiknél az életkor emelkedésével a demencia előretörése okozza a legnagyobb ellátási igényt. Az előadó rámutatott, hogy minden egyes diagnosztikához szükséges a szerτεágazó szomatikus és mentális vizsgálatok részletezése, a kórfolyamatok elemzése és a szociális háttér feltárása.





**Dr. Fehér Éva** igazgató (Terrorelhárítási Központ, Egészségügyi Igazgatóság) a TEK állományának egészségügyi ellátását mutatta be a kiválasztástól a követésen át a leszerelésig. A bemutatott rendszer, amely a komplex gyógyításon alapszik, irányított, követett és ellenőrzött alapellátásával és az ehhez kapcsolódó kuratív járóbeteg szakellátással biztosítja az életminőséget befolyásoló egészségkárosodások minimalizálását, a rokkantsági eljárások számának csökkentését. Megteremti egy olyan speciális életpályamodell egészségügyi bázisát, mely lehetővé teszi a képzett szakemberek hosszú távú pályán tartását.



**Dr. Faggyas Attila** r.o. alezredes (TEK) a taktikai medicina alapjaiba nyújtott betekintést. Határterületi szakmáról van szó, amelyben a rendvédelem és az orvostudomány prioritásait egyszerre kell alkalmazni úgy, hogy azok ne olták ki egymást. Rendszerbe állítását az új, társadalmi felelősségvállalás megjelenése generálta a speciális beavatkozó

rendőri erőknél és a terrorelhárítási egységeknél. A magyarországi TEK az elsők között volt az Európai Unióban, amely felismerte az újonnan jelentkező társadalmi igényt, és önálló szervezeti egységet alakított ki a taktikai medicina hadrendbe állítására. E modell négy egymásra épülő egészségügyi kompetencia-csomagból, a képességekhez rendelt eszközkészletből képez az adott művelet taktikájába integrált egészségügyi ellátó láncot.

## ALAPELLÁTÁS



**Dr. Végvári Tamás** alapellátásért felelős szakmai vezető (Nemzeti Népegészségügyi Központ) az alapellátás fejlesztését szükségessé tevő indokok között az egyenlőtlen területi hozzáférést, a szolgáltatás-kibocsátás heterogenitását, a háziorvosokra jutó magas esetszámot, a kórházcentrikus ellátórendszer kapacitásának korlátait, a lakosság egészségi állapotát és az emberi erőforrás helyzetét nevezte meg. Bemutatta az összesen 7,5 milliárd forint keretösszeggel induló EFOP-1.8.2-17 és VEKOP-7.2.3-17 projekteket, amelyek az alapellátás és a népegészségügy rendszerének átfogó fejlesztésére irányulnak. Céljuk a lakosság egészségi állapotának javítása, a születéskor várható élettartam és az egészségben eltöltött életek számának növekedése, az alapellátás prevenció fókuszú áthangolása, a lakosság egészségtudatosságának fejlesztése és az esélyegyenlőség növelése. Az EFOP-1.8.2-17 keretében 45 praxisközösség indult, a VEKOP-7.2.3-17 keretében pedig 6 praxisközösség szerveződött országsszerte. Az új modellben nem csak eredményesen szűrhetők a leggyakoribb krónikus

betegségek, hanem már a betegségek kialakulását megelőző rizikóállapotok is felismerésre és – új szakemberek bevonásával – ellátásra kerülnek.

„Helyzet van” – kezdte előadását a VEKOP-7.2.3-17 keretében nemrég megalakult Kis-Duna Menti Praxisközösség szakmai vezetője, **Dr. Békássy Szabolcs**, utalva az alapellátást sújtó problémákra. A tartósan betöltetlen praxisok számának folyamatos növekedése, a háziorvosi szakma presztízsének csökkenése, a praxisjog rendezetlen sorsa, a jogszabályi dereguláció és a módszertani támogatás hiánya meghatározó problémát jelent a háziorvoslás jövője szempontjából. A Háziorvosok Online Szervezetének reprezentatív felmérése szerint a kollégák nyitottak az egymás közti szakmai együttműködésre, és megfelelő szervezeti és finanszírozási struktúrában a többlétszolgáltatások nyújtásától sem zárkóznak el. Már a 2015. évi CXXIII. törvényben megjelenik a praxisközösség és az attól különböző csoportpraxis fogalma. Eszerint a praxisközösség a háziorvosi, házi gyermekorvosi alapellátást nyújtó fogorvosi, védőnői szolgáltatók feladatainak ellátására létrejött működési forma, míg a csoportpraxis keretében a háziorvosi, házi gyermekorvosi alapellátási feladatok mellett jogszabályban meghatározottak szerint a járóbeteg szakellátás körébe tartozó egyes ellátások is nyújthatók. Az egészségügyi alapellátás e törvény szerinti ellátásaira jogosultak körét az egészségügyről szóló törvény és a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló törvény tartalmazza. Az előadó rámutatott, hogy a nemzeti egészségprogramok alapellátási vonatkozásai csak a praxisközösségek színterén valósíthatók meg. Egyértelműen körvonalazódik, hogy a szakma nagy várakozással tekint az alapellátás átfogó megújítása felé.

**Gyurisné Pethő Zsuzsanna** programigazgató (Csongrád Megyei Egészségügyi Ellátó Központ) az Egészséges Vásárhely Program (EVP) és a Makói Egészségfejlesztési Iroda eredményeiről beszámolva elmondta, hogy a program komoly elismertségre tett szert a lakosság körében. Tevékenységüket több mint 47 ezer létrejött találkozás jellemzi, az életmódváltásban közel háromezer fő vett részt, akik közül 1100 fő igazoltan pozitív eredménnyel zárta a programot. Az évek során a két EFI révén komoly kapcsolatrendszer épült ki az egészségfejlesztésért dolgozó szakemberek között Makón, Hódmezővásárhelyen és további 17 kistélepeken. Az előadó elmondta, hogy terveik között szerepel a humán erőforrás folyamatos fenntartása, szisztematikus és stabil rendszer kialakítása, valamint helyi monitoring rendszer kiépítése a tevékenység hatásainak elemzéséhez.

**Dr. Dózsa Csaba** egyetemi docens, egészségpolitikai szaktanácsadó (Miskolci Egyetem), az IME Szerkesztőbizottságának tagja előadásában elmondta, hogy 2017-től nagy aktivitás volt megfigyelhető a második körös EFI-k és a





Lelki Egészségközpontok (LEK) körében, és megjelentek az új praxisközösségi (PK) pályázatok is. Az EFI-knek a legfontosabb népegészségügyi kihívásoknak kell megfelelni, mint a lakosság egészségtudatosságának növelése, egészségkultúrájának javítása és a krónikus nem-fertőző betegségek megelőzése a területi egyenlőtlenségek csökkentésével. A feladat sokrétű, a programok igen szerteágazóak, amelyekkel különböző összetételű lakossági csoportokat kell elérni. Az EFI-k alapvetően nagyobb szervezetek „kinyújtott karjaként” fejtik ki aktivitásukat, de néhány önkormányzati alapítású iroda is található közöttük. Az EFI kifejezetten humán erőforrás-igényes projekt, 60-70 százalék közötti bérköltséggel. Az előadó kritikával illette, hogy a 17-20 ezres lélekszámú kistérségekben működő EFI-k éppúgy 90 millió forintos támogatásban részesülnek, mint például a 120-150 ezer lakost számláló fővárosi kerületeket lefedő irodák. Problémát jelent az is, hogy az EFI-k vezetői nehezen találnak megfelelő képzettségű munkatársakat az időközben végbement béremelések miatt. Meg kell küzdeniük az egyre magasabb komparatív bérszinttel, ami hónapról hónapra növeli a feszültséget. A praxisközösségi pályázat átfogó stratégiai célja, hogy a praxisközösségek meghatározó alapellátási egységekké váljanak a magyarországi egészségügyi ellátórendszerben. Az általános és részcélok ismertetését követően Dr. Dózsa Csaba felvázolta a praxisközösségek szervezeti hálóját. A praxisközösségekhez az átlagosan 1:4 arányban résztvevő orvosok és egészségügyi szakdolgozók mellett egyéb stakeholder-ek is kapcsolódnak horizontálisan, aminek köszönhetően sokkal fókuszáltabb lakossági csoportok számára tudnak szolgáltatást nyújtani. Költségvetésük 60-65 százalékát a bérköltség, 18 százalékát a vásárolt szolgáltatások költségei, 10-15 százalékát a beruházásokhoz kapcsolódó költségek teszik ki. Nagy kihívást jelent, hogy az alulról szerveződő praxisközösségeknek úgy kell folyamatosan biztosítaniuk a likviditást, hogy nem áll mögöttük ernity-szervezet. A PK ugyanis nem gazdasági egység, nem önálló jogi személy és nincs egységes bankszámlája, ami megnehezíti a működését. Végezetül az előadó elmondta, hogy van már példa az EFI és PK projektek együttműködésére. A két terület összeérlelődése zajlik Szentendrén és Zuglóban, valamint a néhány hónapja működő szobi járási EFI és a Duna-kanyar Praxisközösség között, ahol a horizontális és vertikális elemek egymáshoz kapcsolódása valósul meg.

**Dr. Csató Gábor** főigazgató (Országos Mentőszolgálat) előadásában kifejtette, hogy az OMSZ-nek nincs más célja, mint a lehető legtöbb élet megmentése. Az ellátási folyamatokat protokollokba ültették, ami nagymértékben javítja a megbízhatóságot. Törekvésük, hogy a sürgősségi ellátás stakeholderei legyenek, ezért egyeztetéseket kezdeményeztek a kórházi szakmákkal annak érdekében, hogy az



általuk megkezdett helyszíni ellátás megfelelő módon folytathasson a kórházakban. Komoly felelősséget éreznek az egészségtudatos társadalom építésében és a prevencióban, és minden olyan kommunikációs csatornát felhasználnak, amelyen keresztül megszólítható a lakosság. Fontos feladatuk a lakosok tájékoztatása arról, hogy milyen esetekben kell hívni a háziorvost, az orvosi ügyeletet, a mentőket, illetve az SBO-n jelentkezni. A főigazgató elmondta, igyekeznek kihasználni, hogy hazánkban ma már körülbelül hatmillió digitális írástudó van. A tavalyi évben 50 millió elérést produkáltak a közösségi felületeken, és üzeneteiket több mint 1600 sajtómegjelenés közvetítette. Kifejlesztették a közterületi újraélesztést segítő ún. Szív City applikációt, melynek révén mindeddig 23 ember életét sikerült megmenteni a lakosok közreműködésével.

## EGÉSZSÉGPOLITIKA

**Kiss Zsolt** főigazgató (Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő, NEAK) finanszírozásról szóló előadásában elmondta: az elmúlt időszakban folyamatos, megnyugtató szintű növekedés volt megfigyelhető az Egészségbiztosítási Alapban, ami koncentráltan megjelenik a természetbeni ellátásokban és azon belül jól követhető a gyógyító-megelőző ellátásokban. Azonban a kórházi adósságállomány helyzetét mutató görbe „fűrészfog” dinamikát mutat, azaz minden évben újratermelődik a kórházak lejárt kötelezettségállománya. Ennek a folyamatnak az egyetlen pozitív üzenete az, hogy az elmúlt években nem nőtt az adósságállomány összértéke. A háttérben meghúzódó okok feltárásakor meg kell vizsgálni, hogy mennyire általános ez a jelenség, kiterjed-e az összes kórházra, és milyen eltérések mutatkoznak az egyes intézmények között. Vannak olyan szolgáltatók – hívta fel a figyelmet a főigazgató –, amelyek ebben az ismert finanszírozási rendszerben képesek nulla lejárt kötelezettségállománnyal zárni az elmúlt időszakot. A másik véglet a TOP10 lejárt kötelezettségállományú intézmény, amelyek között országos intézetek, megyei és egyetemi kórházak is találhatóak. Az ezer forint bevételre jutó adósságrátát tekintve van olyan kórház, ahol 392 forint, azaz majdnem 40 százaléknyi adósság halmozódott fel. Mi lehet ennek az oka? – tette fel a kérdést az előadó. Azt látjuk, hogy a relatív adósság mértéke önmagában nem mutat erős összefüggést a CMI (case mix index), a bevételre jutó létszám, a TVK kihasználtság és az egy ágyra jutó bevétel összegével. A legerősebb összefüggés a relatív adósság értéke és az intézmény típusa, mérete között tapasztalható. A nagyobb, koncentrált intézmények relatíve kevesebb pénzből tudják fenntartani magukat, illetve minél kisebb az adott kórház, arányosan annál nagyobb lesz az év végén jelentkező forrásigénye. Mindezt figyelembe kell venni a helyzet értékelésekor – mondta Kiss Zsolt, és hozzátette: megindult a közös gondolkodás a Pénzügyminisztériummal és az EMMI-vel arról, hogy



miként alakítható át a finanszírozási rendszer annak érdekében, hogy ne térjen vissza a fűrészfog-görbe, és fenntarthatóvá váljon az ellátó rendszer. Az egyik lehetséges irány a jelenlegi, „bebetonozott” TVK rendszer újragondolása, kapacitástól függetlenül, az ellátási feladathoz igazodó volumenkorlát rendszer bevezetése. El kell szakadni a kapacitás alapú befogadási rendszertől (az ágyszám bázistól) annak érdekében, hogy a befogadási kérelem célja ne a TVK megszerzése legyen, hanem a szakmai feladat ellátása. Ahhoz, hogy ez a rendszer működjön, és tudjuk javítani a gazdálkodási hatékonyságot, elkerülhetetlen a 2010-ben megkezdett és 2011-ben lezáró ráfordítás adatgyűjtés kicsomagolása, és átfogó, folyamatos költségelmérésen alapuló felmérési rendszer elindítása. A NEAK munkacsoportja elkezdte az eredmény-alapú finanszírozás átgondolását és az ezzel kapcsolatos elemzések lefolytatását.

**Dr. Süle András** gazdasági igazgató (Kórházi Gyógyszerészek Európai Szervezete), az IME Szerkesztőbizottságának tagja az Európai Parlament és Tanács 2011/62/EU gyógyszerhamisítás elleni irányelve (Falsified Medicines Directive, FMD) bevezetésének korai tapasztalatait osztotta meg a hallgatósággal. A magyarországi kórházak 98 százaléka csatlakozott a rendszerhez, és más tagállamokhoz – például Ausztriához, Csehországhoz, Németországhoz, Spanyolországhoz – hasonlóan jó felkészültséggel várta 2019. február 9-ét, a bevezetés napját. Más országokban – például Belgiumban, Horvátországban, Hollandiában – a kórházak több mint fele nem állt készen a határidő napján. Akadtak olyan országok is, ahol komoly problémák voltak az indulással, például Franciaország 250 kórháza közül eddig mindössze 20 csatlakozott a rendszerhez. Az előadó felhívta a figyelmet arra, hogy a közforgalmú gyógyszerellátáshoz képest nagyságrendekkel több gyógyszert kezelnek a kórházak, amelyekben nem univerzális a vonalkód-leolvasó infrastruktúra. Az ellátási lánc nem lineáris, hiszen különböző tendereztetési és finanszírozási útvonalakon érkeznek be a gyógyszerek, melyek sok esetben elkülönült kezelést igényelnek. A feladat nagyságát érzékelteti, hogy a magyarországi kórházakban körülbelül 80 ezer doboz forog naponta, azaz 20 millió doboz évente. Egyetlen gyógyszerdoboznak 4 másodperc a plusz időigénye, vagyis a kórházaknak napi 89 plusz munkaórát, éves szinten 2800 munkanapot igényel a direktívának való megfelelés. A rendszer bevezetése összesen 0,17 euró árnövekedést jelent dobozonként, azaz 3,4 millió euró (1,1 milliárd forint) többletköltséget évente. Megduplázódott az áruátvétel ideje, és a kódok 15-20 százaléka ad fals riasztást. Az ellátás azonban nem állhat meg – szögezte le az előadó, és felvázolta a megoldás lehetséges irányait. Szükség lenne a készletgazdálkodási fegyelem IT-támogatására, nagy teljesítményű szkennerek, ún. okos, vezeték nélküli eszközök telepítésére. Jó megoldásnak tűnik az aggregált kódok alkalmazása nagykereskedői szinten. Szükséges a kórházon belüli magasabb fokú nyomon köve-



tés és homogén vonalkód-leolvasó infrastruktúrára, amely a gyógyszeres terápia betegszintű követésének első lépése is lehetne.

## NEMZETI EGÉSZSÉGÜGYI PROGRAM

A konferencia utolsó blokkjában **Prof. Dr. Horváth Ildikó** egészségügyért felelős államtitkár képviseletében **Dr. Takács Péter** főosztályvezető (EMMI) az egészségügyi ellátórendszer fejlesztésének főbb elemeit mutatta be a Nemzeti Egészségügyi Programról szóló kerekasztal beszélgetést felvezető előadásában. Az előadó bemutatta az Eurostat 2010-2016 közötti népegészségügyi mutatóit, amelyekből kitűnik, hogy hazánk még mindig le van maradva az EU tagállamokhoz képest. Jó hír viszont, hogy a tendencia pozitív: jelentős javulás mutatkozik mind az egészséges élethevek száma, mind a születéskor várható élettartam tekintetében. A lakosság egészségi állapota alapvetően határozza meg egy nemzet sorsát és a jövőre vonatkozó kilátásait, valamint az ország gazdasági versenyképességét. Ennek szellemében kezdődött meg a Nemzeti Egészségügyi Programok megalkotása, amiben az Egészségpolitikai Főosztály a kezdetektől részt vett. 2018 nyarán Prof. Dr. Kásler Miklós miniszter felkérte az országos intézetek vezetőit, hogy dolgozzák ki az öt, népegészségügyi szempontból legfontosabb betegcsoportot felölelő programot. Decemberben a kormány elfogadta a Nemzeti Rákellenes Programot, a Nemzeti Keringési Programot, a Nemzeti Mozgásszervi Programot, a Nemzeti Gyermekegészségügyi Programot és a Nemzeti Mentális Egészségügyi Programot, amelyeket a 1722/2018. (XII.18.) kormányhatározatban hirdetett ki. E stratégiai fontosságú, az ellátórendszer működését 2030-ig meghatározó dokumentumokat a Nemzeti Népegészségügyi Szakpolitikai Program, az Alapellátási Program és a Sürgősségi ellátás javítását célzó intézkedéscsomag egészíti ki. Az előadó kitért az egészségügyi ellátórendszer napirenden lévő infrastrukturális fejlesztéseire is, amelyek a Nemzeti Egészségügyi Programban foglaltak megvalósítását szolgálják.

A kerekasztalt moderáló **Dr. Velkey György**, az IME Tanácsadó testületének elnöke azzal a kérdéssel indította a beszélgetést, hogy a jelenlévők mely elemeket emelnék ki a saját szakterületük programjából. **Prof. Dr. Poór Gyula** főigazgató főorvos (Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet) a Nemzeti Mozgásszervi Programról szólva megemlítette annak előzményeit, a Nemzeti Osteoporosis Programot és a Nemzeti Arthritis és Biológiai Terápiás Programot. Kifejtette: nem csak az életkor meghosszabbodása, hanem az egészségtudatos életmód hiánya is közrejátszik abban, hogy Magyarországon tömegek szenvednek mozgásszervi betegségekben. Az emberek gondolkodását kell „átprogramozni”, ezért az összes dokumentum vezérmotívuma a prevenció. Áttevődött a hangsúly a legfiatalabb korosztályra, ugyanis az a legfontosabb, hogy olyan generáció nőjön fel,







amely eleve nagyobb eséllyel fogja elhárítani a programokban tárgyalt egészségügyi problémákat. Ennek jegyében a Nemzeti Mozgásszervi Program hét alprogramjából az első, vagyis az 5-24 éves korosztály mozgásszervi prevencióját tárgyaló alfejezetet tartja Dr. Poór Gyula professzor a legfontosabbnak. A másik fontos alprogram a felnőttkori prevenció, amelynek kulcseleme a munkahely. Ehhez a munkáltatók tevőleges szerepe szükséges: a mozgás lehetőségének biztosítása a munkahelyeken, és a korábban rokkantállományba került kollégák visszafoglalkoztatása és a számukra szükséges speciális munkakörülmények megteremtése. A reumatológiai alprogramnak kulcseleme a háziorvosi rendszer megerősítése, a háziorvosi kompetenciahatárok felülvizsgálata, járásonként legalább egy gyógytornász jelenlétének biztosítása, és a centrumszintű szakellátás fejlesztése. Mindehhez szemléletváltásnak kell társulnia a finanszírozásban, mind a különböző progresszivitási szinteken történő ellátásban, mind a prevencióban. További alprogramként jelenik meg a rehabilitáció, az ortopédia, a traumatológia, az idegsebészet és a sportegészségügy, a végső cél pedig a mozgásszervi betegségek számbeli növekedésének megállítása.

**Prof. Dr. Fekete Ferenc** orvos-igazgató (Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet) a Nemzeti Gyermek-egészségügyi Programból szintén a prevenciót emelte ki, melynek – mint mondta – már a születés előtt meg kell kezdődnie. A várandóságra való felkészüléssel előzhető meg ugyanis a koraszülések, melyek aránya hazánkban nagyon magas: Magyarországon évente 90 ezer gyermek születik, akiknek a 8,3-8,4 százaléka koraszülött. Ennek csökkentése kulcskérdés, mind a koraszülés következtében fellépő másodlagos betegségek, maradványállapotok, mind pedig a többi nemzeti egészségprogram által tárgyalt felnőttkori betegségek megelőzése szempontjából. Az utóbbi tíz-húsz évben jelentős mértékben megváltozott a korszerű gyermek-ellátás, amire reflektálva a program az alapellátás megerősítését és az intenzív osztályok fejlesztését helyezi fókuszba.

Hangsúlyosan jelenik meg a programban a humánerőforrás képzése is.

Az onkológia szakma abban a szerencsés helyzetben van, hogy Prof. Dr. Kásler Miklós vezetésével már 1993-ban létrejött az első rákellenes program – mondta el **Dr. med. habil Takácsi-Nagy Zoltán** főigazgató helyettes főorvos (Országos Onkológiai Intézet). Ennek a programnak egy továbbfejlesztett változata a Nemzeti Rákellenes Program, amelynek fő célkitűzése a daganatos mortalitás 10 százalékos csökkentése. Mint elmondta, az utóbbi évtizedben nem növekedett a daganatos mortalitás, a morbiditás viszont igen. Fő fókuszpont a primer prevenció, hiszen a daganatok kialakulásában a dohányzás, a túlzott alkoholfogyasztás és az elhízás komoly szerepet játszik. A program kiemelten foglalkozik a másodlagos megelőzéssel is, amelynek fontos eleme a szűrések részvételi arányának növelése. A program további fontos eleme a diagnosztikai infrastruktúra fejlesztése, a betegutak rövidevése és a centralizáció. Jelenleg 117 magyarországi ellátóhelyen végeznek onkológiai ellátást, ezek számát 39, megfelelő progresszivitási szintű központra kell szűkíteni, ahol az onkoterápiás protokollnak megfelelő, egységes kezeléseket kell végezni. Megoldandó a diagnosztikai vizsgálatok finanszírozása, a CT és az MR vizsgálatok mentesítendő a TVK alól daganatos BNO kódú betegek esetén. A minimál invazív sebészetet, illetve a speciális daganatos sebészeti eljárásokat az onkológiai centrumokba kell terelni, és fejlesztendő a rehabilitáció, illetve a hospice ellátás.

**Dr. Németh Attila** főigazgató (Nyíró Gyula Kórház – Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet, OPAI) válaszában úgy fogalmazott, hogy a pszichiátria szakma nem a primer, hanem a terciér prevenciót priorizálja. Szükség lenne az alapellátás, a járó- és a fekvőbeteg szakellátás, valamint a pszichiátriai és a szociális ellátás koordinálására, a betegutak racionalizálására, hogy ne essenek ki betegek az ellátórendszerből. Fejlesztendő terület az átmeneti korosztály pszichiátriai ellátása, olyan osztály létesítése, ahol megvaló-

sulhat a 16-22 éves fiatalok akut ellátása. A legfontosabb célkitűzés természetesen az öngyilkosságok számának csökkentése. Kevesen tudják, hogy Magyarországon 1985 óta folyamatosan csökkent az öngyilkosságok száma 2007-ig, majd négyévi stagnálást követően, 2011-2017 között 30 százalékkal csökkent, ami Európa-szerte kiemelkedő eredmény. Végezetül Dr. Németh Attila rámutatott, hogy a jelenleginél sokkal több depressziós beteget kell bevonni a kezelésbe, mivel egyelőre csak a „jéghegy csúcsa” kerül be az ellátásba.

**Prof. Dr. Andréka Péter** mb. főigazgató (Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet, GOKI) a Nemzeti Keringési Programról elmondta, hogy hatalmas csapatmunka eredményeképpen jött létre, ezért ezen a fórumon is megköszönte minden szerző közreműködését. A program öt fő eleme a prevenció, a kardiológia, a cerebrovaszkuláris ellátás, a perifériás érbetegségek, valamint a komprehenzív vaszkuláris centrumok létesítése. A szív- és érbetegségek megelőzése – mint kontinuum – globális társadalmi feladat, amely a lakosság egészségértésének javítását célozza meg. A prevenció szemlélet végigvonul a programon, kezdve azzal, hogy már a gyermekek gondolkodásába be kell építeni az egészségtudatos életmódot. Az elmúlt 25-30 évben Magyarországon fokozatosan csökkent a szívinfarktuson átesett betegek halálozása, köszönhetően a kardiológiai ellátórendszer hatékony működésének. Komoly népegészségügyi probléma a szívelégtelenség is, azonban a szívelégtelenség regiszter elégtelen működése miatt nem rendelkezünk adatokkal sem a mortalitásra, sem a morbiditásra vonatkozóan. Jól működik a szívinfarktus regiszter, ám az összes további nagy területen – szívelégtelenség, katéterterápia, veleszületett szívbetegségek, szívsebészet – is szükség lenne nemzeti regiszter kidolgozására és működtetésére. A népegészségügyi jelentőségű problémák sorában Dr. Andréka Péter foglalkozott továbbá a pitvarfibrilláció, a hirtelen szívhalál, a perifériás érbetegségek prevenciójának és ellátásának kérdéseivel. Kitért arra, hogy fontos lenne a háziorvosok szerepének megerősítése, mert sokat segíthetnének a kardiovaszkuláris betegek gondozásában. Végezetül felhívta a figyelmet arra, hogy a szív- és érbetegek ellátásának sarokköve a komprehenzív vaszkuláris centrumhálózat kialakítása, amelynek feladat körét képezi az összes szívveredető, cerebrovaszkuláris és perifériás betegség létező akut és elektív ellátása. Ezzel jelentősen optimalizálhatók a betegutak, a humánerőforrások, és nem utolsósorban a költségek is.

Arról, hogy az öt nemzeti program hogyan jelenítődik meg az alapellátás szintjén, **Dr. Vajer Péter** mb. igazgató (ÁEEK Alap és Lakóhelyközeli Ellátások Igazgatósága) fejtette ki gondolatait. Meglátása szerint a 2015-ös alapellátási törvény hatályba lépése óta ez a legjelentősebb szakpolitikai program, amely „helyzetbe hozta” az alapellátást. A program négy nagyobb csomópont – az alapellátást szabályozó keretrend-

szer megalkotása, a támogató módszertani funkció, a képzés és továbbképzés, valamint a finanszírozás rendszere – köré épül. Dr. Vajer Péter megemlítette, hogy a közelmúltban kihirdetett „Három generáció az egészségért” program erőteljesen megmozgatta az alapellátás szereplőit. Jelenleg 51 praxisközösség működik, és az idei év nyarán további 100-110 megjelenése várható. Ez azt jelenti, hogy körülbelül 1,5 millió ember ilyen formában megszervezett ellátása indulhat meg.

Hogyan fogja a minisztérium koordinálni ezeket a programokat, és források tekintetében mire számíthatunk? – kérdezte Dr. Velkey György Dr. Takács Pétert, aki elmondta, hogy az elmúlt időszakban igen intenzív, példaértékű együttműködés alakult ki az EMMI apparátusa és az érintett szakmák vezetői között. A szakpolitikai programokba beépített adatlapok éves bontásban határozzák meg a feladatokat, azok forrásigényét, felelősét és határidejét. Napirenden van a finanszírozás átalakítása – ebben vezérszerep hárul a NEAK-ra – és a képzés-továbbképzés, azon belül a licence vizsgarendszer újragondolása. Az EMMI célul tűzte ki az országos gyógyintézetek szerepének megerősítését, valamint az EESZT felületével kommunikáló és arra épülő regiszterek létesítését.

Arra a kérdésre, hogy miként mobilizálható a szakmai közvélemény, Dr. Andréka Péter professzor a GOKI-ban működő módszertani osztály tevékenységét hozta szóba. Dr. Németh Attila az OPAI módszertani osztályának átalakításával kapcsolatban megemlítette, hogy ahhoz további szakemberek bevonása szükséges. Dr. Poór Gyula professzor szintén a szakemberhiányt nevesítette a program végrehajtásának gátjaként. Dr. Fekete Ferenc professzor a Magyar Gyermekgyógyász Társaság, az ellátó intézmények és az alapellátás szereplői közötti kooperációt, az iskolai egészségnevelést és az országos intézetek együttműködését emelte ki. Dr. med. habil Takácsi-Nagy Zoltán a centralizációt, a daganatos betegek megfelelő progresszivitási szinten történő ellátását hangsúlyozta. Dr. Vajer Péter olyan módszertani központ felállítását szorgalmazta, amely hatékonyan képes ismeretekkel ellátni a fragmentáltan dolgozó háziorvosokat. Dr. Takács Péter rámutatott, hogy a prevenció tevékenység, az érintett lakosság felkutatása és megszólítása elsősorban az EMI munkatársak feladata. Jelenleg a szakmai programok állnak az ágazatvezetés fókuszában, de a pluszforrások tekintetében is várható elmozdulás, mégpedig attól a javaslatcsomagtól, amelyet a Pénzügyminisztériummal közösen fognak kidolgozni és a kormány asztalára tenni.

A kerekasztal beszélgetést Tamás Éva lapigazgató azzal zárta, hogy az IME tudományos folyóirat kiemelten foglalkozik a Nemzeti Egészségügyi Programmal. A program további részleteinek és aspektusainak megvitatására a június 19-20. között megrendezésre kerülő XIII. IME Országos Egészség-gazdaságtani Továbbképzés és Konferencia önálló blokk keretében biztosít fórumot.

*Boromisza Pirooska  
Fotó: Dr. Gyüre István*