

## X. IME Jubileumi Regionális Egészségügyi Konferencia Összefoglaló

„Megyei kezdeményezések hatása a térségi-megyei ellátásszervezésre” címmel tartotta meg tizedik Regionális Egészségügyi Konferenciáját az IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja 2015. február 26-án. A rendezvényen résztvevő nagyszámú érdeklődő első kézből kaphatott tájékoztatást az ÁEEK-ké alakuló GYEMSZI új feladatairól, az egyes megyékben végbement intézményi integrációról, az Országos Egészségfejlesztési Intézet és az országsszerte működő Egészségfejlesztési Irodák tevékenységéről, valamint a közösségi egészség-szervezési programokról.

### EGÉSZSÉGPOLITIKA

Éppen a konferencia napjának reggelén jelent meg a 27/2015. (II.25.) Kormányrendelet, amelynek értelmében a Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet (GYEMSZI) elnevezése 2015. március 1-jei hatállyal Állami Egészségügyi Ellátó Központ (ÁEEK) változik – közölte a rendezvény első előadója, **Dr. Ónodi-Szűcs Zoltán** főigazgató. Mint elmondta, a jövőben az ÁEEK jóval kisebb struktúrában és létszámmal fog működni, feladatai jelentősen átrendeződnek.

Az ÁEEK a fenntartói jogok gyakorlójaként végzi a működési engedélyek előzetes jóváhagyását, a támogatásokból megvalósuló feladatokat, valamint a statisztikai adatgyűjtést és elemzést. Középirányítói feladatkörének megfelelően biztosítja az erőforrásokkal való hatékony gazdálkodást, javaslatot tesz az intézményi költségvetésekre, meghatározza az irányítása alá tartozó intézmények gazdálkodási rendjét, előkészíti és koordinálja a fejlesztési terveket, egybehangolja a kötelező rendszeres és ad hoc adatszolgáltatást. Mint központi beszerző szervezet, a hatékonyabb működésre törekszik. Nem kíván beavatkozni az intézményi operativitásba, viszont kiemelt szerepet játszana a stratégiai irányításban, amihez azonban megfelelő információval kell rendelkeznie az intézményekről. Mint azt Dr. Ónodi-Szűcs Zoltán kifejtette, az adatszolgáltatás jelenlegi módja messze nem kielégítő, ezért erre új rendszert dolgoznak ki, amelyet reményeik szerint még ez év folyamán üzembe is helyeznek.

A gazdasági irányítással kapcsolatban megjegyezte: január 1-jétől új számlatükörrel dolgoznak az intézmények, amit – meglátása szerint – már jóval korábban be kellett volna vezetni. Az ágazat komoly bizalmi válságban szenved, ám a tényleges költségek pontos kimutatásához egységes osztályos kontrollinger és fedezetszámításra van szükség, ennek bevezetése hamarosan az intézményrendszer felében megtörténik. Az esetszintű költséggyűjtés és kontrollinger elszámolás első körben 70 kórházi osztályon, 6 szakmában,

összesen 12 intézményben indul el. A cél az, hogy javuljon az ellátórendszer és az ellátók működési hatékonysága, a szakellátásban a forrásfelhasználás transzparenciája, és álljon rendelkezésre rendszerezett módszertan és információs bázis a finanszírozási rendszer fejlesztéséhez.

Az emberi erőforrások tekintetében problémaként említette a főigazgató, hogy a forrásokkal jobban gazdálkodó kórházak többszörös fizetéssel tudják más intézmények dolgozóit magukhoz vonzani. Hozzátette: a kórházi álláshelyek és a munkaerőpiac köszönőviszonyban sincs egymással, így a tervezés szinte lehetetlen. Cél, hogy az egészségügyi ágazatban szükséges emberi erőforrás a megfelelő helyen, időben és kompetenciákkal álljon rendelkezésre, és egységes eljárások, standardok mentén, hatékonyan és magas színvonalon működhessen az emberi erőforrás menedzsmentje. Ehhez egységes módszertani kézikönyv készül, és néhány intézményben pilot szinten bevezetik a módszertani fejlesztést. A vagyongazdálkodásra kitérve a főigazgató elmondta, hogy sok egyeztetésre lesz szükség a kormányzattal, de a legfontosabb egy olyan egységes kataszter, ami az intézményeknek nem a terhére lesz, hanem a segítségükre. Cél az egészségügyi vagyonnal való hatékony gazdálkodás és a professzionális üzemeltetés támogatása.

A minőségmenedzsment kapcsán a főigazgató elmondta, hogy a BELLA (Betegellátók Akkreditációja a Biztonságos Betegellátásért TÁMOP 625/A) projekt 2014 végén lezárult, ugyanakkor az akkreditációs munkához szükséges rendelet nem jelent meg. Ennek megtörténtét követően terveik szerint 45 intézményt – 33 kórházat és 12 szakrendelőt – készítenek fel a standardok szerinti működésre. A beszerzések menedzsmentje terén fő törekvésük a méretgazdaságossági előnyök optimális kihasználása. A közös beszerzések, keret-megállapodások alkalmazásával egyre szélesebb körben érhető el pénzügyi és időmegtakarítás az intézmények számára. Ez év során közbeszerzési portált helyeznek üzembe, ami egységes kommunikációs felületet, dokumentum- és sablontárat biztosít az intézmények számára.

E fejlesztések következtében az intézményrendszer a stratégiai célok mentén, összehangoltan fog működni – ígérte a főigazgató. Javulni fog a rendelkezésre álló források felhasználásának hatékonysága és transzparenciája. Az intézmények kritikus tömegében egyre jobb lesz az ellátás biztonsága és ezzel a működés költséghatékonysága. Az ágazat hatékonyan és egyszerűen fog terméket és szolgáltatásokat beszerezni. Az infrastruktúra üzemeltetése könnyebb, magasabb színvonalú és költséghatékony lesz, az ellátórendszerben dolgozó emberek munkahelyi elégedettsége emelkedni fog.

**Dr. Cziffra Árpád**, az OEP területi igazgatója a finanszírozó szemszögéből vette górcső alá az egészségügyi ellá-

tőrendszert és nyújtott betekintést az OEP működésébe. A külső kihívások között megemlíttette a technológiai fejlődéssel együtt járó piaci folyamatokat, illetve a keresleti oldalon az idősödő társadalmat, a „tájékozott beteg szindrómája” néven emlegetett jelenséget és a globalizálódó egészségügyi ellátást. A legfontosabb belső kihívás az állami szerepvállalás. Az alaptörvény kimondja, hogy minden embernek joga van a lelki és testi egészséghez, ám az egészségügyre fordított közkiadások korlátozottak, a lakosság egészségügyi terheit pedig nem lehet tovább fokozni. Az előadó szerint a nehéz helyzetből való kivájtást az ellátórendszer hatékonyságának növelése jelentheti.

A támogatáspolitikáról szólva – a szükségleteket és a költségvetési lehetőségeket Szkillákhhoz és Kharübdiszekhez hasonlítva – az előadó ismertette mindazokat az egészségpolitikai prioritásokat, amelyeket folyamatosan érvényesíteniük kell. Mint mondta, az Egészséges Magyarországért program fő célkitűzése az esélyegyenlőség csökkentése. A fenntartható finanszírozás kapcsán Dr. Czifra Árpád vázolta mindazokat a lehetőségeket, amelyekkel a finanszírozó saját hatáskörében élhet. Az OEP szolgáltatásvásárló és finanszírozó szervként gazdálkodik a rendelkezésre álló pénzeszközökkel, érvényesíti az alapelveket és karbantartja a finanszírozott ellátások körét. Hatóságként lefolytatja a befogadási eljárásokat, szükség esetén más hatóságok bevonásával. Óriási adatvagyonnal gazdálkodik, amellyel a többi szereplő működését is segíti. Az előadó tájékoztatott továbbá a háziorvosi ellátás finanszírozásának változásairól, a járó- és fekvőbeteg-szakellátási kapacitások bővítéséről és fejlesztéséről, az innovatív hatóanyagok (2014-ben 23 új molekula) és technológiák befogadásáról és a 2012-ben elindított vaklit rendszer eredményeképpen bekövetkezett 10%-os egészségügyi „rezsicsökkenésről”.

Az OEP feladatköre összességében kibővült: bizonyos lakosság-közeli feladatok a kormányhivatalokhoz kerültek, ugyanakkor számos többletfeladat jutott az egészségbiztosítónak. Ilyen a területi egészségügyi ellátás megszervezése módszertanának meghatározása a fekvőbeteg ellátásban, a közfinanszírozott egészségügyi szakellátási kapacitások felosztása a járóbeteg szakellátásban, valamint az egészségügyi dolgozók illetmény- és bérnövelésével és az ahhoz kapcsolódó támogatás igénybevitelével kapcsolatos feladatok. Mit lehet tenni a továbblépés érdekében? – tette fel a kérdést az előadó. Mérlegelni a TVK-mentes ellátások további bővítését, szakmaspecifikus finanszírozás-technikai eszközöket alkalmazni, szakmailag támogatni a népesedéspolitikai céljait, részt venni a csillagos homogén betegcsoportok felülvizsgálatában, bővíteni az innovatív terápiás megoldásokat és támogatni a háziorvosi rendszer megújítási folyamatát.

A konferencia egészségpolitikai blokkjának utolsó előadója **Élő Anita** újságíró volt, akinek a közelmúltban karcos cikke jelent meg a szaksajtóban „A politika legnagyobb hazugságai” címmel. Mint elmondta, az egészségügy fokozatosan kicsúszott az újságok nagypolitikai témái közül. Az előadó szerint az utóbbi húsz év legnagyobb hazugsága, hogy a racionalizáció

záció jegyében reformok mennek végbe, ami annak fedezésére szolgált, hogy forrásokot vonjanak ki a rendszerből. A magyar közélet sikertelen politikai terméke a közfinanszírozott egészségügy, miközben az abban dolgozó orvosok sikeresen működtetik a magánegészségügyet. Pénzt ígérnek és vesznek el: forrásokot vonnak be az infrastruktúra fejlesztésébe, ugyanakkor jelentős összegeket vonnak ki a működtetésből. Ez a folyamat – tette hozzá – érzékeny konfliktust fog eredményezni a fővárosban. „Itt mindenki javulást akar” – az előadó szerint ez a magyar egészségügy régi alaphazugsága, hiszen – mint fogalmazott – egyáltalán nem érdeke mindenkinek, hogy jelentős javulás következzen be a közfinanszírozott egészségügyben. Jó példa erre a betegbarát, gyors gyógyulást eredményező technológiák magánsektorba történő kiköltöztetése. Végezetül Élő Anita hangot adott abbéli reményének, hogy a politikában megkezdődött lényeges mozgás lehetőséget teremt az egészségügy számára saját szerepe újra pozícionálására.

## MEGYEI RENDSZEREK

**Dr. Rác Jenő**, a Csolnoky Ferenc Kórház főigazgatója a Veszprém megyei fekvőbeteg ellátás integrációjába adott betekintést. Mint elmondta, azért van szükség a változtatásra, mert ezt az ellátórendszert a rendelkezésre álló forrásokból nem lehet a szakmai eljárásrendnek megfelelően, mindenki számára elérhetően működtetni. A változtatás egyik nagy nyertese éppen Veszprém megye lehet, tekintettel arra, hogy mindaddig az országos átlagnál 10%-kal kisebb finanszírozásban részesült. A főigazgató idézte a Megyei Egészségügyi Egyeztető Bizottságok (MEEB) részére kiadott módszertani útmutatót, miszerint „A cél tehát adott, mégpedig egy egymásra épülő, egymáshoz kapcsolódó progresszivitási szint szerint hierarchikusan felépített, meghatározott szakmai tevékenységi körrel rendelkező, szabályozott, lakosságáramnyos feladatokhoz igazodó, integrált egészségügyi szakellátás megteremtése.” Mint elmondta, a megye 354 ezer lakosát és további 50 ezer megyén kívüli lakost jelenleg 18 telephelyen látják el, ami sem gazdaságilag, sem humán erőforrás szempontjából nem fenntartható. A Megyei Önkormányzat (MÖK) 2006-ban elfogadott egy koncepciót, ami a megye egészségügyi ellátásának átszervezésére szolgált. Ebből született 2007-ben az ötlépcsős ún. Pannon Modell, amelynek negyedik lépcsőjeként 2011-ben MÖK határozat született a megyei integrációról. Ám ezt alaposan átírta a Semmelweis terv, az államosítás kivette a MÖK kezéből a változtatás lehetőségét, ennek megfelelően a leírtak nem valósulhattak meg. Végül sikerült konszenzusra jutniuk a többlet súlyszámok elosztásában, de az integrációt tekintve az intézmények nem tudtak megállapodni. Mi történik, ha nincs megyei konszenzus? – tette fel a kérdést az előadó. Mi történik, ha így elvesz a többlet TVK és emiatt nem sikerül elérniük a nullszaldót? Márpedig változtatás nélkül nem sikerülhet – zárta előadását Dr. Rác Jenő.

**Dr. Tamás László János**, a Petz Aladár Megyei Oktató Kórház főigazgató főorvosa, az IME – az egészségügyi ve-

zetők szaklapja Szerkesztőségének tagja, a megyei kapacitás és volumenkorlát egyeztetések tapasztalatairól számolt be. A Győr-Moson-Sopron megyei MEEB résztvevői alapjában és döntően egyetértettek az átalakítás célkitűzéseivel. A három érintett kórház vezetése a jelenlegi szerkezeti állapotot alapvetően megfelelőnek érzi. Mindegyik kórház képes a jelenleg is működő szakmáit, osztályait a progresszívítási szintjének megfelelően használni. Új szakmai profilok indítását nem tervezik, a kórházak közötti feladat- és kapacitásátadást nem tartják szükségesnek. A MEEB tagjai örömmel vették és igazságosnak tartják az új, lakosságáramnyos finanszírozás (TVK) bevezetését. Az OEP adatai alapján a megye 10 745 súlyszámra többlet lenne jogosult lakosságáramnyosan az A és B szintű ellátások keretében. A kórházak a MEP által javasolt lakosságáramnyos felosztást elfogadják. Az átalakítás legfőbb célja – a fenntarthatóság elérése – okozza az intézmények számára a legnehezebb feladatot. Amennyiben teljes körűen szánják a kórházak jelenlegi adósságállományát és bevezetésre kerül a lakosságáramnyos finanszírozás, jelentősen javulhat a kórházak üzemgazdasági egyensúlya. Azonban a lakosságáramnyos finanszírozás bevezetése önmagában nem ellensúlyozza a finanszírozás rendellenességeit, az ismert alulfinanszírozottságot. Ezt első számú kockázatként kezelik a továbbiakban, és az intézkedési tervben kockázatelemzést és javaslatokat fogalmaztak meg.

**Dr. Csernavölgyi István**, a Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktatókórház főigazgatója a 2013-ban végrehajtott fúzió hatásait elemezte a jelenlegi átszervezések kapcsán. Leszögezte, hogy Fejér megyében optimális megyei ellátó struktúra jött létre. Mór város veszteségesen működő, havi 20 millió forint deficitet termelő kis kórházában a kontrolling rendszer és keretgazdálkodás bevezetésének, valamint a racionalizálásnak köszönhetően ma ott tartanak, hogy az új működési modell havi 4,5 millió forint pluszt hoz. A számok azt sugallják, hogy a jelenlegi átszervezés egyik nagy nyertese Fejér megye lehet, ám az öröklött 2,6 milliárd forintos adósságállománnyal meg kellett küzdeniük. A finanszírozás terén korrekt módon együtt tudtak működni a fenntartóval, ám még mindig messze az országos átlag alatt vannak – hangsúlyozta a főigazgató. 2012-ben az üzemgazdasági elvű veszteség bevételarányosan 18 százalékot tett ki, ami tulajdonképpen sereghajtó pozíció. Az OEP kasszamaradvány, vis major keret és GYEMSZI kifizetések nélküli eredményüket 2014-re 4,9 százalék mínuszra dolgozták le. Fontos lépcső volt, hogy 2012-ben – bármennyire is nehéz volt a gazdasági helyzet – a kórház nem engedett a szakmaiságból, aminek eredményeképpen a PTE ÁOK oktatókórháza lett, valamint idén már a Semmelweis Egyetemtől is felkérést kaptak ugyanerre a címre. Az előadó kiemelte: ha a progresszivitás és szakmaiság mentén a betegutakat a finanszírozásban is leképezik, akkor Fejér megye minden további feltétel, felzárkóztatás nélkül is működőképes.

**Dr. Tóth Tibor**, a debreceni Kenézy Gyula Kórház és Rendelőintézet járóbeteg szakellátási igazgatója elmondta, hogy 2013-ban a jogszabályi kötelezettségek megfelelően

három intézmény – a megyei kórház, a járóbeteg központ és a gyógyfürdő – egyesülési integrációját hajtották végre. A menedzsment úgy tervezte meg az integrált működést, hogy a járóbeteg ellátásból a lehető legtöbbet tudja kihozni, és optimálisan használja ki a rendelkezésre álló infrastruktúrát. Az Egészségügyi Járóbeteg Központ (EJK) modell elvei mentén olyan szervezetstruktúrát és átlátható betegellátást alakítottak ki, amely jól kontrollálható és monitorozható a menedzsment számára. Az ún. GATE rendszer keretében az intézményen belüli valamennyi rendeltetést és dolgozói mozgást figyelemmel tudják követni. A kórház egész területén betegirányító, előjegyzési és dolgozói beléptető rendszer működik. Ennek köszönhetően folyamatosan nyomon követhető a rendelői kihasználtság és fennakadás esetén azonnali intézkedés tehető. Mint arról az igazgató beszámolt, másfél-két év elszánt küzdelme meghozta a lassú, de fokozatos változást: optimálisabbá vált az infrastruktúra kihasználása, tervezhetőbbé vált a munkafolyamatok elvégzése és nagymértékben – 96 százalékra – nőtt a betegelégedettség.

**Dr. Dózsa Csaba**, a Miskolci Egyetem Egészségügyi Kar egyetemi docense, az IME Szerkesztőbizottságának tagja az EU Strukturális Alapjainak a hazai kórházszektorban történt felhasználását elemezte. A 2007-2013 közötti Nemzeti Fejlesztési Terv során a magyar kormány hozzávetőlegesen 450 milliárd forintnyi fejlesztési összeget tervezett az egészségügy megújítására és modernizálására. Az elemzés módszertana és az eredmények ismertetését követően az előadó a következő megállapításokat tette. A források elosztása egyáltalán nem tükrözi a demográfiai adatokat és a lakosság egészségi állapotát. A meghatározó szempont a területi elv és a kórházak hierarchiája és földrajzi elhelyezkedése volt. Nem érvényesült a pozitív diszkrimináció, a hátrányosabb helyzetű és rosszabb egészségi állapottal rendelkező megyék nem kaptak több fejlesztési forrást. A nagyobb kapacitású, OEP bevételű és technológiai igényű intézmények arányon felül részesedtek a TIOP kórházi forrásokból. A beruházások relatív előnybe hozták/hozzák a vidéket, a hat konvergencia régiót, ami deklarált célja volt az EU-s fejlesztéspolitikának. A megvalósult beruházások költségvetési szempontból többnyire nem jelentenek költségmegtakarítást. Az EU-forrásból származó fejlesztések nem pótolhatják a kormányzat és a kórházi tulajdonosok éves eszközviszaforgótlását és az épület karbantartást szolgáló támogatást. További kutatást igényel annak megállapítása, hogy milyen változást eredményezett a fejlesztés a hozzáféréseben, mekkora valódi egészségnyereség és minőségi javulás következett be ezekben a kórházakban. További kérdés, hogy 2015 után milyen mértékben és szakmai tartalommal folytathatók a kórházi fejlesztések EU-s vagy kormányzati forrásokból.

## LAKOSSÁGKÖZELI GONDOZÁS

A kórházhoz, illetve rendelőintézethez kapcsolódó otthoni szakápolás aktuális országos mutatóit **Virágné Kaló Ágnes**, a Magyar Otthonápolási és Hospice Egyesület or-

számos elnökségének tagja, a Terra95 Otthoni Szakápolási és Hospice Szolgálat ügyvezetője elemezte. Felhívta a figyelmet arra, hogy a háziorvosi beutalóval elrendelt, szakképzett ápoló által végzett otthoni szakápolás nem azonos a házi betegápolással, illetve segítségnyújtással. Az otthoni szakápolási szolgálatok száma 310-320 között mozog az országban. Jó néhány kisebb szolgálat beolvadt valamely nagyobb szolgáltatóba, ugyanakkor pályázati úton újabb szolgáltatók is megjelentek. Az otthoni szakápolásban megjelenő tíz BNO kód közül három köztözesi ellátást fed le, hét pedig rehabilitációs szakirányú tevékenységet. Ezen belül megjelenik a rehabilitáció több ága: a traumatológia, a reumatológia, az ideggyógyászat és az ortopédia. Az előadó kifejtette abbéli véleményét, hogy a rehabilitáció nagy része ugyan a kórházakban valósul meg, de a rehabilitáció igénylő kliensek egy része nem kapja meg ezt a típusú ellátást, ezért ennek egy része az otthoni szakápolás szakirányú ellátás kereteiben valósul meg. Ennek oka lehet, hogy a szociális, illetve „félszociális” betegek ellátása átkerült a rehabilitációs ágyakra. Az otthoni szakápolási szolgálatok képesek lennének ellátni további otthoni rehabilitációt igénylő betegeket is, ha megkapnák erre a kapacitás és finanszírozás bővítést. A szolgáltatás ergoterapeuta alkalmazásával egyénre szabott, életminőséget javító ellátást tud biztosítani. Fontos lenne, hogy az otthoni ellátásban különválasszák a rehabilitálható eseteket az állapotfenntartó kezelésektől. Protokollok segítségével meg kell határozni a szakmai elvárásokat és indokolt lehet az állapotfüggő szakmai csomagok kidolgozása is.

A bentlakásos szociális intézményekben végzett szakápolásról a Nyíregyházi Szociális Gondozási Központ igazgatója, **Szilvásiné Bojda Márta** adott tájékoztatást. Mint elmondta, egy emberöltővel ezelőtt még szegénynek számított az idősothonban lakás, ám az elmúlt negyedszázad folyamán egyre inkább körvonalazódott az aktív dolgozó hozzátartozók erre vonatkozó igénye. Az ellátottak átlagéletkora 85 év, ami egyre összetettebb ápolási feladatokat, sok esetben hospitalizációt követel meg. A statisztika szerint az idősothonokban ellátottak átlagosan évente legalább egyszer kórházba kerülnek. Mivel a kórházba szállítás és az ottani tartózkodás erősen megviseli az idős betegek legyengült szervezetét és pszichés állapotát, felmerült a bentlakásos intézményekben történő egészségügyi szolgáltatás, mint kiegészítő tevékenység lehetősége. Ez a típusú szolgáltatás azonban nem közfinanszírozott, ezért az intézményi költségvetésből kell kigazdálkodni. Dózsa Csaba hozzátette az elmondottakhoz, hogy a téma igen aktuális: koncepció készül a vegyes profil finanszírozására vonatkozóan, amelyet a kormány elé készülnek terjeszteni.

## NÉPEGÉSZSÉGÜGY, EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS

Hogyan változott az elmúlt húsz évben a népegészségügy? – tette fel a kérdést előadásában **Dr. Török Krisztina**, az Országos Egészségfejlesztési Intézet főigazgatója. Kifejtette, hogy napjainkra az egészségkultúra egyre domi-

nánsabb szerepet játszik az emberek életében, ám sok mindenben változtatni kell még ahhoz, hogy a lakosság jobb egészségi állapotba kerüljön. Az Országos Alapellátási Intézet egészségfejlesztéssel foglalkozó részlege, valamint az Országos Gyermekeségügy Intézet OEFI-be történő beolvadásával rövidesen új központ, a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet alakul. A szervezet módszertanát az Országos Tisztifőorvosi Hivatal vezetésével közösen alakítják ki. Legfontosabb feladata lesz, hogy módszertani intézetként az egészségfejlesztési központként szakmai hálózatokat működtessen országos és lakosság-közelben, és irányítsa és támogassa az Egészségfejlesztési Irodák (EFI) működését. Kiemelt célja a magyar lakosság egészségmutatóinak javítása, a kockázati tényezők csökkentése a korai halálozás és mozgáskorlátozottság megelőzése érdekében, javítva ezzel az ország foglalkoztatottsági viszonyait és növelve gazdasági versenyképességét. Az újjáalakuló intézet megújítja a népegészségügyi szolgáltatásokat, középpontba helyezve az „egészség választását” előmozdító ismeretek és készségek fejlesztését. A népegészségügyi célok elérése érdekében új lehetőségeket tár fel a hatékony ágazatközi együttműködés megvalósítására. Az egészségkommunikáció hatékonyságának fejlesztésével elősegíti a hazai lakosság egészségkultúrájának javítását a koragyermekkor-tól kezdve minden korosztály számára. A főigazgató bemutatta a rendelkezésre álló eszközrendszer, amely a kiemelt TÁMOP projektektől (6.1.1/12/1, 6.1.2.A-14/1-2014, 6.1.3.B-12/1-2013-0001) a saját projekteken át az interszektoriális kezdeményezésekig, EFOP lehetőségekig és egyéb szinergiáig terjed. Az EFI hálózatról szólva elmondta, hogy 2013-2014 során 59 (+2) iroda jött létre és kezdte meg működését. Ezek tevékenységébe tartozik az egyéni kliens állapotfelmérés, kockázatbecslés és tanácsadás, az egészségfejlesztési programok megvalósítása, az egészségfejlesztéssel foglalkozó szervezetek közötti együttműködés javítása, a szervezetek hálózatba szervezése, a helyi erőforrások mobilizálása és a lelki egészség portfólióba történő integrálása.

Az Egészségfejlesztési Irodák bemutatását **Dr. Máté Ágnes**, a dunajvárosi Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet orvos-igazgatója kezdte. A TÁMOP 6.1.2/11-3 pályázat keretében nyílt lehetőségük arra, hogy közfinanszírozott intézmény működésébe illesztett, átfogó egészségfejlesztési tevékenységet folytató új szervezeti egységet hozzanak létre. Az előadó bemutatta a programot és annak terv szerinti haladását, valamint az üzemeltetés eddigi tapasztalatait. Kitért azokra a buktatókra, amelyek a jelen működést nehezítik, valamint a jövőbeni fenntarthatóság kritikus kérdéseire. A sarkadi EFI működését **Debreczeni Lajos**, a Sarkadi Kistérség Egészségügyi Fejlesztő Nonprofit Kft. ügyvezetője, projektmenedzsere ismertette. A 2013-as induláskor több nehézséggel kellett szembenézniük, kezdve a helyi roma lakosság alacsony mobilitásával, a harmadik generációt érintő munkanélküliségen át az alacsony képzési és munkavállalási hajlandóságig. A helyszíni tapasztalatok azt mutatták, hogy a szolgáltatások lakóhelyhez vitele, a

szakmai üzenetek közérthető formában történő közvetítése, a házi orvosok bevonása, a települési rendezvényeken való közvetlen részvétel és a civil szervezeti, illetve projektközi együttműködések célra vezethetnek.

Az ÁNTSZ Országos Tisztifőorvosi Hivatal részéről **Dr. Kovács Attila** helyettes országos tisztifőorvos a hazánkban lezajlott, illetve jelenleg is zajló vastagbélvizsgáló pilot programok tapasztalatairól számolt be. Jelenleg Csongrád megye 13 ezer lakosa ingyenes vastagbélvizsgálásra vehet részt. Az ÁNTSZ kísérleti programjában a vastagbélvizsgáló szervezéséhez házi orvosi praxisokat szőlítottak meg. Dr. Kovács Attila rávilágított: a vastagbélvizsgáló mortalitási rátája kiemelkedő az Európai Unióban és különösen magas hazánkban, férfiak esetében európai viszonylatban a legmagasabb. Az elsődleges és másodlagos megelőzéssel – szűrővizsgálattal – a halálozás nagymértékben csökkenthető. A vastagbélvizsgáló hatásossága tekintetében rendelkezünk tudományosan bizonyított módszerrel, ami populációs méretekben kivitelezhető és megfelel a szűrővizsgálatokkal szemben támasztott kritériumoknak. A szűrés jól algoritmizálható, ezáltal a költségek, a betegút, a szükséges kapacitások és a várható eredmények a részvételi arány függvényében jól tervezhetők. A teljes populációs szintű szűrés bevezetéséhez a kiterjesztési döntést megalapozó hatástanulmány készül a lezajlott pilot programok tapasztalatai alapján.

A lakossági szolgáltatások bővítését hivatott elősegíteni az ún. MENTA (Mobil EgészségNapló és Tájékoztató Alkalmazás) – tájékoztató **Surguta András**, a GYEMSZI projektmenedzsere. **Dr. Békási Sándor** orvos-szakértővel közös előadásukban vázolták az e-Egészségügyi projekt portfólió részét képező TÁMOP 6.2.7.-13/1-2013-0001 projektben megvalósuló fejlesztési elemeket. A MENTA rendszer olyan modern, a mobilalkalmazások lehetőségeit maximálisan kiaknázó, azok kedvező tulajdonságait ötvöző keretrendszer, amely mindenki számára térítésmentesen lesz elérhető. A fejlesztés jelenleg a programozási fázisban van, a befejezés 6-8 hónap múlva várható, a szervezők erős felütszra – mintegy százezer letöltésre – számítanak.

**Dr. Lantos Zoltán**, a GYEMSZI TÁMOP-6.2.5-B-13/1-2014-0001 „Szervezeti hatékonyság fejlesztése az egészségügyi ellátórendszerben – Területi együttműködés kialakítása” projekt egészségügyi munkacsoport-vezetője rávilágított: paradigmaváltásnak lehetünk tanúi (ld. Michael E. Porter „Redefining Health Care” című alapműve). Az orvosi szükségesség és a gazdasági lehetőség között húzódozó konfliktust a harmóniának kell felváltania, az elmúlt tíz év tapasztalata alapján ez az egyetlen lehetőségünk. Ehhez párbeszédre van szükség a finanszírozó és a kormányzat között, hogy az ágazatnak ne kelljen forrásokért „kuncsorognia”. Az előadó visszautalt arra, hogy a MENTA program kapcsán már szóba került a konferencián, mennyire fontos az adatgyűjtés. A modern egészségügyi rendszerek számára elengedhetetlen egy virtuális alapú háttér. A magyar lakosság egészségügyi

datosságának feltérképezését követően az előadó elmondta, céljuk, hogy minden magyar lakosnak legyen saját egészségterve, ami tartalmazza az egészségcélakat, a cselekvési tervet és a kezelési tervet. Fél éven belül tízezer egyéni egészségterv fog elkészülni, amelyek összesítésével felmérhető lesz az országos igény és közösségi egészségtervek alakíthatók ki. Novemberre a világ egyik legkorszerűbb rendszere állhat fel, amelynek megvalósítása jelentős mértékben átrendezheti az egészségügyet.

**Dr. Gaál Péter**, a SE Egészségügyi Közszolgálati Kar dékánja, az IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja Szerkesztőbizottságának tagja az irányelvek betegút-menedzsment fejlesztésében betöltött szerepéről szólt. A közösségi egészségügyi szervezés célja elsősorban a hatékonyság javítása, ami a szolgáltatók közötti koordináció erősítésével érhető el. A közösségi egészségügyi szervezés funkciói között szerepel a bizonyítékokon alapuló ellátási protokollok kidolgozása. A TÁMOP 6.2.5/B projekt keretében az Egészségügyi szervezési irányelv (ESZIR) kifejlesztése áll a középpontban. Az előadó ennek módszertani kérdéseit és egyes lépéseit mutatta be, majd felhívta a figyelmet arra, hogy mindezen akkor van értéke, ha megtörténik az ESZIR jelenlegi szabályozási környezetbe való beillesztése. **Dr. Vitrai József**, az OEFI Egészségmonitorozási osztályának vezetője, a Közösségi Egészségtervezési Munkacsoport képviselőjében a közösségi egészségtervezés hatlépéses, ciklikus folyamatát mutatta be. Kiemelte, hogy a cél a közösségi széleskörű tájékoztatása, valamint a megvalósításba való bevonása. Mint elmondta, a TÁMOP 6.2.5/B kiemelt projekt keretében a közösségi egészségtervezés húsz járásban kerül bevezetésre.

**Skultéty László**, a TÁMOP 625/B projekt szakmai igazgatója, az IME Szerkesztőbizottságának tagja az intézményirányítási fejlesztésekbe nyújtott betekintést. Olyan, széles körben oktató módszertant kívánnak az intézmények rendelkezésére bocsátani, ami közérthető, felhasználóbarát, az alacsonyabb szinten dolgozó munkatársak számára is használható. A GYEMSZI fenntartásában működő intézmények számára stratégiai tervezési kézikönyvet dolgoznak ki és bocsájtanak rendelkezésre. A BSC eszköztár adaptálásával készített tervezési kézikönyv alapján két térség 22 kórházában valósul meg intézményi stratégiák kidolgozása és ezek térségi összehangolása. Az intézményi stratégiai célokhoz kapcsolódó vezetői célkitűzés és teljesítményértékelés rendszere is kifejlesztésre kerül a program során, így a vezetők személyes érdekeltsége is támogatja majd a stratégiai célok megvalósulását.

Az egyes blokkokat követő diskusszió során értékes hozzászólások hangoztak el. **Tamás Éva**, az IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja ügyvezető igazgatója zárószavában kifejezte abbéli reményét, hogy az igen informatív előadások közül minél több jelenhet meg írásos formában a kiadvány hasábjain.

*Munkatársunktól*