

Égészségpolitika – Alapellátás – EBP – Ellátásszervezés

A XIII. IME Regionális Egészségügyi Konferencia beszámolója

Az IME Interdiszciplináris Magyar Egészségügy – Az egészségügyi vezetők szaklapja 2018. február 28-án, Dr. Ónodi-Szűcs Zoltán egészségügyért felelős államtitkár fővédnökségével tartotta tizenharmadik Regionális Egészségügyi Konferenciáját. A tanácskozás kiemelten foglalkozott a napjainkat meghatározó egészségügyi fejlesztésekkel, többek között az Egészséges Budapest Programmal.

A konferencia nyitó előadását **Prof. Dr. Rosivall László** egyetemi tanár, rektor emeritus, a Semmelweis Emlékbizottság elnöke tartotta a 2018-as Semmelweis Emlékév jegyében, amelyhez az IME szaklap is csatlakozott. Betekintést nyújtott a 2018-as Semmelweis Emlékév előkészületeibe, amelyek további részletei az IME 2017/7. számában olvashatók a „Főhajtás Semmelweis szellemisége előtt” című interjúban.

EGÉSZSÉGPOLITIKA

Dr. Mészáros János, az Emberi Erőforrások Minisztériuma (EMMI) Egészségügyi Ellátórendszer Működtetéséért felelős helyettes államtitkára előadásában az uniós és hazai források felhasználását tekintette át az egészségügyi szakpolitikai prioritások mentén. Mint elmondta, az Emberi Erőforrás Fejlesztési Operatív Program (EFOP) az ágazati fejlesztések szakmai tartalmának, keretrendszerének meghatározásával indult 2015 áprilisától kezdődően. A 2016-os és 2017-es évek folyamán összességében 19 fejlesztés indult el, amelyek több mint 168 milliárd forint keretösszeggel fogják szolgálni az egészségügyi ellátórendszer fejlesztését a 2014-2020 közötti uniós fejlesztési ciklusban. Az EFOP első prioritási tengely standard konstrukcióinak (EFOP 1.8.2., 1.10.2., 1.10.3., 1.8.19., 1.8.20.) átfogó céljaként a népegészségügyi rendszer fejlesztését, a lakosság egészségtudatosságának növelését, egészségkultúrájának javítását, az alapellátás átfogó fejlesztését és a humán erőforrás mennyiségi és minőségi fejlesztését határozták meg. A meghirdetett pályázati keretösszegek javarészt lekötésre kerültek, 241 db pályázat érkezett be, 24,8 milliárd forintos támogatási igényvel. Mindaddig 142 db projekt esetében született támogatási döntés, a kérelmekben megítélt támogatás összege 17,2 milliárd forint, az értékelések jelenleg is zajlanak. Az EFOP második prioritási tengely standard konstrukcióinak (EFOP 2.2.18., 2.2.19., 2.2.20.) átfogó célja a betegellátás minőségének, biztonságának javítása, a magas színvonalú járóbeteg-szakellátási infrastruktúra megteremtése, fejlesztése, valamint az orvostechonikai infrastruktúra készülségi szintjének javítása, jellemzően diagnosztikai eszközök beszerzése révén. A hatalmas érdeklődésre – a „Járóbeteg szakellátó szolgáltatások fejlesztése” című konstrukció esetében ötszörös mértékű túlpályázásra – való tekintettel tartaléklistás

pályáztatásra is szükség volt. Mindaddig 241 pályázat érkezett be, 42,2 milliárd forintos támogatási igényvel. Száz projekt esetében már megszületett a támogatási döntés, az eddig megítélt támogatás összege 13,9 milliárd forint, az értékelések folyamatban vannak. Az EFOP pályázatok eljárásrendjéről és eredményeiről szólva a helyettes államtitkár elmondta: az egészségügyi konstrukciók pályázatbonyújtási szakaszai jellemzően 2017. november közepéig lezárultak, a túlpályázások miatt az irányító hatóság egyes konstrukciókat felfüggesztett. A tartaléklistákat keretemelések útján kezelik, melynek vonatkozásában az Egészségügyért Felelős Államtitkarság intenzív egyeztetéseket folytat jelenleg is az irányító hatósággal. A közép-magyarországi régióban (KMR) a VEKOP-os ún. „tükörprojekteket” a Nemzetgazdasági Minisztérium kezeli, a pályázatok benyújtási szakasza 2018. március közepén zárul. A pályázatok tartalmi értékelése jelenleg zajlik, támogatási döntés a KMR régióban még nem született.

Az uniós forrásokon túl hazai források felhasználásával is lehetőség nyílt egészségügyi fejlesztésekre. A Modern Városok Program keretében a Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktató Kórházban új belgyógyászati tömb kerül megépítésre, valamint a parkolót bővítik összesen 7 milliárd forintos értékben. Érden házi orvosi rendelőket újítanak fel 272,5 millió forint értékben, valamint sor kerül a Dr. Romics László Egészségügyi Intézmény fejlesztésére is 1,85 milliárd forint értékben. Tatabányán a Szent Borbála Kórházat modernizálják, és új épületszárnyat létesítenek 5,9 milliárd forintból. Előkészítés alatt állnak további fejlesztések Győr, Salgótarján és Hódmezővásárhely egészségügyi intézményeiben. 2017-ben egyedi kormánydöntéssel jóváhagyott fejlesztési többletforrásokat juttatnak a Bajcsy-Zsilinszky Kórház járóbeteg szakellátást nyújtó Kőbányai Egészség ház megújítására, új szakrendelő felépítésére, az EFOP-2.2.1.-VEKOP-16 „Gyermekek sürgősségi, baleseti ellátás fejlesztése” c. kiemelt konstrukcióra, továbbá a Heim Pál Gyermek kórháznak MR készülék beszerzésére. A Beruházási Előkészítési Alapból allokálnak forrást a Bács-Kiskun Megyei Kórház SZTE ÁOK Oktató Kórháza PÓLUS Programjára, a Somogy megyei Kaposi Mór Oktató Kórház szülészeti épület rekonstrukciójára, a Csongrád Megyei Dr. Bugyi István Kórház strukturális rekonstrukciójára, valamint a Gróf Tisza István Kórház Büntetés-végrehajtási Egészségügyi Központja kialakításához kapcsolódó diagnosztikai fejlesztésre. A XX. EMMI fejezet költségvetésében megjelent 2017-2018. évi új fejlesztési források az új budapesti kórház előkészítését és kivitelezését, az Országos Tisztifőorvosi Hivatal és a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet fejlesztését, a Bethesda Gyermek kórház és a Budai Irgalmasrendi Kórház (BIK) közös fejlesztését, az egészségügyi intézmények fejlesztését és rendkívüli (vis major) támogatását célozzák. Ezen a soron jutnak forráshoz továbbá a gyógyító-megelőző ellátás intézetei, az egynapos sebészet

eszközfejlesztése, a BIK projektjei, valamint a megbízottság növelésével és struktúra átalakításával kapcsolatos támogatások. A 2017. évi struktúraátalakítási támogatás keretében 89 állami tulajdonú fekvőbeteg szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató 158 fejlesztése részesült támogatásban 4,246 milliárd forintos értékben.

ALAPELLÁTÁS

Mit jelent a paradigmaváltás az alapellátásban az elmúlt évek legfontosabb fejlesztési tapasztalatai alapján, és mi várható ettől? – tette fel a kérdést előadásában **Dr. Dózsa Katalin** programigazgató (SE Egészségügyi Menedzserképző Központ). Mint arra rámutatott, az alapellátás teljes értelmezési kontextusa, azaz a mikro és makro szintű szervezési és szervezeti háttér, valamint a szabályozó és ösztönző rendszer is mozgásban van. Az elsősorban humán erőforrás oldalon jelentkező jelentős kihívások és a pozitív trendek egyszerre érzékelhetők. A szemléletváltás elsősorban a Lakóhelyközeli Egészségügyi Szolgáltatások erősítése irányában nyilvánul meg. Kompetenciaerősítés valósult meg a preventív szolgáltatások eljárásrend szerinti bevezetésével, kiegészítő szolgáltatások integrálásával. Megalakultak a praxisközösségek, és átalakult a kapcsolatrendszer az önkormányzatok, a járóbeteg szakellátás, az oktatási és szociális intézmények és a civil-, illetve betegszervezetek irányában. A szemléletváltás az új működést és szolgáltatásokat támogató informatikai fejlesztések terén is megnyilvánult. Az előadó paradigmaváltó lépésnek aposztrofálta az alapellátási törvény megalkotását. A fejlesztések tapasztalatai javarészt rendelkezésre állnak, de – mint megjegyezte – további hatáselemzés, HTA technikák alkalmazása szükséges. Kérdésként merül fel, hogy a célzott, preventív alapellátási szolgáltatások hogyan juttathatók el országosan a leghatékonyabb módon a helyi lakossághoz, és hogyan intézményesülhetnek a jó gyakorlatok. Hogyan – milyen utánkövetés alapján, milyen koordináció keretében – történik az értékes alapmodellek továbbfejlesztése? Lépést tudnak-e tartani az újító folyamatok a rendszerre nehezedő kihívásokkal? Sikerül-e minden célterületen összehangolt módon megvalósítani a paradigmaváltást? Mindennek megvalósítása érdekében országos szakmai-módszertani központ és területi szakmai hálózatrendszer kiépítésére lenne szükség. Nem kevésbé fontos a minőség és megbízottság garanciáinak szisztematikus kiépítése és menedzselése, valamint megalapozott monitoring minden projekt mögött.

EGÉSZSÉGES BUDAPEST PROGRAM

Dél-budai Centrum (DBC), avagy „Szuperkórház” a város szélén kompromisszumok nélkül, XXI. századi betegellátásra tervezve címmel tartotta meg előadását **Prof. Dr. Bedros J. Róbert** miniszterelnöki megbízott. Mint ismert, a kormány 2017-ben elfogadta az Egészséges Budapest Programot (EBP), melynek célja a budapesti egészségügy komplex megújítása. Fő elemként a három központi nagytérség centrumának kialakítása került fókuszba, és fontos szempont volt

a budapesti lakosok ellátása mellett a nagytérségekben lakók III. progresszivitású ellátása is. A Dél-budai Centrum helyszínének kijelölésekor arra törekedtek, hogy az ellátási terület középpontjában, a lakossághoz közel, közlekedési csomópont mellett helyezkedjen el, több irányból megközelíthető legyen. Így került kiválasztásra Dobogó az ellátási terület csomópontjában, ahol a kórház építésével párhuzamosan közúti fejlesztésekre is sor fog kerülni. Orvos-szakmai követelményként a hármas progresszivitási szintű sürgősségi ellátás, az EBP 6.2.1. szerinti elvárásoknak való megfelelés, egykapus 24 órás sürgősségi felvétel felnőttek és gyermekek számára, sokszakmáshoz gyógyító terület, nagy kapacitás, erős diagnosztikai háttér, az osztályok közötti fizikai közelség és a helyben biztosított szakmai konzíliumok kerültek meghatározásra. Az egyágyas betegszobák a kórházi fertőzések csökkentését, az elesések minimalizálását, a gyógyszerelési hibák és betegcserék elkerülését fogják szolgálni. Az előadó hangsúlyozta, hogy már a kivitelezéskor alkalmassá teszik a létesítményt az oktatási feladatok ellátására. A DBC megnyitását követően a Szent Imre Egyetemi Oktatókórház a műtét előtti és utáni gyógykezelések és a rehabilitáció színterévé válik, területén gyógyszálló és rehabilitációs központ kerül kialakításra. A Dél-budai Centrum olyan zöldmezős beruhásként fog megvalósulni, amelyhez hasonlóra nem volt példa az elmúlt száz évben Magyarországon – emelte ki az előadó. A centrumkórház – mely ún. magkórházként fog működni – 1,2 millió lakos sürgősségi ellátását fogja megoldani a régióban. A betegutak lerövidítésében fontos szerepe lesz a high-tech megoldásoknak, az integrált mentőállomásnak éppúgy, mint a digitalizált papírmentes adminisztrációnak is.

Az ellátórendszert érintő nagy horderejű fejlesztésekről szóló beszámolókat sorát **Dr. Cserhádi Péter**, az EMMI miniszteri biztosa folytatta, tájékoztatva az egybegyűlteket az EBP előkészítésének aktuális helyzetéről. Mint elmondta, masszív versenyfutás zajlik a közép-magyarországi térség és a vidék között. A 2007-2013 közötti ciklusban 440 milliárd forintot fordítottak az egészségügyi infrastruktúra fejlesztésére, ám ennek mindössze 12 százaléka érintette a közép-magyarországi régiót. A 2014-2017-es ciklusban hozzávetőleg 200 milliárd forint újabb forrásban részesült a vidék, legutóbb pedig a Szegedi Tudományegyetem kapott egy 8,96 milliárdos forráscsomagot. Ugyanakkor fókuszba kerültek az egyházi kórházak fejlesztései is, melyek kapcsán 26,8 milliárd forintról született tervezési és kivitelezési döntés. Számba véve az összes program forrásait, beleértve az EBP-hez kötődő kormánydöntéseket, a tavaly megindult orvostechnológiai közbeszerzéseket, a térségi szakrendelők fejlesztéseit, a VEKOP és egyéb kisebb forrásokat is összesen 188,5 milliárd forint mozog a közép-magyarországi térségben. Mindez komoly feladatrendszert jelent, amely magában foglalja többek között a KEHOP fejlesztések és a járóbeteg szakrendelők modernizálásának, valamint az orvostechnológiai és IT közbeszerzéseknek a megindítását. Legalább ennyire összetett feladatot jelent a 24 kórházi helyszín műszaki specifikációjának lezárása, a három centrum tervpályázatának kiírása, a SE XXI projekt tervezésének indítása, a Dél-budai Centrum

projekt folytatása, valamint a hosszú távú fenntarthatósági csomag összeállítása. Mindezen folyamat egyre nehezebben kezelhető, ezért mind markánsabban kirajzolódik egy versenyipiacához hasonló, operatív szervezetbe történő konverzáció igénye. A szerteágazó érdekeltségi rendszer nem nélkülözheti a szakmapolitikai interfész megalkotását sem. Dr. Cserhádi Péter vázolta a traumatológia területén várható volumenzugásokat is, megjelölve azokat az intézményeket, ahol telephely-összevonás történik. Még ennél is izgalmasabb kérdés véleménye szerint az érsebészeti ellátás, amelynek kapcsán alapelvként kristályosodik ki, hogy a három fővárosi centrum a katéteres és az operatív ellátás teljes spektrumát felölő, komprehenzív vaszkuláris központként működjen. Ezekhez kapcsolódóan szükség van azonban olyan társkórházakra is, amelyek a nagy tömegben jelentkező iszkémiás, diabetészes perifériás érbetegek érsebészeti ellátását elvégzik. A gyermekellátás terén is kirajzolódott már a Heim Pál Gyermekkórház fejlődési útja, a Bethesda Kórház tekintetében pedig már megszületett a kormánydöntés. Örövendetes, hogy végre fókuszba került a gyermekpszichiátria, melynek országos hálózata már kiépülőben van. Újdonság, és egyre markánsabban kerülünk szembe a puffer kérdésével, melynek vonatkozásában számos faktort kell figyelembe venni. 524 krónikus ágy szünetel Magyarországon, ebből 304 a közép-magyarországi térségben, túlnyomórészt Dél-Pesten. A rehabilitációs ellátásban a kapacitás-szabályozás jelenleg is gyerekcipőben jár – hívta fel a figyelmet az előadó. Tavaly 38 ágy távozott a KMR térségből Várpalotára, és lezajlott egy kapacitáscsere is három budapesti kórház között. A krónikus ágyak szabályozásának nehéz átláthatósága miatt a mozgások nehezen követhetők, és mindez nem könnyíti meg a tervezést – jegyezte meg a miniszteri biztos. Mindezt tetézi, hogy nagyobb aktív ágycsökkenés fog bekövetkezni az észak-pesti térségben, mivel a MAZSIHISZ Szeretetkórház 138 ágyal csökkenti a meglévő kapacitását, megnövelve ezzel a Honvédkórház terheit. A várhatóan romló észak-pesti helyzet megoldását a dél-pesti kapacitások egy részének Honvédkórházba való átcsoportosítása jelentheti.

Hogyan lépünk tovább a mozgásszervi és a kardiológiai rehabilitáció, a gyermekpszichiátria és az addiktológiai rehabilitáció területén? – tette fel a kérdést Dr. Cserhádi Péter. Mint elmondta, hónapok óta zajlanak az egyeztetések az összes szereplő bevonásával annak érdekében, hogy a homogén hozzáférés minden térségben biztosítható legyen. Nem kevésbé fontos kérdés a fővárosban igen kurrens naplali ellátások helyzete, ahogyan az is, hogy a választások után hogyan fog alakulni a szociális és egészségügyi kapacitások transzferje. Hangsúlyos és egyben bonyolult feladat a tervezés és a tervekírás. A 95/2017. kiemelt kormányrendeletet a bekerülő új helyszínek – egyházi kórházak, egyetemek – beemelésével kell pontosítani. Négy darab beépítési tervtanulmányt kell elkészíteni, három tervpályázatot indítani, továbbá 19 nyílt uniós tervpályázatot előkészíteni. A járóbeteg szakrendelők fejlesztésének szükségessége ma már nem kérdés, de ami igazán elgondolkodtató, az a járóbeteg szakellátás módszertani problémája. Ki látja el például a XII.

kerületi betegeket? Ez azért fontos kérdés, mert kormánydöntés született arról, hogy a Kútvölgyi Tömbbe kerülhessenek a főváros egyik legnagyobb kerületéből mindeddig hiányzó szakrendelők. Jelenleg – adott esetben a járványos időszakban is – a Kútvölgyi és a Szent János Kórház osztályaira járnak be a betegek járóbeteg vizsgálatra. A kerület járóbetegeinek majdnem felét a Szent János Kórház, 20 százalékát az egyetem, 30 százalékát pedig a másik kerületbe átköltöző Sportegészségügyi Intézet látja el. A Szent János – Kútvölgyi fejlesztés során hatféle tervezést kell összehangolni, a fekvő és járóbeteg ellátástól kezdve a nővérszállón és az energetikai fejlesztéseken át a közlekedés fejlesztéséig. Nem kicsi a tét, hiszen 18,86 milliárd forintnyi forrásról van szó – zárta előadását Dr. Cserhádi Péter.

Az Egyházi Kórházak Szövetsége nevében **Dr. Toldy-Schedel Emil**, a Szent Ferenc Kórház főigazgatója vázolta az egyházi egészségügyi ellátás hazai helyzetét. Az egyházi kórházak történetének rövid áttekintése során utalt arra, hogy Magyarországon a legkorábbi kórházrendszert a katolikus egyház alakította ki a török hódoltságot követően, majd a református egyház és más felekezetek is bekapcsolódtak az egészségügyi ellátásba. 1947-48-ban, illetve 1953-ban államosították az egyházak és a szerzetesrendek által üzemeltetett kórházakat, és felszámolták a szerzetesrendeket. Egyedüli egészségügyi szolgáltatást nyújtó intézményként a MAZSIHISZ Szeretetkórház maradt fenn, illetve a Szent Ferenc Kórházban papokat is elláthattak a vatikáni szerződéssel összhangban. Az egyházi kórházak a rendszerváltás után újjászerveződtek és gyors fejlődésnek indultak, ám később, amikor a nagymértékű ágyszám-leépítés és forráskivonás történt, a megmaradásukért kellett küzdeniük. Jelenleg 950-es ágyszámmal, 1300 alkalmazottal működik a négy legnagyobb egyházi kórház, lefedve a járó- és fekvőbeteg ellátás körülbelül 2 százalékát, koncentráltan a közép-magyarországi régióban. 2012-ben az egyházak közös konzultatív fórumot hoztak létre, amelynek eredményeképpen megszüntették a párhuzamos ellátásokat és fenntartótól független profilokba szervezték a betegellátást. Ma az egyházi kórházak országos központként működnek, vagyis az ország egész területéről fogadják a betegeket. A négy intézmény összesen 300 millió forint fenntartói támogatásban részesült 2016-ban, és a teljes egyházi kórházi finanszírozás 96,8 százalékát kapta meg, a kórházi költségvetésből hiányzó körülbelül 15 százaléknyi összeget a fenntartó egyházak fedezik. A négy kórház a közös gazdasági környezetből eredő együttműködés keretében közös beszerzési programokat indított. Az intézmények hangsúlyt fektetnek a spirituális háttér egységes megfogalmazására, a betegellátási fókuszpontok kialakítására, és erőfeszítéseket tesznek a forrásokhoz való hozzáférés esélyegyenlőségéért. A jelenlegi kihívások között az előadó a hiányzó terápiás területeket (neurológia, szülészet-nőgyógyászat, pszichiátria, geriátriai rehabilitáció), a hivatásos munkatársak (ápoló apácák) alacsony számát, a szociális területtel fennálló párhuzamosságokat és az újonnan becsatlakozó (evangélikus, görög és római katolikus) kórházakat jelölte meg. Mint elmondta, az egyházi kórházak részére megítélt 27

milliárd forintos állami forrásból kerülnek finanszírozásra a szülészeti és a geriátriai rehabilitációs fejlesztések, amelyeket a fenntartó egyházak körülbelül 12 milliárd forintos saját forrással egészítenek ki. A humán erőforrás probléma megoldása érdekében a történelmi egyházak közös szakdolgozó képzési programot készülnék indítani. Az egyházi kórházak tevékenységéről további részletek Dr. Reiter József „Egyházi struktúra és finanszírozás Magyarországon” című cikkében olvashatók az IME 2018/1. számában.

EBP KEREKASZTAL

Az Egészséges Budapest Programot taglaló előadásokat követő kerekasztalt moderáló **Zöldi Péter** (EBP média referens) azzal a kérdéssel indította a beszélgetést, hogy hol tartanánk ma az EBP nélkül. Dr. Cserhádi Péter azt a meglátását osztotta meg, miszerint – bár az EBP nem jelent megoldást az egészségügyi ágazat összes problémájára – vélhetően még komolyabb HR-válsággal nézne szembe a főváros. **Dr. Hankó Balázs**, az EMMI miniszteri biztosa szerint az EBP számtalan olyan kérdést hozott a felszínre, amelyek nem csak a közép-magyarországi régió, hanem az egész ország egészségügyi ellátását érintik. Ezáltal indulhattak el olyan szükségszerű fejlesztések, amelyek egyik első eleme a Semmelweis XXI. (SE XXI.) projekt, melynek tervezésekor az EBP-vel való kölcsönös szinergiák kihasználását helyezték fókuszba. **Prof. Dr. Szabó Attila** igazgató, elnökhelyettes (SE ÁOK I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika) kifejtette, hogy a Semmelweis Egyetem – amely az ország egészségügyi ellátásának 6 százalékát végzi – infrastruktúra szempontjából nincs jobb helyzetben, mint az egyéb fővárosi intézmények. Ahhoz, hogy az egyetem a magyar egészségügyi felsőoktatás legnagyobb centrumaként pozitív jövőképet nyújthasson a pályaválasztó fiataloknak, szükségszerűek a fejlesztések, mind a klinikai oktatás megerősítése, mind a kutatás-fejlesztés és az innováció terén. A gyermekgyógyászati ellátás terén várható három centrum létrehozása – többek között az a zöldmezős beruházás, amelyben az egyetem is részt vesz – óriási perspektívát jelentenek. **Dr. Mayer Ákos** járóbeteg szakellátási igazgató (ÁEEK) szerint az, hogy a járóbeteg szakellátás bekerült az EBP-be, és a kormányzat több mint 42 milliárd forintot allokált erre a területre, nem csak gazdasági szempontból, hanem az ellátás-szervezés oldaláról nézve is örömteli előrelépés. Ha ez a program nem indult volna el, akkor két és fél év múlva vélhetően sokkal nagyobb költséggel lehetne elindítani. **Dr. Velkey György** főigazgató (Bethesda Gyermekkorház), az IME Tanácsadó Testületének tagja szerint egységes, koncentrált, világos koncepció rajzolódt ki. Az egyházi kórházakról szólva elmondta, hogy vissza tudtak fordulni a lejtmenetből, aminek az a jelentősége a magyar egészségügy szempontjából, hogy az egyházak jelentős erőforrásokat tudnak mobilizálni az egészségügyi ellátás irányában. A Dr. Szabó Attila professzor által elmondottakhoz kapcsolódva hozzátette: míg egy évtizeddel ezelőtt négy gyermekkorház, két klinika és 15 különböző intézményben működő osztály végezte meglehetősen random módon

a gyermekellátást Budapesten, addig az egységes rendező elvre épülő jelenlegi tervek szerint a három nagy centrumban az ellátás teljes vertikuma elérhető lesz.

Dr. Pásztélyi Zsolt, az IME felelős szerkesztője azt kérdezte a panel résztvevőitől, hogy mit tartanak az EBP szempontjából a legnagyobb szakmai kihívásnak a saját területükön. Dr. Velkey György kórházigazgatóként az intézményében végrehajtandó 6,3 milliárd forintos beruházást, és annak a rendszerbe történő integrálódását jelölte meg kihívásként. Megemlítette továbbá a sürgősségi betegellátás szempontjából igen fontos együttműködést, harmonizációt a Bethesda és a Honvédkórház között, valamint az egyházi kórházak speciális, szociális és emberi attitűdrendszerének a megjelenítését. Dr. Mayer Ákos a járóbeteg szakellátásban a már megindított fejlesztések sikeres megvalósítását jelölte meg elérendő célként. Kifejezte abbéli reményét is, hogy az egyeztetések során a járóbeteg szakellátás megtalálja méltó helyét az ellátási szintek között. Prof. Dr. Szabó Attila kívánatosnak tartotta, hogy a most kiépülő rendszerben az egyetem is megtalálja a maga helyét oly módon, hogy mindeközben emelkedjen az egészségügyi szakemberek képzésének színvonala. A másik nagy kihívás a koordináció: az EBP és a SE XXI. program kapcsán a meglévő infrastruktúra megújítását úgy kell végrehajtani, hogy a betegellátás, az oktatás és a kutatás minősége ne romoljon. Az EMMI Oktatásért Felelős Államtitkárság részéről Dr. Hankó Balázs abbéli reményét fejezte ki, hogy a fejlesztések révén a klinikai gyakorlati oktatás színvonala elérheti az elméleti oktatását. Mindemellett a SE XXI. programnak a kutatás-fejlesztés motorjaként is hatnia kell. Dr. Cserhádi Péter a legizgalmasabb kérdésnek azt tartotta, hogy a megindított folyamat hogyan fog a megvalósítás fázisába fordulni, és hogyan tudják érvényesíteni a szakmapolitikai megfontolásokat a több százmilliárd forintos projektben, egyszerre 50-60 helyszínen. Kérdés továbbá mindenek a fenntarthatósága is a humán erőforrás, a pénzügyi és a műszaki-energetikai háttér tekintetében. Zöldi Péter felvetette, hogy 2023-ra megfelelő menedzsmentet kell felállítani az újonnan megnyíló, illetve felújított intézményekben. Dr. Hankó Balázs szerint a SE Egészségügyi Közszolgálati Kar – amelynek fejlesztését magában foglalja a SE XXI. projekt – feladata, hogy megteremtse az egészségügyi menedzserképzés optimális körülményeit. Dr. Velkey György a humán erőforrás problematikán belül az ápolókérdés megoldását szorgalmazta. Dr. Cserhádi Péter kiemelte, hogy az EBP legnagyobb kihívását a három centrum jelenti, melyek közül a legizgalmasabb a négy országos intézetet divízióként magában foglaló Dél-pesti Centrum helyzete. Mi a legfontosabb üzenet a politikai döntéshozók számára? – tette fel a kérdést. Véleménye szerint az összefogás, ugyanis, ha az megtörténik, annak biztosan meglesz az eredménye. Prof. Dr. Szabó Attila a legjelentősebb előrelépésnek minősítette, hogy három olyan kórházi központ fog létrejönni, amely lefedi a gyermekgyógyászati ellátás teljes spektrumát. Úgy vélte, hogy ennél fontosabb üzenetet nem is lehet megfogalmazni 2018-ban, a Családok Évében. Méltatta a szülészeti, koraszülött- és újszülött-ellátást és

gyermekgyógyászatot ötvöző új ellátási modell létrejöttét, amelyben a családok szerepe hangsúlyosan jelenik meg. Örvendetes, hogy Magyarországon – ezen belül elsősorban a főváros budai oldalán – növekedésnek indult a fertilizációs ráta, ami még inkább alátámasztja az ilyen típusú intézmények iránti igényt, hiszen míg a pesti oldalon 1069 ágyon, addig Budán mindössze 115 ágyon zajlik gyermekgyógyászati ellátás. A magyar egészségügy egyik legnagyobb eredménye a csecsemőhalandósági ráta csökkenése, amellyel felzárkóztunk Európa elitjéhez. Dr. Mayer Ákos mindehhez hozzátette, hogy a pesti és a budai oldal gyermekellátásának területi egyenlőtlenségét nagymértékben fogja javítani a Dél-budai Centrumon kívül az újonnan létrejövő Újbudai Gyermekgyógyászati Központ is, amelynek engedélyeztetése és a NEAK általi kapacitásbefogadása már megtörtént. Velkey György abban bíz, hogy a kórházirányítási rendszerben egyfajta decentralizáció fog végbemenni, és a nyolc egészségügyi térség önálló működtetéséhez az eddigieknél sokkal nagyobb autonómia fog társulni.

ELLÁTÁSSZERVEZÉS

A konferencia délelőttjén lezajlott kerekasztal beszélgetés során több ízben érintett Semmelweis XXI. Fejlesztési Projekt (SE XXI.) részleteibe nyújtott betekintést a konferencia második blokkjának első előadója, **Dr. Hankó Balázs** miniszteri biztos. Fokozatváltás a felsőoktatásban – így aposztrofálta a SE XXI. programot, amely számos ponton kapcsolódik a Semmelweis Tervhez, ahogy az Egészséges Budapest Programhoz (EBP) és az Irinyi tervhez is. A program missziója az, hogy olyan fejlesztést tudjon az orvos- és egészségügy szolgálatába állítani, amely segíti a HR helyzet megoldását, egyben a kutatás, fejlesztés és innováció mai igényeinek történő megfelelést is. A 2017. december 12-én megjelent 1945/2017. kormányhatározat az építészeti, kivitelezési tervezési folyamatokhoz összesen négy milliárd forintos forrást biztosított. A tervezett fejlesztéseknek köszönhetően az elkövetkező közel tíz évben a Semmelweis Egyetem Közép-Európa vezető orvostudományi egyetemévé válhat. A SE XXI. projekt az elméleti és kutatási, orvos- és egészségügyi, illetve gyógyszerészeti fejlesztések mellett az egyetem klinikai betegellátásának megújítását is magában foglalja. Ezzel a budapesti, közép-magyarországi és számos esetben a teljes országot lefedő betegellátási körülmények lényeges javulása valósulhat meg. Mindemellett az orvos-, fogorvos-, gyógyszerész- és egészségügyi szakemberképzés feltételei is javulni fognak. **Prof. Dr. Szabó Attila** igazgató (SE ÁOK I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika) hozzátette: mindennek a külföldi diákok vonatkozásában népgazdasági jelentősége is van, hiszen 4-500 hallgató tér vissza évente a hazájába, „nagykövetként” kelve jó hírét a magyar egészségügyi felsőoktatásnak.

Király Gyula e-Health szakértő, az IME Szerkesztőbizottságának tagja – rovatvezető – a betegútmenedzseléssel kapcsolatos meglátásait osztotta meg a hallgatósággal. Előadása bevezetőjében megjegyezte: a konferencia első

blokkja arról szólt, hogy milyen változások várhatóak a fővárosi intézményrendszerben, de a nagy kérdés az, hogy mindez hogyan, milyen hatékonysággal tudják majd kihasználni a budapesti lakosok. A betegútmenedzselés már a 2010-2014-es ciklus egészségügyi ágazati stratégiájának egyik pilléréként szerepelt. Az „Egészséges Magyarország 2014-2020” cselekvési terv pedig konkrétan definiálja, hogy fejleszteni, támogatni kell a térségi menedzselési kapacitások és kompetenciák pontosságát a térségi szintű egészségügyi szervezés, várólista menedzselés és beutalási rend jogszabályi kereteinek kialakításával. A terv arra is kitér, hogy informatikai fejlesztések révén támogatni kell az egészségügyi rendszer áteresztő képességének, a megelőzés, ellátás, gyógyítás hatékonyságának javítását. Ha azonban konkrét akciókra akarjuk lebontani ezeket a stratégiákat, akkor azzal a kérdéssel szembesülünk, hogy miként fogjunk hozzá. Ki lehet betegútmenedzser? Az előadó nem talált olyan hazai jogszabályt, amely meghatározná, hogy ki jogosult a beteg adatainak megtekintésére. Ezért véleménye szerint gyorsan meg kellene tenni azokat a jogi lépéseket, amelyek tisztáznák ezt a kérdést. Az országos betegútmenedzselés egyes komponenseit áttekintve megállapította, hogy azok külön-külön alkalmasak a betegút menedzselésére, együtt azonban nem feltétlenül. A térségi betegútmenedzselés feladata, hogy kidolgozza, megszervezza és ellenőrizzé a betegutakat. Az intézményen belüli betegút menedzselés ennél sokkal egyszerűbb – tette hozzá Király Gyula –, hiszen beteg-tájékoztató és információs rendszerek majdnem minden intézményben megtalálhatók és viszonylag könnyen megvalósíthatók. Adottak a betegirányítás komponensei – előjegyzési rendszer, területi ellátási kötelezettség figyelése, TVK betartása stb. – is. A betegek önmenedzselésével kapcsolatban szomorú statisztikát ismertetett az előadó. Egy 2012-ben végzett felmérés szerint a betegek 31 százaléka ismerős orvost keresne fel egészségügyi panaszával, 20 százaléka külföldön venne igénybe gyógykezelést, 20 százaléka magyar egészségügyi szolgáltatóhoz, 17 százaléka kiválasztott állami intézményhez, és mindössze 12 százaléka fordulna a területi ellátási kötelezettség szerint illetékes szolgáltatóhoz. Ennek tükrében nagyon mélyről indulunk el azon az úton, amely remélhetőleg ahhoz vezet majd, hogy a betegek elhiggyék, hogy őket menedzselik. Ebben komoly szerep jut az oktatásnak és a médiának. Fontos kérdés, az is, hogy miként lehet beilleszteni a betegútmenedzselés algoritmusát az Egészségügyi Elektronikus Szolgáltatási Térbe. Hogyan lehet bevonni a mobil alkalmazásokat a betegút menedzselésbe? Léteznek már jó megoldások, amelyek egyik példája az ún. OnkoLogistic WEB alapú betegút menedzselő rendszer. A folyamat alapú medikai megoldástól – időmenedzseléstől – azt várhatjuk, hogy nagyobb esély nyílik a műtéti terápiára, csökken az áttétek kialakulásának valószínűsége, olcsóbbá és kevésbé drasztikussá válik a kezelés, hatékonyabbá válik a terápia, és a betegek elégedettebbek lesznek. Mindennek köszönhetően társadalmi szinten csökkenhet a halálozási arány, javulhat az életminőség, csökkennek a költségek, a lakosság bizalma pedig erősödni fog az ellátórendszerrel szemben.

Boromisza Piroksa