

## XV. IME Regionális Egészségügyi Konferencia

**Az IME Interdiszciplináris Magyar Egészségügy – Az egészségügyi vezetők szaklapja 2020. február 20-án, Prof. Dr. Horváth Ildikó egészségügyért felelős államtitkár (EMMI) fővédnökségével tartotta tizenötödik Regionális Egészségügyi Konferenciáját. A tanácskozás kiemelten foglalkozott a napjainkat meghatározó egészségügyi fejlesztésekkel és népegészségügyi programokkal.**

Az egybegyűlteket **Prof. Dr. Kozmann György** főszerkesztő köszöntötte, aki a szerkesztőség nevében megemlékezett a 2020. január 22-én elhunyt Tamás Éva lapigazgatóról, az IME Interdiszciplináris Magyar Egészségügy – Az egészségügyi vezetők szaklapja alapítójáról. Munkásságát ismertette rámutatott, hogy az elmúlt két évtizedben Tamás Éva irányításával kétszáz lapszám jelent meg, tízezer oldalt kitevő, több mint 1500 szerző tollából származó igényes tartalommal. Mint elmondta, Tamás Éva szívügyének tekintette az általános egészségpolitikai kérdésektől a klinikai orvosi információkig terjedő széleskörű ismeretek, az interdiszciplináris tudás közvetítését. Ennek szellemében szervezte a magas színvonalú szakmai fórumot biztosító IME konferenciákat, melyek száma idén eléri a 110-et. A média sajátos eszközeivel kívánta javítani az egészségügyi ellátás minőségét, segíteni az orvosok és a szakdolgozók mindennapi munkáját. Létrehozta a [www.imeonline.hu](http://www.imeonline.hu) portált és annak cikkarchívumát, amely az ágazati publikációk legaktuálisabb adatbázisává vált. **Dr. Pásztélyi Zsolt** felelős szerkesztő kiemelte, hogy a Regionális Egészségügyi Konferencia – melynek előkészítésében Tamás Éva még aktívan részt vett – tematikáját tekintve szorosan illeszkedik a tavalyi év utolsó két (Szolgáltatás-menedzsment – Outsourcing, valamint Vezetői eszköztár – Kontrolling és a Regionális Egészségügyi) IME Konferenciájához. A megnyitó záró aktusaként a konferencia résztvevői egyperces néma felállással adóztak Tamás Éva emlékének.

### EGÉSZSÉGPOLITIKAI AKTUALITÁSOK

**Szigeti Szabolcs** egészségügyi finanszírozásért és rendszerfejlesztésért felelős helyettes államtitkár az EMMI és a maga nevében kifejezte részvétét, valamint az Egészségügyi Államtitkárság szakmai együttműködési szándékát az IME tudományos folyóirat és konferenciasorozat színvonalas folytatását illetően. Mielőtt rátért volna előadása témájára, kiemelte, hogy 2018 decemberétől az Egészségügyi Államtitkárság új szervezeti struktúrában folytatja működését. Az ellá-



tórendszer átalakulásával kapcsolatban leszögezte, hogy a struktúraváltás már évekkel ezelőtt megkezdődött az egészségügyben. Az 1990-es években a hatékonyság elve vezérelte a struktúraváltást, melynek fókuszában a privatizáció és a decentralizáció állt. Az elmúlt évtizedben a súlypont áthelyeződött a kórházi adósságállományra és a humánerőforrás-helyzetre, így a struktúraváltásban a fenntarthatóság elve került előtérbe. Öröndetes módon az elmúlt évben a hatékonyság és a fenntarthatóság elve kiegészült a beteg- és emberközpontú egészségügyi ellátás gondolatával – e három vezérelv egyszerre van jelen a struktúraváltásról szóló gondolkodásban. Az adósságállományról szólva Szigeti Szabolcs elmondta: annak hátterében, hogy évről évre tetemes adósság halmozódik fel a kórházi gazdálkodásban, többféle ok húzódik meg, többek között az ellátórendszer kórházközpontúsága és egyes kórházi telephelyek fragmentáltsága. Az emberközpontúság kapcsán hangsúlyozta, hogy az egészségügy minden dimenziójában kettősség van jelen, aminek a negatív oldala kerül gyakrabban a látóterünkbe. Az Eurostat 2020-ban közzétett jelentése szerint hazánkban az önbevalláson keresztül jelentett ellátatlan szükségletek mértéke kifejezetten alacsony más országokkal összevetve, és az utóbbi két évben tovább csökkent. A betegelégedettség vonatkozásában Szigeti Szabolcs az ELEF2014-es jelentést idézte, amely szerint a magyar lakosság a házi orvosok szolgáltatásaival van a legnagyobb mértékben megelégedve, és a kórházi szolgáltatásokkal a legkevésbé. Hozzátette: a páciensek szubjektív szemszögéből tekintve kórházi viszonylatban óhatatlanul összemosisódik a környezet és a szakmai ellátás. Érdekes módon azok a lakosok, akik jellemzően kevésbé veszik igénybe az egészségügyi ellátást (a 30-45 éves korosztály tagjai) sokkal elégedetlenebbek, mint azok, akik részesülnek benne. Mindazonáltal a szakmapolitika számára egyértelmű, hogy az emberközpontúság szempontjából a kórházi ellátás a struktúraváltás egyik nagyon fontos beavatkozási pontja. Hatalmas volumenben zajlottak infrastrukturális beruházások a vidéki kórházakban, részben uniós, részben állami finanszírozással. A hatékonysággal kapcsolatban szintén kétarcúság figyelhető meg. Több tanulmány kimutatta, hogy a magyar ellátórendszer viszonylag alacsony GDP-ráfordítás mellett kézzelfogható egészségnyereséget ért el. Az allokációs hatékonyságot tekintve viszont komoly gond van a rendszerben – mutatott rá az előadó, amit a COPD-ben, illetve szívelégtelenségben szenvedő betegek hosszú kórházi tartózkodásának 2019-es OECD adataival támasztott alá. Kifejtette: a legfontosabb probléma, hogy az elmúlt 25 évben a finanszírozási ösztönzőknek olyan kombinációját alakították ki a különböző ellátási szinteken, amelyek összehatása a kórházi ellátás irányába vezetett. Az aktív ágyakat illetően különböző beavatkozások mentek végbe egyes kormányzati ciklusokban, ami az ágyszám csökkenését eredményezte. Ezek a beavato-

zások azonban nem egy adaptív folyamatba beágyazott módon történtek, hanem sokszor lökészerűen érték az ellátórendszert. A jelenlegi struktúraváltás már egyértelműen a járóbeteg-szakellátást helyezi fókuszba, ehhez kell illeszteni a finanszírozási ösztönzőket. A struktúraváltás legfontosabb pillérei: a szakmaspecifikus konfigurációk, az ellátási szintek közötti illeszkedés és együttműködés javítása, az intézményi integráció és a szakmák közötti, szükségletekhez igazított kapacitás-átcsoportosítás. Az elmúlt években szakmai programtervek láttak napvilágot a kardiológia, onkológia, mozgásszervi betegségek, gyermekgyógyászat és pszichiátria területén, kiegészítő programok születtek a tüdőgyógyászat és a diabétesz területén, megkezdődött a traumatológia és az érsebészet átalakítása. Hogyan fordítsuk meg a kórházközpontú ellátást? – e kérdésre válaszolva Szigeti Szabolcs kiemelte a járóbeteg- és alapellátás közötti együttműködés megerősítését, a rehabilitáció és a krónikus ápolási kapacitások növelését, valamint a fekvő- és a járóbeteg-ellátás együttműködését. Mindennek megvalósításához az irányítási rendszer megerősítésére van szükség az ÁEEK Térségi Regionális Igazgatóságainak kapacitásbővítése, adósságmenedzsment és struktúraváltás révén. Ehhez hozzátartozik a betegutak optimalizálása és az ellátásszervezés, valamint az országos intézetek bevonása a minőségi felügyeletbe. A politikai és szakmai kormányzás szoros együttműködésére van szükség az adaptív és folyamatba ágyazott struktúraátalakítás megvalósításához, középtávú stratégiához kötődő akciótervek alapján. Fókuszba került a járó- és fekvőbeteg-ellátás együttműködését erősítő ún. kötegelte finanszírozás, amelyet pilot szinten bevezettek a TBC-ellátás területén. A járó- és fekvőbeteg-ellátás közötti összevont esetfinanszírozás és a betegek szoros követése eredményeképpen felére csökkent ezen a területen a kórházi kezelések száma. Az alapellátás megerősítése kapcsán az előadó megemlítette a „Három generációval az egészségért” programot, melynek keretében 5,8 milliárd forintot osztott szét az EMMI az ÁEEK bevonásával, és 64 konzorcium kezdhette meg a területi munkát. A családbarát kormányzati intézkedések keretében a kormányzat 6,4 milliárd forintot juttatott 44 kórháznak a családbarát szülészetek kialakítására, infrastrukturális átalakításokra és fejlesztésekre.

**Kiss Zsolt** főigazgató (Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő, NEAK) előadása bevezetőjében kifejezte, hogy a Tamás Éva által örökölt hagyott szellemiséget tovább ápolva a NEAK a jövőben is aktívan részt kíván venni az IME konferenciákon. A beteg- és emberközpontúság jegyében azt a kérdést helyezte előadása fókuszába, hogy miként érhető el a betegek várakozási idejének csökkentése. Bemutatta az utóbbi időszak nominális adatait, amelyek jól érzékeltek a járóbeteg kasszára elköltött források 2019-ben történt növekedését. Mint mondta, 2019-ben 9 milliárd forintnyi átcsoportosítás történt az aktív fekvőbeteg kasszából a járóbeteg kasszába. Aláhúzta, hogy a TVK jelenlegi rendszere módosításra szorul, amit a tavalyi év végén megjelent kormánycsomag feladatként definiált. Azonban arra is figyelmeztetett, hogy a TVK átcsoportosítása



önmagában nem fog javítani a helyzeten, ezért mindenképpen célzott beavatkozásra van szükség. Rámutatott: a célzott indikátorok eredményessége közvetlenül visszaköszön a rendszerben, amit jól példáz, hogy a háziorvosi indikátorrendszer 2011-es bevezetése hatására a diabéteszes betegek egészségi állapota nagymértékben javult. Ez is indokolja a háziorvosi indikátorrendszer bővülő alkalmazásának szükségességét. Kiss Zsolt áttekintette a járóbeteg-szakellátásban szakmánként végzett beavatkozások számának alakulását. Ebből kiderült, hogy a labor, CT, MRI, SBO, pszichiátria elszámolt pontszámai jelentősen növekedtek a szülészeti-nőgyógyászat, sebészet, ortopédia és traumatológia pozíciócsökkenésével szemben. A NEAK főigazgatója szerint végig kell gondolni a megoldást biztosító beavatkozási pontokat, amelyek lehetséges útja a járóbeteg-szakellátás forráshiányának rendezése, a TVK fekvőbeteg-ellátásból járóbeteg-szakellátásba való konvertálása, a díjak felülvizsgálata, valamint a sorrendiséget támogató informatikai megoldás kidolgozása. Elindult a járóbeteg-szakellátást érintő, átfogó díjparaméter-karbantartás folyamata, és a remények szerint az év végéig konkrét eredmények születnek. Kiss Zsolt főigazgató tételesen felsorolta a jelenlegi betegfogadási lista neuralgikus pontjait. Véleménye szerint a lista nem pontos, nem hiteles, nem transzparens, nem ad támpontot az egészségpolitikai beavatkozásokhoz és a biztosítói kontrollhoz. Valós idejű követésre lenne szükség, a betegfogadás típusát az ellátás igénybevételenek módja szerint kellene megkülönböztetni. A beutaló kiadásával egyidejűleg a fogadó szolgáltatónál történő időpontfoglalást informatikai úton kell biztosítani. A személyes egyeztetést egyre nagyobb arányban az elektronikus időpontfoglalásnak kell felváltania. Összegezve az elmondottakat, Kiss Zsolt kiemelte, hogy folyamatban van a struktúra felülvizsgálata, a forrásigények újratervezése, és figyelembe kell venni azt is, hogy az új innovatív ellátási formák jelenleg még nem szerepelnek kellő súllyal a tervezésben. A készülő betegfogadási rendszer ez év második félévében fog elindulni, fokozatos bevezetéssel. A reményeik szerint eljutunk oda, hogy külön-külön kezelve az előjegyzéstípusokat, betegségi típusokat és szakmákat, részletes visszacsatolásokat fog nyújtani a rendszer, éves szinten akár 60 millió eseményről is. „Jó minták vannak, a cél egyértelmű, elkerülhetetlen, hogy ebben az irányban mozduljunk el, és ha ez megvalósul, célzott beavatkozásokra is sor kerülhet” – zárta előadását Kiss Zsolt főigazgató.

Béremelés, vagy hálapénztől mentes, betegbiztonságot garantáló egészségügy? – e kérdést járta körbe előadásában **Dr. Kincses Gyula** elnök (Magyar Orvosi Kamara). Rámutatott, hogy a bérkérdés fontos, de önmagában nem oldja meg az orvosi lét és az egészségügy általános problémáit. A kamara más szemléletet képvisel, úgy gondolja, hogy az egészségügy folyamatosan változik, nincs visszatérési pont. A kamara felfogása szerint az egészségügy legfontosabb tulajdonsága az adaptivitás és a teammunka, a kamarának a változás képességét kell elősegíteni. Elkerülhetetlen a szerkezetváltás, aminek fontos feltétele a kompetenciaátrendezés. Ki kell tágítani a gyó-



gyítási teret egészen a betegig, akinek a team együttműködő, felelős tagjaként kell közreműködnie. A kamara mátrix jellegű működést képzel el, amelynek fizikai alapja a horizontális infrastruktúra és az arra épülő vertikális szakmai szerveződés. Dr. Kincses Gyula leszögezte: a kamara vissza kívánja szerezni a rangját, és a szakmapolitika megkerülhetetlen szereplőjévé kíván válni. Mint fogalmazott: „Ne elszüvedői, hanem motorja, irányítói legyünk a változásoknak!” A MOK ambíciózus béremelési javaslatának célja, hogy egy munkahelyről, a legális munkaidőkereten belül, hálapénz nélkül tudja minden orvos megkeresni a tisztas megélhetéshez szükséges jövedelmet. A megoldást sűrű okok között Dr. Kincses Gyula megemlítette a külső és belső migrációt, a hálapénz fennmaradását annak minden társadalmi terhével, a többes jogviszonyokat, a köz- és magán-szféra káros összefonódását, az önkiszákmányolás egészségkárosító és megbízhatóságát kockázató hatását, a szakma társadalmi presztízsének leértékelődését, az erős „középhasz” hiányát a képzésben, oktatásban és vezető utánpótlásban, valamint a szakma „hitehagyottságával” járó alacsony reform compliance-t. A MOK véleménye szerint a széthúzott, többlepcsős béremelés nem hozza el a várt társadalmi hatásokat, ehelyett egyszeri nagylépcsős, jól kommunikált emelésre van szükség. A hálapénzről szólva a kamaraelnök kifejtette: nem igaz, hogy a paraszolvencia Magyarországon genetikailag kódolt, kulturálisan rögzült és kiirthatatlan. Hiszen ugyanaz a magyar beteg ugyanannak a magyar orvosnak nem ad hálapénzt a magánellátás keretei között. A paraszolvencia felszámolása az orvosok oldalán jelentkező okok (bérkérdés rendezése, a belső hierarchia oldása), illetve a betegek oldaláról jelentkező nyomás (a megfelelő hozzáférés biztosítása, a várólisták csökkentése, a tisztázott, átlátható betegutak, a minőségbiztosítás és transzparencia révén) csökkentésével valósítható meg. Dr. Kincses Gyula leszögezte: „Ki kell mondani, hogy nincs legális hálapénz, viszont tisztességes egészségügy van!”

## INTÉZMÉNYI FEJLESZTÉSEK ÉS ELLÁTÁSSZERVEZÉS

Az intézményfejlesztésről és ellátásszervezésről szóló blokk moderátora, **Dr. Horváth Lajos**, az IME Szerkesztőbizottságának tagja felvezetőjében kifejtette, hogy a Tamás Éva által megteremtett kommunikációs platform igen komoly támogatást jelentett az egészségügyi informatika szakma számára. Az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér



(EESZT) fejlesztéseiről szóló beszámoló-jában **Szabó Bálint** főosztályvezető (ÁEEK) rámutatott, hogy az EESZT központi rendszere már képes a dokumentumok kezelésére, vagyis bármilyen típusú dokumentum befogadására és visszaadására. Ezzel kapcsolatban egyetlen feladat maradt: az egészségügyi ellátórendszerben használt dokumentumok minél nagyobb számban történő strukturálása. Szabó Bálint elmondta:

vállalásuk szerint tíz olyan struktúrát fognak elkészíteni, amelyeket rövidesen rendszerbe állítanak. Az első strukturált dokumentum a szakorvosi javaslat lesz, amelynek specifikációján már dolgoznak a fejlesztő partnerek. A második fontos fejlesztés az öt évre visszamenőleges adatbetöltés, amely az EESZT költöztetése miatt maradt eddig el. Az EESZT ugyanis jelenleg a kormányzati felhőben foglal helyet, ahonnan a kormányzati adatközpontba kell áthelyezni – ez egy élő, működő rendszer esetében nem egyszerű feladat. A harmadik nagy fejlesztés az EESZT lakossági mobil token alkalmazás, valamint a receptek, beutalók és orvosi dokumentumok telefonos applikáción keresztüli elérhetővé tétele. Mindezen funkciók beépítését – mind az intézményi, mind a lakossági kiszolgálásra vonatkozóan – az ÁEEK alkalmazásfejlesztő partnerei fogják elvégezni. Idén fog megkezdődni az elkészült alkalmazások élesítése, amivel befejeződik az EESZT 2-es verziójának fejlesztése. Majd megkezdődik a 3-as verzió tervezése, annak érdekében, hogy az új alkalmazások valódi döntéstámogató rendszerként tudják segíteni az orvosi munkát. Mindehhez az információs technológiákon túlmenően komoly irányítási mechanizmusra is szükség van. Ezért 2018-ban megalakult az EMMI ún. E-Health munkacsoportja az összes érintett szereplő – az ÁEEK, NNK, NEAK, OGYÉI, OMSZ és OVSZ, mint háttérintézmények, az EMMI szakfőosztályai és az érdekképviselők – részvételével. Az EESZT 3-as verzió tervezésének vezérelve – fogalmazott Szabó Bálint –, hogy az EESZT egy informatikai „idegrendszer” valódi központjává váljon. Arról is tájékoztatott, hogy 2020-tól a Magyarországi E-Health Irányítási Modell a Nemzeti Egészségügyi Informatikai Egyeztetési Fórum – miniszteri felügyelő bizottság – vezényletével működik. Ez a szervezet képes arra, hogy a követelményrendszer kidolgozása során összehangolja az igényeket. A projektkoordináció során szem előtt kell tartani, hogy a projektek nem húzódnak el – hangsúlyozta Szabó Bálint. A szervezet működtetéséhez szükség van egy mindenki által ismert viszonyítási pontra is. Ez a 2019-es év végén formába öntött ún. Magyarországi E-Health Stratégia, amelynek első, szűk körű véleményeztetése már megtörtént. A közeljövő egyik első feladata lesz a stratégia publikálása. „Azt várjuk ettől a dokumentumtól, hogy minden új fejlesztésről tudható legyen, mely pontját támogatja a stratégiának” – mondta Szabó Bálint. A 2019-es Gartner elemzésre hivatkozva rámutatott, hogy a környező országok e-health helyzetéhez képest hazánk kifejezetten jó pozíciót foglal el. Hat pillérré építkezve történnek a fejlesztések, amelyek a következők: emberközpontú e-health, szabályozott folyamatok, ellátórendszer informatikai egységesítése, ellátási folyamatok digitalizálása, igazgatási tevékenységek támogatása és az e-health intézményrendszer megteremtése.

**Leitner György** vezérigazgató (Affidea Magyarország) előadásában a magán és az állami egészségügy együttműködésének lehetőségeit vette számba, valamint a Magánegészségügyi Szolgáltatók Egyesülete (PRIMUS) képviselőjében ismertette a szervezet célkitűzéseit. Miről álmodnak a magyarok? – tette fel a



kérdést „A magyar álom” elnevezésű, 2017-ben végzett kutatásra (Policy Solutions, Friedrich-Ebert-Stiftung) hivatkozva, amelyből kiderült, hogy a megkérdezettek 57 százaléka egészséges életet kíván magának. A közelmúlt magánegészségügyet érintő mérőkövetési közlő kiemelte, hogy a 2018-as költői Polgári Pikniken, sőt már azt megelőzően is felmerült a magán- és közfinanszírozott ellátás különválasztásának gondolata. Hozzáfűzte: amennyiben arról van szó, hogy ne vigyük be a magánbetegeket az állami kórházba, használva annak közfinanszírozott infrastruktúráját, akkor ez az elképzelés támogatandó. Mérőkövetésnek minősítette a Magyar Nemzeti Bank 2019-ben megjelent Versenyképességi programját is, amelynek 30 pontja foglalkozott az egészségügygel. Megjegyezte: ezzel párhuzamosan tette közzé 5 pontját a Pénzügyminisztérium, amely azonban nem tett említést a magánegészségügyről. A tavalyi év végén született kormányhatározat a meddősegi klinikák államosításáról, amivel kapcsolatban Leitner György feltette a szolgáltatókban felmerülő kérdést: vajon ez trend lesz-e? A kórházi adósságkezeléssel kapcsolatban úgy vélte, örvendetes, hogy a kisebb beszállítók a pénzükhöz jutottak. Biztosan van túlárzás, de a szektor és a nagy beszállítók java része – köztük az Affidea vállalat is – szabott állami áron közbeszerzett szolgáltatást nyújt. „Nem minden az, aminek lát-szik” – hívta fel a figyelmet, utalva arra, hogy a Magyarországon működő 10-15 ezer szolgáltató a minőséget illetően igen heterogén képet nyújt, dominálnak a két-háromszakmások lakásrendelők (80 százalék) és a legnagyobb magánegészségügyi szolgáltatók a 300-350 milliárd forintos szektor mindössze 20 százalékát teszik ki. A Primus Egyesület örömmel üdvözlö az EESZT kiterjesztését a magánszolgáltatókra, mert ez egyfajta transzparenciát jelent a teljes szolgáltatói palettára nézve. Három éve a lakosság 53 százaléka, míg tavaly már 60 százaléka vett igénybe magánegészségügyi szolgáltatást, a nőgyógyászati és fogászati szakmák dominanciájával – állapította meg Leitner György. Rátérve a Primus Egyesület céljaira, kifejtette, a szervezet szorgalmazza, hogy olyan támogató környezetet jöjjön létre, amely elősegíti a magánegészségügyi szektor fejlődését, és szűnjön meg a torz versenyhelyzet, vagyis a szektor kisebb szereplői is tisztán működjenek. A Primus Egyesület arra törekszik, hogy felhívja a páciensek figyelmét az extra garanciát jelentő minősítésre, és hogy a gyógyulni vágyók könnyebben találják meg a minősített szolgáltatókat. Az egyesület tanúsítási folyamatot hozott létre, és egy olyan védjegyet, amellyel már nyolc nagy egészségügyi szolgáltató rendelkezik. A primusminoseg.hu betegirányító honlap ezekhez a minősített szolgáltatókhoz tereli a pácienseket. A szervezet álláspontja szerint elsőként ki kell alakítani az állami és a magánegészségügyi ellátás szabályozott együttműködésének kereteit. Létre kell hozni az egészségügy új finanszírozási modelljét, amely az egymást kiegészítő közösségi- és magánfinanszírozásra épül, és meg kell teremteni a vállalatok érdekelttségét az egészségügy finanszírozásában. Végezetül Leitner György leszögezte: igenis definiálható a magán és állami egészségügy helye, a két rendszer jól tudja egymást támogatni, de biztosan nincs elegendő erőforrás Magyarországon két külön egészségügy létrehozására.

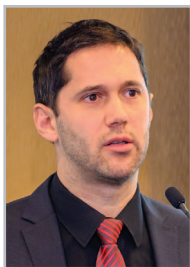
**Dr. Szakács László PhD** adjunktus, osztályvezető főorvos (Szegei Tudományegyetem Fül-orr-gégészeti és Fejnyaksebészeti Klinika) azt vizsgálta előadásában, hogy a telemedicina terén végbement fejlesztések milyen hatást gyakorolnak a regionális fül-orr-gégészeti betegutak szervezésére. Mint elmondta, a fül-orr-gégészeti szakma helyet képvisel az orvosszakmák között, mivel műszerigényes, az alapellátásban nehézkesen hozzáférhető és költséges instrumentális háttérrel igényel. Az endoszkópia nemcsak a műtétekben, hanem az ambuláns ellátásban is megjelenik, főként a megyei kórházi és klinikai szakambulanciákon érhető el, bár az alapellátásnak is feltétele. Dr. Szakács László rámutatott, hogy a kivizsgáláshoz nem csak endoszkópos, hanem mikroszkópos háttér is szükséges, aminek hiánya veszélyeztetheti a biztonságos diagnózist. Ezeknek az eszközöknek a beszerzése igencsak megterheli a rendelők büdzsáját, és ha meg is oldott a beszerzésük, megfelelő szaktudással rendelkező egészségügyi személyzet szükséges a használatukhoz. Mindennek fényében érthető, hogy miért vannak óriási várólisták a fül-orr-gégészeti szakrendeléseken. A helyzet megoldását elősegítheti az okostelefonok széleskörű elterjedése és sokrétű felhasználhatósága. Az előadó bemutatott egy olyan eszközt („Endoscope-i”) – egy okostelefonra csatlakoztatható telefonos kamerát –, amely alkalmas a középfülgyulladás, fülkürt-hurut, valamint a paracentézis és tubus implantáció után kialakult gennyes középfülgyulladás és következményes hallójárat-gyulladás kivizsgálására. A GINOP-2.2.1-15-2017-00073 pályázat keretében további eszközöket (Cellscope, Cupris otoscope) próbáltak ki annak igazolására, hogy a kifejlesztett telemedicina rendszer biztonságosan használható, a jelenlegi „azonos helyen történő diagnosztikát” kiváltani képes megoldás. A tapasztalatok szerint ezek az eszközök diagnózisra alkalmas képeket képesek előállítani, mögüjük olyan szoftvert fejlesztettek, amely az adatbiztonsági követelményeknek való megfelelés mellett útmutatót adhat az ellátóknak az iránydiagnózis és a terápia tekintetében. Az okostelefonra tervezett applikáció segítségével rögzített kép- és videóanyag, valamint a beteg anamnézise alapján online szakorvosi konzílium végezhető el. Az eszközök klinikai kipróbálása és engedélyezése 2018-ban megtörtént, klinikai vizsgálatára ez év első félévében kerül sor, háziorvosképzéssel egybekötött bevezetését 2020 második félévére tervezik.

## NÉPEGÉSZSÉGÜGYI PROGRAMOK, EFI-K MŰKÖDÉSE

**Dr. Pataki Piroska** EFOP-1.8.1. szakmai vezető (Nemzeti Népegészségügyi Központ) a vastagbél-szűrési programról szóló előadásában rámutatott a vastagbél-daganatok népegészségügyi jelentőségére. Az Eurostat adataira hivatkozva elmondta, hogy Magyarország az EU 27 tagállama között első helyen áll mind az összes daganatos halálozás,



mind a vastag- és végbéldaganatok halálozása tekintetében, mindkét nemre vonatkozóan. A vastagbéldaganat incidenciája (10 ezer új eset évente) és magas halálozása (5 ezer/év) miatt elodázhatatlanná vált a szervezett vastagbélzsűrési program országos bevezetése. Negyedszázados pilot fázist követően, annak tapasztalatai alapján, az EFOP-1.8.1. program keretében elkészült a vastagbélzsűrési módszertana, a háziiorvosi, gasztroenterológiai, koordinátori és laboratóriumi eljárásrend, az indikátorrendszer, a Minőségügyi Kézikönyv, a betegkövetési eljárásrend (postpolypectomiás surveillance), valamint a háziiorvosok, ápolók, endoszkópos asszisztensek képzéséhez szükséges oktatási anyag. 2018. november 16-án kiküldték az első meghívókat, ami mérőföldkőnek számít a hazai szervezett szűrések történetében. Az eszéközbeszerzés keretében 34 szolgáltató 24 tornyot és 10 mosó automatát kapott. A népegészségügyi célú, célzott vastagbélzsűrési az Európa Tanács 2003/878/EC ajánlása alapján kétlépcsős stratégia szerint történik, ami bizonyítottan csökkenti a halálozást, és társadalmilag elfogadottabb, mint az egylépcsős kolonoszkópia. Az első lépcsőben a székletből rejtett vérszéklet immunkémiai kimutatása történik FIT, vagy iFOBT teszttel, majd a nem negatív páciensek esetében kerül sor második lépcsőben minőségi kolonoszkópiára. A szűrésre az 50-70 év közötti, átlagos kockázattal rendelkező férfiak és nők jogosultak, a szűrési ciklus kétéves. Kizárják a szűrésből a fokozott kockázati csoportba tartozó személyeket, akiknek a kórtörténetében vastag- vagy végbéldaganat, adenoma, polip, colitis ulcerosa, illetve Crohn-betegség szerepel, vagy pozitív a családi anamnéziséjük. Az előadó ismertette a szűrési 2020. február 14-én rögzített eredményeit, melyek szerint mindeddig 1775 háziiorvos csatlakozott a rendszerhez, 608 ezer meghívót küldtek ki, 172 ezer OSZR-be feltöltött vizsgálati eredmény született, ezek közül 16 ezer személy mintája bizonyult nem negatívnak. Kolonoszkópiára 10 850 fő kapott beutalót, 8700 fő vett részt kolonoszkópiás vizsgálaton. A szövettannal igazolt rákmegelőző állapotok száma 2732 fő, 326 esetben a rosszindulatú daganat elváltozás és panasz nélkül, korai stádiumban került felfedezésre. Előadását összegezve Dr. Pataki Piroska kiemelte: tudatosítani kell a lakosság körében, hogy a vastagbélrák megelőzhető, korai stádiumban jól kezelhető és túlélhető. Azok a lakosok, akik meghívó levelet kapnak, jelentkezzenek a háziiorvosuknál, akikhez pedig még nem érkezett meghívó, két éven belül sorra fognak kerülni.



**Dr. Papp Magor** háziiorvostan szakorvos, szakmai vezető (Semmelweis Egyetem Egészségfejlesztési Központ) a Semmelweis Egyetem szervezésében zajló Egészségnapokról számolt be. A Semmelweis Egyetem 250. évfordulója alkalmából ki kívánja nyilvánítani, hogy az egészségmegőrzés és egészségfejlesztés szolgálatába állt – ezt szolgálja a lakosság felvilágosítását célzó, júniusig tartó Semmelweis Egészségnapok programsorozat. E megfontolásból kerül sor a curriculum reformjára, amely egyelőre az Általános Orvostudományi Karon valósult meg, de egyes elemei a többi karon is meg fognak jelenni. Célja a képzés gyakorlatorientált és prevenció-

szerű fejlesztése, a hallgatók egyéni szerepvállalásának megerősítése, valamint a rendszeres testmozgás curriculumba illesztése valamennyi évfolyamon. 2019 februárjában a Szenátus felállította a Semmelweis Egészségfejlesztési Központot, amely módszertani központként hangolja össze a jó gyakorlatokat és a szakmai műhelyek munkáját. Tevékenységi körébe tartozik a hallgatói és dolgozói egészségfelmérés, ingyenes, prevenció fókuszú többlétszolgáltatások biztosítása az egyetemi polgárok számára, lakossági prevenció szintérprogramok megvalósítása, interaktív egészségfejlesztő könyv készítése, szakmai konferenciák szervezése és a szakok közötti interdisciplináris együttműködés ösztönzése. Dr. Papp Magor a prevenció fókuszai között megemlítette a kardiovaszkuláris és diabétesz rizikóbecslést, a tápláltsággal, táplálkozással, mozgással kapcsolatos állapotfelmérést, a mentális egészség támogatását, az onkológiai éberség ösztönzését, a melanoma megelőzését és korai felismerését, a szájuüregi szűrést, a dohányzásról való leszokás támogatását, az alkoholfogyasztás vizsgálatát, a személyre szabott életmód tanácsadást és a csoportos prevenció foglalkozásokat. A megelőzés jelentőségét kiemelve rámutatott: a lakosság egészségi állapota jelentős mértékben függ az egyéni egészségmagatartástól. Idősödik a lakosság, ezért az egészségmagatartás kulcskérdés a munkaképesség megőrzésében és az idősebb páciensek önellátó képességének megtartásában. Az ellátórendszer terheinek csökkentése tekintetében komoly kapacitástartalék van a páciensek oldalán is. Az ellátórendszer működőképességének fenntartása érdekében külön figyelmet kell fordítani az orvosok és egészségügyi szakdolgozók egészségi állapotára. A magyar lakosság szocioökonómiai térképe jól mutatja, hogy éppen azokban a régiókban rossz a lakosok egészségi állapota és gazdasági helyzete, ahol a legnagyobb a betöltetlen praxisok aránya. Végezetül Dr. Papp Magor felhívta a figyelmet: mindenkinek célszerű megvizsgálnia akár a saját, akár a páciensei életében domináló rizikófaktorokat, és meghozni a döntést az életmódváltást illetően – ehhez kínál módszertani támogatást a Semmelweis Egészségfejlesztési Központ.

**Hutkai-Bártfai Judit** mentális egészségfejlesztési vezető (Sárospataki EFI) elmondta, hogy Egészségfejlesztési Irodájuk 2018 júliusában kezdte meg működését a 24 ezer lelket számláló sárospataki járásban, Sárospatak Város Rendelőintézetében. Az iroda létrehozásának fő célja az volt, hogy előtérbe kerüljenek az egészségmegőrzési tevékenységek, permanenssé váljon az ezekhez kapcsolódó programok kivitelezése és hozzáférhetővé tétele a sárospataki járás összes lakosa számára, mindennek révén pedig javulásnak induljon a lakosság egészségi állapota. A projekt élén a menedzsment áll, amelynek tagja a projektmenedzser, a szakmai és pénzügyi vezető, valamint a projektkoordinátor. Az EFI szervezésében rendszeres, életvitelszintű testmozgást és egészséges táplálkozást ösztönző közösségi programok lebonyolítása történik. Az iroda különös hangsúlyt fektet a dohányzással kapcsolatos rövid intervencióra és a dohányzásról való leszokás támogatá-

szerepvállalásának megerősítése, valamint a rendszeres testmozgás curriculumba illesztése valamennyi évfolyamon. 2019 februárjában a Szenátus felállította a Semmelweis Egészségfejlesztési Központot, amely módszertani központként hangolja össze a jó gyakorlatokat és a szakmai műhelyek munkáját. Tevékenységi körébe tartozik a hallgatói és dolgozói egészségfelmérés, ingyenes, prevenció fókuszú többlétszolgáltatások biztosítása az egyetemi polgárok számára, lakossági prevenció szintérprogramok megvalósítása, interaktív egészségfejlesztő könyv készítése, szakmai konferenciák szervezése és a szakok közötti interdisciplináris együttműködés ösztönzése. Dr. Papp Magor a prevenció fókuszai között megemlítette a kardiovaszkuláris és diabétesz rizikóbecslést, a tápláltsággal, táplálkozással, mozgással kapcsolatos állapotfelmérést, a mentális egészség támogatását, az onkológiai éberség ösztönzését, a melanoma megelőzését és korai felismerését, a szájuüregi szűrést, a dohányzásról való leszokás támogatását, az alkoholfogyasztás vizsgálatát, a személyre szabott életmód tanácsadást és a csoportos prevenció foglalkozásokat. A megelőzés jelentőségét kiemelve rámutatott: a lakosság egészségi állapota jelentős mértékben függ az egyéni egészségmagatartástól. Idősödik a lakosság, ezért az egészségmagatartás kulcskérdés a munkaképesség megőrzésében és az idősebb páciensek önellátó képességének megtartásában. Az ellátórendszer terheinek csökkentése tekintetében komoly kapacitástartalék van a páciensek oldalán is. Az ellátórendszer működőképességének fenntartása érdekében külön figyelmet kell fordítani az orvosok és egészségügyi szakdolgozók egészségi állapotára. A magyar lakosság szocioökonómiai térképe jól mutatja, hogy éppen azokban a régiókban rossz a lakosok egészségi állapota és gazdasági helyzete, ahol a legnagyobb a betöltetlen praxisok aránya. Végezetül Dr. Papp Magor felhívta a figyelmet: mindenkinek célszerű megvizsgálnia akár a saját, akár a páciensei életében domináló rizikófaktorokat, és meghozni a döntést az életmódváltást illetően – ehhez kínál módszertani támogatást a Semmelweis Egészségfejlesztési Központ.



sára. Betegklubokat működtet cukorbeteg, illetve szív- és érrendszeri betegségben szenvedőknek és családtagjaiknak. A járás településein az idősek fizikai aktivitásának fejlesztésére irányuló testmozgásos programokat szervez (szűrés, előadás, táplálkozási tanácsadás, gerinctorna, értorna). A szülői készségek javítását célzó közösségi tevékenységeket valósít meg és támogat a védőnőkkel történő szoros együttműködésben (baba-mama program, elsősegélynyújtás, egészséges táplálkozás, szoptatás jelentősége és védőoltások fontossága témakörű előadások keretében). Mentálhigiénés Önsegítő csoportot tart fenn, egyéni tanácsadást végez daganatos betegségben érintett személyek részére, megvalósítja a depresszió és öngyilkosság megelőzésének helyi programjait a releváns helyi szervezetekkel történő együttműködésben.

**Dr. Urbán Edina** főigazgató főorvos képviselőjében Bálványköviné Győri Éva (Jávorszky Ödön Kórház, Vác) elmondta, hogy a váci járásban az Egészségfejlesztési Iroda kialakítása 2018 decemberében kezdődött a VEKOP-7.2.2-17-2017-00007 projekt keretében. A kétéves projekt 18 település közel 70 ezer lakosát érinti, fő elemei a közösségi egészségfejlesztési programok szervezése és megvalósítása, a praxisközösségekben megvalósuló népegészségügyi többlétszolgáltatások szervezése, valamint együttműködés a szűrésre történő mozgósítás területén. A pályázatban meghatározott tevékenységi kör felöleli az életmódváltó és közösségi szintű egészségnevelési, egészségfejlesztési programok különböző szintereken történő megvalósítását. Az EFI feladatai közé tartozik az egyéb szervezetek (önkormányzatok, civil szervezetek, iskolák) rendezvényein történő részvétel, a helyi hálózati aktivitás, az egészségfejlesztéssel érintett szervezetek, döntéshozók partnerhálózatba szervezése és annak működtetése, a helyi tanácsadás, valamint a mentális egészségfejlesztés keretében végezhető egyéni és populációs szintű preventív feladatok megvalósítása. A programterv részletes ismertetését követően az előadó tájékoztatta az egybegyűlteket a váci EFI eddig elindított programjairól. Mint elmondta, az egészségfejlesztésért felelős országos intézet által biztosított módszertani anyagok alapján eddig 48 színtérprogram valósult meg, az életmódváltást elősegítő programokban 3500 fő vett részt (6 alkalom/fő). A járás 14 településén a lakosság legalább 2 százaléka bevonódott az EFI közreműködésével rendezett, egészséget támogató programokba.



## PRAXISKÖZÖSSÉGI PROGRAMOK

Miért fontos az alapellátás következetes, egyszerre preventív illetve definitív fókuszú fejlesztése? – tette fel a kérdést előadása bevezetőjében **Dr. Dózsa Katalin Mária** háziorvos, tudományos munkatárs (Semmelweis Egyetem Közszerológiai Kar, Egészségügyi Menedzserképző Központ), az EFOP-1.8.0-VEKOP-



17-2017-00001 program „Lakóhelyközeli Egészségügyi Ellátás Fejlesztése” B alprojektjének vezetője. Mint mondta, erre a praxisközösségek és a csoportpraxisok hivatottak választ adni. Tájékoztatót adott arról, hogy a projekt keretében létrejött a Népegészségügyi Elemzési Központ Információs Rendszere, amely a szükségletalapú tervezés, a népegészségügyi monitoring hiánypótló eszköze. A rendszerben településenként követhető a magyarországi lakosság egészségügyi szolgáltatáshoz köthető, elkerülhető halálozásának alakulása. Az előadó rövid áttekintést nyújtott a praxisközösségek fejlesztéséről, néhány fontos mérföldkövet felvillantva. A praxisközösségek két fő pillére a prevenció és a definitív ellátások elősegítése volt 2012-2020 között. Az első időszakban az ún. Svájci Modell (S.H8/1) együttműködés keretében valósult meg az alapellátás fejlesztése, 4 praxisközösség, 24 praxis bevonásával, komoly hangsúlyt fektetve a lakosság egészségi állapotának három generációra kiterjedő felmérésére, az esélyegyenlőségre, a hátrányos helyzetű településeken élő lakosság felzárkóztatására. A 2017-ben zárult program evidenciái elérhetők a Semmelweis Egyetem honlapján. A következő időszakban kezdetét vette az EFOP-VEKOP projekt, amelynek keretében 51 praxisközösség, 357 praxis bevonása történik meg 2018-2021 között. Elindultak a 700 praxist érintő „Három generációval az egészségért” konzorciumok is, amelyek egyes népbetegségek célzott gondozását helyezték középpontba. A praxisközösségek döntően prevenciószakkal indultak el, és egyre inkább abba az irányba tartanak, hogy a megtörténjen a népegészségügyi terhet jelentő betegségek célzott szűrése, definitív ellátása és gondozása. A közeljövő feladata a rendszerszintű megoldások kidolgozása lesz – mutatott rá Dr. Dózsa Katalin. Rendkívül széles szakmai bázissal alakult meg az Alapellátás-fejlesztési Módszertani Központ, amely a preventív és definitív ellátás országos standardjait állítja fel. Itt működik a Praxisközösségi Koordinációs Központ, amely élénk szakmai párbeszédet folytat a praxisközösségekkel. Az 51 praxisközösség ez év június végéig bezár, 78 százalékuk jelezte, hogy folytatná a programot, amihez állami támogatást vár. Komoly informatikai fejlesztések történtek a terepen, aminek köszönhetően megoldódott az egészségi állapotfelmérésekhez szükséges szoftverfejlesztés. „A folyamat lényege – fogalmazott az előadó –, hogy elindultunk egy erőteljes preventív népegészségügyi fókuszú irányban, és eddig a lakosság 80 százalékának egészségi állapotát sikerült felmérni.” Gyengébb teljesítményt nyújtott viszont a program az érintettek gondozásba vételét illetően. Ebből kiindulva, protokollfejlesztési sablon mentén, az érintett tudományos társaságok szakmai támogatásával krónikus beteggondozási programokat dolgoztak ki hat kiemelt területen. A folyamatelvű ellátásfejlesztési program tesztelése ez év januárjában indult, 42 háziorvosi praxis részvételével, a NEAK közreműködésével végzett monitoring tevékenységgel, finanszírozásfejlesztési modul beépítésével. Ezzel a programmal párhuzamosan működik a „Három generációval az egészségért” program, amellyel az EFOP-VEKOP B alprojekt keresi az együttműködés lehetőségét. Fontos tanulság, hogy igen széles fogadókészség mutatkozik mind a háziorvosi szolgálatok, mind a lakosság részéről, és a társszakmák is megmozdultak, új szakemberek jelentek

meg az alapellátásban. „Számunkra kulcskérdés a széles szakmai konszenzus és a bizonyítékalapú munka” – szögezte le az előadó, és elmondta, partnereik körében 4 orvosi egyetem, közel 30 szakmai tudományos társaság, a Szakmai Kollégium tagozatai, a NEAK, az EMMI és a Pénzügyminisztérium, 51 praxisközösség vezetése, valamint 190 aktív praxisközösség található. Az ágazati szakmai konszenzus kialakításában múlt év decembere óta részt vesz az Alapellátási Hatáskör és Kompetenciafejlesztési Szakmai Konzultációs Testület, valamint ez év márciusától az Alapellátási Szervezeti- Irányítási és Finanszírozásfejlesztési Szakmai Konzultációs Testület. A program a kiterjesztett hatáskörű alapellátás szolgáltatási, jogszabályi, képzési, finanszírozási, infrastruktúra és technológiai standardjainak, feltételeinek szállítója. A remények szerint az idén decemberben záródó gyakorlati pilot program tapasztalatai országos evidenciákkal fognak szolgálni a rendszerirányítás számára, amely alapján 2021-től széleskörű elégedettséggel történhet meg a rendszerszintű megoldások bevezetése.

**Dr. Fehér Adrienn** szakmai vezető az Első Vasi Praxisközösséget mutatta be, amely az Emberi Erőforrások Minisztériuma „Az alapellátás és népegészségügy rendszerének átfogó fejlesztése – alapellátás fejlesztése EFOP-1.8.2-17” elnevezésű pályázati felhívására alakult meg. A praxisközösség 2018. május 1-jén kezdte meg tevékenységét azzal a



céllal, hogy javítsa az egészségügyi alapellátás eredményességét és hatékonyságát, csökkentse az alapellátás területi egyenlőtlenségeit, erősítse az alapellátás prevenciók tevékenységét, és növelje az alapellátásban a definitív ellátások arányát. A praxisközösség Vas megyében, a szombathelyi és sárvári járásban helyezkedik el, 14 település lakosságát fedi le, ugyanennyi települési önkormányzattal, valamint a területen működő oktatási intézményekkel működik együtt. Kiemelt célja a lakosság egészségtudatosságának növelése, mivel a magyar lakosság egészségi állapota jelenleg elmarad az ország társadalmi-gazdasági fejlettsége alapján elvárható szinttől. Dr. Fehér Adrienn háziorvosként hangsúlyozta, hogy az alapellátás az egészségügyi ellátórendszer egyetlen olyan szegmense, amely kapcsolatot képes tartani a lakosság egészével, ezért az ellátási rendszernek ezen a szintjén lehet a leghatékonyabban befolyásolni a lakosság egészségmagatartását. A praxisközösség nagyban hozzájárult a praxisok szakmai együttműködésének erősítéséhez, a népegészségügyi szemlélet elterjedéséhez az alapellátásban, a lakosság egészségtudatosságának fejlesztéséhez, a prevenciók többszolgáltatások biztosításához a többletcompetenciával rendelkező szakemberek bevonásával és a különböző kompetenciájú szakemberek közti együttműködések kialakításával (alapellátási skill-mix bővítése). A praxisközösség működésének eredményeit Dr. Fehér Adrienn a következő adatokkal illusztrálta: 2018 májusa és 2019 decembere között összesen 2974 egészségi állapotfelmérés történt a 18 év feletti lakosság körében, 12 nagyrendezvényen 848 fő jelent meg, csoportos gyógytornán 5005 fő vett részt, dietetikai tanácsadásban 1585 fő részesült és 105 baba-mama

klubot rendeztek meg. Munkájukat a „Három generációval az egészségért” című program keretén belül folytatják mint Pro Bono Praxisközösség.

**Szabóné Gombkötő Éva** népegészségügyi szakértő előadása bevezetőjében utalt arra, hogy saját személyes szakmai életében mérföldkövet jelentett a Svájci-Magyar Alapellátás-fejlesztési Modellprogram. Friss diplomás népegészségügyi szakemberként vett részt a programban annak kezdetétől, öt év alatt négy praxisközösségben működött közre, rengeteg tapasztalatra tett szert. Rámutatott, hogy az Alapellátás-fejlesztési Modellprogram katalizálta a magyarországi alapellátás megújítását. Új szolgáltatásként jelent meg az alapellátásban a betegség-kockázatbecslés, a célzott életmódtanácsadás, a krónikus gondozás, valamint a közösségi szinten történő egészségfejlesztés. Az előadó bemutatta a Hernád vidéke Praxisközösség által működtetett betegklubokat, amelyek fontos színterei a gondozási feladatok ellátásának. A különböző klubok közül kiemelte az Életkerék elnevezésű, időotthonban működő betegklubot, valamint az egészségklubok közül a TereFere Életmód Klubot, amely a hátrányos helyzetű roma lakosság egészségfejlesztését segíti elő. Az önkéntes laikus segítők képzéséről szólva aláhúzta, hogy igen eredményesnek bizonyult a szépségipari szolgáltatást nyújtó szakemberek bevonása az onkológiai éberség növelésére irányuló lakossági kommunikációba. Felhívta a figyelmet a kortárs segítők szerepének jelentőségére is a közösség elérésében. Mint elmondta, a gondozási feladatok népegészségügyi szemléletű ellátásában célzott egyéni, anonim tanácsadást is végeznek a fiatalok számára. A praxisközösségekben nagyon fontos – mutatott rá –, hogy a plusz kompetenciával rendelkező háziorvosok különböző szűréseket (pl. alvási apnoe szűrése) végezzenek. Az önkormányzatokkal és szociális intézményekkel együttműködve sikeres közösségi szintérprogramok valósíthatók meg, amelyek elsősorban alulról építkeznek, a helyi szükségletek figyelembevételével. Sok egészséggel kapcsolatos információ adható át a munkahelyi egészségfejlesztés keretében is. Mind a modellprogramban, mind a Hernád vidéke Praxisközösségben, illetve a folyamatban lévő VEKOP praxisközösségeknél is javultak a hozzáférés esélyei, nőtt a helyben nyújtott szolgáltatások száma, és megfigyelhető az adherencia és a compliance javulása. Hogyan tovább? – tette fel a kérdést Szabóné Gombkötő Éva, és kifejtette, hogy a végső cél egy korszerű és fenntartható alapellátás kialakítása. Bemutott néhány alulról építkező, eredményesnek bizonyuló közösségi egészségfejlesztést, amelyek mindegyike jól példázza, hogy kellő elszántsággal még anyagi eszközök nélkül is sikeres programok valósíthatók meg.

**Szöllősi Melinda** szakmapolitikai szakértő, alapító (Pallium Szakmapolitikai Intézet) a hospice és palliatív ellátás fejlesztésének indikátor-, kontrolling- és monitoring-rendszerét vázolta előadásában. A hospice-palliatív ellátás népegészség-



ügyi kérdés – fogalmazott –, ugyanakkor szorosan kapcsolódik a praxisközösségek tevékenységéhez. Úgy vélte, örömteli lenne, ha bármely praxisközösség programjában szerepelne ez a fajta ellátás. Mint elmondta, a Pallium Szakmapolitikai Intézet létrehozásának igénye 2019-ben merült fel, amikor több, a területen dolgozó szakemberrel közösen a hospice-palliatív ellátás helyzetéről, szükségleteiről és fejlesztésének irányairól gondolkodtak. Az előadó leszögezte, hogy a hospice-palliatív ellátás – a tévhittel ellentétben – nem azonos a krónikus ellátással. Komplex, ágazatokon átívelő, interdiszciplináris team által végzett ellátási formáról van szó, amelynek elsődleges célja az életminőség javítása bizonyos progresszív krónikus betegségek esetén. Új nemzeti irány – és remélhetőleg hamarosan megjelenik a hazai ellátásban is –, hogy már korai szakaszban, az aktív kezeléssel párhuzamosan megkezdődik a rászoruló palliatív ellátása. Jelenleg az aktív és krónikus ellátás szakmakódok szintjén is történő szétválasztása zajlik Magyarországon. Fontos szerepe van a mobil team – kórházi konzultatív csoport – munkájának, a járóbeteg-szakellátás keretében végzett gondozásnak, de célszerű lenne nappali szanatóriumok létesítése is, mindamellett, hogy a hospice ellátás elsődleges helye az alapellátás, vagyis az otthonápolás. Minden ellátási formában költséghatékony a hospice ellátás, mert olyan módszertan szerint zajlik, amely az alapellátás felé tereli a betegeket. A Magyar Hospice-Palliatív Egyesület adatai szerint 2018-ban 10 391 beteg részesült hospice ellátásban (79 százalékuk daganatos). Szöllősi Melinda felhívta arra a figyelmet, hogy egy évvel korábban a hospice ellátottak 90 százaléka volt daganatos beteg, ami azt jelzi, hogy a hospice ellátás a megfelelő irányba halad, afelé, hogy ne csak a rákos betegek, hanem minden rászoruló, vagyis a szívelégtelenségben, COPD-ben szenvedő, vagy a demenciával élő betegek nagyszámú csoportjai is megkapják a szükséges támogatást. A hospice ellátás 2018-as adatainak ismertetését követően az előadó felvetett néhány, egyelőre megválaszolatlan kérdést az ellátás minőségéről, a területi ellátásról, a valódi költségekről és a finanszírozás aránytalanságairól. Végezetül Szöllősi Melinda felhívta a hallgatóság figyelmét arra, hogy az egyén életében a betegség és a halál nem az ellátórendszer kudarca, hanem személyes élmény. Az viszont az ellátórendszer kudarca, ha méltatlan körülmények között élnek és halnak meg emberek, hiszen rendelkezésünkre áll minden tudás, hogy ez ne így legyen.



**Dr. Dózsa Csaba** egyetemi docens, ügyvezető (Miskolci Egyetem, Med-Econ Humán Szolgáltató Kft.), az IME Szerkesztőbizottságának tagja a praxisközösségek gazdálkodását és operatív menedzsmentjét helyezte előadása fókuszába. Ismertette a hazai házi orvosi praxisközösségek kronológiáját, 6-8 éve tartó építkezését. Mint elmondta, az alapellátás

helyi fejlesztésére a VEKOP-7.2.3-17 projektben 970 millió forint keretösszegben 6 db pályázat, az EFOP-1.8.2-17 projektben 6,7 milliárd forint keretösszegben 46 pályázat valósult meg. A pályázatban résztvevő praxisközösségek átlagos létszáma 25-

30 fő (minimum 5 orvos) volt, az ellátandó lakosság szám körzetenként jellemzően 12,6 ezer fő volt. A projekt időtartama 20-24 hónap volt, 18 hónapos fenntartási időszakokkal. Dr. Dózsa Csaba ismertette a praxisközösségek szervezeti hálóját, amely egyben magában hordozza a projektmenedzsment kihívásait is, például a korábban egymástól függetlenül működő házi orvosok horizontális együttműködésének megszervezését. Mint elmondta, a projektmenedzsment mérhető végpontjai az egyéni egészségállapot-felmérésen és tanácsadónon résztvevők aránya, a praxisközösségekben dolgozó szakemberek által elvégzett képzések száma, a rendszeres praxisközösségi találkozók száma, a házi orvosok által megvalósított prevenciók száma, a mentálhigiénés támogatásban résztvevő szakemberek száma, valamint a praxisközösségek szabályozó dokumentumok alkotójak. Kiért arra, hogy a projektszerűen működő és alulról szerveződő házi orvosi praxisközösségek tevékenységét nehezíti a limitált 24 hónapos működés, a bizonytalan humán erőforrás-háttér, a túlzott adminisztráció, a merev szabályok, az irányító hatóság eljárásainak lassúsága, az utólagos szakmai működésszabályozás, valamint az, hogy nem alkalmazhatók az egészségügyi ágazat sajátosságai (közbeszerzés, munkaügyi szabályok). Bemutatta a praxisközösségek gazdálkodását, rámutatva, hogy bizonyos kiadások csökkenthetők, ám a humán erőforrás a legjelentősebb összeg. Kihívást jelent a mérföldkő szerinti teljesítés, a likviditás menedzselése és az adózási szabályok betartása. Mindeközben jelentős béremelésre került sor az egészségügyben, aminek következtében megemelkedtek a bérvárások, ez pedig megnehezíti a béralkut a szakdolgozókkal. A jelenlegi magyarországi jogszabályok nem igazán támogatják az alulról szerveződő házi orvosi praxisközösség működését, ezért a jogi kereteket jelentősen át kellene dolgozni. Dr. Dózsa Csaba hat EFOP praxisközösség pályázatában és nyolc „Három generációval az egészségért” projekt elindításában működött közre. A praxisközösségek eddigi működésének tanulságait levonva elmondta: valódi együttműködés, konzultáció alakult ki a konzorciumban résztvevő házi orvosok között, és számos innovatív foglalkozást, klubot, új rendezvényt szerveztek jelentős lakossági részvétel mellett. Szükség lenne a szakdolgozók és más egészségügyi szakemberek széles körű bevonására. A pénzügyi és jogi szabályozási kérdések sok esetben elvonták a figyelmet a valódi egészségügyi- orvosszakmai feladatok elől. „Jogszabályaink olyan szűk mezsgyét jelölnek ki a magáncégek alapuló praxisközösségek számára, mint a tű foka, ahol a tevének kell áthaladnia” – fogalmazott Dr. Dózsa Csaba. Véleménye szerint a továbblépéshez meg kell teremteni a folyamatos praxisközösségi működés jogi, szervezeti és finanszírozási feltételeit. Fontos, hogy a belépést normatív módon, standardizált teljesítmény és minőségi indikátorok mentén biztosítsák. A többlétszolgáltatásokat elismerő, fix és teljesítményalapú normatív finanszírozásra lesz szükség. A projektmenedzsment funkciókat fel kell, hogy váltsák a praxiskoordinátori és rendszeres szervezői tevékenységek. A praxisközösségi működést a törvényi és rendeleti szabályozás szintjén is be kell építeni az egészségügyi alapellátásba.

*Boromisza Piroška*