

Új lapot nyitnak az egészségügyben – reformok, partnerség, digitalizáció

XX. IME Egészségpolitika és egészségügyi rendszerek konferencia, 2026. június 23.

Az ágazatirányítás csaknem valamennyi új szereplője bemutatkozott a XX. IME Egészségpolitika és egészségügyi rendszerek konferencián, ahol az új egészségügyi vezetés átfogó képet adott a következő évek reformterveiről. A június 23-i, budapesti rendezvényen az alapelvétől a fekvőbeteg-ellátásig vitatták meg a rendszer előtt álló legfontosabb kihívásokat. A legnagyobb érdeklődésre számot tartó miniszteri expozé mellett olyan szakmai előadások is elhangzottak, amelyekből kiderült, miként alakítja át a betegutakat a digitális innováció.

Az elmúlt mintegy 37 év egészségpolitikai ívét megrajzolva vont le tanulságokat a jelen és a jövő számára a konferencia nyitóelőadásában **Sinkó Eszter** egészségügyi közgazdász, a Semmelweis Egyetem EKK Egészségügyi Menedzserképző Központjának igazgatóhelyettese. Előadása felütéseként a jelenlegi ciklus természetére utalva rögtön leszögezte: nem könnyű a ciklus elején választ adni arra kérdésre, hogy csak kormányváltás vagy rendszerváltás történik-e az ágazatban.

Az elemzés a szocializmus egészségügyi modelljéből indult ki, amely állampolgári jogon való hozzáférést és állami tulajdonlást jelentett, ám a mai viszonyokhoz képest fontos különbséget jelentett a tanácsi rendszer, ami bizonyos fokú decentralizációt kölcsönzött a működésnek. A szakértő felidézte a rendszerváltás előtti évek reformkísérleteit, a '80-as évek végén elindult modellkísérleteket, az 1988-as „sárga füzet” társadalmi vitáját, valamint a társadalombiztosítási alapok és a vállalkozási formák csíráinak megjelenését az egészségügyben.

Az 1990 utáni időszakot áttekintve Sinkó Eszter kiemelte a szektorsemleges finanszírozás korábbi gyakorlatát, a biztosítási jogviszonyra való átállást, valamint a kétszintű társadalombiztosítási önkormányzatok rövid életű kísérletét. A 2006-2008 közötti SZDSZ-es tárcavezetés kapcsán a több-biztosítós modellkísérletekre, a drasztikus kapacitáscsökkentésekre és a vizi díj lakossági reflexióira emlékeztetett.

A 2010 utáni évtizedeket górcső alá véve a közgazdász egy erősen állam által vezérelt, monolit rendszer kiépülését mutatta be. Értékelése szerint az utóbbi évek belügyminisztériumi irányítása alatt álló, végletekig centralizált modellben a megyei kórházak átvették a közép-irányítói szerepet, ami sok esetben a városi kórházak indokolatlan elsorvadásához és az ellátási láncok bedugulásához vezetett. Bár a hálapénz kivezetését és a jelentős orvosi béremelést mérföldkőnek nevezte, rámutatott, hogy az egészségügyi szolgálati jogviszony és a szakdolgozói bérráányok körüli feszültségek továbbra is égető problémák.

Elkerülhetetlen a köz- és magánellátás viszonyának tisztázása, a betegútmenedzsment és az ellátásszervezési funkciók helyreállítása – mondta az új minisztérium feladatait összegezve az egészségpolitikai elemző. A jövőbeli változások mélységét politológiai párhuzammal példázva úgy fogalmazott, „a kormányváltás személyeket cserél, a rendszerváltás eljárásokat.” A fenntartható működéshez olyan új működési mechanizmusokat és érdekeltségi rendszereket kell intézményesíteni, amelyek túlmutatnak a pusztán szerkezetváltáson – zárta előadását Sinkó Eszter.

ORSZÁGLELTÁR KÉSZÜL, ÚJ KULTÚRA ALAKUL

A függetlenedő ágazatirányítás alapelveit vázolta előadásában **Buga László**, az újonnan megalakult Egészségügyi Minisztérium kórházi fekvő- és járóbeteg-szakellátásért felelős államtitkára. Szűzbeszédében elmondta, a Belügyminisztériumból kivált, 2026 júniusában bejegyzett önálló tárcánál jelenleg is gőzerővel folyik a saját szervezet és költségvetés felállítása.

Egy jól működő partneri viszonyt a két oldal őszinte és transzparens kommunikációja jellemez, ez a legjobb módja annak, hogy együtt építsünk fel egy rendszert – fogalmazott a szakpolitikus, kritizálva a korábbi kormányzat zárt kommunikációs gyakorlatát, közvetlen partnerséget ígérve a szakmának.

A kórházirányításban a büntető szemlélet helyett a hibaalapú tanulási kultúra (Just Culture) meghonosítását jelölte meg fő célként, a brit Francis-riport tanulságait hívva segítségül. Ennek szellemében a cél az, hogy „a büntető jellegű, félelemre épülő kultúra helyett tanulásra épülő biztonsági kultúra” alakuljon ki az ellátásban, ahol a beteg áll a középpontban, a panaszokat pedig fejlesztési forrásként használják fel.

A népegészségügyi fókusz és az adatvezérelt szakpolitikai döntéshozás fontossága mellett az államtitkár rávilágított az ellátórendszer mélyreható torzulásaira is. Míg Budapest orvosellátottsága a nemzeti átlag több mint háromszorosa, addig a vidéki ellátás rendkívül törekeny. Az ellátóegységek 18 százaléka szünetel, a valós hiányt azonban a külső közreműködők takarják el, akik becslések szerint havi 60-70 ezer munkaórán tartanak fenn kritikus osztályokat.

A strukturális és infrastrukturális hiányosságok feltárására az államtitkár egy átfogó „országeltár” elkészítését hirdette meg, amelyhez a kórházigazgatóktól teljes transzparenciát kért.

Szeretnénk kérni az őszinteséget, mert igazából csak akkor fogunk tudni segíteni, ha látjuk a valós problémát – fogalmazott Buga László, aki közös ágazati összefogásra és

gondoskodó szemléletre hívott a rendszer megújítása érdekében.

KITETTÉK A PROBLÉMÁKAT AZ ASZTALRA

Az ágazat működési, infrastrukturális és humán erőforrás-problémái kerültek terítékre a konferencia első szekcióját záró kerekasztal-beszélgetés során, ahol Buga László arra emlékeztetett, elmondta: a tartós hőség miatt kritikus klíma-helyzet rendezésére 3,6 milliárd forintos keretet biztosítanak, a javítások a Közbiztonsági és Ellátási Főigazgatóság (KEF) bevonásával zajlanak.

A tárcánál abszolút prioritás a szakdolgozói béremelés, az új bértáblán egy 10 fős szakértői csapat dolgozik – szögezte le a szakpolitikus, hozzátéve, hogy egy olyan keretrendszert alakítanak ki, amely megakadályozza a bérfeszültségeket és az intézmények közötti vándorlást. Emellett a minisztérium felméri az évtizedes elmaradásban lévő infrastrukturális – víz- és elektromos hálózat – beruházási igényeket, valamint felállít egy önálló digitális államtitkárságot is, amelynek kiemelt feladata az adminisztratív terhek csökkentése.

A kórházak alapvető küldetése a megbízhatóság és az ellátás minőségének növelése, így minden ezt szolgáló kormányzati intézkedést támogatunk – fogalmazott **Tóth Gábor**, a Magyar Kórházszövetség elnöke, míg **Böszörményi-Nagy Géza**, a Magyar Orvosi Kamara (MOK) elnökségi tagja azt idézte fel, hogy a MOK már 2022-ben a szakdolgozói bérek azonnali rendezését követelte, és ezért komoly konfliktusokat is vállalt az előző szakpolitikai vezetéssel.

ÁTALAKULÓ OKFŐ, ELŐREGEDŐ ORVOSKAR

A megyei vezető intézmények megerősítése és a lokális betegutak szervezése eddig is hangsúlyos feladat volt, de az ellátórendszer finanszírozásában az egyensúlyra kell törekedni az alapellátástól a legmagasabb progresszivitási szintig – mondta a szervezeti keretek átalakítása kapcsán **Szondi Zita**, az Országos Kórházi Főigazgatóság (OKFŐ) vezetőhelyettese, aki bejelentette azt is, hogy július 1-jétől Tóth Árpád érkezik az OKFŐ új főigazgatói posztjára Norvégiából.

Átgondolják a teljes szervezetirányítást, mert a jelenlegi struktúrában nem látnak rá a nem OKFŐ alá tartozó egyetemi klinikákra és egyházi kórházakra, márpedig a teljes kapacitást egyben kell látni és irányítani – reagált Buga László.

A humán erőforrás-krisis kapcsán Böszörményi-Nagy Géza arról beszélt, hogy míg a külföldre távozó orvosok száma a 2010-es 1000-ról évi 400-450 főre csökkent, a hazai orvostársadalom korfája riasztó. A 64 év felettiek a teljes orvoslétszám 24 százalékát adják, 12 százalék pedig már 70 éves is elmúlt.

Nélkülük ma működésképtelen lenne a rendszer – hívta fel a figyelmet a MOK alelnöke, idézve a szervezet felmérését, ami szerint csupán az orvosok 38 százaléka dolgozik kizárólag a közellátásban, 45 százalékuk mindkét szektorban jelen van, 16 százalék pedig csak a magánrendelőben érhető el.

A megoldást az iskolateremtő orvosi kultúra, a helyi ösztönzők és a kistérségi megtartó erők kiépítése jelenti Buga László szerint, míg Tóth Gábor úgy vélte, a fiatal orvosok vidékre csábításához kiszámítható szakorvosképzésre, közösségi beilleszkedést segítő programokra, valamint jubileumi és szabadidős ösztönzőkre van szükség.

A KEF-RENDSZER FELÜLVIZSGÁLATA ÉS A DÖNTÉSHOZÓI AUTONÓMIA

A kórházvezetők kezéből kivették a gazdálkodást és az üzemeltetést, ami a gyakorlatban az árak növekedéséhez és rugalmatlansághoz vezetett, a tárca célja az intézményi autonómia részleges visszaadása és egy olyan központi beszerzőhely kialakítása, amely gyorsan és olcsón juttatja eszközkhöz a kórházakat – mondta az államtitkár a KEF szerepváltásával kapcsolatos felvetésekre, mire a hozzászólások során **Rádai Tamás**, az ETOSZ igazgatója az értékalapú beszerzés és a teljes ellátási összköltség figyelembevételét szorgalmazta az orvostechnológiai beszállítók képviselőiben. Buga László válaszában megerősítette, hogy a HR-krisis elhárítása után az orvostechnológia fejlesztése és az adósságállomány rendezése következik.

A szekció zárásaként **Orosz Éva** egészségügyi közgazdász, az ELTE professor emeritája a nemzetközi kutatásokra hivatkozva felhívta a figyelmet arra, hogy az egészségügyi ellátórendszer szerepe a várható élettartam növelésében jóval meghaladja a korábban feltételezett 10-20 százalékot, így a szakellátás fejlesztése közvetlen nemzetgazdasági és népegészségügyi érdek.

A HÁZIORVOSI RENDSZER JÖVŐJE: ÖSZTÖNZÉS, KAPACITÁS, FENNTARTHATÓSÁG

Egy jól működő háziorvosi, alapellátási modell kialakítása csak hosszú távon oldható meg – szögezte le a konferencia második, alapellátási szekciójában **Cserni István** háziorvos. Az Egészségügyi Szakmai Kollégium Háziorvostan Tagozatának tagja előadásában arról beszélt, hogy a jelenlegi struktúra rendkívül szenzitív, így a szükséges átalakításokat óvatosan, 8-15 éves távlatban, új szakmai és gazdasági ösztönzők bevezetésével kell megvalósítani.

A háziorvosok medián életkora 61-62 év, több mint felük 60 év feletti, miközben a 40 év alattiak aránya csupán a 7 százalék – sorolta az adatokat. – A 6500 magyarországi praxisból több mint ezer betöltetlen, a tartós helyettesítések száma folyamatosan nő, és vannak olyan kistérségi „ellátási sivatagok”, ahol a praxisok 25-30 százalékában helyettesítő kollégák dolgoznak.

A jelenlegi finanszírozási és szabályozási környezet ellenérdekelte teszi a szolgáltatókat a növekedésben, a minőségi munkavégzésben és a fiatalításban – vázolta tovább a problématerképet. – Míg az idősebb orvosok megkapják a teljes bértámogatást, a fiatalokat demotiválja a kórházi bérektől elmaradó fizetés. Hasonló finanszírozási anomáliák figyelhetők meg a szakápolói bértáblánál, a kártyapénz inflációköve-

tésének hiányánál, valamint a minimális összeget biztosító eseti felnőtt- és gyermekellátási díjaknál is.

Méretgazdaságos praxisok, magasabban képzett ápolók, rugalmas, akár részmunkaidős foglalkoztatási formák bevezetése – többek között ezek lehetnének az alapellátást megújító átalakítás lépései Cserni István szerint, ám a koncepció kulcseleme a kistérségi együttműködés. A tervek szerint 164 integrált területi egészségügyi és szociális centrumot hoznának létre közös humán erőforrás- és eszközparkkal.

A reform végrehajtásához független, önálló költségvetéssel rendelkező Országos Alapellátási Intézet felállítását javasolják, emellett elengedhetetlen a digitalizáció kiterjesztése, a képzés modernizálása, a családorvosi tanszékek megerősítése, valamint a halmozottan hátrányos helyzetű, deprivált területek kiemelt, célzott támogatása. Megfelelő innovációval és a teljesítmények valós elismerésével újra vonzóvá tehető a háziorvosi hivatás a fiatal generációk számára – zárta előadását Cserni István.

„ELLÁTÁSI SIVATAGOK” HELYETT VILÁGOS JÖVŐKÉP

A konferencia második szekciójának kerekasztal-beszélgetésén Cserni István előadására reagálva a résztvevők a szülő praxisokból az együttműködésre épülő, kistérségi modellek felé történő átmenet feltételeit és lehetőségeit járták körül.

A demográfiai törvényszerűségek és a generációváltás hiánya miatt a matematika törvényei is a nagyobb létszámú praxisok és a szorosabb együttműködések irányába mutatnak – mondta **Soós Zoltán** háziorvos, a MOK háziorvosi munkacsoportjának korábbi vezetője, akit július végén mb. kollegiális vezetőnek neveztek ki. Úgy vélte, hogy a korábbi praxisközösségi programok már bebizonyították, hogy a kollégák szakmai összefogása és a szakdolgozók bevonása növeli az ellátás színvonalát, ezért engedni kell, hogy nagyobb praxisok jöjjenek létre, már csak azért is, mert a fiatal generációt leginkább a kezdeti részmunkaidős lehetőségekkel, majd a későbbi praxisvállalással lehet visszahozni a rendszerbe.

Jelenleg óriási a várakozás, **Vajer Péter** a kollégák részéről is nyitottságot és fogadókészséget érez. A Semmelweis Egyetem Családorvosi Tanszékének docense arról beszélt, hogy az alapellátás jövőjével kapcsolatos elképzeléseket meg kell ismertetni a kollégákkal, és világosan megmutatni, hová szeretnénk eljutni meghatározott időn belül. Ez természetesen nem jelenti azt, hogy menet közben ne kellene módosítani a terveken, fontos azonban, hogy látható legyen egy világos jövőkép és program, amely mentén haladni szeretnénk. Csak így lehet a kollégákat valódi partnerként bevonni a változások megvalósításába – szögezte le Vajer Péter, aki rámutatott arra is, hogy a fiatal orvosok már a csapatmunkát részesítik előnyben, ezért a képzésben és a rezidensprogramban is kiemelt szerepet kell kapnia a teamben való együttműködés oktatásának. Felhívta a figyelmet arra is, hogy a cél nem feltétlenül a háziorvosok számának növekedése, hanem a praxisteamek bővítése szakápolókkal, dieteti-

kusokkal, pszichológusokkal és szociális munkásokkal.

A praxisközösségi struktúrák jogi és finanszírozási korlátaira mutatott rá hozzászólásában **Végvári Tamás**, az OKFŐ Alapellátási Igazgatóságának vezetője, aki szerint a praxisközösség jelenleg inkább csak finanszírozási technikaként működik, miközben a valódi együttműködést – például szakemberek foglalkoztatását vagy a meglévő szakvizsgával rendelkező háziorvosok szakellátási tevékenységét – a jelenlegi jogszabályi és engedélyezési környezet akadályozza. A jövőbeni területi szervezeti egységek és a kollegiális vezetői rendszerek akkor lesznek sikeresek, ha a praxisok menedzsmentje közvetlen érdekeltségbe kerül a területi koordinációval, különösen a halmozottan hátrányos helyzetű „ellátási sivatagokban”.

MINDENKIT MEG KELL TARTANI

A vitában Cserni István megerősítette, hogy az előregedő orvostársadalom pótlása elkerülhetetlen, de a megoldás kulcsa a nem orvosi feladatok szétosztásában rejlik. A napi munka 60-70 százalékát kitevő adminisztratív és egyéb terhek átadásával lényegesen nagyobb beteganyag orvosi ellátása válik lehetővé. Ehhez elengedhetetlen a területi kollegiális vezetői rendszer mielőbbi felállítás mintegy 40-50 praxisos egységenként, amelyek a szociális ellátással integrálva képesek koordinálni a kistérségi feladatokat.

Nagyon érzékeny rendszerről van szó, meg kell nyugtatnunk azokat a kollégákat is, akik nem szeretnék változtatni – hangsúlyozta Cserni István, mert így a hagyományos kerekék között dolgozó idős orvosok számára is biztosítani kell a nyugodt feladatellátást a nyugdíjazásukig.

A szakellátás és az alapellátás közötti szorosabb, partneri együttműködésre, átjárhatóbb kompetenciákra és a digitalizáció gyors fejlesztésére van szükség – értettek egyet a beszélgetés résztvevői.

BIZALMAT ÉS TÜRELMET KÉRT A HELYETTES ÁLLAMTITKÁR

Bő egy hét után én leszek a helyettes államtitkár az új Egészségügyi Minisztériumban – jelentette be a konferencián a közönség soraiból **Darvai László**, Ostoros község háziorvosa, belgyógyász mentőorvos, aki jelezte, hogy az újonnan felálló alapellátási államtitkárságon a reformok megvalósításán fognak dolgozni. Mint mondta, az egészségügybe történő forrásbevonás valódi befektetés a jövőbe, a területi anomáliák felszámolása és az egységes életpályamodell pedig elengedhetetlen a generációváltáshoz, egyúttal kollegiális együttműködést, bizalmat és türelmet kért a szakmától az építkezés időszakára.

HEGEDŰS ZSOLT: A TRANSPARENCIA A MINŐSÉGI ELLÁTÁS ZÁLOGA

A kormányváltást követően létrejött önálló egészségügyi minisztérium vezetése április óta gőzerővel dolgozik az új

struktúra kialakításán – kezdte előadását **Hegedűs Zsolt**, aki egészségügyi miniszterként az IME konferenciáján szólalt fel elsőként.

A 16 év után ismét felálló önálló tárca önmagában még nem váltja meg a magyar egészségügyet, ehhez arra a szemléletváltásra, szakmaiságra és transzparenciára van szükség, amely szabadságot ad az önálló szellemi műhelyeknek, és újra feléleszti az elmúlt években kioltott szakmai tüzeket – hangsúlyozta a politikus, hozzátéve, hogy a politika korábban túlságosan gyakran nyúlt bele a szakmai döntésekbe, ám most lehetőség nyílik egy bizalomra és őszinteségre épülő rendszer kialakítására. Első lépésként átvilágítják a szektort, amelyben most egyszerre vannak jelen a világ-színvonalat képviselő jó gyakorlatok és az elfogadhatatlan ellátási anomáliák.

A transzparencia jegyében a minisztérium eltörli a korábbi kommunikációs korlátozásokat, és a bizalom jeleként leszerelteti az intézményekből a beléptető kamerákat – jelentette be a tárcavezető (ez azóta július 2-án meg is történt, elsőként a Szent János kórházban).

Az elkövetkező időszakban központi szerepet kapnak a minőségi mutatók és indikátorok, amelyeket nyilvánossá tesznek. Bár a múltban számos kiváló minőségbiztosítási kezdeményezés elhalt a politika bátortalansága miatt, az új vezetés felvállalja a validált adatok mentén történő működést. Ennek keretében nyilvánossá teszik többek között a kórházi fertőzések adatait és a mentők kéréskezési idejét is. Az intézményi vezetésben szakítani kívánnak a fűnyírólvszerű váltásokkal. A pozíciókra nyílt pályázatokat írnak ki, a megújulásra képes szakemberekre pedig a jövőben is számítnak.

STRATÉGIAI BEFEKTETÉSEK

„Zöld jelzést kaptak” a korábban felfüggesztett európai uniós források, és emellett a kormányzat választási ígéretének megfelelően évente plusz 500 milliárd forint áll majd az ágazat rendelkezésére – sorolta a tárcavezető, hozzátéve, hogy ezeket az összegeket nem eseti tűzoltásra, hanem olyan stratégiai befektetésekre fordítják, mint a szakdolgozói bértábla hosszú távú rendezése, az alapellátás érdemi megerősítése, vagy a digitális egészségügy fejlesztése.

Az átszervezés szakmai gerincét a büntető kultúra helyett a tanuló egészségügyi rendszer bevezetése adja – folytatta Hegedűs Zsolt, aki a nemzetközi tapasztalatokra alapozva úgy vélte, hogy csak a visszacsatolás és a hibákból való tanulás képes érdemben javítani az ellátás minőségét.

A teljesítményorientált megközelítés helyett értékalapú finanszírozással ösztönöznék a szolgáltatások minőségének és a betegellátás biztonságának növelését. A betegút során elért tényleges életminőség-javulás és funkcionális státusz mérése elengedhetetlen lesz a döntéshozatalban. Ehhez kapcsolódóan az őszi időszakban elindul a klinikai governance keretrendszere, amely a betegbiztonságot, a minőségfejlesztést, a szakmai felügyeletet és a betegközpontúságot helyezi a működés középpontjába.

ÚJ, FÜGGETLEN HATÓSÁG, REHABILITÁLT KAMARA

A szervezeti megújuláson és a pénzügyi keretek bővítésén túl az egészségügyi kormányzat a független ellenőrzési és szakmai minőségbiztosítási pillérek kiépítésére helyezi a hangsúlyt.

A tárcától teljesen független, önálló hatóságként jön létre a Nemes Balázs vezetésével felálló Egészségügyi Minőség-ellenőrző Hatóság – jelentette be a miniszter. Az új intézmény feladata a szolgáltatók elfogulatlan, pártatlan és szankcionálható felügyelete lesz. A független szerv nyilvános jelentésekben minősíti majd a kórházak működését a biztonság, az eredményesség és a humánus irányítási attitűd alapján. Az átlátható értékelési rendszerben a kiválóan teljesítő intézményeket ritkábban, míg a hiányosságokat mutató szolgáltatókat 6-12 havonta újra ellenőrzik, felszámolva a toxikus munkahelyi légkört és a jogszabályi minimumkövetelmények kijátszását.

A betegbiztonság megerősítésének kulcseleme a hibák nyílt és őszinte kezelése. A nem kívánatos eseményekről az ellátóknak kötelessége lesz tájékoztatni a beteget és annak hozzátartozóit. Ezzel párhuzamosan az etikai és fegyelmi eljárások rendszere is átalakul. Az Igazságügyi Minisztériummal együttműködésben megszüntetik azt a gyakorlatot, ahol a vizsgálatot végző, a vádoló és a döntéshozó megegyezik; a jövőben teljesen független etikai testületek járnak majd el.

Az ellátás fókuszában a betegnek kell állnia – szögezte le előadásában a tárcavezető, aki szerint a pácienseknek valós döntési helyzetet kell biztosítani. Beszélt arról is, hogy a várólisták érdemi csökkentése érdekében – szigorú klinikai minőségellenőrzés mellett – akár a magánszolgáltatók bevonásától sem zárkoznak el, amennyiben az állami kapacitások nem elegendőek.

A szakmai háttér támogatására megalakul a brit mintára épülő Magyar Klinikai Kiválósági Intézet, amely a legfrissebb tudományos bizonyítékok alapján támogatja az ellátási irányelvek megújítását, a szakmai kollégiumok szerepének újragondolását.

A miniszter – mint a MOK Etikai Kollégiumának korábbi elnöke – külön kitért a hivatásrend rehabilitálására, amelynek a jövőben garantálják az autonómiát és visszavezetik a kötelező kamarai tagságot is. Ugyanakkor az orvoskartól elvárják az egyetemes szakmai és morális értékek szem előtt tartását, ennek első lépése a szakmai közösség digitális és virtuális térben való kommunikációját szabályozó etikai iránymutatás megjelenése.

KRÍZIS VAN, DE KEZELHETŐ

Az ágazatirányítás struktúrája teljes átalakuláson megy keresztül, önálló államtitkári képviseletet kap a minisztériumban a digitális egészségügy, népegészségügy, valamint a fekvőbeteg- és az alapellátás – vázolta végül a minisztériumi struktúrát Hegedűs Zsolt. A rendszerekért felelős államtitkárságok alakulnak. A miniszter hangsúlyozta, hogy az ágazati krízis csak a jó gyakorlatok adaptálásával, a szakmai auto-

nómia visszaadásával és a transzparenciára épülő közbizalom újjáépítésével kezelhető. A változáshoz elengedhetetlen a szakmai közösség aktív partnersége, a korábbi szürke zónák és a szakmára erőltetett látszattmegoldások végleges felszámolása.

BUKTATÓK, ELLENÁLLÓK, ESÉLYEK

A rendszer átalakításának prioritásai, a várható ellenállás, valamint és a köz- és magánellátás viszonya került szóba a konferencia harmadik, Keynote szekcióját lezáró kerekasztal-beszélgetésen, amelyet Sinkó Eszter moderált. Felvezetőjében azt emelte ki, hogy bár az önálló Egészségügyi Minisztérium létrejötte nem old meg azonnal minden problémát, elengedhetetlen a strukturális változások végrehajtásához. A tárca vezetőinek fel kell készülniük a belső, rendszerszintű ellenállásra is, miközben az „elslamposodott” egészségügyet az alapoktól kell újjáépíteni – mondta a miniszter szakmai tanácsadó testületének tagja.

A rendszert nem a tárca, hanem a nap mint nap gyógyító szakemberek fogják megváltani – hangsúlyozta Hegedűs Zsolt, aki szerint a minisztérium feladata a megfelelő finanszírozás, a szakmai autonómia és a visszacsatolás biztosítása, amellyel lebontják a feudálisztikus struktúrákat. A transzparencia és a szigorú etikai elvek mentén a MOK-kal partnerségben olyan átlátható rendszert építenek ki, amely a szakmai kiválóságra és adatokra épít – ismételte meg a miniszter, jelezve, hogy a döntések meghozatalában erős csapatmunkára támaszkodik, miközben a lakosság felől érkező visszajelzéseket is a minőségbiztosítás alapkövének tekint.

A fiatal háziorvosok megtartása érdekében csökkentik az adminisztrációs terheket, átlátható és a minőségi teljesítményt elismerő finanszírozási rendszert alakítanak ki – ígérte **Porpáczy Krisztina** alapellátásért és integrált ellátásért felelős államtitkár. Elárulta azt is, hogy a javasolt szerkezeti változásról folyamatosak az egyeztetések a szakmai szervezetekkel, ami biztosítja, hogy az alapellátás megerősítése a teljes ellátási láncra kedvező hatást gyakoroljon.

Emberről próbáló feladatra vállalkoztunk, hiszen a rendszert működés közben kell renoválni, miközben tüzeket oltunk – fogalmazott **Svéd Tamás**, a tárca politikai államtitkára, aki azt is jelezte, a minisztérium vezetése még csak „tanulja az államigazgatást”, de új szemléletük szerint a törvények előkészítése során széles körű egyeztetést folytatnak a civil, az érdekvédelmi és a betegszervezetekkel. Bár az átalakítások óhatatlanul érdeksérelmekkel járnak, a cél egy hosszabb távon is fenntartható, jobb egészségügy megteremtése.

A paradigmaváltásoknál természetes az ellenállás, ami a várakozó szakmai szereplők bevonásával és az érdeksérelmek hatékony enyhítésével oldható – mondta **Orosz Éva**, ugyanakkor hangsúlyozta, ritka lehetőségablak nyílt meg az érdemi reform előtt, hiszen a szakma és a lakosság részéről egyaránt nagy most a bizalom, a felkészült vezetés pedig biztosíthatja az átalakítások sikerét.

A reform sikerét abban mérik majd, miként változnak az átlagos, kapcsolatokkal, információkkal nem, pusztán TAJ-

kártyával rendelkező állampolgárok esélyei az ellátásban – vélte **Kovácsy Zsombor** egészségügyi szakjogász. A miniszteri tanácsadó kifejtette, hogy a köz- és magánellátás viszonyában a tulajdonviszonyok erőltetett átalakítása helyett szektorsemleges, a beteg érdekeit és a hozzáférést garantáló integrációra van szükség, amelyben az állam garantálja az átlátható, szigorúan ellenőrzött és elérhető szolgáltatásokat.

ÁTLÁTHATÓBBÁ TESZI A DIGITALIZÁCIÓ A BETEGUTAKAT?

A konferencia zárószekciójában a DIGI4CARE projekt esettanulmányain keresztül azt mutatták be a szakemberek, miként alakítja át a digitális innováció a betegutakat a gyakorlatban.

A hét ország 11 partnerének együttműködésével zajló közép-kelet-európai kezdeményezés célja, hogy megszűntesse a régióra jellemző digitális elszigeteltséget és az eltérő fejlettségi szintekből fakadó szakadékokat – mutatta be nyitóelőadásában a projektet **Kovács Réka**, a Semmelweis Egyetem EKK EMK munkatársa. Mivel a digitális egészségügyi megoldások nem kezelhetők önálló technológiai szigetként, a projekt az ellátás minden szintjén – a prevenciótól a rehabilitációig, különösen a krónikus betegségek és a demencia terén – vizsgálja az innovációk rendszerszintű beilleszthetőségét.

A résztvevők a megvalósíthatósági pilotok során többek között a finanszírozási, adatvédelmi, jogi és képzési kereteket tesztelik. A transznacionális tanulási folyamat végső célja, hogy a jól működő digitális gyakorlatokból olyan szakpolitikai ajánlások és intézményi akciótervek szülessenek, amelyek később országos szinten is felhasználhatók.

DIGITÁLIS SZŰRÉSEK A HÁZIORVOSI ELLÁTÁSBAN

A program keretében négy országban 470 betegnél végeztek diabéteszes retinopátia előszűrést a háziorvosi rendelőkben pupillatágítás nélküli digitális kamerával és mesterséges intelligencia alapú szoftverrel. A vizsgálatok az esetek ötödében igazoltak korai elváltozást vagy egyéb szemfenéki betegséget, a módszer hazai sikerét pedig jól mutatja, hogy már folyamatban van az erre vonatkozó telemedicinális szakmai protokoll kidolgozása. Ezzel párhuzamosan Bulgáriában több mint kétszáz betegnél tesztelték innovatív digitális szűrőállomást és hordható EKG-szenzorokat, ahol a folyamatos távfelügyelet segítségével 24 embernél sikerült időben felderíteni a súlyos szív- és érrendszeri eltéréseket. A digitális előszűrések bizonyítottan életmentők, ám országos elterjedésükhöz elengedhetetlen a plusz munkaerő, a megfelelő infrastruktúra és a stabil finanszírozási keretek biztosítása.

PREHOSPITÁLIS ULTRAHANG-DIAGNOSZTIKA

A tompa hasi sérülések gyors diagnosztizálása drasztikusan lerövidítheti az ellátási láncot, hiszen megelőzi a felesleges átszállításokat, és segít eldönteni, hogy a beteg a leg-

közelebbi kis kórházba vagy a megfelelő centrumintézménybe kerüljön – vázolta **Tiboldi Ákos**, a másodikként bemutatott osztrák-magyar projekt vezetője. A kutatás során 100 mentőápoló felkészítését vizsgálták, és igazolták, hogy a távolról, élő kamerás és ultrahangképes segítséggel irányított teledidaktikus képzés ugyanolyan magas szintű tudást biztosít, mint a személyes oktatás. Az Országos Mentőszolgálatnál közösen lefolytatott hazai tesztüzem során a mentők a helyszínen, online szakorvosi konzultáció mellett használták az ultrahangot, ami az esetek közel harminc százalékában a betegút szempontjából kedvezőbb, módosított ellátási döntést eredményezett. A módszer széles körű elterjedéséhez még elengedhetetlen a megfelelő finanszírozás, a jogiadatvédelmi keretek és a távkonzultációs szakértői hálózat kiépítése.

DIGITÁLIS TÁVFELÜGYELET ÉS INTELLIGENS REHABILITÁCIÓ

A kardiovaszkuláris és sztrókon átesett betegek posztakut, otthoni rehabilitációját támogató négyoldalú – román, bolgár, osztrák és magyar – projektet **Jurca Tünde** (Románia) ismertette. A kezdeményezés célja a kórházi elbocsátást követő ellátási űr betöltése volt, ami korábban a betegek motivációjának csökkenéséhez és gyakori szövődményekhez vezetett. A tesztfázisban a páciensek okos vérnyomásmérőkből, aktivitásmérőkből és mérlegekből álló eszközkészletet, valamint mobilalkalmazást kaptak, így a hagyományos, ritka személyes kontrollokra épülő betegút átalakult egy folyamatos, adatvezérelt digitális távfelügyeletté. A kilencven százalékos eszközhazánáltsággal zajló program során a távfelügyeletben részesülő betegek lényegesen jobb életminőségi mutatókat értek el, a rendszerszintű bevezetéshez ugyanakkor elengedhetetlen a digitális írástudás fejlesztése és a háziorvosokat tehermentesítő koordinátorok bevonása.

DIGITÁLIS KOGNITÍV TRÉNING A SZOCIÁLIS ÉS ÁPOLÁSI ELLÁTÁSBAN

A demenciával és a sztrók utáni problémákkal küzdő betegek szociális ellátására összpontosított az a pilot, amely cseh, osztrák, valamint bosznia-hercegovinai részvétellel valósult meg, és amelyet **Peter Pažitný** kutatócsoport-vezető mutatott be a konferencián. A programban egy cseh startup

által fejlesztett, kifejezetten a finommotoros nehézségekkel küzdő demens betegek számára készült kognitív kockát tesztelték. A kézbe vehető és forgatható okoseszköz kétszáz beépített játékkal méri a feladatok elvégzésének idejét, így hosszú távon számszerűsíti a kognitív képességek változását. A technológia legnagyobb előnye, hogy nem igényel előzetes felkészülést a szakemberektől, így a gondozók jelenlétében egyszerre több beteg bevonható a tréningbe. Az előadó zárásként rámutatott, hogy a digitális eszközök magas elfogadottsága mellett a kognitív tréningek sikeres lefolytatásához és a betegutak támogatásához továbbra is elengedhetetlen a humán jelenlét.

RUGALMAS ALKALMAZKODÁS – A DIGITÁLIS INNOVÁCIÓK JÖVŐJÉRŐL

A negyedik szekciót lezáró kerekasztal-beszélgetésen a szakmai partnerek az egyes pilotok gyakorlati tapasztalatait és a digitális technológiák rendszerszintű felkálázhatósági lehetőségeit értékelték. **Constantinovits Miklós**, az OMSZ mb. főigazgatója kiemelte, hogy a mentőtiszti helyszíni ultrahangozás bevezetése sikeres volt, és a betegút-módosítások magas aránya miatt az intézmény már tárgyalásokat folytat az oktatási tematika megvásárlásáról, valamint a rendszer szervezeti felkálázásáról.

A projekt legnagyobb értéke a posztakut ellátásban meglévő hiányosságokra való figyelemfelhívás volt, ami megmutatta, hogy a digitális távfelügyelet és a járóbeteg-rehabilitáció kulcsfontosságú az infarktuson átesett betegek egy-éves halálozási mutatóinak javításában – emelte ki **Andréka Péter**, a Gottsegen György Országos Kardiovaszkuláris Intézet (GOKVI) főigazgatója.

Az AI-támogatott funduskamera bevonásával a háziorvosok hatékonyan bekapcsolhatók a mintegy egymillió hazai cukorbeteg évenkénti szemészeti szűrésébe, ami **Nagy Zoltán Zsolt** egyetemi tanár, a Semmelweis Egyetem Szemészeti Klinikájának igazgatója szerint tehermentesíti a szakellátást és drasztikusan csökkenti a látásvesztés kockázatát.

Végül **Galambos Csilla**, az NNGYK képviselője azt fejtette ki, hogy a digitális technológiák társadalombiztosítási finanszírozásba való befogadásához elengedhetetlen a hazai adatokon alapuló, alapos egészségügyi technológiaértékelés, valamint a szigorú adatvédelmi és információbiztonsági garanciák megteremtése.

Tarcza Orsolya



Dr. Hegedűs Zsolt (Egészségügyi Minisztérium), Dr. Sinkó Eszter (MEMT)



Dr. Buga László (Egészségügyi Minisztérium)



Dr. Pásztélyi Zsolt, Dr. Szondi Zita (OKFŐ), Dr. Böszörményi-Nagy Géza (MOK), Dr. Buga László (Egészségügyi Minisztérium), Dr. Tóth Gábor (Magyar Kórházszövetség)



Dr. Cserhádi Zoltán (SE), Dr. Cserni István (Egészségügyi Szakmai Kollégium Háziorvostan Tagozat), Dr. Végvári Tamás (OKFŐ), Dr. Vajer Péter (SE), Dr. Soós Zoltán (MOK)



Dr. Sinkó Eszter (MEMT), Dr. Kovács Zsombor, Dr. Hegedűs Zsolt (Egészségügyi Minisztérium), Dr. Porpácz Krisztina (Egészségügyi Minisztérium), Dr. Svéd Tamás (Egészségügyi Minisztérium), Dr. Orosz Éva (ELTE)



Dr. Vadas Viktória, Dr. Constantinovits Miklós (OMSZ), Dr. Andréka Gábor (GOKVI), Dr. Nagy Zoltán Zsolt (SE), Dr. Wernigg Róbert (OKFŐ), Kőszegné Dr. Galambos Csilla (NNGYK)