

A hiányzó láncszem – a Fővárosi Önkormányzat onkológiai betegútszervezési programjának bemutatása

The missing link – Introducing the Oncology Patient Pathway Management Program of the Budapest Municipality

Dózsa Csaba László^{1,2} ✉, Salai Márton József², Havasi Gábor², Rékassy Balázs^{2,3}

¹Miskolci Egyetem Egészségtudományi Kar

²Budapest Főváros Főpolgármesteri Hivatala, Egészségpolitikai Csoport

³Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar Családorvosi Tanszék

✉ csaba.dozsa@med-econ.eu

Jelen tanulmány célja, hogy bemutassa az Egészséges Budapest Program (továbbiakban: EBP) keretében 2023. évtől elindított onkológiai betegútszervezési program célkitűzéseit, a kerületi szakrendelők korai tapasztalatait és a továbblépés lehetséges irányait. A Kormány és a Fővárosi Önkormányzat közötti megállapodásnak megfelelően 2020. és 2021. években biztosított EBP-forrásokból a Fővárosi Önkormányzat többféle daganatos ellátással kapcsolatos programot valósít meg – a jelenleg hatályos kormányhatározatok alapján – egészen 2025. év végéig. Ennek keretében a Főváros szervezésében 2023. és 2024. évtől 11 fővárosi kerületi önkormányzati fenntartású járóbeteg-intézménnyel kötött együttműködési megállapodást onkológiai betegútszervezési feladatok elvégzésére.

Jelen cikkben sor kerül az elmúlt időszakban elvégzett helyzetfeltárás, szervezési tevékenységek, betegutak és ellátási tapasztalatok rendszerezett bemutatására. A fővárosi kerületi szakrendelők számára kihívást jelent a szakmai kapcsolatok kiépítése és erősítése, egyrészt a diagnosztikai szolgáltatókkal (képalkotó, labor, patológia), másrészt az országos intézetekben, a Semmelweis Egyetemen vagy fővárosi kórházakban működő onkológiai centrumokkal. A szervezéshez kapcsolódó konkrét feladatok közé tartozik a szervezést végző munkatársak képzése, támogató informatikai megoldások fejlesztése, kapacitásfejlesztés (óraszámok), akár új szakmák létesítése. A hatékony együttműködés érdekében a Fővárosi Önkormányzat szervezésében eddig több körben került sor horizontális egyeztetésekre a programba bevont szakrendelők szakmai vezetői között. A szerzők a cikk végén javaslatokat fogalmaznak meg az onkológiai betegútszervezés továbbfejlesztésének irányaira, a szakmapolitikai és finanszírozási támogató környezet kialakítására.

Kulcsszavak: betegútszervezés, betegútmenedzsment, onkológiai ellátás, onko-diagnosztika, Egészséges Budapest Program

The aim of this study is to present the objectives of the oncology patient pathway management program launched in 2023 within the framework of the Healthy

Budapest Program (EBP), the early experiences of district clinics and the possible directions for further progress. In accordance with the agreement between the Government and the Municipality of Budapest, that will implement several programs related to cancer care from the EBP resources provided in 2020 and 2021 until the end of 2025 based on the actual government decisions. As part of this, under the organization of the Municipality of Budapest, Cooperation Agreements were signed with 11 Budapest district outpatient (poly)clinics from 2023 and 2024 to carry out oncology patient pathway management tasks.

This article provides a systematic overview of the current situation, organizational activities, patient pathways and care experiences carried out in the past period. It is a challenge for Capital district outpatient clinics to build and strengthen professional relationships, on the one hand, with diagnostic service providers (imaging, laboratory, pathology) and, on the other hand, with oncology centres operating in national institutes, Semmelweis University or capital city hospitals. The specific tasks related to the organization among others are the training of the employees who carry out the organization, the development of supporting IT solutions, capacity development (number of hours), even set up new medical professions. In addition, several rounds of horizontal consultations have taken place between the professional managers of the specialist clinics involved in the program. At the end of the study, proposals are formulated by the authors for the further development of the oncology patient pathway management and for the establishment of a policy and financing supportive environment.

Keywords: patient pathway management, oncology treatment, onco-diagnostic, Healthy Budapest Program

BEVEZETŐ – SZAKMAPOLITIKAI HÁTTÉR – ONKOLÓGIAI HELYZETKÉP

Hazánk onkológiai megbetegedések és halálozás terén elért teljesítménye messze elmaradt az ország fejlettségi

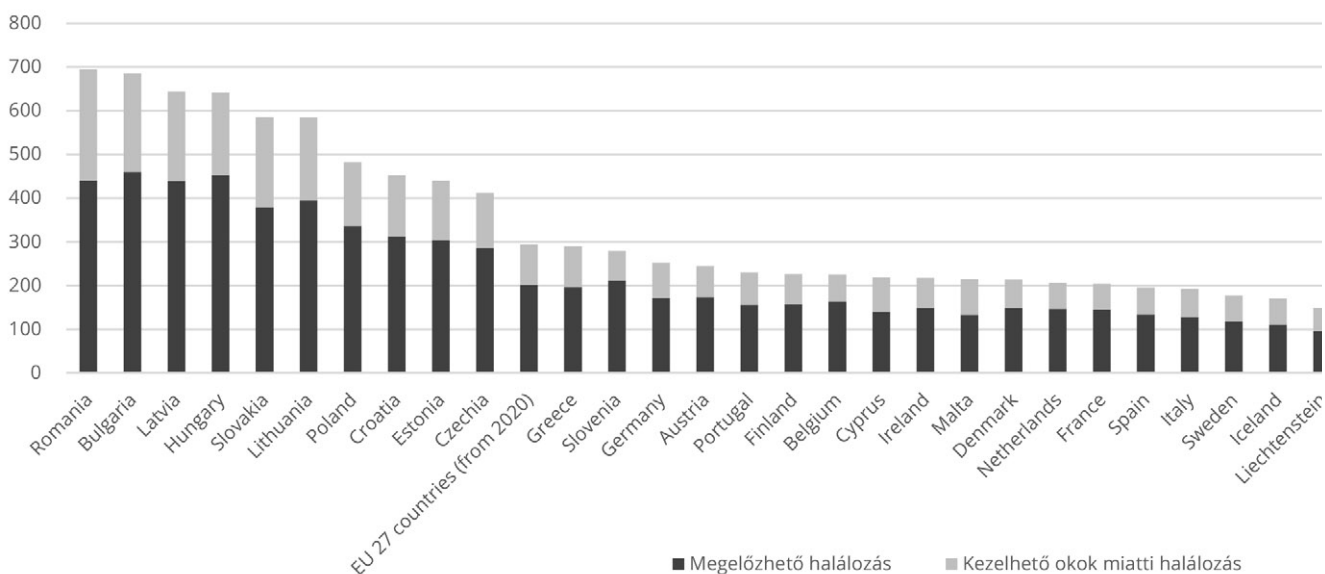
szintjétől. Évente nagyságrendileg 72-75 ezer új daganatos esetet regisztrálnak, és évente több mint 30 ezer embertársunkat veszítjük el daganatos megbetegedés következtében [1], miközben a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) évente több mint 300 milliárd Ft-ot költ onkológia diagnosztikára, gyógyszeres kezelésekre, sugár- és műtéti terápia finanszírozására [2]. Annak érdekében, hogy jobban át tudjuk érezni, hogy hányan is betegednek meg hazánkban rákos betegség következtében egy évben, az újonnan diagnosztizált betegek egy Puskás Arénát meg tudnának tölteni, minden évben.

A magyar daganatos halálzási adatok az EU-n belül a legrosszabbak. Az utóbbi években átlagosan 33%-kal több magyar ember hal meg daganatos betegség következtében, mint az Európai Unió (EU) átlag. 100 000 fő tekintetében ez évente 623 új esetet jelent, illetve 328 rákos megbetegedésnek tulajdonítható halálesetet, szemben az Unió átlagával, ahol az incidencia 569, és évente 247 onkológiai megbetegedés okozta halálesetet regisztrálnak. Az okok összetettek, elsősorban az egészségtelen életmódnak tulajdonítható idő előtti megbetegedések, mint megelőzhető halálesetek (népegészségügy és primer prevenció hiányosságai, együttesen évente hozzávetőlegesen 33 ezer haláleset). Másodsorban szerepet játszanak az egészségügyi ellátórendszer alulfinanszírozottsága és kapacitáshiánya következtében idő előtt bekövetkező halálokok mint többlethalálzás. Az Eurostat Database [3] szerint ez 2020-ban 16 921 eset volt (szűrések, kezelések hiánya következtében bekövetkező elhalálzás), Orosz tanulmányában kiemeli, hogy az összes halálokot tekintve a magyar (standardizált) halálzási ráta 1,6-szerese volt az EU14-országok halálzási rátájának, ugyanakkor a kezelhető és megelőzhető okok miatti halálzási ráta 2,5, illetve 2,4-szerese [4]. Ennek

következtében az elkerülhető halálzások tekintetében a 3. legrosszabb helyen állunk az EU-ban, Románia és Litvánia után, lásd az 1. ábrán.

A Fővárosi Önkormányzat – annak ellenére, hogy egészségügyi feladatait 2012-ben elvonták, intézményrendszerét államosították – fenti ténymegállapítás alapján mégis fontosnak tartja a budapesti lakosság egészségi állapotának javítását, és az egészségügyi ellátórendszer – lehetőségeihez mért – támogatását és fejlesztését. Ebből kiindulva 2019 novemberében a Fővárosi Közgyűlés a 2023. évi atlétikai világbajnoksággal kapcsolatos egyes kérdések körében úgy döntött, „... elengedhetetlennek tartja, hogy 2020-2024. években az Egészséges Budapest Program keretében a Kormány – a fekvőbeteg-ellátásban tervezett fejlesztéseken felül – legalább 50 000 000 000 forintot fordítson a Fővárosi Közgyűlés által meghatározott egységes szempontok figyelembevételével a kerületi önkormányzatok egészségügyi alap- és szakellátási fejlesztéseinek támogatására.” (A Fővárosi Közgyűlés 1091/2019. (XI.27.) számú határozata.) A Főváros javaslatait Magyarország Kormánya támogatólag megerősítette a 2023. évi IAAF Atlétikai Világbajnokság megrendezése és az atlétikai központ megvalósítása érdekében szükséges további feladatokról szóló 1819/2019. (XII. 30). Korm. határozat keretében. E megállapodás keretei között 2024 novemberéig összesen 27,17 milliárd forint értékben valósultak meg támogatások a központi költségvetésből: a fővárosi kerületi önkormányzatok együtt 24,41 milliárd forint támogatásban részesültek főleg infrastruktúra-fejlesztésre, míg a Fővárosi Önkormányzat 2,75 milliárd forint támogatásban részesült „képalkotó diagnosztikai várólisták csökkentése, illetve diagnosztikai programok és ezeket elősegítő szolgáltatások céljából” – az EBP keretében 2020 és 2024 között történő megvalósulásáról, a Fővárosi Közgyűlés Em-

100 000 főre vetített arány

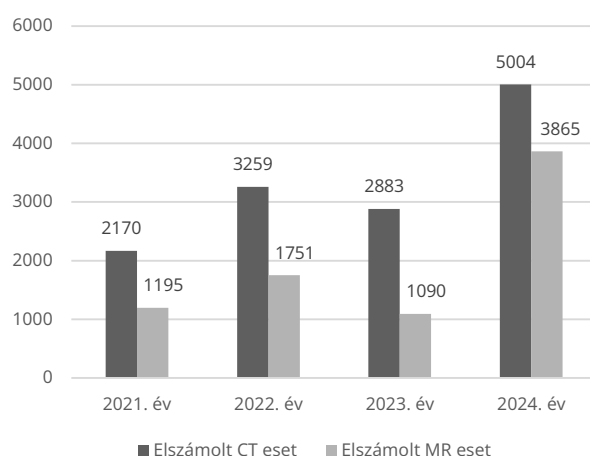


1. ábra

Elkerülhető halálzás aránya 100 ezer főre az EU-ban, 2020. (forrás: [3])

beri Erőforrások Bizottságának 2024. november 18-ai ülésére benyújtott Tájékoztató szerint. A Fővárosi Önkormányzat a támogatást a budapesti onkológiai betegek ellátásának javítása érdekében olyan CT- és MR-várólista-csökkentési programot vezetett be (továbbiakban: onko-diagnosztikai Program „A” modul), amelynek keretében daganatos megbetegedés gyanúja vagy diagnosztizált daganatos betegség kontrollja esetén az Önkormányzat által biztosított szolgáltatók az időpontfoglalástól számított 7 napon belül elvégzik a beutaló szakorvos által szükségesnek tartott képalkotó vizsgálatot, és újabb 3 napon belül a leletet is közlik (ún. „7+3 napos szabály”). A Program létjogosultságát az adta, hogy mivel a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) által finanszírozott kapacitások kimerítése után a szolgáltatók nem tudtak újabb betegeket fogadni, 2018-2019. évekre érezhetően megnövekedtek az előjegyzési idők (várólisták) a nagy értékű képalkotó diagnosztikai vizsgálatokra. A Fővárosi Önkormányzat az elmúlt négy év alatt (2020. november – 2024. december 31. között) 7900 MR- és 13 300 CT-vizsgálatot „vásárol(t)” plusz kapacitásként. Ezzel a Programmal is közvetlenül csökkentve a fenti betegek előjegyzési és diagnosztizálási idejét, és közvetve plusz forrás és plusz kapacitás biztosításán keresztül hozzájárulva egy általános fővárosi CT- és MR-vizsgálati előjegyzési idő-csökkenéshez. A vizsgálatokat fenti forrásból – havi és éves szinten meghatározott pénzügyi és vizsgálati (esetszám) keret erejéig – két közbeszerzési folyamat keretében, egyrészt együttműködési megállapodással fővárosi kerületi önkormányzati tulajdonú szakrendelők, másrészt szerződéssel budapesti székhelyű egyetemi, állami kórházi és magántulajdonú diagnosztikai szolgáltatók végezték a kormányrendeletnek megfelelő [5] NEAK-finanszírozáshoz szorosan illeszkedő OENO (diagnosztikai, [6]) tevékenységi kód alapú elszámolással ún. „BP” térítési kategóriával lejelentve a havi teljesítményeket, lásd 2. ábra. A COVID-19 pandémia és a pandémia elleni védekezés hatására az orvos-beteg találkozások száma jelentősen, 35-40%-kal visszaesett a NEAK-kimutatások alapján is, mely hátráltatta a daganatgyanús esetek időben történő orvoshoz fordulását és kivizsgálását. Ez jelentősen csökkentette a Program keretében végzett CT- és MR-vizsgálatok számát is. A járvány harmadik hullámaig tapasztaltunk fordított arányos összefüggést a COVID-19 esetszámok és a képalkotó esetszámok között, ezt követően a járvány hatása csökkent a programra. Ezen akadályok elhárultával 2024 során már magasabb éves esetszámot tudtunk elérni [7, 10].

A képalkotó diagnosztikai vizsgálatok hatékonyságát általában is számos tudományos vizsgálat és közlemény támasztja alá [8, 9]. Korábbi tanulmányában hazai kutatócsoport is beszámolt már az EBP keretén belül megvalósuló fővárosi onko-diagnosztikai Program félidős elemzéséről, a tapasztalatok leszűréséről, és a háttérben meghúzódó egészségpolitikai folyamatok bemutatásáról [10]. A CT- és MR-várólista csökkentési Program eredményeinek időközi elemzésére egy retrospektív, kétkarú, összehasonlító kohorsz vizsgálat került lefolytatásra a Semmelweis Egyetemen még 2022. év során [11]. Eredményül azt kapták, hogy a CT-



2. ábra
Az EBP keretében finanszírozott CT- és MR-vizsgálatok száma, 2021-2024 (saját szerkesztés)

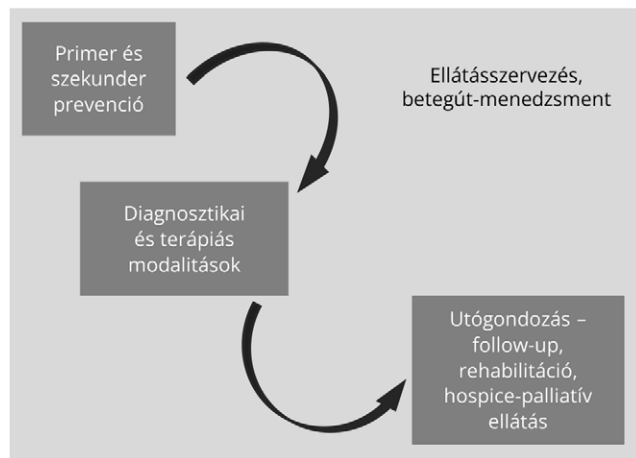
és MR-várólista-csökkentési Programban a képalkotó vizsgálatra való beutalás és a leletkiadás közötti teljes időintervallum jelentősen rövidebb volt a „BP” térítési kategóriájú pácienseknél, mint a NEAK által térített betegek esetében (7,6 vs. 22,3 nap, illetve átlagos különbség -14,7 (95% CI -16,4; -13,1) nap; $p < 0,0001$). Takács a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ képzésének keretében ebben a témakörben készített szakdolgozatában [12] – a fenti kutatást kiegészítve – az onkológiai ellátás problémáinak feltárásához rendszerdiagnosztikai elemzést végzett, majd diagnosztikus térkép (folyamatábra) felrajzolását végezte el. Az onkológiai betegút további pontjái (szórvettani vizsgálat, onko-team ülés, specifikus onkológiai kezelés megkezdése) eltelt idő viszont szignifikánsan nem különbözött a két csoport között, ennek fejlesztéséhez további „onko-diagnosztikai esetmenedzser modellprogram bevezetésének létjogosultságára van szükség”, mely pedig félig strukturált interjúk segítségével került felmérésre [12].

AZ ONKOLÓGIAI BETEGÚTSZERVEZÉS FONTOSSÁGA ÉS A PROGRAM FOLYTATÁSA

Látva hazánk onkológiai megbetegedési és halálozási statisztikáit, és a hazai közfinanszírozott egészségügy problémáit, az onko-diagnosztikai (támogató) Program folytatására és kibővítésére már 2021. év során a hazai tapasztalatok [13], és nemzetközi tudományos evidenciák és jógyakorlatok alapján [14] szakértői javaslatot dolgoztunk ki. Komoly szakmai és egészségpolitikai egyetértés mutatkozik a tekintetben, hogy a hazai onkológiai ellátás egyik gyenge pontja, hogy betegek vesznek el, mondhatni bolyonganak az egészségügyi ellátórendszerben a daganatgyanú felmerülésétől a terápiára kerülésig. Azaz fontos probléma a betegútszervezés (betegútmenedzsment) elégtelensége, mely hivatott lenne az alábbi ábrában felvázolt igen bonyolult szűrési-diagnosztikai és terápiás modalitások közötti összhang megteremtésére. A betegútszervezés kiemelt célja annak elérése,

hogyan a daganatgyanúval érintett lakosság idővesztése nélkül – mielőbb – jusson pontos diagnózishoz, ezáltal a betegek a hatékony onkológiai terápiákat mielőbb, a betegség korábbi fázisában (stageing) kezdhessék meg. Ebből a problémából kiindulva a képalkotó diagnosztikai várólisták megszüntetése érdekében tett intézkedéseken túl a Fővárosi Önkormányzat diagnosztikai programok és ezeket elősegítő szolgáltatások kialakítása érdekében – az onko-diagnosztikai Program „B”-moduljaként – együttműködési megállapodásokat kötött 2023-ban három, és 2024-ben további nyolc fővárosi kerületi önkormányzat által fenntartott járóbeteg-szakellátási intézménnyel onkológiai betegútszervezési feladatok ellátására. A megállapodások keretében a járóbeteg-szakrendelők havi átalánydíj ellenében ellátnak a Program keretében megcélzott rosszindulatú daganatos kórképeket lefedő „C” és „D” BNO-főcsoportba sorolt iránydiagnózisú betegek további kivizsgálásának, majd ellátásának megszervezését. A 2024 októberében kezdődő új önkormányzati ciklusban a Fővárosi Önkormányzat a Programot folytatni és kibővíteni kívánja, melynek feltétele, hogy a Kormány betartsa az előző ciklusban tett vállalásait, és az EBP keretében biztosítsa az 50 milliárd forintból még fennmaradó közel 23 milliárd forint forrást. A hiányzó forrásból a Fővárosi Önkormányzat további fejlesztéseket, felújításokat tervez megvalósítani a kerületekkel közösen. Továbbá az onko-diagnosztikai Program „A” modulja mellett a „B” modul, azaz az onkológiai betegútszervezés folytatása, illetve egészség-kommunikációs és prevenció elemekkel történő kiegészítése a cél.

„B” modul: A daganatprevenció, –szűrés, –terápia és –gondozás koncepcionális hálóját



3. ábra
Szűrési – diagnosztikai és terápiás modalitások a daganatos betegségek feltárásában és kezelésében (saját szerkesztés)

A szűrővizsgálatok bevezetését alapos megfontolás és szervezés kell hogy megelőzze és végigkísérje [16]. Amennyiben feladatunknak tekintjük a jelen helyzet javítását, azaz a daganatos megbetegedések időben való felismerését, kezelését, a következő beavatkozási pontokat kell identifikálnunk és megvizsgálnunk. A következőkben az onko-diagnosztika támogatásában eddig elért eredményekről, illetve

több további szereplő bevonásával megvalósítható, az onkológiai betegek túlélési esélyeit növelő tervekről számolunk be.

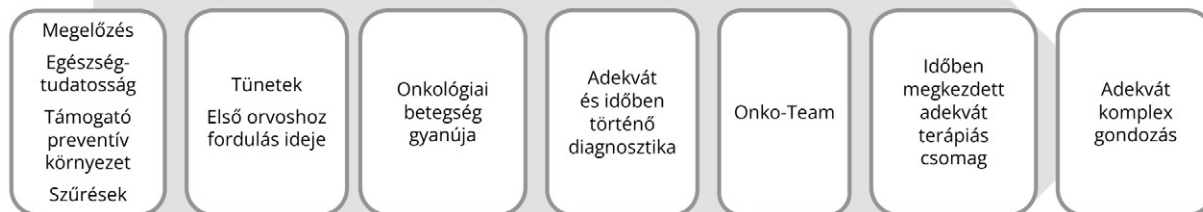
Célkitűzésünk a várható élettartam növelése, az elkerülhető idő előtti halálozás arányának csökkentése. Mindezt nem egészségügyi szolgáltatóként, hanem a budapesti egészségügyi ellátórendszerhez kapcsolódó kiegészítő finanszírozóként és szervező intermedier szereplőként kívánjuk megtenni a jövőbeli friss onkológiai esetek támogatásának és ellátásának könnyítése céljából. Célunk továbbá a fővárosi lakosság körében felmerülő onkológiai gyanús esetek számára a járóbeteg-szakellátási szinten felmerülő első C-s diagnózisgyanútól a diagnosztikus folyamat támogatása, azaz a daganatos diagnosztika felállításáig (onko-team üléssig), illetve a terápia megkezdéséig eltelt idő csökkentése. Normál esetben természetesen ezeket a határidőket a szakma kell hogy meghatározza, de – reális kereteken belül – az első diagnózisgyanútól a terápia megkezdéséig maximum 4-6 hét teljen el.

Mivel az onko-team ülés, illetve a terápia már onko-centrumokban, felkészült és gyakorlott szakemberek szervezésében zajlik, így magába a terápiás folyamatba ez a Program nem kíván beleszólni.

A betegútmenedzsment kritikus pont a kivizsgálásban és terápiában, hiszen a vizsgálatok közötti felesleges idő csökkentése, a daganatok korábbi fázisban történő feltárása, az onko-team döntési idejének optimalizálása, valamint az ellátás ütemes megszervezése és a daganatgyanútól a hatékony terápiáig eltelt idő lerövidítése javítja a terápia hatékonyságát, ezáltal a betegek túlélésének esélyét befolyásolja [17, 18]. Szakmai meglátásunk szerint az onkológiai betegút rendelkezik az egyik legösszetettebb irányítással, feladattal és szervezéssel az egészségügyi ágazaton belül, lásd 4. ábra.

A megelőzés és a szűrővizsgálatok népegészségügyi szemléletű rendszere mellett megérkeztünk az egészségügyi ellátórendszer újabb fontos lépéséhez: a megfelelő diagnózis időben történő felállításának kérdéséhez. A lakosság első lépésben (1. szintű orvos-beteg találkozó) a különböző egészségügyi problémái, tünetei alapján a háziorvosával vagy a beutaló nélkül igénybe vehető szakrendelésekkel, illetve egyre nagyobb számban magánfinanszírozott járóbeteg-ellátóval kerül kapcsolatba. Amennyiben az első ellátási pontokon felmerül az onkológiai megbetegedés gyanúja – esetleg számos más opció mellett – a fizikai vizsgálatok után és mellett alapvető labor- (majd kiegészítő, pl. biomarker vagy patológiai szövettani vizsgálatok) és képalkotó vizsgálatok (mammográfia, röntgen, UH, CT, MR, PET-CT) szinte minden esetben szükségesek. Gyakori, hogy egyéb szakorvosi konzíliumokra is sok kerül, illetve a megbetegedés jellegétől függően a mintavétel, a szövettani vizsgálatok is alapvetőek (2. szintű orvos-beteg találkozások). Ezen vizsgálatok során nem eldöntött, hogy ki igazán a beteg ellátási felelőse, vizsgálatainak szervezője.

- Ez lehet a háziorvos (házánkban limitált vizsgálatkérési jogosultsággal),



4. ábra
Daganatgyanús beteg kivizsgálásának menete – betegútja (saját szerkesztés)

- egy-egy terület járóbeteg szakorvosa (nőgyógyász, urológus, tüdőgyógyász), illetve
- fekvőbeteg-ellátást igénylő állapotrosszabbodás esetén már megfelelő profilú kórházi osztály szakorvosa,
- majd onkológiai centrumba kerülést követően onkológus szakorvos.

Ezen vizsgálatok számos szakterület számos szakorvosát, illetve eszközparkját kell hogy igénybe vegyék. Míg egy-egy fekvőbeteg-gyógyintézet kapacitásától és szakterületeitől függően a beteg kivizsgálása a kezelőorvos irányítása alatt viszonylag simán és egyértelműen megtörténik, úgy járóbetegként ezen betegutak a beteg kitartásán, értelmi képességén, és számos más tényezőn múlnak, szervezésük jelenleg teljesen esetleges. Ebben a helyzetben nagy segítség lenne egy elsődleges betegútszervező felelős belépése a folyamatba.

Ezt követően ezen vizsgálatok megléte esetén kell hogy szülessen egy elsőfokú szakvélemény (3. szintű orvos-beteg találkozás), amely elsőfokú összesítő diagnózist ad, illetve legtöbb esetben további vizsgálatokat igényel, pontosabb terápiás döntés-előkészítés céljából. Ezen elsődleges, összesítő diagnózis felállítása után – sok esetben a terápiás döntést megelőzően – a megfelelő szakorvos további részletes vizsgálatokat kér. Ezek további időt vesznek igénybe (4. szintű orvos-beteg találkozás) – végső döntés-előkészítő anyag összeállítása onko-team elé kerülés céljából. Onko-team ülés és döntés meghozatala, amennyiben minden releváns információ rendelkezésre áll a staging megállapításához (5. szint), majd adekvát terápia megkezdése (6. pont), mely során további idővesztés merülhet fel, vagy „veszhet el” a beteg, ha nem hajlandó elfogadni a terápiát.

Ezen vizsgálatok, orvos-beteg találkozások megszervezése, megtörténte rengeteg idő, és számos félresiklási lehetőséget hordoz magában. Betegek tűnhetnek el a rendszerből, kerülhetnek a szükségesnél később terápiára. Ha nem is lehet csökkenteni ezen kritikus döntési pontok számát, a

szervezéssel, jobb betegedukációval, a beteg számára történő segítségnyújtással, azaz időpont- és ellátásszervezéssel hatékonyabb és rövidebb lehet az első gyanútól a terápiáig meglehetősen betegút, evvel is javítva a túlélés esélyeit. Éppen az összetett kivizsgálási folyamat és a benne rejlő hibalehetőségek indokolják a betegútszervező megjelenését a folyamatban.

A KERÜLETI SZAKRENDELŐI TANULMÁNYOK FŐBB MEGÁLLAPÍTÁSAI: HELYZETFELTÁRÁS ÉS JÓ ELLÁTÁSSZERVEZÉSI GYAKORLATOK

Az onko-diagnosztikai Program „B” moduljában részt vevő intézmények vállalták egy induló tanulmány elkészítését, melyben bemutatták az onkológiai gyanús esetek kivizsgálásának jelenlegi gyakorlatát intézményükben, illetve megkezdtek annak azonosítását, hogy mely területeken és miként tudnak javítani az adott folyamatokon.

A tanulmányok beérkezését követően a szolgáltatók megkezdtek a betegútszervezési tevékenységeik dokumentálását, illetve havi átalánydíj ellenében a Fővárosi Önkormányzat által meghatározott, a megállapodások mellékleteként feltüntetett dokumentum formátumában havi rendszerességgel a statisztikai adatok Főpolgármesteri Hivatal részére történő szolgáltatását. Az egészségügyi szakértők véleménye alapján a beszámolók, illetve a megállapodások nagyban hozzájárultak a betegútszervezési feladatok szakrendelői szinten történő optimalizálásához.

- A Program eredményeként a részt vevő kerületi szakrendelőknél egységesítették a diagnózisok kódolását a dokumentációkban a C és D diagnózisú betegek célzott ellátásának követhetősége érdekében. Egyik szakrendelő kisebb szoftverfejlesztésbe is fogott a medikai rendszerük betegútszervezést támogató funkcióinak kialakítása érdekében.
- Eljárásrendet vagy protokollokat dolgoztak ki ezeknek a betegeknek a gyorsabb és szervezettebb ellátása érde-

kében. A tipikus és tervezett betegutakat a Programért felelős vezetők és munkatársak folyamatábrákkal modellezték le.

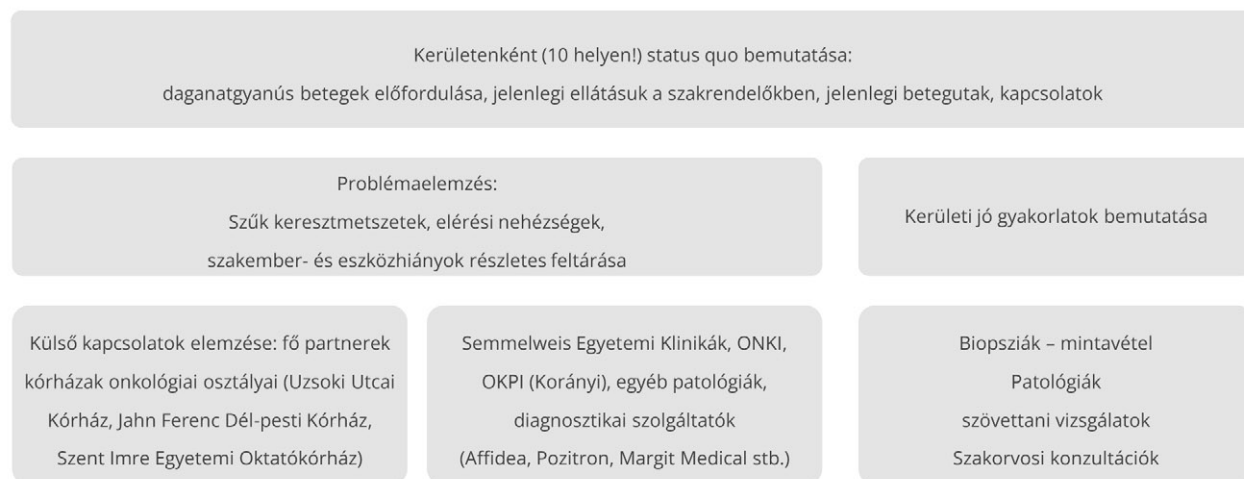
- Ahol hiányosságokat, szűk keresztmetszeteket tártak fel, ott az intézményvezetők saját hatáskörben próbálnak eljárni. Egyik kerületi rendelőben új szakmaként hozták létre az Onkológiai szakrendelést belső kapacitásátcsoportosítással.
- Intézményenként 2-4 főt jelöltek ki, van, ahol erre külön betegirányítási szervezeti egységet hoztak létre, akik végigkövetik vagy közvetlenül intézik a szakrendelőkben daganatgyanúval vagy már megállapított daganatos betegséggel ellátott betegek útját: szakorvosi konzultációkat és kivizsgálásokat (labor, UH, mammográf, endoszkópia, kolonoszkópia), a CT- vagy MR-vizsgálati kéréseket, a külső speciális laborkérdéseket (pl. biomarkerek), patológiai mintavételi kéréseket és a leletek megérkezését, majd onkológiai centrumba irányításukat.
- A diagnosztikai egységekben az előjegyzési időkből egyfajta gyorsítósávot jelöltek ki ezeknek a betegeknek, főleg a laborkérdések és az ultrahangvizsgálatok során.
- Egyes szakrendelők belső képzést is indítottak betegút-szervezési feladatok elsajátítása érdekében.

Önmagában a Program „B” moduljának elindulása pozitív változásokat indított el az onkológiai betegek ellátásának szempontjából, meghatározva a részt vevő intézmények menedzsmentjének gondolkodását, prioritásképzését akár munkaszervezés, akár infrastrukturális fejlesztések terén.

Az együttműködésben részt vevő járóbeteg-intézmények vállalták az általuk alkalmazott eljárásrend leírását, a jogszabályok bemutatását, mellyel egyidejűleg hasonlóképp havi átalánydíj ellenében statisztikai adatszolgáltatást nyújtanak a betegútszervezési tevékenységükről. Ezeket a Főpolgármesteri Hivatal feldolgozta, melyek főbb megállapításait és eredményeit az 5. ábra és magyarázat tartalmazza.

A kerületi helyzetfeltáró tanulmányok főbb tanulságait a 6. ábra foglalja össze. Ezek az elemzések kiemelik a betegútszervezés nehézségeit, a szakorvosi konzultációhoz jutás, a CT-, MR-, UH-vizsgálatok szervezésének, a szövettani (pl. biopsziás) mintavételek megszervezésének, elvégzésének és a patológiai leletezésnek az időigényét. A problémák mellett azonban számos meglévő kerületi jógyakorlatot is bemutatnak a kerületi szakrendelőkben dolgozó szakemberek és vezetők. Jógyakorlatok között – egyelőre még nem fővárosi szintű átfogó megoldásként, hanem egyedi kapcsolatként – kiemelhetők az alábbi példák:

- A Zuglói Egészségügyi Szolgálat (ZESZ) és az Uzsoki Utcai Kórház között emlődaganat gyanú esetén biopsziás mintavételre küldés a szakrendelőből. Uzsoki utcai Kórház egyes osztályaival, labor- vagy képpalkotó egységeivel.
- A Ferencvárosi Egészségügyi Szolgálat (FESZ) a Semmelweis Egyetem egyes klinikáival (onkológiai és nőgyógyászati) klinikáival, a Terézvárosi Egészségügyi Szolgálat (TESZ) pedig a Péterffy Kórház-Rendelőintézet nőgyógyászati, sebészeti és gasztroenterológiai osztályaival alakított ki jó kapcsolatokat a daganatgyanús esetek gyors átvétele és kivizsgálása érdekében.
- A Dél-Budai Egészségügyi Szolgálat épített ki jó kapcsolatot a Szent Imre Oktatókórház patológiai osztályával: tumorgyanú esetén a konvencionális citológián túl szövettani mintavételre kerül sor, ezt követően a minta soron kívüli patológiai osztályra jut, szükség szerint telefonos megbeszélésre kerül sor a patológiai osztály orvosával, sürgősségi leletezést és további vizsgálatot kérve.
- A Vass László XV. kerületi szakrendelő közvetlen (személyes vezetői és szakorvosi) kapcsolatokat épített ki az Országos Korányi Pulmonológiai Intézettel. A kerületi tüdőgyógyász szakrendelés direkt kapcsolatot tart fenn az Országos Korányi Pulmonológiai Intézettel (OKPI). A betegeket pozitív CT-lelet birtokában további kivizs-



5. ábra

A kerületi szakrendelők helyzetfeltáró tanulmányainak áttekintése (saját szerkesztés)

gálás céljából a kerületből direkt a Korányiba küldik, a betegek felvétele gördülékeny, ambuláns ellátásuk néhány héten belül megtörténik, ezt követően a kórház és a szakrendelő szakorvosai közvetlenül, telefonon konzultálnak. A szakrendelő CT-je pedig a Program keretében lekötött kapacitásokon belül havonta több kórházi beteget vizsgál ki rövid határidőkkel, néhány napon belül.

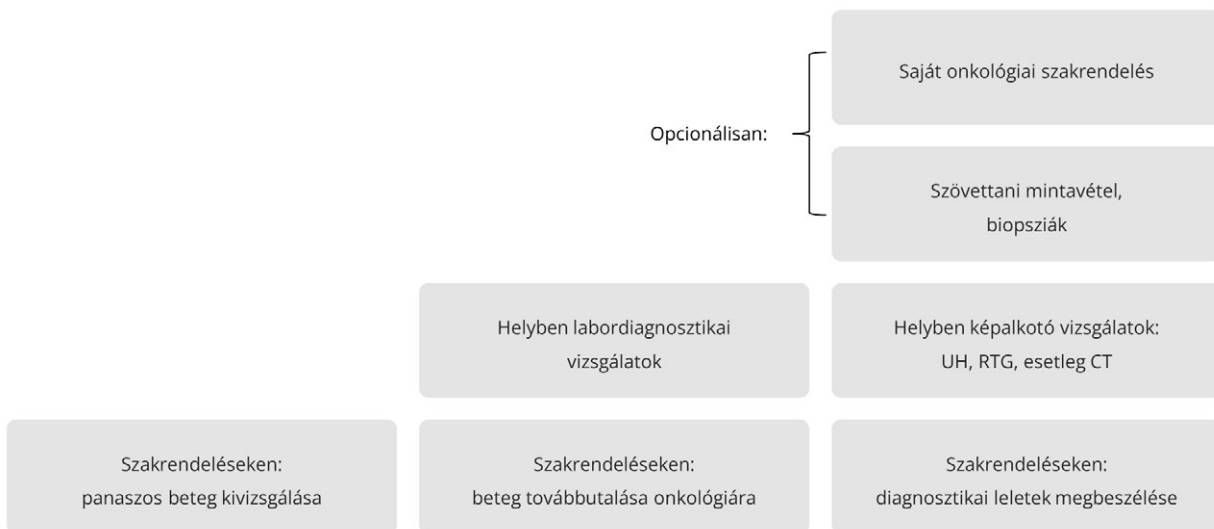
- A XXIII. kerületi dr. Nádor Ödön Egészségügyi Intézmény jó együttműködésben dolgozik együtt a Jahn Ferenc Dél-Pesti Kórház és Rendelőintézet nőgyógyászati és urológiai osztályaival, ahol onko-team is működik. A betegütszervezés keretében szorosan követik a betegek kontrollvizsgálatra való visszahívását az onko-team döntését és az onkológiai terápiákat követően.

A legnagyobb probléma jelenleg a kapcsolatok és a betegutak esetlegessége, amelyek személyes jó kapcsolatokon múlnak, akár az intézményvezetők, vagy közvetlenül a szakorvosok között. Ha egy-egy szakorvos nyugdíjba megy, vagy átáll a magánellátásba, vagy a felügyeleti szervek átalakítják a területi ellátási kötelezettséget (TEK) – figyelmen kívül hagyva a már kialakult gördülékeny jó kapcsolatokat, finanszírozási okokból szüntetnek meg osztályokat, szűkítik a labor, patológia vagy szakorvosi kapacitásokat –, akkor ezek a jógyakorlatok, bejáratott diagnosztikai kapcsolatok és betegutak egyik hónapról a másikra szűnnek meg.

A kerületi szakrendelők eltérő szerepvállalása leginkább a daganatgyanú pontosításában, a kivizsgálásában, részletes anamnézis felállításában, maximum az elsődleges diagnózisig való eljutásban van, illetve a megfelelő centrumba való irányításban merülhet ki. Ezt követően a terápia után, majd a kezelésen túljutott betegek követésében (follow-up), éves felülvizsgálatában van teendőjük. A fővárosi onkológiai betegütszervezési Programban részt vevő 11 kerületi szak-

rendelő igen eltérő szerepet vállal az onkológiai betegek kivizsgálásában a gyanútól az onko-team elé kerülésig, melyet a 6. ábra mutat be. Valamennyi szakrendelőben végeznek szakorvosi fizikális vizsgálatot, konzultációt, UH-, esetleg RTG-vizsgálatot. A specifikusabb vérvizsgálatokat, biomarker-vizsgálatokat már csak részlegesen végzik el. Igen kis arányban, illetve szakmánként eltérő mértékben, csak néhány rendelőben végeznek biopsziás mintavételt (altatásban, helyi érzéstelenítéssel). Illetve szintén csak néhány rendelő működtet onkológiai szakrendelést, és rendelkezik saját alkalmazott vagy szerződött onkológussal. Ahol van, ott azonban nagyon pozitívak a tapasztalatok, egyrészt az onkológus szakorvos és asszisztense saját munkája, másrészt a horizontális kapcsolatok és konzultációs lehetőség révén más szakorvosokkal, legyen az urológus, nőgyógyász, belgyógyász.

A fővárosi betegütszervezési Programban részt vevő szakrendelők havonta feladatfinanszírozásban részesülnek, melynek átalányösszege 1 millió azon kerületekben, ahol a 2023-as KSH szerinti lakosságszám nem haladta meg a 90 ezer főt, illetve 1,6 millió Ft a 90 ezer főnél nagyobb népességszámú kerületeken működő szakrendelők számára. Ez az összeg hivatott fedezni a havonta felmerülő többletbérléssel és dologi költségeket (nagyjából 1 – 1,5 – 2 munkatárs havi bruttó bérét és 100-200 eFt-ot kitevő közvetlen, illetve közvetett (vetített) dologi költséget). A szakrendelővezetések a Programba kerületenként általában 2-4 főt vonnak be. A bevont munkatársak részben részállásban a menedzsment tagjai (pl. orvosigazgató, prevenció igazgató), vagy szakorvosok (onkológus, pulmonológus), vagy akár főállásban szakápolók vagy adminisztrátorok (nem egészségügyi diplomások). A jelentési rendszer 8 pontból áll, melyet az 1. táblázatban mutatunk be a jellemzőbb havi esetszámokkal (tól-ig esetszámokban, zárójelben egy-egy rendelő kirívó értéke).



6. ábra
 Kerületi járóbeteg szakrendelők egészségügyi kapacitási és ellátásszervezési dilemmái (saját szerkesztés)

Feladat – csak fővárosi állandó vagy ideiglenes lakcímmel rendelkező biztosítottak vonatkozásában		Elvégzett havi teljesítmény (statisztikailag egyénre nem beazonosítható módon)
1.	Az Együtműködő fél szakrendeléseinek tárgyhóban nyilvántartásba vett új C-s vagy D-s iránydiagnózisú esetek száma	20 – 50 (120) esetszám
2.	Az Együtműködő fél szakrendeléseinek tárgyhóban nyújtott szakorvosi konzultációk száma C-s vagy D-s iránydiagnózisú betegek számára	100 – 160 (500) esetszám
3.	Az Együtműködő fél szakrendeléseiről a tárgyhóban a fővárosi CT és MR programba irányított C-s vagy D-s iránydiagnózisú esetek száma	10 – 20 esetszám (30 – 40 eset saját CT-nél)
4.	Az Együtműködő fél szakrendeléseinek C-s vagy D-s diagnózisú betegek kivizsgálása érdekében a tárgyhóban végzett szövettani mintavételek száma	Esetileg: 0 – 10 (50 – 100) esetszám
5.	Az Együtműködő fél szakrendeléseinek C-s vagy D-s diagnózisú betegek kivizsgálása érdekében a tárgyhóban kezdeményezett patológiai, szövettani mintavételek vagy leletek kérésének száma	5 – 10 (40 – 50) esetszám
6.	Az Együtműködő fél szakrendeléseinek tárgyhóban kezdeményezett beutaló C-s vagy D-s diagnózisú betegek további kivizsgálása, terápiájuk megkezdése érdekében onkológiai osztállyal, centrummal rendelkező kórházba, országos intézetbe, egyetemre.	5 – 10 esetszám
7.	Az Együtműködő fél szakrendeléseinek C-s vagy D-s diagnózisú betegek számára a tárgyhóban végzett kontrollvizsgálatok száma (pld. CT- vagy MR-vizsgálaton átesett betegek visszahívása, szövettani lelet megérkezését követő szakorvosi konzultáció)	10 – 20 (80 – 100) esetszám
8.	Szöveges beszámoló az Együtműködő fél intézetében a tárgyhóban az onkológiai betegútszervezéssel kapcsolatos egyéb elvégzett tevékenységekről.	

1. táblázat
Fővárosi kerületek havi jelentési rendszere a betegútszervezési Program keretében (saját szerkesztés)

Fentiekén túl a Főpolgármesteri Hivatal két alkalommal, 2024 májusában és decemberében szervezett szimpóziumot meghívott szakértő előadók, a kerületi szakrendelők vezetői és onkológiai diagnosztikai betegút kialakításával, működtetésével foglalkozó szakemberei részvételével, tovább folyamatosan értékelte, összegezte az együtműködő szakrendelőktől érkező havi beszámolók szöveges részét.

A visszajelzések alapján jól látszik, hogy fontos már a szakorvosi konzultációra történő időpontfoglalás során kiemelt figyelmet fordítani a daganatgyanús esetekre. Ennek érdekében például a II. kerületi Kapás utcai szakrendelőben időpontfoglalás kizárólag telefonon keresztül lehetséges, így néhány, az anamnézisre és a beutalás indokára vonatkozó kérdést követően triázs-szerű időpontbiztosítás lehetséges: a tumorgyanús esetek az előjegyzésnél prioritást élveznek. Ez felveti annak kérdését, hogy a digitális/elektronikus előjegyzési rendszerek bevezetésével miként emelhetők ki az időkritikus esetek; fontos az informatikai fejlesztések során erre figyelmet fordítani és megoldást találni.

További jógyakorlatként azonosítható közvetlen és dedikált csatornák létrehozása, fenntartása az onkológiai szempontból gyanús esetek kivizsgálásában, ellátásában részt vevő partnerintézmények (házi orvosok és szakorvosok, illetve a járóbeteg-intézmények és az onkológiai centrumok szakorvosai) között, amely egyrészt biztosítja az érintett betegek számára létfontosságú gyorsított útvonalat (fast track), illetve csökkentheti a téves betegutak és a diagnózis felállításához szükséges egy-egy vizsgálat elmaradásának előfordulását. Jelentőségét azok a visszajelzések is adják,

melyek szerint a nagy betegforgalmú onkológiai centrumokban a kivizsgálás során a betegút olykor megszakad, ottani kezelőorvosukat a betegek nem tudják elérni. A visszajelzések szerint előfordul, hogy a páciensek az onkológiai centrumokban sem kapnak megfelelő tájékoztatást, ezért jobb esetben visszatérnek a házi orvosukhoz, szakrendelőjükhöz, rossz esetben megszakad a kivizsgálás folyamata. Ennek elkerülése érdekében kulcsfontosságú a betegek megfelelő tájékoztatása, ellátás során történő nyomonkövetése, automatikus visszahívása. E funkciót betegút-koordinátorok biztosíthatják, akár praxisközösségekben a házi orvosok mellé rendelve vagy a szakrendelőbe telepítve. A betegutak megfelelő nyomonkövetéséhez szükségesek informatikai fejlesztések, melyek lehetséges irányairól alább írunk.

E problémakörhöz kapcsolódik, hogy a betegek olykor azért nem kapják meg a további feladataikkal kapcsolatos információkat, mert azzal esetleg az ellátásukban részt vevők sincsenek tisztában. Ennek kiküszöbölésére világos, minden szereplő által megismerhető eljárásrendekre volna szükség. Addig is támogatandó minden olyan gyakorlat, amely a résztvevők közötti intézményesített információcserét biztosítja, például rendszeres klinikai esetmegbeszélések, tematikus továbbképző alkalmak az egy ellátási területre tartozó házi orvosok, a járóbeteg-ellátásban és az onkológiai centrumokban dolgozó szakorvosok részvételével. Jó példa van erre többek között a Zuglói Egészségügyi Szolgálatnál, és hasonló kezdeményezés indul a II. kerületi Kapás utcai rendelőintézet szervezésében.

AZ ONKOLÓGIAI BETEGÚTSZERVEZÉS INFORMATIKAI TÁMOGATÁSA

Az ellátásszervezés és benne az onkológiai betegútmenedzsment fontossága nem új téma a hazai egészségügymenedzsment szakmában és tudományos közéletben [13, 19, 20, 21]. Már 2015-ben, szintén az IME hasábjain megjelent cikk komoly előrelépést jelentett ezen a területen. Moizs, Repa és munkatársaik [13] által a Somogy megyei Kaposi Mór Oktató Kórházban létrehozott OnkoNetwork rendszer lényege, hogy a daganatgyanútól kezdve, az onkoteam ülésen át a terápia megkezdésig eltelt idő lerövidüljön (rendszerbe kerüléstől 30 napon belül onkoteam ülés, utána kezelés), ezáltal nőjön a terápia hatékonysága. Onkológiai beteg ne vesszen el, ne kallódjon a rendszerben, és terápiás döntés csak onkoteam közös határozata kapcsán történhet. Mindezt egy hazai onkológiai ellátást menedzselő specifikus informatikai rendszer fejlesztése és használata fogja össze. Az informatikai megoldás alapkonceptiója, hogy a dolgozók munkáját megkönnyítse, a betegút-menedzselést támogassa. Az OnkoLogistic szoftver egy rendszeren belül biztosítja az orvosi, adminisztratív és orvosszakmai funkciók megvalósítását. Minden beteg mellé felelőst jelöl ki, és követi a páciensek státusát és a hozzátartozó feladatokat.

Sajnálatos tény, hogy 10 évvel ezen kiváló kezdeményezés, és sikeres, bizonyított projekt elindulása után az egészségügyi kormányzat támogatásának hiányában az ottani helyi – OnkoNetwork és OnkoLogistic – tapasztalatok megmaradtak lokálisan kaposvári fejlesztésnek és sajátos intézmény irányítási modulnak, és nem terjedtek el országosan.

Annak ellenére, hogy az onkológiai területre kiténtetett társadalmi figyelem hárul, szervezési problémákról és információk hiányáról számolnak be Páll és munkatársai is [22]. Kiemelik az idővesztés mint kritikus pont kérdését, amely szakmai morális és pszichés szempontból is hátrányos a betegek számára.

Leszögezendő, annak ellenére, hogy az onkológia az egyik legkomplexebb – és egyben legköltségesebb – ellátási terület, számos szerteágazó betegúttal, és számos szakma együttműködési igényével, itt van a leginkább igény a betegutak világos támogatására, valamint az orvosszakmai és a finanszírozási protokollok rendszeres frissítésére.

Egy 30 évet átölelő metaanalízis szerint az onkológiai ellátás eredményességi mutatói a koordinációs (betegútmenedzsment) eredményeképpen kétszeresére nőttek a megfelelő egészségügyi ellátás esélyei, a „hagyományos” ellátási módhoz képest [23].

A téma örök aktualitását és nemzetközi jelentőségét adja, hogy a Roche gyógyszer és diagnosztikai vállalat belső nemzetközi pályázatot hirdetett innovatív, egészségügyi ellátást támogató, segítő megoldások fejlesztésére. A nemzetközi pályázaton kiemelt támogatást nyert a magyar kezdeményezés, amely során a Dr.BetMen fantázia név alatt egy olyan alkalmazás került kifejlesztésre, amely célja, hogy az EESZT-hez kapcsolódóan több krónikus betegség esetén tudjon párhuzamosan betölteni számos egészségügyi intézményben

és számos orvosszakmai területen hasznos betegútmenedzszeri funkciókat. A rendszer lényege, hogy ellátáslánc-szakaszokat és azonosítókat határoz meg, amely ellátási terv / folyamat alapú, és adott beteghez felelős személyt, intézményt és feladatot jelöl ki. Az ellátási eseményeket összeszedi, összekapcsolja ellátási láncokká, az adott ellátási terv alapján, amely ellátási terv mögött pedig elérhetők az aktuális szakmai és finanszírozási protokollok.

A Dr.BetMen fejlesztői [24] a program v.2 verzióját ingyenesen felajánlották a Magyar Állam számára, azzal a feltétellel, hogy ez az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (EESZT) hasznos kiegészítő modulját képezze. Cikkünk írásakor ezen átadás-átvétel a jogi és bürokratikus procedúrák miatt évek óta húzódik. Nem világos, hogy a rendszer további fejlesztéséért, valós élethez való illesztéséért ki lesz igazán az elhivatott felelős.

A Dr.BetMen programban – az OnkoLogistic-hez hasonlóan – orvosi, asszisztensi, illetve beteghez tartozó feladatlistákat lehet összeállítani időrendben: egyes esetekhez lehet szakterületeket, értesítéseket, hozzárendeléseket adni, diagnosztikus, valamint terápiás kezelési sablonokkal megkönnyíteni a munkafolyamatokat. Emellett a rendszer lehetővé teszi egyénre szabottan szükséges lépések („period of care”) összeírását, szerkesztését, megosztását is. Minden felelős személy, beteg és diagnosztikus terápiás hely bármikor átnézheti a státusz, terheltség, a kivizsgálás vagy a kezelés jelen állását. Lehetőség van kódok, szakterületek, referenciák megadására, rövid alkalmazási leírások, kérdéstípusok behúzására, szerkesztésére, szekciók létrehozására. Mivel egy adott beteg ellátásának szervezése során több orvos bevonására is van mód a folyamaton belül, adott ellátásra így egy „Care Team Concept” valósul meg, és folyamatosan, hatékonyan követheti az egyes betegek ellátását egy hozzáértő, multispeciális szakmai csapat.

Mind az OnkoLogistic, mind a Dr.BetMen program bizonyíték arra, hogy kiváló orvosok, fejlesztők, IT-szakemberek és egészségügyi menedzserek állnak rendelkezésre hazánkban, mégsem sikerült áttörni az egészségügyi felsővezetők, döntéshozók ingerküszöbét ezen programok széles körű támogatása, elterjesztése céljából. Nemzetközi és hazai evidenciák támasztják alá, hogy világos és logikus igény lenne ezen munkafolyamatokat könnyítő informatikai alkalmazások mindennapi használatára; az ellátórendszerbe vetett hit, a szűkös erőforrások hatékony felhasználása, az ellátás hatékonyságának növelése és végeredményben a betegek túlélése szempontjából.

Mivel az onkológiai ellátás számos orvost, egészségügyi szakdolgozót, szakmát és intézményt átfogó komplex feladat, így igazán ezek a megoldások kizárólag egy-egy intézményi vezető elhivatottsága mellett nem valósíthatók meg hatékonyan. Több szintű, teljes rendszert érintő, a szabályozási rendszerbe illeszkedő implementációra van szükség, amely az EESZT-hez kapcsolódóan, minimum egy-egy szakterületre (pl. tüdőrák) vagy földrajzi ellátási területre (pl. centrum-kórház és szatellitjei) vonatkozóan, de leginkább országosan elterjesztve működhet hatékonyan.

A TOVÁBBLÉPÉS IRÁNYAI ÉS JAVASLATOK A HATÉKONY BETEGÜTSZERVEZÉS KIALAKÍTÁSÁRA

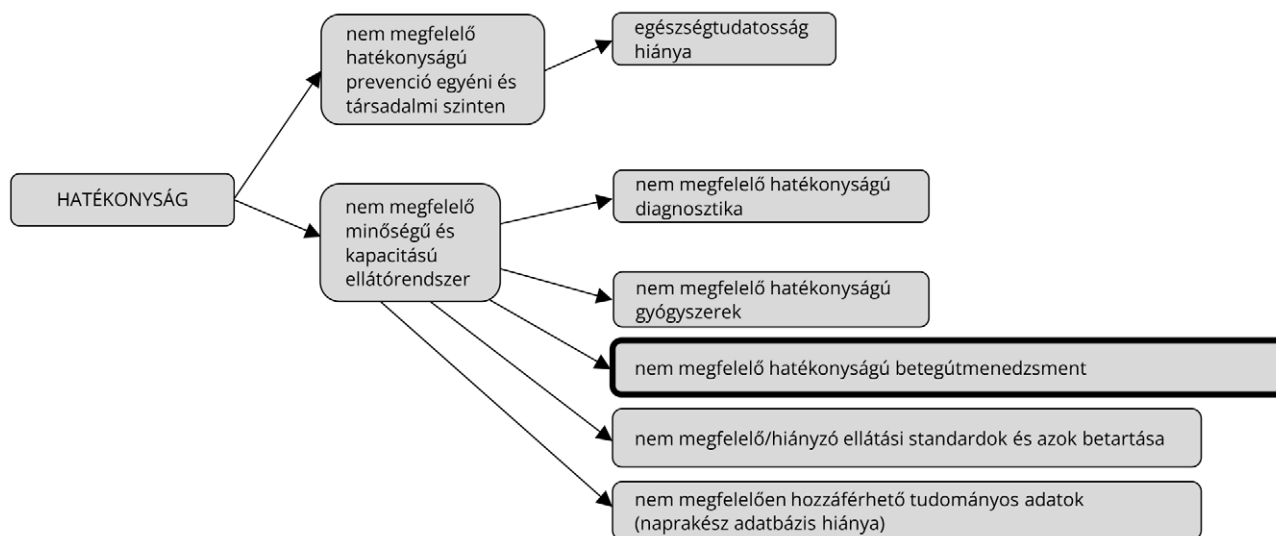
Takács [12] munkájában kihangsúlyozza, hogy a félig strukturált interjúk alapján egy fővárosi onko-diagnosztikai esetmenedzser modellprogram bevezetése megoldást jelenthet a betegek részéről felmerülő kielégítetlen egészségügyi szükségletekre, viszont a Budapest Főváros Önkormányzata számára rendelkezésre álló erőforrások nem elegendőek egy ilyen volumenű projekt önálló vezetésére, ezért partnerek bevonására van szükség. Egyetemi – kutatói – elemzői háttérrel, betegutak szisztematikus elemzésére, az ellátórendszeri hiányosságok és ellátásszervezési hatékonysági tartálékok feltárására, illetve modern, az EESZT-hez kapcsolódó betegútmenedzselő informatikai modulra (7. ábra).

Az alábbi részben a Program eddigi tanulságai és a szakirodalmi elemzés alapján rendszereztük a hatékony betegütszervezés feltételeit és továbbfejlesztésének irányait.

- A betegütszervezés háttérét, alapjait a frissített orvosszakmai folyamatleírások, egyszerűsített irányelvek jelentik (legalább a főbb daganattípusok esetében, lásd példaként a cikk online verziójában elérhető Mellékletet).
- Szükséges az Onkológiai centrumok és a kerületi onko-diagnosztikai tevékenységek összehangolása–illesztése, a szűk keresztmetszetek feloldása, főleg a biopsziás mintavétel és a patológiai leletezés területén; a NEAK tudatos szolgáltatásvásárlásának erősítése, gyors reagálás ezekre az ellátási hiányokra és az alulfinanszírozottságra.
- Az onko-team ülések időbeliségének és jellegének rögzítése: mikor kerül sor az ülésre, ott végleges döntés születik-e a terápiáról (sugárkezelés, sebészet, kemoterápia, vagy más jellegű gyógyszeres, pl. immunterápiás kezelés), vagy még további kivizsgálást kérnek és újabb onko-team ülés keretében tudnak csak dönteni. Ehhez javasolt akár több új tevékenységi, ún. OENO-kód kidolgozása és

miniszteri rendeletben való kihirdetése, hogy az onko-team tevékenysége jelenthető legyen a NEAK felé.

- Az onko-team ülések előbbre hozása biztosíthatja a kezelések (terápiás modalitások) mielőbbi megkezdését, ezáltal javítva a mielőbbi (korábbi stádiumban) való hozzáférést a hatékony terápiákhoz.
- A korábbi, igen jelentős kaposvári OnkoNetwork program tapasztalatainak beépítése, és informatikai alkalmazás fejlesztése, vagy meglévő alkalmazások rendszerbe állítása (pl. OncoLogistic, DrBetMen) betanítása, illesztésük az EESZT-rendszerhez.
- Betegütszervező szakemberek képzése rövid célirányú továbbképzések és workshopok keretében. Valamint igény van a meglévő egyetemi alap- és mesterszakok kurikulumának bővítésére, képzési modulok kialakítására, korszerűsítésére (pl. egészségügyi szervező szak, egészségügyi menedzser, orvos, diplomás ápoló, APN képzésben).
- A Budapesti betegütszervezés eddigi tapasztalatai alapján egyértelmű a horizontális együttműködések továbbfejlesztésének fontossága a kerületi szakrendelők között. Vertikálisan pedig az alapellátás – háziorvosi ellátás és a szakrendelők, valamint a szakrendelők, az Egyetem és az állami kórházak között.
- Tételes – teljesítményalapú finanszírozás bevezetése. Kiindulási javaslatunk négy egymásra épülő OENO-kód kidolgozása és jogszabályi kihirdetése (BSZ1: első szakorvosi konzultáció, képkalkító diagnosztika megszervezése; BSZ2: további megerősítő vizsgálatok, pl. UH, szöveti mintavétel, patológiai leletezés; BSZ3: onkológiai centrum által menedzselte vizsgálatok időbeli teljesítése és onko-team elé való utalás meghatározott időn belül; BSZ4: onko-team időbeli teljesítése és döntése a terápia jellegéről, üteméről).



7. ábra
WHO rendszerdiagnosztikai térkép (hatékonyság), (forrás: [12], saját szerkesztés)

Egy jól működő, országos szintű onkológiai betegútmenedzsment program természetesen további komoly anyagi, szellemi erőforrások bevonását és az egészségügyi ellátórendszer számos szintjének összefogását jelenti, melynek részletes kidolgozását mielőbb javasolt megtenni, de haszna

jelentős lépést jelent a hazai tragikus onkológiai betegség és halálozási mutatóink javításában. Bármelyikünk esetleges megbetegedése esetén a túlélésünk múlhat ennek a rendszernek a működésén, hatása emberéletekben és megnyert életekben mérhető.

IRODALMI HIVATKOZÁSOK

- [1] KSH. 22.1.1.10. Halálozások a gyakoribb halálokok és nemek szerint.
https://www.ksh.hu/stadat_files/nep/hu/nep0010.html
- [2] NEAK.gov.hu kasszák szerinti szakellátási kiadások.
https://www.neak.gov.hu/felso_menu/szakmai_oldalak/g_yogyito_megeleozo_ellatas/szakellatas/fekvobeteg_szak_ellatasm
- [3] Eurostat – Database 2021. évi egészségügyi országprofil jelentés: <https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/magyarorszag-egeszsegugyi-orszagprofil-2021>
- [4] Orosz É: A felzárkózás kudarca I. és II. LAM. Vol. 34(9-10-11): 424–437. és 515–522. old.
- [5] 43/1999. (III.3.) Kormányrendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól
- [6] 9/1993. (IV.2.) NM rendelet az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről
- [7] Elek P, Fadgyas-Freyler P, Váradi B, Mayer B, Zemplényi A, Csanádi M. Effects of lower screening activity during the COVID-19 pandemic on breast cancer patient pathways: Evidence from the age cut-off of organized screening. Health Policy. 2022. 126(8):763–769.
- [8] Miles K: Can imaging help improve the survival of cancer patients? Cancer Imaging 2011;11Spec No A(1A): S86–92. <https://doi.org/10.1102/1470-7330.2011.9022>.
- [9] Mann RM, Kuhl ChK, Moy L: Contrast-enhanced MRI for breast cancer screening. Journal of Magnetic Resonance Imaging 2019; 50:2.
- [10] Rékassy B, Maurovich HP, Szanka Tapp ZsM et al.: A fővárosi onkológiai CT- és MR-várólista-csökkentési program jelentősége és részidős eredményei, tapasztalatai. LAM 2023 Vol. 33(1–2): 41–48.
- [11] Papp ZsM, Szakács L, Hajivandi S-S et al.: Impact of a Targeted Project for Shortening of Imaging Diagnostic Waiting Time in Patients with Suspected Oncological Diseases in Hungary. 2023 MEDICINA-LITHUANIA 59:1 Paper: 153, 10 p.
- [12] Takács R: Az onkológiai diagnosztikai feladatok szervezési hatékonyságának növelése a fővárosi szakrendelőkben. 2023 Szakdolgozat, Semmelweis Egyetem EMK.
- [13] Moizs M, Ruzsa Á, Repa I et al.: Onkológiai betegútmenedzselés gyakorlati megvalósítása. IME XIV. évfolyam 6. Szám 2015 júl.-aug.
- [14] Wind A, Gronçalves, FR, Marosi E et al.: Benchmarking cancer centers: From care pathways to integrated practice units. Journal of the National Comprehensive Cancer Network, 16(9), 2018, 1075–1083.
<https://doi.org/10.6004/jnccn.2018.7035>
- [15] Rotter T, Baatenburg de Jong R, Lacko SE et al.: 12 Clinical pathways as a quality strategy - Improving healthcare quality. in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies. 53 series. 2019 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549262/>
- [16] A short guide to cancer screening. Increase effectiveness, maximize benefits and minimize harm. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- [17] De Bleser L, Depreitere R, De Waele K et al.: Defining Pathways. Journal of Nursing Management, 2006 14(7), 553–563.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2934.2006.00702.x>
- [18] Samaranayake S, Barker D, Windsor A: Optimal cancer care pathways – the ideal versus reality for patient – centric cancer care during COVID-19. Australian Health Review, 2023 47(4), 472–479.
<https://doi.org/10.1071/AH23060>
- [19] Nagy B, Dózsa Cs: Az irányított betegellátási program tapasztalatai és a továbbfejlesztés lehetőségei. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 2002 40(4): 479–332.
- [20] Boncz I, Horváth Á, Jónásné Katona K, Dózsa Cs: Az irányított betegellátási rendszer fejlődése és működése. Lege Artis Medicinae, 2004 14(6): 448–449.
- [21] Hamar D: Onkológiai betegút ismertetése hazai vonatkozásban nemzetközi áttekintéssel. Szakdolgozat, 2024 Debreceni Egyetem Egészségügyi Menedzserképzés
- [22] Páll N, Tóth Á, Dankó D: A magyar onkológiai ellátás betegközpontú értékelése. IME XVIII. Évfolyam 2. Szám. 2019 március
- [23] Tóth Á, Páll N, Dankó D: Az onkológiai ellátás helyi betegútszervezésen alapuló, betegközpontú fejlesztése. IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja, 2019 XVIII(10), 26–30.
- [24] Magyar Személyre Szabott Egészségügy Fejlesztéséért Alapítvány: www.innophc.hu/projektek

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Dózsa Csaba László egészségügyi közgazdász, egészségpolitikai szakértő. Egészség-gazdaságtani másoddiplomáját 1999-ben a barcelonai Universidad de Barcelonán és a Pompeu Fabrán szerezte. 1994 és 2005 között az OEP-ben dolgozott a Tervezési és költségvetési Főosztályon, majd a Gyógyító-megelőző ellátás területén, 2002-től főigazgató-helyettesként. 2005 májusa és 2006 júniusa között az Egészségügyi Minisztérium helyettes államtitkáráként felügyelte az ágazat közgazdasági és ágazatfejlesztési munkáit. 2010 szeptemberétől és jelenleg is főállásban a

Miskolci Egyetem Egészségtudományi Karának egyetemi docense, az Egészségügyi Szervezés Szak szakfelelőse. 2020 májusától a Fővárosi Önkormányzat egészségpolitikai tanácsadója. Doktori értekezését 2011 júniusában védte meg a Corvinus Egyetemen a hazai kórházak stratégiai menedzsmentjének témakörében, majd 2022-ben egészségtudományi témakörben habilitált a Pécsi Tudományegyetemen. 2004-2006-ban, 2011-2012-ben, majd 2016-2017 között a Magyar Egészség-gazdaságtani Társaság (META) elnöke volt, a társaság egyik alapító tagja. 2006-tól az IME szerkesztőbizottságának tagja. 2006-ban hozta létre a Med-Econ Humán Szolgáltató Kft. tanácsadó céget.



Salai Márton József 2019-ben szerzett gazdaságinformatikus BSc diplomát a Budapesti Gazdasági Egyetemen. Szakmai pályafutását 2020-ban a Főpolgármesteri Hivatalban kezdte ösztöndíjas foglalkoztatottként, ahol már kezdetek-

től az Egészséges Budapest Programmal (EBP) kapcsolatos feladatok ellátásában vett részt. Első évében az EBP-hez kapcsolódó informatikai feladatokért volt felelős, köztisztviselői kinevezését követően informatikai és egészségpolitikai projektkoordinátorként a program teljes körű koordinációját látja el.



Havasi Gábor végzettsége szerint mentő szakápoló, 2019-2024 között a Fővárosi Közgyűlés tagja, Budapest egészségügyi tanácsnoka. 2020 novemberében Kiss Ambrus általános fő-

polgármester-helyettesével együtt a fővárosi CT- és MR-várolista-csökkentési program, majd 2023-ban az onkológiai betegútszervezési pilot program előterjesztője. Jelenleg Budapest Főváros Főpolgármesteri Hivatalának egészségpolitikai referense.



Rékassy Balázs orvos, egészségügyi szakmenedzser, egészség-szakpolitikai szakértő a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Általános Orvosi Karán végzett 1992-ben, majd Londonban folytatta tanulmányait, a Londoni Egyetem Népegészségügyi és Egészségpolitikai szakának mester-, majd 2 évig PhD-hallgatója volt. Az ELTE Társadalomtudományi Kar Egészség-gazdaságtani Munkacsoport Gyógyszerpolitika és gyógyszergazdaságtan szakirányán is kiváló hazai tanároktól tanult. Munkatapasztalata az egészségügy széles spektrumát felfedi: dolgozott az alapellátásban, Egészségügyi Minisztériumban, a Világbank Népegész-

ségügyi Programjában, a gyógyszeriparban, hazai egészségbiztosító vezetésében és egészségpénztár létrehozásában, alapításában. Nevéhez fűződik az első szolgáltatást finanszírozó Vitalitás kiegészítő magán-egészségbiztosítás-, Millennium Medicina egészségpénztár megteremtése, a veres-egyházi irányított betegellátási modellkísérlet indítása, a HPV-védőoltás bevezetése, a közelmúltban a COVID-dal kapcsolatos szakmai és társadalmi objektív tájékoztatás elősegítése, a Konszenzus az Egészségért Kör Szakértői (KEKSZ) szakmai munkacsoport megalakítása. Jelenleg a Fővárosi Önkormányzat egészségügyi szakértője, ill. a SE Családorvosi Tanszékének rezidense. Fő kutatási területe a magánegészségügy növekedése, a magán-egészségbiztosítás és a hazai egészségügy reformjának lehetőségei.

Melléklet

Tüdődaganat-gyanú diagnosztikus folyamata

Az első tünetektől a pontos diagnózisig a szerzők által készített diagnosztikai folyamat javasolt váza.

1. Első kontakt

- 1.1. *Első tünetek* – Köhögés, csökkent terhelhetőség, nehézlégzés, esetleges véres köpet, nem múló tüdőgyulladás, láz – beteg felkeresi háziorvosát, tüdőgondozót, vagy bármely más szakorvost (belgyógyász, pulmonológia, kardiológia stb.)
- 1.2. *Specifikus tünetmentes felfedezés* – Beteg más tünetek miatt/sima szűrővizsgálat során egészségügyi ellátórendszert vesz igénybe, amely során vagy mellkasröntgen vagy LDCT- vagy CT-vizsgálat történik, ahol felmerül bármi abnormalitás és a tüdődaganat gyanúja nem zárható ki.

2. Feladatok

- 2.1. Általános belgyógyászati és pulmonológiai vizsgálat (ki végzi, időintervallum)
- 2.2. A páciens adatbázisba való regisztrációja
- 2.3. 1. számú ellátásszervező felelős kijelölése a beteg mellé
- 2.4. További vizsgálatok elindítása (ki végzi, időintervallum)
- 2.5. Társbetegségek felmérése és szükség szerinti kezelése

3. További vizsgálatok

- 3.1. Labor (eGFR – vesefunkció kötelező), további vizsgálatok indokoltak lehetnek (pl. tumormarkerek) – háziorvosi illetve szakrendelői szinten igényelhető-e?
- 3.2. Légzésfunkciós vizsgálat
- 3.3. Több régiós kontrasztanyag CT-vizsgálat
 - (szakmai kérdés, muszáj-e/kell-e kontrasztanyag CT-vizsgálat? (valószínű, hogy igen)
 - Ki igényelheti: szakorvos (házi orvos biztos nem)
 - Kinél: szakrendelői, diagnosztikai szolgálati szinten is megfelelő (nem kell kórház, centrum) – Kérdés: tud-e szakrendelő kontrasztanyag CT-vizsgálatot csinálni – itt célszerű használni a Fővárosi CT/ MR Programot és a szerződött partnereket!
 - Időintervallum:
 - Optimális: 1 héten belül + 3 napon belüli leletezéssel
 - Elfogadható: 2 héten belül
 - Maximálisan tolerálható: 3 hét
 - Hol: szakrendelői szolgáltatók? Affidea, SE + szokásos vizsgálóhelyek (Dél-Pesti Centrum-kórház, Uzsoki Utcai Kórház, Észak-budai Szent János Centrumkórház, Budapesti Bajcsy-Zsilinszky Kórház stb.)
 - További vizsgálatok közül több folyhat párhuzamosan
 - További vizsgálatokhoz szükséges egy összesített időintervallum:
 - Optimális: 2-3 héten belül
 - Elfogadható: 4 héten belül
 - Maximálisan tolerálható: 6 hét

3.a. daganat kizárható

2.b. daganat lehetősége fennáll

3.b.-ből következően további vizsgálatok szervezése (4.;6.) indokolt – ellátásszervező Felelős

Itt már szakmai konzultáció és döntés szükséges, hogy ki, hol és mikor csinálja meg a következő pontot (orvos-beteg-találkozást – OBT)-t.

4. Specifikus vizsgálatok

- 4.1. *bronchoszkópia* - + *biopszia* (helyi érzéstelenítésben, vagy altatásban, esetlegesen műtéti úton)
Ki igényelheti:
Kinél: (szakrendelői? – nem valószínű) ambuláns formában kórházban, centrumban
 - Idő: optimális: 1 héten belül
 - Elfogadható 2 héten belül

- Maximálisan tolerálható: 3 hét

Hol: szakrendelő? Országos Korányi Pulmonológiai Intézet, Dél-Pesti Centrum-kórház, Semmelweis Egyetem

Feladat: nincs erre adatbázis, össze kell állítani, hol van erre Budapesten lehetőség

Kérdés:

- 4.2. szövettanra küldés (mintavételező hely részéről automatikus) és szövettan
- 4.3. Citológia – elvárható: 1-2 munkanap (max. tolerálható: 2x)
- 4.4. Szövettan, immunhisztokémia – 5-7 munkanap (max. tolerálható: 2x)
- 4.5. Molekuláris patológia – 10 munkanap (max. tolerálható: 2x)
- 4.6. Össze kell állítani, hogy hova, kihez küldi a mintavételi hely!

5. PET-CT

- A 4. ponttal egy időben már szervezhető?
- Igénylés feladása, bizottsági döntés (milyen gyakran és mikor van)
 - PET-CT bizottsági ülés, jóváhagyás esetén
- Időpont-egyeztetés (sok esetben jó proaktívan hívni, és nem megvárni, míg hívnak)
- Nagyon hasznos (lenne), amennyiben előbb megvan a PET-CT, mint a biopsziás mintavétel, a biopsziát végző orvos munkáját segíti a pontosabb lokalizáció, áttétek meghatározása – ezt célszerű koordinálni, mikor melyik legyen!
- Vizsgálat elvégzése és leletezése
- Ki igényelheti: onkológus szakorvos, pulmonológus (szakrendelőből is igényelhető-e?)
- Kinél: speciális szolgáltatóknál Budapesten 2 helyen
- Idő:
 - optimális: 2 héten belül
 - elfogadható: 3 héten belül
 - maximálisan tolerálható: 4 hét
- Hol: speciális szolgáltató (Pozitron Medical Diagnosztika Központ, Semmelweis Egyetem)

6. Centrum felé való átadás

Beteg anyagának felterjesztése – onkológiai centrum felé, kórházi onkológus bevonása – itt már az első felelős át kell, hogy adja szakmai centrumnak! – átadás módja, SW-esen

Tüdődaganat esetén:

- Semmelweis Egyetem
- Országos Korányi Pulmonológiai Intézet
- Uzsoki Utcai Kórház
- Budapesti Bajcsy-Zsilinszky Kórház

7. További esetleges igényelt vizsgálatok

(esetmenedzser onkológus szakorvos és centrum szakorvos döntése)

- Koponya MR (agyi áttét)
- Gerinc MR (áttét)
- Nyirokcsomó-biopszia
- Tüdő perfúziós scintigráfia
- stb.

8. Onko-team

8.a. Konzultatív (megelőzheti a 7. pontot) – esetmenedzser onkológus (illetve egyéb, pl. tüdőgyógyász szakorvos) bizonytalan és onko-team elé viszi az esetet, hogy mely további vizsgálatok szükségesek a terápiás döntés előkészítéséhez

8.b. Terápiás onko-team (onkológus, sebész, radiológus, patológus, sugárterápiás szakorvos)

- Komplet diagnosztikus anyaggal előkészített terápiás döntés – centrum átvétel, terápia megkezdésének kijelölése
- Optimális – további vizsgálatok nem szükségesek – 1 hét
- Maximálisan tolerálható: 2 hét
- További vizsgálatok igénylendő
- Betegkövetés – „2. szem” – szakrendelői onkológia gondozói szinten (kontrollokon való megjelenés, progresszió, gondozás, rehabilitáció, testi-lelki stb.)