



Ikt.sz.: EGB/20-1/2013.

EGB-6/2013. sz. ülés
(EGB-82/2010-2014. sz. ülés)

J e g y z ő k ö n y v

az Országgyűlés **Egészségügyi bizottságának**
2013. április 17-én, szerdán, 10 óra 08 perckor
a Képviselői Irodaház V. emelet 567. számú tanácstermében
megtartott üléséről

Tartalomjegyzék

<i>Napirendi javaslat</i>	3
<i>Az ülés résztvevői</i>	4
<i>Elnöki bevezető, napirend előtti hozzászólások, a napirend elfogadása</i>	5
<i>Tájékoztató az egészségügyi informatikai projektek előrehaladásáról. Egészségügyi ágazati informatikai fejlesztések az uniós projektek tükrében</i>	5
<i>Dr. Szócska Miklós államtitkár (Emberi Erőforrások Minisztériuma) szóbeli tájékoztatója</i>	5
<i>Szege Zoltán e-Health programvezető kiegészítése</i>	9
<i>Kérdések, észrevételek</i>	10
<i>Dr. Szócska Miklós államtitkár (Emberi Erőforrások Minisztériuma) válaszai</i>	17

Napirendi javaslat

1. Tájékoztató az egészségügyi informatikai projektek előrehaladásáról -
Egészségügyi ágazati informatikai fejlesztések az uniós projektek tükrében

Az ülés résztvevői

A bizottság részéről

Megjelent

Elnököl: **Dr. Kovács József** (Fidesz), a bizottság elnöke
Dr. Gyenes Géza (Jobbik), a bizottság alelnöke

Bábiné Szottfried Gabriella (Fidesz)
Dr. Iván László (Fidesz)
Dr. Kupper András (Fidesz)
Dr. Szalay Péter (Fidesz)
Dr. Zombor Gábor (Fidesz)
Dr. Nagy Kálmán (KDNP)
Dr. Garai István Levente (MSZP)
Dr. Kiss Sándor (Jobbik)

Helyettesítési megbízást adott

Dr. Bene Ildikó (Fidesz) Bábiné Szottfried Gabriellának (Fidesz)
Dr. Heintz Tamás (Fidesz) dr. Kovács Józsefnek (Fidesz)
Dr. Hollósi Antal Gábor (Fidesz) dr. Szalay Péternek (Fidesz)
Dr. Horváth Zsolt (Fidesz) dr. Zombor Gábornak (Fidesz)
Dr. Daher Pierre (Fidesz) dr. Kupper Andrásnak (Fidesz)
Dr. Szabó Tamás (Fidesz) dr. Iván Lászlónak (Fidesz)
Dr. Puskás Tivadar (KDNP) dr. Nagy Kálmánnak (KDNP)
Tukacs István (MSZP) dr. Garai István Leventének (MSZP)

Hozzászólók:

Dr. Szócska Miklós államtitkár (Emberi Erőforrások Minisztériuma)
Szege Zoltán (e-Health programvezető – Emberi Erőforrások Minisztériuma)

Jelenlévők:

Dr. Kovács Attila helyettes országos tisztifőorvos
Árki Kornél informatikai főigazgató-helyettes (Országos Egészségbiztosítási Pénztár)
Dr. Pálosi Mihály projekt-igazgatási főosztályvezető (Országos Egészségbiztosítási Pénztár)

(Az ülés kezdetének időpontja: 10 óra 08 perc)

Elnöki bevezető, napirend előtti hozzászólások, a napirend elfogadása

DR. KOVÁCS JÓZSEF (Fidesz), a bizottság elnöke, a továbbiakban ELNÖK: Tisztelettel köszöntök mindenkit az Országgyűlés Egészségügyi bizottságának 2013. április 17-ei, szerdai mai ülésén. Egyetlen napirendi pontot tűztünk ki a bizottság mai ülésének napirendjére, tájékoztató az egészségügyi informatikai projektek előrehaladásáról, egészségügyi ágazati informatikai fejlesztések az uniós projektek tükrében.

Régóta aktuális már a téma. Nagy tisztelettel köszöntök mindenkit, aki a bizottsági ülésen jelenlétével és érdeklődésével a munkánkat megtiszteli. Engedjék meg, hogy külön tisztelettel köszöntsem a napirendi pont előadóit, Szócska Miklós államtitkár urat, Szege Zoltán urat, az e-Health programiroda vezetőjét, Kovács Attila helyettes tisztifőorvos urat, Árki Kornél informatikai főigazgató-helyettes urat, Pálosi Mihály projekt-igazgatási fősztályvezetőt az OEP részéről, és mindenkit, aki munkánkat figyelemmel kíséri.

Megállapítom, hogy a bizottság határozatképes, aki az ismertetett napirendet elfogadja, kérem, kézfelemeléssel erősítse meg! *(Szavazás.)* Köszönöm. Egyhangú.

Tájékoztató az egészségügyi informatikai projektek előrehaladásáról - Egészségügyi ágazati informatikai fejlesztések az uniós projektek tükrében

Rá is térünk a napirendi pont megtárgyalására, amelyhez 72 oldalas előzetes írásos anyagot kaptunk. Megkérdezném államtitkár urat, hogy az írásos anyagot szóban kívánja-e kiegészíteni. Államtitkár úr, önt illeti a szó.

Dr. Szócska Miklós államtitkár (Emberi Erőforrások Minisztériuma) szóbeli tájékoztatója

DR. SZÓCSKA MIKLÓS államtitkár (Emberi Erőforrások Minisztériuma): Köszönöm a szót, elnök úr. Mi is nagyon köszönjük a lehetőséget, hogy az e-Health fejlesztésekről beszélhetünk, és az, hogy egy 72 oldalas összefoglaló van a tisztelt képviselő hölgyek és urak kezében, asztalán, ez mondjuk volumenében azt tükrözi, hogy rengeteget foglalkoztunk ezzel a kérdéssel, de mivel mi ezt nem egy egyszerű információtechnológiai fejlesztési csomagnak gondoljuk, hanem ez az ellátás és a szolgáltatások fejlesztését érintő kezdeményezés, ezért mindenképpen jó, ha szóban kiegészítem.

Röviden az előtörténetről. Megörököltünk egy voluminózus e-Health-programcsomagot, ahol őszintén és nyugodt lélekkel tudom mondani, mert minden részletét megvizsgáltuk, olyan beszállítói megoldásokra voltak döntések, amelyeknek még az egymással való összeköttetésére sem történtek volna befektetések. Tehát úgy jött volna létre valami a kórházi szektorban, úgy jött volna létre valami a népegészségügyben, hogy ezek a rendszerek nem kommunikáltak volna egymással, viszont a beszállító lelkiismeretére lett volna bízva, hogy használható rendszert hoz-e.

Számtalan kártyamegoldás vetődött fel, amit mi úgy gondolunk, hogy pazarlás, mert szerintünk megvan az az összerendező adatbázis, ami a személyazonosító okmányokat összerendezi, tehát bármely személyazonosító okmánnyal lehet majd a személyazonosságunkat, így a jogosultságunkat is igazolni a jövőben az egészségügyben. Tehát nem költünk fölöslegesen, kicsontoztuk a fölösleges kiadásokat belőle, és általában az egységességre és a szolgáltatásra törekszünk. Ez egy információtechnológiai leírásból nem mindig derül ki.

Akkor hadd menjek végig a projekteken, és mindegyikből kiemelném azt, ami a legfontosabb eredménye lehet ezeknek a projekteknek, és próbálok egy állapotot is mondani.

A programok koordinációját egyébként felső szinten Szege Zoltán kollégám végzi, akit mi tulajdonképpen az OEP-ből kölcsönöztünk, de ő az a szereplő, aki az egységes ágazati

informatikai szolgáltatásokat vezeti majd a jövőben. Most a projektek előkészítésén, megvalósításán, koordinációján dolgozik, számos más kollégával együtt.

Kezdjük akkor. Vannak olyan programok, amelyek kifejezetten információtechnológiai vagy kifejezetten e-Health programok, és vannak olyan e-Health komponensek, információtechnológiai komponensek, amelyek valamely népegészségügyi vagy egyéb programnak a keretében valósulnak meg.

Kezdve a humán erőforrás-monitoring rendszerrel. Igen, ez egy adatbázis, de ez egy élő adatbázis, ami a munkaközvetítéstől kezdve egy ilyen emberi erőforrás clearing house funkciót fog tudni támogatni az alap- és a működési nyilvántartások rendbetételével együtt. Lehet majd jelezni a munkáltatónak az igényeket, hogy hány és milyen képzettségű szakemberre van szükség, ezek a kérések eléri a potenciális munkavállalókat, és ez segít is majd minket a jövőben az emberierőforrás-stratégiai tervezésben. Tehát egy nyilvántartási rendszer, ami a stratégiai szervezés céljait is szolgálni fogja.

Szintén ehhez kapcsolódóan fog megvalósulni a jogosultsági adatbázis, mert ma, ha egy kórháznak van egy klinikai információs rendszere, tulajdonképpen minden jogosultsággal rendelkező klinikus, szakdolgozó tallózhat az ismerősének az adataiban vagy a kíváncsisága szerint a betegadatokban. Ezek a jogosultságok működési nyilvántartáshoz kötött jogosultságok lesznek a jövőben, tehát az Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal adja majd ki az országos e-Health rendszerhez, elektronikus egészségügyi rendszerhez a jogosultságokat, hogy ki és mit láthat majd a jövőben.

A következő projekt a híres Katéter-Mónika vagy amit mi így hívunk, az egészség-monitorizálási és kapacitástérkép adatbázis. Az előző, a HR-monitoring rendszer a megvalósítás fázisában van, a Katéter-Mónika – ez a munkaneve – a támogatási szerződést megkötöttük, ezáltal nemrégiben a megvalósítás fázisába lépett. Az 1.0. rendszert használtuk eddig a rendszerinformációk közlésére, elemzésére, most a 2.0. verzió dolgozunk, ami robosztus módon a nyilvánosság számára elérhetővé teszi a már feldolgozott egészségügyi adatbázisokat. Ezekre majd visszatérek, hogy ez mi, döntéstámogatást segít, a szakmai vezetési munkát segíti és a kutatást is segíti a Katéter-Mónika, belekötjük a létező regisztereket, az onkológiai regisztert, belekötjük a Statisztikai Hivatal adatait, tehát azok, amelyekhez az elmúlt években hónapos, éves kutatómunkák kellettek, ezek az algoritmusok programozott módon a Katéter-Mónikába bekerülnek, és jóformán gombnyomásra állíthatók elő olyan adatok, amelyek hetes, hónapos, éves kutatómunkát jelentettek.

Tehát én most például be tudom állítani lekérdezőként, hogy az összes OEP-kiadás érdekel engem, hogy melyik kistérségben költjük a legtöbbet a betegekre, egy gombnyomással tudom előállítani ezeket a nagyon fontos hozzáférési egyenlőségi adatokat, akár egy hőtérképen, akár egy táblázatban, akár egy grafikonon.

Tehát ez egy robosztus formában rövid időn belül, első körben a szakmai célközönség számára elérhető lesz, OEP-adatbázis, OTH-adatbázis, folytathatom tovább.

A 6.2.7. TÁMOP-programunk, itt az anyagban a 4. oldal táblázatát követve tartom a beszámolót, előkészítés alatt van. Ebben egyfajta képzés van, másfelől pedig lakossági szolgáltatások, itt is egy szellemes informatikai munkaszót használunk, ez a LATTE, a lakossági tájékoztató és nem tudom, milyen alkalmazások. Tehát ez az, amit talán látott már a bizottság több tagja is, van az e-patika rendszer, ami mondjuk az én gépemre elérhető, ha én azt beindítom, látom, azonnal mutatja nekem, hogy hol van a legközelebbi nyitva tartó patika, zárási idő után értelemszerűen a legközelebbi ügyeletest mutatja nekem, megjelöli a nyitva tartási idejét.

Az ilyen jellegű alkalmazások univerzálisan lesznek elérhetőek az egészségügy minden szolgáltatását tekintve, a szűrőközponttól a kórházi osztályokig, a járóbeteg-rendelés idejétől a központi ügyelet telefonszámaig. Tehát ez a TÁMOP 6.2.7.-es lesz az az

alkalmazás, ahol kreatív módon eljuttatjuk a szakmához azokat az alkalmazásokat, amiktől életre kel majd ez a rendszer.

Itt most hadd ugorjak, a táblázatban lemennék a közhiteles nyilvántartások és ágazati portál fejlesztéshez, a TIOP 2.3.2.-eshez, itt az értékelés fázisában tartunk. Jól mondom? (Szege Zoltán: Igen.) Tehát a megvalósíthatósági tanulmány elkészült, beadtuk, most van a bírálata ennek a projektnek. Bízunk benne, hogy rövid időn belül a támogatási szerződésig eljutunk. Ez lesz az a projekt, ez mindennek az alapját képezi, minden egészségügyben létező adatbázist, amire a funkciókhoz szükség van, mondjuk a négy legfontosabbat hadd említsem. A gyógyszer törzs, ami a GYEMSZI-OGYI-nál van, a működési engedély-nyilvántartás, ami az OTH-nál van, a finanszírozás szerződés-nyilvántartás, ami az OEP-nél van, és az emberierőforrás-nyilvántartás, ami az Engedélyezési és Közigazgatási Hivatalnál van. Minden adatbázis csak egyszer készül el, nem kell külön pecsét-nyilvántartást tartani a négy helyen, egyszer készül el. A házi orvosi információs rendszerhez a gyógyszer törzset a GYEMSZI-OGYI által, közhitelesen publikált, elektronikus formában publikált forrásból veszi a rendszer, a receptfelírási szerződéshez a nyilvántartási engedély-azonosítót az EEKH-ból fogja az OEP, a működési engedély kiadásához pedig szintén az EEKH közhiteles adatbázisából fog dolgozni a Tisztiorvosi Hivatal. Az OEP pedig az OTH működési nyilvántartásából fog a finanszírozási szerződésekhez adatokat gyűjteni az intézményekről.

Tehát ez a közhiteles és kooperatív tér ezt fogja előállítani, ez a lelke mindennek. 47 olyan törzs van, amit eddig azonosítottunk, és ezeknek az egyedi azonosítóval ellátott felhasználásának a keretrendszerét fogja biztosítani. Ez egy információ-technológiai projekt, ami a szolgáltatások és az ellátás fejlesztésének alapját fogja képezni. Fontos megemlékezni arról, hogy az elektronikus recept szolgáltatási oldala ebből a projektből fog kinőni.

Most visszaugranék a már megvalósítás alatt álló projektekre, a 6.1.4.-es, a kora gyermekkori fejlesztési programra, ennek keretében egy védőnői felhőt fogunk - a mostani informatikai zsargonnal – létrehozni. Itt egy szót hadd ejtsek a felhőkről.

Ha mi ezt a Google felhőjébe tennénk, az adatvédelem-ellenes lenne, de a saját felhőt az adatvédelmi hatóság visszaigazolta nekünk, hogy saját felhőben dolgozhatunk. Egy norvég projektből, egy norvég hozzájárulásból fogjuk felszerelni a terepet járó védőnőket táblagépekkel. Nagy vitám volt a kollégákkal, hogy most asztali gép vagy táblagép. Úgy gondolom, hogy a XXI. században mobil eszközön működik, ne kelljen kétszer adatot felvinni, ne kelljen papírra rögzíteni, majd az irodában feldolgozni, hanem egyből a gépben dolgozza fel, az új szűrési módszerrel együtt. De a védőnői praxis-adminisztrációval együtt fogjuk kialakítani ezt a felhőt, és az adathoz, ami a gyermek fejlesztési igényeiről szól, az iskolaorvos, házi gyermekorvos, gyógypedagógus, sőt elektronikus oltáskönyv formájában a család is hozzá tud férni, tehát nem lesz az, hogy költözés közben elveszítjük, hanem a rendszer tudja majd egy közös, egységes adatbázisból az oltási munkát végezni.

A 6.2.5./A projekt: a szervezeti hatékonyság fejlesztése, minőségirányítás. A gyógyszerellátásban is a gyógyszerészeti gondozás fejlesztését vagy az intézményi ellátásban az akkreditáció, minőségfejlesztés rendszerét dolgozzuk ki ennek a projektnek a kapcsán, a megvalósítás fázisába lépett.

A TÁMOP 6.2.5./B-C program, ez előkészítés alatt van, várhatóan ebben a hónapban kiírásra kerül a program. Ez lesz az a program, amelyik az intézményfelügyeleti munka szervezését és részben informatikai támogatását, valamint a betegútszervezés módszertani és informatikai támogatását segíti. Hogy egy példát hadd mondjak. Megváltottuk a jogszabályokat, és a házi orvos jelenleg hozzáfér a betegek közfinanszírozásban elvégzett ellátásaihoz, van alkalmazás már ÁOSZ-rendszerre, ez egy üzleti alkalmazás, de ingyen letölthető a házi orvos számára. Ha ne adj' isten ugyanannak a cégnek a szoftverét használja a kórház, mint amelyik ezt az alkalmazást fejlesztette, a házi orvos már a röntgenképig látja a betegének a leleteit. De a betegútszervezésben a járóbeteg-ellátás és a házi orvos meg fogja

kapni azt a módszertani támogatást, hogy tudja követni a betegek útját, és a projekt keretében ösztönözni is fogjuk azt, hogy a definitív ellátás az ellátórendszer minél alacsonyabb szintjein megtörténhessen.

Tehát ez egy, a rendszer szervezését támogató, a szervezési információt, ellátás-módszertani információt a klinikumba vivő alkalmazás lesz, de az intézményfelügyelethez is szolgáltat majd nagyon komoly információkat: kontrolling rendszer, egységes könyvelési kontrolling, jelentési rendszer kidolgozása. Ez mind ott van, a teljes kórházi szektorra értve ezt.

A TIOP 2.3.1. az országos egységes központi megoldások, ez az intézményközi adatáramlást teszi lehetővé. Tehát a jövőben egyértelmű lesz, hogy egy adott intézményben, ha hozzánk kerül a beteg, le tudjuk hívni, a szakma le tudja hívni azokat a leleteket, amelyeket egy másik intézményben készítettek. Ennek az alkalmazásnak vagy ennek a fejlesztésnek a keretein belül történik meg a rendszernek az a specifikációja, ami kiszűri majd a rendszerből a duplikált laboratóriumi vagy radiológiai diagnosztikai ellátásokat, gyorsá és hatékonyá teszi azt, hogy hozzáférjünk a leletekhez a háziorvostól a kórházig. Tehát ez az intézményközi, klinikai, és azért zárójelben jegyzem meg, hogy valamilyen szinten a gazdálkodási adatok összekötését is ezen keresztül tesszük meg.

A TIOP 2.3.3. az intézményközi információs rendszerek kiépítése. Ennek az infrastrukturális hátterét nem biztos, hogy teljes lefedettségben az egész országban, de az infrastrukturális hátterét is igyekszik megteremteni, routerek, bekötés, tehát van infrastrukturális beruházásra is elkülönítve forrás.

Ugyanakkor azért azon nagyon erősen dolgozunk, hogy ne feltétlenül infrastruktúra kelljen az összekötéshez, hanem olyan biztonságos, adatvédelemmel működő web-alapú megoldások szülessenek, ami mondjuk nem teszik szükségessé a nagyarányú beruházásokat.

A TIOP 2.3.4. a mentésirányítási rendszer. Úgy tudom, hogy lezárul vagy értékelődik vagy a héten eredmény születik a mentésirányítási rendszer pályázatában, tehát rövidesen megindulhatnak a munkálatok. A mentésirányítási rendszer egy újfajta logisztikai működési rendet ír majd elő azért a mentőszolgálatnak, tehát ez egy komoly fejlesztés.

Az EKOP 2.3.7. az egészségbiztosítási ügyfélkapcsolatok fejlesztése, egészségi rendszerekbe integrált adatkezelés, azonosítás, megvalósítás, e-taj funkció. Itt volt régen a kártya, nem lesz kártya, személyazonosító okmánnyal tudjuk a jogosultságunkat igazolni, de emögé az összerendelő adatbázissal való összekötéseket ki kell dolgozni, vagy például az e-recept rendszerhez a támogatás-elszámolási rendszert, hiszen minden recept mögött ott van egyfajta társadalombiztosítási támogatás és egy szabályrendszer. Ennek a szabályrendszernek itt jól működően meg kell születnie.

Tehát ez megint egy olyan, hogy nem látványos, apró munka, ami sok esetben programok újírását jelenti, 20 évvel ezelőtt 50 alkalmazás formájában megírt, most itt halandzsázok, mert azért ezek ilyen képzelt számok, de 20 évvel ezelőtt megírt alkalmazásoknak a konszolidációja is meg fog történni. Tehát stabilizálódik az OEP informatikai rendszere.

Erről a gyorsreagálási képességet növelő komplex informatikai rendszer országos kiterjesztéséről és továbbfejlesztéséről szerintem tisztifőorvos úr tudna többet beszélni, bár én rengeteg időt töltök azzal, hogy a szolgáltatási rendszerben egy egységes informatikát kell kialakítani, de van, aminek a részleteivel én sem vagyok tisztában. De akkor itt hadd mondjam el, hogy ami áttörésszintű, az az, hogy minden háttérintézmény vezetője egyet akar. Tehát most nem lesznek ilyen kis adatszigetek vagy adatkontinensek, ha nagyobb intézményekről beszélünk, hanem mindenki részt vesz az egységes adatforgalom kialakításában. Ez egy 20 éve várt áttörés a magyar egészségügyben, és mindenki egy egységes információrendszeren dolgozik. Vannak viták és súrlódások, vannak adatvédelmi reflexek, amelyek nem feltétlenül, itt nem az adatvédelemre gondolok, hanem hogy kié az

adat, és akkor elvitatkozunk, hogy ezt ki, hogyan használja, mindenkinek meg kell szoknia, hogy egy kooperatív térben – ezért is neveztük így – fogjuk egy megfelelő szabályrendszer szerint használni az adatokat, de mondom: ennek a szellemisége az uralkodó vég a munkában.

A humán vízhasználat, környezet. Azt hiszem, itt a gyors reagálást segítő, a beérkező információk feldolgozása. Van egy EKOP projektje a GYEMSZI-nek, amelyben egy vezetői információrendszer alakul ki, lehetőség szerint közvetlenül az intézményi könyvelési rendszerekből. Már van egy HR-kontrolling rendszerünk, ami a kincstári bérszámfejtés adataiból dolgozza fel a foglalkoztatási adatokat. Ennek az épületkataszterre, eszközkataszterre, a könyvelésre, számlaforgalomra kiterjedő vezetői információrendszer kidolgozását jelenti ez a projekt, a támogatási szerződés megkötése folyamatban van. Ennek kapcsán. És van még két olyan program, ahol két szakmai elemet valósítunk meg. A svájci programban az alapellátás informatikai támogatását újítjuk meg, igyekszünk egy központi rendszert kifejleszteni, és ez részben egy népegészségügyi, részben ez a praxis általános menedzsmentjéhez kapcsolódó ergonómikus munkafelület lesz, és itt is egy felhőszerű megoldásban gondolkodunk, a specifikáció most zajlik. Értelemszerűen a szakmai szervezeteknek be fogjuk mutatni ezeket a megoldásokat, mielőtt pontot tennénk arra, hogy ezt fogjuk csinálni.

A norvég projektben említettem már, hogy például táblagépeket fogunk vásárolni a védőnői rendszer támogatására, a védőnői munka támogatására. Itt még egy nagyon fontos fejlesztést fogunk beindítani, a telepatológiai konzultációs rendszert. A háttérben zajlik egy, az országosan egységes patológiai diagnosztikai ellátásokat tervező program, ebben minden egyes patológiai osztály meghatározott feladattal fog részt venni a jövőben, és ez alapján meg fogjuk tudni határozni azt, hogy az elektronikus konzultációnak, az elektronikus diagnosztikai kapcsolatoknak hol, milyen szerepe kell legyen, és ez a norvég alappal finanszírozott projektnek a része lesz. Tehát az első elektronikus diagnosztikai projektünk is megvalósul.

Ezekon a projekteken kívül azért számos egyedi informatikai megoldás, tehát egy kórház vagy egy rendelő információrendszerének a fejlesztése történik meg a TIOP 2.2.7., 2.2.4., 2.2.6. programokban, vagy akár a távdiagnosztikának, rendelő vagy kistérségi egészségközpont digitális röntgen-összeköttetést kap egy távdiagnosztikai szolgáltatás kiépítésére. Tehát ilyen részek vannak a rendszerben, nem feltétlenül röviden, de a legfontosabb elemeit bemutatva, ennyit volt értelme elmondani a programokról.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Szege urat megkérdezném, hogy nyilván nem kiegészítendő, de mégis a programot illetően kíván-e valamit közölni a bizottsággal.

Szege Zoltán e-Health programvezető kiegészítése

SZEGE ZOLTÁN e-Health programvezető (Emberi Erőforrások Minisztériuma): Köszönöm szépen. Tisztelettel köszöntöm én is önöket. Engedjék meg, hogy néhány szóban az államtitkár úr által felsorolt projekteket egy másik oldalról közelítsem meg. Egy kicsit leegyszerűsítve a nem túl informatikus vénával. A lényeg az, hogy ezek a fejlesztések megítélésem szerint, illetve ahogy a koncepcióban is le volt írva, az egészségügyi ágazaton belül létrejövő, rendelkezésre álló adatok elérhetőségéről, elérhetőségének biztosításáról, illetve az adatok áramlásáról szólnak. Első körben a TIOP 2.3.2. projekt keretében mi szeretnénk az egyes ágazati intézmények, gondolok itt OEP, GYEMSZI, OGYI, EEKH, illetve az OTH körében egy együttműködést kialakítani. Tehát magyarul: amikor például veszünk egy szerződéskötést, akkor szeretnénk azt, hogy ezt a folyamatot a projekten keresztül teljesen le tudjuk modellezni. Tehát az adat egy helyen jelenik meg, az egyes intézmények ezeket az adatokat, információkat megosztják egymással, és ezzel egy adminisztratív könnyítést szeretnénk bevezetni a rendszerben.

Ez az, ami a felső réteget érinti a fejlesztéseknek. Az intézményközi integráció 2.3.1., itt szeretnénk azt elérni, hogy az egyes intézmények össze legyenek kapcsolva egymással. Szeretnénk azt, hogy a beteghez kapcsolódó összes finanszírozási adatokon kívüli egészségügyi ellátáshoz kapcsolódó adatok elérhetővé váljanak, egymás között megoszthatóvá váljanak. Itt visszautalnék egy korábbi fejlesztésre, a HEFOP 4.4. projekt, amelynek fenntartási időszaka nemrég zárult le, NFÜ-oldali elvárás is az, hogy erre a rendszerre építsünk, és egy országos rendszert építsünk ki, melynek keretében valóban megvalósulhat az adatok cseréje intézményi szinten is.

Államtitkár úr említette a Katéter-Mónika projektet, a TÁMOP 6.2.3.-ast. Én OEP-esként sokszor találkoztam különböző adatszolgáltatásokkal, illetve nagyon sokszor találkoztam olyan kutatókkal, szakmai szervezetekkel, akik az adatokat, finanszírozási, ellátási adatokat úgy rakták össze, és adott esetben egy kérdésre egy hónap múlva született válasz. Mi ennek a projektnek a keretében szeretnénk azt biztosítani, hogy különböző hozzáférési szinten az adatokat ne kelljen összevadászni az egészségügyi intézmények oldaláról, hanem egy ponton, egy belépésen keresztül, mint ahogy említettem, különböző hozzáférési szinteken ezek elérhetővé váljanak, és valóban akár a kutatói munkát - de beszélhetnék itt a tervezésről is – segítenék.

Fontos itt megemlítenem az OEP 2.3.7. projektjét, ahol is maga a szerződéskötési rendszer, az ellenőrzés, a jelentés-feldolgozás kerül teljesen megújításra. Megítélésem szerint ez szintén egy elég jelentős fejlesztés, kihatással lesz a teljes egészségügyi ágazatra, az összes intézményi, az összes finanszírozási kasszára. Bízunk benne, hogy ez a teljes projekt portfólió, amely lehet, hogy adott esetben néha egyedi projekteket tartalmaz, ez egy összágazati kép kialakítását fogja segíteni, és ezek a projektek szép lassan, itt gondolok arra, hogy ezek a projektek nem egyszerre indultak, hanem különböző időben, különböző fázisban vannak most, de egy teljes egészségügyi informatikai fejlesztési csomagot fognak kiadni. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen. A bizottság tagjait illeti a szó. Iván professzor úr!

Kérdések, észrevételek

DR. IVÁN LÁSZLÓ (Fidesz): Köszönöm szépen. Imponáló volt a beszámoló, imponáló az anyag is, a 72 oldal. Hosszú évtizedek alatt látom és tapasztalom, hogy erre nagyon nagy szükség volt, de azt hiszem, hogy ez evidens dolog és mindannyian éreztük és érezzük. Adja isten, és adja a feltétel, hogy megvalósíthatók legyenek a mindennapi életben.

Volna néhány kérdésem. Egyszerű kérdések ezek, és azt hiszem, hogy logikusan és racionálisan az emberben megvan a tájékozódás, hogy ezt hogyan is értelmezzük. Ha jól értelmeztem és jól látom, akkor ez egy monitoring szisztéma is, tehát egy monitoring rendszer is. Tehát követhetőek a változások, és a változásokból leszűrt következmények követhetőkké válnak. Tehát nyilvánvalóan közben korrekciókra, beavatkozásokra nyújt lehetőséget, és azt hiszem, hogy ez egy borzasztóan fontos dolog.

De a második kérdésem, hogy a protokollok korszakát éljük, szakmai protokollok, terápiás protokollok, és így tovább, és ez ennek a mai kornak a követelménye, és így jó, ahogy jó, hogy a BNO-ra támaszkodunk és kialakították a szakmák és a szakmai csoportok egymás között és az egymás közötti határterületek protokolljait. A protokollok módosításának a következményei, tehát folyamatában a mi egészségügyi rendszerünknek, ellátási rendszerünknek, minőségigényeinknek, szakmai biztonságunknak, ezeknek megjelenik-e valahol a kontrollja vagy lehetősége? Tehát hogy azok a szakmai protokollok, amelyeket tudományosan jól ismerünk, nemzetközileg, hazailag átdolgozzuk, kidolgozzuk, ezeknek a hatása beépül-e, és az elérhetővé válik-e?

A harmadik kérdésem egy kicsit ezzel is összefügg, hogy az eredményminősítéseknek megvan-e a lehetősége. Tehát az, hogy eredményesen dolgozik vagy tevékenykedik, most nem a minisztérium, nem a parlament, nem ez, nem az, hanem egyáltalán maga a szakma elvárásainak, a szakma feltételeinek és a szakma követelményeinek megfelelően eredményes-e a tevékenység? Tehát nemcsak arról van szó, hogy egy nagyon szépen - most egy ronda szót fogok használni -, jól felépített, kidolgozható új típusú szakmai korporációról van szó, ismerjük ezt a kifejezést, hanem arról, hogy ennek tényleg a hasznosságában valóban az eredményminősítésnek megvannak-e a felülvizsgálati lehetőségei.

A személyi fejlesztések. Ehhez az egész rendszerhez, ennek a nagyon komoly, nagyon fontos rendszernek a személyi fejlesztése, személyi biztonsága és a személyi kiképzése, a személyi feltételei hogyan alakulnak jelenleg, és hogyan a jövőben?

Van egy kérdése az embernek óhatatlanul a saját gyakorlatából is, hogy az adatszolgáltatások, amelyek végül is bekerülnek ebbe a hatalmas hálózatba, mennyire biztonságosak, mennyire valósak?

Én nem akarok a sok évtizedes tapasztalatomból elrettentő példákat mondani, de azért mindannyian megéltük, akik orvosok, szakorvosok, oktatók, képzők, kutatók, stb. találkoztunk azokkal a dolgokkal, hogy mechanikusan történtek a kódolások, mechanikusan söpörtünk be és kliséztük a mindennapi problémák között. Macerás dolgokból kellett egy deriváció és egy egyszerűsítés, hogy ez a bizonyos adatszolgáltatási biztonság nehogy egy szibarita váz legyen csupán, mert erre mindenütt a világon törekszünk, hogy szépek a statisztikák, nagyszerűek az adatok, minden, csak éppenséggel nem tudjuk, hogy a Gauss-görbe alatti eloszlásoknak, a negatív és a pozitív vagy a tól-ig eloszlásoknak milyen a jellege, milyen magas az a Gauss-görbe, milyen maga a plusz és a mínusz variánsoknak a száma.

Egy utolsó kérdés, hogy a magán- és vegyes szervezésű és szerveződött egészségügyi működések bekerülnek-e ebbe a rendszerbe? Tehát hozzájuthat-e akár egy szakorvos, akár egy klinika, akár egy szervező vagy egy egészségügyi menedzser, hogy a mai és a holnapi Magyarországon a magán- és vegyes szervezésű egészségügyi működések hogyan működnek és hogyan jelennek meg? Ez egy irányítási lehetőség is, ajánlási lehetőség is, és nem utolsósorban egy monitoring ezeknek az intézményeknek vagy intézményszerű működéseknek. Rengeteg a kiszervezett, rengeteg a bennmaradt, rengeteg a megosztott funkciójú működés. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Gyenes Géza alelnök úr!

DR. GYENES GÉZA (Jobbik): Köszönöm a szót, elnök úr. Először is tényleg az ember csak azt tudja mondani, hogy örül végre, hogy ez a rendszer bevezetődik, végül is körülbelül 45 milliárd forint fordítódik rá, ha jól számoltam, részben az uniós forrásokból, részben bizonyos saját források is. Ami itt fel van sorolva, azt összeadtam hozzávetőlegesen. De lényegtelen, lehet, hogy 47, lehet, hogy 43, nem tudom.

A lényeg a lényeg, hogy ez van, és tényleg az ember szinte azt gondolja, hogy a fenébe tudtunk eddig e nélkül dolgozni? Ez tényleg nagyon fontos.

Természetesen megértve és örülve annak, hogy itt a távdiagnózis felállításától kezdve a különböző hatóságok, döntéshozó szervezetek számára végre megszületnek azok az adatok, aminek alapján reálisan lehet tervezni, tehát semmiféle probléma nincs ezzel. Nyilvánvalóan itt mindenki a saját szemszögéből próbálja megközelíteni ezt a rendszert és értékelni. Egy kezelőorvos számára ebben a rendszerben, nyilván, ahogy államtitkár úr is mondta egy pár perccel ezelőtt, hogy e-recept, ez roppant fontos, hogy elinduljon, zárójelben itt megjegyezném, hogy a mai gyakorlatban, csak jelzem az államtitkárság felé, hogy a kollégák jelzik, hogy nincs receptjük, és jelenleg nincs elfogadott tender sem. Tehát zárójel zárva, most csak úgy hozzávetőlegesen megemlítettem, mint napi, aktuális problémát.

Elhangzott, hogy a gyermekadatokhoz való hozzáférésnél valószínűleg csak egy kis lapszus lehetett, hogy a vegyes praxisú házi orvosokat kihagytuk belőle, gondolom, benne vannak, csak kimaradt most a felsorolásból, de természetes, mert különben nem sokat ér a dolog.

Engedjék meg, és a kérdéseim nagyobb részét a kezelőorvos szemszögéből tenném fel. Egy picit jobban le kellene fordítani ezt az egészet, hogy mit jelenthet ez egy kezelőorvos számára. Ki a kezelőorvos? A pillanatnyi kezelőorvos lehet a házi orvos, lehet az alapellátásban ügyelő orvos, lehet a járóbeteg-szakellátás orvosa, a kórház orvosa, stb. Ők a kezelőorvosok. Az a kérdés, hogy mit láthat abban az adott pillanatban az adott betegről, aki a kezelőorvossal kapcsolatba kerül. Mit tud látni?

Tehát valójában, ha azt mondjuk, hogy ez a rendszer biztosítja azt, hogy egy házi orvosi ügyeletben megjelenő olyan beteg, akit az ügyeletes orvos még életében nem látott, értelemszerűen, mert mondjuk nem a saját betegköréből került ki, akkor eddig is szakmailag komoly problémát jelentett, hogy úgymond az ügyeletes definitív ellátási mutatói meglehetősen rosszak voltak, hiszen alibi ellátást folytatott. Nem tudott semmit a betegről, amit részben köszönhetett annak is, hogy a beteg sem tudott különösebben adatokat szolgáltatni vagy valós adatokat szolgáltatni magáról, és ez bedöglesztette az egész ügyeleti rendszert, szakmai értelemben, hiszen még egy ügyeletes orvos, ha becsületes volt, vigyázott arra, hogy milyen gyógyszert ír fel akkor, amikor nem is tudja, hogy mit szedett a beteg. Tehát ezek nagyon fontosak.

Tehát az a kérdésem, hogy a kezelőorvos abban a pillanatban mit lát. A másik: természetesen a kezelőorvos szerez a beteggel kapcsolatosan bizonyos benyomásokat, megvizsgálja, adatokat képez gyakorlatilag, joga van-e ennek a kezelőorvosnak ezeket az adatokat felvinni? Tehát azt tudja ez a rendszer, hogy ha én látom, hogy a betegnek a feje kétszer akkorára nőtt, holott eddig.. ha el tudom olvasni az előzményeket, valóban, hogy a kórházban mikor feküdt, mivel kezelték, mivel nem kezelték, a házi orvosi adatok hogyan kerülnek be, milyen betegségei voltak, tehát elvileg ezt várja el a kezelőorvos, vagy hogy milyen gyógyszert szed.

Tehát ha én ezen vizsgálatok kapcsán valamit változtatok vagy újat hozok be, akkor ez bekerül-e a rendszerbe? Ez az egyik.

A másik pedig: a pillanatnyi kezelőorvosoknak valóban milyen mértékű lesz a hozzáférése? Mert aki éppen abban a pillanatban kezelőorvos, ha az nem tud mindent a betegről, akkor semmit nem tud csinálni, vagy legalábbis csak alibi munkát tud végezni, és azt hiszem, hogy az ellátásoknak a párhuzamossága, ami rettentően sok tartalékot rejt még ma is, vagyis az egészségügyben ennyi pénzügyi lehetőség van, mert a megismételt, párhuzamos vizsgálatoknál nagyobb pazarlás nincsen. Tehát ha a pillanatnyi kezelőorvos jogosítványainak oldaláról nézem, akkor úgy látom, hogy komoly és nagyon nagy mértékben javítható az úgynevezett szakmai munka minősége, ami egyébként roppant fontos dolog.

Lehet, hogy azt is megérjük, hogy majd a magyar CT és röntgen leleteket Indiában fogják kiértékelni, és majd úgy fogják visszaküldeni. Úgy tudom, hogy az Amerikai Egyesült Államok legnagyobb intézményei Indián keresztül kapják a lelet-kiértékelést. Ezzel sincs semmi probléma, ha szakemberek végzik és megbízhatóak, és nyilván a professzor úr is feltette, hogy ezek az adatok mennyire megbízhatóak, amiket oda feltesznek, magyarul: annak is fennáll a negatív lehetősége, hogy valaki ebbe a nagyon szép adatrendszerbe úgymond szakmai hiányosságok vagy más révén vagy rossz diagnosztika vagy bármilyen hiba révén fals adatokat visz be a rendszerbe. A kérdés az, hogy ezek bekerülnek, nem kerülnek be, hogyan szűrődnek ki?

Ne adj' isten a pillanatnyi kezelőorvosok munkájának a minősítésére is van így lehetőség? Nemcsak finanszírozási szempontból érdekel a dolog, bár az is egy roppant fontos

dolog, fontosnak tartom, hogy az ellátásra rendelkezésre álló pénzt minél jobban és gazdaságosabban használjuk ki, hanem nyilván a szakmai tartalom és színvonal is.

Elnézést kérek, utoljára már csak egyet kérdeznék, mint volt alapellátó, egy projektben van szó arról, hogy a praxisközösségi rendszert fogják kifejleszteni, ha jól látom, 520 millió forintból. Jelen pillanatban ez azért egy kicsit nehezen értelmezhető, mert eddig felmerült csoportpraxis, praxisközösség, mint fogalom, csak nem tisztáztuk, hogy pontosan mit értünk alatta. Ez egy több éves probléma volt, nem is lett egyelőre semmi ebből. Ez most megint feldobódik és van rá pénz, hogy ezt hogyan fejlesszük ki.

A kérdésem arra irányul, hogy most vegyünk egy B.A.Z. megyei praxist, ahol 6 praxisra két darab orvos van, és ez a két darab orvos helyettesíti a 6 praxist gyakorlatilag. Most fogalmilag nem tudom elképzelni, hogy ezek hogyan fognak praxisközösséget alkotni,

Tehát azért lenne jó, bár nem erről szól ez az előterjesztés, de említenek egy olyan fogalmat, ami még nincs pontosan megvilágítva, és nem tudni, hogy az alapellátás fejlesztésénél ez a fogalom mit fog jelenteni, és ezekkel a nehézségekkel hogyan fog megküzdeni, hogy 6 praxisban két orvos dolgozik, és ezek hogyan fogják ezt abszolválni. Hogy ez egy teljesen olyan fejlesztés lesz, ami a nullától kezdődik és azt mondjuk, hogy itt még nem volt semmi, de itt most létesítünk egy praxisközösséget, és hogy ebben a praxisközösségben honnan lesz orvos, ellátó személyzet, ez is egy jó kérdés, de végül is ez a projekt a humán-erő-elhelyezést és forrásokat is megmutatja, és lehet, hogy pont ennek a rendszernek a segítségével lehet megtalálni azokban az üres praxisokban azokat a kollégákat, akikből akár praxisközösséget lehet a későbbiek folyamán alakítani. Köszönöm.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Szalay főorvos úr!

DR. SZALAY PÉTER (Fidesz): Köszönöm a szót, elnök úr. Én nem is kérdéseket intéznék, hanem inkább nagyon röviden némiképp a véleményemet szeretném elmondani.

Egy kicsit közhelyszerűen hangzik, de a világ állandóan fejlődik és sokkal gyorsabban fejlődik az elektronikai rendszer, a rendszerek fejlődése nagyobb, mint mondjuk a gyógyászati eljárások fejlődése. Úgy érzem, hogy most nagyon időszerű volt ez a fejlesztés, amit államtitkár úrék elmondtak, erre régóta vártunk, és nagyon remélem – bár ezt államtitkár úrék jobban meg tudják mondani, hogy mennyire közelítünk vagy érjük el a legfejlettebb európai országok szintjét ezzel az elektronikai rendszerrel. Ezért tulajdonképpen érdekelne.

Egészen biztosnak vélem, hogy a rendszer bevezetése anyagi megtakarításokat fog eredményezni jelentős mértékben, és visszasságokat is kiküszöböl, miután gyakorlati példaként tudom mondani, hogy például a magyar felülvizsgálati rendszernek egy része, hogy a felülvizsgáló főorvosok megjelennek és egy listát előadnak, ahol érdeklődnek az elmúlt évben kiírt betegek kiírási időpontjáról, amit már elküldtünk, elküldtek tavaly. Tehát a rendszer valahogy nem dolgozta fel ezeket, nem érkeznek meg. Ez létező valóság, és nyilván egy ilyen fejlesztés ezt ki fogja küszöbölni. Továbbá amit Gyenes képviselőtársam említett, a párhuzamos ellátások rendszerét. Nagyon gyakori az olyan beteg, nincs olyan hét, hogy ne jöjjön olyan beteg, aki szeretne mondjuk egy teljes labor-kontroll vizsgálatot és közben, miután beszélgetünk, kiderül, hogy ám, a múlt héten a kórházban is volt neki egy teljes laborkontrollja, és ő csak szeretné lekontrolláltatni, hogy az jó-e úgy, ahogy van.

Tehát ezek lényegileg mindennapos elemei az életnek, és úgy érzem, hogy ezeket ez a rendszer ki fogja küszöbölni, vagy legalábbis képes lesz kiküszöbölni, úgyhogy csak minden jót tudok kívánni, és remélem, hogy mindannyiunk hasznára fog válni. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Zombor képviselő úr!

DR. ZOMBOR GÁBOR (Fidesz): Köszönöm szépen a szót. Két praktikus kérdést szeretnék feltenni. Az egyik, hogy az átlagember számára mikor és milyen felhasználások lesznek elérhetőek? Tehát itt említette államtitkár úr például az e-patikarendszert. Mint önkormányzati vezető, én is nagyon szívesen tudnám, hogy a patikák hogyan ügyelnek, mondjuk egy gombnyomásra, vagy más típusú elérések mikor lesznek és ezek milyen adatokat tudnak biztosítani a lakosság számára, amire egyébként nagyon nagy igény van. Ezért is üdvözlöm és támogatom ezeket a fejlesztéseket.

A másik: szintén ilyen praktikus kérdés, hogy több olyan megkeresést kaptunk, kaptam én is az utóbbi időben, ami valamiféle elektronikus egészségügyi adatkezelésről, de magáncégek vonatkozásában érkezett. Kártyák, magánkézikben lévő szervereken tárolt egészségügyi adatok, természetesen mindez anyagi ráfordítást igényel a belépő részéről, hogy ezeket támogatja-e az egészségügyi szakpolitika, lépünk-e be ilyen rendszerekbe? Általában az a megkeresés, hogy egy egész várost kellene mondjuk 40-50 ezer embert beléptetni egy ilyen kártyarendszerbe, amelyben igazából olyan adatokat rögzítenek, amely egyébként egy házi orvos által bármikor kiadható hasonló minőségű papíralapú kártyára is felvezethető lenne. Én ezt azt egy kicsit aggályosnak tartom, hogy magánkézikben lévő szervereken tárolnak részben az állami, részben pedig a magánpraxisokból származó adatokat, még úgy is, hogy a belépő, mint egy biztosított, önként adja ezeket az adatokat, de nem biztos, hogy tudja, hogy pontosan mire fogják ezeket használni.

Tehát ezekről a rendszerekről tud-e az államtitkárság, és mi a véleménye, hogyan álljunk ezekhez az ügyekhez? Mert ha ezek elszaporodnak, akkor tulajdonképpen egy párhuzamosság alakul ki, és nagyon régóta várjuk azt a megoldást, elektronikus megoldást, hogy minél több adatot tudjon a kezelőorvos vagy az intézmény egy gombnyomással lekérdezni a betegről, ami mondjuk – ahogy Gyenes alelnök úr is mondta – rendkívül fontos lenne például a sürgősségi ellátásban. De ha már csak a gyógyszerallergiáról, a különböző súlyosabb betegségekről tudnánk adatokat kapni, akár még laikusként, ha van egy okostelefonja az embernek és találkozik egy rosszulléttel, le tudja hívni. Kérdés, hogy ilyenekre gondol-e a fejlesztő. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Nagy Kálmán professzor úr!

DR. NAGY KÁLMÁN (KDNP): Én azt kisebb hibának tartom, hogy a rendszerben esetlegesen olyan fokú apró információzavarok lehetnek, minthogy pontosságbeli dolgok, amelyek a beteg vonatkozásában azonban, egy-egy beteg vagy orvos kapcsolatában még fokozottabban jelentkeznek. Tehát ez mindenképpen egy plusz precizitást jelent, hiszen a beteg az orvost meghallgatja.

Azonban azt kell mondanom, hogy Magyarországon ilyen jellegű rendszeralapú megközelítése az egészségügynek nem volt, és rendszeralapú fejlesztése sem volt korábban. Ez egészen biztos, hogy egyfajta felkészítést igényel azok közül, akik a rendszernek a használói, illetve alkotói lesznek.

Ez egy fantasztikusan nagy munka. Hihetetlen segítség, de fantasztikusan nagy munka. Erre egy felkészítési folyamat mindenféleképpen szükséges, az, hogy ez egy olyan jellegű egységes rendszerré formálódjon, amelyiknek a fontosságát mi rendszeresen érezzük. Ez a következő dolgokat teszi többek között lehetővé.

Bizonyos kórházak között olyanfajta ügyeleti együttműködést, amelyik felesleges vizsgálatokat, felesleges működést, felesleges betegküldést tesz lehetővé. Olyan jellegű tanácsadásra ad lehetőséget, olyan jellegű kapcsolatfelvételt ad lehetőséget, amelyik kapcsolatfelvétel biztosíthatja, hogy helyben egy beteg lényegesen jobb ellátást kapjon. Biztosíthatja azt, hogy a betegek is rálássanak arra, hogy hosszú távon milyen irányba

változik az egészségügy, és mi az az új rendszer, amelyik számukra egy megfelelőbb ellátást biztosít, ugyanakkor a napi helyzetről, a napi aktuális helyzetről is tájékoztatást nyújt.

Biztos, hogy ma sem valósult még meg az, és ennek számos különböző oka van, hogy a hisztológiai vonatkozásokban, de elsősorban a kórbonctan, a hisztológiai vonatkozásokban egy olyan jellegű konzultáció valósuljon meg, amelyikkel ki tudunk kapcsolni számos olyan lépcsőt, amelyik sok anyagi problémát vet fel egy adott kórház számára. Ez a legtöbbször úgy valósul meg, hogy például egy-egy tanulmány vagy egy-egy munka esetében nemzetközileg akkreditált két központot kijelölnek, amelyik felülvizsgál egy adott, például szövettani mintát, és arról megküldi a véleményét. Itt lehetőség lesz arra, hogy magát a szövettani mintát elküldve, történjen a konzultáció.

Volt már erre példa. Ez nem egy egyedi jelenség, azonban ennek az országos kiterjesztése nagyon komoly lehetőséget ad arra, hogy rendkívül gyorsan jussunk hozzá az információhoz, az eddignél összehasonlíthatatlanul gyorsabban.

Tehát én hihetetlenül sok lehetőséget látok a későbbiekben ebben, és azon felül a képzésnek és a továbbképzésnek egy újfajta rendszerét, ami eddig gyakorlatilag azért nem létezett ebben a formátumban, mert a leginkább a rendszerben részt vevő orvos a közvetlen konzultáció, a közvetlen megbeszélés alapján, illetve az írásban még inkább objektivizálható vélemény alapján kapott egy betegről információt vagy értesülést. Azt gondolom, hogy ezek azok a dolgok, amelyek ha általánossá válnak, akkor Magyarországon túl azon, hogy az orvosok képzésében, együttműködésében egy új világ bontakozhat ki, de az egészségügyi rendszer és az egészségtudatosság vonatkozásában is egy általános változás, egy jelentős fejlődés alakulhat ki. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Kiss képviselő úr!

DR. KISS SÁNDOR (Jobbik): Köszönöm a szót, elnök úr. Hallgatva ezt a tájékoztatót, lehet, hogy furcsa megközelítés, de nekem az volt az érzésem, mintha az egész ország egyetlen nagy kórház lenne. Tehát úgy kell elképzelnünk, mintha – tényleg nem tudok máshogy fogalmazni – egy nagy kórház lenne az ország egészségügyi ellátása. Tehát ha arról az egy betegről bármikor információt lehet kapni. Tehát mintha arról az egy embernek az egészségi állapotáról gyakorlatilag egy gombnyomással szerezhetnék majd információt a gyógyítók, és ez mindenképpen nagyon pozitív.

Tehát teljesen új dimenzióba kerül az egészségügyi ellátás, úgy érzem. Itt többen említették a biztonság kérdését. Tehát az, hogy ehhez ki és hogyan férhet majd hozzá, és esetleg itt már szó volt arról, hogy magáncégek is bekapcsolódnak, tehát ahol magáncég birtokába adat kerül, annak a biztonsága erősen megkérdőjelezhető, hogy utána ezeket az adatokat milyen módon fogják felhasználni. Tehát erre is lenne egy kérdésem, hogy mennyire ügyel a kormányzat erre a biztonságra, és az adatvédelmi aggályok akár még veszélyeztethetik is ennek a projektnek a megfelelő megvalósulását, úgy érzem.

Utána felvetődött az a gondolat, hogy már az ügyfélkapu-rendszer működik, tehát egyfajta beteg-ügyfélkapu megvalósítását is vizionálom, ugyanakkor nem tudom, hogy mennyire szokták használni az ügyfélkapu-rendszert, de bizony, felhívják valamire a figyelmemet az ügyfélkapun keresztül, hogy lejár a jogosítvány vagy lejár a forgalmi engedély, egyfajta ilyen megközelítését, hogy esetleg probléma lehet az egészségével vagy szűrésre kellene elmenni, mire figyeljen, tehát egy ilyenfajta megközelítését is el tudom képzelni magának ennek az elektronikai rendszernek.

Azt kell látnunk, hogy az elektronika túlhaladja az embert, sokkal gyorsabb ütemben fejlődik, hogy mennyire lesz felhasználóbarát majd ez a rendszer azoknak, akik ezt alkalmazni fogják, említette államtitkár úr a védőnők táblagépeinek beszerzését, hogy mennyire fogják szeretni ezt a védőnők? Nekem az a tapasztalatom, mert az idősebb

generációhoz tartozom, hogy igen sok problémát vet fel, akár a számítógép egyszerű kezelése, az adatok bevitel.

Tehát mennyire törekszik erre a kormányzat? A szakemberek másképpen látják, hogy a laikus felhasználók, ami egy szakembernek egyértelmű, az a laikusnak bizony, problémát jelent. Mennyire figyelnek erre?

Szó volt már a képzésről, de emellett mennyire lesz felhasználóbarát a rendszer? Köszönöm.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Bábiné képviselő asszony többszörösen is meg lett ma szólítva.

BÁBINÉ SZOTTFRIED GABRIELLA (Fidesz): Köszönöm a szót, elnök úr. Egy rövid visszacsatolást tennék Kiss képviselőtársam utolsó pár mondatához. Jómagam húsz évig dolgoztam védőnőként, több mint húsz évig. Annak idején, amikor megkaptuk a komputereket, bizony, volt egy kis fennforgás abból, hogy az 50-60 közötti korosztály nehezen tanult bele.

De éppen ezért lettek szervezve különböző tanfolyamok, ahol nagyon jól, és szerintem államtitkár úr is alá tudja támasztani, hogy nagyon jól működik az elektronikus adatrögzítés és a védőnői szolgálat nyilvántartása ilyen szempontból, adatok rögzítése és a többi szempontból.

Nagyon örülök, hogy elindul ez a kora gyermekkori fejlesztési program, tabletet fognak kapni a védőnők, hiszen ebből az is következik, hogy amit én, mint körzeti védőnő beviszek, az hamarosan, ha nem azonnal meg fog jelenni mondjuk a körzeti gyermekorvosnál, az iskolaorvosnál, vagy úgy gondolom, hogy a szülész-nőgyógyásznál is, hiszen a védőnők várandós tanácsadást is végeznek, várandós gondozást is végeznek, amikor éppen az aktuális szülész-nőgyógyással együtt dolgoznak. Ebben meg is fogalmaztam a kérdésemet, hogy én erre lennék kíváncsi, hogy ez mennyire kompatibilis ezzel a programmal, vagy bele lehet-e tenni, hiszen regényeket lehetne azzal megtölteni, hogy mennyit kell adminisztrálni egyébként egy tanácsadás folytán, és egy szülész-nőgyógyász bejegyzését vagy egy ultrahangleletet megkap az adott védőnő, akkor már sokkal felkészültebben kezheti a tanácsadást és a gondozást. Köszönöm.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Van-e még észrevétel? *(Nincs jelzés.)* Amennyiben nincs, akkor ha megengedik, egyetlen gondolattal szeretném a kérdések sorát zárni a viszonyválaszok előtt. Nevezetesen itt az anyag 13. oldalán szerepel a finanszírozott teljesítménynek az adminisztratív korlátozásának a kérdése, ami teljesen érthető és teljesen nyilvánvaló. Ehhez kiegészítésként annyit szeretnék mondani, hogy az intézmények nagyon sokan, persze nagyon bíznak az újban és bizalommal fogadják, de nagyon sokan mégis egyelőre még a gyógyinfók rendszerét mindenféleképpen, nem is összehasonlításképpen, hanem inkább a kétoldalú biztonság miatt, még egyelőre él a rendszer, most azt szeretném kérdezni, hogy ez meddig él a rendszerben? Illetve hogy biztonságosan mikor lesz majd ez kivezethető, mert véleményem szerint ez azért ma egy élő probléma, mert ahányféle informatikai rendszer van, nem tudom, hogy mennyi pontosan, de négy fő olyan informatikai rendszer szerepel itt az anyagban, akik az egészségügyben jelentős relevanciával bírnak, és bizonyos értelemben, amikor átállások vannak, nem mindig könnyű ezeket realizálni.

Tehát ezért egy ilyen kettős biztonság mögé, tehát az intézmények nem biztos, hogy torzítani akarnak, hanem igyekeznek a saját teljesítményeiket mindenképpen az adatszolgáltatásban, az OEP irányába is a saját maguk érdekében is biztonságosan közölni.

Akkor a viszontválaszok következnének. Tessék parancsolni!

Dr. Szócska Miklós államtitkár (Emberi Erőforrások Minisztériuma) válaszai

DR. SZÓCSKA MIKLÓS államtitkár (Emberi Erőforrások Minisztériuma): Nagyon köszönöm a hozzászólásokat és szeretném külön kiemelni, hogy pontosan azért javasoltam én is többször, hogy kerüljön sor erre az alkalomra, hogy be tudjuk gyűjteni az igényeket, és úgy gondolom, nem először vagyunk itt ezekkel a programokkal. Tehát ahogy a megvalósulás halad előre, szerintem újra és újra találkozunk kell.

Hadd kezdjem Zombor képviselő úr felvetésével a válaszadást, mert ez stratégiai jelentőségű, nem egyszerűen az ország vagy a magyar polgárok számára, hanem általában Európa vagy a fejlett világ polgárai számára is.

Manapság ezeken a társadalmi hálózati alkalmazásokon a naiv polgár olyan információkat oszt meg az adatvédelemre való legkisebb figyelem nélkül, ami az ő további sorsára kihat, olyan párkapcsolatba vagy olyan kapcsolatokba merészkedik, ahol esetleg bántalmazzák.

Tehát van egyfajta naivitás. Olyan hálózatokról beszélünk, ahol az, hogy én ott tagsággal bírok, az nem egy lehetőség számomra, hanem az információ, amit ott megosztok, az én használati magatartásom által én magam válok termékké.

Az Unió e-Health Task Force-ának tagjaként ezt két biztos elnökölte, az egészségügyért, fogyasztóvédelemért és az információs társadalomért felelős két biztos elnökölte ezt a Task Force-ot, hogy ilyen csúnyán mondjam, és az egyik legfontosabb megállapítása, amellett, hogy az adatok klinikai rendszerfejlesztésre való hozzáférést mindenki támogatta, de a különböző magánalkalmazásokon osztjuk meg az egészségügyi adatainkat. Olyan adatainkat, hogy nem is tudjuk, hogy milyen termékként, milyen marketing termékként vagy milyen célzott termékként szerepelünk ezekben a rendszerekben.

Képzeli el, amikor a saját genetikai adatainkig eljutunk, és azt osztjuk meg majd másokkal. Tehát most van egy versenyfutás a közszolgálati adminisztratív rendszerek és a magánalkalmazások között, hogy ki fogja piaci termékként vagy pedig ellátási szükségességként megoldani ezt a problémát. Tehát nagyon fontos, hogy az a sietség és az az átfogó megközelítés, amit mi alkalmazunk, az igazából egy remélem, nem elkésett versenyfutás arra, hogy az ember biológiai léte ne változzék termékké az internetes társadalomban.

Tehát ez egy nagyon fontos filozófiai alapja a munkánknak. Jelenleg egyébként van egy kórházi információrendszer-beszállító, aki 60 százalékos piaci részesedéssel rendelkezik, hogy ha betegadatokról van szó. Ő tulajdonképpen, ha erre lehetősége lenne, nagyon sok mindent meg tudna csinálni. Muszáj állami szabályrendszer keretébe rakni azt, hogy ki, mit kezdhet az adatokkal, mert itt pusztán egy piaci mechanizmus révén kialakult az a helyzet, amitől mondjuk Kiss képviselő úr féltette a magyar társadalmat, olyan szintű koncentrációja van a kórházi ellátási adatoknak, ami már most olyan kérdéseket kell hogy felvessen, amire kell hogy szülessen egy stratégiai válasz. A mi stratégiai válaszuk pedig egy meghatározott jogosultsági, meghatározott szabályrendszerben, ellátási érdekből és egészségérdekből hozzáférhető információ.

Tehát amögött, amit elmondtunk, nagyon komoly stratégiai szándékok húzódnak meg, nem beszélünk róla minden pillanatban, mert tudjuk azt, hogy mindenféle piaci mozgódás kezdődik meg azonnal ekörül.

Most gyorsan válaszolnék erre. Számos dolgot egy kapcsolaton keresztül lehetővé teszünk. Hadd mutassam meg, itt behívtam a gépemen azt az alkalmazást, ez egy üzleti alkalmazás, direkt nem is a logó, tehát a házi orvos, ha ezt letölti, már most látja a laborleleteket, és ha ugyanaz a cég viszi a kórházi információrendszert, a házi orvos nemcsak a közfinanszírozott ellátás tényét, de magát a leletet, az alkalmazást látja, sőt a röntgenképet le tudja hívni. Ez ma már így van. Ezt ma az e-Health rendszer tudja. Erre az egyik kórházi információrendszert fejlesztő cég kifejlesztett egy ingyenes alkalmazást.

Tehát ezeket a képességeket általánosan elterjeszhetővé kívánjuk tenni, és mondjuk az önkormányzat szempontjából, ahol alapellátás, prevenció, a közösség építésének a felelőssége van meg, mi ezeket a lehetőségeket szolgáltatni fogjuk. Tehát azt javaslom, hogy nincs értelme ebbe pénzt, energiát áldozni, és ugyanakkor a kreatív alkalmazások pont arról fognak szólni, hogy hogyan tudjuk eljuttatni ne adj' isten az OEP finanszírozott adataival összekötött szűrési adatbázist, hogyan kötöm be a háziiorvosi információrendszerbe, hogy amikor aznap bemegy a háziorvos munkába, letöltse neki, hogy kinek, mikorra van tüdőszűrési adata az ő praxisába tartozó polgárok közül.

Vagy ugyanezt meg tudjuk csinálni, hogy legyen olyan népegészségügyi alkalmazás, ami a mobiltelefonjára küldi a figyelmeztetőt, sőt helymeghatározással, hogy hol van az a szűrőállomás, ahová el kell jutnia. Igen, tehát ezek az alkalmazások, ezek a LATTE-alkalmazások, amiket így hívtam, azok erről szólnak, és annak keretében lesz a képzés.

De annyit hadd mondjak el a képzésről, mert ez egy több körben felmerült probléma volt, szeretnénk ilyen felhasználható rész-késztermékeket adni, amit nem feltétlenül a polgárnak adjuk, hanem mondjuk egy gyógyszer-törzs, ha az már közhiteles, akkor azt a háziiorvosi rendszergazdák vagy a rendszerfejlesztők be tudják kötni az alkalmazásukba, és a háziorvoshoz azonnal eljut az új gyógyszer-törzs. Vagy ezek a mobil alkalmazások, hogy igen, a patikát már most le tudom hívni, hogy hol van a legközelebbi, de rövidesen meg fogjuk tudni tenni ezt a rendelővel. Bocsánat, csak azért, hogy itt mutassam is, hogy közben behívtam, ezt már mi csináltuk. Itt a Margit-híd két oldalán a Jászai Mari tértől egy ugrásra van egy patika, ha valaki az ülés után be akarna menni. Tehát ugyanez lesz, meg tudom mondani, hogy melyik patika az, egyébként itt látom, véletlenszerűen Szent Margit Patikának hívják, és tudom, hogy a mai napon este 8-ig lesz nyitva. Tehát az ülés végén, vagy akár amikor be tudok ugrani.

Tehát ezeket a rendelők szintjén, sőt a gyógyszerkészlet szintjén elérhetővé fogjuk tenni. Tehát ez az első kísérleti alkalmazásunk ebben a tekintetben.

Akkor gyorsan végigfutnék a felvetéseken. Igen, sok esetben úgy beszélünk róla, hogy ha kész lesz a rendszer, de amint mutattam, azonnal elkezdjük felhasználni, mihelyst valami megvan. Itt egyedül a kérdés az adatbiztonság kérdése, az OTH-hoz hogyan jelenti a patika az ő nyitva tartási idejét, ügyeletét ne adj' isten, tehát maga az önkormányzat is látja majd, követheti, hogy hoppá, itt van fiam, tudom mutatni neked, és hogy az OTH az igazgatási rendszerén keresztül mennyire veri ki belőlük a megfelelő adatokat. Egészségmonitoring, minőségkontroll, igen, amikor a TÁMOP 6.2.5. A-komponenséről beszéltem, ott a protokollok is bekerülnek a rendszerbe, és mondjuk egy példa: az eredményminősítés. Mondjuk a transzplantációs szolgáltatások összehasonlíthatósága. A Katéter-Mónikában gombnyomásra fogom tudni megmondani a túlélési valószínűség különbözőségeit vagy az összehasonlítását az összes transzplantációs műhelyben. Tehát ez nekünk néhány gombnyomás lesz, azt kell megoldani, hogy a friss ellátási adatok, finanszírozási adatok frissülve töltődjenek be, gombnyomásra fogjuk tudni megmondani, 4-5 gombnyomásra fogjuk tudni megmondani ezeket a kérdéseket. Tehát az ellátás minőségére és az ellátás értékelésére nyilvánosan elérhető adatok lesznek.

A gyógyszerészi gondozás. Felmerültek az interakciók. Igen, azt hiszem, már most az örületbe kergeti a patikusokat az interakció-jelzés. Finomodni fog, tisztulni fog, dolgozunk rajta, hogy ez a receptet felíró orvos, gyógyszerész együttműködésében tökéletesedjen.

Például most kérdés volt, hogy a magánszolgáltatók be lesznek-e kötve. Egészen biztos, hogy a kórházak mellett lévő kiszervezett diagnosztikai egységek adata be lesz kötve ezekbe a rendszerekbe. Az első lépés megtörténik, a méhnyakszűrési adatait kötelezően jelentenie kell majd a magán-nőgyógyászoknak is. Ez a tervünk, egy jogszabály-változással ennek elébe megyünk, úgyhogy lesz egy képünk, hogy hányan mennek, és ott milyen minőségben, milyen eredménnyel születnek meg a vizsgálatok, úgyhogy ezzel foglalkozunk.

Gyenes alelnök úr kérdései. A bevezetés azért még egy idő. Nagyon dolgozunk, hogy minél előbb szerződések legyenek, mert onnantól kezdve jogi felelősségünk van a megvalósításban, fenntartásban. Fél, egy, másfél, két éven belül jelentkeznek az eredményei ezeknek a projekteknek. És tényleg jó kérdés az, hogy hogyan tudunk eddig e nélkül létezni. Én így, ahogy beszélgetek kollégákkal, valaki említette a patológiai leletekhez való hozzáférés kérdéskörét.

Prezentációra került egy olyan rendszer, amit önszorgalomból oldott meg néhány klinikus, hogy hogyan fér hozzá a molekuláris patológiai lelethez, az adott laboratóriumi vizsgálati eredményéhez, és hogyan tudja integrált módon a betegellátás és a kutatás érdekében összefogottan ezt az információt feldolgozni. Azon leszünk, hogy ennek a projektnek az eredményei, megoldásai az általános intézményközi megoldások közé bekerüljenek. Úgyhogy ez még egy nagyon komoly meló, amíg ide eljutunk, nagyon sok kockázattal, de azt lehet mondani, hogy aki csak találkozik közvetlenül a projekttel, mind azt mondja, hogy igen, ezt így kellene csinálni. Tehát kezd egy ilyen mozgalom éledni a szereplők között.

Az e-recept lesz, különösen az alapellátással meg fogjuk tárgyalni, hogy milyen funkciókkal, emögött ott lesz egy szabályrendszer. Annyit azért mondanék, hogy általában az adatkezelésnek az úgynevezett negatív consentnek az alapján állunk, már több olyan döntést hoztunk a parlament elé is, hogy ha nem tiltja le valaki, akkor kezelhető az ő adata. Úgyhogy ezen a logikai alapon fogunk állni. Általában azt tudjuk mondani, hogy a nemi és a pszichiátriai betegségek nem lesznek azonnal láthatóak, de például az EEKH-ban, amikor a jogosultságról beszéltem, hogy meglesz minden engedéllyel dolgozónak a jogosultsága, akkor értelemszerűen ott lesz az ügyeletben a számítógép, ahol értelemszerűen a működési engedéllyel dolgozó ügyeletes a saját jogosultsága alapján hozzáférhet a sürgősségi ellátásban szükséges adatokhoz. Tehát ez a szabályrendszer. Nem tudom megmondani a részleteit, most zajlik a kidolgozása, de ez a cél, hogy ez így legyen, hogy a mentőorvos hozzáférjen az eszméletlen beteg adatához, ne adj' isten, tudja, hogy hol szokták egyébként ellátni, hogy odavigye. Pont ezek azok a szabályok, amiket a kooperatív térben elő kell tudjunk állítani.

A magyar CT Indiában. Nem, azon dolgozunk, hogy Magyarország egy ilyen „second opinion”, egy másodlagos orvosivélemény-központ lehessen, és ez egy válasz is arra, hogy hol leszünk mi ezzel, hogy ha ez megvalósul. Magyarország már most e-Health nagyhatalom, de még nem használja. Ha ezt mi megcsináljuk, az elsők között leszünk. Pont azért, mert integráltan egy nemzeti egészségügyi szolgálat egésze. Vannak olyan dolgaink, amiket hogy már most tudunk és ezt országosan tudhatjuk, ez már párját ritkítja, ezeket az alkalmazás szintjére le kell vinni.

A praxisközösségről annyit, hogy ez volt a hívószó, amivel el tudtuk adni az informatikai fejlesztést. Tehát itt egy új, általánosan érvényes háziiorvosi információrendszer kialakításán dolgozunk, aminek értelemszerűen, ha valahol helyettesítenek a praxisban, akkor ennek a szabályrendszerét ki tudjuk dolgozni, vagy a védőnő, háziiorvos együttműködésének a szabályrendszerét, az adatokhoz való közös hozzáférés rendszerét ki kell dolgoznunk, tehát erről szól. A részletekről még nem tudok beszélni, ez egy olyan, amivel vissza kell jönnünk a bizottsághoz szerintem.

A felülvizsgáló főorvos és úgy általában az egészségszervezés adatai. Itt gyorsan az OEP-es kollégákkal beszéltem, hogy egy olyan általános, átlagos két hónap alatt jutott el a finanszírozott adatnak a hiteles tartalma, mármint a validált tartalma a betegút szervezőjéhez. Éppen az elmúlt hetekben kötöttünk megállapodást, hogy nyers adatokból kezdünk el dolgozni, tehát mondjuk egy tavaly július 1-jei betegút-átkötés eredményét egy hónapon belül látnánk majd, tehát ki tudjuk értékelni, hogy egy adott átszervezés milyen betegút-változásokkal járt. Úgyhogy azon dolgozunk, hogy minél előbb és minél frissebb online

adatokból tudjanak dolgozni a rendszer szereplői. Vagy nem feltétlenül online, hanem nagyon gyorsan frissülő, és egy hónapon belüli adatokból tudjanak dolgozni.

Igen, az ismételt labor ki fog kerülni a rendszerből szerintem, de erre már most a háziorvos szintjén lehetőség lenne, hogy rákérdezzen, hogy volt-e laborod, barátom? És látná, és akkor tudná ellenőrizni.

A kártyákról hadd mondjam még egyszer, hogy semmi értelme a kártyának. Az összerendelő adatbázis mindenre választ fog tudni nekünk adni, az összekötést meg kell csinálni OEP-szinten, tehát ez lesz a megoldás.

A gyógyszerallergia, vagy például most az OTH gondolkodott azon, a környezet-egészségügyi csapat, aki az neurobiológiai, vagy nem is tudom, hogy jól mondom-e a labor nevét, aki a polleninformációt gyűjti, éppen most gondolkodott azon, hogy egy nemzetközi rendszerbe hogyan tölti az adatot. Erről értesülve azonnal elkezdünk azon gondolkodni, hogy nem lehetne nálunk egy mobilalkalmazással a különböző allergiákban szenvedőket tájékoztatni? Tehát igen, ez a cél, erről szól az egész LATTE, hogy minél előbb egy bedrótozott generációnak az elektronikus adatot már szolgáltatni tudjuk, már a bevezetés se lesz olyan nehéz, mert egy generáció felnőtt, akinek már ezek a mozdulatok, ezek a lapozó mozdulatok természetesekek, tehát ezt nagyon szeretnénk a munkánkban érvényesíteni.

Nagy meló, nagy kockázat van a megvalósításban, de az eddigi projektek azért dőltek be, mert nem voltak integrálva. Ez most integrálva van. De rengeteget kell még azon dolgozni, hogy ez megvalósuljon, ezt látni kell.

Igen, van ügyfélkapu, az ügyfélkapura valahogy építkezünk. Én most nem emlékszem, hogy melyik alkalmazás lesz az, Zoltán itt majd kiegészít engem.

SZEGE ZOLTÁN e-Health programvezető (Emberi Erőforrások Minisztériuma): Tervünk egy kvázi egészségügyi ügyfélkapu kialakítása is, és itt egy kérdés során elhangzott az, hogy a betegek hogyan férhetnek hozzá az adatokhoz, illetve a róluk nyilvántartott információkhoz. Nemcsak a betegeket szeretnénk ezen keresztül megszólítani, hanem az egészséges állampolgárokat is, tehát a teljes állampolgári kör számára információt adni, bevonni, aktivizálni őket ilyen szempontból, illetve szeretnénk olyan szolgáltatásokat kialakítani vagy szolgáltatások csatlakozására lehetőséget biztosítani, amely nem feltétlenül az egészségügyi ágazat érdekeit szolgálja. Gondolok itt olyanra, hogy mondjuk a cukorbetegséghez kapcsolódó információs szolgáltatás, stb.

Természetesen az ügyfélkapu azonosítási formáját is nagy valószínűséggel szeretnénk megtartani. Tehát ez még nem egy eldöntött kérdés. Szeretnénk a már meglévő kormányzati infrastruktúrára is építeni. Köszönöm.

DR. SZÓCSKA MIKLÓS államtitkár (Emberi Erőforrások Minisztériuma): Az utolsó kérdésre, azt hiszem, Zoltán fog válaszolni, tehát amit elnök úr felvetett a finanszírozott teljesítmények, a TVK-ügyek.

Azt tudom mondani, hogy csak akkor kötünk át valamit az új rendszerre, ha az már kiszámíthatóan, megbízhatóan és mindenki számára elfogadott módon működik. Tehát ez egy alapszabály. Azt is tudjuk, hogy minden új rendszer tanulása idő, tehát próbálunk olyan új szolgáltatásokat belevinni, hogy mindenki igényelje, hogy ezzel az újjal dolgozhasson.

Úgyhogy tisztában vagyunk ezzel a kérdéssel. De arra is utalt Zoltán is, hogy ugyanakkor az intézmények számára is egy nagyon erős szolgáltatás-fejlesztés lesz mondjuk az elektronikus szerződéskötés. Tehát itt az intézmények számára való szolgáltatói attitűd is előtérbe került, amikor az OEP-rendszer újraszervezésében gondolkodtak.

SZEGE ZOLTÁN e-Health programvezető (Emberi Erőforrások Minisztériuma): Egy-két mondattal még kiegészíteném államtitkár úr válaszait. Felmerült kérdésként a

rendszerhasználók oktatása. Azok a szolgáltatások, amelyek az e-Health, e-egészségügyi informatikai fejlesztések során létrejönnek, ezekhez kapcsolódik két nagyon komoly forrás. Az egyik az oktatási, illetve a LATTE-alkalmazásokat tartalmazná. Szeretnénk ennek keretén belül egy olyan oktatói bázist létrehozni, illetve egy olyan képzést megvalósítani, amelynek eredményeképpen az egészségügyi ágazatban mozgó szakdolgozók, orvosok az új rendszer használatára fel lennének készítve.

Természetesen nem az a célunk, hogy a végeken, tehát konkrétan a felhasználói oldalon teljesen új rendszereket alakítsunk ki, teljesen megfordítsuk adott esetben az adminisztrációt, hanem szeretnénk a már jelenlegi gyakorlatot egy kicsit racionalizálni, szeretnénk az egészségügyi alkalmazásokat bekötni a szolgáltatók által használt informatikai rendszerekbe. Tehát hogy a lehető legkisebb olyan változást eredményezzünk az ő életükben, amely bonyolítaná a rendszert.

Itt további kérdés merült fel a betegek tájékoztatásával kapcsolatban. Ahogy említettem már korábban, szeretnénk mi is ezt az ügyfélkaput kialakítani, és szeretnénk azt mind a LATTE-alkalmazásokkal, mind pedig az elérhető információk rendelkezésre bocsátásával elérni, hogy minél tudatosabban éljünk, illetve az egészségügyi ágazaton belül tudatosabban mozogjunk.

Az utolsó kérdésként felmerült egy olyan, hogy a védőnők szeretni fogják-e az adott alkalmazásokat, illetve mennyire lesznek bonyolultak ezek a rendszerek. Minden egyes projektet úgy kezdünk, hogy először is leülünk és végiggondoljuk, hogy mennyire racionális, mennyire életképes az a rendszer, amit jelenleg alkalmazunk. Én nem vagyok jártas a védőnők munkájában, de egy projektértekezleten azt hallottam, hogy ha jól tudom, 38 formanyomtatványt kell kitöltenie a védőnőnek. Ha ezt egy az egyben ráteszük egy iPodra vagy bármilyen mobil eszközre, lehet, hogy elektronizáltuk, de nem biztos, hogy elértük a megfelelő célt.

Na, itt szeretnénk először is végiggondolni azt, hogy valóban szüksége van-e erre az összes nyomtatványra, valóban az-e a feladat, hogy például a védőnőket teljesen leterheljük? Tehát a lényeg az, hogy először szeretnénk egy ilyen, a munkájukat valamilyen szinten racionalizálni, és ezt elektronizálni. Szóba került az, hogy szeretnénk a felhasználókat minél szélesebb körben bevonni ebbe a munkába. Nem az a cél, hogy egyszer csak kétezer-ikszben kijöjjünk egy új csili-vili rendszerrel, hanem az a célunk, hogy az egyes érintett köröket bevonjuk, prototípusokat szeretnénk létrehozni, minél hamarabb, amelynek a fejlesztése valósul meg. Tehát folyamatos, az érintettekkel való fejlesztése valósul meg.

Ez nemcsak a védőnői rendszerre, hanem a teljes egészségügyi informatikai portfólióra érvényes lenne. Itt térnék vissza a gyógyinfók kérdésére is.

Az OEP egy 7 alprojektből álló portfóliót szeretne megvalósítani, illetve egy fejlesztést szeretne megvalósítani, amelynek része a gyógyinfók rendszerének kiváltása. Kollégáim tájékoztatása szerint maga a tesztelés, illetve a prototípus előkészítése még az idei évben elkezdődik, és 2014. év során szeretnénk ezt egy az egyben kiváltani, a megfelelő biztonsági elvárások figyelembevételével. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Két jelzés volt, elnézést kérek, alelnök úr és Kupper képviselő úr jelezte, hogy egy-egy nagyon rövid, valamilyen kérdés kimaradt.

DR. GYENES GÉZA (Jobbik): Köszönöm szépen a szót, elnök úr. Bár volt hasonló kérdés, de szeretném pontosan tisztázni, hogy a nem OEP-által finanszírozott ellátók kérdéskörében egy nagyon fontos ellátó van, akit nem az OEP finanszíroz, viszont rettentően fontosak az ő adatai, nevezetesen az üzemorvos kollégákról beszélek.

Az üzemorvosok azok, akik az egész dolgozó populációt elvileg, amikor felveszik dolgozni, alkalmassági szempontból átvizsgálják.

Mindig jelezték ezek a kollégák, még számunkra a kamarában is, hogy ezek az adatok valahogy elsikkadnak, nem használják a gyakorló orvosok sem ezeket, holott ők a kvázi legnagyobb szűrők közé tartoznak, bizonyos szinten legalábbis.

Tehát a kérdésem az, hogy az úgynevezett „be lesznek kötve” című szolgáltatói körbe szerintem, véleményem szerint, ha önök is így látják, akkor semmi, akkor csak nyitott kapukat döngöttek, hogy fontos lenne-e az ő körük behozatala, hiszen ők rettentő sok olyan adattal találkoznak, amire egy elvileg egészséges, munkaképesnél kialakul valami, ami még ugyan munkaképességet okoz, de roppant fontos, hogy az egészségügy is tudjon róla. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Kupper képviselő úr!

DR. KUPPER ANDRÁS (Fidesz): Köszönöm a szót, elnök úr. Tisztelt Államtitkár Úr! Először is köszönjük az előterjesztést, a kimerítő tájékoztatást, és gratulálok az elvégzett és előkészített munkákhoz. Külön köszönöm azt a választ, amit Zombor képviselő úr kérdésére adott, és megnyugvással tölt el az attitűdje, tehát hogy az információkat állami szinten szabályozni kell, hogy hogyan tesszük különböző cégek számára hozzáférhetővé.

De szeretném jelezni, hogy ezekben az adathalászatokban már a minisztérium felügyelete alá tartozó cégek is részt vesznek. Vannak olyan szereplői az állami egészségügynek, akik a különböző saját hirdetési felületeiken reklámozzák ezeket az adathalászatokat.

Tehát kérem az államtitkárságot, hogy fordítson erre figyelmet, majd elmondom a jegyzőkönyvön kívül, hogy melyik az az állami intézmény, amelyik sajnos, saját maga teremt meg annak a marketingjét, hogy az önkormányzataink felüljenek, és a saját lakosságuk adatait kiszolgáltassák mindenféle felhasználás, ellenőrizetlen felhasználás céljából. Köszönöm.

ELNÖK: Iván professzor úr!

DR. IVÁN LÁSZLÓ (Fidesz): Köszönöm szépen. Egy mondatban szeretném megkérdezni, hogy lesz-e VIP adatvédelem?

ELNÖK: Köszönöm szépen. Nagyon köszönök minden választ, és ezzel a végére is fogunk érni ennek a bizottsági ülésnek, de egyben kérnék megerősítést Zombor képviselő úr kérdéséről, tehát amikor elhangzott itt ez a kártyarendszer, amikor különböző cégek megkeresnek önkormányzatokat, hogy lakossági adatokat, kártyákat, stb. rögzítsenek, nem tudom, Gábor, téged meggyőzött-e mindenben ez a kérdés, tehát hogy mit tegyenek, akiket megkeresnek?

Gondolom, hogy itt érthető, hogy mire gondolunk, mert úgy értettem a válaszban, hogy ezzel kiválthatóak mindenféleképpen az adatok. De az is egy nagyon fontos kérdés, hogy ezekhez a kártyákhoz, amit magáncégek vagy magánszolgáltatók nyújtanának, közvetlenül a lakosság vagy a lakos jut hozzá. Tehát hogy ezen a rendszeren keresztül a lakos hozzájut-e ugyanúgy a saját adataihoz kártya formájában, amit adott esetben fel tud használni, mint ami a cégeknek szerepel az ilyen irányú portfóliójában? Nem tudom, hogy érthető volt-e, és megadnám a viszonyítási jogát.

DR. SZÓCSKA MIKLÓS államtitkár (Emberi Erőforrások Minisztériuma): Köszönöm szépen. Meg fogjuk keresni az üzemorvosokat. Én nem tudom most megmondani, hogy az üzemorvoslásban milyen információrendszerek vannak, meg fogjuk keresni a rendszergazdákat. Tehát jó ötlet, köszönöm.

Az adathalászatot vettem. Rengeteget küzdök vele, egy összehajtogatott baseballütővel a zsebemben járok, volt rá példa, hogy kikerült a rendszerből olyan kolléga, aki visszaélt a rábízott adatokkal, de nincs még ez sajnos, lehatárolva, dolgozni kell rajta.

Többek között ezért is dolgozunk az, hogy hozzáférhető legyen az adat a kutatóintézmények számára, hogy ne kelljen hátsókapus megoldásokat alkalmazni, és az egészségportálon a polgár látni fogja az ő adatait. Ez nem zárja ki annak a lehetőségét, hogy valamilyen kreatív alkalmazást ne fejlesszünk ezekre az adatokra, de annak is egy szabályrendszere kell hogy legyen.

Tehát én azt tanácsolnám, hogy küldjön hozzám mindenkit. Mi leülünk minden ilyen egyéni kártyamegoldásokat javasló céggel, mert lehet, hogy valami olyat tudnak már, amire a projektek megvalósításában szükségünk lehet. Legyen ez egy általános országos rendszer, és legyenek elérhetőek ezek a dolgok mindenki számára, ne kelljen ebből üzletet csinálni.

Tehát mi örömmel működünk együtt bármilyen ilyen megoldással, értelemszerűen a szabályrendszert, feltételrendszert tisztázzuk. Volt már nálam egy ilyen önkormányzatoknak ajánlatot tevő csapat, nem tudom, hogy hozzád irányítottam-e őket, Zoltán, de akkor majd ezt meg fogom csinálni, mert én regisztráltam az agyamban, hogy van egy ilyen kezdeményezés, úgyhogy oda fogok rájuk figyelni, és amiben lehet, segítem őket. De nincs értelme, jóval többet fog tudni alpból a rendszerünk.

Ugyanakkor pedig örömmel működünk együtt önkormányzatokkal, hogy a szülési információ, egészségügyi információ eljusson a közösségekhez. Tehát mi készséggel nyitjuk meg ezt az ablakot.

A VIP-adatvédelem. Én pont az elmúlt héten egy engem meglátogató, valamilyen más ügyben meglátogató orvos kolléga, aki abban az intézményben dolgozik, ahol nekem egy vizsgálatomat készítették, és véletlenül pont az ahhoz kapcsolódó, vizsgálathoz kapcsolódó példát mondott nekem. Tehát így fel is kaptam a fejemet, hogy nocsak!

De jelenleg is úgy van, hogy a védett személyek a betegútkövetés szempontjából nem láthatók, és az az előbbi megállapodás, amiről beszélünk korábban, hogy azok, akik védettek vagy fedésben kell a munkájukat végezniük, az ő adataik nem fognak még csak véletlenül sem keveredni.

Abból a szempontból viszont, hogy az életéről a legbizalmasabb információk védettek legyenek, ebből a szempontból ugyanakkor mindenki VIP. Tehát nagyon oda fogunk figyelni arra, az adatvédelmi hatóságnál jártunk, elmondtuk nekik részletesen, hogy mire készülünk, és megállapodtunk, hogy minden egyes projektünk specifikációját, amikor eljut a megvalósítás előtti fázisba, értékeljük velük, majd a megvalósult rendszereinket akkreditáltatjuk az adatvédelmi hatósággal. Tehát ezen a körön túlvagyunk, és számunkra is nagyon fontos. Tudjuk, hogy az adat, az információ mit segíthet a gyógyulásban, hogy ha ezzel valaki visszatér, mekkora gondot okoz, akár a rendszer fejlesztésében is. Tehát ez egy nagy kockázat.

Az utolsó: nagyon köszönöm a visszajelzéseket és az ötleteket is. Csak jelezném, hogy mi a különböző ehhez kapcsolódó jogszabályokkal, ami mondjuk a védői adminisztráció deregulációját jelenti, ezekkel a jogszabályokkal különböző rendszerességgel vissza fogunk jönni, szerintem már a tavaszi salátában is egyes elemei megfigyelhetők lesznek az e-Health rendszernek, úgyhogy most már bízom benne, hogy mindenki látja, hogy mi az a nagy stratégia, aminek az érdekében ezt tenni fogjuk. Köszönöm szépen még egyszer.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Nagy Kálmán professzor úr!

DR. NAGY KÁLMÁN (KDNP): Csak nagyon röviden szeretném azt elmondani, hogy bizonyos fokú adathalászat szinte elképzelhetetlen, hogy ne legyen, vagy nagyon nehéz megakadályozni. Magyarországon az elmúlt tíz évben számos gyógyszerkísérlet volt,

amelynek az utolsó szakaszában a gyógyszerkísérlettől teljesen függetlenül az illető betegnek az anyagát a molekuláris genetikai célok vizsgálatára való felhasználáshoz hozzátartoztak. Ennek megfelelően az egyes géncsoportokat, amelyek bizonyos betegségeket jelenítenek meg, egyszerűen levédették, és a kutatás szempontjából olyanfajta lehetőséget biztosítottak maguknak, hogy bárki annak a gépcsoportnak a vizsgálatát végzi, annak fizetni kell érte.

Tehát biztos, kizárt dolog, hogy úgy lehessen rendszert alkotni ebből, hogy bizonyos fajta szivárgás ne legyen, az valami óriási erőfeszítés mellett sem lehetséges.

Tehát azt gondolom, hogy a rendszernek sokkal több az előnye, mint az ilyen jellegű hátránya, messze több az előnye, úgyhogy csak ennyit szerettem volna mondani.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Nagyon köszönöm mindenkinek az aktív részvételét, és egy nagyon fontos információ véleményem szerint nem hangzott el még el, hogy a lakossági nyilvántartásban ma Magyarországon a legfontosabb egyébként a taj-alapú nyilvántartás, ez még inkább fokozza a felelősségét ennek a témának.

Mindenkinek köszönöm a részvételét. A következő bizottsági ülésünkre várhatóan 22-én, hétfőn, 9.30 órától kerül sor, mindenről fogunk információt kapni. Mindenkinek köszönöm az aktív részvételét, figyelemmel kísérését és a mai bizottsági ülést ezennel bezárom. Köszönöm szépen.

(Az ülés befejezésének időpontja: 11 óra 42 perc)

Dr. Kovács József
a bizottság elnöke

Jegyzőkönyvvezető: Pavlánszky Éva