



X./2.6.: eVITA Nemzeti Technológiai Platform

Az EMT volt az egyik kezdeményezője a 2008-ban létrehozott **eVITA Nemzeti Technológiai Platformnak**, s azóta is folyamatosan szervezi a Platform tevékenységét, működteti a honlapját, koordinálja az eVITA Stratégiai Kutatási Terv és az eVITA Stratégiai Megvalósítási Terv kidolgozását, szerkeszti az eVITA Platform kiadványait; egyik fő szervezője és rendszeres résztvevője az eVITA Fórumoknak. Munkatársai révén rendszeresen közreműködik az európai AAL Közös Programban, és 2009 óta az AAL Fórumok előkészítésében és munkájában is.

Közös érdekünk, hogy a társadalom minél szélesebb rétegei legyenek képesek az önálló életvitelre. Ehhez nagymértékben hozzájárulhatnak az életviteli technológiák és alkalmazások: az önálló, egészségtudatos életvitel lehetőségét kiterjesztő, valamint az egyedül élők biztonságát növelő eszközök, alkalmazások és rendszerek. A kiútkeresés világszerte, így az Európai Unióban és Magyarországon is megkezdődött. Egyértelmű, hogy az **infokommunikációs technológiák segíthetnek** a problémák jelentős részének megoldásában. Ebből a felismerésből született az eVITA Platform.

Az Új Széchenyi Terv (<http://ujszecsenyiterv.gov.hu>) és a **Semmelweis Terv** (<http://www.kormany.hu/hu/nemzeti-eroforras-miniszterium/egeszsegugyvert-felelos-allamtitkarsag/hirek/kormanyhatarozat-az-egeszsegugyi-struktura-atalakitاسrol>) az egészségipart kitörési pontnak, az egészségipari szektort pedig stratégiai ágazatnak tekinti.

Az eVITA Platformban tömörülő szervezetek azon dolgoznak, hogy a korszerű

infokommunikációs eszközök és alkalmazások **beépüljenek a mindennapokba**, és segítsék a rászorultak, az idősek, az egészséghiánnyal küzdők, az egészséges életmódra vágyók életét.

Az egyének napi életét, életvitelét csak akkor támogathatják eredményesen az infokommunikációs eszközök, ha az **érintettek felismerik**, hogy a boldogulásukért, a jövőjükért, de leginkább az egészségükért elsősorban **ők maguk a felelősek**. Más szóval, az öngondoskodásra való hajlandóság és képesség, ezen belül az egészségtudatosság alapfeltétele annak, hogy az eVITA Platform célkitűzései megvalósulhassanak. Nagy jelentősége van ezért a **tudatos szemléletformálásnak, többek között az oktatás, képzés, ismeretátadás, tájékoztatás révén**.

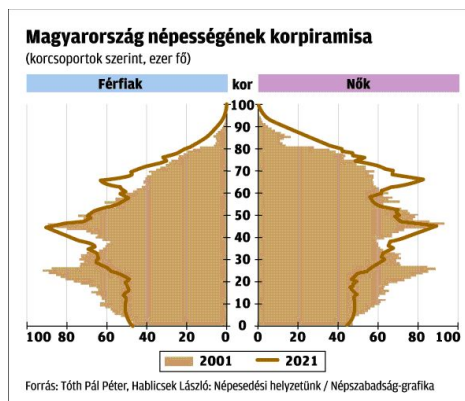
Társadalmi szinten az egészségügyi szolgáltatások (technológiai) minősége és minőségjavulása azért is fontos, mert hatékonyságuknak és kiterjedésüknek közvetlen hatásuk van a lakosság egészségügyi állapotára, következésképpen – indirekten – a munkaerő produktivására és így a nemzeti össztermék (GDP) alakulására is. Ismeretes, hogy országonként az átlagéletkor egy évnyi növekedése az egészségügyi költségvetésben – az ország GDP-jére vetített – 1%-os növekedést von maga után.

A demográfiai változások miatt a 60 évnél idősebbek száma világszerte kb. 2-3%-kal nő évente. **A korfa Magyarországon is az idősök felé tolódik el**, és az arányok kb. 40 év múlva a következőképpen alakulnak: a 60+ évesek aránya a jelenlegi 22,1%-ról 33%-ra, ezen belül a 80+ éveseké pedig 3,7%-ról 6,9%-ra



2021-ben kb. 9,8 millióan élnek majd Magyarországon. A 19 évesnél fiatalabbak száma mélypontra, 2 millió alá zuhan. Megkezdődik az aktív korúak létszámának fogyása is: a 20-59 évesek száma alig haladja majd meg az 5 milliót. A 60 év felettiek ezzel szemben már körülbelül 2,6 millióan lesznek. 2021-ben minden negyedik magyar 60 évesnél idősebb lesz.

változik. Az idősek ellátása, gondozása és egészségi állapotuk felügyelete az élettartam növekedése – és különösen az eltartottak és eltartók arányának jelentős változása – miatt komoly kihívás elé állítja az egészségügyi és a szociális ellátórendszereket a következő évtizedekben. <http://nol.hu/lap/mo/20100227-tiz-ev-mulva-az-idosek-orszaga-leszunk>, http://www.mgszt.hu/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=39&Itemid=17



II. ábra: Magyarország népességének korpírámisa

Hazánkban az egészségügyi ellátórendszer folyamatos átalakításban van. Mielőbb meg kell találni a megoldást arra, hogy a társadalom elöregedése, a csökkenő költségvetési támogatás és az egyéb külső okok következtében kialakuló válságos finanszírozási helyzet javuljon. A változásokat az infokommunikációs technológiák alkalmazása alapvetően segíti. A megújuló egészségügyi rendszer a gazdasági és társadalmi regeneráció motorja lehet.

Az eVITA Platform tevékenysége, célkitűzése és célcsoportjai

Az eVITA Platform kutatás-fejlesztési és innovációs területe az életvitelt segítő infokommunikációs technológiák és alkalmazások témaköre, ami számos ponton kapcsolódik az IKT egészségügyi alkalmazásaihoz. A platform alapvető célkitűzése, hogy

- A) elősegítse az infokommunikációs eszközök alkalmazását az egészség által befolyásolt életminőség javításában: az egészség megőrzésében és fejlesztésében, szükség szerinti helyreállításában, valamint – egészséghiányos esetekben – az egészséghiányok pótlásában;
- B) csökkentse az egyénekre, a családokra, illetve a társadalom egészére nehezedő terheket, és ezáltal
- C) hozzájáruljon az egészségügyi és szociális ellátórendszerek hosszú távú fenntarthatóságához.

Az eVITA Platform egyik alapkérdése, hogy a kutatások, illetve azok eredményei milyen célcsoportokat érintenek. A végfelhasználók és (rászorult) fogyasztók csoportjai a következők:

- A) betegcsoportok (krónikus, akut betegek, rehabilitálandók, rehabilitáltak, időskorúak stb.);
- B) távfelügyeletre szorulóknak és családjuk;

C) képességek pótlásra szorulók és családjuk.

Az egészség megőrzésben résztvevők csoportjai az alábbiak:

A) tudatos öngondoskodók;

B) sportolók és fitness-használók.

A fejlesztők, gyártók és szolgáltatók lehetővé teszik, hogy az IKT-eszközökkel segített életviteli alkalmazások a mindennapi gyakorlatban is a felhasználók rendelkezésére álljanak és rendeltetészerűen működjenek. A platformnak tehát nem mellékes célja az innováció „gerjesztése”, az, hogy hűzóerőt képviseljen az IK-technológiák és alkalmazások innovatív és célorientált fejlődéséhez, fejlesztéséhez, illetve újszerű egészségügyi, életvitel- és életmódjavító alkalmazások kialakításához és fejlesztéséhez.

Feltétlenül említeni kell továbbá a gyógyításban résztvevőket (orvosokat, ápolókat, gondozókat stb.), valamint az apparátusokban dolgozókat, akik közreműködnek az életviteli szolgáltatások létrejöttében, folyamatos elérhetőségében és fenntartásában (egészségügyi és egészségpénztári adminisztráció, oktatás és képzés, jogszabályalkotás és környezeti szabályozók alakítása, finanszírozás, biztosítás stb.). A **platform elsődleges célja** tehát az, hogy **minden ember számára** – függetlenül egészségi vagy egyéb szempontból hátrányos helyzetétől – **lehetőséget adjon a társadalomban való teljes értékű részvételre**. Ezért nagy a jelentősége a társadalmi igazságosság és a tudásalapú esélyegyenlőség szempontjából is.

Az eVITA Platform sajátosságai

Az eVITA Platformnak van néhány olyan sajátossága, amelyekben nyilvánvalóan különbözik a többi nemzeti technológiai platformtól (NTP). Ezek a következők:

A) Az NTP-k tipikus célja a technológiai fejlesztés egy adott műszaki területen. Az eVITA Platform ezzel ellentétben adott technológiák – konkrétan az infokommunikációs technológiák – innovatív alkalmazását kívánja elősegíteni a választott területeken.

B) Az NTP-k tipikus érdekhordozói az adott műszaki területen dolgozó kutatói közösségek és vállalkozások. Az eVITA Platform érdekhordozói köre ennél jóval bővebb, ugyanis a szolgáltatások és termékek speciális jellege miatt már a kutatás-fejlesztési és innovációs tevékenységekbe is be kell vonni a későbbi felhasználók képviselőit.

C) Az eVITA Platform céljainak eléréséhez a műszaki eszközök létrehozása, a jogi és befogadói környezet kialakítása önmagában nem elegendő.

Az eVITA Platform fókussterületei

Az eVITA Platform 2010 decemberében közzétett *Stratégiai Kutatási Terve* (SKT) 4 olyan területet jelöl ki, ahol infokommunikációs eszközök alkalmazásával jelentősen javítható az életminőség és csökkenthető az egészséghiányból eredő egyéni, családi és



(Király, 2011) Az eHealth szót fordításaként az e-Egészségügy szót használja, és így definiálja: „az egészségügy valamennyi valós és virtuális szereplőjét, valamint a megelőzéssel és gyógyítással összefüggő folyamatokat kiszolgáló, támogató információtechnológiai és kommunikációs módszerek, megoldások összessége.” Az eHealth kifejezés azonban ennél tágabban is értelmezhető, ezért ebben a tanulmányban az eHealth szót eEgészségnek, az eHealthcare szót pedig eEgészségügynek fordítjuk.

társadalmi terhek:

- A) otthoni és lakáson kívüli távfelügyelet (tevékenységfigyelés);
- B) terápiakövetés és -támogatás;
- C) fogyatékok pótlása;
- D) egészségmegőrzés és -fejlesztés.

Az eEgészség és társai: új szakkifejezések és jelentésük

Az IKT-alkalmazások egészségtudományi, élettudományi, egészségügyi szerepének és helyének bemutatását indokolt a leggyakoribb fogalmak és szakkifejezések, valamint az egymáshoz való viszonyuk meghatározásával folytatni. Új szakterületről lévén szó, értelmezésük egyáltalán nem mondható egységesnek sem a szakirodalomban, sem a köznyelvben. Az irodalomjegyzékben megadunk néhány olyan hivatkozást, ahol a témánkba vágó fogalmak – gyakran egymásnak ellentmondó – definíciója megtalálható. (ESKI-EPFT), (Király, 2010), (Király, 2011), (Kincses, 2010)

Átfogóan **eEgészségnek (eHealth)** nevezzük azt a szakterületet, amely egyrészt az informatika és távközlés, másrészt az életmód és az életvitel, a fogyatékossgal élés és a szociális gondozás, a gyógyászat és az egészségügy stb. határterületein van születőben. Az *eEgészség* egyes részterületeinek egymáshoz való viszonyát az **eKereskedelemhez (eCommerce)** hasonlóan szokás az ún. *aktorai*, szereplői mentén definiálni [lásd pl. (Király, 2010)].

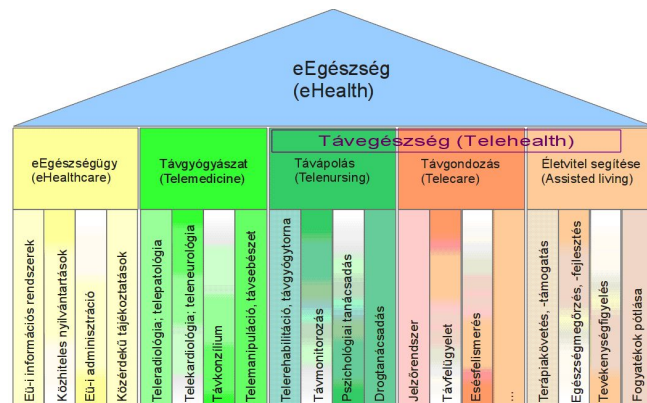
Az *eEgészség* aktorai közé tartozik, többek között, a páciens, az orvos, az egészségügyi intézmény, a kormányzat és az üzleti szféra; e szerint tehát páciens-orvos és orvos-páciens, páciens-intézmény és intézmény-páciens, intézmény-kormányzat és kormányzat-intézmény stb. kapcsolatokról beszélhetünk.

A magyar egészségügyben az ügyfelet, a **klienst betegnek szokás nevezni**, akkor is, ha makkegészséges. Az ügyfél, a kliens szó a magyar egészségügyi rendszer kontextusában nem hangzik jól, ezért ebben a fejezetben a páciens szót használjuk.

Az eEgészségüggyel foglalkozó szakirodalomban **az orvos szón általában az egészségügyi ellátást nyújtó személyt értik, azaz az orvoson túl az asszisztent és az ápolót, sőt még a gondozást és ellátást nyújtót is beleértik**. Többek között az államilag fenntartott egészségügyi és szociális rendszeren kívüli egészségügyi és szociális ellátás, az otthonápolás és otthoni felügyelet terjedése indokolja, hogy ezeket a szerepköröket különválasszuk egymástól.

Már 5 aktornál is elég nagy (20) a párok lehetséges száma, újabb szereplők bevétele esetén ez a szám exponenciálisan nő, ami mind a kapcsolatok jellemzését, mind áttekintésüket megnehezíti. Márpedig a kellően árnyalt képhez szükség lenne további aktorokra, például gyógyszerészekre, ápolókra, gondozókra, családtagokra, informatikai szolgáltatásként igénybe vehető szakértői rendszerekre stb. [(Király, 2011) az utóbbiakat az *infrastruktúra* részének nevezi]. Rádásul számos – és az aktorok számának növekedésével egyre több – olyan aktor-aktor kapcsolat van, amely nagyon hasonló más aktor-aktor kapcsolatokhoz, ezért indokolatlan a megkülönböztetésük. Emiatt ebben az írásban **az eEgészség témakört nem az aktorai, hanem a**

tevékenységi területei mentén próbáljuk meg részterületekre bontani és jellemezni (ld. 3. ábra). Az alsó szinten megnevezett részterületek felsorolása nem teljes körű, főként a felsőbb szinteken szereplő fogalmak tisztázását segítik.



12. ábra: Az eEgészség témakör részterületei

A jelen fejezetben előforduló szakkifejezéseket az alábbi értelemben használjuk.

A) eEgészség (eHealth): elektronikus, azaz IKT-eszközök felhasználásával nyújtott, egészséggel kapcsolatos szolgáltatások és rendszerek.

B) eEgészségügy (eHealthcare): az egészségügyi intézményrendszer működését, fenntartását segítő elektronikus, azaz IKT-rendszer, illetve -szolgáltatás.

C) Távgyógyászat (Telemedicine; telemedicina): olyan gyógyászati – diagnosztikai vagy terápiás – eljárás, amelynél az egészségügyi szakszemélyzet IKT-eszközök révén távkapcsolatban van a pácienssel vagy egymással.

D) Távápolás (Telenursing): olyan (szak)ápolási tevékenység, amelynél az egészségügyi szakszemélyzet IKT-eszközök révén távkapcsolatban van a pácienssel, mérési paramétereit, felügyeli életfunkcióit.

E) Távgyógyászat (Telecare): olyan gondozási, ellátási tevékenység, amelynél a gondozást, ellátást nyújtó személy IKT-eszközök révén távkapcsolatban van a pácienssel, felügyeli egészségi állapotát, tájékozódik állapota és igényei felől.

F) Életvitel segítése (Assisted Living): IKT-eszközök alkalmazása egyrészt idősebbek és más rászorultak (pl. fogyatékosokkal élők) segítésére napi teendőik elvégzésében, önálló életvitelük lehetővé tétele, életminőségük javítása, biztonságuk erősítése érdekében, másrészt mindenki számára egészségének megőrzése és fejlesztése céljából.

G) Távégészség (Telehealth): a távégészség olyan gyűjtőfogalom, amelyet sokszor az eEgészség (eHealth) szinonimájaként emlegetnek. Mi szűkebb értelemben használjuk a jelen írásban, azaz nem értjük bele sem az egészségügyi rendszer működtetését, sem a gyógyítást segítő IKT-alkalmazásokat. A távégészség olyan új egészségügyi paradigmának tekinthető, amely a személyes orvos-páciens

találkozások közötti (esetenként hosszú, akár években, évtizedekben mérhető) időszakban segíti – IKT-szolgáltatások és -rendszerek révén – egészségi állapotunk felügyeletét, egészségünk megőrzését és fejlesztését.

A **távgyógyászat, távápólas, távgondozás** semmiképpen sem helyettesíti, csupán **kiegészíti, térben és időben kiterjeszti a hagyományos gyógyászati, ápolási, gondozási tevékenységeket**. Egyrészt olyankor, amikor a földrajzi távolság miatt a személyes jelenlét nem lehetséges (pl. külföldi út során, ritka betegségek felbukkanásakor, hiányszakmák esetében) vagy pazarló lenne (pl. több pácienset kellene ellátni rövid idő alatt), másrészt olyankor, amikor a személyes jelenlét időkorlátba ütközik (pl. éjszaka vagy rendelési, ügyeleti időn túl).

A fent említett 5 részterület között átfedés, illetve átjárás van. A távápólas és a távgondozás között – elsősorban az ellátórendszeren kívüli, otthoni környezetben – nehezen húzható éles határ. Átjárás van az **eEgészségügy és a távgyógyítás között**, hiszen az utóbbit számos adminisztratív-pénzügyi kötelezettség kíséri. Nyilvánvalóan átfedés van a távgyógyászat és a távápólas, illetve a távgondozás és az életvitel segítése között is.

Az említettek ellenére jelentős különbség van *az egészségügyi rendszer adminisztratív-pénzügyi felügyeletét segítő, a gyógyítást támogató, valamint a tájékozódást, prevenciót és életvitelt segítő, az egészségi állapotot felügyelő és a megváltozását jelző IKT-rendszerek között*, ezért indokolt a fenti csoportosítás. A terápiás együttműködés szempontjából elsősorban a tájékozódást, prevenciót és életvitelt segítő, az egészségi állapotot felügyelő és a megváltozását jelző IKT-rendszereknek van nagy jelentőségük. Fogalmazhatunk úgy is, hogy a távegészség (telehealth) nem más, mint IKT-eszközökkel támogatott terápiás együttműködés.